

Dossier > obésité

par Fabienne Papin

L'épidémie d'obésité : un échec de la médecine ?

« L'obésité, n'en déplaise aux détracteurs du Dr Gaétan Barrette, est un sujet beaucoup plus complexe et intriqué que ce que l'on pense. Nous, les chirurgiens bariatriques, malgré les succès prodigieux de nos interventions, jouons avec des facteurs très mal connus, comme des apprentis sorciers, en tout cas pour le moment », avoue le Dr Pierre Jetté, chirurgien général et bariatrique à l'Hôpital Pierre-Boucher de Longueuil.

Depuis 30 ans, les approches médicales et diététiques ont montré leurs limites. Le maintien du poids pose problème et ce n'est pas seulement la faute des malades. À long terme, en fait, seule la prévention dès le plus jeune âge offre une réelle chance de combattre l'obésité à l'échelle populationnelle. Évidemment, à titre individuel, en cas d'obésité modérée, il est toujours possible pour une personne d'arriver à perdre du poids, mais, actuellement, seule une approche chirurgicale donne de réels résultats en cas d'obésité sévère.

Ce n'est pas pour rien que l'on assiste à une épidémie d'obésité. La solution miracle pour traiter ou prévenir cette problématique n'existe tout simplement pas encore ! Chaque fois que l'on pense avoir la ou les solutions, on s'aperçoit que l'on n'a pas toutes les données ou qu'il est impossible de reproduire les résultats obtenus. La problématique du surpoids concerne pourtant un tiers de la population « et il faut absolument continuer à chercher et peut-être regarder cela autrement ! » dit le Dr Jetté.

Jusqu'à présent, notre regard scientifique a porté successivement, ou simultanément parfois, sur l'obésité, sur le comportement et sur l'alimentation. « Mais il y a peut-être des choses que l'on ne comprend pas encore », souligne le chirurgien.

Certains microbiologistes estiment ainsi qu'une nouvelle piste de recherche pourrait venir du micro-

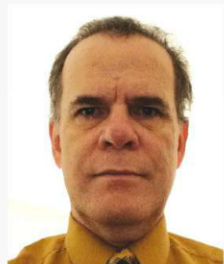
biome. C'est qu'au-delà de nos cellules, le corps humain héberge une multitude de bactéries qui influent sur notre santé.

« Les études commencent à montrer que la diversité microbienne n'est pas la même entre les gens obèses et ceux qui ont un poids santé. Ce ne sont pas les mêmes bactéries que l'on retrouve chez les uns et les autres, ce qui pourrait venir conditionner, d'une certaine façon, l'expression de l'obésité chez un individu ou un autre », explique Patrick D. Paquette, président de l'Association des microbiologistes du Québec.

Des études chez des souris minces ont montré que leur microbiome les protégeait de l'obésité. Et il a aussi été prouvé, à l'inverse, que certains microbiomes favorisent le développement de l'obésité. De plus, en comparant des populations obèses, des chercheurs se sont rendu compte que la pauvreté du microbiote – tant en diversité qu'en abondance – serait un témoin du risque d'avoir des complications liées à l'obésité. Ces découvertes suscitent plus de questions que de réponses, mais elles ont au moins le mérite d'ouvrir de nouvelles perspectives. « Il ne faut pas nécessairement mettre toute la faute sur nos comportements. Les bactéries ont aussi leur mot à dire », précise le microbiologiste.

DES INDIVIDUS DERRIÈRE LES OBÈSES

« Derrière chaque obèse, il y a un individu, et cet individu ne peut être



DR PIERRE JETTÉ, CHIRURGIEN GÉNÉRAL ET BARIATRIQUE À L'HÔPITAL PIERRE-BOUCHER DE LONGUEUIL



LAURETTE DUBÉ, PROFESSEURE À LA FACULTÉ DE MANAGEMENT DESAUTELES

dissocié de l'écosystème dans lequel il se trouve », ajoute Laurette Dubé, professeure à la faculté de Management Desautels et présidente fondatrice et directrice scientifique du Centre de la convergence en santé et économie de l'Université McGill.

La lutte contre l'obésité ne peut pas seulement passer par la science de la maladie ou la science de la nutrition, c'est aussi une question de compréhension de l'influence de l'environnement sur l'individu. Et ce n'est pas simple. « Ultérieurement nous sommes tous responsables de nos choix, mais ces choix ne sont pas toujours conscients et ils sont influencés par les environnements dans lesquels on vit », précise la Dre Yun Jen, médecin-conseil à l'unité Habitudes de vie de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). « On a un environnement obésigénique », résume la Pre Dubé. Pour comprendre l'épidémie d'obésité, il faut accepter que nos comportements dépendent de choix « motivés » qui sont le résultat de l'évolution humaine, c'est-à-dire « ancrés dans des mécanismes de réaction et de renforcement en réponse à l'environnement ».

L'équipe de la Pre Dubé a ainsi prouvé que si on est de bonne humeur, on a plus tendance à décider de manger santé. Et les réponses à l'environnement varient selon les individus. « L'environnement physique, commercial et social auquel on est exposé le plus tôt dans la vie est celui qui a le plus d'influence », précise la chercheuse. Si on veut agir efficacement, il faut donc faciliter les choses le plus possible pour que les personnes puissent acquérir des habitudes de

vie saines dès leur plus jeune âge. Pour cela, il faut changer la dynamique par laquelle on essaie de lutter contre l'obésité. « On nous dit que nous devons arriver à réduire le sucre, le gras et les calories, mais sans nous dire comment », continue-t-elle.

À son avis, le défi est plutôt d'arriver à démontrer quels sont les changements comportementaux et environnementaux les plus efficaces et durables. Ce que permettent les sciences de la complexité en aidant à explorer différents scénarios grâce à la modélisation (voir à la page 15 « Une maladie dangereuse pour la survie du système de santé »).

Rien, en effet, n'est plus difficile que de perdre du poids. « Les gens veulent une solution miracle ou une pilule qui va faire en sorte qu'ils vont perdre du poids rapidement. Et dans certains cas, ils perdent du poids rapidement, mais ils le regagnent aussi rapidement. On entre alors dans le phénomène du yoyo, de la frustration. C'est un cercle vicieux qui n'a pas de fin et qui, au bout du compte, ne règle rien », déclare la Dre Jen.

« Et il faut se restreindre de plus en plus pour perdre du poids. Perdre 10 livres, c'est déjà super difficile. Mais en perdre 30 ou 50, c'est exponentiellement difficile », précise le Dr Jetté. Normalement, le corps est composé de 15 % à 20 % de lipides pour un homme et de 20 % à 25 % pour une femme. Dans le cas d'un obèse sévère, on parle de 40 % à 70 % de lipides. Ce qui est normal, explique le chirurgien. « Quand on perd du poids, on perd surtout des protéines, mais quand on a un regain de poids après une diète, ce sont surtout les lipides qui augmentent. » <

Le système pour répon

« Un programme organisé d'accompagnement intensif des personnes obèses par leur médecin de famille conduirait à un gain annuel de 40 000 années de vie en bonne santé », estiment les experts de l'OCDE (voir graphique).

