



FONDATION
DES MALADIES
DU CŒUR
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 8, numéro 2
Printemps-Été 2003

Dans ce numéro

CAHIER SPÉCIAL HYPERTENSION

Recommandations canadiennes
2002-2003Cahier central

Nouvelles de l'Alliance

Merci à Diane Boudreault 1

Le tabagisme... de moins en moins

populaire chez les jeunes..... 1

Nouvelles publications

à la FMCQ 3

Conseil québécois sur le tabac et la santé

Autopsie d'une campagne qui atteint
le cœur des gens 4

L'obésité: une maladie de société 5

Société québécoise de lipidologie, de nutrition et de métabolisme

4^e réunion annuelle 8
Nouvelle classe de médicament
hypocholestérolémiant 8

Traité Santé

Plus que la forme, un contrat
pour la vie 10

Colloques à venir 12

* Le bulletin est aussi disponible sur
Internet à l'adresse suivante :

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.

Merci à Diane Boudreault

Depuis plus de huit ans, le bulletin Les actualités du cœur est diffusé à 16 000 professionnels du domaine de la santé cardiovasculaire. La qualité de cet outil de communication est attribuable au travail de collaboration de nombreux partenaires. Nous désirons souligner l'implication bénévole et hautement professionnelle de Mme Diane Boudreault comme membre du comité de rédaction du bulletin Les actualités du cœur. En effet, durant trois années, Mme Boudreault a travaillé avec ardeur à promouvoir la place de l'activité physique comme facteur déterminant à la prévention des maladies cardiovasculaires

et vasculaires cérébrales. Son implication et sa rigueur ont été dignes de mention et ont contribué incontestablement à l'enrichissement du bulletin. Sa participation et son agréable personnalité ont été très appréciées par tous les membres. Après un terme de trois ans et désirant relever de nouveaux défis, Mme Boudreault quitte le poste qu'elle occupe au sein du comité de rédaction. Nous tenons donc à lui offrir nos plus sincères remerciements pour toutes ces années d'implication et nous lui souhaitons la meilleure des chances dans ses réalisations futures. **AC**



Hélène Poirier, M.Sc.
Coordonnatrice,

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

Bonne nouvelle! Le tabagisme... de moins en moins populaire chez les jeunes

Résultats de l'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2002
Institut de la statistique du Québec

En mai dernier, la publication des résultats de la troisième édition de l'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire-2002, annonçait une excellente nouvelle quant à l'usage de la cigarette chez les jeunes.

En effet, les données recueillies témoignent d'une baisse substantielle de l'usage de la cigarette chez les élèves du secondaire. À l'automne 2002, 23 % des élèves ont déclaré avoir fumé la cigarette

dans les 30 jours précédant l'enquête, tandis que cette proportion s'établissait à 29 % en 2000 et à 30 % en 1998 (figure 1). Cette baisse du tabagisme est significative tant chez les filles que chez les garçons, bien que les filles fument davantage que les garçons (26 % c. 20 %). Ces données sont très encourageantes puisque aucune diminution significative du taux global d'usage de la cigarette n'avait été détectée entre 1998 et 2000. ►►

Cette étude, réalisée par l'Institut de la statistique du Québec, s'inscrit dans le cadre d'une enquête de surveillance du tabagisme, menée systématiquement tous les deux ans depuis 1998 auprès de plus de 4 700 élèves, de la 1^{re} à la 5^e secondaire inclusivement, répartis dans 150 écoles francophones et anglophones, publiques et privées.

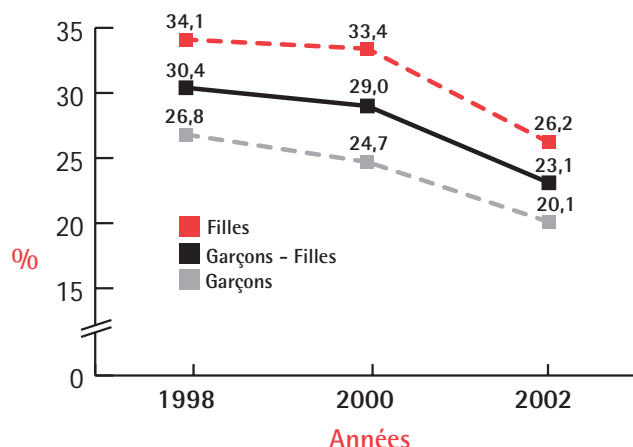
Les filles se démarquent encore

La baisse de l'usage de la cigarette semble plus prononcée chez les filles que chez les garçons entre 2000 et 2002. Cependant, toutes proportions gardées, celles-ci restent significativement plus nombreuses à fumer la cigarette que les garçons.

Les plus jeunes résistent davantage à la tentation

Les données suggèrent que cette baisse du tabagisme serait principalement attribuable à une diminution de l'attrait de la cigarette chez les plus jeunes, soit les élèves des trois premières années du secondaire. Entre 1998 et 2002, l'usage de la cigarette a diminué de façon notable dans chacune des trois premières années du secondaire, tandis qu'aucun changement significatif n'a été décelé chez les élèves de 4^e et 5^e secondaires (figure 2). En concordance avec cette hypothèse, on souligne qu'entre 1998 et 2002 l'augmentation la plus prononcée de la proportion d'élèves n'ayant jamais tenté de fumer la cigarette, ne serait-ce que quelques bouffées (puffs), se situe chez les élèves de 1^{re} secondaire de 49 % à 61 %. Dans ce même groupe d'élèves, le taux de fumeurs débutants¹ a également diminué significativement, passant de 12 % à 8 % entre 1998 et 2002.

Figure 1 - Évolution de l'usage de la cigarette chez les élèves du secondaire



Source : l'Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2002.

Les fumeurs ne changent pas leurs habitudes tabagiques

Il est intéressant de constater que, même si le taux de fumeurs diminue, les habitudes des jeunes qui ont commencé à fumer ont peu varié : les jeunes fumeurs d'aujourd'hui consomment la même quantité de cigarettes et sensiblement à la même fréquence que leurs pairs interrogés en 1998 et en 2000.



MERCK FROSST / Schering
Produits pharmaceutiques

EZETROL™

Ézétimibe

(inhibiteur sélectif de l'absorption du cholestérol)

Monographie de produit fournie sur demande aux médecins et aux pharmaciens.

