



Les Actualités du cœur

VOL. 19 – NO 1 / PRINTEMPS 2017

Éditorial

La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC est heureuse de vous présenter cette édition jeunesse du bulletin. Les enfants et les jeunes ne sont pas à l'abri des affections cardiovasculaires et de leurs méfaits. En 2004, le docteur Gilles Paradis a publié les résultats d'une étude épidémiologique faite chez de jeunes Québécois. On y conclut que la prévalence de l'obésité et de l'hypertension artérielle chez les jeunes était en hausse au Québec. On observait également chez les jeunes avec surpoids des changements physiologiques tel qu'une augmentation du phénomène de résistance à l'insuline.

On peut retrouver, chez l'enfant, les mêmes conséquences hémodynamiques (atteintes des organes cibles) que chez l'adulte si une hypertension artérielle n'est pas traitée, particulièrement des maladies cardiaques et rénales. L'obésité est associée à l'apparition du diabète. Il est donc important pour la communauté médicale de détecter et d'intervenir sur cette condition et d'en prévenir les complications.

Dans ce numéro

- Page 2** L'hypercholestérolémie familiale (dépistage chez les jeunes)
- Page 6** L'approche 180 pour traiter l'obésité infantile au Québec : Un futur programme médical familial gouvernemental?
- Page 8** L'activité physique chez les jeunes
- Page 10** Sucre libres, sucres ajoutés et recommandations de consommation : Comment s'y retrouver?

Avis important

Dorénavant, le bulletin *Les Actualités du cœur* sera disponible uniquement en version électronique.

Le comité éditorial du bulletin remercie les auteurs qui ont contribué, par leur expertise, à produire cette édition spéciale jeunesse. Ils abordent tous les facteurs de risque auxquels sont exposés les jeunes et dont plusieurs sont directement liés à notre environnement commercial et au marketing par lesquels nos enfants sont facilement influencés. Des choix de société tardent à se mettre en place pour changer ce que le chercheur Jean-Pierre Després appelle un environnement toxique. La fondation, par ses actions et par la communication avec les professionnels de la santé, poursuit ainsi ses efforts de recherche et de prévention des maladies cardiovasculaires.

Encore une fois, nous invitons les lecteurs à discuter de ces articles avec leurs collègues et à les commenter. Collectivement, nous contribuerons à améliorer les habitudes de vie des jeunes qui nous consultent. Au nom du comité éditorial, je vous souhaite une bonne lecture.

Denis Drouin, M.D., rédacteur en chef

- Page 13** Letabagismechezlesjeunes.Desdommagesimmédiats et à long terme pour la santé cardiovasculaire.
- Page 17** Des mesures législatives pour améliorer la santé de nos jeunes
- Page 19** Produitsalimentairesetboissonsucrées:despublicités, pour enfants, de mauvais goût!



Comité de rédaction :

Denis Drouin, M.D., rédacteur en chef, médecin-conseil, Organisation des services, Santé cardiovasculaire, Direction de la santé publique de la Capitale-Nationale

Lyne Cloutier, inf., Ph. D., professeure titulaire, département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières; présidente, Société québécoise d'hypertension artérielle

Michel Vallée, M.D., Ph. D., FRCP(C), CSPQ, néphrologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont; professeur agrégé de clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal; membre du Programme Éducatif Canadien en Hypertension; président de la Société des sciences vasculaires du Québec

Julie St-Pierre, M.D., Ph. D., FAHA, FRCPC, pédiatre spécialisée en obésité infantile; présidente du Réseau d'action en santé cardiovasculaire (Clinique 180); professeure adjointe au département de pédiatrie de l'Université McGill, Faculté de médecine; professeure invitée et Fellow de l'American Heart Association

Francine Forget Marin, Dt.P., MBA, directrice, Affaires santé et recherche, Québec, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC

Amélie Bertrand, Dt.P., M. Sc., et Emmanuelle Dumoulin, Dt.P., chargées de projets, Prévention et promotion de la santé, Québec, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC

Veillez faire parvenir vos commentaires sur le bulletin à Emmanuelle Dumoulin au 514 871-8038, poste 262, ou à emmanuelle.dumoulin@coeuretavc.ca

© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada

Certains textes publiés dans ce bulletin sont des résumés de chacun des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.

Bibliothèque nationale du Canada,
Bibliothèque nationale du Québec,
ISSN : 2291-8531

L'hypercholestérolémie familiale (dépistage chez les jeunes)

Auteure : D^{re} Julie St-Pierre, M.D., Ph. D., FAHA, FRCPC

Collaborateurs : D^r Jacques Genest, M.D., et D^{re} Isabelle Ruel, Ph. D.

L'hypercholestérolémie familiale est une maladie génétique autosomale dominante la plus fréquente et est malheureusement encore largement sous-diagnostiquée au Canada. Les personnes atteintes peuvent présenter des symptômes cardiovasculaires ou vasculaires cérébraux dès l'âge de 20 ans sous la forme hétérozygote (un allèle muté) et dès l'enfance pour la forme homozygote (deux allèles mutés). Trois gènes sont responsables de cette maladie génétique : le récepteur des LDL, l'apolipoprotéine B (apo B) et le gène de la *pro-protein convertase subtilisin/kexin type 9* (PCSK9). La coronaropathie, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies vasculaires périphériques et les valvulopathies en sont les principales présentations cliniques. Une personne hétérozygote a 50 % de chance de transmettre la maladie à chaque grossesse. Des études récentes rapportent que la fréquence de cette maladie, autrefois reconnue pour affecter une personne sur 500, affecte désormais près de une personne sur 250. Il s'agit donc d'une condition héréditaire grave et fréquente pour laquelle les traitements modernes, lorsque débutés dans l'enfance, permettent d'en prévenir toutes les conditions vasculaires associées, dans la majorité des cas.

Près de 140 000 Canadiens souffrent d'hypercholestérolémie familiale et plus de 90 % d'entre eux l'ignorent. En 2014, un registre canadien (<http://www.fhcanada.net>) a été mis sur pied afin de mieux répertorier les patients à travers le Canada et d'en améliorer les soins entre autres par le regroupement des patients, cliniciens, chercheurs et décideurs de tout le pays.

Un premier guide de pratique sur l'hypercholestérolémie familiale a été publié le 1^{er} décembre 2014, dans le *Canadian Journal of Cardiology*, afin d'outiller les cliniciens et pour lequel des recommandations ont également été émises pour les enfants et les adolescents¹.



Nous n'avons pas encore suffisamment d'évidences scientifiques pour recommander un dépistage universel de l'hypercholestérolémie familiale. Cependant, le dépistage en cascade, à partir d'un membre affecté d'une famille, est recommandé, de même que le dépistage ciblé à partir des antécédents familiaux de l'enfant (présence de maladie du cholestérol, d'hypertension artérielle, de diabète, d'obésité, ou d'une maladie cardiovasculaire ou vasculaire cérébrale avant l'âge de 55 ans chez l'homme et 65 ans chez la femme, chez un parent du premier degré ou dans le cas d'une adoption internationale) au questionnaire de la guidance pédiatrique ou du suivi médical périodique, entre l'âge de 2 et 10 ans (figure 1). En présence de l'un de ces antécédents, un profil lipidique à jeun devrait être obtenu dans des délais raisonnables, afin de dépister la présence d'une hypercholestérolémie familiale et d'effectuer une prise en charge préventive adéquate. Chez les enfants de moins de 16 ans, la présence d'un cholestérol LDL supérieur ou égal à 3,5 mmol/l prédit à plus de 98 % la présence d'une hypercholestérolémie familiale. Toutefois, le guide de pratique canadien estime que la valeur chez le jeune de moins de 16 ans est suffisamment sécuritaire pour poser un diagnostic probable de la maladie et en accord avec les critères diagnostiques



L'hypercholestérolémie familiale (dépistage chez les jeunes) (suite)

du registre de Simon Broome (<http://www.fhcanada.net>), largement reconnu est de 4,0 mmol/l (en absence d'une cause secondaire telle que l'hypothyroïdie, l'insuffisance rénale, le syndrome néphrotique, l'obésité, etc.). Des évidences récentes nous portent à croire que le diagnostic moléculaire deviendra, d'ici quelques années, la méthode diagnostique à privilégier au Canada. Un consortium de cliniciens et de chercheurs canadiens explore actuellement cette alternative. D'ici là, il est important de savoir que toutes valeurs de LDL-cholestérol supérieures à 11,0 mmol/l laisse présager un diagnostic d'homozygote, et doit être référé rapidement dans une clinique spécialisée pour une prise en charge appropriée. Récemment, une étude d'envergure réalisée en Angleterre, chez plus de 10 000 enfants âgés entre 18 mois et 2 ans, et publiée dans le *New England Journal of Medicine*, a révélé qu'un dépistage universel précoce s'avérerait efficace et avantageux en terme d'économie de santé afin d'identifier les enfants atteints et de les prendre en charge adéquatement pour en prévenir les complications cardiovasculaires à long terme². Cette étude est actuellement étudiée sérieusement par toute la communauté internationale en lipidologie.



