

Faire des choix :  
Options de traitement  
pour réduire le risque de  
maladie cardiovasculaire



**Outil d'aide à la décision  
pour les patients**

Lyne Lalonde, Ph.D.	Pharmacie Université de Montréal
Annette O'Connor, Inf., Ph.D.	Sciences infirmières, Épidémiologie Université d'Ottawa
Steven A. Grover, M.D. M.P.A. F.R.C.P.C.	Médecine, Épidémiologie Université McGill
Ilka Lowensteyn, Ph.D.	Épidémiologie, Médecine Université McGill
Julie Villeneuve, B.Pharm, M.Sc.	Pharmacie Université de Montréal

Ce guide a été élaboré et évalué avec l'aide du Réseau canadien contre les accidents vasculaires cérébraux, d'un centre national d'excellence et d'une bourse de recherche postdoctorale accordée à Docteur Lalonde par le Conseil de recherches médicales du Canada. La mise à jour de ce guide a été réalisée dans le cadre de l'étude TEAM, un essai clinique financé par les Instituts de recherche en santé du Canada. Docteur Lalonde est chercheur boursier junior I du Fonds de la recherche en santé du Québec.

Institut de recherche en santé d'Ottawa  
Unité d'épidémiologie clinique  
Hôpital d'Ottawa - Campus Civic  
1053, avenue Carling  
Ottawa (Ontario) K1Y 4E9  
Téléphone : (613) 798-5555, poste 17619  
Télécopieur : (613) 761-5492  
Courriel : [ldrake@ohri.ca](mailto:ldrake@ohri.ca)

Faculté de pharmacie  
Université de Montréal  
C.P. 6128, Succursale Centre-ville  
Montréal (Québec) H3C 3J7  
Équipe de recherche en soins  
de première ligne  
Centre de santé et de services sociaux  
de Laval  
1755 boul. René-Laennec, D-S145  
Laval (Québec) H7M 3L9  
Téléphone : (450) 668-1010, poste 2743  
Télécopieur : (450) 975-5089  
Courriel : [lyne.lalonde@umontreal.ca](mailto:lyne.lalonde@umontreal.ca)

<b>Introduction</b>	1
<b>Maladies cardiovasculaires</b>	2
<b>Principaux facteurs de risque</b>	4
<b>Options de traitement</b>	8
<b>Options concernant les habitudes de vie</b>	9
<b>Options concernant les médicaments</b>	20
<b>Quatre étapes pour réduire votre risque</b>	24
<b>Exemple de Marie</b>	27
<b>Exemple de Pierre</b>	31
<b>Tableau sommaire</b>	35
<b>Ressources</b>	37
<b>Lexique</b>	39
<b>Bibliographie</b>	42



Centre de santé et de services sociaux  
de Laval

Cité de la Santé de Laval-CHARL

Université  
de Montréal



OTTAWA HEALTH RESEARCH INSTITUTE  
INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ D'OTTAWA



## Introduction

Cet outil d'aide s'adresse à vous si :

- vous désirez vous renseigner sur votre risque de maladie cardiovasculaire
- votre niveau de cholestérol ou votre tension artérielle vous préoccupe
- vous êtes prêt(e) à envisager de modifier certaines habitudes de vie pour réduire votre risque de maladie cardiovasculaire

Ce livret et votre feuille de travail personnelle vous prépareront à discuter de façon éclairée avec votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmière des choix qui s'offrent à vous pour réduire votre risque de maladie cardiovasculaire. Ces choix peuvent inclure la modification de certaines habitudes de vie et la prise de médicaments.

Cet outil d'aide a été élaboré par une équipe de médecins, d'infirmières, de pharmaciens et de chercheurs. Il s'appuie sur les meilleures études disponibles, indiquées dans le livret par de petits numéros et énumérées à la section « Bibliographie ».

Les termes techniques sont définis dans la section « Lexique » à la fin de ce livret.

Afin de profiter au maximum de cet outil d'aide, vous devez :

- lire le livret et répondre aux questions qu'il contient
- compléter la feuille de travail personnelle
- apporter la feuille de travail personnelle complétée chez votre pharmacien afin de discuter des moyens de réduire votre risque de maladie cardiovasculaire

Pour réduire le risque de maladie cardiovasculaire, vous devez envisager des changements à long terme pouvant inclure des modifications de vos habitudes de vie et la prise de médicaments.

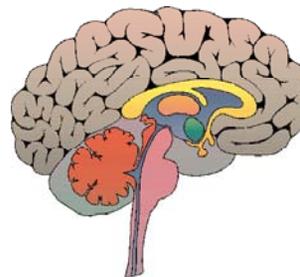
## Maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires surviennent lorsque les vaisseaux sanguins ou les artères se rétrécissent. Elles constituent la principale cause de décès d'une personne sur trois en Amérique du Nord.

Le rétrécissement des artères du coeur peut causer des douleurs à la poitrine (aussi appelée angine) ou une crise cardiaque (aussi appelée infarctus). La crise cardiaque est un dommage causé à une partie du muscle du coeur. Après une crise cardiaque, le coeur ne peut plus pomper facilement le sang dans le corps. La personne souffre de douleurs fréquentes ou constantes à la poitrine.



Le rétrécissement des artères qui conduisent le sang vers le cerveau peut causer un accident vasculaire cérébral. C'est un dommage causé à une partie du cerveau parce que le sang ne s'y rend pas. Il provoque souvent la perte du mouvement ou de la parole, selon la partie du cerveau qui a été endommagée. Le manque de sang au cerveau peut aussi causer un accident ischémique transitoire qui est un petit accident vasculaire cérébral.



## Maladies cardiovasculaires

Voyons maintenant ce qui arrive aux personnes qui subissent une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral :<sup>1-2</sup>

Sur 100 personnes ayant un crise cardiaque...



- ☹️ environ 50 décèderont dans un délai d'un mois (50 %)
- 😞 environ 25 devront réduire leurs activités en raison de douleurs à la poitrine ou d'essoufflement (25 %)
- 😊 environ 25 reprendront leurs activités habituelles après quelques semaines (25 %)

Sur 100 personnes ayant un accident vasculaire cérébral...



- ☹️ environ 20 décèderont dans un délai d'un mois (20 %)
- 😞 environ 30 iront dans un centre de soins de longue durée parce qu'elles auront besoin d'aide pour manger, aller aux toilettes et marcher (30 %)
- 😞 environ 20 retourneront chez elles, mais auront de la difficulté à marcher ou à parler (20 %)
- 😊 environ 30 retourneront chez elles et se rétabliront complètement (30 %)

## Principaux facteurs de risque

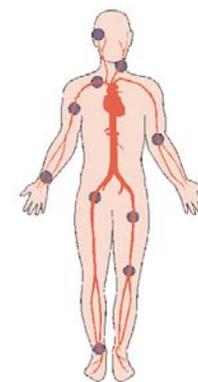
Certains facteurs personnels (ex. : le stress) et certaines habitudes de vie (ex. : le tabagisme) augmentent le risque de maladie cardiovasculaire. Les six principaux facteurs de risque sont :

- cholestérol sanguin anormal
- hypertension
- manque d'exercice ou d'activité physique
- tabagisme
- excès de poids ou obésité
- stress

De plus, si vous souffrez de diabète ou si vous avez déjà eu une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral, votre risque de maladie cardiovasculaire est plus élevé. Examinons de plus près les facteurs de risque sur lesquels vous pouvez agir pour réduire votre risque.

### CHOLESTÉROL SANGUIN ANORMAL<sup>3</sup>

Le cholestérol est une substance grasse. Il est nécessaire au fonctionnement du corps. Cependant, en quantité trop élevée, il devient dangereux parce qu'il adhère aux parois des artères et les rétrécit. Le sang ne peut donc plus circuler adéquatement dans les artères.



