

LA TROUSSE **COEUR EN SANTÉ**

POUR AIDER **VOS** PATIENTS À RÉDUIRE LEUR RISQUE

Commanditée par :



Santé Health
Canada Canada

En partenariat avec :



The College of
Family Physicians
of Canada Le Collège des
médecins de famille
du Canada



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Direction de la santé publique



FONDATION
DES MALADIES
DU CŒUR

La trousse *Coeur en Santé*
a été endossée par :



The College of
Family Physicians
of Canada

Le Collège des
médecins de famille
du Canada



Canadian
Cardiovascular
Society

Société
canadienne
de cardiologie

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION



La trousse Coeur en santé est un projet de Santé Canada de concert avec le Collège des médecins de famille du Canada, l'Unité Santé physique de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre et la Fondation des maladies du coeur du Canada et du Québec.

Citation suggérée :

Comité canadien pour le développement de la trousse Coeur en santé. La trousse Coeur en santé : pour aider vos patients à réduire leur risque. Ottawa, février 1999. Santé Canada, publications H39-460/1999E et H39-460/1999F.

Les membres du Comité canadien sont : Dr Véronique Déry, Dr Michèle Aubin, Dr Arun Chockalingam, M^{me} Millie Bilsky Mirsky, Dr Sylvie Stachenko, Dr Andrés Petrásovits, Dr Louis Gagnon, Dr Gilles Pineault, M. Doug MacQuarrie, M^{me} Lilianne Bertrand, M^{me} Rosemary Leech, et M^{me} Barbara Lewis.

Les membres du Comité consultatif national sont : Dr Jiri Frohlich, Dr Norman Campbell, Dr Ruth Collins-Nakai, Dr Peter Olley, M^{me} Audrey Vandewater, Dr Gilles Dagenais, Dr Jacques Genest Jr, Dr George Fodor, Dr Andrew Pipe, et Dr David MacLean.

Les membres du Comité d'implantation et de dissémination de la trousse sont : Dr Arun Chockalingam, Dr Véronique Déry, Dr Michèle Aubin, Dr Gerry Brosky, M. Doug MacQuarrie, M^{me} Lilianne Bertrand, et M^{me} Barbara Lewis.

Nous remercions Merck Frosst Canada inc. pour sa participation au développement initial de la trousse, la Direction de la santé publique de Montréal-Centre dont le concept Rx : Coeur en santé a servi de modèle à la trousse ainsi que le Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire pour sa contribution à la révision de l'épreuve française.

Février 1999

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé

Also available in English under the title *The Healthy Heart Kit*

La présente publication est disponible sur Internet à l'adresse suivante: www.coeurensante.com

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999

N° de cat. : H39-460/1999F

ISBN : 0-662-83454-2

AVANT-PROPOS

Santé Canada amorçait, il y a quatre ans, la démarche qui allait lui permettre de développer un outil de prévention des maladies cardiovasculaires facile à utiliser par les médecins de première ligne. La trousse *Coeur en santé* est l'aboutissement des efforts de nombreux Canadiens, experts dans leurs domaines respectifs et de plusieurs associations professionnelles. Le concept de *Coeur en santé* s'inspire de stratégies de prévention et de promotion de la santé dans l'optique d'une approche intégrée de soins de santé. La trousse contient l'information la plus à jour quant à la prévention des maladies cardiovasculaires (MCV) et cérébrovasculaires. Elle comprend, d'une part, le **guide du médecin** et, d'autre part, des **brochures destinées aux patients**, sur six facteurs de risque reliés aux MCV.

Santé Canada tient à souligner la contribution de ses partenaires dans l'élaboration de la trousse *Coeur en santé* de même que les efforts du Collège des médecins de famille du Canada pour l'évaluation de la trousse dans quelque cent cliniques médicales à travers le pays. Santé Canada désire aussi rendre hommage au dévouement et au soutien qu'ont apportés au projet tous les membres du Comité national pour le développement de la trousse, les conseillers et réviseurs, le Comité consultatif national, le Comité d'implantation et de diffusion et les organisations qui ont appuyé cette initiative.

Santé Canada reconnaît que la trousse *Coeur en santé* est un bel exemple de partenariat. Nous croyons fermement que cet outil de prévention clinique aidera les médecins de première ligne à convaincre leur clientèle adulte d'adopter de saines habitudes de vie. Mettons nos efforts en commun pour promouvoir les objectifs visés par la trousse *Coeur en santé*, dans le meilleur intérêt de la santé cardiovasculaire des Canadiens.

Arun Chockalingam, MS, Ph.D.
Gestionnaire, Unité de la diffusion et de la liaison professionnelle
Division de la santé des adultes

Ottawa, février 1999
Santé Canada

GUIDE À L'INTENTION DES MÉDECINS

Pourquoi mettre l'accent sur la prévention des maladies cardiovasculaires dans les soins de première ligne ?

Deux Canadiens sur trois présentent un ou plusieurs des facteurs de risque majeurs suivants de maladie cardiovasculaire (MCV) : tabagisme, hypertension artérielle et hypercholestérolémie. Plus du tiers des adultes canadiens ont un mode de vie sédentaire et près de la moitié ont un excédent pondéral.

Non seulement les maladies cardiovasculaires sont-elles en grande partie évitables, mais la prévention des MCV a un impact positif sur d'autres maladies chroniques. Bon nombre des habitudes de vie qui compromettent la santé cardiovasculaire des Canadiens contribuent également à l'apparition de cancers et de maladies pulmonaires. À titre de médecin de première ligne, vous disposez d'une opportunité unique pour aider vos patients à modifier leurs habitudes de vie et à réduire leur risque de MCV. **Pour plusieurs d'entre eux, il n'y a pas d'arguments plus convaincants que la recommandation du médecin pour les inciter à cesser de fumer, perdre du poids ou devenir plus actif.**

Qu'est-ce que la trousse *Coeur en santé* ?

