

COINtechnipharm

FÉVRIER/MARS 2010

Calendrier d'événements en 2010

20 FÉVRIER

28^e Congrès annuel des techniciens en pharmacie

Humber College, Campus du Nord, Toronto
Contact : Leah Barclay
Téléphone : 416 675-6622, poste 77151
Courriel : leah.barclay@humber.ca
Site Web : www.pharmacy.humber.ca

9-11 AVRIL (PARTIE DESTINÉE AUX ATP, LE 10 AVRIL)

Annual Manitoba Pharmacy Conference

Centre des congrès de Winnipeg
Contact : ACTP Manitoba
Site Web : www.mbpharmacyconference.com
(inscription en ligne obligatoire pour les ATP)

14-16 MAI

PDC 2010, congrès national annuel de l'ACTP sur le développement professionnel

Delta Meadowvale Resort, Mississauga, Ont.
Contact : ACTP
Téléphone : 416 410-1142
Courriel : pdc@capt.ca
Site Web : www.capt.ca/Capt_PDC.aspx

17-19 SEPTEMBRE

20^e congrès annuel des techniciens en pharmacie de l'Alberta

Hyatt Regency, Calgary, Alb.
Contact : Pharmacy Technician Society of Alberta
Courriel : info@pharmacytechnicians.ab.ca
Site Web : www.pharmacytechnicians.ab.ca

LEÇON DE FC GRATUITE À L'INTÉRIEUR:



Combattre la dyslipidémie

Accréditée par le Conseil canadien de l'éducation continue en pharmacie (CCEPP)

Répondez en ligne pour connaître vos résultats immédiatement
www.monportailpharmacie.ca

L'actualité
pharmaceutique

Prendre l'initiative

Une technicienne surpasse les attentes et voit ses efforts couronnés d'un prix

« J'étais complètement abasourdie », c'est ainsi que Tiffany White décrit sa réaction quand on lui a décerné le 'Commitment to Care & Service Awards' dans la catégorie Assistants techniques en pharmacie. La remise des prix était organisée par Pharmacy Practice et Drugstore Canada.

On comprend mal la surprise de Tiffany White. En sa qualité d'ATP à la pharmacie Classic Care d'Ottawa, elle a entrepris une série de projets qui démontrent son sens de l'initiative et lui ont valu une reconnaissance unanime en tant que membre essentiel de l'équipe des soins de santé.

La pharmacie Classic Care, dont le siège social est situé à Burlington, en Ontario, sert une clientèle exclusivement composée d'établissements de soins de longue durée et de maisons de retraite — la clientèle d'Ottawa compte 24 de ces établissements. La pharmacie n'a pas de point de distribution de détail et se concentre exclusivement sur l'exécution des ordonnances et les communications avec le personnel infirmier, les médecins et les préposés aux soins. Tiffany White fait partie d'une équipe de 15 ATP et de neuf pharmaciens. Elle accompagne les pharmaciens dans leurs visites aux centres de soins de longue durée, et les aide à effectuer les revues de médicaments, à éliminer les médicaments supprimés ou périmés et à garnir les chariots de médicaments. Quand la pharmacie prend en charge un nouveau client, Tiffany s'occupe de collecter l'information nécessaire et de dresser la liste des fournitures à livrer à l'établissement.

Parallèlement, Tiffany entretient les relations avec les pharmacies satellites du réseau Classic Care associées à chacun des établissements de soins de longue durée pour les services en dehors des heures ouvrables. Elle se charge aussi de la facturation de ces services. L'une de ses activités préférées consiste à organiser le tournoi de golf annuel au profit d'organismes de bienfaisance. « Ça, c'est mon bébé! », proclame-t-elle fièrement.

Mais le domaine dans lequel elle s'est

distinguée au cours des six dernières années, c'est l'élaboration de matériel éducatif destiné à aider le personnel infirmier des établissements à adopter des pratiques pharmaceutiques sûres. « Le premier document que j'ai mis au point, et qui sert encore, porte

sur l'administration de la morphine. C'est ma directrice qui m'avait demandé de développer des outils sur ce sujet », explique-t-elle. Elle avait donc dessiné une seringue graduée, indiquant les dosages pertinents et approuvés par le gouvernement, qu'elle avait complétée par un tableau de conversion.

Depuis, elle a produit un module de formation sur les médicaments dangereux, une liste de médicaments à « ne pas broyer » pour informer les infirmières des produits qui perdent leurs propriétés lorsqu'on les broie pour en faciliter l'absorption aux patients, et une liste de médicaments dont la présentation et les noms se ressemblent, afin d'éviter les confusions.

Elle se fie à diverses sources pour recueillir de l'information, y compris les pharmaciens eux-mêmes, l'Internet, le CPS, le Centre d'information et de recherche sur les médicaments et les compagnies pharmaceutiques. « Une fois que j'obtiens l'information voulue, je la fais vérifier par le pharmacien pour m'assurer de son exactitude », précise-t-elle.

Diplômée en 2001 de l'ancien programme de techniques en pharmacie du Collège Algonquin à Ottawa, Tiffany White a fait ses premières démarches d'agrément en janvier, en s'inscrivant aux programmes de formation-relais qui viennent d'être offerts dans la région d'Ottawa. « J'étais impatiente de démarrer ce processus », dit-elle.

Alors qu'elle était au secondaire, Tiffany avait envisagé une carrière en pharmacie, mais elle n'était pas sûre d'aimer ce secteur. Elle a donc décidé de commencer par une formation technique, comme elle le dit « pour bien me familiariser avec le secteur. J'ai découvert que j'adorais être une ATP. »



Photo: Shauna White Photography

Coin Technipharm a reçu l'approbation de



Pour recevoir d'autres exemplaires de Coin Technipharm, veuillez communiquer avec votre délégué Teva Novopharm. Service éducatif destiné aux assistants techniques en pharmacie (ATP) canadiens et offert par Teva Novopharm www.tevanovopharm.com

TEVA
novopharm
LE MONDE À VOTRE PORTÉE

Éditrice

Jackie Quemby

Rédactrice en chef
Tanya Stuart

Auteur, Québec
Christian Leduc

Auteure
Sally Praskey

Directrice artistique
Tanya Unger-Brockley

Directrice de la production
Jacquelyn Wint

COMITÉ CONSULTATIF DE RÉDACTION

Colleen Curry, Collège communautaire
du Nouveau-Brunswick

Ron Elliott, B.Sc.Pharm.

