

FAIRE BOUGER UN PATIENT SÉDENTAIRE AU CABINET EN AVOIR LE CŒUR NET !

Les adultes sédentaires qui ont un surplus de poids ou qui sont obèses sont souvent pris en charge pour d'autres facteurs de risque de maladie cardiovasculaire. Saviez-vous que la pratique d'activité physique régulière aide à la maîtrise de nombreux facteurs de risque et améliore la survie ? Découvrez quelles sont les approches appropriées en cabinet pour une prescription d'activité physique adéquate et sans risque.

Noémie Anctil et Paul Poirier

		VRAI	FAUX
1.	Activité physique et exercice physique sont synonymes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	L'activité physique est classée selon son intensité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Il est possible d'être à la fois sédentaire et actif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Mieux vaut augmenter la durée d'une activité physique aérobie d'intensité modérée en passant de 0 à 75 minutes que de 75 à 150 minutes par semaine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Marcher 10 000 pas par jour permet d'atteindre la recommandation canadienne de 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée par semaine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	La quantification de la pratique d'activité physique des patients en cabinet est très importante et possible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	L'IMC constitue le meilleur paramètre anthropométrique pour déterminer le risque cardiovasculaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	La vitesse de marche constitue un des signes vitaux permettant d'établir la capacité fonctionnelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Il n'est pas possible d'évaluer la capacité aérobie des patients en cabinet sans tapis roulant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M^{me} Noémie Anctil est kinésiologue et physiologiste de l'exercice clinique certifié par l'ACSM. Le Dr Paul Poirier, cardiologue, exerce à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et est professeur titulaire à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval.

TABLEAU I | EXEMPLES D'ACTIVITÉS PHYSIQUES CLASSÉES EN FONCTION DE LEUR INTENSITÉ⁴⁻⁶

Intensité	MET	Échelle de Borg (/10)	Signes cliniques	Activités physiques
Très légère	< 2	≤ 2	Aucun essoufflement, conversation facile, aucune transpiration	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Conduite, écoute de la télévision ▶ Activités sexuelles
Légère	2-2,9	3-4		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Marche lente (< 2 mi/h ou < 3,2 km/h) ▶ Douche, cuisine
Modérée	3-6	5-6	Essoufflement modéré, conversation difficile, transpiration modérée	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tâches ménagères ▶ Tondeuse (gazon) ▶ Marche rapide (4 mi/h ou 6,4 km/h) ▶ Pelletage de la neige légère
Vigoureuse	6,1-8,7	7-8	Essoufflement marqué, conversation impossible, transpiration abondante	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Course à pied (5 mi/h ou 8 km/h) ▶ Tennis
Très vigoureuse	≥ 8,8	9-10		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Course à pied (≥ 6 mi/h ou ≥ 9,7 km/h)

- ▶ 1 MET = 3,5 ml d'oxygène/kg/min⁶
- ▶ La capacité aérobie maximale (CAM) diminue d'environ 10 % par décennie après 30 ans.
- ▶ Une perte d'indépendance est prévisible lorsque la CAM descend sous le seuil de 18 ml d'oxygène/kg/min (~ 5 MET) chez les hommes et de 15 ml d'oxygène/kg/min (~ 4 MET) chez les femmes.
- ▶ Une CAM de 8 MET à 10 MET est associée à une protection cardiovasculaire relative, à une augmentation de la survie⁶ et à une réduction marquée de l'incidence des accidents vasculaires cérébraux (cible à atteindre à l'épreuve d'effort sur tapis roulant).
- ▶ Chaque augmentation de 1 MET de la CAM confère une hausse de 12 % de la survie.
- ▶ Le risque de décès chez les personnes ayant une CAM < 5 MET est près du double de celui des personnes dont la CAM dépasse 8 MET.

Les maladies cardiovasculaires représentent la principale cause de mortalité et d'hospitalisation ainsi que le facteur le plus important de prescription de médicaments au Canada¹. Sans changement considérable des habitudes de vie en prévention primaire et secondaire, comme la pratique d'activité physique, le fardeau économique du système de santé explosera dans un avenir rapproché¹.