## Principaux facteurs de risque

Il existe deux sortes de cholestérol sanguin :

### Le cholestérol LDL (le « camion à ordures »)

- On l'appelle le *mauvais cholestérol* parce qu'il se dépose sur les parois des artères.
- Les personnes qui ont un niveau élevé de cholestérol LDL risquent davantage d'avoir une maladie cardiovasculaire.



### Le cholestérol HDL (« l'aspirateur »)

- On l'appelle souvent le *bon cholestérol* parce qu'il transporte le cholestérol au foie, qui l'élimine. Il aide à nettoyer les vaisseaux sanguins et à les élargir. Un niveau élevé de cholestérol HDL est donc un avantage.
- Les personnes qui ont un faible niveau de cholestérol HDL risquent davantage d'avoir une maladie cardiovasculaire.



### Niveau idéal de cholestérol

Le niveau idéal de cholestérol LDL diffère selon les personnes. De façon générale, le niveau idéal est de :

- 2,5 ou moins pour les personnes à haut risque de maladie cardiovasculaire, par exemple les personnes atteintes de diabète ou de maladie cardiovasculaire
- 3,5 ou moins pour les personnes à risque modéré de maladie cardiovasculaire, par exemple les personnes qui ont plusieurs facteurs de risque (cholestérol élevé, tabagisme et hypertension)
- 4,5 ou moins pour les personnes qui n'ont pas d'autre facteur de risque

Le niveau idéal de cholestérol HDL est de 1,3 ou plus.

Les personnes qui ont trop de cholestérol LDL «camion à ordures» et trop peu de cholestérol HDL «aspirateur» risquent davantage d'avoir une maladie cardiovasculaire.

## Principaux facteurs de risque

### HYPERTENSION<sup>4-6</sup>

Votre tension artérielle indique l'effort que doit faire votre cœur pour pomper le sang dans le corps. Elle est mesurée en millimètres (mm) de mercure (Hg) et représentée par deux nombres, par exemple « 135 sur 85 ».



Le nombre le plus élevé, 135, indique la **tension systolique**, c'est-à-dire la tension dans les vaisseaux sanguins au moment où le cœur bat.

Le nombre le moins élevé, 85, indique la **tension diastolique**, c'est-à-dire la tension dans les vaisseaux sanguins lorsque le cœur est au repos (entre les battements).

Une tension artérielle de « 129 sur 84 » ou moins est idéale, alors qu'une tension de « 140 sur 90 » ou plus est élevée. Chez les diabétiques, la tension artérielle idéale est de « 130 sur 80 » ou moins. Les tableaux suivants donnent des exemples de tension artérielle élevée, normale-élevée et idéale.

Systolique	Diastolique
ÉLEVÉE 140 ou plus	ÉLEVÉE 90 ou plus
NORMALE-ÉLEVÉE 130 à 139	NORMALE-ÉLEVÉE 85 à 89
IDÉALE 129 ou moins	IDÉALE 84 ou moins

La tension artérielle change de temps à autre. Pour déterminer si vous faites de l'hypertension, le médecin doit vérifier votre tension artérielle au cours de trois à cinq visites.

Vous faites de l'hypertension si l'un ou l'autre des deux nombres indiquant votre tension artérielle dépasse la valeur idéale pendant plusieurs visites.

## Principaux facteurs de risque

### MANQUE D'EXERCICE OU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Le manque d'exercice ou d'activité physique peut augmenter le risque de faire de l'hypertension, d'avoir un niveau inadéquat de cholestérol et d'augmenter le sucre dans le sang. Trop de sucre dans le sang peut causer le diabète.



### TABAGISME



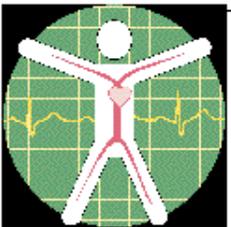
Le tabagisme accroît le risque de maladie cardiovasculaire, de même que le risque de cancer du poumon et d'autres cancers. Le tabagisme cause en outre des maladies pulmonaires chroniques comme la bronchite chronique.

### EXCÈS DE POIDS OU OBÉSITÉ

Un excès de poids peut causer de l'hypertension, des niveaux inadéquats de cholestérol, du diabète et des maladies cardiovasculaires. Si votre poids dépasse de plus de 20 % le poids idéal, vous êtes obèse.



Si, par exemple, vous mesurez entre 5 pi 3 po et 5 pi 5 po, votre poids idéal serait d'environ 132 lbs (60 kg). Si, en réalité, vous pesez 158 lbs (72 kg), vous êtes obèse.



### Stress

Le stress peut entraîner un risque accru de maladie cardiovasculaire.

## Options de traitement

Vous pouvez faire certains choix pour réduire votre risque de maladie cardiovasculaire. Vous pouvez décider de modifier certaines habitudes de vie ou de prendre des médicaments.

Les choix concernant les habitudes de vie sont les suivants :



- adopter un régime alimentaire sain
- faire plus d'exercice ou d'activité physique
- ne pas fumer ou cesser de fumer
- atteindre ou maintenir un poids-santé
- maîtriser le stress dans votre vie

Si les changements de vos habitudes de vie ne donnent pas les résultats attendus, vous pouvez prendre des médicaments pour mieux contrôler votre niveau de cholestérol ou votre tension artérielle.



## Options concernant les habitudes de vie

### Votre régime alimentaire sain<sup>7-23</sup>

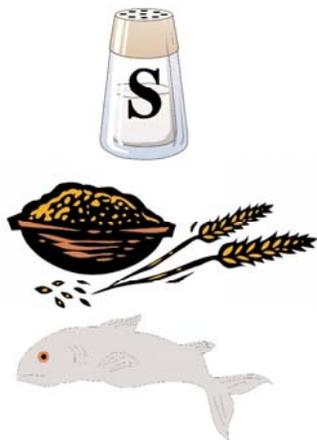
Un régime alimentaire sain est :

- faible en gras et en cholestérol
- faible en sel
- riche en fibres alimentaires comme celles contenues dans le son, les légumes et les fruits
- riche en acides gras oméga-3 contenus dans les aliments comme les poissons d'eau froide ou les capsules d'huile de poisson
- faible en alcool

Un régime alimentaire sain réduit :

- le cholestérol LDL de 5 %
- la tension artérielle de 5 à 9 mm Hg
- le risque de faire une crise cardiaque
- le risque d'avoir un accident vasculaire cérébral

Prenez le temps d'examiner le tableau de la page suivante et cochez (✓) toutes les options que vous avez déjà essayées...



## Options concernant les habitudes de vie

OBJECTIF	OPTIONS
Réduire les matières grasses et le cholestérol	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Consommer des portions de viande plus petites (de la taille de la paume de la main environ) et manger davantage de repas sans viande.</li> <li><input type="checkbox"/> Choisir des viandes plus maigres (comme la volaille ou le poisson) et enlever le gras de la viande avant la cuisson.</li> <li><input type="checkbox"/> Choisir des produits laitiers faibles en gras comme le lait écrémé ou le lait à 1 %, le fromage cottage et le yogourt à 1 % de matières grasses.</li> <li><input type="checkbox"/> Pour la cuisson, utiliser peu ou pas de matières grasses ou employer de petites quantités d'huile végétale telle que l'huile d'olive, de canola, de maïs, de tournesol, de carthame et d'arachide.</li> <li><input type="checkbox"/> Éviter les produits de boulangerie achetés au magasin comme les croissants, les muffins et les beignes.</li> </ul>
Réduire le sel	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Limiter l'utilisation de sel dans la cuisson.</li> <li><input type="checkbox"/> Limiter la consommation de sel à table.</li> <li><input type="checkbox"/> Éviter les aliments salés.</li> <li><input type="checkbox"/> Préférer les aliments frais ou congelés aux produits pré-cuits ou en conserve.</li> <li><input type="checkbox"/> Éviter les aliments et les sauces pré-emballés qui contiennent du gras et du sel.</li> <li><input type="checkbox"/> Lire les étiquettes sur les aliments pour se renseigner sur la quantité de gras et de sel utilisée.</li> <li><input type="checkbox"/> Remplacer le sel par d'autres assaisonnements comme les fines herbes, les épices, le jus de citron et l'ail.</li> </ul>

