

## 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.

## DANS CE NUMÉRO

Éditorial .....1

### Société québécoise d'hypertension artérielle

Hypertension artérielle  
Perception des Québécois .....2

Nouvelles de la Fondation .....3

### Conseil québécois sur le tabac et la santé

Outils en cessation tabagique  
à la portée de tous ! .....4

### Kino-Québec

Avis du comité scientifique  
de Kino-Québec .....6

Colloques à venir .....7

L'aspirine chez le sujet  
sans maladie cardiovasculaire :  
pour qui et pourquoi .....8

Mémo, cardio, boulot,  
haricot, dodo .....10

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

[www.santeducoeur.org](http://www.santeducoeur.org)



À la conquête de solutions.

# 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

## Éditorial

L'équipe éditoriale du bulletin *Les actualités du cœur* est heureuse de vous proposer cette édition d'automne 2003. En effet, les derniers mois ont été riches en événements marquants dans le monde scientifique de la recherche cardiovasculaire. Le Groupe de travail canadien sur la dyslipidémie a publié au début d'octobre ses dernières recommandations pour l'évaluation et le traitement de la dyslipidémie, pré-

sentées dans cette édition. L'Association canadienne du diabète a présenté à Ottawa la mise à jour de ses recommandations, le tout suivi par la révision annuelle des recommandations de la Société canadienne d'hypertension. Le bulletin *Les actualités du cœur* fera écho à ces publications et publiera sous peu un résumé de chacune de ces recommandations. C'est à suivre.

Denis Drouin



Coalition canadienne  
pour la prévention  
et le contrôle  
de l'hypertension artérielle



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

## Méconnaissance troublante de L'HYPERTENSION chez les QUÉBÉCOIS

En juillet 2003, la Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle menait une enquête pancanadienne auprès de la population, afin de connaître leur perception face à l'hypertension. Cette enquête démontre une méconnaissance troublante des Canadiens et des Québécois quant à l'hypertension. Présentés par les docteurs Denis Drouin et Georges Honos lors d'un point de presse tenue en septembre dernier,

nous vous présentons ici les faits saillants qui témoignent de ce sérieux manque de connaissance et de compréhension du « tueur silencieux ».

L'enquête a été effectuée sur un échantillon choisi au hasard de 1 001 personnes, dont 501 Canadiennes de 40 ans et plus et de 500 Canadiens de 50 ans et plus. Les données canadiennes sont estimées exactes à  $\pm 4,4\%$ . Pour ce qui est de l'échantillon québécois, 200 entrevues ont été effectuées avec une

**C'EST UN FAIT : L'hypertension est le PRINCIPAL FACTEUR DE RISQUE ASSOCIÉ À LA MORTALITÉ chez les FEMMES et le DEUXIÈME chez les HOMMES.**

### Les données québécoises de l'enquête nous informent que :

- 67 % ne se croient pas exposés à l'hypertension.
- 59 % ne se préoccupent pas de l'hypertension.
- 66 % admettent en savoir très peu au sujet de l'hypertension.
- 70 % ont répondu qu'ils avaient « des soucis autrement plus importants que leur tension artérielle », comparativement à la moyenne nationale de 43 %.

**C'EST UN FAIT : 43 % des Canadiens souffrant d'hypertension IGNORENT LEUR ÉTAT (plus de deux millions de personnes). Seulement 13 % des sujets hypertendus bénéficient d'une MAÎTRISE DE LEUR HYPERTENSION en changeant de mode de vie et, au besoin, en prenant des médicaments.**

**Les données québécoises de l'enquête nous informent que :**

- 48 %** n'ont jamais discuté d'hypertension artérielle avec leur médecin.
- 25 %** croient qu'elles peuvent maîtriser l'hypertension, sans consulter un médecin.
- 27 %** croient qu'à part la modification du régime alimentaire, la maîtrise de l'hypertension artérielle n'est pas difficile.
- 85 %** ne connaissent pas les chiffres tensionnels optimaux ou normaux.
- 89 %** croient que l'obésité est un facteur de risque d'hypertension artérielle ; étonnamment, 40 % d'entre eux estiment qu'ils font de l'embonpoint.

**C'EST UN FAIT : L'hypertension artérielle est ASYMPTOMATIQUE.**

**Les données québécoises de l'enquête nous informent que :**

- 67 %** déclarent qu'ils pourraient déceler les symptômes de l'hypertension artérielle.
- 20 %** savent que l'hypertension n'entraîne aucun symptôme.
- 80 %** croient que les étourdissements ou les vertiges sont des signes d'hypertension artérielle tandis que 79 % croient que les maux de tête sont un signe d'hypertension.
- 36 %** croient que seules les personnes qui ne savent pas gérer leur stress doivent se préoccuper du risque d'hypertension artérielle. (Il s'agit du pourcentage le plus élevé au Canada, la moyenne nationale étant de 17 %).

répartition égale des sexes. La marge d'erreur des données québécoises est de  $\pm 6,7$  %. L'enquête a été effectuée par la firme de sondage d'opinion publique

Ipsos-Reid.

Dans l'ensemble, les résultats de l'enquête révèlent une absence générale de connaissance et de compréhension à

l'égard de l'hypertension artérielle. Ceci prouve que les besoins en matière de compréhension et de prise en charge de l'hypertension sont considérables et qu'il faut les combler par l'éducation et le dialogue entre les médecins et les patients. Chaque personne doit être évaluée individuellement en vue d'atteindre ses cibles tensionnelles.

**La Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle**

La Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle est un regroupement professionnel composé d'organismes sans but lucratif et gouvernementaux tels que la Société canadienne d'hypertension artérielle, la Fondation des maladies du cœur du Canada, la Société canadienne de cardiologie, le Collège des médecins de famille du Canada et d'autres domaines liés à la santé qui ont à cœur la prévention et la maîtrise de l'hypertension. La Coalition vise à stimuler et à promouvoir la concertation en matière de lutte contre l'hypertension, pour que cette maladie cesse de menacer la santé des Canadiens et des Canadiennes. Pour obtenir plus d'information sur la Coalition, vous pouvez consulter le site Internet :

[www.canadianbpcoalition.org](http://www.canadianbpcoalition.org) 



**EZETROL™**

**Ézétimibe**

(inhibiteur sélectif de l'absorption du cholestérol)

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

# Nouvelles de la Fondation

## Agir en cas d'urgence... plus d'une façon!

**L**e 5 novembre dernier, mois de la réanimation cardiorespiratoire (RCR), a été une occasion spéciale pour plusieurs citoyens qui ont fait preuve de bravoure et sont intervenus auprès d'une personne en détresse cardiovasculaire. En effet, la Fondation des maladies du cœur du Québec, en présence de l'honorable Lise Thibault, Lieutenant-gouverneur du Québec, soulignait le courage de plus de 70 citoyens en leur adressant un certificat d'acte de civisme. Voici les faits vécus par un de ceux-ci, Guillaume Lauzon, 10 ans.