Le traitement de l'hypercholestérolémie familiale repose d'abord et avant tout sur l'adoption d'un mode de vie sain.

Lorsque la maladie est suspectée, le jeune et ses parents devraient recevoir l'enseignement d'une diète faible en gras, ainsi qu'être sensibilisés aux bienfaits de l'exercice physique et à l'importance de se développer dans un environnement sans tabac. Après une période de 12 mois de modification de ses habitudes de vie, si le LDL-cholestérol demeure supérieur à 3,5 mmol/l, la statine est désormais le traitement de choix chez l'enfant de 8 ans et plus. Toutes les statines peuvent être prescrites de façon sécuritaire chez les jeunes. Des études ont clairement démontré que la croissance osseuse des jeunes sous traitement n'est pas affectée, de même que le pronostic de la taille finale et la différenciation sexuelle ne seront pas modifiés. Les enzymes du foie et des muscles ne présentent pas de différences significatives entre la présence et l'absence de traitement. **La cible thérapeutique visée est de moins de 3,5 mmol/l pour l'ensemble des patients.**

En présence d'une maladie vasculaire précoce ou agressive dans la famille, cette cible est abaissée à moins de 2,5 mmol/l et le traitement peut être amorcé chez des patients parfois beaucoup plus jeunes. La deuxième ligne de thérapie est l'ézétimibe (Ezetrol^{MD}) à dosage unique de 10 mg par jour. La niacine n'est plus recommandée en pédiatrie. Pour les jeunes patients homozygotes, l'ajout d'un inhibiteur des PCSK9, l'aphérese plasmatique, et un inhibiteur de la protéine de transfert microsomial (MTP), le lomitapide, sont désormais approuvés par Santé Canada.

Références

1. J Genest et coll. Canadian Cardiovascular Society position statement on familial hypercholesterolemia. *Can J Cardiol*. 2014 Dec;30(12):1471-81.
2. DS Wald et coll. Child-Parent Familial Hypercholesterolemia Screening in Primary Care. *N Engl J Med* 2016; 375:1628-1637.



L'hypercholestérolémie familiale (dépistage chez les jeunes) (suite)

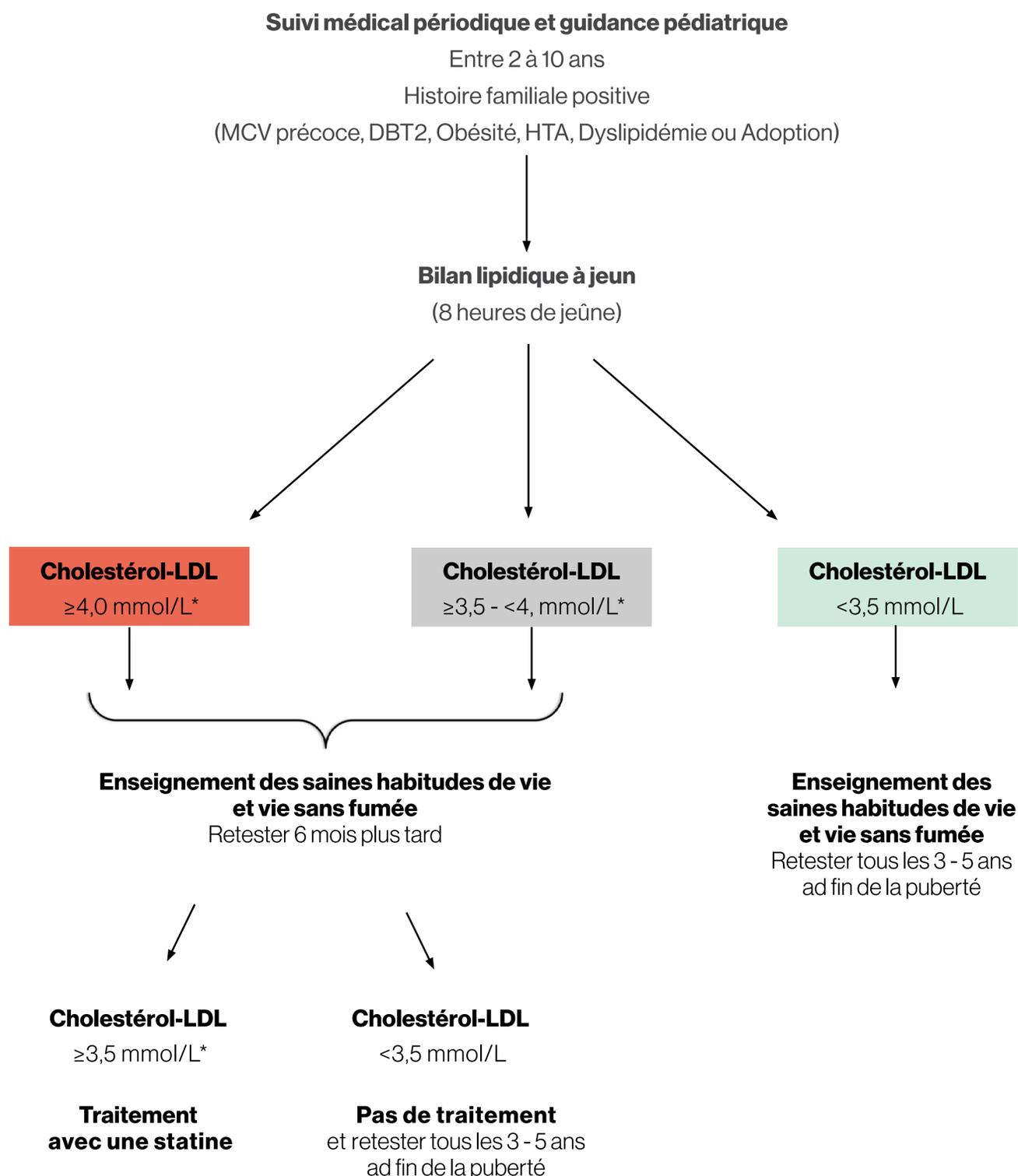


Figure 1. Algorithme décisionnel proposé pour la prise en charge du cholestérol LDL chez le jeune de moins de 16 ans, en absence de causes secondaires.

* = Un LDL-cholestérol ≥ 4,0 mmol/l est hautement suggestif d'une hypercholestérolémie familiale de type hétérozygote et à la lumière des nouvelles évidences, un LDL-cholestérol entre 3,5 mmol/l et 4,0 mmol/l prédit à 98 % la présence d'une hypercholestérolémie familiale¹⁻².

MCV = maladie cardiovasculaire; DBT2 = diabète de type 2; HTA = hypertension artérielle.

Il est important de prévenir toute grossesse chez l'adolescente traitée avec une statine. Des effets tératogènes sont craints et une contraception appropriée doit être proposée. Un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate de la maladie permet de sauver des vies et de normaliser l'espérance de vie.

Un outil de vulgarisation est désormais disponible au Québec pour les familles atteintes. Pour en obtenir une copie gratuite, veuillez contacter la Corporation de recherche et d'action sur les maladies héréditaires (CORAMH) au 418 541-1056 ou visiter le <http://coramh.org>.





À NE PAS MANQUER!