## Options concernant les habitudes de vie

OBJECTIF	OPTIONS
Augmenter la consommation de fibres	<input type="checkbox"/> Consommer de 5 à 10 portions de fruits et de légumes par jour. <input type="checkbox"/> Consommer de 5 à 10 portions de céréales par jour telles que l'avoine, l'orge, le riz brun, le sarrasin et le blé entier.
Augmenter la consommation d'acides gras oméga-3	<input type="checkbox"/> Inclure de 2 à 3 repas par semaine de poisson d'eau froide riche en gras tels que le saumon ou le thon. <input type="checkbox"/> Ajouter des graines de lin moulues dans les céréales, les pâtisseries, les plats mijotés... <input type="checkbox"/> Consommer des légumes verts en feuilles, des fèves de soja et des noix.
Réduire la consommation d'alcool	<p>Une trop grande consommation d'alcool peut augmenter la tension artérielle et le risque de maladie cardiovasculaire.</p> <input type="checkbox"/> <b>Les hommes</b> : Ne pas consommer plus de deux bouteilles de bière, deux verres de vin ou deux onces de spiritueux (rye, gin, whisky, vodka) par jour. <input type="checkbox"/> <b>Les femmes</b> : Ne pas consommer plus d'une bouteille de bière, un verre de vin ou une once de spiritueux par jour.

## Options concernant les habitudes de vie

Votre niveau d'exercice ou d'activité physique<sup>15, 24, 29-39</sup>

Vous devriez faire régulièrement de l'exercice physique d'intensité moyenne, ce qui permettra :

- de réduire de 4 % votre cholestérol LDL, par exemple de 5,6 à 5,3
- d'augmenter de 5 % votre cholestérol HDL
- de réduire votre tension artérielle de 5 à 7 mm Hg
- de réduire votre risque de maladie cardiovasculaire



Il existe de nombreuses façons de faire plus d'activité physique. Certaines activités demandent plus d'efforts que d'autres et auront des effets différents, comme le montre le tableau de la page suivante.

## Options concernant les habitudes de vie

Dans ce tableau, cochez (✓) toutes les activités que vous aimez pratiquer.

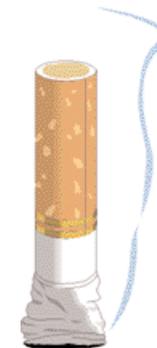
NIVEAU D'EFFORT	ACTIVITÉS	EFFET
Effort léger 60 minutes par jour	<input type="checkbox"/> Marche détendue <input type="checkbox"/> Volley-ball <input type="checkbox"/> Jardinage léger <input type="checkbox"/> Étirements	Vous aide à : <ul style="list-style-type: none"> <li>● perdre du poids et maintenir un poids santé</li> </ul>
Effort moyen 50 à 60 minutes 3 à 4 fois par semaine	<input type="checkbox"/> Marche rapide <input type="checkbox"/> Bicyclette <input type="checkbox"/> Ramassage des feuilles <input type="checkbox"/> Natation <input type="checkbox"/> Danse <input type="checkbox"/> Conditionnement physique en piscine	Vous aide à : <ul style="list-style-type: none"> <li>● perdre du poids et maintenir un poids santé</li> <li>● réduire la tension artérielle</li> <li>● réduire le LDL</li> <li>● augmenter le HDL</li> </ul>
Effort intensif 20 à 30 minutes 3 fois par semaine	<input type="checkbox"/> Aérobie <input type="checkbox"/> Jogging <input type="checkbox"/> Hockey <input type="checkbox"/> Basket-ball <input type="checkbox"/> Nage rapide <input type="checkbox"/> Danse rapide	Vous aide à : <ul style="list-style-type: none"> <li>● perdre du poids et maintenir un poids santé</li> <li>● réduire le LDL</li> <li>● augmenter le HDL</li> </ul>

La pratique d'un exercice demandant un effort moyen pendant 50 à 60 minutes, 3 à 4 fois par semaine, contribuera à réduire votre risque de maladie cardiovasculaire.

## Options concernant les habitudes de vie

### Votre habitude de fumer<sup>40-45</sup>

Cesser de fumer permet de réduire votre risque de maladie cardiovasculaire. Ce n'est toutefois pas facile. Parmi les fumeurs qui tentent d'arrêter de fumer par leurs propres moyens, seulement 10 % continueront à ne pas fumer 6 à 12 mois plus tard. C'est pourquoi il existe différents moyens d'aider les fumeurs à cesser de fumer.



Le tableau de la page suivante présente différentes méthodes pour vous aider à cesser de fumer. Les chiffres indiquent combien de personnes sur 100 sont toujours non-fumeurs après 6 à 12 mois pour chaque méthode.

Si vous avez tenté de cesser de fumer, cochez (✓) les méthodes que vous avez essayées pour y parvenir.



## Options concernant les habitudes de vie

MÉTHODES	NON-FUMEURS APRÈS 6 À 12 MOIS
<input type="checkbox"/> <b>Sans aucune aide</b>	10 sur 100
<input type="checkbox"/> <b>Acupuncture</b> Aiguilles insérées dans la peau	Efficacité à long terme non démontrée
<input type="checkbox"/> <b>Hypnose</b> Permet aux patients de se concentrer profondément, ce qui peut les amener à modifier leur opinion sur l'usage du tabac	Efficacité à long terme non démontrée
<input type="checkbox"/> <b>Groupe de soutien</b> Offre des trucs et des conseils ainsi que le soutien des autres membres du groupe	14 sur 100
<input type="checkbox"/> <b>Consultation individuelle</b> Rencontres avec un conseiller spécialisé dans l'arrêt du tabagisme	14 sur 100
<input type="checkbox"/> <b>Timbres à la nicotine</b> Nicotine absorbée par la peau	16 sur 100
<input type="checkbox"/> <b>Gommes à la nicotine</b> Nicotine absorbée par la bouche	18 sur 100
<input type="checkbox"/> <b>Bupropion (Zyban)</b> Médicament antidépresseur pris par la bouche	20 sur 100
<input type="checkbox"/> <b>Timbres à la nicotine et bupropion</b>	26 sur 100

La plupart de ces méthodes n'exigent pas d'ordonnance du médecin. Pour de plus amples renseignements, informez-vous auprès de votre pharmacien.

## Options concernant les habitudes de vie

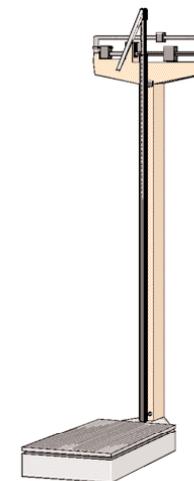
### Votre poids santé<sup>15, 25-28</sup>

L'obésité est liée à de nombreux problèmes de santé. Cependant, la perte de seulement 10 livres (4,5 kg) peut :

- réduire votre LDL de 3 %. Ceci signifie que votre LDL pourrait baisser de 5,6 à 5,4.
- augmenter votre HDL de 4 %. Ceci signifie que votre HDL pourrait monter de 1,00 à 1,04.
- abaisser votre tension artérielle de 7 à 12 mm Hg.



Le tableau de la page suivante énumère les moyens possibles de perdre du poids.





## Options concernant les habitudes de vie

Si vous avez déjà essayé de réduire le stress dans votre vie, cochez (✓) les méthodes que vous avez essayées...