NOUVEAU RAPPORT


LE FARDEAU CROISSANT DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX AU CANADA, 2003



Ce rapport, produit en partenariat avec Santé Canada et la Société canadienne de cardiologie, est le sixième d'une série de rapports biennaux produits par la Fondation des maladies du cœur du Canada. Il informe les professionnels et les décideurs de la santé des coûts élevés causés par les maladies cardiovasculaires et des enjeux significatifs. On y retrouve des données sur la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaires comme le tabagisme, la sédentarité, l'embonpoint, l'hypertension artérielle et le diabète ainsi que sur les recommandations destinées à faire face à ce fardeau croissant. Il est disponible à partir du site Web de la Fondation. En français : www.fmcoeur.ca/fardeaucroissant, en anglais : www.heartandstroke.ca/growingburden

TRADUCTIONS FRANÇAISES

Plusieurs documents en réanimation cardiovasculaire (RCR) sont maintenant disponibles en français :

- GUIDE DES SOINS D'URGENCE CARDIOVASCULAIRE**
Guide à l'intention des dispensateurs de soins, format de poche.
 Traduction de : *Handbook of Emergency Cardiovascular Care for Healthcare Providers*

- GUIDE À L'INTENTION DE L'INSTRUCTEUR DE DEA**
DEA, Accès public à la défibrillation, cédérom disponible.
 Traduction de : *AED, Automated External Defibrillation, Instructor Resource*
- GUIDE À L'INTENTION DES DISPENSATEURS DE DÉFIBRILLATION EXTERNE AUTOMATISÉE**
DEA, Accès public à la défibrillation
 Traduction de : *AED, Automated External Defibrillation, Resource for AED Providers.*

Ces documents sont disponibles à la Fondation des maladies du cœur du Québec en communiquant avec Serge Lacroix : serge.lacroix@fmcoeur.qc.ca.

LIVRE DE RECETTES


La nouvelle édition du livre **Au goût du cœur** vous offre 200 recettes rapides et simples à cuisiner. Les ingrédients requis se procurent facilement au supermarché. Des recettes pour toutes les occasions y sont suggérées : les grands événements, les repas familiaux ou les soupers éclair. L'auteure aborde de nombreux sujets tels que le poids santé, le cholestérol, le sel, l'alcool et la caféine. Anne Lindsay, **Au goût du cœur**, Éditions du Trécarrière. Disponible à la Fondation des maladies du cœur du Québec, en communiquant avec Serge Lacroix : serge.lacroix@fmcoeur.qc.ca.

Une plus faible proportion de jeunes tente de se procurer des cigarettes dans les commerces

L'enquête révèle une baisse significative de la proportion de jeunes fumeurs âgés de moins de 18 ans ayant tenté d'acheter des cigarettes dans un commerce - 65 % en 2000 c. 58 % en 2002. Un peu plus de la moitié de ces derniers (52 %) ont dit s'être fait refuser la vente au moins une fois au cours de la même période. Il s'agit d'une baisse significative par rapport à 2000 (59 %).

Des résultats encourageants

Durant les années 1990, plusieurs enquêtes ont montré une tendance à la hausse en ce qui a trait à l'usage de la cigarette chez les jeunes. Les résultats de l'enquête 2002 sont très stimulants pour l'ensemble des intervenants voués à la réduction du tabagisme. Bien que l'étude n'ait pas été conçue pour évaluer l'efficacité d'un programme particulier de lutte contre le tabagisme, les diminutions qu'elle a montrées sont assurément le reflet partiel d'un effet de synergie découlant de l'ensemble des interventions menées au Québec depuis plusieurs années. Il semble que les diverses interventions préventives menées jusqu'à ce jour aient eu une influence positive chez les jeunes.

Pour en savoir davantage sur L'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, des documents sont disponibles sur le site Web de l'ISQ (www.stat.gouv.qc.ca) en cliquant sur l'onglet « Toutes nos publications » et en accédant ensuite à la rubrique Société - Santé. Il est aussi possible de contacter la coordonnatrice de l'enquête, Jacynthe Loisel, au (514) 873-4749 ou au 1 800 463-4090 

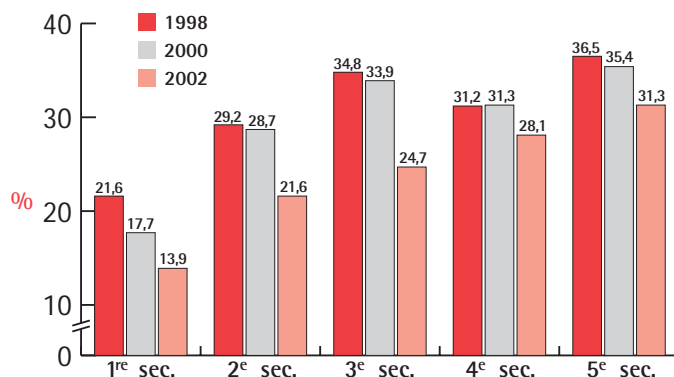
NOTE

¹ Fumeurs débutants : ont fumé moins de 100 cigarettes au complet au cours de leur vie.

RÉFÉRENCE

Perron, B., et J. Loisel (2003). « La cigarette. Évolution de l'usage et autres tendances depuis 1998 », Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2002 (résultats sommaires), Québec, Institut de la statistique du Québec, mai.

Figure 2 – Évolution de l'usage de la cigarette selon l'année d'étude



Source : l'Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2002.

SEMAINE QUÉBÉCOISE POUR UN AVENIR SANS TABAC 2003

Autopsie d'une campagne qui atteint le cœur des gens



La 27^e édition de la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*, du 19 au 25 janvier 2003, a atteint des sommets pour ce qui est de la notoriété et de l'efficacité auprès de la population québécoise. Un sondage réalisé par la firme Léger Marketing démontre que **73 %** des répondants ont entendu parler de la Semaine, comparativement à 49 % en 2002. Cette proportion atteint même **80 % chez les fumeurs et les fumeuses** lorsqu'on regroupe ces répondants. Non seulement les répondants ont-ils entendu parler de la campagne, mais 72 % d'entre eux ont retenu un ou plusieurs de ses éléments.

L'analyse de cette campagne démontre que sa réussite est attribuable à plusieurs facteurs :

- Des objectifs bien définis
- Des éléments et des outils de communication qui s'harmonisent
- Une approche positive
- Une campagne télévisée forte
- Des chaînes de télévision qui s'engagent à fond
- Une porte-parole qui endosse pleinement la cause
- Des partenaires exemplaires et fidèles

Des objectifs bien définis soutenus par des éléments qui s'harmonisent et une approche positive

La stratégie de communication mise en place pour sensibiliser la population a été conçue de manière à ce que

les éléments qui la composent s'harmonisent les uns aux autres pour créer un ensemble unifié. Ainsi, la campagne gagne en force; la population identifie la campagne rapidement, par une conjugaison du slogan et de l'environnement visuel.

À la base, la campagne voulait rejoindre les 378 000 fumeurs et fumeuses qui ont l'intention d'arrêter de fumer dans les six prochains mois (stade de la préparation et de la réflexion du modèle des Stades du changement¹). En nous basant sur les résultats du sondage réalisé par Léger Marketing, on peut estimer que la campagne a rejoint quelque **1 160 000 personnes qui fument**, soit 80 % des fumeurs et des fumeuses, recensés selon Santé Canada².