Un congrès incontournable pour les professionnels de la santé



Chronic Societal
Cardiometabolic
Diseases



Chaire internationale sur
le risque cardiométabolique

15 AU 17 MAI 2017
HÔTEL LE CONCORDE QUÉBEC
QUÉBEC, CANADA

Date limite de la préinscription : 2 avril 2017

<http://www.iccrcongress2017.org>

OBJECTIFS

- Mieux comprendre la pathophysiologie des maladies cardiométaboliques
- Présenter les résultats des grandes études d'imagerie cardiométabolique ayant montré une association entre la graisse ectopique et le risque de complications cardiométaboliques
- Reconnaître les problèmes de santé associés à un excès d'adiposité viscérale et de graisse ectopique
- Discuter de l'évaluation et de la prise en charge du risque cardiométabolique en pratique clinique en mettant l'accent sur le mode de vie
- Comprendre comment les approches populationnelles peuvent contribuer à améliorer la santé cardiométabolique

COMITÉ DE PROGRAMME

André Carpentier, *Canada*
 Jean-Claude Coubard, *France*
 Jean-Pierre Després, *Canada*
 Michel Doré, *Canada*
 Maria Cecilia Gallani, *Canada*
 Frank B. Hu, *États-Unis*

Benoît Lamarche, *Canada*
 Peter Libby, *États-Unis*
 André Marette, *Canada*
 Paul Poirier, *Canada*
 André Tchernof, *Canada*

CONFÉRENCIERS

Benoit Arsenault, *Canada*
 Steven N. Blair, *États-Unis*
 Gillian Booth, *Canada*
 André Carpentier, *Canada*
 Renée de Mutsert, *Pays-Bas*
 Jean-Pierre Després, *Canada*
 Martine Duclos, *France*
 Vincent Fradet, *Canada*
 Hannah Gardener, *États-Unis*
 Séphane N. Hatem, *France*
 Frank B. Hu, *États-Unis*
 Benoît Lamarche, *Canada*
 Eric Larose, *Canada*
 I-Min Lee, *États-Unis*

Peter Libby, *États-Unis*
 Soo Lim, *Corée du Sud*
 François Maltais, *Canada*
 André Marette, *Canada*
 Ian Neeland, *États-Unis*
 Paul Poirier, *Canada*
 Emilio Ros, *Espagne*
 Robert Ross, *Canada*
 Jaap Seidell, *Pays-Bas*
 Marja-Riitta Taskinen, *Finlande*
 André Tchernof, *Canada*
 Luc Van Gaal, *Belgique*
 Nick Wareham, *Royaume-Uni*

Suivez-nous sur :



myhealthywaist.org



#ICCR17

En collaboration avec



L'approche 180 pour traiter l'obésité infantile au Québec : Un futur programme médical familial gouvernemental?

Auteurs : D^{re} Raphaëlle Chrétien, M.D., FRCPC, et D^{re} Julie St-Pierre, M.D., Ph. D., FAHA, FRCPC

Clinique 180, CIUSSS Saguenay–Lac-Saint-Jean (Québec)

En 2010, une approche à 180 degrés, c'est à dire d'une médecine curative à une médecine dite préventive, dédiée exclusivement au traitement de l'obésité infantile, a vu le jour au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Il s'agit d'une approche médicale novatrice, participative en prévention et traitement de l'obésité infantile reposant sur **quatre éléments** qui la distingue : la prise en charge du patient et de sa **famille** en **multidisciplinarité**, par un suivi **intensif** basée sur la **motivation** pour éduquer la famille à adopter un mode de vie plus sain. Cette approche, largement inspirée du modèle proposé par Michelle Obama au Congrès américain en 2010¹, permet dans un premier temps au jeune et à sa famille de prendre conscience de sa problématique reliée au poids et de constater les répercussions négatives pour sa santé physique, ainsi que pour sa santé mentale. Cette approche a fait ses preuves en atteignant des taux de succès de l'ordre de 80 % sur une période de suivi de une à trois années²⁻³. On entend par succès, l'arrêt de la progression de l'obésité chez le jeune, une réduction du tour de taille et/ou de l'indice de masse corporelle, et/ou du maintien des saines habitudes de vie acquises.



L'épidémie d'obésité infantile ne frappe pas seulement nos voisins du sud; elle est belle et bien présente chez nous, avec des données récentes publiées par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et appuyant celles déjà alarmantes présentées par Santé Canada en 2006⁴. Au palmarès de ses complications les plus coûteuses à long terme apparaît le diabète de type 2 et ses complications cardiovasculaires. C'est une augmentation de 400 à 500 % de l'obésité infantile à laquelle nous faisons actuellement face, qui s'est aggravée sur une période d'environ cinquante ans et dont les répercussions sociétales dépassent largement les aspects macroéconomiques des complications reliées à la santé physique de ceux et celles qui en souffrent, mais en touche aussi directement l'estime de soi, la qualité de vie et le devenir de toute une génération, dont l'espérance de vie diminuera pour la première fois au Canada⁵. Cette maladie, bien qu'elle atteigne toutes les classes de notre société, est directement corrélée au niveau d'éducation et au faible revenu de nos familles québécoises et canadiennes⁶. Malheureusement, encore stigmatisée par plusieurs d'entre nous, et même par notre système de santé, qui en supporte très peu l'organisation des soins pour y faire face, l'obésité infantile est une condition traitable, et les besoins des parents de ces enfants et de ces adolescents vulnérables en sont très grands.

En 2014, l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) a déposé un rapport dans lequel elle fait état des moyens pour faire face à l'épidémie, en étudiant les diverses stratégies pour lutter contre l'obésité infantile au Canada⁷. Toutes les stratégies actuellement utilisées au pays y sont scrutées à la loupe, allant de la législation entourant les aliments, les politiques répressives de consommation de produits malsains, les interventions en milieu scolaires et communautaires, les mesures fiscales, les publicités, les campagnes dans les médias, ainsi que l'approche médicale nutritionnelle intensive.



L'approche 180 pour traiter l'obésité infantile au Québec : Un futur programme médical familial gouvernemental? (suite)

Toutes ces mesures ont un effet positif à moyen ou long terme, mais de manière surprenante, on y apprend que **l'approche médicale nutritionnelle et intensive, telle que développée à la Clinique 180, est de loin la mesure la plus efficace dans laquelle nous avons très peu investie au pays et qui, à elle seule, permettrait de sauver 25 000 vie au pays annuellement ainsi que d'améliorer de 40 000 années de bonne santé.**

Depuis le début des années 2000, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considère que nos habitudes de vie malsaines, l'obésité et ses complications cardiovasculaires constituent l'une des trois grandes épidémies de santé publique négligées par nos sociétés au 21^e siècle et que nous devons nous y attaquer de manière prioritaire⁸⁻⁹. En ce sens, un comité sénatorial du Canada a fortement recommandé, en mars 2016, « de favoriser une meilleure formation des médecins en matière d'alimentation et d'activité physique; de promouvoir le suivi médical, notamment par des ordonnances prescrivant de l'exercice; de combler le fossé qui sépare les professionnels de l'exercice de la communauté médicale en assurant la formation et la promotion de professionnels de l'exercice qualifiés comme une composante importante du système et des équipes de soins de santé »¹⁰.

Ainsi, en 2017, une étude prospective, de même que la diffusion de l'Approche 180 dans différents points à travers la province, seront mis en branle. L'implantation d'un tel modèle de pratique novateur permettra, non seulement de répliquer les résultats obtenus à Saguenay, mais également d'en évaluer l'impact réel, en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux, la santé publique, et la communauté médicale et scientifique.