MÉTHODES	EFFETS SUR LA TENSION ARTÉRIELLE
<input type="checkbox"/> <b>Utiliser une des méthodes suivantes :</b> biofeedback, méditation, relaxation	Il n'est pas établi clairement si ces méthodes aident à réduire le stress
<input type="checkbox"/> <b>Utiliser plus d'une des méthodes suivantes pour réduire le stress :</b> combinaison de biofeedback, méditation et relaxation	Peut abaisser la tension artérielle de 7 à 10 mm Hg
<input type="checkbox"/> <b>Consultation individuelle pour mieux comprendre et apprendre sur :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● causes du stress et réactions à celui-ci</li><li>● aptitudes à communiquer</li><li>● capacité de résoudre les problèmes</li><li>● gestion des émotions négatives</li><li>● relaxation et exercice</li></ul>	Peut abaisser la tension artérielle de 9 à 15 mm Hg

Le consultation individuelle ou la combinaison d'au moins deux méthodes comme le biofeedback, la méditation et la relaxation peuvent abaisser la tension artérielle.

## Options concernant les médicaments

Les médicaments ne sont pas conçus pour remplacer des habitudes de vie saines. Aucun médicament ne peut guérir un niveau de cholestérol élevé ou l'hypertension. Les médicaments peuvent toutefois contribuer à réduire votre risque de maladie cardiovasculaire lorsque le changement des habitudes de vie ne réussit pas à ramener le niveau de cholestérol ou la tension artérielle à un niveau sain.

### Médicaments utilisés pour abaisser le niveau de cholestérol<sup>47-57</sup>

Les médicaments pour le cholestérol aident à contrôler le niveau de cholestérol dans le sang. Chacun de ces médicaments exerce un effet différent sur le LDL et le HDL. Ils sont utiles seulement si vous les prenez régulièrement pour le reste de votre vie.



Tous les médicaments peuvent causer des effets secondaires et leur efficacité varie selon les personnes. Il se pourrait donc que vous deviez essayer plus d'un médicament pour trouver celui qui vous convient.

Il existe quatre grandes classes de médicaments sur le marché :

- les résines
- la niacine
- les fibrates
- les statines

Le tableau de la page suivante résume les recherches sur les effets de chacune des classes de médicaments. La première colonne indique le nom des médicaments. La deuxième indique la classe de médicament. La troisième énumère les effets secondaires des médicaments. La quatrième montre l'effet que le médicament peut avoir sur le LDL et le HDL.

## Options concernant les médicaments

NOM DU MÉDICAMENT	CLASSE DE MÉDICAMENT	REMARQUES ET EFFETS SECONDAIRES	EFFETS SUR LE CHOLESTÉROL
Cholestyramine, Colestipol	Résines	Désagréable à prendre, mais sans danger à long terme puisque le corps ne l'absorbe pas. Peut causer des ballonnements, des gaz, des nausées, une impression de constipation.	abaisse le LDL de 15 à 25 %  augmente le HDL de 0 à 5 %
	Niacine	Les gens cessent souvent de la prendre à cause des effets secondaires possibles, notamment : sensation de chaleur au visage et sur le corps (diminue habituellement après deux semaines et si pris avec de la nourriture), démangeaisons, éruption cutanée (rash), nausée.	abaisse le LDL de 20 %  augmente le HDL de 20 à 40 %
Bezafibrate, Fénofibrate, Gemfibrozil	Fibrates	Les effets secondaires possibles sont légers et peu fréquents. Ils peuvent inclure les dérangements d'estomac et les douleurs musculaires. Peut affecter le foie.	abaisse le LDL de 10 à 20 %  augmente le HDL de 0 à 30 %
Atorvastatine, Fluvastatine, Lovastatine, Pravastatine, Rosuvastatine, Simvastatine	Statines	Les effets secondaires sont légers et touchent seulement certains patients. Les effets à long terme, s'il y en a, sont mal connus. Les effets secondaires les plus fréquents sont les dérangements d'estomac, les gaz, les ballonnements ou les crampes musculaires. Peut affecter le foie.	abaisse le LDL de 20 à 60 %  augmente le HDL de 5 à 10 %

## Options concernant les médicaments

### Médicaments pour abaisser la tension artérielle<sup>58-66</sup>

Après avoir consulté votre médecin, il est possible que vous décidiez de prendre un médicament pour abaisser votre tension artérielle. Il existe plusieurs médicaments pour traiter la tension artérielle, mais le choix du médicament à prendre se fonde souvent sur deux facteurs. Le premier facteur est l'état de santé de la personne à traiter. Le deuxième facteur est sa capacité de tolérer les effets secondaires d'un médicament spécifique.



Les médicaments pour abaisser la tension artérielle peuvent réduire la tension systolique d'environ 7 à 15 mm Hg et la tension diastolique de 5 à 10 mm Hg. Par conséquent, si votre tension systolique est actuellement de 140, un de ces médicaments pourrait la diminuer à 125-133. Si votre tension diastolique est actuellement de 90, elle pourrait être diminuée à 80-85 une fois traitée. Certaines personnes doivent prendre plus d'un médicament pour y parvenir.

Les médicaments les plus fréquemment utilisés sont décrits dans le tableau de la page suivante. Il en existe aussi d'autres sur le marché pour abaisser la tension artérielle.

En moyenne, la prise d'un médicament peut abaisser la tension systolique d'environ 7 à 15 mm Hg et la tension diastolique de 5 à 10 mm Hg.<sup>59</sup>

## Options concernant les médicaments

NOM DU MÉDICAMENT	CLASSE DE MÉDICAMENT	EFFETS SECONDAIRES	EFFETS SUR LA TENSION ARTÉRIELLE
Amiloride, Bumétanide, Chlorthalidone, Hydrochlorothiazide, Indapamide, Métolazone, Triamtérène, Spironolactone	Diurétiques	Fatigue, maux de tête, éruption cutanée (rash), sensibilité au soleil, nausée	abaisse la tension systolique de 7 à 15 mm Hg  abaisse la tension diastolique de 5 à 10 mm Hg
Acébutolol, Aténolol, Exprénolol, Labétalol, Métoprolol, Nadolol, Pindolol, Propanolol, Timolol	Bêtabloquants	Fatigue, pouls lent, changement du cycle du sommeil, peut empirer les problèmes respiratoires	mêmes effets que ci-dessus
Benazépril, Captopril, Cilazapril, Fosinopril, Lisinopril, Losartan, Nalapril, Perindopril, Quinapril, Ramipril	Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA)	Fatigue, toux sèche, étourdissements	mêmes effets que ci-dessus
Candesartan, Irbesartan, Losartan, Telmisartan, Valsartan	Bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine II	Fatigue, étourdissements	mêmes effets que ci-dessus
Amlodipine, Diltiazem, Féلودipine, Nicardipine, Nifédipine, Vérapamil	Inhibiteurs des canaux calciques	Fatigue, enflure des chevilles, maux de tête, pouls lent, sensation de constipation (avec Vérapamil)	mêmes effets que ci-dessus

## Quatre étapes pour réduire votre risque



Il est maintenant temps d'utiliser l'information que vous avez apprise pour trouver une solution qui vous conviendra.

Allez à la page suivante pour connaître les 4 étapes qui peuvent réduire votre risque.

## Quatre étapes pour réduire votre risque

À ce livret, nous avons annexé une feuille de travail personnelle qui pourra vous aider à décider quels sont les meilleurs choix à faire pour réduire votre risque de maladie cardiovasculaire. Cette feuille de travail personnelle vous aidera à :

- évaluer votre propre risque de maladie cardiovasculaire
- réfléchir au sujet des options de traitement qui peuvent réduire votre risque
- faire votre plan d'action
- suivre l'évolution de votre risque avec votre professionnel de la santé



## Quatre étapes pour réduire votre risque

La feuille de travail personnelle comporte quatre étapes :

**L'étape 1** vous permet d'identifier vos facteurs de risque de maladie cardiovasculaire et d'estimer votre risque d'avoir une crise cardiaque.