« Guillaume faisait du porte-à-porte pour amasser des fonds dans le cadre du programme Sautons en cœur de la Fondation des maladies du cœur. En arrivant chez un monsieur, Guillaume a remarqué que celui-ci tremblait et qu'il était très pâle. Guillaume était inquiet et

ne trouvait pas ça normal. Il retourne chez lui et raconte à ses parents ce qu'il a vu. Après avoir insisté auprès de ceux-ci, tous ensemble retournent chez cet homme. Ils le retrouvent étendu sur le plancher. Immédiatement ils ont appelé l'ambulance et il a été transporté à l'hôpital. Grâce à la vigilance de Guillaume, M. Carrière est toujours en vie. »



Guillaume Lauzon et l'honorable Lise Thibault, Lieutenant-gouverneur du Québec

Nous félicitons Guillaume et tous ceux qui ont contribué à préserver la vie en sachant reconnaître les signes d'une urgence cardiovasculaire et ainsi faire toute la différence... pour une victime.

La Fondation des maladies du cœur est l'organisme qui détermine les normes ainsi que le contenu minimal des cours en RCR au Québec. Elle certifie les maîtres-instructeurs en soins immédiats et avancés et assure la qualité de l'enseignement de la RCR au Québec. **AC**

## PRIX D'EXCELLENCE EN RECHERCHE

Chaque année, la Fondation des maladies du cœur du Québec remet des prix d'excellence afin de souligner le travail exceptionnel des chercheurs dans notre domaine. La Fondation accorde une aide de plus de 3,3 millions à 131 chercheurs œuvrant dans 27 institutions au Québec.

### PRIX Jonathan Ballon

(Jeune chercheur qui présente un projet pour la première fois à la FMCQ)

**D<sup>r</sup> Michel Marcil,  
Hôpital Royal Victoria**

### PRIX John J. Day

(Legs testamentaire destiné aux chercheurs du domaine des MCV affiliés à l'Université McGill)

**D<sup>re</sup> Lorraine E. Chalifour,  
Sir Mortimer B. Davis  
Jewish General Hospital**

### PRIX 4<sup>e</sup> Conférence Internationale de cardiologie préventive

**D<sup>r</sup> Lawrence G. Rudski,  
Sir Mortimer B. Davis  
Jewish General Hospital**

### PRIX Desjardins Sécurité financière

(Projet de recherche sur la santé du cœur des femmes)

**D<sup>re</sup> Sylvie Dodin,  
Hôpital St-François d'Assise**

### PRIX Alfred B. Grossman de la Fondation EJLB

(Chercheur affilié à une université suivant une rotation entre celles de Montréal, Sherbrooke et Laval)

**D<sup>r</sup> Michel Bouvier,  
Université de Montréal**

### PRIX Club Lions de Buckingham en mémoire de Robert Champagne

(Projet de recherche dans le domaine de la recherche clinique)

**D<sup>r</sup> Patrick Couture,  
Centre Hospitalier de l'Université Laval**

### PRIX de la Fondation de la famille Birks

(Jeune chercheur ayant obtenu la plus haute cote d'évaluation au concours des demandes de subvention)

**D<sup>r</sup> Martin G. Sirois,  
Institut de Cardiologie de Montréal**

### Prix RBC – Banque Royale

(Projet de recherche sur les accidents vasculaires cérébraux)

**D<sup>r</sup> Dominique Shum-Tim,  
Hôpital de Montréal pour enfants**

## Traduction française

Un nouveau document en réanimation cardiovasculaire (RCR) est maintenant disponible en français.

Réanimation néonatale, manuel de référence  
Cédérom disponible  
Traduction de : NRP Provider



## COLLOQUES À VENIR

### QUÉBEC

29 avril au 1<sup>er</sup> mai 2004

Réunion annuelle de la Société québécoise de lipidologie, de nutrition et de métabolisme - Stress oxydatif dans les désordres lipidiques Québec, QC

Tél : (418) 525-4444, poste 6082  
Courriel : sqlnm@crchul.ulaval.ca

6 - 7 mai 2004

Journées de pharmacologie de l'Université de Montréal  
Palais des congrès, Montréal  
Tél : (514) 343-6367  
Internet : www.med.umontreal.ca

### ÉTATS-UNIS

5 - 7 février 2004

29th International Stroke Conference  
San Diego, États-Unis  
Tél : (214) 706-1543  
Téléc. : (214) 706-5262  
Courriel : strokeconference@heart.org

3 - 6 mars 2004

44<sup>th</sup> Annual Conference on Cardiovascular Disease Epidemiology and Prevention featuring the L. J. Filer Symposium on Prevention of Overweight and its Consequences Beginning in Youth  
San Francisco, États-Unis  
Courriel : scientificconferences@heart.org

## Des outils en cessation tabagique à la portée de tous!



**A**u Québec, quelque **426 500 fumeurs et fumeuses<sup>1</sup>** veulent se libérer de leur dépendance au tabac dans les six prochains mois. Pour y arriver, ils auront besoin de soutien dans leur démarche vers la cessation tabagique, augmentant ainsi leur chance de réussite

C'est pourquoi, en plus d'autres mesures (inscription d'aide pharmacologique dans la liste des médicaments couverts par le régime d'assurance médicaments), le ministère de la Santé et des Services sociaux et le réseau de la santé et des services sociaux ont mis en place **une gamme de services gratuits de soutien individuel et de groupe à l'intention des fumeurs et des fumeuses qui veulent cesser de fumer.**

Ces services font partie du Plan québécois d'abandon du tabagisme, qui vise à améliorer, harmoniser et rendre plus accessibles les ressources pour aider les fumeurs à cesser de fumer partout au Québec. Le soutien qu'ils y trouvent peut prendre la forme, entre autres, d'une intervention brève ou plus intensive (en plusieurs rencontres), individuelle ou en groupe, d'information, d'envoi de documentation ou d'orientation à d'autres services.

Les fumeurs et les fumeuses qui veulent cesser de fumer disposent de **trois voies d'accès** pour bénéficier d'un soutien, soit la **ligne J'arrête**, le **site Internet jarrete.qc.ca** et les **centres d'abandon du tabagisme**. Qu'il utilise l'une ou l'autre de ces voies d'accès, le fumeur recevra le type d'assistance qui lui convient.