Références

1. Solving the problem of childhood obesity within a generation, White House Task Force on Childhood Obesity Report to the President, May 2010, Executive office of the president of the United States: [EN LIGNE] https://letsmove.obamawhitehouse.archives.gov/sites/letsmove.gov/files/TaskForce_on_Childhood_Obesity_May2010_FullReport.pdf
2. J. St-Pierre et coll. How to Successfully Manage Children & Adolescent's Obesity in Your Busy Practice. Paediatrics & Child Health, 2013, Invited Chair Symposium, Canadian Paediatric Society et J. St-Pierre et coll.
3. J. St-Pierre et coll. Successful weight loss, metabolic control and sustained weight loss at 1 year follow up in 100 obese/metabolic syndrome children and adolescents is achieved by a combined motivational interviewing and educational family-based approach. American Heart Association EPI/NPAM Annual Meeting. Nouvelle-Orléans, Louisiane (États-Unis), Mars 2013.
4. M. Shield. L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. Rapports sur la santé, vol. 17, no 3, août 2006. [EN LIGNE] https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2142_statut_ponderal_jeunes_quebec.pdf
5. P. Nieman et coll. Les aspects psychosociaux de l'obésité chez les enfants et les adolescents. Paediatr Child Health, 2012;17(3):207-8.
6. Adam Drewnowski et coll. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. Am J Clin Nutr, January 2004, vol. 79, no 1 6-16.
7. Sassi F, Devaux M. OECD obesity update 2012. Paris : Organisation for Economic Co-operation and Development, 2012. [EN LIGNE] <https://www.oecd.org/canada/Obesity-Update-2014-CANADA.pdf>
8. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr>
9. http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_fr.pdf
10. https://sencanada.ca/content/sen/committee/421/SOCI/Reports/2016-02-25_Revised_report_Obesity_in_Canada_f.pdf



L'activité physique chez les jeunes

Auteurs : D^{re} Raphaëlle Chrétien, M.D., FRCPC, et D^{re} Julie St-Pierre, M.D., Ph. D., FAHA, FRCPC

Clinique 180, CIUSSS Saguenay–Lac-Saint-Jean (Québec)

Si une pomme verte par jour éloigne du médecin (W. Churchill), un esprit sain dans un corps sain (Juvénal) témoigne sans aucun doute de l'importance d'être actif.

Alors que l'adiposité des jeunes augmente au pays depuis une quarantaine d'années, le niveau d'activité de nos jeunes, lui, diminue. Selon la Société canadienne de pédiatrie, les écrans, les jeux vidéos, les déplacements motorisés, les réseaux sociaux et les téléphones intelligents contribuent tous à ce phénomène¹. **L'activité physique n'améliore pas seulement la santé métabolique, elle améliore également la santé globale et le mieux être des individus.** De plus, chez les enfants et les adolescents, l'activité physique améliore le sommeil² et, plus récemment, a été démontré comme étant favorablement efficace dans le développement cognitif des jeunes³. Il en est de même pour la santé cardiovasculaire de manière à en prévenir les conséquences parfois dramatiques.

Ainsi les recommandations canadiennes pédiatriques en matière d'activité physique sont les suivantes :



De 1 an à 4 ans :

- 🍏 180 minutes d'activités structurées et de jeux libres par jour d'intensités variables;
- 🍏 Limiter le temps d'écran à une heure par jour.

De 5 à 9 ans :

- 🍏 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse par jour;
- 🍏 Limiter le temps d'écran à deux heures par jour;
- 🍏 Encourager des activités de renforcement musculaire et osseux trois fois par semaine en plus de l'activité physique quotidienne;
- 🍏 Les sports demeurent, idéalement à cette période, variés avec des degrés de complexité moindre.

De 10 à 17 ans :

- 🍏 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse par jour;
- 🍏 Limiter le temps d'écran à deux heures par jour;
- 🍏 Encourager des activités de renforcement musculaire et osseux trois fois par semaine en plus de l'activité physique quotidienne;
- 🍏 Certains poids libres et/ou mise en charge sont permis selon le degré de puberté du jeune, sous la supervision d'un professionnel de l'activité physique et/ou de l'entraînement.



L'activité physique chez les jeunes (suite)

Dans tous les cas, le transport actif devrait être encouragé pour tous les déplacements vers et au retour de l'école.

Chez les enfants souffrant d'une maladie chronique, telle que la fibrose kystique, l'asthme, l'hémophilie, l'arthrite juvénile idiopathique et les cardiopathies congénitales, des recommandations spécifiques ont été définies au cours des dernières années. Puisque les traitements et le contrôle de ces maladies chroniques se sont grandement améliorés au fil du temps, nous avons vu apparaître chez ces enfants une plus grande proportion d'enfants et d'adolescents souffrants de surpoids ou d'obésité. Le niveau d'activité physique doit être adapté à la pathologie et au niveau de contrôle de la maladie du jeune, en collaboration avec le médecin traitant ou le spécialiste de la maladie. Cependant, il est parfois difficile de passer par-dessus des années d'inquiétude et de maladie plus active afin de promouvoir à nouveau l'activité physique au sein de ce groupe de jeunes et leur famille. Il est fortement recommandé aux patients souffrant de l'une de ces maladies de s'informer auprès de son médecin afin de connaître quelles sont les recommandations en matière d'activité physique qui lui sont propres.

En terminant, les gouvernements canadien et québécois soutiennent la pratique de l'activité physique chez les jeunes de différentes façons afin de préserver une bonne santé cardiovasculaire. Pour en savoir davantage sur ces mesures, consultez le <http://canadiensensante.gc.ca/healthy-living-vie-saine/being-active-etre-actif/tips-conseils-fra.php> ou le <http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/ameliorer-sa-sante-grace-a-l-activite-physique>.

Références

1. S. Lipnowski et coll. Une vie saine et active : des directives en matière d'activité physique chez les enfants et les adolescents. *Paediatr Child Health*, 2012;17(4):211-12.
2. V. Carson et coll. Health associations with meeting new 24-h movement guidelines for Canadian children and youth. *Prev Med.*, 2016, Dec 3. pii: S0091-7435(16)30400-5.
3. WM Jackson et coll. Physical Activity and Cognitive Development: A Meta-Analysis. *J NeurosurgAnesthesiol.* 2016, Oct;28(4):373-380.
4. J. St-Pierre et coll. What Nature Used to Allow to Die, Don't Let Modern Habits Damage After Repair: Preventable Obesity Risk in Congenital Heart Disease. *Canadian Journal of Cardiology*; 31(2015):109-111.
5. J. Philpott et coll. Les recommandations en matière d'activité physique pour les enfants ayant une maladie chronique précise : l'arthrite juvénile idiopathique, l'hémophilie, l'asthme ou la fibrose kystique. *Paediatr Child Health*, 2010;15(4):219-25.



Sucre libres, sucres ajoutés et recommandations de consommation : Comment s'y retrouver?

Auteure : D^{re} Julie St-Pierre, M.D., Ph. D., FAHA, FRCPC

Collaboratrice : D^{re} Annie Ferland, Dt.P., nutritionniste, docteure en pharmacie

Un rapport récent de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) indiquait que l'augmentation de la prévalence de l'obésité et du surplus de poids chez les jeunes Québécois a été fulgurante au cours des 40 dernières années¹. Plusieurs évidences provenant d'études d'interventions, transversales et longitudinales ont associé cette prise de poids, entre autres, à une surconsommation de boissons sucrées et à des complications, telles que le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires²⁻⁶.

À cet effet, la plus récente prise de position de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande un apport maximal en sucre libre à 10 % de l'énergie totale (en calories), soit environ 48 g (12 c. à thé), et même de viser moins de 5 %, soit environ 25 g (6 c. à thé) par jour⁷.

La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC est allée encore plus loin en recommandant que l'on s'attarde également aux sucres libres, et non pas seulement aux sucres ajoutés⁸. Les sucres libres sont les sucres ajoutés par le consommateur ou lors de la transformation alimentaire – monosaccharides (glucose, fructose) et disaccharides (saccharose) –, mais également ceux qui sont présents naturellement dans certains aliments, comme le miel et les sirops, dans les jus de fruits purs à 100 % ainsi que les jus de fruits purs et faits à partir de concentré. Selon des données les plus récentes, chaque Canadien ingère, tous sucres confondus, 110 g (26 c. à thé) par jour de sucre, soit 21 % de son apport en énergie totale⁹. La consommation la plus élevée se retrouve chez les garçons de 14 à 18 ans (172 g ou 41 c. à thé).

Les plus récentes recommandations de l'American Heart Association (AHA) suggèrent dorénavant aux enfants âgés de 2 à 18 ans de consommer un maximum de 25 g de sucre ajouté par jour, soit 6 c. à thé ou 5 % de l'énergie totale¹⁰. Les enfants de moins de 2 ans devraient, quant à eux, ne consommer aucun sucre ajouté puisque leurs besoins caloriques sont plus faibles.

L'AHA qualifie les statistiques de consommation actuelles en matière de sucre de « réalité effrayante ». Les enfants de 1 à 3 ans consomment en moyenne 12 c. à thé de sucre ajouté par jour, les 4 à 8 ans, 21 c. à thé par jour, alors que les 12 à 18 ans en consomment environ 34 c. à thé par jour. Il s'agit d'ailleurs d'une estimation prudente puisque certaines statistiques n'incluent pas les jus et le sucre contenu dans le miel ou les sirops de fruits.