**L'étape 2** expose les avantages éventuels que pourraient apporter certains changements de vos habitudes de vie et la prise de médicaments sur votre cholestérol LDL et HDL. Cette étape vous indique aussi dans quelle mesure ces changements pourraient réduire votre risque actuel de crise cardiaque.

**L'étape 3** sert à établir un plan d'action, c'est-à-dire à dresser la liste des changements que vous envisagez faire au cours des trois prochains mois.

Enfin, **l'étape 4** vous aide à évaluer périodiquement vos progrès avec votre professionnel de la santé.

Afin de vous guider dans l'utilisation de la feuille de travail personnelle, nous utiliserons l'exemple de Marie et de Pierre. Ils se sont servis de cette feuille pour choisir les options de traitement qui leur conviennent pour réduire leur risque de crise cardiaque. Il serait peut-être bon que vous ayez votre feuille en main pour suivre les explications.

## Exemple de Marie

Marie est une femme de 53 ans qui n'a jamais eu de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral. Elle a essayé de réduire son cholestérol LDL en suivant un régime faible en gras et en cholestérol mais, trois mois plus tard, son LDL reste élevé.



### Étape 1 : Risque de Marie de faire une crise cardiaque

	OUI	NON
Cholestérol anormal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tabagisme	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque d'exercice	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Excès de poids ou obésité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Comme on le voit à l'étape 1 de sa fiche, Marie présente deux facteurs de risque qu'il est possible d'améliorer. Elle a un niveau anormal de cholestérol parce que son HDL est un peu bas (1,15) et que son LDL est élevé (4,8). De plus, elle fume.

L'estimation du risque de Marie d'avoir une crise cardiaque est de 3 %. Cela signifie que, si on suivait 100 personnes ayant le même risque que Marie au cours des dix prochaines années, **3** personnes en moyenne, auraient une crise cardiaque et **97** n'en auraient pas.



Son risque de développer un problème cardiaque au cours des dix prochaines années est faible (moins de 10 %).

## Exemple de Marie

### Étape 2 : Avantages possibles des options de traitement

Marie pourrait réduire son risque d'avoir une crise cardiaque en cessant de fumer et en améliorant son niveau de cholestérol. Le tableau ci-dessous montre l'efficacité qu'aurait chacun de ces changements.

Options de traitement	Cholestérol LDL (mauvais cholestérol)	Cholestérol HDL (bon cholestérol)
<input checked="" type="checkbox"/> Pas de changement	4,8	1,15
<input type="checkbox"/> Régime alimentaire équilibré		
<input type="checkbox"/> Activité physique		
<input checked="" type="checkbox"/> Cesser de fumer		1,31
<input type="checkbox"/> Perdre du poids (10 lbs ou 4,5 kg)		
<input checked="" type="checkbox"/> Prendre un médicament pour le cholestérol	2,9	1,27

En cessant de fumer, Marie pourrait augmenter son HDL. La prise d'un médicament pour le cholestérol abaisserait son LDL.



## Exemple de Pierre

Pierre est un homme de 63 ans qui a déjà eu une crise cardiaque. Il fait aussi de l'hypertension.

### Étape 1 : Risque de Pierre de faire une crise cardiaque

	OUI	NON
Cholestérol anormal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabagisme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Manque d'exercice	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Excès de poids ou obésité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



À l'étape 1 de sa feuille de travail personnelle, Pierre constate qu'il présente trois facteurs de risque susceptibles d'être améliorés. Il a un niveau anormal de cholestérol parce que son LDL est élevé (3,2). Son HDL est de 1,4, ce qui est satisfaisant. Il prend déjà des médicaments pour la tension artérielle. Sa tension est de « 168 sur 92 ». Il a également un excès de poids. Pierre pèse environ 220 livres, alors qu'idéalement, il devrait peser entre 150 et 180 livres.

Pierre a un risque élevé (20 % ou plus) de faire une autre crise cardiaque.

## Exemple de Pierre

### Étape 2 : Avantages possibles des options de traitement

Pierre pourrait réduire son risque d'avoir une autre crise cardiaque en abaissant sa tension artérielle. Il pourrait également changer ses habitudes de vie ou prendre un médicament pour le cholestérol. Le tableau montre l'efficacité de chacune de ces options.

Options de traitement	Cholestérol LDL (mauvais cholestérol)	Cholestérol HDL (bon cholestérol)
<input checked="" type="checkbox"/> Pas de changement	3,2	1,4
<input checked="" type="checkbox"/> Régime alimentaire équilibré	3,0	
<input checked="" type="checkbox"/> Activité physique	3,1	1,5
<input type="checkbox"/> Cesser de fumer		
<input checked="" type="checkbox"/> Perdre du poids (10 lbs ou 4,5 kg)	3,1	1,5
<input checked="" type="checkbox"/> Prendre un médicament pour le cholestérol	1,9	1,5

Pierre constate que prendre un médicament pour le cholestérol lui permettrait de réduire de manière importante son cholestérol LDL (mauvais cholestérol).

### Étape 3 : Plan d'action de Pierre

Pierre a discuté avec son médecin et son pharmacien des avantages et des inconvénients des différentes options de traitement. À l'étape 3 de sa feuille de travail personnelle, il coche les options de traitement qu'il aimerait essayer au cours des trois prochains mois. Il décide de commencer à prendre des médicaments pour abaisser son cholestérol. Il croit qu'il pourrait également améliorer sa tension artérielle, son cholestérol et perdre du poids en faisant plus d'exercice. Son cardiologue lui suggère un programme d'exercices supervisés conçu pour les personnes qui ont déjà eu une crise cardiaque.

### Étape 4 : Progrès de Pierre

Après trois mois, Pierre retourne voir son pharmacien pour évaluer ses progrès. Il a commencé à prendre un médicament pour abaisser son cholestérol. Il surveille son régime alimentaire et a commencé le programme d'exercices supervisés. Il a perdu dix livres et sa tension artérielle a baissé à « 158 sur 88 ».

Son LDL est maintenant de 2,8 et son HDL est demeuré inchangé. Pierre n'a pas eu d'effet secondaire de son médicament pour le cholestérol. Idéalement, son LDL devrait être de 2,5 ou moins. Ainsi, afin de réduire davantage son LDL, il accepte la suggestion de son pharmacien d'augmenter la dose de son médicament pour le cholestérol. Dans six semaines, une autre prise de sang lui permettra de vérifier si son cholestérol a atteint le niveau idéal de 2,5 ou moins.

Pierre aimerait réduire encore plus ce risque. Il projette de se renseigner sur les techniques de méditation et de relaxation qui pourraient réduire son stress.



**C'est maintenant à votre tour de remplir votre feuille de travail personnelle. Bonne chance dans votre prise de décision !**

## Tableau sommaire

Les tableaux suivants résument les renseignements fournis précédemment à propos des différents médicaments et des changements des habitudes de vie.

Dans ces tableaux, la flèche ↑ signifie « augmenter », tandis que la flèche ↓ veut dire « abaisser ».