La trousse *Coeur en santé* est un concept intégré de gestion du risque cardiovasculaire et d'éducation des patients dans le but de prévenir les MCV et de promouvoir la santé cardiovasculaire. Elle accorde une importance particulière à l'approche non pharmacologique. La trousse a été conçue pour être utilisée par les médecins auprès de leurs patients adultes âgés de 18 à 64 ans qui présentent un ou plusieurs des facteurs de risque de MCV suivants :



TABAGISME



HYPERTENSION
ARTÉRIELLE



HYPERCHOLESTÉROLÉMIE



OBÉSITÉ/EMBOUPPOINT



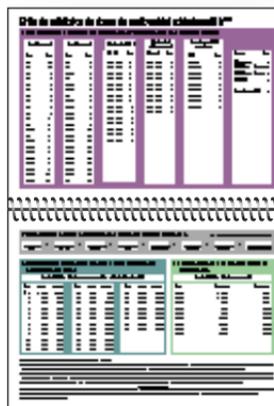
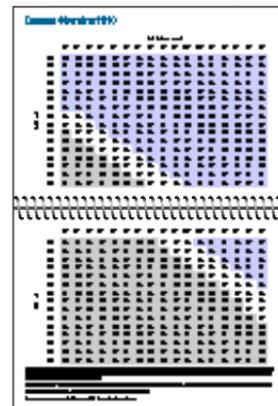
SÉDENTARITÉ



DIABÈTE

La trousse *Coeur en santé* constitue aussi un outil qui facilite l'organisation des activités de prévention des MCV dans votre pratique médicale. Elle propose donc une approche systématique d'évaluation et de gestion du risque de MCV ainsi qu'un système d'identification des dossiers des patients à risque plus élevé. Son utilisation, même lors de consultations brèves, n'accroîtra pas de façon importante le temps requis auprès de chaque patient. Toutefois, l'organisation de la pratique pour la prévention des MCV sera d'autant plus efficace qu'elle prévoira la participation conjointe des médecins, de leur personnel et de leurs patients.

QUELLES SONT LES COMPOSANTES DE LA TROUSSE ?



Une table de calcul de l'IMC

Elle aide à déterminer rapidement l'indice de masse corporelle (IMC) et à évaluer le poids à perdre.

Une table d'évaluation du risque de MCV
Elle consiste en une grille de prédiction du risque de cardiopathie ischémique et en une grille de prédiction du risque d'accident vasculaire cérébral, toutes deux produites par l'*American Heart Association*.



Pour une pratique optimale de la cardiologie préventive dans les soins de première ligne : les étapes à suivre

Certains éléments sont essentiels pour une gestion optimale du risque de MCV dans les soins de première ligne. Ils consistent en une série d'activités semblables à celles effectuées lorsqu'un patient se présente pour un problème de santé courant : évaluation/diagnostic, traitement/intervention, planification des changements comportementaux et suivi. Vous pouvez facilement intégrer cette stratégie dans votre pratique médicale en utilisant la trousse *Cœur en santé*.

ÉTAPE I

Évaluation/ Diagnostic

Évaluer l'état de santé et le risque de MCV

- Histoire de cas
- Examen physique
- Épreuves de laboratoire (au besoin)
- Grille d'évaluation du risque de MCV*
- Algorithmes*
- Table de calcul de l'IMC*

ÉTAPE II

Traitement/intervention

Identifier les facteurs de risque de MCV à traiter en priorité

- Grille d'évaluation du risque de MCV*
- Guide à l'intention des médecins* (voir page suivante)

Établir les modalités de prise en charge clinique

- Algorithmes*

Indiquer le besoin et souligner l'importance de modifier un (des) comportement(s)

ÉTAPE III

Planification des changements comportementaux

Fournir de l'information/personnaliser le risque

- Dépliants destinés aux patients* y compris la prescription non pharmacologique*
- Autocollants* pour identifier les dossiers des patients à risque

Aider les patients à se motiver, à comprendre leurs points forts, à faire face aux obstacles et aux problèmes

- Difficultés à prévoir*

ÉTAPE IV

Suivi

Prévoir des consultations de suivi

Réévaluer régulièrement les changements de comportement et le risque de MCV

- Prescription non pharmacologique*
 - Grille d'évaluation du risque de MCV*
- #### Assurer un soutien

* Inclus dans la trousse *Cœur en santé*.

Établir un ordre de priorité pour les changements de comportement

Les facteurs de risque modifiables de MCV ont de fortes composantes comportementales. Le tabagisme, l'activité physique ainsi que la consommation de graisses alimentaires, de sel et d'alcool en sont de bons exemples. Plus d'un comportement peut influencer sur un facteur de risque et il est possible que vos patients aient à modifier plusieurs de leurs habitudes. Le défi peut être difficile à relever pour plusieurs ou, au contraire, certains peuvent se sentir plus motivés à améliorer les comportements visés. Par exemple, les personnes qui cessent de fumer ont plus de chances d'adopter d'autres bonnes habitudes de vie et de réduire leur cholestérolémie et leur pression artérielle que celles qui continuent de fumer. De plus, certains autres changements de comportement, tels une pratique d'activité physique accrue, peuvent aider les patients à cesser de fumer et à réduire leur apport calorique.

Stratégies possibles	Approches et trucs pratiques
1. Commencer par changer un comportement; une fois le changement bien ancré, mettre l'accent sur un autre comportement.	Identifier le comportement que le patient est le plus intéressé à changer ou s'estime le plus en mesure de changer (APPROCHE PSYCHOSOCIALE). Indiquer si un comportement particulier a plus d'effet sur la santé du patient que celui qu'il a choisi (p.ex. fumer 40 cigarettes par jour plutôt que de peser 10 livres de trop) (APPROCHE ÉPIDÉMIOLOGIQUE). Négocier le facteur de risque sur lequel le patient travaillera d'abord (APPROCHE MIXTE).
2. Concentrer l'attention sur un comportement et, en parallèle, modifier légèrement un autre comportement.	Cette stratégie est particulièrement utile dans le cas d'un patient obèse que l'on incite à cesser de fumer tout en modifiant ses habitudes alimentaires pour lui éviter de prendre éventuellement du poids. Le patient peut décider de surveiller les aliments qu'il consomme et d'entreprendre un programme d'exercices tout en arrêtant de fumer. L'accent continue toutefois d'être mis sur l'abandon du tabac et non sur la perte de poids.
3. Travailler également sur tous les comportements en même temps.	Envisager cette stratégie uniquement dans le cas de patients très motivés qui souhaitent adopter ce type d'approche et qui disposent d'un bon réseau de support et de suffisamment de ressources personnelles.