Tableau 1

Équivalences en sucre libre

10 % de sucres libres = **48** grammes de sucre = **12** c. à thé

5 % de sucres libres = **25** grammes de sucre = **6** c. à thé



Sucre libres, sucres ajoutés et recommandations de consommation : Comment s'y retrouver? (suite)

Tableau 2

Apport total quotidien idéal recommandé (5 %) par individu de sucre libre (en grammes) selon l'OMS en fonction des besoins énergétiques, en fonction des tranches d'âge et du sexe⁷

♀ = sexe féminin ♂ = sexe masculin

Groupe d'âge	♀	♂
0-2 ans	0	0
2-8 ans	12,5	12,5
8-18 ans	25	25
Adulte	25	35

Les boissons sucrées, une catégorie qui inclut les boissons gazeuses, les boissons pour sportifs, les jus additionnés de sucre, les boissons énergisantes, ainsi que les thés et les cafés spécialisés chauds et froids, représentent à elles seules 47 % de la consommation quotidienne en sucre ajouté¹¹. À titre comparatif, une seule cannette de boisson gazeuse de 355 ml contient environ 40 g ou l'équivalent de 10 c. à thé de sucre. Les collations et les desserts, comme les barres tendres enrobées de chocolat, les poudings, les biscuits et les gâteaux, représentent quant à eux 31 % de la consommation de sucre ajouté¹¹. Ce faisant, il est possible de réduire d'environ 80 % sa consommation de sucre ajouté simplement en limitant au maximum sa consommation de boissons sucrées, de collations et de desserts, qui en sont les principales sources.



40 grammes de sucres
=
10 cuillérées à thé

Figure 2. Boissons gazeuses et équivalences en sucre

Depuis près de 2 ans, le gouvernement du Canada considère réviser sa position à propos des jus de fruits dans le *Guide alimentaire canadien*¹². Selon le guide actuel, une portion de 125 ml de jus de fruits pur à 100 % représente un choix santé et équivaut à une portion du groupe Légumes et fruits. Pourtant, les jus purs à 100 % sont une source concentrée de sucres naturellement présents dans les fruits et sont faibles en fibres alimentaires. Il est donc facile de consommer beaucoup de sucre et de calories sans s'en rendre compte. **Ainsi, l'eau demeure le meilleur choix pour étancher sa soif. Il est aussi préférable de choisir les légumes et les fruits frais de préférence aux jus afin de consommer leurs fibres alimentaires.**



Afin de bien comprendre comment identifier les sucres ajoutés dans un aliment, Santé Canada a émis un guide pratique à notre disposition, afin d'éduquer la population et fournir aux professionnels de la santé une référence de travail vulgarisée adaptée à ces derniers. (Cet outil est disponible en ligne au <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/nutriments/sucres.htm>.)



Sucre libres, sucres ajoutés et recommandations de consommation : Comment s'y retrouver? (suite)

Certains pays de l'Europe de l'Est (tels que la Hongrie, la France et la Hollande) et même certains états américains (la Californie, entre autres) appliquent désormais une taxe sur les boissons sucrées. Selon eux, plusieurs évidences soutiennent qu'une taxation parviendrait à diminuer ce fléau. C'est d'ailleurs maintenant une recommandation fortement soutenue par Les diététistes du Canada et la Coalition québécoise sur la problématique du poids, telle que publiée dans son rapport de février 2016¹³⁻¹⁴. Une taxation allant jusqu'à 20 % pourrait entraîner une réduction de la consommation des boissons sucrées d'environ 10 % au cours de l'année suivant la mise en œuvre, ainsi qu'une diminution du poids de 2,6 % par personne, en moyenne. Elles ne sont pas les seuls à croire que les recettes générées par la taxation peuvent être employées pour financer d'autres initiatives de réduction de l'obésité. Si l'on compare cette mesure répressive à celle effectuée dans la lutte au tabagisme, ceci laisse croire que des résultats positifs pourraient en découler d'ici une à deux générations. Le rapport indique également que pour obtenir un impact maximal, les mesures de taxation devraient être combinées à d'autres politiques, par exemple une augmentation de l'accès aux aliments sains et une diminution de l'accès à la malbouffe dans les écoles, les services de garde et les installations de loisirs. Des initiatives à long terme visant la restriction du marketing d'aliments et de boissons visant spécifiquement les enfants sont également nécessaires.

Il n'y aurait pas que des lois qui pourraient améliorer la santé de notre population et lutter contre l'obésité au pays. En 2013, l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) brise le silence : la médecine nutritionnelle personnalisée (c.-à-d. lorsque des professionnels de la santé comme des médecins et des nutritionnistes-diététistes unissent leurs efforts pour conseiller une famille ou un individu afin de leur faire adopter de meilleures habitudes de vie) n'est pas suffisamment financée. À elle seule, la médecine nutritionnelle personnalisée pourrait sauver plus de 25 000 vies par année au Canada. En plus d'une grande efficacité, celle-ci s'avère être l'une des mesures les plus rentables dans la lutte à l'obésité. Il n'existe pas, à ce jour, d'outil médical rapide pour évaluer globalement les habitudes en nutrition chez nos jeunes. Le questionnaire médical actuel ne peut malheureusement pas remplacer l'expertise des nutritionnistes-

diététistes à ce niveau. Cependant, un jeune qui ne déjeune pas, ne mangeant pas régulièrement, trop rapidement, se servant une deuxième assiette, consommant des sucres liquides (incluant les jus de fruits 100% naturels, les boissons énergisantes, les boissons gazeuses, les cafés aromatisés, etc.), ne mangeant pas un minimum de sept portions de légumes et fruits par jour et/ou rapporte des fringales incontrôlables à tous moments de la journée, représentent néanmoins des indices importants pouvant nous orienter vers une problématique nutritionnelle nécessitant l'intervention d'une équipe multidisciplinaire ainsi que la prise en charge par un nutritionniste-diététiste, surtout en présence d'embonpoint ou d'obésité. La collaboration de tous les intervenants autour de la problématique de l'obésité devient donc un élément crucial pour aider ces jeunes et essentiel pour arriver à obtenir des changements à l'échelle sociétale.

Références

1. Institut national de santé publique du Québec. Surveillance du statut pondéral mesuré chez les jeunes du Québec : état de situation. 2016 [EN LIGNE] https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2142_statut_ponderal_jeunes_quebec.pdf
2. Pereira, MA. Sugar-sweetened and artificially-sweetened beverages in relation to obesity risk. *Adv. Nutr* 2014;5:797-808.
3. DeBoer, MD et coll. Sugar-sweetened beverages and weight gain in 2 to 5 years old children. *Pediatrics* 2013;132:413-420.
4. Scharf, RJ et DeBoer, MD. Sugar-sweetened beverages and children's health. *Annu. Rev. Public Health* 2016;37:273-293.
5. Trumbo, PR. et Rivers, CR. Systematic review of the evidence for an association between sugar-sweetened beverage consumption and risk of obesity. *Nutrition Review* 2014;72(9):566-574.
6. Zheng M et coll. Liquid versus solid energy intake in relation to body composition among Australian children. *Journal Hum Nutr Diet* 2014;28(2):70-79.
7. WHO Report. Sugars intake for adults and children. [EN LIGNE] http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars_intake/en/
8. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Le sucre, les maladies du cœur et l'AVC. [EN LIGNE] <http://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/iavc/2017-position-statements/sucre-ps-fr.ashx>
9. Statistique Canada. Consommation de sucre chez les Canadiens de tous âges. [EN LIGNE] <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2011003/article/11540-fra.htm>
10. Vos, MB. et coll. Added sugars and cardiovascular disease risk in children (AHA Scientific Statement). *Circulation* 2016;134(22). Avant l'impression.
11. Rapport What We Eat in America. A closer look at current intake and recommended shifts. [EN LIGNE] <https://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/chapter-2/a-closer-look-at-current-intakes-and-recommended-shifts/#figure-2-10-food-category-sources-of-added-sugars-in-the-us-popu>
12. Santé Canada. Aliments et boissons. [EN LIGNE] <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/choose-choix/beverage-boisson/index-fra.php>
13. Coalition québécoise sur la problématique du poids. Une taxe sur les boissons sucrées dédiée à la prévention : pour des finances publiques saines 2016. [EN LIGNE] http://capp.qc.ca/documents/file/2016/me-moire_coalition-poids_budget-2016-2017_federal.pdf
14. Dietitian of Canada. Taxation and Sugar Sweetened Beverages: Position statement of Dietitians of Canada. [EN LIGNE] <https://www.dietitians.ca/Media/News-Releases/2016/SSBPosition>



Le tabagisme chez les jeunes. Des dommages immédiats et à long terme pour la santé cardiovasculaire.