OPTIONS CONCERNANT LES HABITUDES DE VIE				
	LDL	HDL	Tension artérielle	
			Systolique	Diastolique
<b>Adopter un régime alimentaire équilibré</b>	↓ 5 %		↓ 9 mm Hg	↓ 5 mm Hg
<b>Augmenter l'exercice</b>	↓ 4 %	↑ 5 %	↓ 5 à 7 mm Hg	↓ 5 à 7 mm Hg
<b>Cesser de fumer</b>		↑ 14 %		
<b>Perdre du poids (10 lbs ou 4,5 kg)</b>	↓ 3 %	↑ 4 %	↓ 7 à 12 mm Hg	↓ 7 à 12 mm Hg
<b>Réduire le stress</b>				
<b>Références</b>	7, 25, 28	25, 28, 40-42	8, 20, 26, 29	8, 20, 26, 29

## Tableau sommaire

MÉDICAMENTS DESTINÉS À CONTRÔLER LE CHOLESTÉROL				
	LDL	HDL	Tension artérielle	
			Systolique	Diastolique
<b>Résines</b>	↓ 15 à 25 %	↑ 0 à 5 %		
<b>Niacine</b>	↓ 20 %	↑ 20 à 40 %		
<b>Fibrates</b>	↓ 10 à 20 %	↑ 0 à 30 %		
<b>Statines</b>	↓ 20 à 60 %	↑ 5 à 10 %		
MÉDICAMENTS POUR RÉDUIRE LA TENSION ARTÉRIELLE				
<b>Diurétiques</b>			↓ 7 à 15 mm Hg	↓ 5 à 10 mm Hg
<b>Bêtabloquants</b>			↓ 7 à 15 mm Hg	↓ 5 à 10 mm Hg
<b>Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine</b>			↓ 7 à 15 mm Hg	↓ 5 à 10 mm Hg
<b>Bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine II</b>			↓ 7 à 15 mm Hg	↓ 5 à 10 mm Hg
<b>Inhibiteurs calciques</b>			↓ 7 à 15 mm Hg	↓ 5 à 10 mm Hg
<b>Références</b>	47, 50-51, 53	45-47, 51, 53, 55	57-61, 63-65	57-61, 63-65

### **Abandon du tabagisme :**

Association pulmonaire du Québec

Tél. : 1 (888) poumon-9

<http://www.pq.lung.ca>

Description : consultation gratuite avec une infirmière tous les jours, entre 13 h et 20 h

Société canadienne du cancer

Tél. : 1 (888) 939-3333

<http://www.cancer.ca>

Description : dépliant gratuit sur l'abandon du tabagisme

Centre d'abandon du tabac

Hôpital Notre-Dame

Tél. : (514) 890-8000 poste 23761

Description : consultation et suivi médical

Nicotine anonyme

Tél. : (514) 849-0131

<http://www.nicotine-anonymous.org>

Description : groupe d'entraide pour les personnes qui désirent cesser de fumer

Votre guide vers un avenir sans tabac

Faire la demande au numéro de télécopieur : (613) 567-2730

ou au Conseil canadien sur le tabagisme et la santé

170, avenue Laurier Ouest, Bureau 1000

Ottawa (Ontario) K1P 5V5

Ordre des acupuncteurs du Québec

Tél. : (514) 523-2882

Association des hypnologues du Québec

Tél. : (514) 939-3780

### **Exercice :**

Guide d'activité physique canadien

Tél. : 1 (888) 334-9769

<http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/guideap/index.html>

### **Nutrition :**

Guide alimentaire canadien pour manger sainement

Tél. : (613) 954-5995

Les diététistes du Canada

480, avenue University, Bureau 604

Toronto (Ontario) M5G 1V2

Tél. : (416) 596-0857

Adresse Internet: <http://www.dietitians.ca>

### **Consultation pour réduire le stress :**

Ordre des psychologues du Québec

1100, avenue Beaumont, bureau 510

Mont-Royal (Québec) H3P 3H5

Tél. : (514) 738-1223

**Accident vasculaire cérébral (AVC) :** Dommage causé à une partie du cerveau par l'interruption de la circulation ou de l'écoulement de sang à travers les parois des vaisseaux sanguins. L'AVC entraîne une détérioration de la sensation, du mouvement ou de la fonction contrôlée par le secteur du cerveau qui a subi les dommages. Les accidents vasculaires cérébraux peuvent être mortels.

**Accident ischémique transitoire :** Brève interruption de la circulation de sang dans une partie du cerveau, causant une détérioration temporaire de la vue, de la parole, de la sensation ou du mouvement.

**Acupuncture :** Insertion de fines aiguilles dans la peau à des points précis du corps afin d'équilibrer l'énergie dans le corps. L'acupuncteur peut faire pivoter ou chauffer légèrement les aiguilles.

**Angine :** Douleur thoracique causée par le manque d'alimentation du cœur en oxygène.

**Bêtabloquants :** Médicaments qui réduisent la tension artérielle en ralentissant le rythme cardiaque et en diminuant la force des contractions du muscle cardiaque.

**Biofeedback :** Technique par laquelle on apprend à contrôler les fonctions du corps telles que la tension artérielle, qui sont normalement indépendantes de notre volonté.

**Bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine II :** Diminuent la constriction des vaisseaux sanguins, ce qui facilite l'écoulement du sang, réduit la **tension artérielle** et augmente l'élimination de l'eau et du sel par les reins.

**Cholestérol HDL :** Lipoprotéine de haute densité appelée « bon cholestérol » parce qu'elle favorise l'élimination du cholestérol présent dans le sang et, par conséquent, l'élargissement des artères. Les personnes qui ont un faible niveau de HDL ou de bon cholestérol présentent un risque plus élevé de **maladie cardiovasculaire**.

**Cholestérol LDL :** Lipoprotéine de faible densité appelée « mauvais cholestérol » parce qu'elle favorise le dépôt de cholestérol sur les parois des artères et cause leur rétrécissement. Les personnes qui ont un niveau élevé de LDL ou de mauvais cholestérol présentent un risque plus élevé de **maladie cardiovasculaire**.

**Cholestérol sanguin :** Composante essentielle transportée dans le corps par les lipoprotéines. Il existe trois sortes de cholestérol sanguin : le **cholestérol LDL**, le **cholestérol HDL** et les **triglycérides**.

**Consultation :** Conseils et soutien psychologique fournis par un professionnel de la santé pour aider une personne à faire face à un problème particulier.

**Consultation individuelle :** Par exemple, rencontres régulières avec un conseiller spécialisé afin d'aider à parler des causes de votre stress et à gérer celui-ci en améliorant l'aptitude à communiquer, de même qu'en apprenant à résoudre les problèmes et à gérer les émotions négatives par la relaxation et l'exercice.

**Crise cardiaque (infarctus) :** Destruction soudaine d'une partie du muscle cardiaque causant une douleur aiguë et continue.

**Diurétiques :** Groupe de médicaments qui aident à éliminer l'excès d'eau dans le corps en stimulant la production accrue d'urine par les reins.

**Fibrates :** Médicaments utilisés en plus du changement des habitudes de vie pour réduire les **triglycérides** et augmenter le **cholestérol HDL**.

**Inhibiteurs calciques :** Médicaments qui agissent sur les muscles du cœur. Ils réduisent les efforts déployés par le cœur pour pomper le sang, diminuent la pression causée par la circulation du sang dans le corps et améliorent la circulation du sang dans le muscle cardiaque.

**Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) :** Médicaments qui diminuent la constriction des vaisseaux sanguins, ce qui facilite l'écoulement du sang et réduit la tension artérielle.

**Lipoprotéines :** Particules qui transportent le cholestérol et les matières grasses dans le corps.

**Maladie cardiovasculaire** : Rétrécissement des artères du cœur à l'origine de l'**angine** et de la **crise cardiaque** et rétrécissement des artères du cerveau à l'origine de l'**accident vasculaire cérébral** et de l'**accident ischémique transitoire**.

**Méditation** : Technique qui demande de se concentrer sur un objet, un mot ou une idée dans le but de modifier son humeur.

**Niacine** : Médicament utilisé en plus du changement des habitudes de vie pour augmenter le **cholestérol HDL** ou réduire les **triglycérides**. Peut être utilisée seule ou en combinaison avec d'autres médicaments.

**Relaxation** : Méthode visant à réduire consciemment la tension des muscles pour aider une personne à être plus calme.

**Résines** : Médicaments utilisés en plus du changement des habitudes de vie pour réduire le **cholestérol LDL**. On les utilise le plus souvent en combinaison avec d'autres médicaments destinés à traiter le **cholestérol**.