Sujets traités dans les dépliants destinés aux patients



*Termes aussi utilisés dans le matériel destiné aux patients

Comment obtenir les meilleurs résultats à partir du matériel d'éducation des patients

L'approche d'éducation du patient que nous vous proposons et qui est intégrée dans les algorithmes de la trousse s'articule autour de trois mesures essentielles : DEMANDER/ÉVALUER, CONSEILLER, AIDER. L'activité DEMANDER/ÉVALUER vous aidera à préciser l'ampleur de certains facteurs de risque, comme le tabagisme, et à déterminer dans quelle mesure le patient est prêt à changer certains comportements. Cette étape facilitera aussi la détection des facteurs qui peuvent influencer sur les choix thérapeutiques (p. ex., le fait de fumer sa première cigarette dans les trente minutes qui suivent le réveil suggère une dépendance et indique qu'un traitement médicamenteux – gomme, timbres ou comprimés – peut être encore plus indiqué).

L'approche CONSEILLER s'inspire du fait que le **counseling peut être bref** lorsqu'il est complété par de la documentation (AIDER), tels les dépliants fournis dans la trousse. Le *counseling* ne se résume pas à fournir de l'information. Il s'agit d'un processus visant à influencer le comportement du patient afin de lui permettre d'acquérir les connaissances, les attitudes et les habiletés nécessaires pour améliorer sa santé. Il faut ainsi prendre en considération son milieu culturel et social, sa volonté d'apporter des changements et ses préférences si l'on veut opérer un changement maximal.

La prescription de mesures non pharmacologiques qui constitue la page couverture de chaque dépliant vous aidera à adapter votre *counseling* aux préférences personnelles et à la volonté de changement de votre patient.

- Pour l'**hypertension artérielle**, l'**hypercholestérolémie**, l'**obésité/embonpoint** et le **diabète**, la prescription non pharmacologique contient des mesures comportementales qui se sont révélées efficaces comme moyens d'atténuer ces facteurs de risque. Pour ne pas submerger votre patient d'un trop grand nombre de recommandations à la fois, il vous est suggéré de lui présenter le(s) changement(s) que vous jugez le(s) plus important(s), de négocier avec ce dernier les changements à initier en premier et de bien indiquer les sections du dépliant que le patient devrait lire. Il est de plus recommandé de mentionner que le contenu du dépliant sera discuté au prochain rendez-vous.
- Pour le **tabagisme** et la **sédentarité**, la prescription de mesures non pharmacologiques se fonde sur le modèle des étapes de changement du comportement et donc sur la volonté du patient de changer - ce qui a été intégré également dans les algorithmes. Il vous est recommandé de choisir dans la liste la(les) recommandation(s) qui correspond(ent) le plus à la volonté de changement de votre patient et de l'encourager à lire la section correspondante du dépliant. Lorsque votre patient est parvenu à l'étape suivante, vous pouvez l'inciter à passer à la prochaine recommandation et à la section correspondante dans le dépliant. La prescription de mesures non pharmacologiques concernant le tabagisme renferme des recommandations additionnelles visant à lutter contre la dépendance et la prise de poids.

En outre, la prescription de mesures non pharmacologiques peut aussi être utilisée comme instrument de suivi lors de consultations futures. Il s'agit d'évaluer les progrès réalisés par rapport au comportement ciblé et, s'il y a lieu, d'ajouter un autre changement à apporter. Afin d'assurer un suivi optimal, il convient également de consigner au dossier les données pertinentes sur les mesures non pharmacologiques recommandées.

Organisation de la pratique pour la prévention des MCV dans les soins de première ligne*

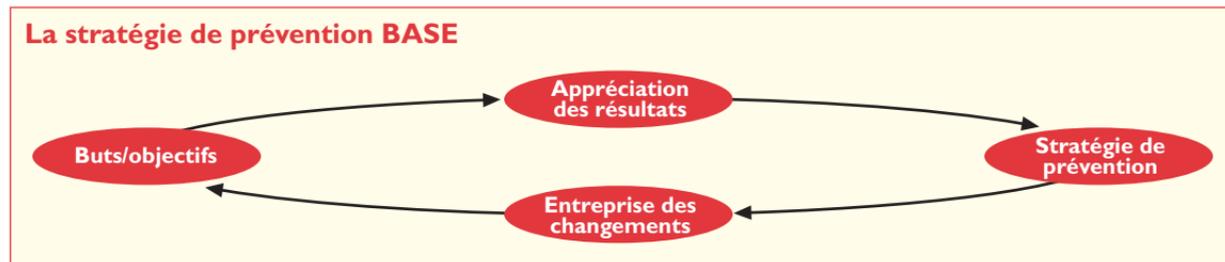
L'organisation de la pratique constitue un élément déterminant pour l'adoption de comportements préventifs par le médecin. Il a été démontré que certains aspects s'y rattachant peuvent faciliter les pratiques préventives. Parmi ceux-ci, on note (1) l'identification systématique des besoins préventifs des patients, (2) l'utilisation d'autocollants ou autre stimuli visuels à apposer sur le dossier du patient, ces stimuli agissant comme rappel de l'importance de s'entretenir à chaque visite des facteurs de risque ciblés et (3) le support du personnel du cabinet pour assurer certains suivis.