Auteure : Claire Harvey, agente de communication et relations médias, Conseil québécois sur le tabac et la santé

Au Québec, comme ailleurs dans le monde, le tabagisme juvénile constitue un phénomène très inquiétant. Ce fléau favorise, entre autres, l'apparition de l'athérosclérose abdominale de l'aorte chez des jeunes de 25 à 34 ans et ceux-ci sont susceptibles de mourir prématurément à cause de cela¹. Bref, la plupart des jeunes fumeurs deviendront dépendants de la nicotine, auront beaucoup de difficulté à se libérer de ce produit et s'ajouteront, avec les années, aux adultes atteints d'une maladie causée par l'usage du tabac. État des lieux.

Plus de 12 000 adolescents québécois s'initient à l'usage du tabac chaque année², à l'âge moyen de 13,3 ans³, tandis que trois fumeurs sur quatre tombent dans ce piège avant l'âge de 20 ans. En raison de la très forte dépendance causée par la nicotine, environ trois adolescents fumeurs sur quatre continuent à le faire une fois adultes⁴. Plus on commence à fumer tôt, plus le risque de dépendance est élevé, plus il sera difficile d'arrêter et pires seront les méfaits pour la santé.

Comme le *Report of the Surgeon General*⁵ le souligne, le tabagisme juvénile entraîne des dommages immédiats, dont les effets se feront ressentir tout au long de la vie. Ainsi, le tabagisme constitue l'un des principaux facteurs de risque d'athérosclérose chez les adultes. Or, des études indiquent que le tabagisme accélère l'apparition des lésions dans l'aorte abdominale et dans l'artère coronaire descendante antérieure gauche chez les personnes qui fument depuis l'adolescence⁶ et que ces lésions sont plus sévères⁷. Des jeunes fumeurs ont ainsi reçu un diagnostic de lésion abdominale de l'aorte avant l'âge de 30 ans, ce qui augmente le risque d'anévrisme mortel.

La cigarette électronique

La popularité de la cigarette électronique chez les jeunes suscite également des inquiétudes. D'après un rapport du General Surgeon⁸ publié le 7 décembre 2016, la nicotine, qui crée une forte dépendance à tout âge, a des effets particulièrement toxiques sur le cerveau en développement des adolescents. Même si la cigarette électronique est moins nocive que la cigarette traditionnelle, plus riche en goudron, les scientifiques chargés de l'enquête ont déterminé que les aérosols produits par le vapotage peuvent exposer les autres à des produits chimiques potentiellement dangereux.



Cette enquête, la plus exhaustive à ce jour sur le sujet, a été effectuée par plus de 150 experts, alors que le vapotage atteint des proportions inquiétantes chez les jeunes Américains. La consommation de cigarette électronique a augmenté de 900 % parmi les élèves de 2001 à 2015. Au Québec aussi, ce produit attire beaucoup les jeunes. Selon une récente étude de l'Institut de la statistique du Québec⁹, un peu plus du quart (28 %) des élèves du secondaire l'ont déjà essayée. **En outre, 46 % des élèves du secondaire n'ayant jamais fait usage de la cigarette traditionnelle, mais ayant essayé la vapoteuse, n'excluaient pas la possibilité d'expérimenter la cigarette traditionnelle à l'avenir** (comparativement à 25 % chez ceux n'ayant pas essayé la cigarette électronique).



Le tabagisme chez les jeunes. Des dommages immédiats et à long terme pour la santé cardiovasculaire. (suite)

Des mesures nécessaires

La prévention du tabagisme juvénile constitue donc une priorité au Québec comme ailleurs au Canada. La Loi concernant la lutte contre le tabagisme, adoptée par le gouvernement du Québec en novembre 2015, comporte de nombreuses mesures audacieuses à cet égard : interdiction de toute saveur, incluant le menthol, dans les produits du tabac, mises en garde de santé standardisées, interdiction de fumer sur les terrasses et à neuf mètres de tout édifice public, assujettissement de la cigarette électronique à la Loi, etc.

Quant au gouvernement fédéral, il a déposé un projet de loi sur le tabac et les produits de vapotage le 22 novembre 2016. Cette mesure législative prévoit réglementer la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion des produits de vapotage et comprendrait des dispositions pour protéger les jeunes, par exemple en interdisant certains arômes, comme celle de bonbons. Selon l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues 2015, 26 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans ont déjà essayé la cigarette électronique, comparativement à 20 % en 2013. Ce projet de loi contribuera également à mettre en œuvre l'emballage neutre pour les produits du tabac.

Plus de travail doit aussi être fait pour diminuer la présence du tabac à l'écran. Au Québec, la publicité sur le tabac est interdite. Pourtant, on retrouve une proportion beaucoup plus grande de personnages qui fument dans les films que d'individus qui le font dans la vraie vie. Or, il est maintenant clairement démontré que plus les jeunes sont exposés à ce type de scènes, plus ils ont de risques de commencer à fumer¹⁰. On estime que 44 % des jeunes fumeurs sont initiés au tabagisme à cause d'une exposition répétée à des produits du tabac dans les films. Les groupes du secteur de la santé recommandent également au gouvernement de hausser les taxes sur les produits du tabac, à l'instar de l'Organisation mondiale de la Santé. Toute hausse se traduit par une diminution de l'usage du tabac parmi les adolescents et les jeunes adultes. Autant de stratégies qui contribueront à prévenir la consommation de tabac chez les jeunes de manière à éviter que toute une génération ne tombe dans le piège du tabagisme.

Références

1. *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012. p. 101 (http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2012/index.htm).
2. Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire 2013* (page 47). Population estimée (395 369 élèves), Institut de la statistique du Québec.
3. Op. cit. page 74. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alcool-tabac-drogue-jeu/tabac-alcool-drogue-jeu-2013.pdf>
4. *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults. A Report of the Surgeon General*, 2012. U.S. Department of Health and Human Services.
5. Op. cit.
6. Op. cit. p. 101.
7. Op. cit. p. 102.
8. https://e-cigarettes.surgeongeneral.gov/documents/2016_SGR_Exec_Summ_508.pdf
9. Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES)*, 2014. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alcool-tabac-drogue-jeu/tabac-alcool-drogue-jeu-2013.pdf>
10. U.S. Department of Health and Human Services, *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General* (http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2012/index.htm). U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012.
11. Le Québec respire mieux. Guide de pratiques visant à soutenir l'abandon du tabagisme à l'intention des conseillers en centres d'abandon du tabagisme et à la ligne j'Arrête, Service de la promotion des saines habitudes de vie de la Direction générale de la santé publique. Gouvernement du Québec, 2015.