Pas si simple, réplique la Pre Laurette Dubé, directrice scientifique du Centre de la convergence en santé et économie de l'Université McGill, pour qui « le médecin a certes la crédibilité comme guide personnel en matière de santé, mais ni assez de temps ni les incitatifs financiers pour faire ce travail, pour lequel il serait pourtant bien placé dans le contexte clinique actuel ». Pour pouvoir capitaliser sur le pouvoir de persuasion du médecin, il faudrait lui donner plus de 10 minutes pour agir et aussi trouver un autre moyen de le rémunérer qu'un système basé sur l'acte médical.

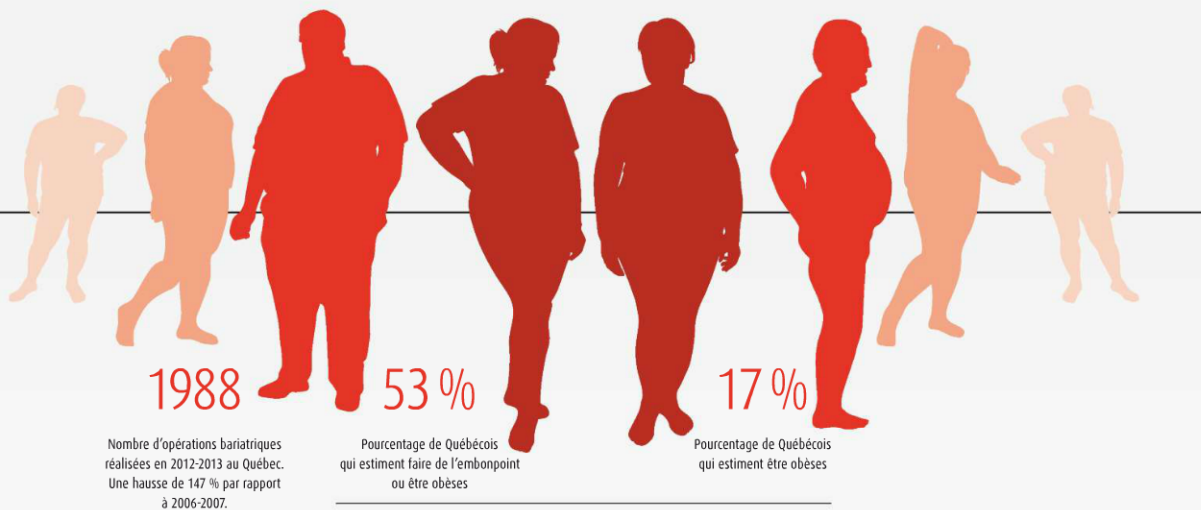
En attendant, comme l'adage le dit, se comparer, c'est se rassurer. « Le système de santé le plus progressif en matière d'obésité au Canada est celui du Québec », assure le Dr Pierre Jetté, chirurgien bariatrique à Longueuil. Dans notre province, ce ne sont pas des fonctionnaires qui décident des patients à opérer selon des codes d'acceptation, mais bien le médecin, au meilleur de ses connaissances médicales et en fonction du patient qu'il a en face de lui.

Au Québec, on opère environ 1 % des personnes obèses, ce qui est loin des 20 % à 30 % qui pourraient bénéficier d'une chirurgie bariatrique. Mais c'est « très honorable », assure le Dr Jetté pour

GAIN DE SANTÉ EN FONCTION DE L'INTERVENTION

Années de vie ■ Années de vie en bonne santé (DALY) ■

Accomp. intensif par un méd-diététicien	25445	39794
Mesures fiscales	8510	14336
Accompagnement par un médecin	7281	11951
Réglementation de la publicité alimentaire	6411	10525
Interventions en milieu professionnel	5798	9613
Étiquetage nutritionnel des aliments	4478	6713
Autorégulation de la publicité alimentaire	3672	5683
Campagnes dans les médias de masse	2871	3757
Interventions en milieu scolaire	1855	3724



Sources : Statistique Canada et INSPQ

de santé est-il le mieux placé dre à l'épidémie d'obésité ?

qui il faut comprendre qu'il y a beaucoup d'autres besoins dans le système. « Il n'y a pas si longtemps, on était à 0,2 % ou à 0,3 %. Bien sûr, si on pouvait opérer 2 % des gens par année, cela serait déjà suffisant pour améliorer vraiment la situation. »

INTERVENTION CLINIQUE GRADUÉE EN ÉQUIPE...

Pour la Dre Marie-France Langlois, directrice médicale de l'unité métabolique ambulatoire du service d'endocrinologie du CHUS, l'important est d'avoir des équipes pluridisciplinaires à même d'offrir une réponse graduée en fonction des besoins. Les CSSS, et plus particulièrement les CLSC, peuvent organiser des activités de groupe pour les personnes qui ont un problème de poids et des facteurs de risque moins importants. Avec la médecine de première ligne, « on ajoute une couche » en proposant des interventions plus individualisées afin d'aider les gens à modifier leurs habitudes de vie non seulement en matière d'alimentation et d'activité physique, mais aussi de gestion du stress et du sommeil. Enfin, il faut des centres spécialisés pour aider au traitement des patients qui ont une obésité plus sévère. Le CHU de Sherbrooke a d'ailleurs choisi de les regrouper dans une clinique médico-chirurgicale intégrée du traitement de l'obésité. « C'est une porte d'entrée unique où l'on a plusieurs outils d'accompagnement dans le changement des habitudes de vie, avec une approche psychologique pour les gens qui ont des problèmes de comportement alimentaire et la chirurgie bariatrique, qui fait partie des options thérapeutiques. » Cette approche concertée permet, selon le médecin, de mieux accompagner les patients dans le choix du meilleur traitement pour chacun d'entre eux.

Pour la Dre Julie St-Pierre, pédiatre à Chicoutimi et lipidologue, au-delà de leur travail clinique auprès des patients et de leur famille, les médecins ont un rôle de conseiller à jouer auprès des décideurs. « Les grands

mouvements nationaux, comme *Let's move*, de Michelle Obama, passent par les associations médicales pour avoir leur appui avant de débiter. C'est un bon moyen de s'assurer qu'une approche est basée sur les preuves scientifiques », indique-t-elle. Elle a d'ailleurs participé au comité de l'obésité de l'American Heart Association, qui a approuvé le programme destiné à combattre l'obésité infantile que soutient la Première dame des États-Unis.

Au Québec, la pédiatre n'hésite pas non plus à aller à la rencontre des milieux d'affaires. En deux ans, elle a rencontré plus de 200 personnalités d'affaires du Saguenay-Lac-Saint-Jean ou de Montréal pour les informer des enjeux de l'obésité, mais aussi pour les inciter à mettre la main à la poche et à financer des initiatives en faveur de la lutte contre l'obésité.

Pour elle, il est indispensable de rapprocher les deux communautés. À tel point qu'elle a créé, avec l'aide du Dr Paul Poirier, cardiologue à Québec, le Réseau d'action en santé cardiovasculaire, un organisme où siègent aussi des administrateurs de grandes entreprises. Sa mission est de trouver de nouvelles solutions pour aider les médecins à s'impliquer dans la prise en charge de l'obésité chez les jeunes, selon une approche populationnelle basée sur l'éducation aux familles et un suivi par une équipe multidisciplinaire motivationnelle.