Si vous êtes intéressé à accroître vos activités de prévention des MCV au-delà de ce que le matériel de la trousse vous permet d'accomplir, vous pouvez considérer les actions suivantes :

- Montrez à vos patients que la détection et la gestion des facteurs de risque de MCV sont des aspects importants de votre pratique. En apposant des signes d'interdiction de fumer et des affiches comportant des messages de promotion de la santé du cœur, votre cabinet démontrera votre souci de promouvoir la santé cardiovasculaire.
- Demandez à votre réceptionniste de maintenir les réserves de matériel requis pour la détection et la gestion des facteurs de risque de MCV, comme des dépliants, des affiches et des autocollants à apposer au dossier médical.
- Faites participer votre personnel au suivi de vos patients. À titre d'exemple, faites appeler le patient hypertendu ou dyslipidémique qui a manqué un rendez-vous afin de lui en fixer un nouveau. Communiquez avec le patient qui vient d'arrêter de fumer (1-3 semaines) afin de le soutenir au moment où le potentiel de rechute est particulièrement élevé.

* Adapté de Kottke, TE et al. Beyond efficacy testing: Introducing preventive cardiology into primary care. *American Journal of Preventive Medicine* 1990; 6 (Suppl. 2):77-83.

Les médecins qui désirent pousser encore plus loin leurs efforts de prévention des MCV peuvent songer à adopter la stratégie de prévention DEPA[†]. Cette stratégie incorpore un cycle d'activités d'autoévaluation, de coopération et de modification des activités en cabinet.



1. Déterminer les objectifs en matière de prévention

Les praticiens œuvrant dans des milieux cliniques tels les cabinets gagnent à fixer des objectifs explicites en matière de prévention. Ceux-ci aident à déterminer les services à fournir. Ces objectifs devraient faciliter et non compliquer la tâche des cliniciens. Voici des objectifs qui pourraient être fixés en matière de prévention : 1) identifier tous les fumeurs et, lors de chaque consultation, leur offrir de les aider à cesser de fumer ou à demeurer non-fumeurs; 2) mesurer le poids et la taille de tous les patients adultes et évaluer l'IMC tel qu'indiqué; 3) déterminer la lipidémie de tous les hommes de 40 à 70 ans, de toutes les femmes de 50 à 70 ans et de tous les patients de 20 à 75 ans porteurs de MCV. En communiquant ces objectifs à votre personnel, vous renforcerez le travail d'équipe ainsi que la détermination de chacun à mener à bien une mission commune.

2. Évaluer les mesures actuelles de prévention/atteinte des objectifs (résultats)

Sans investir beaucoup de temps, vous pouvez évaluer vos activités actuelles au chapitre de la prévention et les progrès accomplis au fil du temps. Les données sur la performance actuelle peuvent être obtenues de diverses façons. Par exemple, on peut utiliser une série consécutive de patients récemment examinés ou un nombre de dossiers sélectionnés comme échantillon. Il peut être plus difficile d'évaluer la *counselling* parce que les données consignées au dossier les concernant sont souvent plus limitées. Il serait peut-être plus utile dans ce cas qu'une infirmière ou un assistant médical effectue un bref sondage auprès des patients. On pourrait également demander à une série systématique de patients (peut-être tous les trois patients) qui se présentent à un examen médical périodique à quand remonte la dernière fois où un médecin du cabinet a discuté avec eux de l'activité physique ou du tabagisme ou sur quel(s) service(s) a-t-on décidé de mettre l'accent en premier. Lorsque les données sur les activités de *counselling* seront consignées de façon plus systématique, les changements dans la pratique deviendront plus apparents.

3. Planifier les changements requis : prévoir des tactiques pour modifier les pratiques actuelles qui appuient la prévention

En utilisant du matériel d'éducation du patient ou même en apposant des posters de promotion de la santé cardiovasculaire dans des endroits stratégiques du cabinet, il est possible de renforcer les comportements positifs des patients. La trousse *Cœur en santé* peut être particulièrement utile à cet égard.

4. Amorcer et poursuivre la mise en place du système amélioré de prévention en cabinet

S'il est vrai que le travail d'équipe peut être essentiel pour mettre en œuvre le système de prévention en cabinet, nous invitons néanmoins le médecin à désigner un employé qui fera fonction de « coordonnateur de la prévention ». Cette personne dirigera le personnel du cabinet durant la phase de mise en œuvre, sera responsable de communiquer tous les changements dans la pratique et organisera les réunions pertinentes. En plus de s'occuper de la motivation du personnel, il faut s'efforcer d'élaborer et de respecter un calendrier de mise en œuvre. Il est fortement recommandé de déterminer une date précise pour le début de ces activités.

† Adapté de Dietrich, A.J. et al. Changing office routines to enhance preventive care. *Arch Fam Med* 1994;3:176-183.

Remarques

- * Seules des lignes directrices officielles ont été retenues pour élaborer la stratégie clinique proposée pour la prise en charge des facteurs de risque ciblés. **Les algorithmes présentés dans la trousse *Cœur en santé* ne remplacent aucunement le jugement clinique du médecin.**
- * Les dépliants destinés aux patients s'adressent à tous les adultes canadiens, peu importe leur capacité de lecture ou leur niveau de scolarité.
- * L'inclusion d'un programme ou d'une modalité thérapeutique dans les ressources communautaires suggérées ne signifie pas son endossement ou la recommandation d'une méthode ou d'un programme plus qu'un autre. De même, le fait qu'un programme ou une méthode ne soit pas mentionné ne constitue pas une critique de sa valeur ou de son efficacité.
- * Le genre masculin est utilisé dans la trousse sans discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.