Le comité organisateur de la campagne a choisi une approche positive plutôt qu'une orientation de nature plus culpabilisante (pointant du doigt les fumeurs et les fumeuses) ou encore axée sur la santé (la cigarette, c'est mauvais pour la santé). Ainsi, cette approche positive, faisant appel aux motivations à l'origine de la décision d'arrêter de fumer, différente pour chaque personne, constituait l'axe de communication de la campagne. En abordant les fumeurs et les fumeuses sans les heurter, le comité voulait mieux faire passer le message.

Parmi les slogans proposés, « J'arrête pour moi! » exprimait précisément cette orientation. Pour soutenir ce slogan et lui conférer un caractère humain, un visuel fort, constitué de photos d'hommes et de femmes, a été conçu pour les affiches (trois modèles) et le signet. De cette manière, les jeunes, les hommes et les femmes pouvaient s'identifier plus facilement au personnage qui les représentait.

Une campagne télévisée forte grâce à des chaînes de télévision qui s'engagent à fond

Les messages télévisés, enregistrés par une **cinquantaine de personnalités** connues du monde de la télévision (comédiens, journalistes, animateurs, etc.) témoignant des raisons qui les ont motivé à cesser de fumer, ont multiplié la force du concept. Le caractère spontané des témoignages et la notoriété des porte-parole ont eu pour résultat de toucher une large part de la société québécoise et ont conféré une grande portée aux messages.

Pour la première fois, **neuf réseaux de télévision** (Radio-Canada, RDI, ARTV, TVA, LCN, TQS, MétéoMédia, Canal Vie et RDS) se sont unis pour promouvoir une cause de santé publique. Ils ont ainsi grandement contribué à l'importante visibilité de la campagne en diffusant abondamment ces messages à des heures de grande écoute. Chaque réseau diffusait les témoignages de ses artistes. De cette manière, peu importe l'émission regardée ou la chaîne syntonisée, les messages télévisés étaient incontournables, mais diversifiés pour éviter le sentiment de répétition et maintenir l'effet de surprise. L'engagement des réseaux de télévision ne tient pas du hasard. Les chaînes de télévision faisaient d'une pierre deux coups; elles avaient tout avantage à « promouvoir » leurs artistes, tout en adoptant une cause qui leur permettait de se montrer sous un beau jour.


Un message radio (témoignage de la porte-parole Mireille Deyglun, ex-fumeuse) diffusé sur les stations du réseau Énergie, Rock Déténté et Corus, de même que des pages spéciales publiées quotidiennement dans le Journal de Montréal et le Journal de Québec, ont complété la stratégie de communication. Ces pages spéciales permettaient entre autres d'aborder plus en profondeur divers aspects du tabagisme et des ressources disponibles aux fumeurs et aux fumeuses qui veulent cesser de fumer.

Une porte-parole exceptionnelle qui endosse pleinement la cause

Les médias ont accordé généreusement de l'espace et du temps d'antenne à la campagne. La comédienne et animatrice, **Mireille Deyglun**, porte-parole de l'événement depuis trois ans, a accordé **une soixantaine d'entrevues** dans les émissions de télévision et de radio à grande écoute. Sa disponibilité, sa grande connaissance du tabagisme et sa réputation auprès des chercheurs et des journalistes ont constitué un atout important pour assurer une vaste couverture de presse.

Des partenaires exemplaires et fidèles

Le partenariat développé avec une cinquantaine d'organismes et d'entreprises constituait un élément essentiel dans l'atteinte des objectifs de la campagne. Grâce à ces fidèles alliés, qui sont de plus en plus nombreux chaque année, la Semaine rejoint l'ensemble de la population par l'entremise de la clientèle desservie par chacun d'entre eux. Les ordres professionnels, les organismes et les entreprises privées ont largement diffusé le matériel promotionnel de la Semaine. Cette année, la participation de **neuf chaînes de pharmacies** du Québec a été majeure puisque toutes se sont engagées dans la diffusion du matériel de la campagne. Il en a été de même pour les **bibliothèques municipales** des grandes villes du Québec, ainsi que plusieurs **cégeps et universités**.

La stratégie élaborée pour cette campagne a été efficace, mais elle ne constitue pas pour autant une recette miracle, réutilisable d'année en année! Pour toucher le cœur des fumeurs et des fumeuses, le travail sera à recommencer pour la prochaine *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*. Cent fois sur le métier... 

¹ Stades du changement de Prochaska et DiClemente

² Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, février à décembre 2001, Annuel 2001, Santé Canada

Paul Boisvert, Ph.D.
Chaire de recherche sur l'obésité D.B. Brown
Faculté de médecine
Université Laval

L'obésité une maladie de société

Au cours des deux dernières décennies, l'incidence de l'obésité et du surplus de poids a pris des proportions épidémiques. Au Québec, 13 % de la population est obèse, et 43 % présente un surplus de poids. Chez les jeunes, l'obésité a triplé durant cette période tandis que l'embonpoint doublait. L'alarme est sonnée. L'obésité comporte des coûts de société significatifs: augmentation du risque de maladies graves et de mortalité, réduction de la qualité de vie et de l'accessibilité à l'emploi. En 1997, au Canada, les coûts de santé directement reliés au traitement de l'obésité ont été estimés à plus de 1,8 milliard de dollars; ceci correspond à 2,4 % des dépenses totales en santé. Si la situation n'est pas corrigée, le fardeau sur les coûts et soins de santé pourrait exploser au cours des quinze prochaines années. Il est urgent d'agir. Il faut s'attaquer au problème de l'obésité par la mise en place de programmes de prévention agressifs et efficaces. Tous les rouages de la société sont interpellés. Qu'est-ce qui s'est passé pour en arriver à un tel constat?

Regardez de vieilles photos-souvenirs. Nos ancêtres étaient minces, pour ne pas dire maigres. Ils trimaient durs pour subvenir à leurs besoins quotidiens. Le travail sur la ferme les contraignait à être actifs physiquement. Ils devaient laver le linge à la main et se déplacer au village à pied. Leur alimentation se composait de produits naturels provenant de la ferme. Peu d'aliments étaient transformés et préemballés. Les hivers étaient rudes. Les maisons étaient mal isolées. La nourriture, pas toujours disponible en abondance tout au long de l'année, devait être utilisée à bon escient. Pas de gaspillage.

Au tournant du 20^e siècle, la mécanisation a éliminé les tâches humaines exigeant de la force physique en les remplaçant par des machines automatiques. Aujourd'hui, la majorité d'entre nous occupons un travail de bureau sédentaire. Nous nous déplaçons la plupart du temps en véhicules motorisés. Pouvons-nous concevoir se rendre à bicyclette au boulot ou au centre commercial dans notre environnement conçu par nos urbanistes modernes? Rares sont les enfants qui se ►►

rendent à l'école à pied ou à vélo! Internet, l'ordinateur, le magnétoscope, la télévision, la console de jeux vidéo et la télécommande ont contribué à créer des loisirs inactifs, sans quitter le confort de la maison. Tout a été mis en œuvre pour nous faciliter la vie. En contrepartie, nous sommes devenus sédentaires. Trop! Pratiquer des activités physiques demande maintenant des efforts, de l'organisation et surtout de la discipline. Les enfants sont rébarbatifs à aller jouer dehors! Les parents doivent intervenir et fixer des limites en allouant moins de temps à l'écoute de la télévision et en incitant leurs enfants à être actifs physiquement.