À la suite de cette initiative et de la création de la clinique 180 consacrée à l'obésité et à la prévention des maladies cardiovasculaires, aujourd'hui, dans sa région, les gens d'affaires aident les professionnels de la santé à sensibiliser la population à l'idée de moins consommer de sucres. De leur côté, les professionnels de la santé n'hésitent pas à participer à des collectes de fonds pour récupérer de l'argent destiné à financer le salaire d'une nutritionniste ou à réclamer auprès de la municipalité un meilleur accès à des pistes cyclables.



DRE YUN JEN, MÉDECIN-CONSEIL À L'INSPQ

... MAIS AUSSI SOCIÉTALE

Pas de doute pour elle, le médecin a un rôle primordial à jouer dans la lutte contre l'obésité sur le plan clinique comme sur le plan sociétal. « Les gens d'affaires ont besoin de notre esprit critique pour traduire ce que cela peut représenter comme coût pour la santé au Québec et au Canada », dit-elle. Une implication qui va exactement dans le sens de ce qu'éssaie de promouvoir la santé publique au Québec. Un des enjeux avec l'obésité est qu'il n'y a pas qu'une seule réponse. Le problème est complexe, la réponse aussi.

« Le médecin n'a pas les leviers d'influence nécessaires pour agir sur nos environnements », reconnaît la Dre Yun Jen, médecin-conseil à l'INSPQ. En revanche, il peut utiliser sa crédibilité et sa notoriété à titre de professionnel de la santé pour plaider en faveur d'environnements plus favorables à de saines habitudes de vie. « Je reste convaincue que même si les cliniciens ne travaillent pas dans les municipalités, ils ont un rôle très important à jouer pour nous aider à transmettre ce message auprès de leurs patients ou à titre de citoyens auprès des décideurs, en exprimant sur l'importance d'avoir des milieux de vie sains », affirme-t-elle.

Du côté de la santé publique, on est en effet passé à une approche environnementale : « Le prochain pro-

SUITE À LA PAGE 20 >

Un moyen sécuritaire et intelligent de gérer vos médicaments et vaccins



L'application *l'information est la meilleure prescription* « MediCarnet » est disponible gratuitement pour iPad, Android et Blackberry 10. Elle est conçue, développée et appuyée par des associations canadiennes de soins de santé de premier plan qui ont à cœur votre santé.

l'informationestlamelleureprescription.org



Cette application vous est offerte par :



HEALTH STARTS AT HOME
LA SANTÉ COMMENCE CHEZ VOUS!



Malade d'obésité ?

Pour l'Organisation mondiale de la santé, la cause est entendue depuis 1997. Pour l'American Medical Association (AMA), la lutte a été plus longue. C'est seulement en 2013 qu'elle a reconnu l'obésité comme une maladie à part entière. Et cela a pris tout un débat, pas vraiment clos 18 mois plus tard...

Certains opposants affirment encore aujourd'hui que cette décision revient à ouvrir la porte à la vente de médicaments antikirlos et à la multiplication des chirurgies bariatriques. Les assurances ne remboursent en effet les traitements que s'ils sont prescrits pour traiter une maladie reconnue comme telle. D'autres estiment que l'AMA a fait de l'obésité une fatalité qu'décuplabilise certes les caractéristiques ou de symptômes dus à l'obésité, de même que le manque de preuves quant à un lien de causalité de l'obésité avec la morbidité et/ou la mortalité. Selon ses experts, l'obésité aurait dû rester un facteur de risque aggravant de certaines maladies, comme le diabète ou l'hypertension. D'autant que le barème utilisé pour détecter l'obésité, l'indice de masse corporelle (IMC), est décrié. Enfin, pour certains, la médicalisation d'une question aussi complexe que l'obésité (voir encadré « Une maladie dangereuse pour la survie du système de santé » (page 15), en décuplant les coûts de santé, risque d'entraîner la faillite de notre système de santé.

L'AMA justifie quant à elle sa décision en expliquant que reconnaître l'obésité comme une maladie permettra d'aider à changer la façon dont la communauté médicale l'abordera.

Pour les médecins spécialistes de l'obésité, il est important de reconnaître l'obésité comme une maladie



LA DRE JULIE ST-PIERRE, PÉDIATRE À CHICOUTIMI

et tous la traitent comme telle depuis de nombreuses années.

Comment pourrait-il en être autrement avec « au-delà de 40 complications métaboliques, lipidiques, orthopédiques et même psychologiques reconnues qui touchent différents systèmes du corps humain » ? demande la Dre Julie St-Pierre, pédiatre à Chicoutimi et lipidologue réputée dans le monde entier. « L'obésité remplit tous les critères d'une maladie, et l'on sait maintenant qu'elle est liée au métabolisme. D'ailleurs, une vaste étude québécoise a montré qu'il y avait neuf fois moins de problèmes et de mortalité après une chirurgie bariatrique », renchérit le Dr Pierre Jetté, chirurgien bariatrique.

« C'est un problème hétérogène, mais pour moi il n'y a pas de doute, c'est une maladie chronique », analyse pour sa part la Dre Marie-France Langlois, endocrinologue et chercheuse au CRC-Étienne LeBel du CHU de Sherbrooke. Elle rappelle d'ailleurs que dans 2 % à 4 % des cas, c'est la mutation d'un seul gène qui cause l'obésité sévère. Mais à son avis, insister sur le fait que l'obésité est une maladie ne veut pas dire que les habitudes de vie n'ont pas aussi leur rôle à jouer. En effet, si 30 % à 70 % de notre poids est dé-

terminé par nos gènes, l'adoption de saines habitudes de vie permet clairement de réduire les risques pour la santé.

LE SURPLUS DE POIDS VA DE PAIR AVEC UN PLUS GRAND NOMBRE DE PROBLÈMES DE SANTÉ

Pour la Dre Yun Jen, médecin spécialiste en santé communautaire à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), cette maladie chronique n'est pas tout à fait comme les autres : « C'est en même temps un facteur de risque de plusieurs autres maladies chroniques et de problèmes de santé plus généraux », indique-t-elle.

En 2014, pour la première fois, l'INSPQ a documenté que le surplus de poids est non seulement associé à des maladies comme le diabète de type 2 et l'hypertension, mais aussi à la présence de problèmes de santé, comme les maux de dos, les problèmes de santé fonctionnelle et la limitation des activités.

Et le fait que sa prévalence ait augmenté tellement rapidement (46 % en 23 ans !) est la preuve que ce n'est pas qu'une question de génétique. « Il est impossible d'avoir des changements génétiques aussi rapides. C'est l'environnement qui a beaucoup changé ces 20 dernières années et fortement contribué à l'augmentation de la prévalence de surplus de poids », précise-t-elle.

Mais si l'environnement actuel nous fournit « un excès de calories lié aux problèmes de santé comme l'obésité ou le diabète », ainsi que l'affirme la Dre Langlois, là encore, cela ne suffit pas à tout éclaircir.

