



FONDATION  
DES MALADIES  
DU COEUR  
DU QUÉBEC

# Les actualités DU CŒUR

Le bulletin de l'Alliance québécoise pour la santé du cœur  
une initiative de la Fondation des maladies du cœur du Québec

Volume 7, numéro 2  
Automne 2002

## Dans ce numéro

Éditorial et  
Nouvelles de l'Alliance .....1

Société québécoise  
d'hypertension artérielle

Guide thérapeutique  
2<sup>e</sup> édition .....2

Étude LIFE .....3

### DOSSIER « JEUNES »

Kino-Québec  
La cour d'école, pour faire  
bouger les jeunes .....4

Société internationale  
d'hypertension – congrès 2002 ....6

Nouvelles de la Fondation .....7

Conseil québécois  
sur le tabac et la santé

Unité québécoise de recherche  
sur le tabagisme .....8

Les maladies chroniques :  
prévention et réadaptation ....10

Colloques à venir .....12

Site Internet  
activité physique .....12

\* Le bulletin est aussi disponible  
sur Internet à l'adresse suivante :  
[www.forumscv.qc.ca](http://www.forumscv.qc.ca)

## La Mission

La mission du bulletin vise à diffuser les connaissances les plus récentes, permettre la discussion et l'échange d'information sur les différents champs d'intervention en prévention vasculaire cérébrale et cardiaque et ce, auprès des médecins et autres professionnels de la santé du Québec.

## Moins d'activité physique à l'école... Une situation préoccupante

Dans le numéro précédent du bulletin *Les actualités du cœur*, on citait la conférence du D<sup>r</sup> Gilles Paradis concernant la santé cardiovasculaire des jeunes. Des données très inquiétantes ont été soulevées : excès de poids, sédentarité, désordres dans les profils lipidiques, élévation de la tension artérielle, conditions qui mènent aux maladies chroniques, dont entre autres les complications cardiovasculaires et le diabète.

Dans le présent bulletin, on entendra un autre cri d'alarme concernant la santé de nos jeunes. En effet, un article du D<sup>r</sup> Philippe Lessard dresse un tableau inquiétant du faible niveau d'activité physique chez nos jeunes et des occasions de plus en plus rarissimes d'en faire. Au Québec, on constate un plafonnement et même une diminution de la pratique de l'activité physique chez les adolescents. Cela nous laisse entrevoir une augmentation de la prévalence de la sédentarité chez les jeunes pour les prochaines décennies. En 2002, la réforme de l'éducation a imposé 60 minutes par semaine de cours d'éducation physique et à la santé, à moins que le conseil d'établissement de l'école décide d'en offrir davantage.

À titre de rédacteur en chef du bulletin *Les actualités du cœur*, je me joins aux directeurs de

santé publique du Québec qui jugent important d'attirer l'attention des décideurs du réseau scolaire sur l'impact que pourraient avoir certaines de leurs décisions. La décroissance du nombre d'heures et les occasions consacrées à l'activité physique entraînent un glissement progressif vers la sédentarité, facteur de risque grandement reconnu de plusieurs maladies chroniques.

Appuyant le Comité scientifique de Kino-Québec, nous pensons que « tous les enfants et les adolescents devraient être physiquement actifs tous les jours ou presque. De plus, ils devraient pratiquer des activités physiques d'intensité moyenne ou plus élevée, trois fois ou plus chaque semaine, pendant au moins vingt minutes par séance ».

L'école est un milieu de vie important pour nos jeunes. Il est souhaitable qu'elle mette en place, en concertation avec les parents, les organismes communautaires et les municipalités, des conditions ou des mesures pour que chaque jeune ait l'opportunité d'être actif tous les jours de classe.

Bougeons tout de suite pour donner à nos enfants le goût de bouger et qu'ils intègrent l'activité physique à leur mode de vie.

Denis Drouin, M.D.

## L'Alliance pour relever les défis de santé des années 2000

Travailler en collaboration avec les professionnels de la santé et contribuer concrètement à l'amélioration des pratiques professionnelles a toujours été pour la Fondation des maladies du cœur du Québec une priorité d'action. Depuis près d'un an, guidée par son dynamisme et le développement de stratégies novatrices, la Fondation a cogité sur un « projet » visant à regrouper les activités d'ordre professionnel. Fortement inspirées par une tendance actuelle dans le domaine de la santé, soit le regroupement de partenaires de différents milieux autour de la problématique des maladies chroniques, nos réflexions nous ont amené à mettre sur pied l'**Alliance québécoise pour la santé du cœur**. En effet, comme le nom l'indique, nous désirons faire des alliances avec les organismes, les regroupements et les associations professionnelles qui ont un intérêt commun au niveau des saines habitudes de vie en lien avec les facteurs

suite page 2 ▶

(suite de la page 1)

de risque des maladies cardiovasculaires et celles de certaines maladies chroniques. Nous croyons que d'importants gains stratégiques peuvent être réalisés sur le plan des habitudes de vie, en plus de contribuer positivement à chacune des organisations. Au sein de la Fondation des maladies du cœur du Québec, l'Alliance regroupera à la fois les activités du *Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire* et l'expertise de *Cholestaction Québec*. En plus de maintenir et de consolider certaines activités, elle se propose aussi de réaliser de nouveaux projets dont l'actualisation du programme de réhabilitation des patients cardiaques, *À vous de jouer*.

## Bienvenue à madame Gloria Sacks Silver

Depuis avril 2002, madame Gloria Sacks Silver occupe le poste de Directrice du Service Affaires santé et Recherche à la Fondation des maladies du cœur du Québec. C'est avec un très grand plaisir que les quinze membres de l'équipe ont accueilli leur nouvelle chef. Avant de se joindre à la Fondation, Madame Sacks Silver occupait le poste de Responsable de l'Unité de santé physique à la Direction de santé publique de Montréal-Centre. Elle gérait une importante équipe multidisciplinaire composée entre autres de médecins, dentistes, infirmières, diététistes. Durant ces 20 années, elle a acquis une importante expertise en gestion de programmes sur la santé cardiovasculaire et les habitudes de vie. Parmi ses principales réalisations, citons, son travail de pionnière aux projets de recherche sur le tabac et la promotion de la santé cardiovasculaire. De plus, elle a coordonné un des trois projets de démonstration québécoise liés à la santé cardiovasculaire, issus de l'Initiative fédérale-provinciale en santé du cœur.

Madame Sacks Silver possède une grande notoriété dans le domaine de la santé publique et est respectée de tous. Elle a été durant plusieurs années, une bénévole fidèle au sein de la Fondation. Visionnaire, femme d'action avec une personnalité des plus chaleureuses, Madame Sacks Silver est un atout indéniable.

Nous nous estimons privilégiés de pouvoir bénéficier de son expertise et de travailler à ses côtés. Nous lui souhaitons la plus cordiale bienvenue. **AC**

# Outil d'aide à la pratique médicale



LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE  
D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Hélène Poirier, M.Sc.  
Coordonnatrice

Alliance québécoise pour la santé du cœur  
Fondation des maladies du cœur du Québec

## HYPERTENSION ARTÉRIELLE

### Guide thérapeutique - 2<sup>e</sup> édition

**L'**hypertension est un des facteurs de risque les plus importants dans le développement des maladies cardiaques, vasculaires cérébrales, rénales et vasculaires périphériques. Elle afflige 21 % de la population canadienne, 57 % des personnes âgées de plus de 65 ans et 50 % des diabétiques. Parmi les individus atteints d'hypertension, des données récentes nous démontrent que pour :

- 43 % d'entre eux, le diagnostic n'a pas été porté ou confirmé ;
- 22 % d'entre eux, le diagnostic a été confirmé mais le traitement n'a pas été initié ;
- 21 % d'entre eux, le traitement a été institué mais les valeurs cibles n'ont pas été atteintes.

Par conséquent, **seulement 13 % des hypertendus sont diagnostiqués, traités et ont atteint les valeurs cibles**. Chez les diabétiques, la maîtrise de l'hypertension est atteinte dans seulement 9 % des cas.