Non seulement nous dépensons moins d'énergie, mais nous vivons dans un environnement créé pour nous inciter à surconsommer des aliments « engraisants », comme les fritures, biscuits, gâteaux, boissons sucrées, frites et chocolats. Ces aliments transformés, riches en matières grasses et en sucre raffiné sont engraisants parce qu'ils sont concentrés en énergie. Leur pouvoir rassasiant sur le centre de l'appétit est relativement plus faible que celui des aliments à haute teneur en eau comme les fruits et les légumes. Le résultat? Sans s'en rendre compte, un repas comprenant des aliments denses en énergie - comme un « trio » hamburger, frites et boisson gazeuse - nous incite à ingérer plus de calories, au-delà de nos besoins énergétiques. Tandis qu'un repas composé d'une soupe, d'une biscotte, d'un fruit et d'une salade a pour effet de remplir l'estomac plus rapidement pour une quantité moindre d'énergie. On a mangé à notre faim sans s'empiffrer.

Alors, pourquoi consomme-t-on davantage d'aliments riches en matières grasses et en sucre ajouté? D'abord parce qu'ils sont bons au goût et peu chers. Deux critères de premier ordre dans le choix des aliments. Tentant! Ils sont maintenant disponibles partout, à toute heure du jour. Les portions d'aliments sont offertes dans des formats de plus en plus grands, pour un faible supplément du prix régulier. Ces aliments sont vendus dans un emballage

compact et pratique. Il n'est pas nécessaire de s'attabler pour les manger; ils se prennent sur le pouce! Pas facile de résister quand on est pressé par le temps! Le nombre de repas pris à l'extérieur de la maison a augmenté au cours des années. La tradition des repas pris en famille se perd. Hélas! Ce n'est pas un hasard si les dépanneurs, les épiceries à grande surface et les restaurants-minute ont proliféré. Les grandes compagnies agro-alimentaires utilisent également de la publicité insidieuse et omniprésente pour nous inciter à opter pour une alimentation malsaine. Les jeunes sont particulièrement vulnérables à cet environnement propice à la consommation. Et ça fonctionne! Depuis 10 ans, au Québec, la consommation de boissons gazeuses a augmenté de 55 %, celle des friandises de 100 %, et les aliments gras de 45 %.

Vous en conviendrez, nous sommes exposés à un environnement « obésitogène », résultant d'une alimentation riche en matières grasses et en sucre raffiné, combinée à une dépense énergétique diminuée, attribuable à notre mode de vie sédentaire. La conséquence? L'énergie excédentaire est stockée dans les tissus adipeux. Les kilos s'accumulent. Au fil des années, ceci conduit à l'embonpoint puis à l'obésité.

Bien que le problème de l'obésité soit reconnu dans notre société, peu d'entre nous l'associent à la maladie. Et ce, même si l'obésité provoque ou aggrave plusieurs pathologies : maladie cardiaque athérosclérotique, diabète, hypertension artérielle, certaines formes de cancer (côlon, sein), apnée du sommeil et ostéoartrite.

La Fondation des maladies du cœur considère maintenant l'obésité comme un facteur de risque contrôlable majeur de la maladie cardiovasculaire. Des études scientifiques ont démontré que les effets nuisibles à la santé d'un surplus de poids se manifestent après un délai pouvant atteindre plus de 10 ans. Les données actuarielles confirment une baisse de l'espérance de vie de plusieurs années due à l'obésité. Ainsi, le risque

de décès est accru de 1 % pour chaque augmentation de 0,5 kg du poids corporel entre 30 et 42 ans, et de 2 % entre 50 et 62 ans. Une personne obèse a une espérance de vie abrégée de six années comparativement à celle qui maintient un poids santé. Ajoutons les effets nocifs de la cigarette, et l'obèse qui fume abrège son espérance de vie de 13 années!

Les anomalies associées à l'obésité abdominale (18 % des hommes québécois) augmentent de façon spectaculaire le risque de la maladie cardiaque. Voici pourquoi. Les études épidémiologiques, menées par l'équipe pluridisciplinaire du docteur Després de l'hôpital Laval à Québec, confirment qu'une accumulation importante de tissus adipeux de la cavité abdominale est associée à des anomalies du métabolisme du cholestérol, de l'utilisation du glucose, de la pression artérielle et de l'inflammation des vaisseaux sanguins. Des concentrations sanguines élevées de LDL (mauvais cholestérol) et de faibles concentrations de HDL (le bon cholestérol) caractérisent les individus présentant une obésité abdominale. Ces altérations prédisent une augmentation importante du risque de la maladie cardiaque.

D'autres études ont démontré que l'obésité abdominale constitue un facteur de risque majeur du diabète de type 2 qui se développe habituellement à l'âge adulte. Ce risque est attribuable à une insuline élevée pour pallier à l'intolérance au glucose et à la résistance à l'action de l'insuline chez les personnes ayant une obésité abdominale. La résistance à l'insuline est caractérisée par l'inaptitude de l'insuline à faciliter l'entrée du glucose sanguin dans les cellules, à favoriser son utilisation et à fournir de l'énergie aux tissus. Il semblerait que l'obésité abdominale contribue au développement de la résistance à l'insuline en augmentant la mise en circulation de lipides (les gras sanguins) et leur entrée dans les tissus. Selon une récente étude réalisée par l'équipe du docteur André Marette, associé à la Chaire de recherche sur l'obésité de l'Université Laval, les cytokines, ces agents in-

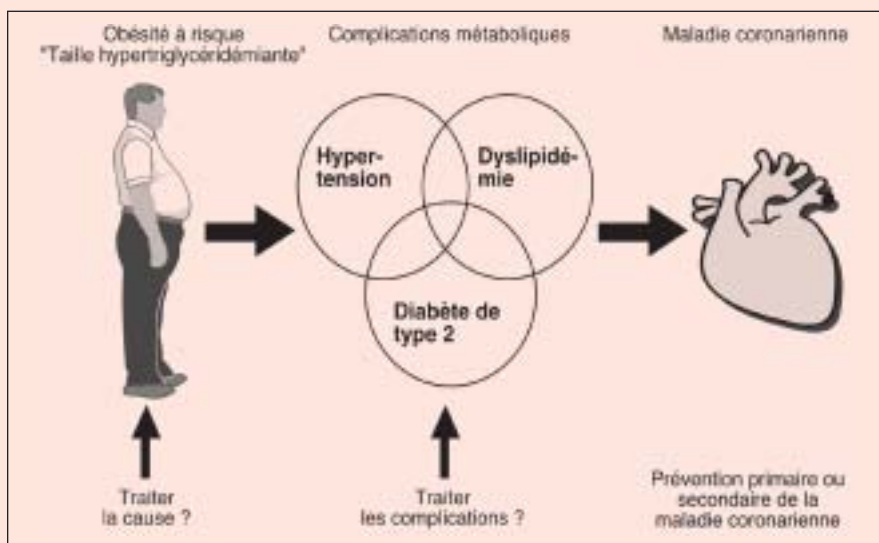
flammatoires libérés par les tissus adipeux, entraveraient le mécanisme d'action de l'insuline par l'intermédiaire de l'enzyme iNOS, qui produit le monoxyde d'azote. Ainsi, la production élevée d'insuline par le pancréas constitue une réponse d'adaptation à la résistance à l'insuline des tissus de l'organisme. Celle-ci est considérée comme un état pré-diabétique. Le diabète adulte est l'étape subséquente où une sécrétion inadéquate d'insuline par un pancréas épuisé ne parvient plus à maintenir un taux de sucre sanguin