**Statines** : Médicaments utilisés en plus du changement des habitudes de vie pour réduire le **cholestérol LDL**. Les statines peuvent être utilisées seules ou en combinaison avec d'autres médicaments destinés à traiter le **cholestérol**.

**Tension artérielle** : Mesure qui permet de déterminer la force que le cœur doit déployer pour pomper le sang dans le corps. La **tension artérielle** se mesure en millimètres (mm) de mercure (Hg) et elle est représentée par deux nombres, par exemple « 135 sur 85 ». Le nombre le plus élevé correspond à la tension systolique, tandis que le nombre le plus bas indique la tension diastolique.

**Tension diastolique** : Nombre le plus bas dans la mesure de la **tension artérielle**. Il s'agit de la pression du sang dans les vaisseaux sanguins quand le cœur est au repos (entre les battements).

**Tension systolique** : Nombre le plus élevé dans la mesure de la **tension artérielle**. Il s'agit de la pression du sang dans les vaisseaux sanguins au moment où le cœur bat.

**Triglycérides** : Forme chimique dans laquelle le gras existe le plus souvent dans la nourriture autant que dans le corps. Ils représentent une forme de réserve très importante des acides gras.

1. Nicod P, Gilpin E, Dittrich H, et al. Short- and long-term clinical outcome after Q wave and non-Q wave myocardial infarction in a large patient population. *Circulation* 1989; 79 (3): 528-536.
2. Karlson BW, Herlitz J, Hartford M. Prognosis in myocardial infarction in relation to gender. *Am Heart J* 1994; 128 (3): 477-483.
3. National Institutes of Health, National Heart Lung and Blood Institute. National Cholesterol Education Program. Second report of the expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult treatment panel II). NIH publication 1993; 93-3095 (September): 1-166.
4. National Institutes of Health, National Heart Lung and Blood Institute, National High Blood Pressure Education Program. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. NIH publication 1997; 98-4080 (November): 1-70.
5. Khan NA, McAlister FA, Lewanczuk RZ, et al. The 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: part II - therapy. *Can J Cardiol* 2005; 21 (8): 657-672.
6. The fifth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). *Arch Intern Med* 1993; 153 (2): 154-183.
7. Howell WH, McNamara DJ, Tosca MA, et al. Plasma lipid and lipoprotein responses to dietary fat and cholesterol: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1997; 65 (6): 1747-1764.
8. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med* 2001; 344 (1): 3-10.
9. Hu FB, Rimm EB, Stampfer MJ, et al. Prospective study of major dietary patterns and risk of coronary heart disease in men. *Am J Clin Nutr* 2000; 72 (4): 912-921.
10. Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE, et al. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *N Engl J Med* 2000; 343 (1): 16-22.

## Bibliographie

11. Hu FB, Stampfer MJ, Manson JE, et al. Trends in the incidence of coronary heart disease and changes in diet and lifestyle in women. *N Engl J Med* 2000; 343 (8): 530-537.
12. Liu S, Manson JE, Lee IM, et al. Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease: the Women's Health Study. *Am J Clin Nutr* 2000; 72 (4): 922-928.
13. Liu S, Manson JE, Stampfer MJ, et al. Whole grain consumption and risk of ischemic stroke in women: A prospective study. *JAMA* 2000; 284 (12): 1534-1540.
14. Campbell NR, Ashley MJ, Carruthers SG, et al. Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. 3. Recommendations on alcohol consumption. Canadian Hypertension Society, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, Laboratory Centre for Disease Control at Health Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada. *CMAJ* 1999; 160 (9 Suppl): S13-20.
15. National Institutes of Health, National Heart Lung and Blood Institute, in cooperation with The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. Executive summary. NIH publication 1998; 98-4083 (September): VII-XXVI.
16. Gaziano JM, Buring JE, Breslow JL, et al. Moderate alcohol intake, increased levels of high-density lipoprotein and its subfractions, and decreased risk of myocardial infarction. *N Engl J Med* 1993; 329 (25): 1829-1834.
17. Valmadrid CT, Klein R, Moss SE, et al. Alcohol intake and the risk of coronary heart disease mortality in persons with older-onset diabetes mellitus. *JAMA* 1999; 282 (3): 239-246.
18. Nanchahal K, Ashton WD, Wood DA. Alcohol consumption, metabolic cardiovascular risk factors and hypertension in women. *Int J Epidemiol* 2000; 29 (1): 57-64.
19. Rimm EB, Giovannucci EL, Willett WC, et al. Prospective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men. *Lancet* 1991; 338 (8765): 464-468.
20. Elmer PJ, Grimm R, Jr, Laing B, et al. Lifestyle intervention: results of the Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). *Prev Med* 1995; 24 (4): 378-388.

## Bibliographie

21. The Hypertension Prevention Trial: three-year effects of dietary changes on blood pressure. Hypertension Prevention Trial Research Group. *Arch Intern Med* 1990; 150 (1): 153-162.
22. Stamler R, Stamler J, Grimm R, et al. Nutritional therapy for high blood pressure. Final report of a four-year randomized controlled trial--the Hypertension Control Program. *JAMA* 1987; 257 (11): 1484-1491.
23. Canadian Task Force on Development of The Health Heart Kit. The Healthy Heart Kit: Helping your patients reduce their risks. Ottawa: 1999.
24. Genest J, Frohlich J, Fodor G, et al. Recommendations for the management of dyslipidemia and the prevention of cardiovascular disease: summary of the 2003 update. *CMAJ* 2003; 169 (9): 921-924.
25. Douketis JD, Feightner JW, Attia J, et al. Periodic health examination, 1999 update: 1. Detection, prevention and treatment of obesity. Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 1999; 160 (4): 513-525.
26. Dattilo AM, Kris-Etherton PM. Effects of weight reduction on blood lipids and lipoproteins: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1992; 56 (2): 320-328.
27. Leiter LA, Abbott D, Campbell NR, et al. Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. 2. Recommendations on obesity and weight loss. Canadian Hypertension Society, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, Laboratory Centre for Disease Control at Health Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada. *CMAJ* 1999; 160 (9 Suppl): S7-12.
28. Wassertheil-Smoller S, Blaufox MD, Oberman AS, et al. The Trial of Antihypertensive Interventions and Management (TAIM) study. Adequate weight loss, alone and combined with drug therapy in the treatment of mild hypertension. *Arch Intern Med* 1992; 152 (1): 131-136.
29. Lowensteyn I, Coupal L, Zowall H, et al. The cost-effectiveness of exercise training for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. *J Cardiopulm Rehabil* 2000; 20 (3): 147-155.
30. Cleroux J, Feldman RD, Petrella RJ. Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. 4. Recommendations on physical exercise training. Canadian Hypertension Society, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, Laboratory Centre for Disease Control at Health Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada. *CMAJ* 1999; 160 (9 Suppl): S21-28.

## Bibliographie

31. Arroll B, Beaglehole R. Does physical activity lower blood pressure: a critical review of the clinical trials. *J Clin Epidemiol* 1992; 45 (5): 439-447.
32. Fagard RH. Physical fitness and blood pressure. *J Hypertens Suppl* 1993; 11 (5): S47-52.
33. Manson JE, Hu FB, Rich-Edwards JW, et al. A prospective study of walking as compared with vigorous exercise in the prevention of coronary heart disease in women. *N Engl J Med* 1999; 341 (9): 650-658.
34. Manson JE, Nathan DM, Krolewski AS, et al. A prospective study of exercise and incidence of diabetes among US male physicians. *JAMA* 1992; 268 (1): 63-67.
35. Berlin JA, Colditz GA. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 1990; 132 (4): 612-628.
36. Hu FB, Stampfer MJ, Colditz GA, et al. Physical activity and risk of stroke in women. *JAMA* 2000; 283 (22): 2961-2967.
37. Blair SN, Kohl HW, 3rd, Barlow CE, et al. Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA* 1995; 273 (14): 1093-1098.
38. Lee IM, Hsieh CC, Paffenbarger RS, Jr. Exercise intensity and longevity in men. The Harvard Alumni Health Study. *JAMA* 1995; 273 (15): 1179-1184.
39. Public Health Agency of Canada. Canada's Physical Activity Guide to Healthy Active Living. [En ligne]. Adresse: <http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/guideap/index.html>.
40. The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA* 1996; 275 (16): 1270-1280.
41. Richard F, Marecaux N, Dallongeville J, et al. Effect of smoking cessation on lipoprotein A-I and lipoprotein A-I:A-II levels. *Metabolism* 1997; 46 (6): 711-715.