### Par téléphone

La **ligne téléphonique sans frais J'arrête 1 888 853-6666** offre le soutien d'agents formés spécialement en arrêt tabagique, qui proposent les stratégies qui répondront aux besoins spécifiques de l'appelant : consultation brève ou plus longue avec suivi, orientation au centre d'abandon du tabagisme de la région du fumeur, information, envoi de documentation et réponse aux questions posées par courriel par les fumeurs utilisateurs du site Internet jarrete.qc.ca.

L'intervention des agents est fondée sur le modèle des stades du changement, une méthode éprouvée en matière de cessation tabagique. À partir d'un logiciel élaboré par la Société canadienne du cancer, les agents peuvent définir avec précision les besoins de la personne qui appelle et les stratégies qui présentent les meilleures chances de réussite.

Depuis son entrée en service en janvier 2002, la ligne a traité plus de **20 000 appels**, ce qui démontre de manière éloquent que cette ressource répond à un besoin pour les fumeurs et les fumeuses qui veulent se libérer de la cigarette.

Selon les résultats d'une étude américaine effectuée pour la *California Smoker's Helpline*, le **taux de succès est deux fois plus élevé** chez les fumeurs et fumeuses qui font appel à un service de ligne téléphonique pour les aider à cesser de fumer, plutôt que de le faire par eux-mêmes.

La ligne J'arrête est gérée par la Société canadienne du cancer (division du Québec) et le Conseil québécois sur le tabac et la santé, avec l'appui financier du ministère de la Santé et des Services sociaux.

### Par Internet



Le **site Internet jarrete.qc.ca**, conçu et géré également par les deux organismes responsables de la ligne téléphonique, propose une approche interactive adaptée à chaque internaute, s'adressant tant aux adolescents qu'aux adultes. En effet, l'internaute peut poursuivre à son rythme sa démarche au cours de plusieurs visites ; une banque de données conserve en mémoire les étapes franchies, permettant à l'internaute de reprendre le processus au point où il était rendu à sa visite précédente.

La personne qui préfère utiliser ce moyen pour cesser de fumer y trouvera aussi une foule de renseignements sur différents aspects du tabagisme (sevrage, trucs, raisons, etc.), susceptibles d'alimenter sa réflexion sur ses habitudes tabagiques et de la guider vers les outils qui lui permettront de réussir à cesser de fumer.

L'internaute peut aussi poser des questions par courriel, auxquelles les agents de la ligne J'arrête répondront. La convivialité du site se traduit également par un forum de discussion

qui permet aux internautes en démarche de cessation tabagique de partager leur expérience et de s'encourager mutuellement. Mais l'interactivité du site ne s'arrête pas là, puisqu'il est aussi possible de consulter un agent de la ligne J'arrête par webcam et par clavardage individuel.

Ce site a connu une popularité immédiate ; il a reçu plus de 98 000 visites dans ses neuf premiers mois d'existence. Cette popularité démontre que le tabagisme peut être un sujet attrayant pour les internautes !

### En personne

Depuis janvier 2003, le réseau de la santé et des services sociaux, avec le soutien du Ministère, a entrepris la mise en place de **centres d'abandon du tabagisme** dans toutes les régions du Québec.

En appelant au centre d'abandon du tabagisme près de chez eux, les fumeurs et les fumeuses qui veulent

soutiendra dans leur cheminement vers l'arrêt tabagique, en définissant la stratégie qui leur convient le mieux (rencontres individuelles ou de groupe).


Plus d'une **centaine de centres** sont présentement ouverts, principalement dans les CLSC. Les fumeurs et les fumeuses qui veulent connaître les coordonnées du centre situé le plus près de chez eux peuvent composer le numéro sans frais 1 888 853-6666 ou consulter le site Internet [jarrete.qc.ca](http://jarrete.qc.ca). Une vaste campagne promotionnelle est aussi en cours dans les régions afin de faire connaître l'existence des centres d'abandon du tabagisme au public et leurs coordonnées.

À proximité des personnes qui fument et qui veulent arrêter de fumer, les centres d'abandon du tabagisme veulent favoriser l'utilisation des services de cessation tabagique par les fumeurs et les fumeuses.

### Le rôle des professionnels de la santé

Au-delà de la mise en place de ces ressources, il demeure que les professionnels de la santé et des services sociaux jouent un rôle de premier plan pour encourager la personne qui fume et qui veut cesser de fumer à passer à l'action. Par leurs interventions, ils peuvent motiver et inciter le fumeur ou la fumeuse à réfléchir à ses habitudes tabagiques et à utiliser les outils gratuits à sa disposition.

Le professionnel de la santé et des services sociaux peut faire la différence en informant la personne qui le consulte de l'existence de ces services d'aide à la cessation tabagique et de leur efficacité. Les intervenants de la ligne J'arrête, du site Internet ou des centres d'abandon du tabagisme sont là pour prendre le relais !

Selon Santé Canada\*, au Québec, 26 % de la population de 15 ans et plus fumait au cours de 2002, ce qui représente environ **1 580 000 personnes**. Ces fumeurs et fumeuses disposent maintenant de ressources sur mesure, accessibles et efficaces pour les aider à cesser de fumer ou simplement les inciter à envisager la possibilité de se libérer de leur dépendance à la nicotine. 

\* Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, février à décembre 2002, Annuel 2002, Santé Canada

## Résumé

### FER, LIPOPEROXYDATION ET DÉSORDRES CARDIOVASCULAIRES

Émile Levy, M.D., Ph.D.  
Directeur,  
Centre de recherche,  
Hôpital Ste-Justine  
Professeur titulaire de nutrition,  
Université de Montréal



Le fer, un oligo-élément, peu abondant dans notre organisme, joue un rôle crucial dans plusieurs voies métaboliques. Si sa carence engendre l'anémie avec des répercussions sérieuses sur de nombreuses fonctions, son excès présente également des effets délétères. En particulier, sa contribution à promouvoir la formation des radicaux hydroxylés provoque un endommagement du DNA, un dérangement de la synthèse protéique et enfin une perturbation de la prolifération et de l'intégrité cellulaire. Les radicaux libres et d'autres espèces chimiques induits par le fer deviennent considérablement nuisibles pour les tissus et participent à la genèse de l'athérosclérose. Les mécanismes impliquent non seulement des modifications oxydatives des LDL devenant cytotoxiques pour l'endothélium vasculaire, mais également des altérations significatives dans la fonction des macrophages qui exagèrent leur réponse inflammatoire et se transforment en cellules spumeuses. Évidemment, de études additionnelles sont encore nécessaires pour définir davantage la place du fer dans la détérioration de la défense antioxydante et dans la santé cardiovasculaire.