Considérant l'importance de la situation et surtout la disponibilité de plusieurs outils diagnostiques et thérapeutiques efficaces, la Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA) nous offre une version améliorée du *Guide thérapeutique*. En effet, en avril dernier une version bonifiée du Guide a été lancée et ce, dans le but de faciliter les interventions liées au diagnostic et au traitement des patients hypertendus. Rédigé par les D<sup>rs</sup> Denis Drouin et Alain Milot, on retrouve dans ce Guide des recommandations claires. Celles-ci sont le fruit du travail collectif des membres de la SQHA, basées sur les données les plus récentes disponibles au moment de la rédaction.

Une version électronique du Guide est disponible sur le site de la SQHA ([www.hypertension.qc.ca](http://www.hypertension.qc.ca)). De plus les mises à jour y seront aussi présentées. On peut obtenir la version papier du Guide en s'adressant au secrétariat de la SQHA, téléphone : (514) 325-2870.

### Contenu / Ajouts

Cette 2<sup>e</sup> version du *Guide thérapeutique* est nettement améliorée. Plusieurs chapitres ont été révisés de façon approfondie :

- Le traitement initial
- La polymérisation
- Le diabète et la néphropathie diabétique

### De nouvelles thématiques ont été ajoutées :

- La mesure de la tension artérielle
- L'évaluation du risque cardiovasculaire
- L'observance
- La femme
- La grossesse
- La personne âgée et très âgée
- La maladie rénale
- La maladie cérébrale

Le format du Guide et les séparateurs à onglet qui le rendent pratique et facile d'utilisation ont été maintenus. Enfin, les recommandations les plus importantes ont été de nouveau traduites sous forme de tableaux et figures.

Si l'on se réfère aux commentaires reçus lors de la première version, le *Guide Thérapeutique* est grandement apprécié. Il permettra aux professionnels de la santé d'améliorer leur pratique au quotidien lors de décisions thérapeutiques et, nous l'espérons, contribuera à diminuer l'incidence de l'hypertension. **AC**

## **LIFE** • Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study

**L**es résultats de l'étude LIFE ont été présentés à Atlanta, en mars 2002, lors du congrès de l'*American College of Cardiology* par le docteur Bjorn Dahlöf. Fait plutôt rare, les six mille participants se sont levés et ont longuement applaudi le docteur Dahlöf après la présentation de ses résultats.

### Caractéristiques de l'étude

L'étude incluait 9 193 patients hypertendus âgés de 55 à 80 ans, possédant une hypertrophie ventriculaire gauche (HVG) définie par électrocardiographie selon les critères de voltage des méthodes de Cornell et Sokolof-Lyon; étude randomisée à double insu avec groupe parallèle. On y a comparé les effets du losartan versus l'aténolol avec la possibilité d'y associer d'autres médicaments. La durée de l'étude a été de 4,8 ans et les principaux indicateurs étaient le décès, l'infarctus du myocarde ou l'accident vasculaire cérébral (AVC).

### Résultats

- ↓ de la tension artérielle de 30,2 / 16,6 mmHg pour le losartan de 29,1 / 16,8 mmHg pour l'aténolol
- ↓ de 13 % de l'indicateur primaire
- ↓ de 11,4 % de la mortalité cardiovasculaire
- ↓ de 24,9 % d'AVC fatals et non fatals
- ↓ de nouveaux cas de diabète de 25 % avec le losartan

On savait que les patients présentant de l'HVG étaient à haut risque de complications cardiovasculaires. Jusqu'à maintenant, on prenait pour acquis que la majorité des médicaments antihypertenseurs pouvait

réduire l'HVG, mais les effets sur la réduction de la morbidité et de la mortalité n'avaient pas été étudiés. L'étude LIFE est la première étude d'importance à aborder cette problématique. Les auteurs concluent que le losartan, un bloquant des récepteurs de l'angiotensine (ARA), réduit effectivement la morbidité et la mortalité associées à l'HVG et ce, plus efficacement que les bêta-bloquants, dans ce cas-ci, l'aténolol. Aucune différence significative n'a été observée au niveau de la réduction de l'infarctus du myocarde, cependant les bénéfices obtenus pour les autres indicateurs sont remarquables.

Les bienfaits observés au niveau de la réduction de l'AVC (24,9 %) confirment que les bénéfices du traitement de l'hypertension artérielle sont importants. L'AVC coûte cher en terme de coûts de santé, de souffrances pour les personnes atteintes et leur famille.

La population médicale avait un préjugé favorable pour la classe des ARA en raison de leur efficacité à abaisser la pression artérielle et leur excellent profil de tolérabilité, mais il n'y avait pas d'étude pour en confirmer l'innocuité et les bienfaits pour les personnes hypertendues. LIFE est la première à le faire.

D'autres notions intéressantes à souligner, entre autres le nombre de patients à traiter pour prévenir un événement est excellent, soit 56 pour prévenir un événement, 59 pour prévenir un AVC et 59 pour prévenir l'apparition de diabète. Pour ce qui est du sous-groupe de patients diabétiques, les chiffres sont encore meilleurs, soit 19 pour prévenir un événement, 28 pour prévenir un décès et 50 pour prévenir un AVC.

De multiples sous-études de LIFE sont à venir et apporteront des ren-

seignements supplémentaires pour le traitement de l'hypertension artérielle.

### Réflexion

D'un autre côté, la communauté médicale aurait aimé avoir plus de réponses à ses questions et LIFE n'y répond malheureusement pas. Les ARA et les IECA, deux classes qui bloquent l'axe rénine-angiotensine, confèrent-ils des bénéfices comparables ? Peut-on extrapoler et attribuer à tous les ARA les mêmes bénéfices que ceux observés avec le losartan ? Impossible d'y répondre pour le moment. Tout ce que l'on peut affirmer avec certitude, c'est que les bénéfices obtenus l'ont été avec le losartan 81 mg (en moyenne) par jour\*. Nous espérons que d'autres études répondront à ces questions.

### Conclusion

Pour un abaissement de la pression artérielle comparable, les bénéfices en terme de réduction de la morbidité et de la mortalité obtenus avec le losartan sont supérieurs à ceux obtenus avec l'aténolol. Ces résultats sont suffisamment importants pour que les grandes sociétés savantes comme la Société québécoise d'hypertension et la Société canadienne d'hypertension décident d'inclure les résultats de l'étude LIFE dans leurs prochaines recommandations. D'emblée, on peut s'attendre que les ARA soient recommandés, à égalité avec les autres classes, pour le traitement de première intention de l'hypertension sans complication et également de l'hypertension avec HVG. **AC**

\* souvent associé à d'autres classes

Référence: Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention for Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol. Dahlöf B et al. *Lancet* 2002; 359: 995-1003. March 23 2002.

## Pages des partenaires

Philippe Lessard M.D.  
 Directeur de santé publique  
 DSP Chaudière-Appalaches  
 en collaboration avec Benoit Laberge



# LA COUR D'ÉCOLE

## pour redécouvrir le plaisir d'être actif

**A**u Québec, on constate un plafonnement et même une diminution de la pratique d'activité physique chez les adolescents (Desharnais et Godin, 1995). Un adolescent sur deux n'atteint pas le niveau d'activité physique recommandé par les autorités scientifiques et médicales (Nolin et autres, 2000). De plus, on constate une hausse de la proportion des enfants et des adolescents aux prises avec un problème d'excès de poids. Cela laisse entrevoir que la prévalence de la sédentarité a augmenté chez les jeunes au cours des dernières décennies (Kino-Québec, 2000).

Cette situation est fort inquiétante. Nous savons que la pratique régulière d'activités physiques durant l'enfance et l'adolescence est associée aux bienfaits suivants : amélioration de la condition physique, meilleur contrôle du poids, plus grande densité osseuse, meilleur profil lipidique et amélioration de la tension artérielle, meilleure estime de soi et développement d'un mode de vie physiquement actif. Par ailleurs, un mode de vie sédentaire favorise, à l'âge adulte, la progression de l'apparition de maladies chroniques telles que : les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, l'ostéoporose et le cancer du côlon.