Pam Fitzmaurice, Assistante technique
en pharmacie

Tim Fleming, Association canadienne
des techniciens pharmaceutiques

Krista Logan, CPhT

Louise Sénécal,
Association québécoise des assistants
techniques en pharmacie (AQATP)

Margaret Woodruff, Humber College
Tana Yoon, CPhT (US)

L'actualité pharmaceutique

COIN TECHNIPHARM et
COIN TECHNIPHARM FC sont publiés par
Les Éditions Rogers Ltée,
One Mount Pleasant Road,
Toronto (Ontario) M4Y 2Y5.

Toute reproduction est interdite sans
le consentement écrit de l'éditeur.
Tanya Stuart: Tél. : 416 764-3944.
Téléc. : 416 764-3931.

Y a-t-il un sujet que vous aimeriez
voir traité dans *Coin technipharm*?
Faites-nous part de vos idées et de
vos commentaires en écrivant à
stephanie.decelles@rci.rogers.com

Service éducatif destiné aux assistants
techniques en pharmacie canadiens et
offert par Teva Novopharm
www.tevanovopharm.com



Rendez-vous sur les sites
www.monportailpharmacie.ca
www.tevanovopharm.com

► NOUVELLES DU QUÉBEC

Les avantages de la délégation

Bien que la délégation de la vérification contenant-contenu soit autorisée depuis plusieurs années dans les pharmacies communautaires québécoises, encore trop peu de pharmaciens profitent des avantages qu'elle procure, constate l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ).

Lors du récent congrès de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP), la coordonnatrice des pratiques professionnelles à l'OPQ, la pharmacienne Guylaine Bertrand, a dressé le bilan d'un projet pilote visant à observer comment la délégation a été mise en place dans plusieurs pharmacies communautaires.

Selon elle, le taux d'erreur dans ces pharmacies après la mise en place de la délégation était inférieur au standard établi par l'Ordre, soit de moins de 1 %, avec une certitude d'au moins 95 %.

Guylaine Bertrand a expliqué que la mise en place de la délégation dans ces pharmacies avait nécessité beaucoup d'organisation, des ressources ainsi qu'une formation appropriée aux assistants techniques en pharmacie (ATP). Elle estime qu'il est donc essentiel d'implanter la délégation progressivement, en prenant surtout bien soin de déterminer les cas où la vérification contenant-contenu doit être effectuée par le pharmacien.

Afin de mettre en place la délégation de la vérification, Guylaine Bertrand a conseillé aux pharmaciens d'établir un protocole clair, comprenant notamment les objectifs de la démarche, une liste précise des tâches et leur complexité et des mesures de contrôle de la qualité. ◀

► NOUVELLES DE LA CÔTE OUEST

L'Alberta adaptera les programmes de l'Ontario

Les assistants techniques en pharmacie (ATP) de l'Alberta pourront bientôt entreprendre leurs premières démarches d'agrément grâce à une entente d'achat des programmes de formation-relais de l'Ontario. Ces programmes comportent quatre cours et représentent un total de 165 heures de formation.

Les formateurs d'ATP collaborent actuellement avec le Collège des pharmaciens de l'Alberta (ACP) pour intégrer la législation albertaine au contenu des cours.

En vertu de l'entente, l'Ontario fournira à l'Alberta les modules de la formation-relais dans un format adaptable en classe ou en ligne. « Nous collaborerons avec les organismes de formation des ATP de manière à dispenser les programmes dans ces deux formats, » déclare Dale Cooney, registraire adjoint à l'ACP. L'entente prévoit aussi l'accès aux examens de reconnaissance des acquis (ERA) de l'Ontario relatifs à trois des quatre programmes de formation-relais (pour en savoir plus, lire les « Nouvelles de l'Ontario »). « Ces examens seront aussi offerts dès qu'ils auront été adaptés, » ajoute Cooney.

Selon ce dernier, la première séance de l'examen de qualification du Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada (BEPC) est prévue à l'automne, sous réserve de confirmation des dates. ◀

► NOUVELLES DE L'ONTARIO

Le CPO teste les examens de reconnaissance des acquis

Les quatre cours de formation-relais étant dispensés aujourd'hui dans tous les collèges agréés par le Conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie (CCEPP), le Collège des pharmaciens de l'Ontario (CPO) entend de lancer les examens de reconnaissance des acquis (ERA). Ces derniers seront offerts pour tous les programmes de formation-relais, à l'exception du cours de pratique professionnelle. Les ERA permettront aux candidats de contourner la formation-relais en démontrant qu'ils ont déjà les connaissances et compétences requises pour satisfaire aux objectifs d'apprentissage.

« À compter de janvier, l'examen de reconnaissance des acquis en pharmacologie sera testé dans tous les établissements agréés par le CCEPP », annonce Susan James, directrice des

programmes d'agrément au CPO. « Nous avons mis sur pied un processus qui permettra aux candidats de passer les ERA dans tout établissement collégial de la province, précise-t-elle. Nous testons l'examen d'abord dans les principaux collèges de formation des assistants techniques en pharmacie, avant d'en étendre l'application dans toute la province. » Les candidats à l'agrément n'ont qu'une seule chance de passer l'ERA pour chacun des cours admissibles.

L'examen associé au cours sur la distribution des médicaments sera lancé en février et celui sur la préparation des produits sera prêt d'ici l'été. Chaque examen, d'une durée prévue de trois heures, est composé d'une partie à choix multiples et d'une autre comportant des questions courtes, précise Susan James.

Par ailleurs, le cours de pratique professionnelle est désormais accessible en ligne, sur le site www.OntarioLearn.com. Ce site regroupe 22 collèges communautaires qui se sont associés pour élaborer et dispenser des cours de formation en ligne. Elle conseille aux candidats admissibles de consulter le site du CPO (www.ocpinfo.com) pour obtenir des renseignements précis. ◀

► RAPPEL

Signaler les effets indésirables de médicaments : un domaine d'intervention pour les ATP

Tous les médicaments et produits de santé qui sont sur le marché comportent des avantages et des risques. Bien que ces produits soient minutieusement testés avant d'être autorisés au Canada, il n'est pas inhabituel de les voir entraîner des « effets indésirables » après leur mise en circulation. Ces effets peuvent se manifester quelques minutes ou quelques années après le contact avec le produit, et leur spectre s'étend des effets secondaires mineurs, comme une éruption cutanée, aux réactions dangereuses, telles qu'une crise cardiaque ou une atteinte hépatique. En fait, Santé Canada estime que plus de 50 % des produits thérapeutiques nouvellement approuvés comportent des effets secondaires graves, qui ne sont décelés qu'après la mise en marché de ces produits.