Vous pouvez consulter la version intégrale de cette étude sur le site Internet de l'Alliance québécoise pour la santé du cœur à l'adresse suivante : [www.forumscv.qc.ca](http://www.forumscv.qc.ca).

### Trois outils gratuits pour aider les fumeurs et les fumeuses à se libérer du tabac.

Par téléphone : 1 888 853-6666  
Ils peuvent parler à un spécialiste formé pour les soutenir dans leur démarche d'abandon du tabagisme et obtenir des moyens adaptés à leurs besoins.

Par Internet : Ils peuvent consulter le site [www.jarrete.qc.ca](http://www.jarrete.qc.ca). Une approche interactive, de l'aide et des trucs simples et efficaces sont à leur portée pour persévérer.

En personne : Ils peuvent rencontrer un spécialiste dans un centre d'abandon du tabagisme situé près de chez eux et obtenir de l'aide sur mesure.

cesser de fumer peuvent prendre rendez-vous avec un spécialiste, généralement une infirmière, qui les

# Nouvel avis du comité scientifique de Kino-Québec

*Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec*

**Q**uelle est la meilleure manière d'amener les personnes sédentaires à faire régulièrement de l'activité physique ? Voilà la question sur laquelle s'est penché le comité scientifique de Kino-Québec dans son dernier avis intitulé *Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec*. Dans cet avis, le comité décrit les types d'interventions qui, selon les recherches, sont les meilleures pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec.

On assiste actuellement à un élargissement de la vision des déterminants de la pratique régulière d'activités physiques, vision fondée sur les approches écologiques de la promotion de la santé (Ashton et Seymour, 1988 ; Bunton et MacDonald, 1991 ; Kickbush, 1986 ; Smedley et Syme, 2001). L'approche écologique reconnaît l'importance à la fois des variables personnelles et des variables éco-environnementales. Elle vise à documenter les facteurs environnementaux, organisationnels et sociaux qui peuvent être associés à des facteurs personnels et psychologiques de même qu'à l'adoption et au maintien de certaines habitudes de vie (Powell, Kreuter et Stephens, 1991 ; Sallis et Owen, 1997, 1999).

Évidemment, le nombre réduit d'écrits sur les déterminants environnementaux et sociaux limite la portée des conclusions que l'on peut en tirer. Malgré le petit nombre d'études sur cette question, certains aspects de l'environnement semblent influencer positivement la pratique régulière d'activités physiques :

- Un degré d'urbanisation élevé (vivre en milieu urbain plutôt qu'en milieu rural ou en banlieue) ;
- Un degré de sécurité piétonnière élevé (c.-à-d. un faible taux de criminalité, une faible circulation automobile, des trottoirs et un éclairage adéquats) ;
- La disponibilité et l'accessibilité des infrastructures sportives ;
- L'existence, dans l'entourage, de personnes qui sont actives physiquement (Trost et al., 2002).

à examiner le lien entre des variables sociales et la pratique régulière d'activités physiques. Ils ont cherché à savoir, en particulier, si les conseils offerts par des professionnels de la santé (la plupart du temps, des médecins) et le soutien social perçu de la part de la famille et des amis étaient associés à une pratique plus régulière. À cet égard, Simons-Morton et ses collaborateurs (1998) concluent que les participants touchés par leur

## Caractéristiques individuelles associées à la pratique d'activités physiques

• Facteurs socio démographiques et biologiques	Sexe masculin, jeune âge, non obèse, scolarité plus élevée, revenu familial plus élevé
• Facteurs définis dans les modèles socio-cognitifs	Efficacité personnelle perçue élevée, intention forte, attitude positive, plaisir retiré, attentes positives mais réalistes, expérience de succès
• Facteurs sociaux	Conseils offerts par un professionnel de la santé, soutien social perçu de la part de la famille et des amis

## Le professionnel de la santé peut intervenir

Le professionnel de la santé peut difficilement agir sur l'environnement physique et social de la population. Par contre, dans une relation de counselling, le professionnel de la santé peut intervenir sur les variables personnelles. Sallis et Owen (1999) présentent un sommaire des caractéristiques individuelles associées positivement à la pratique régulière d'activités physiques de loisir.

Comme le démontre le tableau, certains chercheurs se sont attardés

étude ont entrepris un programme d'activités physiques après avoir reçu des conseils de la part de leur médecin visant à les encourager à pratiquer des activités physiques de façon régulière. Toutefois, cette influence est temporaire puisque les médecins peuvent rarement effectuer un suivi régulier. Pour leur part, Carron, Hausenblas et Mack (1996) concluent que le soutien fourni par les proches permet de conforter les participants dans leur démarche d'adoption ou de maintien d'une pratique régulière d'activités physiques.

## Suggestions pour promouvoir la pratique régulière de l'activité physique lors de consultations médicales

1. Prenez le temps de vous renseigner sur les habitudes d'activité physique de vos patients.
2. Informez vos patients des bienfaits pour la santé de la pratique régulière d'activités physiques.
3. Offrez beaucoup d'encouragements aux patients qui songent sérieusement à effectuer un changement, qui ont amorcé un changement ou qui ont réussi à maintenir un changement.
4. Décrivez des exemples de patients qui ont réussi à effectuer un changement.
5. Offrez beaucoup d'exemples d'activités physiques qui pourraient permettre aux patients de bouger davantage.
6. Encouragez vos patients à augmenter la fréquence de leurs activités physiques comportant une dépense calorique plus élevée, en remplacement de leurs activités sédentaires.
7. Informez-vous sur les ressources de promotion de l'activité physique et dirigez les patients vers des professionnels de l'activité physique dans votre région.
8. Remettez à vos patients des dépliants d'information sur la pratique d'activités physiques.

Source : Gauvin, L. (1998). Le médecin peut-il influencer les comportements ? *Médecine Sport*, 11(3) : 10-12.


### Le type d'intervention à privilégier

Il est généralement accepté que pour agir sur des problématiques de santé publique liées aux comportements de santé (p. ex. le tabagisme, la sédentarité, la mauvaise alimentation, les comportements sexuels à risque et la consommation d'alcool), il est primordial d'adopter une approche qui intègre des interventions de types individuel et populationnel (Glasgow et al., 1999 ; Jeffery, 1989 ; Rose, 1992 ; Smedley et Syme, 2001 ; Vogt, 1993).