La promotion de l'activité physique est donc au cœur de la prévention de nombreux problèmes chroniques de santé. Le Comité scientifique de Kino-Québec, à l'instar de plusieurs autres le rappelle : l'activité physique a des effets bénéfiques sur la santé immédiate et future des jeunes.

L'une des principales stratégies proposées par Kino-Québec afin de

freiner ce désengagement est de favoriser la création d'environnements qui facilitent la pratique d'activités physiques. L'objectif est de permettre aux jeunes de découvrir ou de redécouvrir le plaisir d'être actifs.

Cet objectif semble être partagé de plus en plus, tant par la famille, l'école, le quartier, les loisirs municipaux, les associations sportives, le milieu communautaire, etc. Cependant, l'apport de l'école, bien qu'il ne constitue qu'une partie de la solution, est considéré comme essentiel et incontournable. Il se situe surtout aux niveaux suivants :

- offrir des occasions d'activités physiques dites universelles, c'est-à-dire qui rejoignent tous les jeunes sans exception ;
- organiser des activités physiques parascolaires ;
- favoriser une utilisation optimale des équipements sportifs ;
- contribuer au développement du transport actif et sécuritaire ;
- promouvoir la pratique d'activités physiques.

Le niveau d'activité physique à l'école a diminué considérablement au cours des dernières années (CDCP, 1997). Au Québec, on constate que cette diminution touche, entre autres aux occasions d'activités physiques universelles : les cours d'éducation physique et à la santé et les récréations à l'enseignement primaire.

En ce qui concerne les cours d'éducation physique et à la santé, en 1990, trois enseignants sur quatre au primaire, déclaraient que leur école ne suivait pas la suggestion du ministère de l'Éducation d'offrir 120 minutes d'éducation physique par semaine. Dix ans

plus tard, les résultats d'une enquête réalisée à Montréal nous informent que la durée moyenne de ce cours est de 65 minutes par semaine (DSP Montréal-Centre, 2001). En 2002, la réforme de l'éducation impose 60 minutes par semaine, et le conseil d'établissement de l'école peut l'augmenter s'il en décide ainsi. D'autres priorités retenues par les conseils d'établissements représenteraient l'une des principales barrières à l'augmentation du temps consacré au cours d'éducation physique et à la santé.

Les récréations constituent également de bonnes opportunités pour favoriser la santé par l'activité physique (Wechsler et autres, 2000). D'ailleurs, elles sont une composante importante du développement physique, social et académique des jeunes (Pellegrini et Smith, 1993). Malheureusement, elles sont trop souvent ignorées comme occasions universelles d'activité physique. Pourtant, la Loi de l'instruction publique mentionne que les jeunes à l'école primaire doivent bénéficier de deux périodes de pause, l'une l'avant-midi et l'autre l'après-midi.

Traditionnellement au Québec, les écoles d'enseignement primaire allouent aux élèves deux périodes d'environ 15 minutes de pause par jour. Les élèves bénéficient d'environ 150 minutes en récréation, chaque semaine. Ce temps, ils le passent généralement dans la cour d'école où ils peuvent apprendre, entre autres par le biais des jeux et de l'activité physique à coopérer, à respecter les différences, à développer leurs habiletés physiques de base (courir, attraper, sauter, se démarquer, etc.), leur esprit critique, leur créativité ou tout simplement à se détendre.




Aux États-Unis, la situation est la suivante : beaucoup d'écoles publiques éliminent les récréations (NAEYC, 1997). Cela leur permet d'augmenter le temps d'enseignement, de diminuer les risques (blessures, intimidation, violence, etc.) et réduire les difficultés liées à la supervision des activités par les enseignants. Au Québec, certaines écoles offrent une seule récréation par jour et invoquent des contraintes relatives au transport scolaire, au temps requis par les enfants pour l'habillage et le déshabillage, à l'horaire de cours trop chargé (DSP Montréal-Centre, 2001) et à la réorganisation suite à l'implantation de la réforme (La Presse, 31 août 2001). À Montréal, plus de la moitié des écoles publiques offrent une seule récréation par jour (DSP Montréal-Centre, 2001).

Il est pourtant démontré que le fait de mieux organiser la cour d'école et d'offrir aux enfants les activités qu'ils ont choisies, a des effets positifs notables sur leurs comportements (Chevaliers et autres, 1997). Il y a moins de gestes de violence et d'intimidation et cela favorise la participation des jeunes aux activités physiques. Le niveau d'activité physique en terme d'engagement, de temps, d'intensité (Wechsler, 1997), durant ces pauses varie en fonction de certains facteurs comme l'implication des adultes (supervision, encouragement), le type d'organisation de la récréation (structurée ou non-structurée), l'espace, le matériel et l'équipement disponible, le choix des activités par les élèves, etc.

Les personnes engagées dans des projets d'amélioration de leur cour d'école, que ce soit des parents, des membres de l'équipe école (direction, professeurs d'éducation physique, titulaires ou autres) ou des élèves, bénéficient habituellement de très peu de ressources pour les soutenir dans leurs actions. Leur tâche est complexe puisqu'aucun modèle unique d'organisation de la cour ne peut s'appliquer à toutes les écoles. Le nombre de jeunes fréquentant l'école, leur âge, la superficie de la cour, l'aménagement et l'état des équipements sont des exemples d'éléments qui font que chaque école a ses besoins particuliers. Il n'est donc pas étonnant de voir les efforts des personnes impliquées dispersés par les contraintes et les problèmes quotidiens.

La Direction de santé publique de la région Chaudière-Appalaches, en collaboration avec Kino-Québec, la Fédération québécoise du sport étudiant et la Fédération des éducateurs et éducatrices physiques enseignants du Québec a publié le document *Mieux vivre ensemble dans la cour d'école, guide d'animation et d'aménagement*. Cet ouvrage contient des pistes d'actions utilisées par différentes écoles afin que les jeunes puissent découvrir ou redécouvrir le plaisir d'être actif dans leur cour d'école. Vous trouverez dans le tableau ci-joint, un résumé de ces principales pistes d'actions.

La direction de la santé publique de la région de Chaudière-Appalaches collabore présentement avec plus de 65 écoles primaires afin de les soutenir dans l'organisation de leur cour d'école. De plus, un projet de recherche qui vise à mieux connaître les besoins des jeunes et des adultes qui les accompagnent lors des récréations, est actuellement en cours. Nous espérons ainsi pouvoir mieux cerner, comprendre et identifier ce qui permet aux jeunes de découvrir ou de redécouvrir le plaisir d'être actif. 

(Références complètes disponibles sur demande)

## Pistes d'actions pour favoriser le plaisir d'être actif dans leur cour d'école

**L'enseignement des jeux :** L'enseignement des jeux est essentiel au bon déroulement de ceux-ci dans la cour d'école. Il permet aux jeunes de connaître les mêmes règles et de diminuer ainsi les risques de conflits.

**L'animation par les élèves :** Cela favorise la participation, la responsabilisation et le développement du leadership des jeunes. Ils doivent cependant être soutenus dans leurs actions.

**L'attribution des espaces de jeux :** Les espaces de jeux dans la cour d'école doivent être octroyés de façon harmonieuse. En voici deux exemples :

1. Un espace de jeu, une classe. On attribue un espace de jeu à une classe, qu'elle garde pour la majorité des récréations. Elle change de jeu selon les besoins.
2. Un espace de jeu, un jeu. Les espaces de jeu sont destinés à un type de jeu ou d'activité. Les classes changent d'espace en fonction d'un horaire de jeux.

**La responsabilité du matériel :** Le matériel d'animation (ballons, cônes, drapeaux, *crazy carpets*, etc.) doit être en ordre et disponible pour les activités de cour d'école. Voici trois exemples de gestion :

1. Les titulaires des groupes gèrent le matériel à partir de leur classe.
2. Un comité de jeunes leaders gère le matériel à partir d'un local de prêt.
3. Le professeur d'éducation physique gère le matériel à partir de son local de rangement.