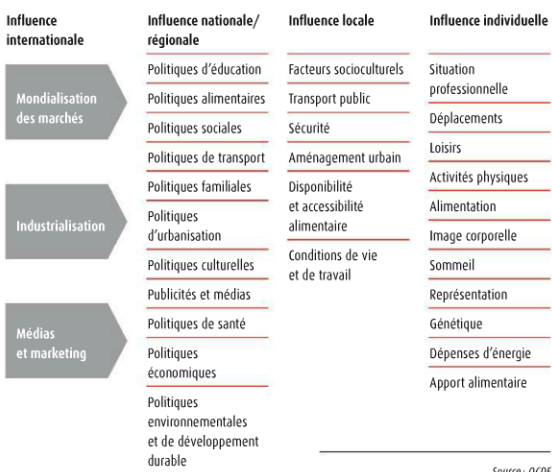
L'alimentation et le manque d'exercice ne sont pas les seules causes de l'obésité. Ces deux facteurs ne permettent pas d'expliquer pourquoi une personne qui ne consomme que 1100 calories par jour, soit moins de la moitié de ce qui est recommandé, ne maigrit


pas, comme c'est arrivé à l'une des patientes du Dr Jetté.

Comme autres éléments en cause, le chirurgien bariatrique pointe du doigt les polluants que l'on retrouve dans l'environnement et l'alimentation, mais aussi le sommeil. « On sait par exemple que moins les jeunes dorment, plus ils sont obèses », fait-il remarquer. « Les personnes qui manquent de sommeil sécrètent plus de ghreline, une hormone qui augmente l'appétit », ajoute la

Dre Langlois pour qui le stress entre également en jeu, d'où l'importance d'intégrer des conseils de gestion du sommeil et du stress si l'on veut aider quelqu'un à régler un problème de surpoids. « On trouve aussi des personnes souffrant de problèmes d'ordre émotionnel dans leur relation avec les aliments, qui ont développé des mécanismes compensatoires par lesquels elles utilisent l'alimentation de façon malsaine », souligne l'endocrinologue.

TOILE CAUSALE DES FACTEURS INFLUANT SUR LES PROBLÈMES LIÉS AU POIDS





Cymbalta[®] CAPSULES À LIBÉRATION RETARDÉE

chlorhydrate de duloxétine

Indications et usage clinique

- Cymbalta[®] (chlorhydrate de duloxétine) est indiqué pour :
 - le soulagement des symptômes du trouble dépressif majeur (TDM)
 - le soulagement des symptômes de l'anxiété qui causent une détresse cliniquement significative chez les patients souffrant de trouble d'anxiété généralisée (TAG)
- L'efficacité de Cymbalta[®] dans le maintien jusqu'à 12 mois d'une réponse antidépressive a été démontrée lors de deux essais contrôlés par placebo menés chez des patients qui avaient initialement répondu à un traitement de courte durée par Cymbalta[®] au cours d'une phase ouverte allant jusqu'à 34 semaines.
- Cymbalta[®] n'est pas indiqué chez les enfants de moins de 18 ans.

Contre-indications

- Patients prenant en même temps un inhibiteur de la monoamine-oxydase (IMAO), y compris le linézoïde et le bleu de méthylène, ou moins de 14 jours après l'arrêt d'un traitement par un IMAO; inhibiteur puissant du CYP1A2 (p. ex. fluvoxamine) ou certains antioxydants de la famille des quinolones (p. ex. ciprofloxacine ou énoxacin); et thioridazine
- Toute maladie du foie entraînant une insuffisance hépatique
- Glaucome à angle fermé non contrôlé
- Insuffisance rénale terminale (nécessitant une dialyse) ou patients atteints d'insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine estimée < 30 mL/min)

Mises en garde et précautions les plus importantes

- Modifications comportementales et émotionnelles, y compris les blessures volontaires : les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (IRS) et les autres antidépresseurs plus récents pourraient être associés à :
 - des modifications comportementales et émotionnelles, y compris un risque plus élevé d'idées et de comportements suicidaires chez les patients âgés de moins de 18 ans
 - des effets indésirables graves de type agitation associés à des blessures infligées à soi-même ou à autrui chez les patients de tout âge
- une surveillance clinique rigoureuse des idées et des comportements suicidaires chez les patients de tout âge, y compris à surveillance des modifications comportementales et émotionnelles de type agitation
- un risque accru de comportement suicidaire chez les patients âgés de 18 à 24 ans atteints d'un trouble psychiatrique

- Symptômes liés à l'arrêt du traitement :** Cymbalta[®] ne doit pas être interrompu brusquement. Il est recommandé de réduire graduellement la dose.

Autres mises en garde et précautions pertinentes

- Cymbalta[®] ne devrait généralement pas être prescrit à des patients consommant une quantité substantielle d'alcool, puisque celle-ci peut être associée à une atteinte hépatique grave.
- Suivre les symptômes de sécheresse au feuroidement. Le traitement doit être interrompu et ne doit pas être repris chez les patients présentant une jaunisse.
- Risque de fractures osseuses après la prise d'IRS et d'inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)
- Risque d'augmentation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque; surveiller au besoin
- Risque de crampes hypertensives lorsque l'hypertension est non maîtrisée
- Risque de saignements anormaux après la prise d'IRS et d'IRSN
- Risque de saignements anormaux lors de l'administration concomitante d'AINS, d'AAS ou d'autres agents exerçant un effet sur la coagulation.
- Risque de manifestations de type syndrome sérotoninergique ou syndrome main des neuroleptiques
- Risque de retard de la miction et de rétention urinaire
- Risque de réactions cutanées graves, notamment le syndrome de Stevens-Johnson et l'érythème polymorphe
- Acidité/nervosité psychomotrice
- La prudence s'impose quand on prescrit Cymbalta[®] à des patients ayant une maladie ou un état qui altère le métabolisme ou les réponses hémodynamiques (p. ex. maladie qui ralentit la vidange gastrique).
- Patients ayant des antécédents d'abus de substance
- Détérioration du contrôle glycémique chez certains patients diabétiques
- Hypotension associée à la prise d'IRS et d'IRSN
- Patients ayant des antécédents de trouble convulsif
- Patients ayant une pression intraoculaire élevée ou un glaucome à angle fermé
- Patients ayant des antécédents de manie
- Effets sur la capacité de conduire et d'utiliser des machines
- Les patients présentant un problème héréditaire rare d'intolérance au fructose, une malabsorption du glucose-galactose ou un déficit en sucrose-isomaltase ne doivent pas prendre ce médicament.

Pour de plus amples renseignements

Veillez consulter la monographie au www.jilly.ca/mpocymbalta/fr pour obtenir des renseignements importants sur les réactions indésirables, les interactions médicamenteuses, les renseignements concernant la posologie et l'administration qui n'ont pas été abordés dans ce document.

Un inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) également indiqué pour le soulagement des symptômes du

trouble dépressif majeur (TDM)

35 %

Pourcentage d'adultes
en surpoids en 1987

51 %

Pourcentage d'adultes
en surpoids en 2010

=  46 %

Source: INSPQ

Ces personnes atteintes d'un trouble de l'alimentation sévère, donc de santé mentale, ne sont pas les plus nombreuses parmi les obèses, mais il faut savoir les reconnaître. « On les soigne par exemple à l'Institut de santé mentale Douglas à l'aide d'une psychothérapie, et près de 99 % d'entre elles peuvent être au moins traitées », précise le Dr Jetté.