Grille de prédiction du risque de cardiopathie ischémique (CI)

2. TOTALISER LES POINTS POUR LES FACTEURS DE RISQUE SUIVANTS :

N.B. : Retranchez du total les points négatifs (-)

$$\frac{\text{Âge}}{\text{}} + \frac{\text{C-HDL}}{\text{}} + \frac{\text{C-Total}}{\text{}} + \frac{\text{TAS}}{\text{}} + \frac{\text{Cigarettes}}{\text{}} + \frac{\text{Diabète}}{\text{}} + \frac{\text{ECG-HVG}}{\text{}} = \frac{\text{Total des points}}{\text{}}$$

3. IDENTIFIER LE NIVEAU DE RISQUE CORRESPONDANT AU POINTAGE TOTAL

Probabilité de développer une cardiopathie ischémique (CI)

Pts	5 ans	10 ans	Pts	5 ans	10 ans	Pts	5 ans	10 ans
≤ 1	< 1%	< 2%	13	3%	8%	25	14%	27%
2	1%	2%	14	4%	9%	26	16%	29%
3	1%	2%	15	5%	10%	27	17%	31%
4	1%	2%	16	5%	12%	28	19%	33%
5	1%	3%	17	6%	13%	29	20%	36%
6	1%	3%	18	7%	14%	30	22%	38%
7	1%	4%	19	8%	16%	31	24%	40%
8	2%	4%	20	8%	18%	32	25%	42%
9	2%	5%	21	9%	19%			
10	2%	6%	22	11%	21%			
11	3%	6%	23	12%	23%			
12	3%	7%	24	13%	25%			

4. COMPARER AVEC LE RISQUE MOYEN SUR 10 ANS

Probabilité de développer une CI

Âge	Femmes	Hommes
30-34	< 1%	3%
35-39	< 1%	5%
40-44	2%	6%
45-49	5%	10%
50-54	8%	14%
55-59	12%	16%
60-64	13%	21%
65-69	9%	30%
70-74	12%	24%

- 1) Cette grille ne s'applique que dans un contexte de prévention primaire.
- 2) Le système de pointage utilisé dans cette grille perd de sa précision en présence d'élévation sévère de certains facteurs de risque. Ainsi, des valeurs de tension artérielle ou de cholestérol sérique particulièrement élevées, ou une importante consommation de cigarettes entraînent un risque considérablement plus grand que celui suggéré par cet instrument.
- 3) Bien que l'obésité et la sédentarité soient également des facteurs importants, leur ajout dans l'équation aurait pour effet de surestimer le risque. Le médecin doit prendre ces facteurs en considération lors de l'évaluation de son patient. Tous les patients atteints d'une CI connue ou d'une maladie vasculaire périphérique symptomatique sont considérés comme des personnes à risque élevé.

Framingham Heart Study - National Heart, Lung, and Blood Institute © Reproduction autorisée. *Risk Factor Prediction Kit*, 1990. Droits réservés : American Heart Association (AHA).

L'AHA a récemment publié une nouvelle grille de prédiction des CI résultant d'une réorganisation des facteurs de risque. Celle-ci vise à rendre le pointage plus cohérent avec les plus récentes recommandations américaines pour la maîtrise de la TA et du cholestérol sérique. La capacité prédictive de cette nouvelle grille est similaire à celle de la présente. La grille 1998 est disponible à l'adresse électronique suivante : www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/fram/



Grille de prédiction du risque d'accident vasculaire cérébral (AVC)

Grille de prédiction du risque d'accident vasculaire cérébral (AVC)

1. DÉTERMINER LE NOMBRE DE POINTS POUR CHAQUE FACTEUR DE RISQUE

Hommes

Âge	TAS	Rx HYP	Diabète	Cigar.	MCV	FA	HVG
54-56 = 0	95-105 = 0	Non = 0 Oui = 2	Non = 0 Oui = 2	Non = 0 Oui = 3	Non = 0 Oui = 3	Non = 0 Oui = 4	Non = 0 Oui = 6
57-59 = 1	106-116 = 1						
60-62 = 2	117-126 = 2						
63-65 = 3	127-137 = 3						
66-68 = 4	138-148 = 4						
69-71 = 5	149-159 = 5						
72-74 = 6	160-170 = 6						
75-77 = 7	171-181 = 7						
78-80 = 8	182-191 = 8						
81-83 = 9	192-202 = 9						
84-86 = 10	203-213 = 10						

Femmes

Âge	TAS	Rx HYP	Diabète	Cigar.	MCV	FA	HVG
54-56 = 0	95-104 = 0	Non = 0 Si oui, voir ci-dessous	Non = 0 Oui = 3	Non = 0 Oui = 3	Non = 0 Oui = 2	Non = 0 Oui = 6	Non = 0 Oui = 4
57-59 = 1	105-114 = 1						
60-62 = 2	115-124 = 2						
63-65 = 3	125-134 = 3						
66-68 = 4	135-144 = 4						
69-71 = 5	145-154 = 5						
72-74 = 6	155-164 = 6						
75-77 = 7	165-174 = 7						
78-80 = 8	175-184 = 8						
81-83 = 9	185-194 = 9						
84-86 = 10	195-204 = 10						

Si la patiente est actuellement sous traitement anti-hypertenseur, ajouter les points suivants selon le niveau de la TAS

TAS	95-104	105-114	115-124	125-134	135-144	145-154
Points	6	5	5	4	3	3
TAS	155-164	165-174	175-184	185-194	195-204	
Points	2	1	1	0	0	

2. TOTALISER LES POINTS POUR LES FACTEURS DE RISQUE SUIVANTS :

$$\frac{\text{Âge}}{\text{Âge}} + \frac{\text{TAS}}{\text{TAS}} + \frac{\text{Rx HYP}}{\text{Rx HYP}} + \frac{\text{Diabète}}{\text{Diabète}} + \frac{\text{Cigar.}}{\text{Cigar.}} + \frac{\text{MCV}}{\text{MCV}} + \frac{\text{FA}}{\text{FA}} + \frac{\text{HVG}}{\text{HVG}} = \frac{\text{Total des points}}{\text{Total des points}}$$