**La coordination des activités :** Certaines écoles demandent à un adulte de coordonner les activités des récréations ou de cour d'école. Cela permet de mieux gérer les activités et les relations humaines dans la cour d'école.

**La participation des jeunes :** Les jeunes doivent connaître ce que l'on attend de leur participation aux activités de cour d'école. Certaines écoles exigent une participation obligatoire, d'autres une participation volontaire, d'autres un mélange des deux façons de faire.

**Le code de conduite :** Plusieurs écoles ont adopté un code de conduite pour leur cour d'école. Simple et connu de tous, il permet de mieux gérer les différentes situations.

**La valorisation des jeunes :** On connaît l'importance de valoriser, d'encourager, de soutenir et de stimuler la participation et l'engagement des jeunes. Certaines écoles ont développé une façon de faire, à ce sujet, pour leur cour d'école.

**L'aménagement de la cour d'école :** Les écoles utilisent habituellement une démarche en 5 étapes pour réaliser un projet d'aménagement de leur cour d'école : nommer un responsable, former un groupe de travail, reconnaître les besoins, élaborer et réaliser le projet.



FONDATION  
DES MALADES  
DU CŒUR -  
DU QUÉBEC

## Société internationale d'hypertension Congrès 2002 – Prague

**L**e congrès 2002 de la Société internationale d'hypertension fût un grand succès tant au niveau des inscriptions que celui des abrégés qui ont été soumis et présentés. Plus de 8 000 personnes se sont inscrites au congrès et plus de 2 000 abrégés ont été soumis. Les contributions québécoises et canadiennes étaient de très haute qualité. Certaines contributions cliniques à ce congrès ont ajouté à nos connaissances sur la prévention, les complications cardiovasculaires et le traitement de l'hypertension artérielle.

### Étude STOP - NIDDM

Une contribution particulièrement appréciée a été celle du Dr Jean-Louis Chiasson, qui a rapporté les résultats d'une étude dont il a été l'investigateur principal, soit STOP-NIDDM. Cette étude avait comme objectif d'évaluer la prévention du diabète et des maladies cardiovasculaires chez des patients avec intolérance au glucose. Cette étude était internationale avec un protocole randomisé, contrôlé par un placebo et à double insu. Mille quatre cent vingt-neuf patients avec intolérance au glucose ont été admis et mis sous traitement, soit avec un placebo ou soit avec l'acarbose 100 mg t.i.d. pour un suivi moyen de 3,3 ans. Les patients avaient un indice de masse corporelle moyen de  $30,9 \pm 4,2$  kg/m<sup>2</sup> et un âge moyen de 55 ans. L'objectif primaire était le développement du diabète tel qu'évalué par un test de tolérance au glucose. Les objectifs secondaires étaient le développement de l'hypertension artérielle et la maladie cardiovasculaire. Les résultats de l'étude ont indiqué que 32,4 % des sujets randomisés à l'acarbose avaient développé un diabète et que 41,5 % des patients randomisés au placebo avaient développé un diabète. Le risque de diabète a été réduit de 25 % par l'acarbose avec un degré de signification de  $P < 0,001$ . Au

niveau cardiovasculaire, l'acarbose a été aussi efficace pour réduire les nouveaux cas d'hypertension artérielle de 36 %. Le risque relatif (RR) est égal à 0,64 avec index de confiance (IC) de 95 %, équivalent 0,46 et 0,9 pour un degré de signification de  $P < 0,009$ . Il y a eu aussi une réduction des infarctus du myocarde ainsi que de tout événement cardiovasculaire qui n'était cependant pas significatif.

Cette étude est une première démonstration du fait que l'on peut prévenir l'évolution de l'intolérance au glucose vers le diabète et que simultanément, on peut prévenir l'apparition d'hypertension artérielle chez certains patients.

### Étude TROPHY

Dans un même ordre d'idées, d'autres études de prévention de l'hypertension artérielle sont en cours utilisant des bloqueurs des récepteurs AT<sub>1</sub>. Le Dr Stevo Julius a rapporté les résultats préliminaires de l'étude TROPHY (Trial of Prevention of Hypertension). L'objectif de l'étude consiste à évaluer si l'on peut retarder ou même prévenir le développement d'une hypertension clinique chez les sujets qui ont une tension considérée comme normale – haute, soit une tension artérielle systolique 130 à 135 mmHg et une tension artérielle diastolique de 85 à 89 mmHg. Plus de 800 patients ont été randomisés à un traitement avec un bloqueur des récepteurs de l'angiotensine II, soit le candesartan, à dose de 16 mg ou un placebo pour une période de 2 ans. Cette étude se poursuivra pour une période de contrôle d'observation additionnelle de 2 ans afin d'évaluer le suivi de ces patients avec tension artérielle à la limite de ce qui est considéré pour le moment comme étant normal. Le Dr Julius a émis l'opinion que les patients qui étaient à la limite de la normalité actuelle devraient être traités afin de diminuer l'évolution des risques cardiovasculaires. Un article

récent publié dans le *New England Journal of Medicine* (Vasan RS et al, N Engl J Med 2001 ; 345 : 1291-1297) avait rapporté que sur un suivi moyen de 12 ans, les patients avec tension artérielle considérée comme étant normale élevée (130-139 / 85-89 mmHg) avaient un risque plus élevé de développer des complications cardiovasculaires que ceux qui avaient une tension artérielle optimale, soit de 120 / 80 mmHg. L'objectif de l'étude TROPHY est donc de démontrer que l'on peut prévenir l'évolution de l'hypertension artérielle et que l'on peut aussi prévenir les complications cardiovasculaires, si l'on traite pendant une période suffisamment prolongée les gens avec une tension artérielle limite élevée ou haute normale.

### Étude SCOPE

L'étude SCOPE (*Study on Cognition and Prognosis in Elderly hypertensives*) est une étude dirigée par le professeur Lennart Hansson de Suède. Cette étude à double insu a été planifiée pour 4 937 patients dans 15 pays différents, avec un suivi de 3 à 5 ans et a comme objectif d'évaluer le bénéfice de l'utilisation d'un bloqueur des récepteurs AT<sub>1</sub>, soit le candesartan, et un placebo, sur les complications cardiovasculaires et les fonctions cérébrales supérieures de patients entre l'âge de 70 et 89 ans. Initialement, lorsque l'étude SCOPE a été planifiée, l'objectif était de comparer l'effet d'un bloqueur des récepteurs AT<sub>1</sub>, le candesartan, avec un placebo sur les événements cardiovasculaires et les fonctions cognitives supérieures des patients âgés. Les patients devaient avoir une tension artérielle légère définie comme étant une tension systolique entre 160 et 179 mmHg et une diastolique de 90 à 99 mmHg. Cependant, avec la publication de nouvelles lignes directrices dans le traitement de l'hypertension, le traitement placebo s'est avéré avec le temps devenir un traitement actif et

84 % des patients qui auraient dû être sous placebo ont reçu en réalité un traitement antihypertenseur, principalement un diurétique. Le traitement antihypertenseur de base a été standardisé à l'hydrochlorothiazide 12,5 mg et si la tension artérielle demeurait au-dessus de 160/90, les patients recevaient un traitement additionnel. Dans le cours de l'étude, la tension artérielle des patients sous traitement actif a été réduite de 21,7/10,8 mmHg lors du traitement à base de candesartan et de 18,5/9,2 mmHg dans le groupe contrôle. Il existe donc entre les 2 groupes une différence de réduction de tension artérielle de l'ordre de 3,2/1,6 mmHg.


Les résultats ont indiqué que le traitement à base de candesartan a été associé à une réduction des accidents vasculaires cérébraux, sans fatalité, de l'ordre de 28 %, avec un degré de signification de  $P < 0,04$  et une réduction de l'ordre de 11 % des accidents vasculaires majeurs, ce qui cependant n'était pas significatif. Il y a eu de plus, une réduction de 20 % d'apparition de nouveaux cas de diabète dans le groupe traité par le bloquant des récepteurs AT<sub>1</sub>. Dans une sous-analyse secondaire, comparant les patients recevant un diurétique (plus ou moins candesartan ou placebo), et chez 2 000 patients, le professeur Hansson a décrit une réduction des événements cardiovasculaires de l'ordre de 30 %.