Bref, non seulement l'obésité est multifactorielle, mais elle peut être de différentes natures. « L'obésité

est ce qu'on observe sur la balance, mais il faut fouiller un peu plus loin pour bien disséquer la cause et mieux aider la personne », dit pour sa part la Dre Langlois.

Or, trop souvent encore, on la réduit à une question de poids. Notre société est obsédée par la minceur. « La prise de poids, c'est comme la fin du monde », dit la Dre Jen, qui compte beaucoup sur les cliniciens pour que ce phénomène change. « Il y a un culte de la minceur et ce

n'est pas ce que l'on veut promouvoir. Être en lutte contre l'épidémie d'obésité ne veut pas dire que l'on veut promouvoir la minceur. »

Le message de santé publique a donc évolué ces dernières années pour mettre l'accent sur les habitudes de vie et un mode de vie sain et actif, et non pas sur ce que les gens voient sur leur balance. <

1. Poids corporel et santé chez les adultes québécois - INSPQ octobre 2014.

UNE MALADIE DANGEREUSE POUR LA SURVIE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Pour la Pre Laurette Dubé, directrice scientifique du Centre de la convergence en santé et économie de l'Université McGill, il faut commencer par cesser de miser aussi fortement sur la santé pour régler la question de l'obésité. Selon elle, la science prouve que cette approche n'est pas suffisante à court et à long terme. « C'est très dangereux pour les coûts de santé de foncer à pleine allure pour régler la question des maladies chroniques via un angle clinique et médical. »

« Des recherches américaines ont montré que le tiers des innovations médicales n'améliore pas l'état de santé de la population. Cela vaudrait donc peut-être la peine

d'explorer si l'on peut agir autrement », déclare la Pre Dubé. On a pourtant le réflexe inverse pour le moment, en intervenant médicalement de plus en plus tôt avec, par exemple, la prise en charge et la médication des prédiabétiques.

« On assiste à un glissement qui consiste à considérer le style de vie comme une maladie. Et si l'on n'accorde pas ce que l'on fait côté santé et soins de santé avec ce que l'on fait dans la société, à la rapidité où l'on nourrit ces pipelines, on ne pourra plus rien faire d'autre que se payer des soins de santé comme société », avertit-elle.

Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de solutions pour la recherche. Les sciences de la complexité ont permis de modéliser des systèmes composés d'un grand nombre de constituants en interaction. Elles permettent ainsi de faire émerger de nouveaux outils de pensée pluridisciplinaire et d'utiliser des leviers de changement adaptés à la complexité des situations. Elles devraient donc être en mesure de répondre à l'impasse épidémiologique que représente l'obésité.

TROUVER LES BONS LEVIERS DE CHANGEMENT

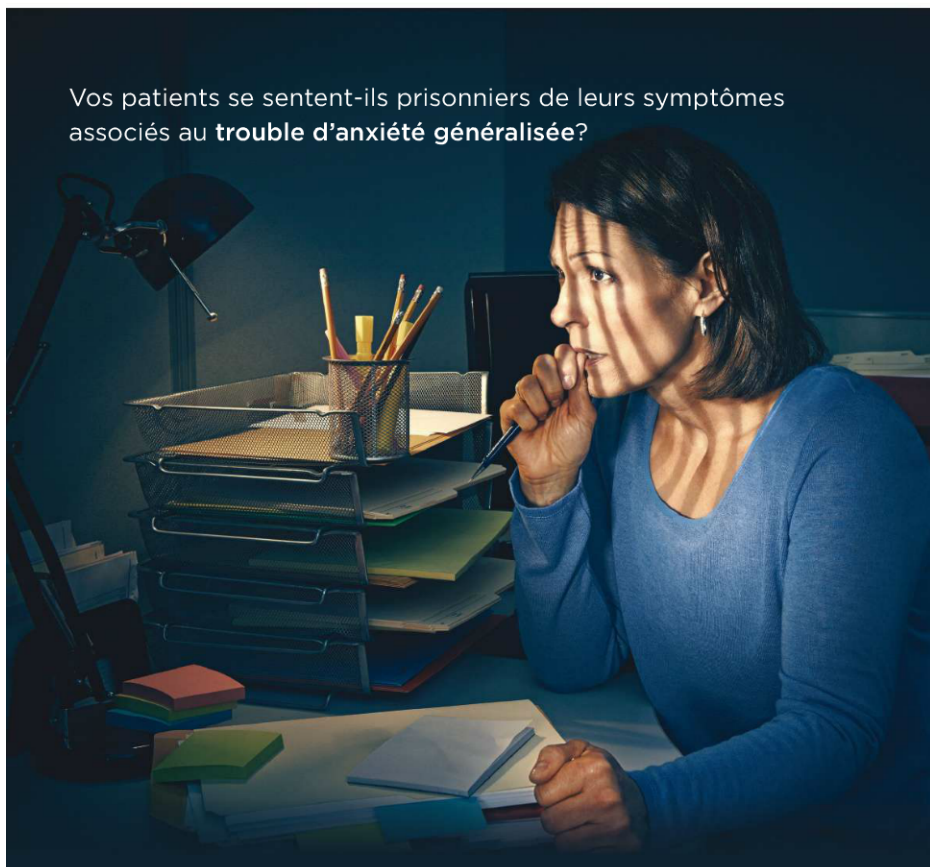
« On utilise par exemple des feuilles de route très pointues pour enclencher des transformations concrètes sur le terrain, dans différents secteurs, que ce soit pour promouvoir la production et la consommation de fruits, de légumes et de légumineuses ou encore, dans le secteur des soins de santé, pour utiliser la technologie numérique afin de faciliter l'accès aux soins », précise la Pre Dubé. Et cela aboutit à des projets très concrets d'innovation convergente qui prennent en compte le développement humain ainsi que les aspects économiques et qui agissent sur des leviers différents, tels que l'école ou l'industrie.

Au Québec, une équipe élabore une feuille de route pour promouvoir la consommation de fruits et de légumes. Elle vise à mettre en place des partenariats entre les acteurs du milieu agricole, des communautés et la santé publique.

Il s'agit aussi de créer un partenariat avec l'Association québécoise de distribution des fruits et des légumes pour que les médecins puissent prescrire des fruits et des légumes aux jeunes obèses d'une population défavorisée. Un montage logistique et financier permettrait de remettre à ces jeunes des coupons échangeables contre ces aliments sains. Une intervention de ce type existe d'ailleurs déjà aux États-Unis sur plusieurs sites. « Du côté des soins de la santé, la prévention n'a jamais vraiment été prise au sérieux. En prescrivant des légumes plutôt que des statines, de la metformine ou n'importe quel autre médicament, on change la perspective par laquelle on voit la prévention dans le monde médical, et dans la société en même temps », précise-t-elle.

La santé publique commence d'ailleurs elle aussi à agir dans ce sens et a débloqué des budgets de plusieurs millions pour transformer l'écosystème. Si la recherche montre l'efficacité de ce genre d'actions à long terme, elles sont cependant plus longues à démarrer la plupart du temps. « Ce n'est pas pour rien que les premières mesures portent sur les fruits et les légumes, ou sur les légumineuses. En sciences de la complexité, on prend toujours le point qui va susciter le moins de résistance dans le système », dit Laurette Dubé. <

Vos patients se sentent-ils prisonniers de leurs symptômes associés au trouble d'anxiété généralisée?