3. IDENTIFIER LE NIVEAU DE RISQUE CORRESPONDANT AU POINTAGE TOTAL

Hommes 10 ans						Femmes 10 ans					
Pts	Prob.	Pts	Prob.	Pts	Prob.	Pts	Prob.	Pts	Prob.	Pts	Prob.
1	2.6%	11	11.2%	21	41.7%	1	1.1%	11	7.6%	21	43.4%
2	3.0%	12	12.9%	22	46.6%	2	1.3%	12	9.2%	22	50.0%
3	3.5%	13	14.8%	23	51.8%	3	1.6%	13	11.1%	23	57.0%
4	4.0%	14	17.0%	24	57.3%	4	2.0%	14	13.3%	24	64.2%
5	4.7%	15	19.5%	25	62.8%	5	2.4%	15	16.0%	25	71.4%
6	5.4%	16	22.4%	26	68.4%	6	2.9%	16	19.1%	26	78.2%
7	6.3%	17	25.5%	27	73.8%	7	3.5%	17	22.8%	27	84.4%
8	7.3%	18	29.0%	28	79.0%	8	4.3%	18	27.0%		
9	8.4%	19	32.9%	29	83.7%	9	5.2%	19	31.9%		
10	9.7%	20	37.1%	30	87.9%	10	6.3%	20	37.3%		

4. COMPARER AVEC LE RISQUE MOYEN SUR 10 ANS

Risque moyen sur 10 ans selon l'âge		
Âge	Hommes	Femmes
55-59	5.9%	3.0%
60-64	7.8%	4.7%
65-69	11.0%	7.2%
70-74	13.7%	10.9%
75-79	18.0%	15.5%
80-84	22.3%	23.9%

LÉGENDE

TAS - Tension artérielle systolique

Rx HYP - Soumis à un traitement anti-hypertenseur ?

Diabète - Antécédents de diabète ?

CIGAR. - Fume la cigarette ?

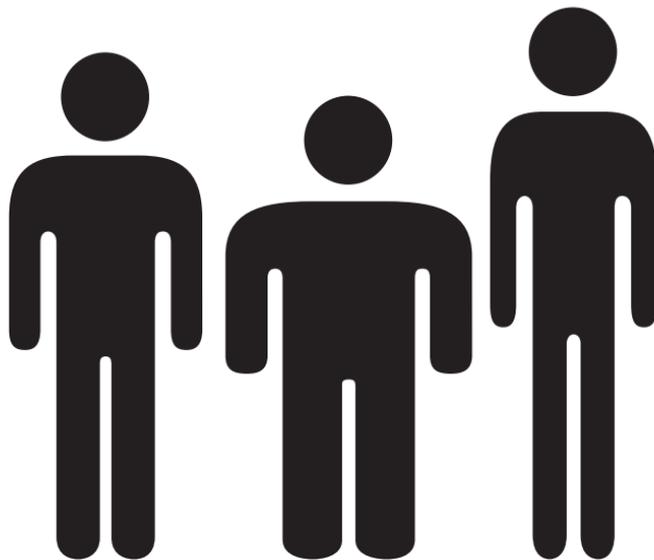
MCV - Antécédents d'infarctus du myocarde, d'angine de poitrine, d'insuffisance coronarienne, de claudication intermittente ou d'insuffisance cardiaque ?

FA - Antécédents de fibrillation auriculaire ?

HVG - Hypertrophie ventriculaire gauche à l'ECG ?

Framingham Heart Study - National Heart, Lung, and Blood Institute

© Reproduction autorisée. *Risk Factor Prediction Kit*, 1990. Droits réservés : American Heart Association.



Comment déterminer l'IMC

Comment déterminer l'IMC

	Taille (pieds et pouces)																	
	5'0"	5'1"	5'2"	5'3"	5'4"	5'5"	5'6"	5'7"	5'8"	5'9"	5'10"	5'11"	6'0"	6'1"	6'2"	6'3"	6'4"	
Poids (livres)	100	20	19	18	18	17	17	16	16	15	15	14	14	14	13	13	12	12
105	21	20	19	19	18	17	17	16	16	16	15	15	14	14	13	13	13	13
110	21	21	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15	15	14	14	14	13
115	22	22	21	20	20	19	19	18	17	17	17	16	16	15	15	14	14	14
120	23	23	22	21	21	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15	15	15
125	24	24	23	22	21	21	20	20	19	18	18	17	17	16	16	16	16	15
130	25	25	24	23	22	22	21	20	20	19	19	18	18	17	17	16	16	16
135	26	26	25	24	23	22	22	21	21	20	19	19	18	18	17	17	16	16
140	27	26	26	25	24	23	23	22	21	21	20	20	19	18	18	17	17	17
145	28	27	27	26	25	24	23	23	22	21	21	20	20	19	19	18	18	18
150	29	28	27	27	26	25	24	23	23	22	22	21	20	20	19	19	19	18
155	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	20	20	19	19	19
160	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21	20	20	19
165	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21	20	20
170	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21	21
175	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	22	21

	5'0"	5'1"	5'2"	5'3"	5'4"	5'5"	5'6"	5'7"	5'8"	5'9"	5'10"	5'11"	6'0"	6'1"	6'2"	6'3"	6'4"
180	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22
185	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	23
190	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	26	25	24	24	23
195	38	37	36	35	33	32	31	31	30	29	28	27	26	26	25	24	24
200	39	38	37	35	34	33	32	31	30	30	29	28	27	26	26	25	24
205	40	39	37	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27	26	26	25
210	41	40	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	28	27	26	26
215	42	41	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	28	27	26
220	43	42	40	39	38	37	36	34	33	32	32	31	30	29	28	27	27
225	44	43	41	40	39	37	36	35	34	33	32	31	31	30	29	28	27
230	45	43	42	41	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	30	29	28
235	46	44	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	29
240	47	45	44	43	41	40	39	38	36	35	34	33	33	32	31	30	29
245	48	46	45	43	42	41	40	38	37	36	35	34	33	32	31	31	30
250	49	47	46	44	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30

Dans le cas des personnes dont le poids ou la taille ne figure pas sur ce tableau, il faut calculer l'IMC en convertissant le poids en kilogrammes et les pouces en mètres. L'équation pour l'IMC est la suivante : le poids (en kilogrammes) divisé par le carré de la taille (en mètres) (kg/m^2). Source : *Shape Up America!*, 6707 Democracy Blvd, Suite 306, Bethesda, MD 20817; www.shapeup.org

Vous pouvez utiliser cette table pour déterminer l'IMC et pour évaluer le poids à perdre. Par exemple, une personne de 5'7" qui pèse 170 livres a un IMC de 27. Pour atteindre un IMC de 25, il faudrait que la personne perde environ 10 livres.