Dans le groupe candesartan, il n'y a pas eu de réduction ou d'amélioration des fonctions cognitives supérieures ou de la démence dans l'ensemble de la population sous étude. Cependant, pour les patients qui avaient initialement un MMSE\* inférieur à 28, il y a eu une légère amélioration ou une réduction de la détérioration chez les patients recevant le bloquant de l'AT<sub>1</sub> plutôt que le placebo de l'ordre d'environ 0,6. Les résultats de l'étude SCOPE vont donc dans la même direction que les résultats de l'étude LIFE présentés au Collège américain de cardiologie en mars 2002. Les résultats de l'étude LIFE ont aussi indiqué une réduction des accidents vasculaires cérébraux et des nouveaux cas de diabète, lorsqu'on comparait un bloquant AT<sub>1</sub>, le losartan, avec l'aténolol. Bien que les deux études aient été différentes quant aux objectifs de tension artérielle qui ont été atteints, ainsi que dans la population à l'étude en ce qui concerne leur âge, les deux études semblent

avoir une direction similaire quant à la protection cardiovasculaire apportée par les bloquants des récepteurs AT<sub>1</sub> sur la circulation cérébrale. Il en est de même dans les deux études quant à la protection contre l'apparition de nouveaux cas de diabète.

### Étude ANBP II

Une autre étude de grande envergure a été rapportée à Prague. Il s'agit de l'étude ANBP II (Second Australian National Blood Pressure Study). Cette étude a débuté il y a plusieurs années et a comme objectif de démontrer qu'à contrôle équivalent de tension artérielle, l'utilisation d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion pourrait donner des bénéfices additionnels lorsque comparé à un traitement à base de médication conventionnelle, soit bêta-bloqueur et/ou diurétique. Cette étude a été faite chez des patients, dont l'âge moyen se situe entre 65 et 84 ans, et chez 6 083 patients en pratique générale. Les résultats de cette étude ont indiqué qu'un traitement à base d'inhibiteurs d'enzyme de conversion est associé à une réduction de l'ordre de 11 % de l'ensemble des événements cardiovasculaires, ce qui était significatif à  $P < 0,05$  lorsque comparé à un traitement conventionnel. Il n'y avait pas de changement au niveau de la mortalité, mais une réduction des accidents vasculaires cérébraux en tant que premier événement de l'ordre de 10 %, ce qui était aussi significatif. Les résultats surprenants de cette étude sont à l'effet que la réduction des événements cardiovasculaires n'a été perçue uniquement chez les hommes, avec une réduction totale de l'ordre de 17 % dans le traitement par inhibiteurs d'enzyme de conversion, alors qu'il n'y avait aucune réduction chez les femmes. Le Dr Wing en a conclu que chez les hommes, l'emploi des inhibiteurs d'enzyme de conversion était associé à une réduction légère mais significative d'événements cardiovasculaires, principalement vasculaires cérébraux comparativement à l'utilisation de diurétiques. Cependant, pour les femmes, aucune différence n'a été remarquée.

Le congrès de la Société internationale d'hypertension a été un grand succès à tous les points de vue. Lors de cette réunion, il a été annoncé que le congrès de 2010 se tiendra à Vancouver. 

\* Mini-mental state examination

## Nouvelles de la Fondation

### Recherche

#### Les récipiendaires des prix de la recherche

La Fondation des maladies du cœur du Québec est heureuse d'annoncer les récipiendaires des prix de la recherche pour l'année 2002-2003 :

#### Le prix John J. Day

Les récipiendaires du prix John J. Day pour l'année 2002-2003 sont :

- Dr Adel Giaid, Hôpital Général de Montréal
- Dr Nancy Mayo, Hôpital Royal Victoria

#### Le prix Jonathan Ballon

Le récipiendaire du prix Jonathan Ballon pour l'année 2002-2003 est :

- Dr Darren E. Richard, Hôtel-Dieu de Québec

#### Le prix d'excellence de recherche en cardiologie préventive

Les récipiendaires du prix de la 4<sup>e</sup> CICIP pour l'année 2002-2003 sont :

- Dr Mindy F. Levin, Institut de réadaptation de Montréal
  - Dr Nancy Mayo, Hôpital Royal Victoria
- Félicitations à tous nos récipiendaires !

Suite des Nouvelles de la Fondation à la page 12

### Recommandations canadiennes 2001-2002 sur l'hypertension copies disponibles en anglais

Le cahier spécial du dernier numéro *Les recommandations canadiennes 2001-2002 sur l'hypertension* a connu un succès sans précédent. Des copies anglaises ont été imprimées et sont disponibles pour ceux qui en font la demande.

### Erratum Erratum Erratum Erratum Erratum

Nous désirons apporter une correction au sujet de l'affiliation de monsieur Pierre Ouellette, co-auteur de l'article *Des économies substantielles en soins de santé* publié dans le bulletin précédent (Vol. 7 no 1). Ainsi, Monsieur Ouellette est professeur d'économie au Département des sciences économiques de l'UQAM et non pas membre du Groupe d'Analyse / Économique. Nous nous excusons pour ce quiproquo.

## *L'Unité québécoise de recherche sur le tabagisme (UQRT)* pour stimuler le développement des connaissances sur le tabagisme

### Contexte

L'idée de constituer un réseau de soutien pour inciter les chercheurs québécois à s'intéresser à la question du tabagisme est devenue formellement un projet dans la foulée de la 11<sup>ème</sup> Conférence mondiale sur le tabac et la santé, tenue à Chicago, en août 2000. Il s'agissait de trouver la manière de doter le Québec des mécanismes visant, d'une part, à persuader les chercheurs déjà établis à consacrer du temps à la conception de projets portant sur le tabagisme et, d'autre part, à recruter des étudiants de niveau supérieur à réaliser leur mémoire sur des sujets menant à l'amélioration des connaissances sur la toxicomanie à la nicotine.

Le concept a donc été débattu par un groupe de professionnels travaillant dans l'orbite de la Direction de santé publique de Québec, à l'Institut national de santé publique ou appartenant à des organismes non gouvernementaux actifs dans la lutte contre le tabagisme. Ce groupe de personnes a commencé à se réunir formellement en novembre 2000, puis s'est doté d'un comité exécutif qui avait pour mandat de préparer un premier énoncé de mission. L'exécutif devait s'employer à trouver des sources de financement et préparer un premier plan de développement portant sur un horizon de cinq années. C'est en février dernier que la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a octroyé une subvention de pré-implantation à laquelle s'assortit un certain nombre de conditions, dont certains biens livrables définis. De leur production dépend d'ailleurs l'engagement financier ultérieur du ministère pour la continuation de ce projet.

L'Unité québécoise de recherche sur le tabagisme (UQRT) souhaite regrouper

des chercheurs provenant de tous les horizons professionnels et qui sont rattachés soit à des organismes chargés d'assurer la protection de la santé publique ou à des établissements d'enseignement supérieur. Comme le tabagisme constitue la première cause de mortalité évitable affectant la population de notre pays, l'insuffisance des connaissances de cette maladie compromet tant la qualité de la formation dispensée aux futurs professionnels de la santé, que leur capacité d'agir d'une manière efficace pour réduire cette source de souffrance.

### Mission

L'UQRT se donne pour mission de favoriser la réalisation de travaux de recherche rigoureux visant à identifier tant les facteurs qui affectent la dissémination du tabagisme que ceux qui encouragent le maintien de « l'acte de fumer ». L'UQRT est en voie de se doter d'un programme de recherche dont les contours se modèlent sur les méthodes d'action sur le tabagisme les plus récentes. Ce programme s'inspirera de l'approche globale qui regroupe les dimensions culturelles, économiques, environnementales, épidémiologiques, politiques, sociales et toxicologiques de la maladie. L'UQRT participera aussi à la réalisation de travaux de recherche sur des thèmes originaux ainsi qu'à la préparation de rapports d'experts qui soutiendront la conception de programmes d'intervention.