personnes obèses celles qui ont un risque 10 fois plus élevé de développer le diabète. Pour ces raisons, le tour de taille doit être considéré comme un « signe vital » et devrait se retrouver dans le dossier médical de tous les patients.

Bien que le médecin dispose d'un arsenal imposant de médicaments pour traiter les complications de l'obésité comme l'hypertension et le cholestérol élevé, le patient ne pourra être traité adéquatement, tant et aussi longtemps que son obésité à risque ne sera pas

alors être comparables. Une coordination et un engagement de tous les intervenants de la société sont nécessaires : ministères de l'Éducation et de la Santé, industrie alimentaire, parents, écoles, médias, municipalités et santé publique. La prévention est encore un vœu pieux pour nos politiciens. Il est urgent d'agir maintenant.

Pour de plus amples renseignements sur l'obésité, ses causes et ses conséquences, veuillez consulter le site Web de la Chaire de recherche sur l'obésité : <http://obesite.chaire.ulaval.ca>



Adapté de Després et al. Treatment of obesity : need to focus on high risk abdominally obese patients. Br. Med. J. vol 322: 716-720, 2001

normal. Finalement, 75 % des diabétiques, dont 80 % souffrent d'obésité, décéderont éventuellement d'une maladie cardiaque.

En clinique, une simple mesure du tour de taille (indice d'obésité abdominale), combinée à une analyse courante d'un gras sanguin appelé les triglycérides, permet d'évaluer adéquatement d'importants facteurs de risque. Ainsi, un tour de taille dépassant 90 cm (35 pouces), combiné à des triglycérides sanguins supérieurs à 2 mmol/L identifie les individus à haut risque de développer une maladie cardiaque. Selon l'enquête Santé-Québec menée en 1992, 19% des hommes remplissent cette condition. Cette approche sert de nouvel outil de dépistage pour identifier parmi les

prise en charge. Une perte de poids modérée de 10 % se traduit par une diminution préférentielle du tissu adipeux abdominal d'environ 30%. Ceci a des effets bénéfiques sur la majorité des facteurs de risque de maladie cardiaque et de diabète, tels que l'amélioration du profil lipidique (gras sanguins), de la sensibilité à l'insuline et de l'hypertension artérielle.

L'obésité est un problème de santé qui prend de l'ampleur. Pour enrayer sa progression, les programmes de prévention et de recherche devront être aussi agressifs que ceux qui visent à diminuer le tabagisme. Dans les deux cas, les torts causés à la santé sont énormes, tôt... ou tard. Les moyens à prendre pour les combattre devraient

Outils complémentaires en obésité :

- Outil de calcul de l'IMC à partir du poids et de la taille <http://www.ossq.ca/rubriques/dchirurgie.htm#CalculervotreBMI>
- Tables et courbes internationales des limites de l'IMC pour l'embonpoint et l'obésité des enfants âgés de 2 à 18 ans.

TABLE - [http://www.obesite.chaire.ulaval.ca/Table cut off BMI 25-30 children.htm](http://www.obesite.chaire.ulaval.ca/Table%20cut%20off%20BMI%2025-30%20children.htm)

COURBES DES CENTILES - [http://www.obesite.chaire.ulaval.ca/imagés /curveBMIcentilesmall.gif](http://www.obesite.chaire.ulaval.ca/imag%C3%A9s/curveBMIcentilesmall.gif)

- Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/review_weight_guide_int_f.html

Références :

Cole, T.J, Bellizzi, MC, Flegal, KM, Dietz, WH (2000) Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey Br Med J 320: 1-6 <http://bmj.com/>

Després et al. Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. Br. Med. J. vol 322: 716-720, 2001

J. Douglas Willms, Mark S. Tremblay and Peter T. Katzmarzyk. Geographic and Demographic Variation in the Prevalence of Overweight Canadian Children Obesity Research 11:668-673 (2003) <http://www.obesityresearch.org/cgi/content/abstract/11/5/668?etoc>

M S Tremblay, P T Katzmarzyk and J D Willms. Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996. April 2002, 26 (4): 538-543 <http://www.nature.com/tijo/index.html>

Marette A. Mediators of cytokine-induced insulin resistance in obesity and other inflammatory settings. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2002 Jul;5(4):377-83. Review.

Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, Mackenbach JP, A M Mamun A, Bonneux L; NEDCOM, the Netherlands Epidemiology and Demography Compression of Morbidity Research Group. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life table analysis. Ann Intern Med. 2003 Jan 7;138(1):24-32.

Perreault M, Marette A. Targeted disruption of inducible nitric oxide synthase protects against obesity-linked insulin resistance in muscle. Nat Med. 2001 Oct;7(10):1138-43.

4^{ème} réunion annuelle

Société Québécoise de lipidologie, de nutrition et de métabolisme

tenue conjointement avec le groupe de lipidologie du Réseau en Santé Cardiovasculaire du FRSQ
Québec, 24 au 26 avril 2003

Sous le thème « Syndrome métabolique et diabète, pathophysiologie et considérations thérapeutiques », ce congrès annuel s'est déroulé à Sainte-Foy du 24 au 26 avril 2003, et a rassemblé 225 participants. Il incluait deux symposiums sous les thèmes « Intestin et métabolisme du cholestérol » et « La maladie vasculaire et le diabète : de la prévention au traitement » ainsi que six capsules discutant du métabolisme des lipoprotéines, de la réponse postprandiale, d'expression génique, de transfert technologique, d'exercice, de nutrition et de nutraceutiques, en relation avec le diabète et le syndrome métabolique. Un compte rendu des présentations scientifiques a été publié dans *Médecine/Sciences* vol.19(3), mars 2003 ainsi que sur le site Web de la société à : <http://www.lipidologie.qc.ca>.