Les pages suivantes permettent de déterminer l'IMC à partir de valeurs métriques.

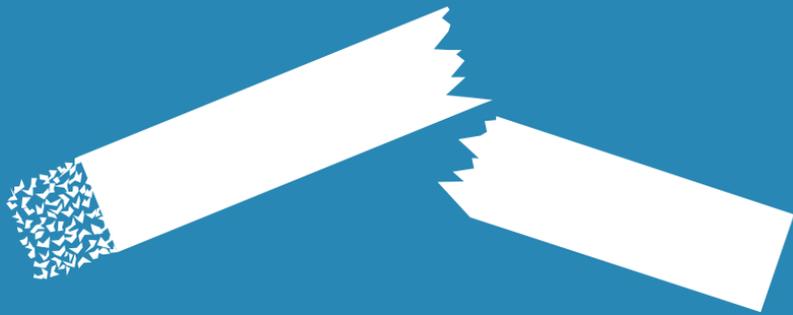
Comment déterminer l'IMC

		Taille (mètres)																
		1.52	1.55	1.57	1.60	1.63	1.65	1.68	1.70	1.73	1.75	1.78	1.80	1.83	1.85	1.88	1.91	1.93
Poids (kilogrammes)	45.5	20	19	18	18	17	17	16	16	15	15	14	14	14	13	13	12	12
	47.7	21	20	19	19	18	17	17	16	16	16	15	15	14	14	13	13	13
	50.0	21	21	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15	15	14	14	13
	52.3	22	22	21	20	20	19	19	18	17	17	17	16	16	15	15	14	14
	54.5	23	23	22	21	21	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15	15
	56.8	24	24	23	22	21	21	20	20	19	18	18	17	17	16	16	16	15
	59.1	25	25	24	23	22	22	21	20	20	19	19	18	18	17	17	16	16
	61.4	26	26	25	24	23	22	22	21	21	20	19	19	18	18	17	17	16
	63.6	27	26	26	25	24	23	23	22	21	21	20	20	19	18	18	17	17
	65.9	28	27	27	26	25	24	23	23	22	21	21	20	20	19	19	18	18
	68.2	29	28	27	27	26	25	24	23	23	22	22	21	20	20	19	19	18
	70.5	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	20	20	19	19
	72.7	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21	20	19
	75.0	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21	20
	77.3	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21
79.5	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	

	1.52	1.55	1.57	1.60	1.63	1.65	1.68	1.70	1.73	1.75	1.78	1.80	1.83	1.85	1.88	1.91	1.93
81.8	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22
84.1	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	23
86.4	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	26	25	24	24	23
88.6	38	37	36	35	33	32	31	31	30	29	28	27	26	26	25	24	24
90.9	39	38	37	35	34	33	32	31	30	30	29	28	27	26	26	25	24
93.2	40	39	37	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27	26	26	25
95.5	41	40	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	28	27	26	26
97.7	42	41	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	28	27	26
100.0	43	42	40	39	38	37	36	34	33	32	32	31	30	29	28	27	27
102.3	44	43	41	40	39	37	36	35	34	33	32	31	31	30	29	28	27
104.5	45	43	42	41	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	30	29	28
106.8	46	44	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	29
109.1	47	45	44	43	41	40	39	38	36	35	34	33	33	32	31	30	29
111.4	48	46	45	43	42	41	40	38	37	36	35	34	33	32	31	31	30
113.6	49	47	46	44	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30

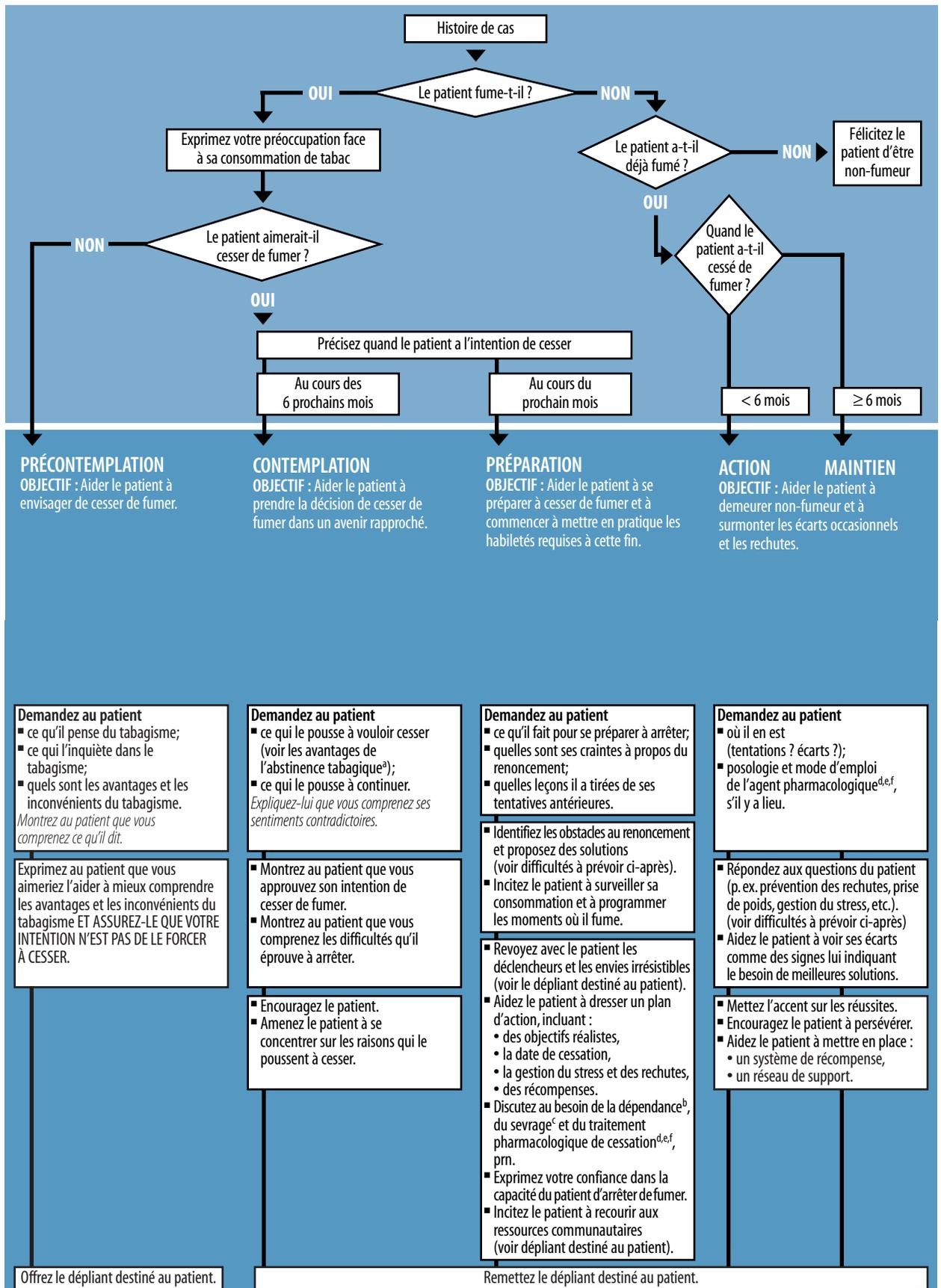
Dans le cas des personnes dont le poids ou la taille ne figure pas sur ce tableau, il faut calculer l'IMC en utilisant l'équation suivante : le poids (en kilogrammes) divisé par le carré de la taille (en mètres) (kg/m^2). Source : *Shape Up America!*, 6707 Democracy Blvd, Suite 306, Bethesda, MD 20817; www.shapeup.org