C'est pourquoi il est essentiel pour les ATP et autres professionnels de la santé de signaler tout effet indésirable suspecté au programme Canada Vigilance de Santé Canada, qui constitue le mécanisme gouvernemental de surveillance des produits de santé après leur mise en marché. Il n'est pas nécessaire d'être certain qu'un produit de santé ait causé une réaction pour le signaler, et les professionnels de la santé ne sont pas les seuls à pouvoir le faire. Santé Canada recommande néanmoins aux consommateurs de consulter un professionnel de la santé avant de signaler un produit, afin de s'assurer d'obtenir des renseignements exacts sur leurs antécédents médicaux.

Santé Canada veut être informé de tous les effets indésirables éventuels des médicaments et produits de santé en circulation sur le marché canadien : médicaments sur ordonnance et en vente libre, produits de santé naturels et produits biologiques et radiopharmaceutiques. Le ministère veut surtout savoir si ces effets sont imprévus – c'est-à-dire qu'ils ne correspondent pas à l'information affichée sur la notice ou l'étiquette du produit –, s'ils sont graves, qu'ils soient prévus ou non, ou s'ils sont liés à un produit de santé commercialisé depuis moins de cinq ans.

Si l'un de vos patients se plaint d'effets indésirables, vous devez déclarer aussitôt que possible, même si vous n'êtes pas sûrs qu'ils soient imputables au produit de santé. On peut signaler des effets indésirables en ligne, à <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/index-fra.php>, par téléphone (sans frais au 1 866 234-2345), ou en

remplissant le Formulaire de déclaration de Canada Vigilance (qu'on peut trouver sur le site Web et au dos du CPS), par télécopieur (1 866 678-6789) ou par courriel (voir les adresses régionales à la page 2 du formulaire). La déclaration doit fournir des renseignements pertinents sur le patient, des détails sur les effets indésirables présumés, et de l'information sur le traitement et ses résultats. Les renseignements sur l'identité du patient et de l'auteur de la déclaration des effets secondaires demeurent confidentiels.

Santé Canada analyse les déclarations afin d'y déceler des signaux éventuels de risque qui pourraient justifier une enquête plus poussée. Les déclarations sont consignées dans le système canadien d'information sur les effets indésirables



des médicaments (CADRIS), une base de données informatique qui rassemble tous les renseignements recueillis. Santé Canada publie aussi un bulletin trimestriel intitulé Bulletin canadien des effets indésirables (BCEI), qui alerte les abonnés aux signaux de risque détectés dans les

déclarations. Ces deux ressources sont accessibles gratuitement en ligne.

On estime que pour chaque effet indésirable signalé, près d'une dizaine sont passés sous silence. La déclaration des effets indésirables est donc un domaine d'intervention à exploiter pour les ATP, puisqu'il leur offre l'occasion de promouvoir la sécurité des produits pharmaceutiques pour tous les Canadiens. ◀

Illustration: Jennifer Herbert

LE MONDE À VOTRE PORTÉE

N° 1 POUR L'ÉDUCATION DES ASSISTANTS TECHNIQUES EN PHARMACIE

Vous savez déjà que Teva est la plus importante entreprise de médicaments génériques au monde. Mais saviez-vous que comparativement à nos concurrents, nous mettons à la disposition des assistants techniques les ressources les plus nombreuses ? Notre publication nationale *Coin Technipharm* est la seule rédigée spécifiquement à l'intention des assistants techniques en pharmacie. Nous publions aussi *Coin Technipharm FC*, le seul programme en formation continue accrédité par le *Conseil canadien de l'éducation continue en pharmacie (CCEPP)*. D'ailleurs, un sondage mené auprès des pharmaciens canadiens en 2008 a révélé que notre entreprise générique se classe au premier rang pour son excellence en formation continue pour les ATP.

La réglementation étant en changement constant, nous avons pris l'engagement de vous apporter notre soutien car nous savons que l'ATP est un membre clé de l'équipe soignante.

Faites confiance à un chef de file mondial attentif au perfectionnement professionnel.

TEVA
novopharm

tevanovopharm.com

DONNE DROIT À 1,0 CRÉDIT DE FC



Donne droit à 1,0 crédit de FC du Conseil canadien de la formation continue en pharmacie. Dossier n° 1065-2009-451-P-T. N'est pas valide pour des crédits de FC après le 25 novembre 2012.

Répondez en ligne pour connaître vos résultats immédiatement www.monportailpharmacie.ca

DE LA FC SPÉCIALEMENT POUR LES ATP

Coin Technipharm FC est le seul programme national de formation continue à l'intention des assistants techniques en pharmacie canadiens.

Le rôle des ATP s'étend, aussi servez-vous de Coin Technipharm FC pour accroître vos connaissances. Une note de 70 % est nécessaire pour obtenir une unité de formation continue (UFC).

Coin Technipharm FC est généreusement commandité par Novopharm Limitée. Vous pouvez télécharger les anciens numéros sur les sites www.monportailpharmacie.ca ou www.tevanovopharm.com.

OPTIONS POUR RÉPONDRE AU TEST

1. Répondez au test en ligne et obtenez instantanément vos résultats sur le site www.monportailpharmacie.ca.
2. Utilisez la carte-réponse insérée dans cette leçon de FC. Entourez les réponses sur la carte préaffranchie et préadressée, et postez-la ou télécopiez-la à Mayra Ramos, au 416 764-3937.

Pour réussir ce test, une note de 70 % (ou 7 sur 10) est requise. Si vous réussissez, vous recevrez 1,0 UFC. Vos résultats vous seront communiqués par un courrier de Coin Technipharm. Veuillez allouer de 8 à 12 semaines pour la réponse.

COLLABORATEURS

Coordonnatrice :

Margaret Woodruff, R.Ph, B.Sc.Ph., MBA, Humber College

Directrice de la rédaction clinique :

Lu-Ann Murdoch, B.Sc.Ph.

Auteur :

Karen Ng, B.Sc.Ph.

Révisseur :

Deborah Drake, assistante technique

L'actualité
pharmaceutique

Combattre la dyslipidémie

par Karen Ng, B.Sc.Ph.

