

Promotion de la santé en services de santé de proximité : importance de cibler les signes vitaux du mode de vie

Jean-Pierre Després, Ph. D.

Natalie Alméras, Ph. D.

Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval

FAITS SAILLANTS

- Notre système de santé, basé sur la légitime gestion de la maladie, procure une espérance de vie enviable à notre population. Cependant, ce résultat à prime abord favorable s'obtient par le biais de procédures médicales et des traitements très coûteux qui ne seront pas en mesure de gérer la demande sans cesse croissante pour des soins.
- Comme plus de la moitié de la mortalité et de la morbidité est attribuable à notre mode de vie, il importe de mesurer et de cibler ce que nous avons appelé les « signes vitaux du mode de vie ».
- Les facteurs de risque comportementaux du mode de vie sont aussi importants que les facteurs de risque biologiques dans la modulation du risque de développer des maladies chroniques sociétales telles que le diabète de type 2 (DT2) et les maladies cardiovasculaires (MCV).
- Ces « signes vitaux du mode de vie » ne sont pas couramment évalués en pratique clinique; le tour de taille et la condition cardiorespiratoire sont des facteurs de risque qui devraient systématiquement être mesurés et suivis dans toute la population québécoise en tant que nouveaux « signes vitaux ».
- Même si tous les guides de pratique clinique soulignent que l'alimentation et l'activité physique sont à la base de la prise en charge et de la prévention du DT2 et des MCV, les services de santé de proximité ne sont malheureusement ni configurés ni outillés pour mesurer et cibler ces comportements.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Les maladies chroniques sociétales représentent une charge énorme pour le système de santé avec des conséquences majeures pour l'économie; les coûts sont estimés à 8,1 milliards de dollars au Québec en 2013 (1). De plus, l'Organisation mondiale de la Santé considère que 71 % des décès à l'échelle mondiale sont attribuables aux maladies chroniques dites de société qui résultent de quatre comportements : le tabagisme, la surconsommation chronique d'alcool, la mauvaise alimentation, la sédentarité et l'inactivité physique (2).

Afin de prédire le risque d'accidents cardiovasculaires, des indicateurs simples de notre mode de vie (incluant la qualité de notre alimentation et l'activité physique) sont tout aussi importants que le cholestérol sanguin, l'hypertension artérielle (HTA) et le DT2 (3). Pourtant, ils ne sont pas couramment évalués en pratique clinique, comme le montre une étude pancanadienne conduite auprès de médecins généralistes dans laquelle moins du tiers d'entre eux soulevaient la question de l'alimentation auprès de leurs patients ayant un DT2, alors que moins d'un médecin sur cinq abordait le sujet de l'activité physique (4).

La prévention primaire des MCV pratiquée en médecine de première ligne vise essentiellement les facteurs de risque traditionnels (cholestérol, HTA, DT2), mais ne permet pas de mesurer et de cibler des facteurs de risque comportementaux pourtant incontournables.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

1. Les comportements : des facteurs de risque sous-estimés

En 2010, l'*American Heart Association* a introduit un concept révolutionnaire : faire la promotion de la santé cardiovasculaire idéale (3). Sept indicateurs de la santé cardiovasculaire idéale (*Life's Simple 7*) (3) ont été identifiés et révisés en 2022 pour inclure 8 facteurs (*Life's Essential 8*) (5) : quatre facteurs de risque biologiques classiques (cholestérol normal, tension artérielle normale, absence de DT2, indice de masse corporelle [IMC] normal) et quatre indicateurs de comportements (non-fumeur, qualité nutritionnelle élevée, au moins 150 minutes/semaine d'activité physique, sommeil suffisant et de qualité) qui viennent s'ajouter à l'absence de signes cliniques de MCV. Plusieurs études prospectives confirment l'efficacité de ces indicateurs dans la détermination du risque de MCV (6,7).

Ainsi, même chez les individus avec une concentration de cholestérol normale, sans HTA et exempts de DT2, la présence de facteurs de risque comportementaux est, malgré tout, associée à une augmentation importante de l'incidence des MCV (7,8).

Les conclusions de ces travaux sont claires : les facteurs de risque comportementaux sont aussi importants que les facteurs de risque biologiques dans la modulation du risque de développer les MCV.

Force est donc d'admettre que même si tous les guides de pratique clinique soulignent que l'alimentation et l'activité physique sont à la base de la prise en charge et de la prévention du DT2 et des MCV, le milieu clinique n'est malheureusement ni configuré ni outillé pour mesurer et cibler ces comportements (4).

2. L'obésité abdominale : faire du tour de taille un signe vital

La progression de l'obésité dans le monde est associée à une pléiade de problèmes de santé et à une mortalité accrue. Toutefois, il existe des différences interindividuelles spectaculaires dans le profil de santé de personnes qui ont pourtant le même niveau de surpoids ou d'obésité, certains individus étant beaucoup plus affectés que d'autres.