## Bibliographie

42. Eliasson B, Attvall S, Taskinen MR, et al. Smoking cessation improves insulin sensitivity in healthy middle-aged men. *Eur J Clin Invest* 1997; 27 (5): 450-456.
43. Burnette MM, Meilahn E, Wing RR, et al. Smoking cessation, weight gain, and changes in cardiovascular risk factors during menopause: the Healthy Women Study. *Am J Public Health* 1998; 88 (1): 93-96.
44. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340 (9): 685-691.
45. Cochrane review on smoking. From : Sigaly: The Cochrane Library, Volume (Issue 4), 2000. Copyright 2000 Ovid Technologies, Inc. Version rel4.2.0, Source ID: 1.4668.1.261.
46. Spence JD, Barnett PA, Linden W, et al. Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. 7. Recommendations on stress management. Canadian Hypertension Society, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, Laboratory Centre for Disease Control at Health Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada. *CMAJ* 1999; 160 (9 Suppl): S46-50.
47. Jones P, Kafonek S, Laurora I, et al. Comparative dose efficacy study of Atorvastatin versus Simvastatin, Pravastatin, Lovastatin, and Fluvastatin in patients with hypercholesterolemia (The CURVES Study). *Am J Cardiol* 1998; 81: 582-587.
48. Schectman G, Hiatt J. Dose-response characteristics of cholesterol-lowering drug therapies: implications for treatment. *Ann Intern Med* 1996; 125 (12): 990-1000.
49. Hebert PR, Gaziano JM, Chan KS, et al. Cholesterol lowering with statin drugs, risk of stroke, and total mortality. An overview of randomized trials. *JAMA* 1997; 278 (4): 313-321.
50. Bucher HC, Griffith LE, Guyatt GH. Effect of HMGcoA reductase inhibitors on stroke. A meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 1998; 128: 89-95.
51. Frick MH, Elo O, Haapa K, et al. Helsinki Heart Study: primary-prevention trial with gemfibrozil in middle-aged men with dyslipidemia. Safety of treatment, changes in risk factors, and incidence of coronary heart disease. *N Engl J Med* 1987; 317 (20): 1237-1245.

## Bibliographie

52. Paradiso-Hardy F. Dyslipidemia update: Part II. Pharmacy Practice 1998; November: 1-8.
53. Perreault S, Hamilton VH, Lavoie F, et al. A head-to-head comparison of the cost-effectiveness on HMG-CoA reductase inhibitors and fibrates in different type of primary hyperlipidemia. Cardiovasc Drugs Ther 1996; 10 (6): 787-794.
54. Illingworth DR, Stein EA, Mitchel YB, et al. Comparative effects of lovastatin and niacin in primary hypercholesterolemia. A prospective trial. Arch Intern Med 1994; 154 (14): 1586-1595.
55. The Coronary Drug Project Research Group. Clofibrate and niacin in coronary heart disease. JAMA 1975; 231 (4): 360-381.
56. The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial results. I. Reduction in incidence of coronary heart disease. JAMA 1984; 251 (3): 351-364.
57. Martin MJ, Hulley SB, Browner WS, et al. Serum cholesterol, blood pressure, and mortality: implications from a cohort of 361,662 men. Lancet 1986; 2 (8513): 933-936.
58. Neaton JD, Grimm RH, Jr., Prineas RJ, et al. Treatment of mild hypertension study. Final results. Treatment of Mild Hypertension Study Research Group. JAMA 1993; 270 (6): 713-724.
59. Materson BJ, Reda DJ, Cushman WC, et al. Single-drug therapy for hypertension in men. A comparison of six antihypertensive agents with placebo. The Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. N Engl J Med 1993; 328 (13): 914-921.
60. Wright JM, Lee CH, Chambers GK. Systematic review of antihypertensive therapies: does the evidence assist in choosing a first-line drug? CMAJ 1999; 161 (1): 25-32.
61. Wright JM. Choosing a first-line drug in the management of elevated blood pressure: what is the evidence? 1: Thiazide diuretics. CMAJ 2000; 163 (1): 57-60.
62. Wright JM. Choosing a first-line drug in the management of elevated blood pressure: what is the evidence? 3: Angiotensin-converting-enzyme inhibitors. CMAJ 2000; 163 (3): 293-296.

## Bibliographie

63. Wright JM. Choosing a first-line drug in the management of elevated blood pressure: what is the evidence? 2: Beta-blockers. CMAJ 2000; 163 (2): 188-192.
64. Dina R, Jafari M. Angiotensin II-receptor antagonists: an overview. Am J Health Syst Pharm 2000; 57 (13): 1231-1241.
65. Psaty M, Smith NL, Siscovick DS, et al. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents. A systematic review and meta-analysis. JAMA 1997; 277 (9): 739-745.
66. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. N Engl J Med 2000; 342: 145-153.

Lyne Lalonde, Ph.D.

Pharmacie  
Université de Montréal

Annette O'Connor, Inf., Ph.D.

Sciences infirmières,  
Épidémiologie  
Université d'Ottawa

Steven A. Grover, M.D. M.P.A.  
F.R.C.P.C.

Médecine, Épidémiologie  
Université McGill

Ilka Lowensteyn, Ph.D.

Épidémiologie, Médecine  
Université McGill

Julie Villeneuve, B.Pharm, M.Sc.

Pharmacie  
Université de Montréal

Ce guide a été élaboré et évalué avec l'aide du Réseau canadien contre les accidents vasculaires cérébraux, un centre national d'excellence et d'une bourse de recherche postdoctorale accordée à Docteur Lalonde par le Conseil de recherches médicales du Canada. La mise à jour de ce guide a été réalisée dans le cadre de l'étude TEAM, un essai clinique financé par les Instituts de recherche en santé du Canada. Docteur Lalonde est chercheur boursier junior I du Fonds de la recherche en santé du Québec.

Institut de recherche en santé d'Ottawa  
Unité d'épidémiologie clinique  
Hôpital d'Ottawa - Campus Civic  
1053, avenue Carling  
Ottawa (Ontario) Canada K1Y 4E9  
Téléphone : (613) 798-5555, poste 17619  
Télécopieur : (613) 761-5492  
Courriel : [ldrake@ohri.ca](mailto:ldrake@ohri.ca)

Faculté de pharmacie  
Université de Montréal  
C.P. 6128, Succursale Centre-ville  
Montréal (Québec) H3C 3J7  
Équipe de recherche en soins  
de première ligne  
Centre de santé et de services sociaux  
de Laval  
1755 boul. René-Laennec, D-S145  
Laval (Québec) H7M 3L9  
Téléphone : (450) 668-1010, poste 2743  
Télécopieur : (450) 975-5089  
Courriel : [lyne.lalonde@umontreal.ca](mailto:lyne.lalonde@umontreal.ca)



Centre de santé et de services sociaux  
de Laval

Cité de la Santé de Laval-CHARL

Université  
de Montréal



OTTAWA HEALTH RESEARCH INSTITUTE  
INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ D'OTTAWA