Objectifs d'apprentissage

Après avoir suivi cette leçon, l'assistant technique en pharmacie (ATP) sera en mesure de :

1. comprendre la différence entre le « bon » et le « mauvais » cholestérol.
2. décrire les moyens non pharmacologiques par lesquels on peut améliorer les taux de cholestérol.
3. distinguer les différentes catégories de médicaments utilisées pour traiter la dyslipidémie.
4. expliquer les différentes façons dont un ATP peut aider les clients de la pharmacie à prendre en charge leur dyslipidémie.

Introduction

La dyslipidémie (ou trouble du cholestérol) est un des nombreux facteurs – avec l'hypertension, le diabète, le tabagisme et l'obésité – qui accroît le risque de maladie cardiovasculaire (MCV). La MCV comprend la cardiopathie, les maladies des vaisseaux sanguins et l'accident vasculaire cérébral (AVC). La MCV est la principale cause de mortalité et de morbidité chez les Canadiens, et, malgré la prévalence de cette maladie, son impact n'est toujours pas vraiment reconnu¹. En 2004, la MCV a représenté 32 % de l'ensemble des décès au Canada et on estime qu'un Canadien meurt toutes les sept minutes pour cause de cardiopathie ou d'AVC². Environ 40 % des Canadiens présentent une dyslipidémie et jusqu'à 10 millions de Canadiens adultes n'atteignent pas les taux de cholestérol cibles recommandés. Or, en maîtrisant les taux de cholestérol, on réduit les risques de cardiopathie et d'AVC. Des études ont montré qu'une réduction de 1 mmol/L du cholestérol des lipoprotéines à basse densité (cholestérol LDL ou « mauvais » cholestérol) peut réduire de 25 % le risque de cardiopathie¹. Une prévention proactive ainsi qu'un traitement de la dyslipidémie sont nécessaires pour maximiser la santé des Canadiens et prévenir les complications associées à ce trouble chronique.

Cette leçon donne une vue d'ensemble de ce que sont le « bon » et le « mauvais » cholestérol, de la prévention de la MCV en ce qui concerne le cholestérol, des facteurs de risque et des aspects des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques.

Qu'est-ce que la dyslipidémie?

La dyslipidémie est une maladie asymptomatique qui résulte généralement de taux élevés de cholestérol. Le

cholestérol, les triglycérides et les phospholipides sont les principaux lipides que l'on trouve dans l'organisme. Ils sont transportés dans le sang en tant que complexes de lipides et de protéines appelés lipoprotéines. Les divers types de lipoprotéines sont classés en fonction de leur différence de densité, soit les lipoprotéines de basse densité (LDL), les lipoprotéines de haute densité (HDL) et les lipoprotéines de très basse densité (VLDL). Les VLDL sont transportées dans le sang en tant que triglycérides. Chaque particule lipoprotéique athérogénique contient aussi une molécule appelée apolipoprotéine B (apo B). La concentration d'apo B dans le sang reflète le nombre total de ces particules lipoprotéiques. Des études récentes ont montré que l'apo B est un meilleur marqueur du risque de maladie vasculaire que les LDL^{1,3}.

La dyslipidémie peut se présenter sous la forme de taux élevés de cholestérol, de LDL ou de triglycérides, ou d'un taux faible de HDL, ou encore d'une combinaison de ces anomalies. On considère le cholestérol HDL comme le « bon » cholestérol parce qu'il transporte le cholestérol excédentaire du sang jusqu'au foie, où il est ensuite excrété dans la bile. Des spécialistes ont découvert que les HDL peuvent retirer le cholestérol qui se trouve dans les plaques artérielles. Des données probantes montrent que les HDL protègent contre le développement de l'athérosclérose (accumulation de plaque dans les parois artérielles qui entraîne un rétrécissement des artères) et qu'un taux faible de HDL accroît le risque de MCV³. Quant au cholestérol LDL, on le considère comme le « mauvais » cholestérol parce que cette lipoprotéine transporte partout dans l'organisme la majeure partie du cholestérol, contribuant ainsi aux taux de cholestérol élevés que l'on peut trouver dans le sang. Un taux élevé

Un service éducatif aux assistants techniques en pharmacie du Canada qui vous est offert par Teva Novopharm
www.tevanovopharm.com

TEVA
novopharm
LE MONDE À VOTRE PORTÉE

de LDL favorise le stockage du cholestérol dans les cellules et se traduit par l'athérosclérose. Les triglycérides sont un type courant de corps gras présents dans l'organisme et ils sont associés à un faible taux de HDL, à un excès de poids et à un diabète mal maîtrisé^{2,4}.

La plupart des personnes dyslipidémiques restent asymptomatiques pendant de nombreuses années avant que leur maladie ne devienne évidente cliniquement. Plusieurs facteurs de risque associés à la dyslipidémie, en s'additionnant, accroissent le risque de MCV (voir Tableau 1). Des causes primaires (génétiques) et secondaires (c.-à-d. thyroïde faible, grossesse, lupus, maladie rénale, bêtabloquants, stéroïdes, œstrogènes) sont également impliquées dans le développement de la dyslipidémie.

TABLEAU 1 – Principaux facteurs de risque^{1,9}

- Diabète
- Hypertension (≥140/90)
- Tabagisme
- Faible taux de HDL (≤ 1)
- Antécédents familiaux : parent au premier degré ayant développé une coronaropathie à un âge précoce (hommes <55 – femmes <65)
- Âge (hommes ≥45, femmes ≥55)
- Obésité
- Biomarqueurs de l'inflammation

On pose un diagnostic de dyslipidémie quand une personne dépasse ses valeurs cibles de taux de cholestérol, sur la base d'une évaluation individuelle de ses risques de développer une cardiopathie. On recommande que tous les hommes de plus de 40 ans et que toutes les femmes ménopausées ou de 50 ans et plus fassent mesurer leurs taux de cholestérol tous les un à trois ans¹. De plus, les adultes présentant des facteurs de risques supplémentaires tels que le diabète, le tabagisme, l'hypertension, des antécédents familiaux de cardiopathie précoce, une maladie rénale, un lupus, une obésité, un dysfonctionnement sexuel ou qui utilisent des médicaments antirétroviraux devraient être dépistés quel que soit leur âge¹.