La SQLNM a pour objectif principal de promouvoir la formation, l'éducation et la recherche dans les domaines de la lipidologie, de la nutrition et du métabolisme en santé cardiovasculaire. Pour atteindre ces objectifs, la Société soutient la formation des étudiants et des jeunes chercheurs par l'attribution de prix d'excellence et de bourses de formation. Elle encourage l'éducation médicale continue des professionnels en santé afin de promouvoir la santé cardiovasculaire et optimiser les soins donnés aux québécois. Elle désire susciter la création de nouveaux programmes de recherche en encourageant la formation d'équipes de recherche par l'intermédiaire du Réseau en Santé Cardiovasculaire, et favoriser les contacts entre chercheurs de différentes associations par la tenue de congrès conjoints. Pour recevoir plus d'information sur la Société, nous vous encourageons donc à visiter notre site Web, à participer activement à nos activités, à profiter de nos avantages et à vous inscrire comme membre en utilisant le site Web. Nous vous invitons également à participer à la prochaine réunion annuelle de la Société qui aura lieu au Château Bonne Entente, à Sainte-Foy, du 29 avril au 1^{er} mai 2004.

L'ézétimibe, le premier d'une nouvelle classe de médicament hypocholestérolémiant

Présenté par Claude Gagné, M.D.

Service de lipidologie et Centre de recherche sur les maladies lipidiques,
Département de médecine, CHUL/CHUQ

Pour diverses raisons, les traitements hypolipidémiantes disponibles ne permettent pas toujours d'atteindre les objectifs fixés par les guides thérapeutiques, surtout lorsque le risque cardiovasculaire d'un individu est élevé¹. D'autres patients ne tolèrent pas les médicaments prescrits, y compris les statines. L'ézétimibe, commercialisé au Canada sous le nom d'Ezetrol (aux États-Unis sous le nom de Zetia) est prometteur pour contribuer au traitement optimal de nos patients.

Les caractéristiques de l'ézétimibe

L'ézétimibe est le premier et seul représentant d'une nouvelle classe de médicaments, les inhibiteurs de l'absorption du cholestérol. Il bloque par un mécanisme non encore identifié, l'absorption du cholestérol alimentaire et biliaire. Il empêche aussi l'absorption des stérols végétaux. Il agit par la voie

systémique au niveau de l'entérocyte, possiblement sur une protéine responsable de l'absorption du cholestérol au niveau de la bordure en brosse. Après administration par voie orale, l'ézétimibe est absorbé et subit un recyclage entérohépatique, ce qui lui donne une longue demi-vie cumulative, soit 22 heures. Il ne semble pas interagir avec les isoenzymes du cytochrome P450 et il ne modifie pas l'absorption des triglycérides, des acides biliaires et des vitamines liposolubles. Il est différent des résines chélatrices des sels biliaires, comme la cholestyramine (Questran), le colestipol (Colestid), ainsi que des stanols et de l'orlistat.

Les études cliniques

À ce jour, plusieurs études à court terme ont démontré son efficacité et sa sécurité, tout en étant bien toléré. Dans une étude internationale de 50 patients homozygotes de l'hypercholestérolémie familiale, la plus sévère de toutes les formes d'hypercholestérolémie et une condition particulièrement résistante aux traitements, l'ajout de l'ézétimibe à une statine a amené une diminution supplémentaire du cholestérol-LDL de 20 %². Il s'agit donc d'un résultat impressionnant même si, à la fin de l'étude, la moyenne du cholestérol-LDL était de 6,4 mmol/L. L'ézétimibe a permis de diminuer le cholestérol-LDL de 60 % chez certains patients, alors que chez d'autres, la diminution a été plus modeste.

Des résultats comparables ont été obtenus chez des patients avec une hypercholestérolémie primaire et un cholestérol-LDL moyen au départ de 4,4 mmol/L³. Chez 60 % de ces 892 participants, la diminution du cholestérol-LDL a été de plus de 15 %. Ces résultats sont observés dans différentes conditions cliniques, indépendamment de l'âge, du sexe, des taux de cholestérol des LDL ou des HDL, de ceux des triglycérides, de la présence de diabète, d'HTA ou de maladie cardiovasculaire⁴.

L'association avec les statines dans l'hypercholestérolémie primaire

L'association avec des statines a aussi été évaluée dans l'hypercholestérolémie modérée. Comme dans d'autres conditions, telle l'hypertension artérielle, le principe est d'utiliser des médicaments avec des mécanismes d'action différents, mais complémentaires, pour obtenir un effet thérapeutique plus grand avec des doses plus faibles de chacun des médicaments, tout en limitant et diminuant l'incidence des effets secondaires. Des associations sont déjà utilisées pour le traitement des dyslipidémies, depuis de nombreuses années; mentionnons les associations résine/niacine, résine/statine, résine/statine/niacine, résine/fibrate, fibrate/statines, etc. Dans le cas de l'association statine/ézétimibe, le premier médicament diminue la synthèse hépatique de cholestérol, alors que l'ézétimibe a une action complémentaire en diminuant l'absorption de cholestérol. Trois études ont évalué cet aspect⁵⁻⁷. L'ensemble des résultats indique que l'ajout de l'ézétimibe à une statine permet d'obtenir une diminution supplémentaire du cholestérol-LDL de l'ordre de 15 à 20 %. L'effet sur la diminution du cholestérol-LDL est plus grand en ajoutant l'ézétimibe à la statine, plutôt que d'augmenter les doses de la statine; l'effet combiné de 10 mg d'ézétimibe et de 10 mg de simvastatine (Zocor) s'est avéré égal à celui de 80 mg de simvastatine seule. Une observation similaire a été faite avec l'atorvastatine. De plus, chez des patients exposés à divers niveaux de risque cardiovasculaire et dont les valeurs de cholestérol-LDL sont au-dessus des objectifs proposés par le *NCEP-II* et l'*American Diabetes Association*, l'ajout de l'ézétimibe à une statine permet d'atteindre ces objectifs chez 71,5 % des patients, comparativement à 19 % pour ceux qui ont reçu le placebo de l'ézétimibe.

Les limitations

L'ézétimibe est donc efficace, en plus d'être très bien toléré. Il diminue aussi la triglycéridémie de l'ordre de 10 % et augmente le cholestérol-HDL de 3 %; il diminue aussi les taux de Protéine-C réactive. Par ailleurs, il s'agit d'un nouveau venu dont le mécanisme d'action n'est pas totalement élucidé. De plus, les études publiées jusqu'à maintenant sont de brève durée, soit de 6 à 18 semaines; l'expérience clinique avec l'ézétimibe demeure donc limitée quant aux durées de traitement, au nombre de patients traités et à la présence de pathologies concomitantes. On n'a pas non plus de résultats sur les impacts cliniques, l'objectif du traitement des patients dyslipidémiques étant de prévenir, de freiner ou de renverser le processus

athérosclérotique de la maladie cardiovasculaire. Des études de cet ordre sont déjà amorcées.