À la semaine 9, Cymbalta® à 60 mg une fois par jour¹ :

- A significativement amélioré le score total à l'échelle HAM-A par rapport au placebo (différence moyenne entre le traitement actif et le placebo : -4,4; $p < 0,001$);
- A significativement amélioré le score relié au domaine travail et école à l'échelle de l'invalidité de Sheehan (SDS) par rapport au placebo (variation moyenne par rapport au départ : -2,62 p/r à -1,08 pour le placebo; variation moyenne entre les traitements selon la méthode des moindres carrés : -1,48 p/r au placebo, $p \leq 0,001$ pour le paramètre d'évaluation secondaire)^{2,3}.

¹ Étude multicentrique, randomisée, à double insu, à dose fixe et contrôlée par placebo de 9 semaines chez des patients âgés d'au moins 18 ans qui répondaient aux critères du trouble d'anxiété généralisée selon le DSM-IV. Les patients ont été randomisés pour recevoir le placebo (n = 176), la duloxétine à 60 mg une fois par jour (n = 188) ou la duloxétine à 120 mg une fois par jour (n = 170). Le principal critère d'évaluation de l'efficacité était la variation moyenne du score total à l'échelle HAM-A par rapport au placebo entre le début et la fin de l'étude. La différence entre les traitements a été déterminée en calculant la différence de variation moyenne des scores à l'échelle d'anxiété à la fin de l'étude entre les groupes sous Cymbalta® et les groupes recevant le placebo. Le score total de départ à l'échelle HAM-A était de 25,3¹.

² Monographie de Cymbalta®. Eli Lilly Canada Inc., le 7 mai 2014. ³ Données internes. Eli Lilly Canada. 3. Koponen H, Alligander C, Erickson J, et al. Efficacy of duloxetine for the treatment of generalized anxiety disorder: implications for the primary care physicians. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007;9:100-107.

Membrane R&D CCP® © Eli Lilly Inc., Toronto (Ontario) M1N 2E8
Utilisateur licencié de la marque de commerce appartenant à Eli Lilly and Company.
1-866-361-4043 | www.lillyfractive.ca
CAC1002038F8

 Cymbalta®
capsules à libération retardée
chlorhydrate de duloxétine



VOIR AUTRE TEXTE À LA PAGE 17 >

Le discours médical renforce-t-il les préjugés sur les gros ?

« Un gros, c'est un gros cochon. On a ça écrit dans la tête », s'insurge le Dr Pierre Jetté, chirurgien bariatrique à l'Hôpital Pierre-Boucher de Longueuil. Pour lui, c'est clair, notre société fait du profilage antigros sans même s'en rendre compte, et tout y contribue.

Le cinéma et la télévision où 100 % des personnages obèses sont « faibles de caractère ou des filous », les compagnies aériennes qui font payer deux places aux passagers les plus gros, sans parler de *The Biggest Loser*, une émission de télé-réalité dans laquelle des obèses suivent un régime drastique, doublé d'un entraînement de choc, pour perdre du poids et accessoirement tenter de remporter 250 000 \$! Au-delà de l'humiliation publique à laquelle se prêtent ses participants et

du non-sens médical de l'exercice (certains perdent plus de 20 livres par semaine, notamment avec différentes techniques de déshydratation), l'impact négatif sur les obèses est énorme. Une étude réalisée en 2012¹ a ainsi montré que le visionnement d'un épisode de *The Biggest Loser* suffisait à augmenter de façon significative l'aversion ressentie pour les personnes en surpoids ainsi que la croyance selon laquelle le poids est contrôlable. Si la société accumule les préjugés contre les obèses, le corps médical ne

fait pas mieux. Le Dr Jetté anime régulièrement des formations sur les traitements chirurgicaux contre l'obésité et il n'en revient toujours pas de la difficulté qu'ont les médecins à comprendre son message : « Je passe une heure à leur expliquer pourquoi on est obligé d'opérer ces personnes pour les aider et il y en a toujours à la fin pour me demander pourquoi on ne réclame pas plus d'argent pour mettre en place un programme d'exercice. »

Il est sûr qu'en réduisant son apport calorique, une personne maigrira le temps que durera la restriction, mais ce n'est pas en s'affamant qu'elle fera disparaître son obésité. « Pour beaucoup de gens, y compris des médecins, l'obésité est un problème de comportement. Malheureusement, ça ne fonctionne pas comme cela. Un obèse reste un obèse, et il meurt de ça », précise le chirurgien.

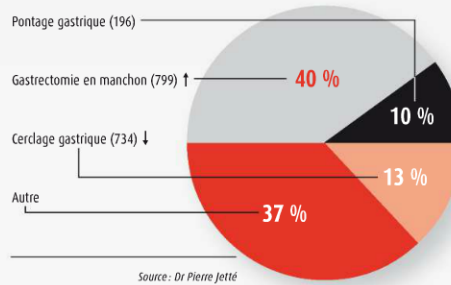
DES PATIENTS STIGMATISÉS

« La stigmatisation est un enjeu important aujourd'hui », confirme la Dre Yun Jen, médecin-conseil au sein de l'unité Habitudes de vie de l'Institut national de santé publique du Québec, pour qui même les professionnels de la santé entretiennent une attitude négative envers leurs patients obèses. Selon une étude américaine², « ils les croient paresseux, peu soignés, sans volonté » ; ils sont donc persuadés qu'ils seront moins enclins que la moyenne à suivre les traitements ou leurs recommandations.

Les médecins ont aussi tendance à avoir moins d'empathie et de compréhension envers un patient obèse, quand ils ne refusent pas de le traiter par omission ou *de facto*. En France, une étude publiée en 2010 dans le *British Medical Journal* a montré que les femmes obèses déclarent quatre fois plus de grossesses non désirées ou d'avortements que celles qui ont un poids normal. Il faut dire qu'elles sont moins suivies sur le plan gynécologique avec, pour résultat, d'être plus nombreuses que la moyenne à ne pas prendre la pilule et à utiliser le retrait comme moyen contraceptif. Certains cliniciens croient que les femmes obèses n'ont pas de sexualité. Et, bien que les bénéfices soient supérieurs aux risques, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plusieurs hésitent encore à prescrire la pilule ou le stérilet à ces femmes.