L'outil d'évaluation du risque cardiovasculaire le plus connu est le score de risque de Framingham. Ce score prend en compte des facteurs de risque tels que l'âge, le sexe, la pression artérielle, le tabagisme et la présence de diabète pour fournir une estimation du risque d'un individu de subir une crise cardiaque non fatale ou de décéder de cause cardiaque dans les 10 ans à venir. Sur la base de ce score, les patients sont répartis en trois catégories – à haut risque, à risque modéré et à faible risque –, qui correspondent à des cibles de traitement différentes¹ (voir Tableau 2). En identifiant les personnes qui pourraient être à risque de présenter une dyslipidémie et en les aidant à prendre conscience de l'importance de

mesurer régulièrement leurs taux de cholestérol, on leur permettra de s'efforcer de prévenir la MCV pour mieux prendre en charge leur santé.

Traitement non pharmacologique

La mise en œuvre de modifications du mode de vie en vue d'atteindre des taux de cholestérol sains est la première étape pour les personnes appartenant aux catégories à risque faible et modéré du score de Framingham. On doit leur conseiller de limiter leur consommation de corps gras à entre 25 % et 35 % de leur apport calorique quotidien; cela inclut de limiter l'apport de graisses saturées et de choisir des gras plus sains, comme les gras polyinsaturés (p. ex., les acides gras oméga-3 et oméga-6) et les gras mono-insaturés. On trouve les gras polyinsaturés et mono-insaturés dans les huiles végétales, les margarines non hydrogénées, les noix et le poisson, tandis que les gras saturés proviennent de la viande rouge et des laitages très gras. Les gras à éviter sont les gras trans, dont on sait qu'ils élèvent le taux de LDL et abaissent le taux de HDL. On les trouve dans des aliments préparés avec du shortening ou de l'huile végétale partiellement hydrogénée, les margarines dures, des plats de restauration rapide et des plats préparés. L'idéal est d'avoir une alimentation comportant beaucoup de fruits, de légumes et de grains entiers².

Un programme comprenant au moins 30 minutes d'activité physique par jour la plupart des jours de la semaine peut abaisser les taux de cholestérol. Il est recommandé de prévenir l'obésité en conservant un tour de taille inférieur à 94 cm pour les hommes et à 80 cm pour les femmes, et de viser un poids santé avec un indice de masse corporelle inférieur à 25 kg/m². Un régime alimentaire faible en gras ne suffit pas à maintenir une perte de poids; il faut plutôt aussi se concentrer sur la réduction de la consommation de sucres raffinés, que l'on trouve dans les aliments à base de farine blanche traitée, les craquelins et le riz, car cela aidera à assurer une répartition optimale

de la graisse corporelle. Il sera également bénéfique de limiter une consommation excessive d'alcool et, enfin, d'éviter de fumer, car cela fait à la fois diminuer le taux de HDL et augmenter le taux de LDL^{1,2}.

Traitement pharmacologique – médicaments d'ordonnance

Bien que les modifications du mode de vie soient bénéfiques, les personnes atteintes auront le plus souvent besoin d'un traitement pharmacologique pour atteindre leurs cibles lipidiques. Toute personne classée dans les catégories de risque faible à modéré dont le risque de décès associé à une coronaropathie ou de crise cardiaque non fatale dans les 10 ans à venir est d'au moins 10 % à 20 % devrait être soumise à un traitement (voir Tableau 2). Pour les personnes de la catégorie à faible risque dont le score de Framingham est inférieur à 10 %, le médecin jugera si un traitement et une prise en charge doivent être envisagés. Toutefois, la présence d'autres facteurs de risque, tels que des antécédents familiaux de coronaropathie précoce, une obésité abdominale ou une glycémie à la limite supérieure, pourra nécessiter un traitement pharmacologique chez les personnes appartenant à la catégorie à faible risque¹.

Le choix de l'agent hypolipémiant est fonction de l'importance des anomalies relatives aux LDL, aux HDL ou aux triglycérides constatées à l'analyse du sang. Les personnes qui ont surtout un taux de LDL trop élevé seront traitées avec un agent différent comparativement à celles qui présentent seulement un taux de triglycérides élevé ou un taux de HDL très bas.

Divers médicaments peuvent être utilisés dans le traitement de la dyslipidémie, dont les statines, les fibrates, les résines et d'autres agents comme l'ézétimibe et la niacine (voir Tableau 3). Chaque classe de médicaments agit selon un mécanisme différent et son degré d'action varie selon les lipoprotéines. En fonction de

TABLEAU 2 – Cibles lipidiques¹

NIVEAU DE RISQUE	CIBLE DU TRAITEMENT PRIMAIRE
Élevé (risque de coronaropathie sur 10 ans ≥20 %) [TOUTES les personnes atteintes de coronaropathie, de maladie cérébrovasculaire ou de maladie artérielle périphérique, ou encore de maladie rénale chronique, et la plupart des diabétiques adultes]	LDL < 2,0 ou ≥50 % ↓ LDL apo B < 0,80 g/L
MODÉRÉ (risque de coronaropathie sur 10 ans = 10 %-19 %)	LDL < 2,0 ou ≥50 % ↓ LDL apo B < 0,80 g/L
FAIBLE (risque de coronaropathie sur 10 ans <10 %)	≥50 % ↓ LDL
LDL = lipoprotéines de faible densité ; HDL = lipoprotéines de haute densité ; apo B = apolipoprotéine	

TABLEAU 3 – Traitement médicamenteux de la dyslipidémie^{7,9}

STATINES		
	Mécanisme d'action	Effet thérapeutique
atorvastatine fluvastatine lovastatine pravastatine rosuvastatine simvastatine	Inhibiteurs de la HMG-CoA réductase; font décroître la production de cholestérol dans le foie.	LDL ↓ 20-65 % HDL ↑ 5-15 % TG ↓ 7-30 %
FIBRATES		
bézafigibrate fénofigibrate gemfibrozil	Stimulent l'activité d'une enzyme du foie pour accroître la clairance des LDL du sang.	LDL ↓ 5-20 % HDL ↑ 10-20 % TG ↓ 20-50 %
RÉSINES/SÉQUESTRANTS DES ACIDES BILIAIRES		
cholestyramine colestipol	Lient le cholestérol des acides biliaires et préviennent l'absorption intestinale du cholestérol.	LDL ↓ 15-30 % HDL ↑ 3-5 % TG ↑ 11-28 %
AUTRES		
ézétimibe	Inhibiteur de l'absorption du cholestérol; empêche l'absorption du cholestérol alimentaire et biliaire par l'intestin.	LDL ↓ 10-20 % HDL ↑ 0-6 % TG ↓ 7-15 %
niacine	Inhibe la production de VLDL dans le foie, réduisant ainsi la production de LDL; accroît également la clairance des LDL du sang.	LDL ↓ 15-25 % HDL ↑ 15-35 % TG ↓ 30-60 %
LDL : lipoprotéines de faible densité ; HDL : lipoprotéines de haute densité ; TG : triglycérides		

L'importance de l'anomalie lipidique, les patients pourront avoir besoin de prendre des médicaments de plus d'une classe thérapeutique. Le fait d'abaisser le taux de LDL fait directement diminuer le taux d'événements de coronaropathie; c'est pourquoi les LDL sont la principale cible du traitement⁵.