1. ACTIVITÉ PHYSIQUE ET EXERCICE PHYSIQUE SONT SYNONYMES. FAUX.

Les expressions « activité physique » et « exercice physique » ne sont pas interchangeables. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS)² définit l'activité physique (terme général) comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie », ce qui comprend les mouvements effectués pendant les loisirs, le travail ou les déplacements. L'exercice physique (entraînement) est une sous-catégorie de l'activité physique. C'est une activité planifiée et structurée (souvent répétitive) visant à améliorer ou à maintenir une ou plusieurs composantes de la condition physique (ex. : endurance cardiorespiratoire et force ou endurance musculaires)³. Les médecins de famille doivent encourager leurs patients sédentaires à devenir plus actifs et à faire de l'exercice physique ou simplement discuter avec eux de la possibilité de faire une activité physique quotidienne.

2. L'ACTIVITÉ PHYSIQUE EST CLASSÉE SELON SON INTENSITÉ. VRAI.

L'activité physique est classée en fonction de son intensité (tableau I⁴⁻⁶). L'équivalent métabolique (MET), une unité standardisée pour décrire l'intensité absolue, représente le rapport entre la dépense énergétique liée à une activité physique donnée et le métabolisme de base (dépense énergétique au repos). Un MET correspond donc à la dépense énergétique métabolique de base en position assise et calme. Il existe des listes complètes d'activité physique décrite par leur intensité estimée en MET⁴. L'échelle modifiée de perception de l'effort de Borg, graduée de 0 à 10, repose sur les sensations physiques d'essoufflement, de transpiration et de fatigue mentionnées par les personnes et permet de noter l'effort relatif ressenti⁵.

3. IL EST POSSIBLE D'ÊTRE À LA FOIS SÉDENTAIRE ET ACTIF. VRAI.

Un comportement sédentaire se définit comme toute activité éveillée caractérisée par une dépense énergétique d'au plus 1,5 MET en position assise, inclinée ou couchée (ex. : écouter la télévision, utiliser un ordinateur ou conduire un véhicule)⁷. Les longues périodes de comportements sédentaires sont associées à un risque augmenté d'accident cardiovasculaire, de mortalité, de diabète et de certains cancers chez l'adulte⁸.



TABLEAU II

DIRECTIVES CANADIENNES EN MATIÈRE DE MOUVEMENT SUR 24 HEURES CHEZ LES ADULTES (18 À 64 ANS) (FORT NIVEAU DE RECOMMANDATIONS)⁸
Activité physique

- ▶ Des activités physiques aérobies d'intensité moyenne à vigoureuse d'une durée cumulative d'au moins 150 minutes par semaine
- ▶ Plusieurs heures d'activité physique d'intensité légère, y compris des périodes en position debout

Comportement sédentaire

- ▶ Un maximum de 8 heures de sédentarité par jour
- ▶ Un maximum de 3 heures de temps de loisir devant un écran compris dans les 8 heures
- ▶ Une interruption aussi fréquente que possible des longues périodes en position assise

Les lignes directrices canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures⁸ recommandent de limiter le temps de sédentarité à moins de 8 heures par jour (tableau II⁸). Les adultes canadiens y consacrent en moyenne de 9 à 10 heures quotidiennement⁹. La réduction ou l'élimination des comportements sédentaires améliore la composition corporelle et les marqueurs de risque cardiometabolique¹⁰. Certaines recommandations (se lever au moins une fois par heure et prioriser les activités d'intensité légère comme cuisiner, bricoler ou écrire en posture debout) peuvent être mises de l'avant pour contrer la sédentarité⁸.

Être actif physiquement, c'est pratiquer au moins 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée à vigoureuse par semaine (tableau II⁸). L'atteinte de cet objectif réduit le risque de mortalité, de maladies cardiovasculaires, d'hypertension artérielle, de diabète de type 2, de plusieurs cancers, de prise de poids et de dyslipidémie et permet d'améliorer la santé osseuse, la qualité de vie et la capacité physique^{7,8}. Malheureusement, moins de 20 % des adultes au Canada y parviennent⁹.