L'intervenant dans le milieu de la santé peut jouer un rôle important dans la mise en œuvre d'interventions de type individuel. Jusqu'à ce jour, les interventions individuelles qui semblent donner de meilleurs résultats s'apparentent à l'approche cognitivo-behaviorale. Cette approche combine l'enseignement d'habiletés telles que la fixation d'objectifs personnels, la maîtrise de techniques d'auto-surveillance, l'autorenforcement, l'analyse décisionnelle, le contrôle des pensées négatives, la prévention des rechutes, le soutien social et les changements progressifs. En d'autres mots, il s'agit de favoriser le développement d'habiletés d'autogestion.

Le professionnel de la santé peut aussi intervenir en informant son client de la disponibilité des infrastructures sportives dans son quartier, en le référant à un entraîneur personnel ou un

kinésologue apte à faire un suivi à long terme et en lui suggérant de visiter des sites Internet informatifs. Le site de Kino-Québec ([www.kino-quebec.qc.ca](http://www.kino-quebec.qc.ca)) en est un bon exemple. Notamment, il est possible d'utiliser l'Actimètre, un logiciel d'évaluation du niveau d'activité physique pour les adultes. Ce logiciel peut aider les professionnels de la santé à aborder le sujet de la pratique d'activités physiques avec ceux et celles qui les consultent.

Ainsi, les chercheurs du domaine de l'activité physique sont unanimes : pour lutter contre la sédentarité, il faut pratiquer de façon continue un vaste éventail d'interventions de types populationnel et individuel, et ce, dans plusieurs milieux de vie et milieux professionnels. À ce titre, le professionnel de la santé, qu'il soit médecin, infirmier, nutritionniste ou physiothérapeute, a un rôle complémentaire à l'éducateur physique et au kinésologue afin de promouvoir une pratique régulière d'activités physiques et ainsi aider à contrer la sédentarité. 

**La version complète de l'avis sur les Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec sera prochainement disponible sur le site de Kino-Québec à l'adresse suivante : [www.kino-quebec.qc.ca](http://www.kino-quebec.qc.ca)**

Références :

Ashton, J., et H. Seymour (1988). *The New Public Health*, Buckingham, Open University Press.

Bunton, R., et G. MacDonald (1991). *Health Promotion: Disciplines and Diversity*, Londres, Routledge.

Ashton, J., et H. Seymour (1988). *The New Public Health*, Buckingham, Open University Press.

Bunton, R., et G. MacDonald (1991). *Health Promotion: Disciplines and Diversity*, Londres, Routledge.

Carron, A.V., H.A. Hausenblas et D. Mack (1996). « Social influence and exercise: A meta-analysis », *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 18, p. 1-16.

Gauvin, L. (1998). Le médecin peut-il influencer les comportements ? *Médecine Sport*, 11(3) : 10-12.

Glasgow, R.E., et al. (1999). « If diabetes is a public health problem, why not treat it as one? A population-based approach to chronic illness », *Annals of Behavioral Medicine*, 21, p. 159-170.

Jeffery, R.W. (1989). « Risk behaviors and health: Contrasting individual and population perspectives », *American Psychologist*, 44, p. 1194-1202.

Kickbush, I. (1986). « Health promotion: A global perspective », *Canadian Journal of Public Health*, 77, p. 321-326.

Powell, K.E., M. Kreuter et T. Stephens (1991). « The dimensions of health promotion applied to physical activity », *Journal of Public Health Policy*, hiver, p. 492-509.

Rose, G. (1992). *The Strategy of Preventive Medicine*, New York, Oxford University Press.

Sallis, J.F., et N. Owen (1997). « Ecological models », dans K. Glanz, F.M. Lewis et B.K. Rimer (sous la dir. de), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, 2e éd., San Francisco, Jossey-Bass, p. 403-424.

Sallis, J.F., et N. Owen (1999). *Physical Activity and Behavioral Medicine*, Thousand Oaks (Ca., É.-U.), Sage.

Simons-Morton, et al. (1988). « Influencing personal and environmental conditions for community health: A multilevel intervention model », *Family and Community Health*, 11, p. 25-35.

Smedley, B.D., et S.L. Syme (sous la dir. de) (2001). *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*, Washington, National Academy Press.

Trost, S.G., et al. (2002). « Correlates of adults' participation in physical activity: Review and update », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 34(12), p. 1996-2001.

Vogt, T.M. (1993). « Paradigms and prevention », *American Journal of Public Health*, 83, p. 795-796.



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.

À la conquête de solutions.

### 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** - *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.** - *Coordonnatrice, Alliance québécoise pour la santé du cœur*

Dépôt légal : 3<sup>ème</sup> trimestre 2003  
Bibliothèque Nationale du Canada  
Bibliothèque Nationale du Québec  
ISSN : 1206-4297

Tirage : 16 500 copies

Date de tombée du prochain numéro : le 9 février 2004

**Veuillez faire parvenir vos commentaires et vos textes à**

**Mme Hélène Poirier :**

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

Télec. : (514) 871-9385

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.forumscvq.ca](http://www.forumscvq.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.

# L'ASPIRINE chez le sujet sans maladie cardiovasculaire : pour qui et pourquoi...

**L**e rôle de l'aspirine (AAS) chez le sujet avec maladie athérosclérotique n'est plus à faire. Une méta-analyse récente a bien démontré que chez les sujets présentant des conditions comme de l'angine, de la claudication intermittente, ou ayant présenté un infarctus ou un accident vasculaire cérébral (AVC), l'aspirine diminuait le risque de récurrence d'environ 20 à 30%. En prévention primaire par contre, c'est-à-dire chez des sujets sans manifestation clinique ou paraclinique de maladie athérosclérotique, la situation est moins claire. Le but de cet article est donc de réviser les évidences et les recommandations les plus récentes disponibles sur le rôle de l'AAS en prévention primaire.