Les indications

Bien que sa place en première ligne paraisse limitée, des indications de l'ézétimibe sont proposées, en monothérapie et en traitement combiné. En monothérapie, l'ézétimibe sera utile chez les patients intolérants aux statines ou qui ont des contre-indications à leur usage. Elle apparaît tout à fait indiquée chez les hyperabsorbeurs de cholestérol, individus par ailleurs difficiles à identifier dans un contexte clinique. Son utilité dans la lipémie post-prandiale mérite d'être évaluée, comme dans le contexte clinique du syndrome plurimétabolique. En combinaison avec les statines, il est indiqué chez les homozygotes de l'hypercholestérolémie familiale et les patients avec la forme hétérozygote chez qui les résultats sont insatisfaisants avec un traitement optimal, tout comme les autres patients qui n'atteignent pas les objectifs avec les traitements actuellement disponibles. L'association avec les fibrates paraît intéressante et pourrait être potentiellement plus sécuritaire que l'association statine/fibrate; elle est en cours d'évaluation. Finalement, pour les très rares cas de bêta-sitostérolémie, l'ézétimibe constitue, avec les résines, un traitement tout indiqué.

Conclusion

En résumé, l'ézétimibe semble être un médicament très prometteur; l'usage et les résultats des études cliniques en cours établiront sa place. Comme pour tout autre traitement hypolipidémiant, l'ézétimibe devra être utilisée dans un cadre de prévention globale de maladie cardiovasculaire, qu'elle soit primaire ou secondaire. **AC**

Note 1 : Résumé d'après une présentation faite au 4^e congrès annuel de la Société de lipidologie, nutrition et métabolisme, Château Bonne Entente, Sainte-Foy, 24-26 avril 2003.

Note 2 : L'auteur a reçu des subventions de recherche et des honoraires comme consultant de Merck/Schering, fabricant de l'ézétimibe.

RÉFÉRENCES

1. TA Pearson, I Laurara, H Chu, S Kafonek. The lipid treatment project (L-TAP) : a multicenter survey to evaluate the percentages of dyslipidemic patients receiving lipid-lowering therapy and achieving low-density lipoprotein cholesterol goals. *Arch Intern Med* 2000;160 : 459-467.
2. C. Gagné, D Gaudet E Bruckert. Efficacy and safety of ezetimibe coadministered with atorvastatin or simvastatin in patients with homozygous familial hypercholesterolemia. *Circulation* 2002;105 : 2469-2475.
3. CA Dujovne, MP Eltinger, JF McNeer, LJ Lipka, AP LeBeault, R Suresh, B Yang, EP Veltri. Efficacy and safety of a potent new selective cholesterol absorption inhibitor, ezetimibe, in patients with primary hypercholesterolemia. *Am J Cardiol* 2002;90 : 1092-1097.
4. RH Knopp, H Gitter, T Truitt, LJ Lipka, AP LeBeault, R Sureh, EP Veltri. Ezetimibe reduces low-density lipoprotein cholesterol : results of a phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Atherosclerosis* 2001;2 (suppl.2) : 38 (résumé).
5. C. Gagné, HE Bays, SR Weiss, P Mats, K Quinto, M Melino, M. Cho, TA Musiner, B Gumbiner. Efficacy and safety of ezetimibe added to ongoing statin therapy for treatment of patients with primary hypercholesterolemia. *Am J Cardiol* 2002;90 : 1084-1091.
6. MH Davidson, TM Garry, R Bettis, L Melani, LJ Lipka, AP LeBeault, R Suresh, S Sun, EP Veltri on behalf of the Ezetimibe Study Group. *J Am Coll Cardiol* 2002;40 : 2125-2134.
7. CM Ballantyne, J Hourri, A Notarbartolo, L Melani, LJ Lipka, R Suresh, S Sun, AP LeBeault, PT Serge, EP Veltri for the Ezetimibe Study Group. *Circulation* 2003;167 : 2409-2415.

Traité santé

Plus que la forme... un contrat pour la vie

Programme de réadaptation des maladies chroniques auprès des adultes

RRSSS DE QUÉBEC

Le continuum d'interventions Prévention/Réadaptation des maladies chroniques pour la clientèle adulte est un nouveau concept fort intéressant qui, faut-il le rappeler, permet à la population de la région de Québec d'obtenir des services axés sur l'amélioration de la santé, sur la modification des comportements et l'adoption de saines habitudes de vie.

Le Programme TRAITÉ SANTÉ Plus que la forme... Un contrat pour la vie ! s'inscrit en continuité avec le Programme intégré de prévention des maladies chroniques 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION. Le programme TRAITÉ SANTÉ, dans sa première phase d'implantation, est un programme régional de réadaptation multifactoriel destiné à toute personne atteinte d'une maladie cardiaque ou de diabète de même qu'à leurs proches.

TRAITÉ SANTÉ est un programme qui repose sur une approche définie respectant à la fois les besoins et l'environnement du participant, planifiant les services à partir des choix, des priorités et de l'engagement de la personne. Le participant inscrit au Programme s'engage dans un processus visant à améliorer sa santé, ses connaissances afin de mieux prendre en charge sa santé. Il est soutenu dans sa démarche par un accompagnement continu offert par un professionnel de la santé exerçant une fonction pivot. L'engagement de l'individu constitue une assise incontournable du programme. Pour adhérer au Programme de réadaptation, le participant doit être motivé à

faire des changements significatifs pour améliorer sa santé et se maintenir de façon autonome à un niveau de fonctionnement optimal sur les plans physique, psychologique, affectif, social et professionnel.

De par sa définition, la réadaptation vise la normalisation et l'amélioration des capacités biologiques mais surtout l'amélioration optimale ou le maintien de l'autonomie fonctionnelle sur les plans biopsychosocial et professionnel. Cette conception de la réadaptation s'appuie sur les consensus les plus complets et récents dont le *Clinical Practice Guideline*¹, le *Conceptualization and Evolution of Cardiopulmonary Rehabilitation-Toward a New Paradigm*² et les consensus révisés de 1991 de la Société canadienne de cardiologie et de l'Organisation mondiale de la Santé. Le modèle d'intervention retenu est en conformité avec ces consensus et est axé sur des interventions individuelles et de groupes favorisant l'atteinte d'objectifs tant pour le participant que pour le réseau de la santé.

Bénéfices pour les participants

Plusieurs stratégies sont mises en place afin que le participant puisse reprendre, par lui-même, une place aussi normale que possible dans la société et mener une vie active. À proximité du lieu de résidence du participant et intégrant la participation des proches, les meilleures conditions physiques, mentales et sociales possibles sont mises en place. Un accompagnement en réadaptation, un soutien pour améliorer la compréhension de la maladie, ainsi que la confiance du participant en ses propres capacités, et

des services spécialisés en activité physique, en nutrition, en cessation tabagique et des services psychosociaux complètent notre gamme de services. Pour le participant, le Programme vise l'atteinte des objectifs suivants :

- Améliorer ses connaissances de la maladie et en reconnaître les symptômes pour un meilleur contrôle de sa santé
- Rétablir et augmenter son autonomie
- Améliorer sa condition psychologique, sociale et professionnelle
- Améliorer sa condition en vue de la reprise, de façon sécuritaire, des activités
- Augmenter son bien-être et réduire le stress
- Assurer le soutien nécessaire des proches, tant en ce qui concerne leur rôle d'aidant que leurs propres besoins

Dans cette perspective, l'équipe territoriale composée de professionnels de la santé (infirmière pivot, nutritionniste, éducateur physique ou kinésiologue ou physiothérapeute, intervenant social) agit en collaboration avec le médecin de famille, les médecins spécialistes et le pharmacien communautaire en accompagnant le participant pour l'aider à mieux prendre en charge sa santé et à optimiser ses capacités.