Comme on peut le voir, il est possible d'être à la fois sédentaire et actif (ex. : sportif du dimanche) puisqu'il s'agit de deux concepts distincts. Les bienfaits liés au respect des recommandations sur l'activité physique aérobie ne compensent pas pleinement les méfaits d'une période prolongée de comportements sédentaires¹¹. Toutefois, la mortalité des personnes actives est moindre que celles des personnes à la fois inactives et sédentaires¹². Les médecins de famille devraient discuter de l'atteinte des deux cibles et aider leurs patients à y parvenir.

4. MIEUX VAUT AUGMENTER LA DURÉE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE AÉROBIE D'INTENSITÉ MODÉRÉE EN PASSANT DE 0 À 75 MINUTES QUE DE 75 À 150 MINUTES PAR SEMAINE. VRAI.

L'activité physique aérobie d'intensité modérée amène des effets rapidement. On peut ainsi obtenir une meilleure maîtrise des facteurs de risque modifiables de maladie

cardiovasculaire (ex. : glycémie, pression artérielle, profil lipidique) après une seule courte séance. La régulation glycémiq ue est largement due aux effets cumulatifs de courte durée de chaque séance plutôt qu'aux adaptations à long terme. Une seule séance entraîne une plus grande sensibilité musculaire à l'insuline qui peut durer de 24 à 48 heures après l'activité¹³ ainsi qu'un effet hypotenseur après l'effort qui perdure jusqu'à 22 heures¹⁴. L'activité physique serait donc aussi efficace que la plupart des médicaments antihypertenseurs chez les patients hypertendus¹⁵. On note également une diminution des triglycérides sanguins de 18 à 24 heures après l'activité physique, qui persiste quant à elle jusqu'à 72 heures¹⁶. Tous ces effets bénéfiques à court terme sont plus prononcés lorsque les valeurs initiales sont plus élevées¹⁴⁻¹⁶.

Tout progrès vers l'atteinte des objectifs des directives canadiennes (tableau II⁸) améliorera la santé de votre patient sédentaire¹¹. La simple pratique régulière d'activité physique aérobie d'intensité modérée, préférablement tous les jours, devrait être le premier paramètre à considérer avant d'augmenter la durée des séances pour atteindre les 150 minutes recommandées par semaine. Bien entendu, les effets à court et à long terme de l'activité physique sont interreliés¹⁶. Il faut donc encourager les patients à maintenir leurs nouvelles habitudes de vie, soit à « bouger plus et à être moins sédentaire » à long terme.

5. MARCHER 10 000 PAS PAR JOUR PERMET D'ATTEINDRE LA RECOMMANDATION CANADIENNE DE 150 MINUTES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE AÉROBIE D'INTENSITÉ MODÉRÉE PAR SEMAINE. FAUX.

La marche est l'activité de loisir la plus populaire au Canada. Un objectif de nombre de pas par jour est souvent proposé aux adultes sédentaires pour les inciter à augmenter leur volume d'activité physique et vaincre la sédentarité. Pris isolément, le nombre de pas quotidiens ne tient pas compte de la notion d'intensité de l'activité physique, une composante essentielle des directives canadiennes (tableau II⁸). Ainsi,

TABLEAU III

ESTIMATION DU DEGRÉ D'ACTIVITÉ PHYSIQUE
D'UN ADULTE SELON LE NOMBRE DE PAS QUOTIDIENS¹⁸

Nombre de pas par jour	Degré d'activité physique
≤ 5000	Mode vie sédentaire
Entre 5000 et 7499	Mode de vie faiblement actif (activités journalières excluant l'activité physique)
Entre 7500 et 9999	Mode de vie modérément actif (activités journalières incluant l'activité physique)
≥ 10 000	Mode de vie actif
≥ 12 500	Mode de vie très actif