## Les évidences

Cinq études randomisées ont évalué l'efficacité de l'AAS en prévention primaire entre 1988 et 2001 : les *British Male Doctors' Trial*, *Physicians' Health Study*, *Thrombosis Prevention Trial*, *Hypertension Optimal Treatment Trial* et *Primary Prevention Project*. Ces études, bien que différentes dans leur devis et leurs sujets sélectionnés, ont donné des résultats très semblables. En combinant les résultats de ces études, l'utilisation de l'AAS réduirait de façon significative la survenue d'infarctus du myocarde de 28 % (NNT / an dans les 5 études variant entre 364 et 2 265). Par contre, la mortalité totale, la mortalité cardiaque et la survenue d'AVC ne serait pas diminuées de façon significative (voir tableau). Il est important de constater que même si ces études ont sélectionné des sujets à plus haut risque (âge ≥ 50 ans, en majorité des hommes, souvent avec d'autres facteurs de risque, etc.), le risque annuel d'événements cardiovasculaires majeurs (mortalité cardiaque, infarctus, AVC) dans ces études est remarquablement faible :

EFFICACITÉ DE L'ASPIRINE EN PRÉVENTION PRIMAIRE		
Résultats cliniques	Risque relatif (IC 95 %)	
<b>Bénéfices</b>		<b>NNT*/année</b>
Infarctus du myocarde	0,72 (0,60-0,87)	875
Mortalité totale	0,87 (0,70-1,09)	NS
AVC totaux	1,02 (0,85-1,23)	NS
Mortalité toute cause	0,93 (0,84-1,02)	NS
<b>Risques</b>		<b>NNH**/année</b>
AVC hémorragique	1,4 (0,9-2,0)	NS
Saignements gastro-intestinaux	1,7 (1,4-2,1)	950

NS : non significatif \*NNT= nombre de patients à traiter pour prévenir un événement  
 \*\*NNH = nombre de patients à traiter pour avoir une complication

Référence : Hayden M, Pignone M, Phillips C, Mulrow C. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events : a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002 ; 136 : 161-171.

## L'American Diabetes Association (ADA) suggère d'utiliser l'AAS chez les diabétiques âgés de plus de 30 ans à haut risque

entre 0,72 et 1,54 % / an. Ces études ont aussi un suivi relativement court, entre 3 et 7 ans : l'effet à plus long terme reste donc indéterminé. Par ailleurs, dans l'étude HOT, l'utilisation de l'AAS diminuait de façon significative la survenue d'infarctus du myocarde clinique, mais lorsque les infarctus silencieux (découverts à l'ECG) étaient inclus, cette diminution n'était plus significative<sup>2</sup> : est-ce à dire que l'AAS diminue seulement les symptômes d'infarctus sans en diminuer l'incidence réelle ? Cela reste à voir...

L'utilisation de l'AAS chez la femme en prévention primaire est beaucoup moins solidement appuyée par la littérature. Seulement deux des cinq études ci-haut mentionnées ont inclus des femmes. Dans l'étude PPP, le bénéfice semble identique chez l'homme et la femme, tandis que dans l'étude HOT, la diminution d'incidence d'infarctus n'était pas significative chez la femme. La *Nurses' Health Study*, une étude d'observation de 88 000 femmes avait d'ailleurs démontré en 1991 que l'utilisation d'une à six aspirines par semaine réduisait la survenue d'infarctus du myocarde de 25%, bien qu'il n'y ait pas de diminution des événements vasculaires majeurs totaux (combinaison de mortalité cardiaque, infarctus et AVC) ou de la mortalité totale<sup>3</sup>. La réponse définitive à savoir si l'AAS en prévention primaire chez la femme est bénéfique fait actuellement l'objet d'une étude majeure chez 40 000 patientes (*Women's Health Study*)<sup>4</sup>.

On sait que le sujet diabétique est à plus haut risque d'événements cardiovasculaires. En fait, le risque d'un sujet diabétique qui n'a jamais eu d'infarctus du myocarde de présenter un infarctus

est aussi grand que chez le sujet ayant déjà subi un infarctus<sup>5</sup>. Cette notion du sujet diabétique comme « équivalent coronarien » a déjà amené le Groupe de travail canadien sur la dyslipidémie à recommander des cibles de LDL identiques chez les sujets avec maladie athérosclérotique ou chez les diabétiques<sup>6</sup>. De la même manière, il est tentant de recommander l'utilisation de l'AAS chez les diabétiques. Il faut souligner par contre qu'il n'y a actuellement aucune étude ayant évalué l'efficacité de l'AAS sur des issues cliniques majeures chez le sujet diabétique mais sans maladie athérosclérotique. Il y a des analyses de sous-groupe d'études majeures<sup>7</sup> qui semblent vouloir démontrer un bénéfice – bien que le nombre d'événements totaux soit petit. Il existe aussi une étude faite chez des sujets diabétiques avec rétinopathie et avec ou sans coronaropathie qui montrait une tendance vers une diminution de mortalité totale et d'incidence d'infarctus<sup>8</sup>, mais il n'y a actuellement aucune étude chez le diabétique « pur » en prévention primaire.

L'utilisation de l'AAS n'est pas sans risque. Le prix à payer pour une diminution d'infarctus du myocarde est une augmentation des saignements, surtout gastro-intestinaux (risque relatif 1,7). Pour 1 000 hommes recevant de l'AAS pour 5 ans, environ 3 auront un saignement gastro-intestinal majeur et 1 aura un AVC hémorragique<sup>9</sup>. Par ailleurs, il semble que le niveau de tension artérielle soit un important facteur à considérer : dans plusieurs études, plus la TA est élevée, moins l'AAS est efficace comme protecteur cardiovasculaire. La tension artérielle devrait donc être bien maîtrisée afin que l'AAS procure les bénéfices escomptés.

Plusieurs autres effets de l'AAS font l'objet de spéculations. La diminution d'incidence de néoplasie, en particulier colorectal, est possible, quoique non confirmée par des études randomisées. Une interaction négative entre IECA et AAS, surtout à dose élevée, est aussi objet de spéculations. Par ailleurs, on sait que certains sujets présentent une résistance à l'AAS, et que ceux-ci ne retirent probablement pas le même bénéfice de ce traitement, bien que leur reconnaissance en clinique ne soit pas possible actuellement.

À noter qu'il n'y a présentement aucune étude en prévention primaire avec les nouveaux antiplaquettaires clopidogrel ou ticlodipine.

### Les recommandations

Plusieurs groupes d'experts ont publié leurs recommandations dans les dernières années quant à l'utilisation de l'AAS en prévention primaire. La *US Preventive Services Task Force*<sup>9</sup> recommande l'utilisation de l'AAS en prévention primaire chez les sujets à haut risque de maladie coronarienne, définie comme étant  $\geq 3\%$  à 5 ans. L'*American Heart Association* (AHA) recommande pour sa part l'utilisation de l'AAS si le risque cardiovasculaire est  $\geq 10\%$  à 10 ans<sup>10</sup>. Enfin, dans un article récent du *New England Journal of Medicine*<sup>11</sup>, M.S. Lauer suggère d'utiliser l'AAS si le risque de maladie coronarienne à 10 ans est  $\geq 15\%$ , ou si le risque se situe entre 7 et 14 % en présence d'HTA avec atteinte des organes cibles, de diabète, d'une pauvre condition physique ou selon la préférence du patient. L'évaluation du risque cardiaque pourra être fait par les tables de Framingham ou par d'autres outils du genre (tables de Sheffield, PROCAM, ...). À noter que les dernières recommandations sur le sujet du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique datent de 1994 et que celui-ci ne se prononçait ni pour ni contre l'utilisation d'AAS en prévention primaire.