### Les thèmes prioritaires de recherche Toxicologie

Au plan physiologique, nous avons beaucoup appris au sujet du métabolisme des constituants des produits du tabac, au point de rattraper l'avance d'un quart de siècle que l'industrie avait sur la communauté scientifique. Par contre, il

reste beaucoup à faire pour bénéficier des progrès de la connaissance en toxicologie, comme par exemple, les applications qui sont essentielles pour bien caractériser cette toxicomanie. Il en va de même pour la définition des produits toxiques retrouvés dans les marques de cigarettes vendues sur le marché canadien.

De plus, il ressort que l'immunologie doit s'intéresser à la question du tabagisme, que ce soit en terme de reconnaissance du rôle joué par cette toxicomanie dans plusieurs maladies ou, pour envisager des stratégies à visée préventive, par exemple, l'immunisation contre certains constituants de la fumée de tabac lorsqu'ils sont absorbés dans l'organisme.

### Industrie du tabac

Comme le vecteur de cette maladie transmissible est l'industrie du tabac, le contrôle puis la neutralisation de ce facteur de dissémination font aussi partie de nos intérêts. La recherche exploitera les fonds documentaires des fabricants de produits du tabac dans le but de reconstruire les stratégies qu'ils ont adoptées pour manipuler la connaissance scientifique et paralyser les interventions des États qui souhaitent protéger leur population.

### Dénormalisation

La communication publique émanant de l'industrie du tabac, qu'elle soit commerciale ou bien à visée philanthropique, a joué un rôle crucial et influence toujours tant les pouvoirs publics, que les façonneurs d'opinion. Comme les stratégies offensives des compagnies de tabac jouent un rôle déterminant au niveau de la promotion du tabagisme et de l'entretien de son acceptabilité, nous nous proposons de les étudier et de les caractériser.

## Lois

L'évaluation de l'impact des lois adoptées depuis deux décennies pour réduire le tabagisme est un thème qui sera privilégié par l'UQRT. L'identification et l'analyse critique des stratégies construites pour contourner l'esprit sont aussi des objets légitimes de recherche, tout comme les textes de loi qui s'y rattachent.

## Cessation

Le soutien à apporter aux fumeurs, que ce soit pendant la phase du sevrage ou bien pendant les phases avancées de la maladie, sera examiné de manière objective et inclura les dimensions médicales et sociales.

Nous nous proposons de participer à la recherche du soutien au traitement du tabagisme dans une perspective évaluative et ce, de manière à fournir aux cliniciens tous les instruments requis pour diagnostiquer et traiter le tabagisme des clients qui les consultent, même lorsque la toxicomanie à la nicotine ne fait pas partie des motifs à l'origine de la demande d'aide.

## Formation

La formation adéquate des professionnels de la santé ainsi que des intervenants qui doivent agir sur le tabagisme fait partie des responsabilités subsidiaires que l'UQRT entend assumer.


## Fumée de tabac environnementale

L'exposition à la fumée de tabac environnementale (FTE) est un aspect du tabagisme qui a été longtemps méconnu et l'UQRT compte aborder cette problématique en toute priorité. Dans cette perspective, l'UQRT participe à une étude pancanadienne. Celle-ci porte sur l'exposition des enfants à la FTE dans leur domicile et la connaissance qu'ont nos concitoyens de cette source de maladie ainsi que leur perception des conduites à adopter pour se protéger contre cette menace. Dans le cadre de cette étude, l'Unité entend assurer l'entretien de la base de données qui sera constituée pour le Québec et la rendra accessible à tous les chercheurs désireux de l'exploiter.

## Collaboration internationale

L'UQRT entend participer activement à la collaboration internationale dans le cadre des initiatives de contrôle du tabac dont, entre autres l'élaboration de la Convention cadre, coordonnées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

## Les perspectives à court terme

L'UQRT a commencé le 31 mai dernier son programme de réunions scientifiques et entend participer à la Conférence internationale francophone sur le contrôle du tabac, à la 33<sup>ème</sup> Conférence annuelle de l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires, aux Journées annuelles de santé publique puis à la 3<sup>ème</sup> Conférence nationale sur le tabac ou la santé, en décembre prochain. À chacune de ces manifestations, l'UQRT tiendra un kiosque en même temps qu'elle présentera des résultats de travaux. D'ici là, toute demande d'information provenant de personnes soucieuses de collaborer au travail de l'UQRT peut être acheminée au signataire de ce texte à l'Université Laval, Faculté de médecine, Département de médecine sociale et préventive, Québec, G1K 7P4. 

## Les priorités de l'UQRT pour les prochaines années :

- Préparer et réaliser des études sur le tabagisme et l'exposition à la fumée de tabac environnementale (FTE) dans les populations les plus à risque et/ou les plus intensément assiégées par les tactiques commerciales des compagnies de tabac comme les jeunes et les femmes.
- Concevoir et réaliser des études portant sur l'effet de diverses stratégies d'action, comme les campagnes d'information visant à réduire l'acceptabilité sociale du tabagisme, sur les programmes de contrôle du tabagisme.
- Participer et/ou collaborer aux recherches portant sur les effets délétères (biologiques, pathologiques ou cliniques) des nombreuses substances nocives absorbées par les consommateurs des produits du tabac.
- Participer au développement et à l'amélioration de la surveillance épidémiologique du tabagisme au Québec, en collaboration avec les institutions compétentes.
- Participer à l'évaluation des programmes de lutte contre le tabagisme.
- Contribuer à la préparation d'une documentation destinée aux fumeurs et adaptée au niveau d'alphabétisation et aux particularités propres aux différentes catégories de victimes du tabagisme.
- Contribuer à la définition ainsi qu'au contrôle de la qualité des structures, des approches et des méthodes d'aide à la cessation tabagique.
- Contribuer à la compréhension des différences des profils de consommation des produits de tabac et à la définition des besoins de soutien en matière de cessation tabagique pour favoriser le meilleur ajustement possible des services aux particularités des populations visées.
- Développer et évaluer les stratégies pédagogiques les plus pertinentes en fonction des valeurs propres à la culture des diverses catégories de fumeurs.
- Développer et diffuser les moyens documentaires, que ce soit pour ajouter aux connaissances en tabacologie ou bien pour améliorer les interventions sur le tabagisme, en appui à la formation universitaire et/ou professionnelle des praticiens de la santé qu'on convie maintenant à collaborer activement à la lutte contre le tabagisme.
- Susciter et soutenir des initiatives de traduction en langue française d'une large gamme de documents appartenant aux divers aspects de la lutte contre le tabagisme.
- Soutenir sur demande, les actions juridiques qu'elles soient individuelles ou collectives quand elles sont entreprises pour obtenir réparation des préjudices provoqués par le tabagisme.
- Organiser la communication la plus large possible des connaissances relatives au tabagisme que ce soit par des colloques, des conférences, des forums. Participer aux actions québécoises, canadiennes, nord-américaines, mondiales et de manière plus particulière, soutenir celles de l'Organisation Mondiale de la Santé.
- Publier sur papier ou de façon électronique des rapports d'étude, des bulletins, des lettres, des périodiques, des comptes rendus ou toute autre format, toute l'information s'avérant utile et pertinente pour la communauté scientifique et les réseaux de lutte contre le tabagisme.
- Favoriser le rapprochement des divers acteurs des programmes, recherche / action, par le moyen de colloques scientifiques ou de manifestations publiques organisées par l'UQRT avec ses partenaires.