Le tabagisme chez les jeunes. Des dommages immédiats et à long terme pour la santé cardiovasculaire. (suite)

Comment intervenir auprès des adolescents?	
Que dire à des jeunes qui fument? Comment prendre en compte les caractéristiques propres à cette période de la vie? L'aide-mémoire suivant ¹¹ peut vous aider à accompagner des adolescents dans leur démarche d'abandon du tabagisme.	
Pratiques	Exemples
Explorer l'histoire et les expériences tabagiques	Discuter d'éléments tels que : <ul style="list-style-type: none"> - moment de la première bouffée - produits essayés et consommés (p. ex., cigarette, cigarillo, cigarette électronique, pipe à eau, tabac à chiquer, produits du tabac aromatisés) - contexte de consommation
Utiliser un langage connu des jeunes	Être attentif au vocabulaire des jeunes et aux expressions qu'ils utilisent afin d'adapter son langage
Porter une attention particulière aux sujets qui préoccupent les jeunes	Faciliter un échange portant sur des éléments tels que : <ul style="list-style-type: none"> - relations avec les autres (parents, amis) - prise de poids - stress - recherche d'autonomie - perturbation émotionnelle
Impliquer les parents et les membres de la famille	Tenir des rencontres dans le milieu avec les parents
Tenir compte de la pression exercée par la famille et les pairs	Considérer les aspects suivants : <ul style="list-style-type: none"> - contexte familial et social - rapports avec l'autorité - entourage qui fume
Soutenir le développement de l'affirmation de soi et la capacité de repousser la pression	Discuter d'outils pouvant être utilisés afin de : <ul style="list-style-type: none"> - favoriser la construction de l'identité - développer de l'assurance et de la confiance en soi - composer avec la peur du jugement
Planifier des interventions de groupe	Favoriser la tenue de rencontres dans le milieu scolaire : <ul style="list-style-type: none"> - encourager les interactions avec les pairs
Travailler en collaboration	Solliciter le soutien et la collaboration de personnes ressources de l'établissement et du RTS (réseaux territoriaux de services de santé et de services sociaux) : <ul style="list-style-type: none"> - infirmière scolaire, travailleur social, psychoéducateur, médecin, intervenants de maison des jeunes, etc.

Élaboré à partir des travaux de Naar-King et Suarez, 2011; Dino et coll., 2011; Perkins, Conklin et Levine, 2008.



Maladie cardiaque et infections à pneumocoque ne font pas bon ménage!

Le pneumocoque est une bactérie qui peut affecter sérieusement votre santé. Si vous êtes atteint d'une maladie cardiaque, vous êtes plus à risque de contracter une infection à pneumocoque. Même s'il est possible de prévenir ces infections par la vaccination, chaque année, des dizaines de milliers de Québécoises et de Québécois en souffrent.

Cette bactérie s'attrape le plus souvent par contact avec les gouttelettes expulsées dans l'air par la toux ou les éternuements d'une personne infectée. Les infections à pneumocoque ne doivent pas être prises à la légère, car elles peuvent entraîner des complications nécessitant plusieurs jours d'hospitalisation ou de repos à la maison. La bactérie peut causer une infection des poumons, des méninges (membranes qui enveloppent le cerveau) ou du sang. Certaines de ces infections laissent des séquelles permanentes, telles que la surdité ou des dommages au cerveau, et peuvent même provoquer la mort dans certains cas. La plupart de ces derniers concernent de très jeunes enfants (âgés de moins de 5 ans) ou des personnes âgées (65 ans ou plus).

La vaccination demeure le meilleur moyen de vous protéger. Si vous ne vous êtes jamais fait vacciner contre les infections à pneumocoque, les possibilités sont nombreuses. Que ce soit au cours d'une visite chez votre médecin ou à l'occasion de la vaccination contre la grippe à l'automne, vous pouvez demander de recevoir le vaccin contre le pneumocoque. Chez l'adulte, une seule dose au cours de la vie est habituellement suffisante pour être protégé.

Au Québec, le vaccin est offert **gratuitement** aux bébés, aux personnes ayant une maladie chronique, comme une maladie cardiaque, ainsi qu'à toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Informez-vous auprès de votre CLSC, votre médecin ou votre pharmacien, ou visitez le portail santé mieux-être du gouvernement du Québec au www.sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/infections-a-pneumocoque/.

La vaccination, la meilleure protection!

**La vaccination,
la meilleure protection**

Vaccin contre le pneumocoque



Le risque de décès à la suite d'une infection à pneumocoque est plus grand pour les personnes qui souffrent de certaines maladies cardiovasculaires.

Pour recevoir le vaccin polysaccharidique gratuitement, informez-vous auprès de votre CLSC ou de votre médecin lors de votre prochaine visite.

Une seule dose au cours de la vie est habituellement suffisante. Vous pouvez le recevoir en même temps que celui contre la grippe.



Des mesures législatives pour améliorer la santé de nos jeunes

Auteur : Kevin Bilodeau, directeur, Relations gouvernementales, Québec, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC

La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (Cœur + AVC) déploie de nombreux efforts auprès des autorités gouvernementales pour que des politiques publiques soient mises en place pour améliorer l'alimentation des enfants. Pour ce faire, Cœur + AVC mène des actions à l'échelle nationale qui s'articulent principalement autour de deux enjeux : le marketing visant les enfants et la taxation des boissons sucrées. Dans le cadre du Mois du cœur, la fondation a participé à la publication de deux études intéressantes reliées à ces sujets. Les résultats obtenus apportent un éclairage nouveau sur l'urgence d'agir.

Interdiction du marketing ciblant les enfants

Dans une étude rendue publique au début du mois de février, la D^{re} Monique Potvin Kent, chercheuse et spécialiste du marketing de boissons et aliments et de l'alimentation chez les enfants, a analysé la publicité concernant de tels produits diffusée sur les dix sites Web les plus fréquentés par les enfants (2 à 11 ans) et les jeunes (12 à 17 ans) durant un an. Les résultats obtenus sont consternants.

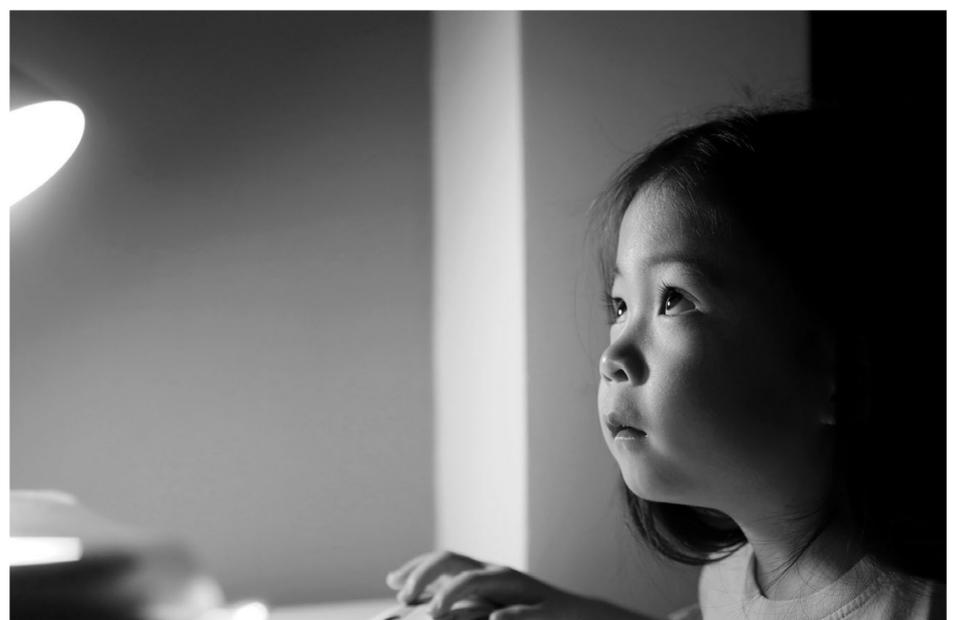
La chercheuse a constaté qu'au cours d'une seule année, les enfants ont été exposés à 25 millions d'annonces publicitaires sur des boissons et aliments, sur les 10 sites Web de l'étude, qui comprenaient entre autres des sites éducatifs et de jeux en ligne. Plus de 90 % des publicités sur des boissons et aliments vues en ligne par les enfants et les jeunes concernent des produits malsains; il s'agit d'aliments transformés et de boissons à forte teneur en gras, en sel ou en sucre. Les produits les plus souvent mis de l'avant sur ces sites Web sont des gâteaux, des biscuits, de la crème glacée, des céréales et des restaurants rapides (« fast-food »).

De plus en plus de données démontrent que les conséquences du marketing alimentaire continuent de faire des ravages sur la santé de la population canadienne. À titre d'exemple, en 2015, l'alimentation malsaine a entraîné environ 50 000 décès. De même, le taux d'obésité infantile a triplé depuis 1979. Pour la première fois, nous avons des

enfants qui ont passé leur vie entière à avoir un régime riche en aliments transformés et pauvre en aliments sains comme les légumes et fruits.

Une saine alimentation est l'un des facteurs les plus importants en ce qui concerne la santé, et les bonnes habitudes se prennent à un jeune âge. Pour les parents, la concurrence est forte entre les messages visant à instaurer de bonnes habitudes alimentaires et ceux valorisant des aliments malsains. Il apparaît évident que le taux d'obésité est influencé par la quantité de publicités à laquelle sont exposés les enfants et les jeunes. Ceci les met à risque de développer de nombreux problèmes de santé comme les maladies du cœur, l'AVC, le diabète et la dépression.