Intervenant pivot

Dans le contexte du programme de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies chroniques, la fonction pivot est exercée par une infirmière bachelière. L'infirmière pivot occupe une fonction centrale dans le programme TRAITÉ SANTÉ. Elle planifie et coordonne le plan de traitement du participant en plus de le diriger vers les services et les activités qu'il aura choisis. Il importe de rappeler que le participant choisit les sphères de sa vie qu'il désire améliorer pour rétablir ou augmenter sa qualité de vie et qu'il s'engage dans un programme où


une équipe le supportera dans sa démarche. Le concept d'intervenant pivot est un modèle qui s'appuie sur un besoin de continuité et de concertation dans les services offerts sur un territoire ou dans une communauté. L'intervenant pivot évalue les besoins de la personne atteinte et de ses proches et s'assure que le réseau répond bien à ces besoins. Plus précisément, il accueille, soutient, accompagne, informe le client, offre des services d'éducation et rend possible la continuité entre les interventions des multiples professionnels. Ce rôle doit s'exercer dans une perspective de renforcement des capacités personnelles des clients, à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire et en collaboration avec les ressources de la communauté, adapté de « L'intervenant pivot en oncologie, un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux être des personnes atteintes de cancer », Conseil québécois de lutte contre le cancer, 2000.

Actuellement le programme TRAITÉ SANTÉ est déployé dans les huit territoires de CLSC de la région de Québec. La planification et la mise en

œuvre du Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques sont des processus continus. Les approches évoluent, la configuration de l'organisation des services de santé dans la région de Québec se transforme au rythme des initiatives et des ressources disponibles du milieu. Afin que le Programme régional TRAITÉ SANTÉ puisse atteindre ses objectifs sur les plans scientifique et opérationnel, des mécanismes régionaux sont utilisés et cette structure organisationnelle crée une dynamique régionale et territoriale engendrant des liens formels entre les différentes instances impliquées.

Ces services de collaboration multifactoriels se veulent complémentaires au suivi médical et aux services des différentes cliniques spécialisées de la région de Québec et s'inscrivent donc dans une trajectoire de soins et services qui visent à offrir à la population des services de qualité en réadaptation. L'implantation du Programme régional doit s'articuler autour des préoccupations et des besoins des personnes visées, afin d'améliorer la qualité et l'accessibilité à ce type de service.

Les bénéfiques

La réduction du taux d'hospitalisation des participants au Programme, la réduction des durées de séjour liées aux problèmes engendrés par les maladies chroniques sont entre autres des bénéfiques escomptés par le réseau de la santé et la société en général. Le programme TRAITÉ SANTÉ est du reste appelé à prendre de l'envergure dans les prochaines années, et d'autres clientèles viendront s'ajouter à la liste actuelle, comme les personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques. L'important n'est pas tant la vitesse d'implantation mais la direction prise. Pour s'y rendre, il faudra maintenir une structure souple et réaliste compte tenu du contexte professionnel, organisationnel et budgétaire actuel. Pour toute information supplémentaire vous pouvez communiquer avec un des 8 CLSC de la région de Québec. Site Internet : <http://www.clsc-chsld.qc.ca/membres/liste1.htm> 

RÉFÉRENCES

1. Clinical Practice Guideline, numéro 17 publié par le Department of Health and Human Services, National Heart, Lung and Blood Institute des États-Unis, paru en octobre 1995 sous le titre « Cardiac Rehabilitation »,
2. Conceptualization and Evolution of Cardiopulmonary Rehabilitation-Toward a New Paradigm » tiré de Advancing the Frontiers of Cardiopulmonary Rehabilitation, Human Kinetics publié en 2002





Pfizer, chef de file en santé cardiovasculaire,
est fier de commanditer la publication de
Les actualités du Cœur.



* Toutes les marques sont la propriété de Pfizer Canada Inc. ou sont utilisées par celle-ci en vertu d'une licence.
© 2003 Pfizer Canada Inc. Kirkland (Québec) H9J 2M5

Colloques à venir

QUÉBEC

12 septembre 2003

La nutrition, un impact majeur en santé cardiovasculaire

Québec

Tél. : (418) 656-2131, poste 8837

Courriel : France.Lafreniere@kin.msp.ulaval.ca

<http://obesite.chaire.ulaval.ca/cme2003.htm>

9 au 10 octobre 2003

La nutrition : un impact majeur en santé cardiovasculaire

Organisé par le Pavillon de prévention des maladies cardiaques de l'Hôpital Laval Québec

Tél. : (418) 656-2871, poste 5416

Courriel : louise.gagnon@ssss.gouv.qc.ca

<http://obesite.chaire.ulaval.ca/cme2003.htm>

13 au 14 novembre 2003

12^e Journées annuelles du Département de médecine de l'Université de Montréal

Montréal

Tél. : (514) 343-6367

www-emc.med.umontreal.ca

1^{er} au 4 décembre 2003

7^e Journées annuelles de santé publique

Hôtel Le Reine Elizabeth

Montréal

Tél. : (514) 528-5811

Courriel : adm@aspq.org

www.inspq.qc.ca/jasp/

CANADA

24 au 27 octobre 2003

19th InterAmerican Congress of Cardiology

Toronto

Tél. : (613) 236-2727

Courriel : iacc2003@intertaskconferences.com

www.cardiocongress.org

25 au 29 octobre 2003

Congrès canadien sur la santé cardiovasculaire

Toronto

Courriel : info@ccs.ca

<http://www.ccs.ca/>

ÉTATS-UNIS

9 au 12 novembre 2003

American Heart Association Scientific Session 2003

Orlando, FL

Tél. : (847) 940-2155

Courriel : sessions@heart.org

Télé. : 1-214-373-3406

<http://www.scientificsessions.org>



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.

COMITÉ DE RÉDACTION :

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

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

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

Hélène Poirier, M.Sc. - *Coordonnatrice, Alliance québécoise pour la santé du cœur, Fondation des maladies du cœur du Québec*

Veuillez faire parvenir vos commentaires et vos textes à

Mme Hélène Poirier :

Tél. : (514) 871-1551, poste 244 ou 1 800 567-8563

Télé. : (514) 871-9385

Courriel : hpoirier@fmcoeur.qc.ca

Date de tombée du prochain numéro : 8 septembre 2003

Dépôt légal : 3^e trimestre 2003

Bibliothèque Nationale du Canada

Bibliothèque Nationale du Québec

ISSN : 1206-4297

Tirage : 16 500 exemplaires

©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.