l'atteinte de 10 000 pas par jour n'est pas automatiquement associée aux bienfaits attendus de l'activité physique aérobie d'intensité modérée. Toutefois, il est important de souligner que, chez la majorité des adultes, une cadence de marche de 100 pas à la minute représente une intensité modérée¹⁷. Ce rythme n'est cependant généralement pas maintenu de façon instinctive. Les médecins de famille doivent donc informer leur patient des stratégies possibles pour garder le rythme selon leur capacité à marcher « d'un bon pas ». Un podomètre peut aider à mesurer objectivement le nombre de pas effectués. Les téléphones intelligents et les montres intelligentes offrent aussi cette fonction. Sans un tel appareil, la directive de marcher à un rythme rapide, comme quand on a des achats à faire dix minutes avant la fermeture des magasins, s'est révélée efficace¹⁷. Les patients peuvent également se fier à leur perception de l'effort pour atteindre une intensité modérée (tableau I⁴⁻⁶).

Pour respecter la recommandation de 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée, l'objectif du nombre de pas quotidiens devrait plutôt être d'au moins 7500 par jour (tableau III¹⁸). Ce total doit inclure 3000 pas d'activité physique aérobie d'intensité modérée (ex. : marcher 30 minutes à une cadence de 100 pas à la minute) pour être actif et 5000 pas d'intensité légère pour sortir du cercle vicieux de la sédentarité¹⁸.

6. LA QUANTIFICATION DE LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE DES PATIENTS EN CABINET EST TRÈS IMPORTANTE ET POSSIBLE. VRAI.

L'examen médical général se limite souvent à l'examen physique, à la mesure objective de la pression artérielle au repos et du poids corporel ainsi qu'à la prescription d'un bilan sanguin. Ces mesures quantifient une partie du risque de souffrir de maladie cardiovasculaire, mais ne tiennent pas compte du facteur de risque lié à la pratique d'activité physique¹⁹.

La pratique d'activité physique se caractérise par la fréquence, l'intensité, le type et la durée (temps) des activités (FITP). Les kinésiologues ont le temps et les connaissances

nécessaires pour décortiquer l'activité physique en détail. Dans le cabinet du médecin, un simple carnet journalier suffit. Les patients y inscrivent leur nombre de pas de la même manière qu'ils notent la pression artérielle dans le carnet d'autosurveillance. Ils doivent porter un appareil mesurant leur nombre de pas du lever au coucher. La moyenne quotidienne sur une ou deux semaines est ensuite calculée et associée au degré d'activité physique correspondant (tableau III¹⁸). Le médecin devrait établir avec le patient un objectif réaliste de nombre de pas (ex. : une augmentation de 250 à 500 pas par jour par semaine) en tenant compte de ce que nous avons mentionné à la question précédente. Les patients doivent remplir ce carnet journalier avant chaque rencontre avec le médecin afin que ce dernier puisse voir s'ils respectent leur objectif de marche et s'améliorent.

7. L'IMC CONSTITUE LE MEILLEUR PARAMÈTRE ANTHROPOMÉTRIQUE POUR DÉTERMINER LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE. FAUX.

Le médecin estime généralement l'excès de poids à l'aide de l'indice de masse corporelle ou IMC (kg/m²). L'IMC ne permet cependant pas de faire la distinction entre les masses adipeuse et maigre ni d'en connaître l'emplacement. Il NE devrait donc PAS être utilisé seul.

Les déterminants principaux d'un risque cardiométabolique lié au surplus de poids et à l'obésité est l'accumulation de graisse autour des viscères et du foie (voir l'article de M^{me} Émilie Breton-Gagnon et du D^r Marc Bradette, intitulé : « Stéatose hépatique : ayez "foie" en l'activité physique », dans le présent numéro)²⁰. Un tour de taille élevé (≥ 88 cm chez les femmes et ≥ 102 cm chez les hommes¹⁹) et un taux élevé de triglycérides sanguins (> 2 mmol/l chez les hommes et > 1,5 mmol/l chez les femmes²¹) évoquent un excès de graisse viscérale quel que soit l'IMC²⁰. Les médecins de famille devraient donc mesurer ces deux paramètres afin d'établir la présence d'excès de graisse viscérale et de mieux évaluer le risque de diabète de type 2 ou de maladie cardiovasculaire. L'activité physique régulière représente



une composante non négligeable d'un programme de changement des habitudes de vie visant une perte de masse adipeuse à long terme²⁰.