Pour ce qui est des sujets diabétiques, l'*American Diabetes Association* (ADA) suggère d'utiliser l'AAS chez les diabétiques de plus de 30 ans à haut risque<sup>12</sup>. L'ADA considère que le bénéfice de l'AAS chez les diabétiques surpasse probablement le risque.

### Implication pour la pratique clinique

L'utilisation de l'AAS chez le sujet sans maladie athérosclérotique mais considéré à risque est une option envisageable. Il est toutefois important de se rappeler que le seul bénéfice démontré est une diminution de l'incidence d'infarctus du myocarde, mais que la mortalité totale, la mortalité cardiovasculaire ou l'incidence d'AVC est la même avec ou sans AAS en prévention primaire. Par contre, le risque de saignement, surtout gastro-intestinal, mais aussi cérébral, existe. Il est donc très important de bien sélectionner les patients

– des sujets à haut risque cardiovasculaire, probablement avec un risque combiné de mortalité cardiovasculaire, d'infarctus ou d'AVC supérieur à 10-15 % à 10 ans – et de bien évaluer leur potentiel de saignement. Les contre-indications de l'AAS (saignement actif, ulcère récent, diathèse hémorragique, allergie à l'AAS, maladie hépatique, etc.) doivent être respectées scrupuleusement. La dose à utiliser se situe probablement entre 80 et 325 mg/jour, mais la dose optimale reste encore inconnue. Il ne faut pas utiliser l'AAS en prévention primaire chez le sujet anticoagulé, et on doit être prudent chez le sujet sous anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), prednisone ou autre médication pouvant affecter le risque d'hémorragie. La prise en charge des autres facteurs de risque reste primordial, et l'arrêt du tabagisme, une bonne alimentation, l'exercice physique et le maintien d'un poids santé sont indispensables, la prise d'AAS ne devant pas faire pardonner les excès ! **AC**

#### Références :

1. Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. Antithrombotic Trialists Collaboration. *BMJ* 2002 ; 324 : 71–86.
2. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlöf B, Elmfeldt D, Julius S et coll. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. *HOT Study Group. Lancet* 1998 ; 351 : 1755–62.
3. Manson JE, Stampfer MJ, Colditz GA, et al. A prospective study of aspirin use and primary prevention of cardiovascular disease in women. *JAMA* 1991 ; 266 : 521–527.
4. Rexrode KM, Lee IM, Cook NR, Hennekens CH, Buring JE. Baseline characteristics of participants in the Women's Health Study. *J Womens Health Gend Based Med* 2000 ; 9 : 19–27.
5. Haffner SH, Lehto S, Rönnemaa T et coll. Mortality from Coronary Heart Disease in Subjects with Type 2 Diabetes and in Nondiabetic Subjects with and without Prior Myocardial Infarction. *N Engl J Med* 1998 ; 339 : 229–234.
6. Fodor JG, Frohlich JJ, Genest JG Jr, McPherson PR and for the Working Group on Hypercholesterolemia and Other Dyslipidemias. Recommendations for the management and treatment of dyslipidemia: Report of the Working Group on Hypercholesterolemia and Other Dyslipidemias. *CMAJ* 2000 ; 162 : 1441–1447.
7. Genest J, Frohlich J, Fodor G et coll. Recommendations for the management of dyslipidemia and the prevention of cardiovascular disease : summary of the 2003 update. *CMAJ* 2003 ; 169 : 921–924.
8. Aspirin effects on mortality and morbidity in patients with diabetes mellitus. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study report 14. *ETDRS Investigators. JAMA* 1992 ; 268 : 1292–300.
9. Hayden M, Pignone M, Phillips C, Mulrow C. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002 ; 136 : 161–71.
10. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR et coll. AHA Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke: 2002 Update. Consensus Panel Guide to Comprehensive Risk Reduction for Adult Patients Without Coronary or Other Atherosclerotic Vascular Diseases. *Circulation* 2002 ; 106 : 388–391.
11. Lauer MS. Aspirin for primary prevention of coronary events. *N Engl J Med* 2002 ; 346 : 1468–74.
12. American Diabetes Association. Aspirin Therapy in Diabetes. *Diabetes Care* 2003 ; 26 : S87–88.

**L**e diabète frappe 150 millions de gens dans le monde. Parmi ceux-ci, 2 millions sont Canadiens et près de 500 000 sont Québécois. L'Organisation mondiale de la Santé prévoit que le nombre de personnes diabétiques doublera d'ici à l'an 2025. Le diabète est actuellement la septième cause de décès au Canada et entraîne 50 % des crises cardiaques. D'ailleurs, les diabétiques sont de 2 à 4 fois plus à risque de souffrir de maladies du cœur. On estime que 90 % des diabétiques souffrent du diabète de type 2, lequel est associé aux facteurs de risque tels que l'obésité, l'inactivité physique, le tabagisme, la mauvaise gestion du stress, l'âge, la prédisposition génétique et le mode de vie.

Cette explosion du diabète dans notre société est attribuable au fait que les gens bougent de moins en moins et mangent de plus en plus, ce qui entraîne une augmentation phénoménale du taux d'obésité. Au Québec, environ 28 % de la population de 20 à 64 ans souffre d'un surplus de poids et 13 %, d'obésité ; ces données ont progressé de plus de 40 % entre 1993 et 1998. Et l'obésité caractérise plus de 75 % des diabétiques. Bien qu'il ne puisse se guérir, le diabète peut cependant être prévenu ou retardé en réduisant la prévalence de deux facteurs de risque connus, soit l'obésité et l'inactivité physique.

Dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le diabète, la Fondation des maladies du cœur du Québec (FMCQ) a reçu une subvention de Santé Canada pour mettre sur pied un programme d'intervention en milieu de travail afin de prévenir le diabète de type 2. Sachant que plus de 3 millions de Québécois passent la moitié des heures de leur journée au travail et que l'environnement a un impact significatif sur la santé d'un individu, le milieu de

# métro cardio boulot haricot dodo

travail constitue donc un endroit privilégié pour agir sur leur santé. Pour la conception de son programme, la FMCQ s'est fondée sur les modèles écologiques proposés par Bronfenbrenner (1986) et Cohen, Scribner et Farley (2000). Bronfenbrenner suggère qu'une intervention devrait idéalement se poser sur trois éléments : l'environnement externe, les milieux de vie (travail, famille, amis) et les individus eux-mêmes. Afin de maximiser l'efficacité d'une intervention, l'auteur suggère de cibler de concert au moins deux des trois composantes du modèle. Cohen, Scribner et Farley proposent de miser principalement sur les facteurs environnementaux en favorisant la disponibilité des produits associés à des habitudes de vie saines, en augmentant la présence des structures physiques reliées à des comportements de santé efficaces, en instaurant des lois ou des politiques pour limiter les comportements à risque ainsi qu'en introduisant dans la culture et les médias des messages normalisant les saines habitudes de vie et dénormalisant certaines habitudes de vie nocives (ex. : le tabagisme à l'adolescence). Ainsi, la FMCQ a entrepris de développer un programme qui viserait à améliorer les connaissances et habiletés des individus, tout en outillant le milieu pour agir sur son environnement.

Annik Léveillé, M.Sc.  
Coordonatrice adjointe du projet  
Fondation des maladies du cœur du Québec

Virginie Gosselin, Dt.P.  
Coordonatrice adjointe du projet  
Fondation des maladies du cœur du Québec

## La santé au boulot

Le projet *La santé au boulot* est le produit d'une démarche évolutive fondée principalement sur les recommandations de professionnels du milieu de travail et de la santé. Le but principal du projet consiste à promouvoir la santé auprès de la population active, par une saine alimentation, la pratique régulière de l'activité physique et le maintien d'un poids santé, et ce, afin de prévenir l'apparition du diabète et ses facteurs de risque. *La santé au boulot* s'adresse essentiellement aux dirigeants en milieu de travail, responsables des ressources humaines et responsables de la santé et de la sécurité au travail.

Compte tenu de la réalité des milieux de travail, l'implication et la mobilisation des dirigeants s'avèrent essentielles à la participation des travailleurs à l'égard d'un programme de santé dans l'organisation. Cet aspect constitue un défi important puisque la santé n'est pas nécessairement la priorité des milieux de travail.

## Les déjeuners-causeries

Aux mois de mai et juin 2003, des déjeuners-causeries ont été organisés dans trois régions du Québec ; le Saguenay/Lac-Saint-Jean, l'Outaouais et Montréal. Lors de ces déjeuners, les organisations participantes ont été informées des avantages à faire la promotion de la santé en milieu de travail et des stratégies pouvant assurer le succès de cette initiative, comme les règles à respecter pour maximiser la mise sur pied des activités et des trucs pour motiver les employés à participer. De plus, une foule d'activités et d'idées d'intervention - simples, efficaces et applicables en milieu de travail - leur ont été proposées. Le guide d'intervention *La santé au boulot* et des affiches promotionnelles ont été distribués aux participants lors de ces déjeuners. Le guide contient l'ensemble

des interventions proposées et un cédérom, sur lequel se retrouve, entre autres, une conférence sur le diabète et la saine alimentation, une conférence sur l'activité physique, des capsules santé ainsi qu'un sondage pour évaluer les besoins et intérêts des employés. Actuellement, la FMCQ accorde un support aux organisations participantes qui désirent intervenir sur le plan de la promotion de la santé dans leur milieu, et ce, jusqu'à la fin du projet en mars 2004.

### Les participants


Les organisations invitées aux déjeuners-causeries comptaient plus de 150 employés. L'invitation a été expédiée personnellement aux responsables des ressources humaines, sous forme de carte postale. Un suivi téléphonique a eu lieu auprès des organisations conviées. Parmi les organisations contactées, 46 ont accepté de participer au projet pilote *La santé au boulot*. Dans chacune des régions, de 15 à 20 organisations des secteurs privé, parapublic et public étaient présentes aux déjeuners. Les participants étaient majoritairement des responsables des ressources humaines ou de la santé et sécurité au travail dans leur organisation.

### L'évaluation

Plusieurs phases d'évaluation ont été prévues. D'abord, une évaluation des déjeuners-causeries concernant la satisfaction des participants ainsi que la pertinence et l'utilité des outils a été réalisée auprès des participants. Ensuite, une évaluation d'impact sera effectuée pour apprécier 1) l'ampleur et la nature des changements organisationnels et de comportements chez les employés, et 2) le développement, l'implantation des interventions et les résultats à court et moyen termes (entrevues qualitatives pré-post). Afin d'évaluer adéquatement l'impact du projet et du matériel d'intervention, une évaluation pré-post s'effectuera auprès de deux groupes d'organisations, les organisations ayant assisté aux déjeuners-causeries (groupe expérimental ; N = 46) et celles ayant refusé l'invitation mais qui ont tout de même accepté de répondre au questionnaire (groupe témoin ; N = 26). Enfin, les conclusions globales du projet seront analysées et diffusées.

### Les collaborateurs clés

Pour l'élaboration du projet et des

outils, un comité aviseur a été formé. Les membres proviennent de plusieurs regroupements et institutions privées et publiques du Québec : l'Association des infirmières et infirmiers en santé du travail du Québec (AIISTQ), Kino-Québec, le Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu, le Groupe de Recherche et d'Aide Psychosociale (G.R.A.P.), Nutrinova Inc, le CLSC Côte-des-Neiges, le CLSC Lac-Saint-Louis ainsi que les Directions de santé publique de Montréal-Centre et de la Montérégie. Les membres du comité se sont rencontrés à quelques reprises afin de discuter de l'orientation et de la conception du projet. Il est également important de mentionner que des groupes de discussion auprès de décideurs d'organisations et de responsables en santé au travail ont été tenus. L'analyse de leurs besoins en promotion de la santé et leurs commentaires à l'égard d'un tel programme ont substantiellement contribué au développement du projet. Le comité aviseur se rencontre encore périodiquement afin de donner une direction aux activités de suivi présentement offertes aux organisations. 

***Pour une vie toujours pleine d'élan.***

***Nous mettons au point des médicaments visant à traiter les maladies cardiovasculaires.***

Nous souhaitons tous pouvoir profiter de la vie le plus longtemps possible. Pourtant, malgré les progrès de la médecine, les maladies cardiovasculaires demeurent une cause importante de mortalité. Chez Aventis, un chef de file de l'industrie pharmaceutique, nous proposons un grand nombre de médicaments pour traiter les maladies cardiovasculaires aiguës ou chroniques. Nos équipes de chercheurs s'appuient sur les technologies les plus récentes pour mettre au point des médicaments novateurs destinés à améliorer la vie des patients. Pour que chacun puisse vivre pleinement sa vie.



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



\* 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