Les statines: Les statines sont le pilier du traitement de la dyslipidémie. Ce sont les agents hypolipémisants les plus puissants; ils font efficacement baisser le taux des LDL et modérément baisser celui de triglycérides, et ils font modérément augmenter celui des HDL. Divers essais cliniques ont montré que les statines peuvent réduire le risque de crise cardiaque ou de décès chez les sujets à risque élevé de développer une cardiopathie ou atteints de coronaropathie. Des données plus récentes montrent que le fait d'entreprendre un traitement par les statines chez des sujets à risque de faible à modéré en assez bonne santé permet de réduire les futurs événements cardiovasculaires⁶. Les statines sont très bien tolérées; elles peuvent cependant interagir avec certains médicaments et aliments. En particulier, on sait que l'atorvastatine, la

simvastatine et la lovastatine interagissent avec le jus de pamplemousse et, par conséquent, on doit conseiller aux personnes qui prennent ces statines d'éviter le jus de pamplemousse. L'association de ces statines et du jus de pamplemousse accroît le risque de myopathie, une maladie qui affecte les muscles et qui cause de la faiblesse, et même, bien que rarement, le risque de rhabdomyolyse, une maladie qui entraîne la destruction de cellules musculaires (voir Tableau 4).

Le traitement d'association: Chez les personnes qui ne répondent pas à un traitement par les statines en monothérapie, un traitement d'association avec d'autres hypolipémisants peut s'avérer nécessaire. Mais cela accroît cependant les risques d'interactions médicamenteuses indésirables et d'effets secondaires. Par conséquent, ces personnes doivent être étroitement suivies. Les personnes dont le taux de triglycérides reste élevé en dépit d'un traitement par une statine répondent généralement bien à l'ajout d'une niacine ou d'un fibrate¹.

Les fibrates : Ces agents sont très efficaces pour faire baisser le taux de triglycérides, mais ils

ont un effet modéré sur la réduction du taux de LDL et l'augmentation du taux de HDL⁴. Le gemfibrozil est associé à un risque plus élevé de toxicité musculaire quand on l'utilise avec les statines et, par conséquent, l'association de ces deux médicaments devrait être évitée^{1,4}.

La niacine : La niacine, également connue sous le nom de vitamine B₃ ou d'acide nicotinique, a un effet des plus puissants pour faire augmenter le taux de HDL. Il est important de noter que la niacine se présente sous quatre formes différentes : à libération immédiate, à libération prolongée, à libération progressive et « sans bouffées congestives ». Les comprimés de Niaspan et les nouveaux comprimés pelliculés de Niaspan peuvent être obtenus sur ordonnance; d'autres agents à libération prolongée figurent à l'Annexe 2 et les produits à libération immédiate ne sont pas contrôlés. La plupart des formules sont efficaces pour abaisser le taux de cholestérol, sauf la formule « sans bouffées congestives », car elle ne contient que très peu de niacine active. Chez les diabétiques, les doses élevées de niacine doivent être utilisées avec prudence, car elles peuvent accroître la glycémie. Les plus fréquents effets secondaires associés à la niacine sont les bouffées congestives, les démangeaisons et la peau sèche. Ces effets indésirables peuvent être minimisés en prenant ce médicament avec les repas, en faisant un prétraitement par l'acide acétylsalicylique (AAS) et en augmentant progressivement la dose¹.

Les résines : Les résines (p. ex. cholestyramine, colestipol) sont d'autres agents qui permettent d'abaisser le taux de LDL, mais à un degré moindre que les statines. Ces médicaments peuvent être difficiles à tolérer à cause de leurs effets secondaires gastro-intestinaux qui entraînent une mauvaise observance. Grâce à l'intervention des pharmaciens et à une formation adéquate des utilisateurs, le taux d'observance peut être amélioré. Les résines peuvent interagir avec d'autres médicaments et nuire à leur absorption. Cela peut être évité en séparant d'au moins quatre à six heures le moment de l'administration des résines et celui d'autres médicaments⁴.

Les inhibiteurs de l'absorption du cholestérol: On associe souvent l'ézétimibe à une statine pour réduire de 10 % à 20 % de plus le taux de LDL, en particulier dans les cas où les valeurs cibles de LDL n'ont pas été atteintes^{6,7}.

Les médicaments en vente libre
Plusieurs médicaments en vente libre sont utilisés pour le traitement de la dyslipidémie. Les huiles de poisson (p. ex., l'huile de saumon) et des composés contenant des acides gras oméga-3 peuvent abaisser le taux de triglycérides et faire légèrement augmenter le taux de HDL. Des études épidémiologiques ont montré qu'une alimentation riche en poisson peut réduire le risque de maladies

**TABLEAU 4 –
Importantes interactions médicamenteuses avec les hypolipémiants^{7,9}**

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES	
AGENTS HYPOLIPÉMIANTS Lovastatine, atorvastatine, simvastatine	STATINES • Toxiques quand on les utilise avec amiodarone, clarithromycine, érythromycine, gemfibrozil, jus de pamplemousse, vérapamil.
Toutes les statines	• Efficaces quand on les utilise avec cholestyramine, colestipol.
Tous les fibrates	FIBRATES • Toxiques quand on les utilise avec les statines. • Efficaces quand on les utilise avec cholestyramine, colestipol. • Effets indésirables avec pioglitazone, repaglinide, rosiglitazone, sulfonyles et warfarine.
Cholestyramine/Colestipol	RÉSINES • Absorption de divers médicaments et vitamines.
N.B. : Les ATP devraient signaler au pharmacien qu'un client reçoit un traitement associant les médicaments ci-dessus ou qu'il est sur le point de commencer un tel traitement d'association.	

cardiovasculaires. L'ail, les graines de lin, la lécithine et les pépins de raisin sont d'autres agents qui abaissent légèrement le taux de cholestérol; cependant, leurs effets ne sont pas constants. En général, on ne recommande pas d'utiliser ces agents seuls pour traiter la dyslipidémie dans la mesure où l'on ne dispose que de peu de données probantes pour étayer leur efficacité⁷. Chez les personnes dont le taux de triglycérides est modérément élevé, l'ajout d'huile de saumon à leur traitement par une statine peut être bénéfique pour abaisser un peu plus leur taux de triglycérides et atteindre les valeurs cibles recommandées. Il est important de consulter un pharmacien quand on veut acheter un produit en vente libre comme l'huile de saumon, car ce dernier pourra garantir que l'on choisit d'un agent sécuritaire et approprié qui sera associé à un minimum d'interactions médicamenteuses et d'effets secondaires. Les personnes qui ont un faible taux de HDL peuvent l'accroître de façon importante en apportant des modifications à leur mode de vie telles que cesser de fumer et faire plus d'exercice ou en associant soit une niacine, soit un fibrate à une statine.