Certains individus accumulent de la graisse dans leur cavité abdominale (obésité viscérale) alors que d'autres l'accumulent sous la peau (obésité sous-cutanée). Ainsi, les individus qui présentent un surpoids ou une obésité, qui sont hypertendus, qui ont des anomalies des lipides sanguins et qui sont à risque pour le DT2 ont des quantités élevées

de graisse dans leur cavité abdominale, alors que les individus qui ont de faibles quantités de graisse viscérale ne présentent pas ces facteurs de risque. Cependant, cette graisse interne invisible ne peut pas être mesurée par l'IMC qui est le rapport du poids sur la taille (kg/m^2).

En 1994, nos travaux ont suggéré que la simple mesure du tour de taille permettait, à n'importe quelle valeur d'IMC (« normale », « surpoids » ou « obésité »), d'identifier les individus plus à risque de développer des maladies chroniques (9). De nombreuses grandes études internationales ont confirmé la pertinence clinique de cette mesure (10). Ainsi, le risque de développer des problèmes de santé ou même de mortalité s'accroît avec l'augmentation de la circonférence de la taille.

À ce sujet, en 2019, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a publié que l'obésité abdominale avait doublé en 30 ans au Québec (11). Tout aussi alarmant, un individu sur cinq dont le poids est considéré comme normal montre un tour de taille élevé.

Le tour de taille devrait être considéré comme un « signe vital » à mesurer en clinique et inscrit dans le dossier médical de tous les patients.

3. La condition cardiorespiratoire : un facteur de risque à ne pas négliger

Une faible condition cardiorespiratoire (CCR) est le résultat d'un mode de vie sédentaire et d'une pratique insuffisante d'activité physique. Chez une personne très sédentaire, marcher régulièrement contribuera à améliorer sa CCR.

De nombreux travaux de recherche ont montré qu'une faible CCR était le facteur de risque le plus important pour le développement des maladies chroniques, bien plus important même que le cholestérol sanguin, l'HTA ou le DT2 (12).

En 2025, il est inconcevable que la CCR, le facteur de risque le plus important pour le développement des maladies chroniques, ne soit pas considérée comme un signe vital à mesurer de façon systématique en clinique. En effet, la CCR constitue le plus important indicateur de la trajectoire de vie en santé ou malade des Québécoises et des Québécois de tout âge.

À cet effet, il y a tellement de personnes sédentaires en mauvaise CCR dans le monde que la prestigieuse revue médicale *The Lancet* rapportait, il y a quelques années déjà, qu'il y a maintenant plus de mortalité résultant de l'inactivité physique que de décès attribuables au tabac (13).

4. Des services de santé de proximité en évolution

Le système de santé actuel, majoritairement orienté vers un système de gestion de la maladie, ne permet pas de développer des solutions durables aux problèmes de santé comme l'épidémie d'obésité et de DT2 (la forme associée à nos habitudes de vie) et de maladies cardiorespiratoires.

Malheureusement, les données dont nous disposons révèlent que seulement une minorité de personnes affligées de maladies chroniques, comme le DT2, entendent parler de nutrition et d'activité physique par leur médecin de famille (4).

Les médecins de famille du Québec sont bien formés à porter attention aux facteurs de risque classiques. Cependant, ils sont moins outillés lorsque vient le temps de cibler les

habitudes de vie de leurs patientes et patients, comme la qualité de leur alimentation, leur niveau de sédentarité et leur pratique d'activité physique.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

La pratique médicale ne s'est toujours pas ajustée à la science de la prévention. Ainsi, on ne mesure toujours pas la qualité de notre alimentation ni notre niveau d'activité physique, et encore moins notre tour de taille, bien que ces comportements et indicateurs de santé soient des déterminants critiques des trajectoires de vie en santé ou vers une maladie chronique. Suivre l'évolution de la CCR devrait également faire partie des indicateurs de santé à la disposition des Québécoises et des Québécois ainsi que de l'État.

Des solutions innovantes doivent donc être déployées et évaluées à l'échelle de la population tout en fournissant aux patientes et aux patients des services de santé de proximité une boîte à outils et un tableau de bord complet leur permettant de suivre et d'améliorer les différentes dimensions de leur santé. Ainsi, il faut faire le pont entre les approches populationnelles et une offre de service de santé de proximité renouvelée en matière de promotion de la santé ciblant le mode de vie.

L'optimisation de l'accès et de la prise en charge en première ligne pourrait passer par la répartition de certaines activités de prévention et de promotion vers d'autres professionnels, libérant ainsi les infirmières cliniciennes et les infirmiers cliniciens pour d'autres soins aigus ou chroniques. La collaboration interprofessionnelle est primordiale pour le développement d'une trajectoire de soins en service de santé de proximité et permettrait également d'intégrer l'évaluation et la prise en charge des habitudes de vie dans un objectif de prévention et de promotion d'une santé durable.

Pour ce faire, il est proposé : 1) d'intégrer des kinésiothérapeutes comme intervenants pivots aux soins de proximité et une ou un nutritionniste afin de venir soutenir l'équipe clinique en ce qui concerne l'évaluation et la prise en charge des habitudes de vie; 2) de tracer la trajectoire de prise en charge des habitudes de vie la plus optimale en contexte de soins de proximité, et 3) de suivre les marqueurs comportementaux de santé cardiovasculaire (nutrition et activité physique) et de santé durable (tour de taille, CCR), ainsi que leur impact sur la santé cardiométabolique.