8. LA VITESSE DE MARCHÉ CONSTITUE UN DES SIGNES VITAUX PERMETTANT D'ÉTABLIR LA CAPACITÉ FONCTIONNELLE. VRAI.

La vitesse de marche est reconnue comme le sixième signe vital permettant d'établir la capacité fonctionnelle et l'état de santé général d'une personne²². La personne qui adopte d'emblée une vitesse de marche lente aura un risque d'événements et de mortalité cardiovasculaire plus élevé²². En cabinet, ce paramètre devrait être évalué chez tous les patients sédentaires présentant des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire. Sans suivre un protocole standardisé, les médecins de famille peuvent observer la vitesse de marche des patients de la salle d'attente à leur cabinet. Une vitesse de marche particulièrement lente est un indice de fragilité et peut révéler une détérioration de la santé nécessitant des examens supplémentaires²². Ce type de patients déconditionnés ou désentraînés auraient avantage à s'engager dans un programme d'activité physique personnalisé établi par un kinésiologue.

9. IL N'EST PAS POSSIBLE D'ÉVALUER LA CAPACITÉ AÉROBIE DES PATIENTS EN CABINET SANS TAPIS ROULANT. FAUX.

La capacité aérobie d'une personne est l'un des plus puissants prédictors de santé cardiovasculaire et de survie⁴⁹. Ce paramètre peut être sommairement évalué chez les patients sédentaires ayant des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, mais qui n'ont pas de limitation à la marche et qui ne ressentent aucun symptôme d'intolérance à l'effort ni pendant leurs activités de la vie quotidienne d'intensité légère à modérée. En remplacement du test à l'effort sur tapis roulant, un test en escalier est ainsi facilement réalisable en cabinet. Il consiste à monter quatre étages (~ 60 marches) le plus rapidement possible sans courir. Les patients qui terminent la montée en 90 secondes ou moins ont une capacité physique maximale estimée à 8 MET et plus, ce qui se traduit par un taux de mortalité inférieur à 4% par année ou de moins de 30% sur 10 ans²³. Si aucun signe ni symptôme d'intolérance à l'effort n'apparaît lors du test de l'escalier, il est possible de prescrire la marche sans restriction (tableau II⁸). Si, au contraire, le patient présente des signes ou des symptômes, il est préférable de mettre fin au test et de demander des examens cardiovasculaires supplémentaires. À noter que l'essoufflement est un symptôme habituel chez les personnes obèses et déconditionnées. La dyspnée seule n'est pas un symptôme suffisant pour rechercher un problème cardiaque.

CONCLUSION

Les médecins de famille sont les mieux placés pour éveiller leurs patients à l'importance d'augmenter la quantité d'ac-

tivité physique aérobie d'intensité modérée et de diminuer leurs comportements sédentaires de façon à adopter progressivement les recommandations canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures. Une évaluation rigoureuse du risque cardiovasculaire en cabinet est essentielle ainsi que la recommandation d'une pratique d'activité physique personnalisée adéquate. Quant à la sédentarité, il faut estimer la pratique d'activité physique du patient, ses facteurs de risque cardiovasculaire, son tour de taille et sa vitesse de marche, puis sa capacité aérobie. Enfin, la prescription d'une activité physique comme la marche est sûre chez la très grande majorité des patients atteints de maladie coronarienne ou susceptibles de l'être. //

Date de réception : le 30 avril 2021

Date d'acceptation : le 9 juin 2021

M^{me} Noémie Ancil et le D^r Paul Poirier n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