L'observance thérapeutique

La dyslipidémie est un trouble chronique qui commande de prendre des médicaments à vie. Comme il s'agit d'une affection asymptomatique, le taux d'observance thérapeutique est faible avec les hypocholestérolémiants. Les pharmaciens et les membres de l'équipe d'une pharmacie sont des professionnels de la santé faciles d'accès et ils sont bien placés pour encourager les gens à respecter le traitement et aider à faire de la prévention dans le domaine cardiovasculaire⁸. Le personnel de la pharmacie peut collaborer avec les patients et avec leurs médecins pour simplifier le traitement pharmacologique en suggérant des associations de

produits. Cependant, avant de passer à un traitement d'association, les patients devraient commencer par utiliser un agent unique en augmentant progressivement la dose. D'autres méthodes peuvent améliorer l'observance thérapeutique, comme le fait d'inciter les patients à associer la prise du médicament à une activité précise (p. ex., au souper) afin de les aider à ne pas oublier de le prendre, de leur rappeler la date de leur prochain renouvellement, de leur apprendre à atténuer les effets secondaires et de mettre les médicaments dans des plaquettes alvéolées. Il est également nécessaire d'inviter les personnes concernées à faire régulièrement vérifier leurs taux de cholestérol afin de s'assurer d'atteindre les valeurs cibles recommandées. Et ce qui est plus important encore, c'est qu'en connaissant leurs taux de cholestérol, les patients seront en mesure de jouer un rôle plus actif en collaborant avec leur pharmacien et leur médecin pour atteindre leurs valeurs cibles recommandées en ce qui concerne le cholestérol et éviter d'éventuels événements cardiovasculaires à l'avenir.

Le rôle de l'assistant technique en pharmacie

L'ATP a un rôle important à jouer pour aider le pharmacien à favoriser une meilleure prise en charge de la dyslipidémie par les patients. Voici quelques exemples de la façon dont les ATP peuvent collaborer :

- Identifier les clients qui sont en retard pour faire renouveler leur ordonnance d'hypolipémiants.
- Rappeler aux clients qui n'ont plus droit à un renouvellement de consulter leur médecin pour qu'il réévalue leur cas.
- Détecter les clients qui sont en retard pour leurs renouvellements, ce qui témoigne d'une mauvaise observance thérapeutique, et en prévenir le pharmacien.

- Noter les effets secondaires mentionnés par les clients qui peuvent être associés à leur médicament hypolipémiants et les signaler au pharmacien.
 - Favoriser la prévention de la dyslipidémie en recommandant un mode de vie sain et en s'assurant que la pharmacie dispose de suffisamment de dépliants d'information sur les vertus de la perte de poids, d'une alimentation adéquate et de l'exercice.
 - Encourager les clients intéressés à parler de l'abandon du tabac avec le pharmacien.
 - Diffuser auprès des clients les ressources en ligne proposées par la Fondation des maladies du cœur sur le site www.heartandstroke.com. Les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire peuvent trouver sur ce site une information complète ainsi que des outils et du soutien.
- Partout dans le monde, la dyslipidémie est un important facteur de risque de développement de la maladie cardiovasculaire qui peut entraîner décès et invalidité. Les assistants techniques en pharmacie peuvent jouer un rôle majeur en encourageant les personnes concernées à apporter des modifications à leur mode de vie et à respecter leur traitement hypolipémiants afin de tirer le maximum d'avantages de la prévention et de la réduction du risque cardiovasculaire.

RÉFÉRENCES

- 1) Genest J, McPherson R, Frohlich J et coll. 2009 Canadian Cardiovascular Society/Canadian guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease in the adult-2009 recommendations. *Can J Cardiol*, 2009;25(10):567-79.
- 2) Heart and Stroke Foundation of Canada. Statistiques. Accessible sur le site <http://www.heartandstroke.on.ca/site/c.pv131eNWJwE/b.3581729/k.359A/Statistics.htm> (consulté le 13 février 2009).
- 3) *Harrison's Internal Medicine*. McGraw-Hill Access Medicine, 2007.
- 4) Dipiro JT, Talbert RL, Yee GC et coll. *Pharmacotherapy : A Pathophysiologic Approach*, 7th edition. Chapitre 25 – Hyperlipidemia, 2008:385-408.
- 5) McKenney JM. Pharmacologic options for aggressive low-density lipoprotein cholesterol lowering: Benefits versus Risks. *Am J Cardiol*, 2005;96(suppl):60E-66E.
- 6) Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA et coll. The JUPITER Study Group. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med*, 2008;359:2195-207.
- 7) Canadian Cardiovascular Pharmacists Network (CCPN). Dyslipidemia Management Resource Kit. Juillet 2008.
- 8) Tsuyuk RT, Johnson JA, Teo KK et coll. A randomized trial of the effect of community pharmacist intervention on cholesterol risk management. The Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP). *Arch Intern Med*, 2002;162:1149-55.
- 9) Jensen B, Regier L. Rx Files-Lipid Lowering Therapy: dyslipidemia comparison chart. 2008. Accessible sur le site www.RxFiles.ca (consulté le 18 mars 2009).

► QUESTIONS

1. Quel énoncé est vrai ?

- a) La maladie cardiovasculaire (MCV) est au deuxième rang des principales causes de décès des Canadiens.
- b) Les facteurs de risque de MCV s'additionnent.
- c) Les symptômes de la dyslipidémie sont toujours évidents dès le début de la maladie.
- d) Il est prouvé que le stress est un facteur de risque de développement de la dyslipidémie.
- e) La MCV n'affecte que le cœur.