La place du kinésiothérapeute en service de santé de proximité est donc tout indiquée dans une perspective de collaboration interprofessionnelle avec les autres intervenant(e)s, particulièrement les infirmier(ère)s, dans le cadre des activités partageables touchant l'éducation à la santé, l'évaluation et la prise en charge des habitudes de vie pour une meilleure santé cardiovasculaire et un soutien à l'autogestion. Cette collaboration interprofessionnelle peut également s'adresser à d'autres professionnels de la santé, notamment aux nutritionnistes.

RÉFÉRENCES

1. Bounajm F, Dinh D and Thériault L. Améliorer les habitudes de vies : Des retombées importantes pour la santé et l'économie du Québec. Conference Board du Canada. Novembre 2014.
2. Organisation mondiale de la Santé. Maladies non transmissibles. 1er juin 2018; <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Accédé le 30 juin 2022.
3. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel LJ, Van Horn L, Greenland K, Daniels S, Nichol G, Tomaselli GF, Arnett DK, Fonarow GC, Ho PM, Lauer MS, Masoudi FA, Robertson RM, Roger V, Schwamm LH, Sorlie P, Yancy CW and Rosamond WD. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation*. 2010;121:586-613.
4. Teoh H, Després JP, Dufour R, Fitchett DH, Goldin L, Goodman SG, Harris SB, Langer A, Lau DC, Lonn EM, Mancini GB, McFarlane PA, Poirier P, Rabasa-Lhoret R, Tan MK and Leiter LA. A comparison of the assessment and management of cardiometabolic risk in patients with and without type 2 diabetes mellitus in Canadian primary care. *Diabetes Obes Metab*. 2013;15:1093-100.
5. Lloyd-Jones DM, Allen NB, Anderson CAM, Black T, Brewer LC, Foraker RE, Grandner MA, Lavretsky H, Perak AM, Sharma G, Rosamond W and American Heart A. Life's Essential 8: Updating and enhancing the American Heart Association's construct of cardiovascular health: A Presidential Advisory from the American Heart Association. *Circulation*. 2022:101161CIR0000000000001078.
6. Wu S, Huang Z, Yang X, Zhou Y, Wang A, Chen L, Zhao H, Ruan C, Wu Y, Xin A, Li K, Jin C and Cai J. Prevalence of ideal cardiovascular health and its relationship with the 4-year cardiovascular events in a northern Chinese industrial city. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2012;5:487-93.
7. Artero EG, Espana-Romero V, Lee DC, Sui X, Church TS, Lavie CJ and Blair SN. Ideal cardiovascular health and mortality: Aerobics Center Longitudinal Study. *Mayo Clin Proc*. 2012;87:944-52.
8. Lachman S, Peters RJ, Lentjes MA, Mulligan AA, Luben RN, Wareham NJ, Khaw KT and Boekholdt SM. Ideal cardiovascular health and risk of cardiovascular events in the EPIC-Norfolk prospective population study. *Eur J Prev Cardiol*. 2016;23:986-94.
9. Pouliot MC, Després JP, Lemieux S, Moorjani S, Bouchard C, Tremblay A, Nadeau A and Lupien PJ. Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and women. *Am J Cardiol*. 1994;73:460-8.
10. Ross R, Neeland IJ, Yamashita S, Shai I, Seidell J, Magni P, Santos RD, Arsenault B, Cuevas A, Hu FB, Griffin BA, Zambon A, Barter P, Fruchart JC, Eckel RH, Matsuzawa Y and Després JP. Waist circumference as a vital sign in clinical practice: a Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity. *Nat Rev Endocrinol*. 2020;16:177-189.
11. Arsenault B, Plante C, Hamel D and Després JP. Prévalence de l'obésité abdominale et évolution du tour de taille mesuré chez les adultes québécois. 2019:13.

12. Ross R, Blair SN, Arena R, Church TS, Després JP, Franklin BA, Haskell WL, Kaminsky LA, Levine BD, Lavie CJ, Myers J, Niebauer J, Sallis R, Sawada SS, Sui X, Wisloff U, American Heart Association Physical Activity Committee of the Council on L, Cardiometabolic H, Council on Clinical C, Council on E, Prevention, Council on C, Stroke N, Council on Functional G, Translational B and Stroke C. Importance of assessing cardiorespiratory fitness in clinical practice: a case for fitness as a clinical vital sign: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2016;134:e653-e699.
13. Wen CP and Wu X. Stressing harms of physical inactivity to promote exercise. *Lancet*. 2012;380:192-3.

Cet avis a été produit dans le cadre d'une démarche de mobilisation des connaissances des deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec (IUPLSSS du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et VITAM – Centre de recherche en santé durable du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale). Il a été publié dans : *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts*.

Cette initiative visait à dresser un état de situation des soins et des services de première ligne au Québec en regroupant les avis scientifiques de nombreux chercheurs et chercheuses dans le domaine.