- Boisclair D, Décarie Y, Laliberté-Auger F et coll. The economic benefits of reducing cardiovascular disease mortality in Quebec, Canada. *PLoS One* 2018; 13 (1) : e0190538.
- Organisation mondiale de la Santé. Activité physique. Genève : l'Organisation ; 2020. Site Internet : www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity (Date de consultation : le 22 mars 2021).
- Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 1985; 100 (2) : 126-31.
- Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC et coll. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc* 2000; 32 (9 suppl.) : S498-S504.
- Wilson RC, Jones PW. A comparison of the visual analogue scale and modified Borg scale for the measurement of dyspnoea during exercise. *Clin Sci (Lond)* 1989; 76 (3) : 277-82.
- Ross R, Blair SN, Arena R et coll. 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 (24) : e653-e99.
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee. *2018 Physical activity guidelines advisory committee scientific report*. Washington : Department of Health and Human Services ; 2018. 779 pages.
- Ross R, Chaput JP, Giangregorio LM et coll. Canadian 24-hour movement guidelines for adults aged 18–64 years and adults aged 65 years or older: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Appl Physiol Nutr Metab* 2020; 45 (10) : S57-S102.
- Statistique Canada. *Indicateurs de l'activité physique, du comportement sédentaire et du sommeil (APCSS)*. Ottawa : Gouvernement du Canada ; 2020. Site Internet : <https://sante-infobase.canada.ca/apcss/outil-de-donnees> (Date de consultation : le 22 mars 2021).
- Saunders TJ, Mclsaac T, Douillette K et coll. Sedentary behaviour and health in adults: an overview of systematic reviews. *Appl Physiol Nutr Metab* 2020; 45 (10 [suppl. 2]) : S197-S217.
- Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ et coll. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet* 2016; 388 (10051) : 1302-10.
- O'Donovan G, Lee IM, Hamer M et coll. Association of "Weekend Warrior" and other leisure time physical activity patterns with risks for all-cause, cardiovascular disease, and cancer mortality. *JAMA Intern Med* 2017; 177 (3) : 335-42.
- Praet SF, van Loon LJ. Optimizing the therapeutic benefits of exercise in type 2 diabetes. *J Appl Physiol* 2007; 103 (4) : 1113-20.

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ Il faut encourager les patients, qu'ils aient ou non une maladie chronique, à bouger plus et à être moins sédentaires (directives canadiennes).
- ▶ Une seule séance d'activité physique d'intensité modérée influence positivement plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire à court terme. Il faut prioriser la recommandation de faire de l'activité physique presque tous les jours.
- ▶ L'évaluation médicale générale devrait inclure l'observation de la vitesse de marche, la quantification de la pratique d'activité physique, la mesure des facteurs de risque et du tour de taille et l'évaluation de la condition physique en escalier pour établir le risque de maladie cardiovasculaire ainsi que la nécessité d'examen supplémentaires.

14. Pescatello LS, Franklin BA, Fagard R et coll. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and hypertension. *Med Sci Sports Exerc* 2004; 36 (3) : 533-53.
15. Naci H, Salcher-Konrad M, Dias S et coll. How does exercise treatment compare with antihypertensive medications? A network meta-analysis of 391 randomised controlled trials assessing exercise and medication effects on systolic blood pressure. *Br J Sports Med* 2019; 53 (14) : 859-69.
16. Thompson PD, Crouse SF, Goodpaster B et coll. The acute versus the chronic response to exercise. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33 (6 suppl.) : S438-S445; discussion S52-S53.
17. Slaght J, Sénéchal M, Hrubeniuk TJ et coll. Walking cadence to exercise at moderate intensity for adults: a systematic review. *J Sports Med (Hindawi Publ Corp)* 2017; 2017 : 4641203.
18. Tudor-Locke C, Bassett DR. How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports Med* 2004; 34 (1) : 1-8.
19. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ et coll. Heart disease and stroke statistics – 2020 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2020; 141 (9) : e139-e596.
20. Powell-Wiley TM, Poirier P, Burke LE et coll. Obesity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2021; 143 (21) : e984-e1010.
21. Després JP, Carpentier AC, Tchernof A et coll. Management of obesity phenotypes with diabetes in cardiology. *J Am Coll Cardiol* 2021; 78 (5) : 513-31.
22. Middleton A, Fritz SL, Lusardi M. Walking speed: the functional vital sign. *J Aging Phys Act* 2015; 23 (2) : 314-22.
23. Peteiro J, Bouzas-Mosquera A. Time to climb 4 flights of stairs provides relevant information on exercise testing performance and results. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2020; 74 (4) : 354-5.