# La prévention et la réadaptation des maladies chroniques Perspective d'interventions auprès des adultes

RRSSS de Québec

**L**e conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec approuvait, au printemps 2002, deux importants programmes d'interventions concernant la prévention et la réadaptation des maladies chroniques auprès des adultes de notre région. Les deux programmes sont issus de deux projets menés conjointement avec les CLSC et plusieurs autres partenaires au cours des dernières années portant, d'une part, sur la prévention des maladies cardiovasculaires et le cancer du poumon et, d'autre part, sur la réorganisation des soins primaires cardiovasculaires. Ces deux nouveaux programmes assurent dorénavant ce qu'il est convenu d'appeler le « Continuum d'interventions Prévention/Réadaptation des maladies chroniques » pour la clientèle adulte de la région.

Cette publication est la première d'une série de deux articles qui nous informent des interventions en prévention et en réadaptation des maladies chroniques dans la Capitale Nationale. Ce premier article présente le programme intégré de prévention des maladies chroniques (2002-2012), que l'on désignera également sous le libellé « 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION ».

## ORIGINES DU PROGRAMME INTÉGRÉ

Le programme intégré de prévention des maladies chroniques (2002-2012) est issu de la révision du programme intégré de prévention des maladies cardiovasculaires et du cancer du poumon de la région de Québec (1995-2002). Cet ancien

programme avait été déployé dans six (6) des huit (8) CLSC de la région, ciblant autant les jeunes que les adultes par la tenue de diverses activités éducatives, et ce, dans une perspective de mobilisation communautaire. L'amélioration des pratiques préventives des professionnels de la santé a également fait l'objet d'une expérimentation dans un CLSC. Après sept années de travail, tous les intervenants et gestionnaires des CLSC et de la Direction régionale de santé publique impliqués dans le programme ont convenu de revoir les objectifs, les stratégies d'interventions et d'évaluation afin d'assurer la cohérence, la cohésion et l'efficacité des actions au regard des habitudes de vie et des maladies chroniques.

## INTERVENIR EFFICACEMENT POUR PROMOUVOIR LES SAINES HABITUDES DE VIE

Le nouveau programme intégré est planifié pour 10 ans (2002-2012) et couvre les huit territoires de CLSC. Il s'adresse à l'ensemble de la population adulte (asymptomatique, à risque ou à haut risque) et propose des interventions axées sur la promotion des saines habitudes de vie (cessation tabagique, alimentation, activité physique) et la prévention des principaux facteurs de risque (hypertension artérielle, dyslipidémies, etc.), dans le but ultime de réduire (ou de retarder) l'apparition de maladies chroniques. Les maladies chroniques retenues sont les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'obésité, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'ostéoporose et les cancers des voies respiratoires et du système digestif.

Le programme s'appuie sur des interventions ciblant autant les facteurs internes, c'est-à-dire sous le contrôle des individus, que les facteurs environnementaux incontrôlables par les individus. L'efficacité des interventions à l'égard des modifications des comportements (soit l'adoption de saines habitudes de vie) constitue le principal défi à relever dans le cadre du programme pour contribuer à la prévention des maladies chroniques.

## LES STRATÉGIES, LES MESURES ET LES INTERVENTIONS

Pour relever le défi de prévention des maladies chroniques, le programme mise sur une approche intégrée qui combine deux stratégies : les « actions éducatives » et les « actions environnementales ». Le programme a déterminé pour chacune des deux stratégies, des cibles et des actions spécifiques selon un cycle de planification triennale.

### Les actions éducatives

Les actions éducatives visent à habiliter les médecins des cabinets privés et les autres professionnels de la santé des CLSC (principalement ceux des services courants) à introduire un counselling bref sur les habitudes de vie en lien avec les facteurs de risque des maladies chroniques. Des interventions de prévention visant les professionnels de six CLSC sont réalisées dans le cadre du projet de recherche « Au cœur de la vie » (2001-2004). Les deux CLSC qui ne participent pas à ce projet seront également visés par une intervention similaire. Une fois les résultats de ce projet de recherche connus, les actions éducatives en

CLSC seront intégrées à la planification d'ensemble de notre programme.

Quant aux médecins en cabinet privé, deux principales interventions sont prévues, soit : 1) des visites d'un délégué médical de prévention (*academic detailing*) portant sur un facteur de risque ou une habitude de vie en lien avec la prévention des maladies chroniques ; le premier thème choisi est l'hypertension ; 2) des ateliers d'éducation médicale continue (EMC) par territoire de CLSC portant sur le facteur de risque ou l'habitude de vie choisie à chaque année.

### Les actions environnementales

Les actions environnementales visent la modification des environnements en milieu de travail et dans la communauté afin de les rendre sans fumée et plus conformes à une saine alimentation, à la pratique régulière de l'activité physique et incitant à la cessation tabagique.

L'engagement des instances décisionnelles et l'appui des groupes d'influence sont des conditions requises pour amorcer une démarche d'accompagnement dans le milieu de travail. Pour les trois premières années, soit de 2002 à 2005, le milieu scolaire a été ciblé en priorité. Dix écoles par territoire de CLSC seront approchées à chaque année, pour un nombre total de 240 écoles.

Dans la communauté, la démarche se fera essentiellement auprès des villes et des villages à partir des services de loisirs et de sports. Elle contribuera à les soutenir dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques publiques modifiant les environnements afin de promouvoir l'adoption des trois habitudes de vie. La première ville ciblée est la nouvelle ville de Québec.

La mesure concernant la promotion des habitudes de vie s'appuie sur des données probantes permettant de prévenir et de réduire les risques de maladies chroniques. Il s'agit de zéro (0) fumée de tabac dans l'environnement (ou zéro tabagisme), cinq (5) fruits et légumes par jour et trente (30) minutes d'activité physique par jour, dont voici le logo principal et ceux des trois habitudes de vie (tabagisme, alimentation, activité physique).



### LES OBJECTIFS DU PROGRAMME INTÉGRÉ

Les objectifs de résultats visés sont de 10 % d'amélioration relative sur les habitudes de vie en 10 ans, c'est-à-dire :

- réduire de 46 % à 41 % la proportion de la population adulte sédentaire ;
- réduire de 26 % à 23,4 % la proportion de fumeurs adultes ;
- augmenter de 27 % à 29,7 % la proportion de la population adulte qui consomme 5 fruits et légumes par jour.

Il importe de souligner que le programme sera soutenu par une évaluation continue, de façon à permettre une rétroaction et apporter, au besoin, les ajustements nécessaires en cours d'implantation. Cette évaluation portera, notamment, sur les effets associés au programme à savoir :

- la modification des environnements de travail et communautaires favorables à l'adoption de saines habitudes de vie ;
- la modification des habitudes des employés ;
- la modification des pratiques en counselling des médecins ;
- l'identification des barrières et des facteurs facilitant les modifications des environnements, pour les rendre favorables à l'adoption de saines habitudes de vie et la modification des pratiques en counselling.

La formule « 0-5-30 Combinaison-Prévention » sur laquelle mise le programme, en est une qui s'appuie sur la synergie entre deux stratégies de prévention des maladies chroniques : la première s'adressant aux personnes par le biais du counselling bref donné par les médecins et autres professionnels de santé ; l'autre s'adressant en milieu de travail et aux communautés. Cette combinaison s'inscrit en continuité avec le Programme de réadaptation des maladies chroniques qui interpelle de façon plus spécifique les adultes aux prises avec une maladie chronique. Ce programme vous sera présenté lors d'une prochaine publication du bulletin.