2. Quel énoncé est vrai ?

- a) La dyslipidémie peut être causée par des anomalies génétiques et/ou des médicaments.
- b) Une femme diabétique âgée de 25 ans devrait faire vérifier son taux de cholestérol.
- c) Carole est une non-fumeuse de 45 ans en bonne santé qui n'a ni diabète ni hypertension. Sa mère est décédée d'une crise cardiaque à l'âge 50 ans et son père est diabétique. Carole devrait faire vérifier son taux de cholestérol après l'âge de 50 ans.
- d) b et c
- e) a et b

3. Lequel ou lesquels des énoncés suivants est ou sont vrai(s) en ce qui concerne les lipides ?

- a) Les HDL, les LDL et les triglycérides sont des sortes de lipoprotéines.
- b) Les VLDL, les HDL et les LDL sont des sortes de lipoprotéines.
- c) Le triglycéride est une sorte de cholestérol.
- d) a et b sont vrais.
- e) a, b et c sont vrais.

4 Le Score de risque de Framingham tient compte :

- a) du statut de fumeur, du diabète, du sexe, de la taille et du poids.
- b) du diabète, du statut de fumeur, du sexe, de l'âge, de la pression artérielle.
- c) de la pression artérielle, de l'ethnicité, du sexe, du poids, du statut de fumeur.
- d) de l'âge, du statut de fumeur, de la consommation d'alcool, du poids, du diabète.

5. Lequel ou lesquels des énoncés suivants est ou sont vrai(s) ?

- a) Le HDL est le bon cholestérol parce qu'il transporte le cholestérol de l'organisme et en favorise le stockage.
- b) Un taux élevé de LDL empêche le développement de l'athérosclérose.
- c) a et b

Veillez sélectionner la réponse la plus appropriée ou répondez en ligne sur www.monportailpharmacie.ca pour connaître immédiatement vos résultats.

- d) On considère qu'un taux de HDL >1,0 protège contre l'athérosclérose.
- e) Tout ce qui précède.

6. Dans quelle(s) situation(s) préviendriez-vous le pharmacien au sujet du traitement antilipidique d'un client ?

- a) Un client a mentionné qu'il prend de la rosuvastatine avec du jus de pamplemousse.
- b) Vous remarquez dans le dossier du client qu'on lui a prescrit de l'atorvastatine et du gemfibrozil.
- c) En exécutant l'ordonnance de clarithromycine de Mme J., vous remarquez qu'elle prend aussi de l'atorvastatine.
- d) b et c devraient être soumis à l'attention du pharmacien.
- e) Tout cela ne pose aucun problème.

7. En ce qui concerne le traitement pharmacologique, quel énoncé est le plus correct ?

- a) La niacine à libération immédiate ou à libération prolongée et la niacine « sans bouffées congestives » sont des médicaments en vente libre.
- b) La niacine « sans bouffées congestives » est très efficace pour maîtriser les taux de cholestérol.
- c) La niacine est une forme de vitamine B3.
- d) La niacine à libération immédiate cause moins de bouffées congestives que la niacine à libération prolongée.
- e) Aucun de ce qui précède.

8. Quel conseil serait le plus bénéfique à une personne qui désire apporter des modifications à son mode de vie pour prendre en charge sa dyslipidémie ?

- a) Augmenter son apport de graisses saturées et polyinsaturées.
- b) Favoriser l'apport de gras plus sains comme les gras trans et les acides gras oméga-3 et -6.
- c) S'abstenir de consommer de l'alcool.
- d) Tous les gras sont similaires tant que l'apport est inférieur à 20 % à 35 % de la consommation calorique quotidienne.
- e) Adopter une alimentation pauvre en gras saturés et en gras trans.

9. Quel(s) changement(s) de mode de vie peuvent faciliter le traitement des taux de cholestérol ?

- a) Limiter une consommation excessive d'alcool.
- b) Faire de 30 à 60 minutes d'exercice physique modéré la plupart des jours de la semaine.
- c) Cesser de fumer
- d) Viser un poids santé.
- e) Tout ce qui précède.

10. Les séquestrants des acides biliaires...

- a) sont les agents les plus efficaces pour réduire le taux de LDL.
- b) inhibent l'absorption du cholestérol par l'intestin.
- c) n'interagissent pas avec d'autres médicaments.
- d) sont très bien tolérés et ne produisent pas d'effets secondaires.

11. Lequel ou lesquels des énoncés suivants est ou sont vrai(s) à propos des statines ?

- a) Des symptômes de légère douleur musculaire sont fréquents.
- b) La myopathie et la rhabdomyolyse sont des effets secondaires très fréquents.
- c) Les statines sont les agents les plus efficaces pour abaisser le taux de LDL.
- d) Tout ce qui précède.
- e) a et c

12. Lequel des énoncés suivants est vrai au sujet des statines ?

- a) Il n'y a pas d'interaction connue entre l'atorvastatine et le jus de pamplemousse.
- b) Elles accroissent la clairance des LDL du sang.
- c) Elles ont un effet modéré sur les HDL.
- d) On peut toujours les associer sans risque à n'importe quel fibraté.
- e) Aucun de ce qui précède.

13. Quel agent est le moins susceptible de faire baisser le taux de triglycérides ?

- a) La pravastatine
- b) La cholestyramine
- c) L'ézétimibe
- d) La niacine à libération immédiate

14. Henri veut acheter de l'huile de saumon et vous lui proposez de lui montrer où sont rangés ces produits. Lequel des énoncés suivants est vrai ?

- a) Tous les remèdes « alternatifs » et à base de plantes médicinales sont réglementés par le gouvernement en ce qui concerne les ingrédients actifs et l'innocuité.
- b) Étant une source d'acides gras oméga-6, l'huile de saumon fait baisser le taux de triglycérides et ralentit la progression de l'athérosclérose.
- c) L'oméga-3 et l'oméga-6 sont des gras mono-insaturés.
- d) On trouve des acides gras oméga-3 dans les poissons gras, comme la sardine, le saumon et le maquereau.

15. Un traitement par des agents antilipémiants peut complètement guérir la dyslipidémie.

- a) Vrai
- b) Faux

Pour tout renseignement concernant la notation de la FC, veuillez communiquer avec Mayra Ramos au 416 764-3879, par télécopieur au 416 764-3937 ou à mayra.ramos@rci.rogers.com. Toute autre demande doit être adressée à Tanya Stuart, au 416 764-3944 ou tanya.stuart@pharmacygroup.rogers.com.