Pr DAYVIGO^{MC}

comprimés de lemborexant

INDICATIONS ET UTILISATION CLINIQUE :

Les troubles du sommeil peuvent être la manifestation d'un trouble physique et/ou psychiatrique. Par conséquent, la décision d'instaurer un traitement symptomatique de l'insomnie ne doit être prise qu'après une évaluation minutieuse du patient. DAYVIGO^{MC} (lemborexant) est indiqué pour le traitement de l'insomnie, caractérisée par des difficultés d'endormissement et/ou de maintien du sommeil.

DAYVIGO n'est pas recommandé chez les patients de moins de 18 ans.

DAYVIGO n'est pas recommandé chez les patients atteints d'insuffisance hépatique sévère.

CONTRE-INDICATIONS :

- Les patients qui présentent une hypersensibilité à ce médicament, à l'un des ingrédients de la préparation, y compris les ingrédients non médicinaux, ou à un composant du contenant.
- Les patients atteints de narcolepsie.

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS :

- Pensées anormales et modifications du comportement
- Dépresseurs du SNC (incluant l'alcool), altération de l'état de veille diurne, risque de chutes
- Comportements complexes liés au sommeil
- Paralysie du sommeil, hallucinations hypnagogiques/hypnopompiques et symptômes semblables à la cataplexie
- Aggravation de la dépression/idées suicidaires
- Maladies concomitantes
- Interactions médicamenteuses – inhibiteurs et inducteurs du CYP3A
- Patients présentant une intolérance au galactose
- Conduite de véhicules et utilisation de machines
- Patients ayant des antécédents de dépendance; tolérance et risque d'usage abusif
- Insomnie de rebond
- Patients atteints d'une insuffisance hépatique
- Patients présentant une altération de la fonction respiratoire
- Femmes enceintes ou qui allaitent

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS :

Veuillez consulter la monographie du produit au <https://ca.eisai.com/fr-CA/our-products> pour des renseignements importants au sujet des réactions indésirables, des interactions médicamenteuses et de la posologie qui n'ont pas été abordés ici. On peut aussi obtenir ce document en appelant au 1 877 873-4724.

† D'après une étude globale de phase III d'une durée de 1 mois, à répartition aléatoire, à double insu, contrôlée par placebo et par agent actif, et avec groupes parallèles (SUNRISE 1), menée chez 743 sujets souffrant d'insomnie (âge ≥ 55 ans). Les sujets ont reçu un placebo (n = 208), DAYVIGO 5 mg (n = 266) ou 10 mg (n = 269) au moment du coucher. Moyennes au début de l'étude de la latence avant le sommeil persistant : placebo, 44 min; DAYVIGO 5 mg, 45 min; DAYVIGO 10 mg, 45 min. Moyennes au début de l'étude du temps d'éveil après endormissement : placebo, 112 min; DAYVIGO 5 mg, 113 min; DAYVIGO 10 mg, 115 min².

RÉFÉRENCES :

1. DAYVIGO Monographie du produit, Eisai limitée, 3 novembre 2020.
2. Rosenberg R, Murphy P, Zammit G, et al. Comparison of Lemborexant With Placebo and Zolpidem Tartrate Extended Release for the Treatment of Older Adults With Insomnia Disorder: A Phase 3 Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*. 2019;2(12):e1918254.

DAYV-CAN/F-24.1



DAYVIGO^{MC} est une marque de commerce appartenant à Eisai R&D Management Co., Ltd., utilisée sous licence par Eisai Inc. Eisai limitée, 6925, avenue Century, bureau 701, Mississauga, Ontario L5N 7K2 © 2021 Eisai limitée. Tous droits réservés.