Il est de la responsabilité de nos gouvernements de limiter les dégâts à la source. Une réglementation qui restreint le marketing sur les aliments et boissons visant les enfants est un moyen efficace de protéger ces derniers et de soutenir leurs parents. Une loi interdisant la publicité destinée aux enfants est en place au Québec depuis 1980. Elle est associée à une diminution de 13 % de la probabilité d'acheter des repas rapides.



Des mesures législatives pour améliorer la santé de nos jeunes (suite)

C'est aussi dans cette province que l'on retrouve le taux d'obésité le plus faible au pays ainsi que le taux de consommation de légumes et fruits le plus élevé du pays chez les enfants de 6 à 11 ans. De toute évidence, l'exemple du Québec en quoi une telle législation peut améliorer la santé des jeunes canadiens.

Consommation de boissons sucrées : un problème de santé publique préoccupant

C'est bien connu, les Canadiens consomment trop de boissons sucrées. Plus troublant encore, les jeunes sont les plus grands consommateurs de ce type de boissons. Des chercheurs de l'Université de Waterloo ont récemment publié une **étude quantitative** qui dévoile l'ampleur de cette réalité.

Cette étude nous apprend que chaque Canadien a acheté une moyenne de 444 ml de boissons sucrées par jour. Ce chiffre est préoccupant, particulièrement lorsqu'on considère qu'il s'agit d'une moyenne par habitant.

Selon les chercheurs de cette étude, la consommation de boissons sucrées devrait entraîner plus de 63 000 décès et des coûts de plus de 50 milliards de dollars pour le système de santé au cours des 25 prochaines années. On prévoit aussi que la consommation de boissons sucrées au Canada sera responsable de plus de 1 million de cas d'embonpoint et de plus de 3 millions de cas d'obésité, de près de 1 million de cas de diabète de type 2, de 300 000 cas de cardiopathie ischémique, de 100 000 cas de cancer et de près de 40 000 AVC.

Il s'agit de projections statistiques, mais ces chiffres ont de quoi faire réfléchir. Pour se défendre, l'industrie martèle que la consommation de boissons gazeuses a diminué au cours des dernières années. Cependant, ce qu'elle ne dit pas, c'est que la vente totale de sucre liquide a, quant à elle, littéralement explosée :

- o Boissons énergisantes +638 %
- o Cafés sucrés +579 %
- o Eaux aromatisées +527 %
- o Yogourts à boire +283 %
- o Thés et tisanes sucrés +36 %
- o Lait aromatisé +21 %
- o Boissons pour sportifs +4 %

L'étude de l'Université de Waterloo nous apprend aussi que la mise en place d'une taxe de 20 % sur les boissons sucrées sauverait plus de 13 000 vies sur les 25 prochaines années. Elle permettrait aussi d'épargner 11,5 milliards de dollars en soins de santé et générerait 43,6 milliards de dollars en revenus au gouvernement. Cette mesure permettrait aussi de prévenir près de 100 000 cas d'embonpoint, plus de 600 000 cas d'obésité chez les adultes, 200 000 cas de diabète de type 2, plus de 60 000 cas de cardiopathie ischémique, plus de 20 000 cas de cancer et plus de 8 000 AVC, tout cela au Canada au cours des 25 prochaines années.

Les organismes de santé publique qui ont participé à l'étude souhaitent que les revenus récoltés par cette mesure soient réinvestis dans des initiatives de promotion d'un mode de vie sain. Il pourrait s'agir du financement de programmes visant à réduire le prix des légumes et fruits pour les rendre plus abordables pour les familles, ou des mesures visant à garantir l'accès à de l'eau potable et à du lait nature faible en gras au sein des communautés nordiques. Les jeunes pourraient, par exemple, bénéficier d'initiatives de promotion de l'activité physique ainsi que de programmes de repas scolaires sains, et améliorer leurs compétences nutritionnelles.

Force est d'admettre que cette taxe serait non seulement bonne pour la santé des finances publiques, mais surtout pour celle de nos concitoyens. Vous pouvez consulter un **résumé de l'étude de l'Université de Waterloo** sur le site Web de Cœur + AVC.



Produits alimentaires et boissons sucrées : des publicités, pour enfants, de mauvais goût!

Lettre ouverte publiée dans *Le Devoir* du 17 février 2017

Depuis de nombreuses années, l'Organisation mondiale de la Santé et organismes de santé publique sont montés aux barricades pour demander qu'on cesse de bombarder les enfants de publicités vantant des produits malsains.

Pendant ce temps, au Canada, l'industrie des aliments et boissons a préféré... s'autoréglementer. Force est d'admettre que cette volonté nous a tous conduits vers un cuisant échec. Cette initiative, qui n'est pas obligatoire, est basée sur des critères nutritionnels que l'industrie s'est elle-même fixés, peu sévères et parfois mensongers. Pire encore, une étude publiée plus tôt cette semaine par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC a démontré que le volume de publicité ciblant les enfants a même considérablement augmenté. Les investissements en publicités, qui atteignent le milliard de dollars, seront en partie responsables d'une crise de santé publique annoncée.

Cette étude sur les comportements publicitaires de l'industrie alimentaire nous pousse à réfléchir sérieusement sur les pratiques de cette industrie. Pendant un an, la docteure Monique Potvin Kent de l'Université d'Ottawa a étudié la publicité concernant les boissons et aliments présentés sur les dix sites Web les plus fréquentés par les enfants (2-11 ans) et les jeunes (12-17 ans). Les résultats ont de quoi vous jeter par terre.

Au cours d'une année, les enfants de 2 à 11 ans voient plus de 25 millions de publicités de boissons et aliments malsains. Ce nombre ne concerne que dix sites Web pour enfants. Il ne tient pas compte du marketing fait sur les autres sites, à la télévision, à l'épicerie et par leurs vedettes préférées. 93 % des publicités observées font la promotion de produits trop riches en sel, en gras ou en sucre.

Depuis 1979, le taux d'obésité infantile a triplé. Les jeunes Canadiens sont de plus en plus obèses et passent près de huit heures par jour devant des écrans. **Chaque année, l'obésité, les maladies du**

cœur et les AVC coûtent près de 30 milliards aux contribuables canadiens. Les aliments transformés représentant en moyenne 60 % des achats alimentaires des familles, soit le double de ce que nos grands-parents achetaient à la fin de la Seconde Guerre mondiale. On pose désormais des diagnostics de diabète de type 2 chez des jeunes de 5 ans, ce qu'on ne voyait jamais à un âge aussi précoce avant.

Voilà que les stratèges de l'industrie s'attaquent aux plus vulnérables, nos enfants, de futurs consommateurs : fidéliser le consommateur dès son jeune âge et influencer ses habitudes de consommation tout au long de son existence. Ce qui est malheureux, c'est que les bonnes habitudes alimentaires se prennent à un jeune âge.

Dans cette tempête commerciale, les parents ont un rôle indispensable à jouer. Cependant, avec l'arsenal budgétaire dont disposent les stratèges du marketing, la bataille se mène à arme inégale. La province de Québec fait figure d'exception en matière de marketing ciblant les enfants. La Loi sur la protection du consommateur (1980) interdit la publicité de tous biens et services destinée aux enfants de moins de 13 ans. Cette loi est bonne, mais il en faudrait bien plus pour lutter contre l'épidémie d'obésité qui fait des ravages chez nos enfants et ne cesse de progresser. Les restrictions publicitaires ne sont pas une solution miracle, mais c'est une arme efficace pour cesser le bombardement des publicités destinées aux jeunes.

Si l'État canadien a un rôle à jouer dans cette histoire, c'est celui d'un bon père de famille. Il a le pouvoir de contrôler les canaux de diffusion et mettre fin à la manipulation alimentaire de nos vulnérables enfants. Si rien n'est fait, c'est l'espérance de vie d'une génération entière qui diminuera!

D^{re} Julie St-Pierre, M.D., Ph. D., FAHA, FRCPC
Pédiatre spécialisée en obésité infantile
Présidente du Réseau d'action en santé cardiovasculaire (Clinique 180)