Les associations de patients obèses rapportent aussi des cas dans lesquels des orthopédistes ou d'autres chirurgiens ont demandé à des obèses de maigrir s'ils voulaient être opérés. Au Royaume-Uni, l'organisme NICE (National Institute for Health Clinical Excellence) a publié en mai dernier *Managing overweight and obesity in adults – lifestyle weight management services*, à savoir des recommandations pour inciter le corps médical à changer d'attitude envers les patients obèses. Cet organisme conseille ainsi aux professionnels de

TYPES DE CHIRURGIES AU QUÉBEC EN 2012-2013



LES CONSÉQUENCES NÉFASTES DE LA STIGMATISATION SUR LA SANTÉ

- > Troubles psychosociaux importants : dépression, stress, troubles alimentaires, faible estime de soi, insatisfaction de son image corporelle
- > Risque accru de maladies cardiovasculaires (indépendamment du risque lié au surpoids en soi)
- > Inégalités sociales de santé

Source: « Agir ensemble pour prévenir les problèmes liés au poids : optimiser nos pratiques, réduire les inégalités sociales de santé et promouvoir le développement durable » - Guide pour les intervenants de santé publique

DES STRATÉGIES POUR MIEUX ABORDER ET TRAITER LES PATIENTS EN SURPOIDS OU OBÈSES, SELON LA OBESITY SOCIETY

1. Prendre en considération que les patients peuvent avoir eu des expériences négatives à propos de leur poids avec d'autres professionnels de la santé et les approcher avec empathie
2. Accepter la complexité de l'étiologie de l'obésité et en parler avec les collègues et les patients pour faire diminuer les préjugés associant l'obésité à un manque de volonté
3. Explorer toutes les causes potentielles d'une problématique, pas juste le poids
4. Reconnaître que beaucoup de patients ont déjà essayé de perdre du poids à plusieurs reprises
5. Souligner les changements de comportements plutôt qu'uniquement les chiffres sur la balance
6. Proposer des conseils concrets, par exemple commencer un programme d'exercice ou manger à la maison plutôt que de simplement dire : « Vous devez perdre du poids. »
7. Admettre qu'il est difficile de changer les habitudes de vie
8. Reconnaître que de petites pertes de poids peuvent aboutir à des gains de santé significatifs
9. Créer un environnement de soins adapté et positif, avec des chaises assez grandes et sans accoudoirs dans les salles d'attente, du matériel médical et des jaquettes de taille convenable, ainsi que des magazines au contenu non agressif

Les médecins ont aussi tout intérêt à identifier leurs propres biais en se posant les questions suivantes :

1. Est-ce qu'il m'arrive de faire des suppositions basées sur le poids plutôt que sur l'intelligence, le succès professionnel, l'état de santé ou les habitudes de vie de quelqu'un ?
2. Suis-je à l'aise de travailler avec des personnes de toute corpulence et de toute taille ?
3. Est-ce que ma rétroaction est appropriée pour encourager des changements de comportement sains ?
4. Suis-je sensible aux besoins et aux préoccupations des personnes obèses ?
5. Est-ce que je traite des individus ou, principalement, des problèmes de santé ?

Source: The Obesity Society: www.obesity.org/resources-for/obesity-bias-and-stigmatization.htm

Indications et usage clinique :

BRILINTA (ticagrelor), administré en concomitance avec de l'acide acétylsalicylique (AAS), est indiqué pour la prévention secondaire des événements athérothrombotiques chez les patients atteints d'un syndrome coronarien aigu (SCA) (angine de poitrine instable [API], infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST [NSTEMI] ou infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST [STEMI]), qui doivent recevoir un traitement médical, ou subir une intervention coronarienne percutanée (IPC) (avec ou sans endoprothèse vasculaire) et/ou un pontage aortocoronarien. En raison de la relation observée dans l'étude PLATO entre la dose d'entretien d'AAS et l'efficacité relative de BRILINTA comparativement au clopidogrel, il est recommandé d'administrer BRILINTA avec une faible dose d'entretien d'AAS (75-150 mg par jour). L'innocuité et l'efficacité de BRILINTA chez les enfants de moins de 18 ans n'ont pas été établies. Par conséquent, BRILINTA n'est pas recommandé dans cette population.

Contre-indications :

- Patients qui présentent une hémorragie active (p. ex. un ulcère gastro-duodénal ou une hémorragie intracrânienne)
- Patients qui ont des antécédents d'hémorragie intracrânienne
- Patients qui ont une atteinte hépatique modérée à grave
- Patients qui prennent également des inhibiteurs puissants du CYP 3A4

Mises en garde et précautions les plus importantes :

Risque d'hémorragie : BRILINTA doit être utilisé avec prudence chez les patients ayant une propension aux saignements (p. ex. en raison d'un traumatisme récent, d'une chirurgie récente, d'une hémorragie gastro-intestinale active ou récente ou d'une atteinte hépatique modérée) et chez les patients devant prendre des anticoagulants oraux (p. ex. warfarine) et/ou des fibrinolytiques (dans les 24 heures précédant ou suivant l'administration de BRILINTA). Il faut également user de prudence chez les patients qui reçoivent en concomitance des produits médicamenteux pouvant accroître le risque d'hémorragie (p. ex. des anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS]).

Dose d'entretien d'AAS : L'administration concomitante de BRILINTA et d'une dose d'entretien élevée d'AAS (> 150 mg par jour) n'est pas recommandée.

Autres mises en garde et précautions pertinentes :

- Événements cardiaques chez les patients ayant cessé le traitement
- Manifestations bradycardiques
- Hypersensibilité, y compris œdème de Quincke
- Étourdissements et confusion
- Arrêt du traitement avant une chirurgie
- Dyspnée
- Grossesse ou allaitement
- Hausse possible de la créatininémie
- Hausse du taux d'acide urique

Pour de plus amples renseignements :

Veillez consulter la monographie à azinfo.ca/brilinta/pm274 pour obtenir des renseignements importants concernant les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie qui ne sont pas abordés dans ce document. Vous pouvez aussi obtenir la monographie du produit en appelant AstraZeneca Canada au 1-800-461-3787.

Référence : Monographie de BRILINTA®. AstraZeneca Canada Inc. AstraZeneca Canada Inc. 9 septembre 2013.



BRILINTA® est une marque déposée d'AstraZeneca AB. Le logo d'AstraZeneca est une marque déposée du groupe AstraZeneca. © AstraZeneca Canada Inc. 2014



SUITE À LA PAGE 20 >

> LE DISCOURS... - SUITE DE LA PAGE 17

la santé de prendre conscience non seulement « des efforts nécessaires pour perdre du poids, prévenir les rechutes ou éviter les gains futurs de poids » mais aussi « de la stigmatisation que ressentent ou subissent les adultes en surpoids ou obèses ». Enfin, il leur enjoint d'adopter un ton « respectueux et neutre ».

DES MÉDECINS PEU INTÉRESSÉS

L'obésité, en général, attire peu le milieu médical. La Dre Julie St-Pierre, pédiatre à Chicoutimi et lipidologue, a de son côté du mal à comprendre que cette maladie soit aussi mal servie par le système de santé. « Cette problématique touche 15% à 30% des enfants et, si l'on ajoute les adultes, cela devrait clairement être l'une des priorités de notre réseau. » Mais selon elle, cela n'intéresse pas tellement les

médecins. « Peu de chirurgiens s'intéressent à la chirurgie bariatrique, confirme pour sa part le Dr Jetté. Techniquement, c'est compliqué. » Les sujets obèses sont plus à risque de complications que la moyenne et il faut investir dans du matériel spécifique, avec des tables de chirurgie et des lits particuliers pouvant recevoir des patients pesant de 180 à 270 kg.

On ne voit pas tout de suite les gains que peut apporter un traitement comme la chirurgie bariatrique, et il y a d'autres priorités dans le système. Pourtant, selon lui, ce traitement est rentable et les milieux qui effectuent des chirurgies bariatriques rentrent dans leur argent en un à deux ans.