### RÉSUMÉ

Le Programme intégré de prévention des maladies chroniques (2002-2012) s'adresse à l'ensemble de la population adulte (asymptomatique, à risque ou à haut risque) et propose des interventions axées sur la promotion des saines habitudes de vie (cessation tabagique, alimentation, activité physique) et la prévention des principaux facteurs de risque (l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, etc.) dans le but de réduire le développement de maladies chroniques telles les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'obésité, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'ostéoporose et les cancers des voies respiratoires et du système digestif. Le Programme intégré, planifié sur 10 ans, s'articule autour de 2 stratégies : les « actions éducatives » et les « actions environnementales ». Les actions éducatives visent à habiliter les médecins des cabinets privés et les autres professionnels de la santé à introduire un counselling bref sur les habitudes de vie en lien avec les facteurs de risque des maladies chroniques. Les « actions environnementales » visent la modification des environnements de travail et dans la communauté afin de les rendre sans fumée et plus conformes à une saine alimentation, à la pratique régulière de l'activité physique et incitant à la cessation tabagique. La mesure proposée est la suivante : 0 tabagisme, 5 fruits/légumes et 30 minutes d'activité physique par jour. **AC**

# Colloques à venir

Consultez le site Internet de l'Alliance [www.forumscv.qc.ca](http://www.forumscv.qc.ca) pour une plus grande sélection de colloques

## QUÉBEC

**18-21 novembre 2002**  
**Journées annuelles de santé publique**  
**Centre des congrès de Québec**  
 Tél. : (514) 528-5811  
 Courriel : adm@aspq.org

**14-15 novembre 2002**  
**Journées annuelles du département de médecine**  
 Université de Montréal  
 Tél. : (514) 343-6367  
 Site Internet : [www-emc.med.umontreal.ca](http://www-emc.med.umontreal.ca)

## CANADA

**28-30 novembre 2002**  
**33<sup>e</sup> Annual Heart and Stroke Clinical Update**  
 Heart and Stroke Foundation of Canada  
 Toronto  
 Tél. : 1-877-UPDATE (387-3283)

**1-4 décembre 2002**  
**3<sup>ème</sup> Conférence nationale sur le tabac ou la santé**  
 Fairmont Château Laurier  
 Ottawa  
 Tél. : (613) 747-0262  
 Téléc. : (613) 745-1846  
 Site Internet : [www.taylorandassociates.ca/tobaco](http://www.taylorandassociates.ca/tobaco)

**ETATS-UNIS**  
**15 novembre 2002**  
**Stroke in the Millennium - 2002**  
 Clearwater, FL, United States  
 Tél. : 727-461-8701  
 Téléc. : 727-462-7002  
 Courriel : jo.simpson@baycare.org

**17-20 novembre 2002**  
**75<sup>th</sup> Scientific Session, American Heart Association**  
 Chicago, IL, United States  
 Tél. : 1-214-373-6300  
 Téléc. : 1-214-373-3406  
 Site Internet : <http://www.americanheart.org>

**1-4 décembre 2002**  
**30<sup>th</sup> Annual Williamsburg Conference on Heart Disease**  
 Philadelphia, PA, United States  
 Tél. : 301-897-5400 ext. 694  
 Téléc. : 301-897-9745  
 Courriel : resource@acc.org

**13-15 décembre 2002**  
**35<sup>th</sup> Annual New York Cardiovascular Symposium**  
 New York, NY, United States  
 Tél. : 301-897-5400 ext. 694  
 Téléc. : 301-897-9745  
 Courriel : resource@acc.org

**13-15 décembre 2002**  
**19<sup>th</sup> Advances in Heart Disease**  
 San Francisco, CA, United States  
 Tél. : 301-897-5400 ext. 694  
 Téléc. : 301-897-9745  
 Courriel : resource@acc.org

**13-15 février 2003**  
**28<sup>th</sup> International Stroke Conference**  
 Phoenix, AZ, United States  
 Tél. : 214-706-1100  
 Téléc. : 214-706-5262  
 Courriel : strokeconference@heart.org

**27 février au 1 mars 2003**  
**10<sup>th</sup> Annual Mayo Clinic Symposium at Napa: Arrhythmias and the Heart**  
 Napa, CA, United States  
 Tél. : 507-284-2509 / 800-323-2688  
 Téléc. : 507-284-0532  
 Courriel : oelke.linda@mayo.edu

**OUTRE-MER**  
**29-30 novembre 2002**  
**3<sup>rd</sup> Nutrition and Health Conference**  
 London, England, United Kingdom  
 Tél. : 32-57-466-446  
 Téléc. : 32-57-469-525  
 Courriel : admin@nutritionandhealth.co.uk

## SITE INTERNET Activité physique

Kino-Québec  
[www.kino-quebec.qc.ca](http://www.kino-quebec.qc.ca)

Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie  
[www.cflri.ca](http://www.cflri.ca)

Association canadienne pour l'avancement des femmes, du sport et de l'activité physique  
[www.caaws.ca](http://www.caaws.ca)

Vert l'action  
[www.vertlaction.ca](http://www.vertlaction.ca)

Journée internationale Marchons vers l'école  
[www.iwalktoschool.org](http://www.iwalktoschool.org)

Association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse  
[www.cahperd.ca](http://www.cahperd.ca)

Info-loisir  
[www.lin.ca](http://www.lin.ca)

Société canadienne de physiologie de l'exercice  
[www.csep.ca](http://www.csep.ca)

Fédération des éducateurs physiques enseignants et enseignants du Québec et ses associations régionales  
[www.multimania.com/feepeq](http://www.multimania.com/feepeq)

Association pour la santé et l'éducation physique de l'Ontario  
[www.ophea.net](http://www.ophea.net)

## Nouvelles de la Fondation

### Au cœur du travail – 2003 Groupes cibles : travailleurs et employeurs

Au cœur du travail est un programme clé en main qui vise à sensibiliser la population en milieu de travail, à l'importance d'adopter un style de vie sain pour un cœur en santé. Il vise aussi à encourager les employeurs à mettre en place un environnement facilitant l'adoption de saines habitudes de vie auprès de ses employés.

Considérant les bienfaits de l'activité physique sur la santé et l'augmentation de la sédentarité observée chez les Québécois, la thématique 2003 portera sur l'activité physique. Par le biais d'un concours, plus de 175 000 travailleurs devront s'engager à devenir actifs pendant le mois de février, mois du cœur. Les coupons de participation complétés seront ensuite recueillis en vue d'un tirage. Des prix seront aussi alloués aux responsables du programme en entreprise. Pour inscrire une entreprise ou pour plus d'informations, écrivez nous : [virginie.gosselin@fmcoeur.qc.ca](mailto:virginie.gosselin@fmcoeur.qc.ca)

## COMITÉ DE RÉDACTION :

**Denis Drouin, M.D., Rédacteur en chef**  
 Médecin conseil, Organisation des Services, Santé cardiovasculaire, Direction de la Santé publique de Québec

**Diane Boudreault, M.Sc Santé communautaire**  
 Kino-Québec, Secrétaire au loisir et au sport

**Danielle Pilon, M.D., M.Sc, FRCPC**  
 Professeur Adjoint, Département de Médecine, Faculté de Médecine, Université de Sherbrooke, Interniste et Pharmacologue clinicienne, Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke

**Francine Forget Marin, MBA, Dt.P.**  
 Chef d'équipe - Services professionnels, Fondation des maladies du cœur du Québec.

**Hélène Poirier, M.Sc.**  
 Coordinatrice, Alliance québécoise pour la santé du cœur

Dépôt légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2002  
 Bibliothèque Nationale du Canada  
 Bibliothèque Nationale du Québec  
 ISSN : 1206-4297

Tirage : 16 000 exemplaires

Date de tombée du prochain numéro :  
**le 16 décembre 2002**

Veuillez faire parvenir vos commentaires et vos textes à Mme Hélène Poirier :  
 Tél. : (514) 871-1551 poste 244 ou 1 800 567-8563  
 Téléc. : (514) 871-5342  
 Courriel : [helene.poirier@fmcoeur.qc.ca](mailto:helene.poirier@fmcoeur.qc.ca)

Nous serions heureux d'avoir votre opinion et vos commentaires sur le bulletin et sur le site Internet de l'Alliance : [www.forumscv.qc.ca](http://www.forumscv.qc.ca)

©Fondation des maladies du cœur du Québec

Certains textes publiés dans ce bulletin sont des résumés de chacun des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position de l'Alliance québécoise pour la santé du cœur ni celle de la Fondation des maladies du cœur du Québec.

Ce bulletin est publié trois fois l'an par l'Alliance québécoise pour la santé du cœur sous l'égide de la Fondation des maladies du cœur du Québec.



Ce document est rendu possible grâce à une subvention sans contrainte à la formation de :

NOVARTIS

PHARMACIA



Notre passion, la vie