Pour la Dre Marie-France Langlois, directrice médicale de l'unité métabolique ambulatoire du service d'endocrinologie du CHUS, à Sherbrooke, la situation évolue cependant

dans la bonne direction. Elle estime que les professionnels de la santé ont une perception des obèses différente de celle qu'ils avaient il y a 10 ans. « Le fait qu'ils voient l'obésité comme une maladie chronique a un peu aidé à "déstigmatiser" la clientèle, même s'il reste encore beaucoup à faire », précise-t-elle.

DES SOIGNANTS MAL À L'AISE

Les travaux de recherche menés au cours des 5 à 10 dernières années à la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke montrent que les médecins, comme les infirmières d'ailleurs, ne se sentent pas toujours « très compétents » pour prendre en charge les patients souffrant d'obésité.

En fait, la prise en charge de l'obésité elle-même pose problème. « Moins de la moitié des patients obèses ont un diagnostic ou un IMC qui figure

dans le dossier. Et on note des conseils sur l'alimentation ou l'activité physique pour un peu moins de 30 % », souligne la Dre Langlois. C'est en tout cas ce que montrent les résultats préliminaires d'une recherche effectuée dans les dossiers médicaux d'une population de patients suivis en GME. Et même si l'endocrinologue a bien conscience que les médecins n'ont pas le temps de tout noter dans le dossier médical, « c'est quand même un indicateur qu'il y a des lacunes en ce qui concerne notre prise en charge ». Bref, c'est la preuve que l'obésité est sous-diagnostiquée et sous-traitée.

Rien qui ne puisse se régler cependant. Des recherches prouvent en effet qu'une formation active de type préceptorat amène un changement de pratique. « Nos données préliminaires montrent qu'une formation sous forme d'apprentissage en action,



LA DRE MARIE-FRANCE LANGLOIS, ENDOCRINOLOGUE AU CHUS.

avec des conférences interactives, des visites de patients, avec un formateur et des discussions de cas plus spécifiques, entraîne une augmentation du sentiment de compétence pour traiter l'obésité », assure-t-elle.

La Dre Langlois place aussi beaucoup d'espoir dans la future génération de médecins. « Actuellement, dans le cursus des études médicales, dans quelques universités et particulièrement ici, à Sherbrooke, on a intégré le traitement de l'obésité et le *counseling* sur les habitudes de vie dans la formation de tous les étudiants en médecine. » Ainsi, ces derniers apprennent, dès leurs premières années d'études, à considérer les patients comme des partenaires capables d'autogérer leur état. Les étudiants sont aussi formés aux approches motivationnelles. « Ils apprennent à développer des stratégies pour tenir un discours qui va amener le patient à réaliser l'importance de faire les changements et l'aider à trouver lui-même des solutions réalistes et applicables dans sa vie, tous les jours. » <

1. The effects of reality television on weight bias: An examination of The Biggest Loser. *Obesity* 20: 993-8, 2012.
2. The Stigma of Obesity: A Review and Update <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2008.636/fulltext>
3. Professeur titulaire de médecine et de physiologie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, chercheur CRCHUS

**SOULAGEMENT DÉMONSTRÉ DE LA FIÈVRE
JUSQU'À 8 HEURES DURANT**

Recommandez **MOTRIN® pour enfants** pour soulager :

- Fièvre • Rhume et grippe • Mal de gorge • Mal d'oreille • Mal de dents

Soulagement rapide de la fièvre et de la douleur pendant 8 heures
Commandez vos échantillons sur le site Médecins en ligne dès aujourd'hui!

*Démonstré chez les enfants présentant de la fièvre, avec une dose d'ibuprofène de 7,5 mg/kg.

Indications et usage clinique :

- MOTRIN® pour enfants (ibuprofène) est indiqué pour le soulagement temporaire des douleurs musculaires, articulaires et osseuses bénignes, des maux de tête, de la fièvre, de la douleur et de la fièvre dues au rhume simple ou à la grippe, à la vaccination, aux maux de dents, de gorge ou d'oreille.

Contre-indications :

MOTRIN® pour enfants (ibuprofène) ne doit pas être administré :

- aux patients qui ont montré des signes d'hypersensibilité à l'ibuprofène ou qui sont sensibles (manifestations : asthme, bronchospasme, hypertension, œdème de Quincke, œdème de la glotte, tuméfaction, état de choc ou urticaire) à l'acide acétylsalicylique ou à tout autre anti-inflammatoire non stéroïdien;
- aux patients présentant un ulcère gastro-duodénal aigu ou un saignement gastro-intestinal;
- aux femmes enceintes ou qui allaitent, car son innocuité pour ces patients n'a pas été établie;
- aux patients présentant un lupus érythémateux aigu disséminé, en raison du risque de réaction anaphylactoïde accompagnée de fièvre, en particulier si le médicament a déjà été administré antérieurement. On a aussi signalé des cas de méningite aseptique;
- aux enfants déshydratés des suites d'une diarrhée aiguë, de vomissements ou d'un apport insuffisant en liquides.

Mises en garde et précautions :

- Ulcère ou saignement gastro-intestinal
- Vision trouble ou autre symptôme oculaire
- Éruption cutanée

- Acouphènes
- Étourdissements
- Gain pondéral
- Œdème
- Difficulté à respirer
- Néphropathie à la prise prolongée d'associations d'analgésiques
- Emploi chez les patients ayant des antécédents d'insuffisance cardiaque ou de maladie rénale
- Troubles endocriniens et métaboliques
- Troubles gastro-intestinaux
- Troubles hématologiques
- Système immunitaire (réactions anaphylactoïdes)
- Troubles visuels
- Patients asthmatiques
- Les patients qui présentent une affection médicale grave doivent consulter un médecin avant de prendre un analgésique ou un antipyrétique MOTRIN® pour enfants.

Pour plus d'information :

Veillez consulter la monographie du produit à <http://webprod5.hs-sc.gc.ca/dpd-bdp/langage-langage.do?lang=fra&url=1.search.recherche> pour des renseignements importants sur les réactions indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie, sujets qui n'ont pas été traités dans ce document.

Pour obtenir la monographie du produit, composer le 1 888 666-8746.

Référence : 1. Soins-santé grand public McNeil. Monographie de MOTRIN® pour enfants, 2006.

Motrin Enfants McNeil

© Johnson & Johnson Inc. 2014

> LE SYSTÈME... - SUITE DE LA PAGE 13

gramme national de santé publique vise à promouvoir de saines habitudes de vie », poursuit ce médecin. Même s'il est toujours très important que les cliniciens sensibilisent les individus sur les saines habitudes de vie, il faut cibler des actions dans les milieux de vie, comme le milieu scolaire et les milieux municipal et territorial. « Il faut se concentrer sur les environnements bâtis, par exemple en se demandant si nos quartiers sont favorables à la marche, sur l'environnement alimentaire et les commerces, pour vérifier dans quelle mesure c'est facile de trouver des fruits et des légumes frais, insiste-t-elle. Et se demander pourquoi, dans les cafétérias de nos milieux de travail, les frites sont plus fraîches que les fruits, et moins chères, ce qui n'aide pas à faire de bons choix. » Enfin, si l'on commence à avoir des politiques alimentaires dans les milieux scolaires ou les établissements de santé, cela ne suffit pas. Il faut voir si elles sont appliquées, et si ce n'est pas encore le cas, trouver les moyens de le faire. <