Vous pouvez utiliser cette table pour déterminer l'IMC et pour évaluer le poids à perdre. Par exemple, une personne de 1 m 70 qui pèse 77,3 kilogrammes a un IMC de 27. Pour atteindre un IMC de 25, il faudrait que la personne perde environ 4,5 kilogrammes.



Approche clinique suggérée
pour la prise en charge des fumeurs

Approche clinique suggérée pour la prise en charge des fumeurs



Demandez au patient

- ce qu'il pense du tabagisme;
- ce qui l'inquiète dans le tabagisme;
- quels sont les avantages et les inconvénients du tabagisme.

Montrez au patient que vous comprenez ce qu'il dit.

Exprimez au patient que vous aimeriez l'aider à mieux comprendre les avantages et les inconvénients du tabagisme ET ASSUREZ-LE QUE VOTRE INTENTION N'EST PAS DE LE FORCER À CESSER.

Offrez le dépliant destiné au patient.

Demandez au patient

- ce qui le pousse à vouloir cesser (voir les avantages de l'abstinence tabagique^a);
- ce qui le pousse à continuer.

Expliquez-lui que vous comprenez ses sentiments contradictoires.

- Montrez au patient que vous approuvez son intention de cesser de fumer.
- Montrez au patient que vous comprenez les difficultés qu'il éprouve à arrêter.

- Encouragez le patient.
- Amenez le patient à se concentrer sur les raisons qui le poussent à cesser.

Remettez le dépliant destiné au patient.

Demandez au patient

- ce qu'il fait pour se préparer à arrêter;
- quelles sont ses craintes à propos du renoncement;
- quelles leçons il a tirées de ses tentatives antérieures.

- Identifiez les obstacles au renoncement et proposez des solutions (voir difficultés à prévoir ci-après).
- Incitez le patient à surveiller sa consommation et à programmer les moments où il fume.

- Revoyez avec le patient les déclencheurs et les envies irrésistibles (voir le dépliant destiné au patient).
- Aidez le patient à dresser un plan d'action, incluant :
 - des objectifs réalistes,
 - la date de cessation,
 - la gestion du stress et des rechutes,
 - des récompenses.
- Discutez au besoin de la dépendance^b, du sevrage^c et du traitement pharmacologique de cessation^{d,e,f}, prn.
- Exprimez votre confiance dans la capacité du patient d'arrêter de fumer.
- Incitez le patient à recourir aux ressources communautaires (voir dépliant destiné au patient).

Remettez le dépliant destiné au patient.

Demandez au patient

- où il en est (tentations ? écarts ?);
- posologie et mode d'emploi de l'agent pharmacologique^{d,e,f}, s'il y a lieu.

- Répondez aux questions du patient (p. ex. prévention des rechutes, prise de poids, gestion du stress, etc.). (voir difficultés à prévoir ci-après)
- Aidez le patient à voir ses écarts comme des signes lui indiquant le besoin de meilleures solutions.

- Mettez l'accent sur les réussites.
- Encouragez le patient à persévérer.
- Aidez le patient à mettre en place :
 - un système de récompense,
 - un réseau de support.

Remettez le dépliant destiné au patient.

Notes d'accompagnement : tabagisme

a) **Quelques avantages de l'abstinence tabagique :** Les bienfaits du renoncement au tabac sont corroborés par des données robustes, même chez les personnes âgées et les patients qui souffrent déjà de maladies chroniques liées au tabac.

Les gros fumeurs (deux paquets par jour) qui arrêtent de fumer gagnent en moyenne 4 années de vie, compte tenu des taux réduits de la mortalité attribuable aux MCV et au cancer du poumon.

Un an après avoir cessé de fumer, le risque de maladie coronarienne est réduit de 50 %.

De plus, le fait d'arrêter de fumer :

- réduit rapidement la concentration sanguine en CO,
- diminue la production de mucus, la toux et l'essoufflement,
- élimine une source majeure d'irritation de la gorge, et
- accroît les sens du goût et de l'odorat.

Pour certaines personnes, c'est aussi une façon de prendre sa vie en main - facteur important chez les personnes dont le statut socio-économique est faible.

L'impact positif de l'abstinence des parents sur les enfants (p. ex. donner le bon exemple ou prévenir l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement) peut aussi être considéré comme un avantage important.

Au nombre des autres avantages qui sont d'importance pour le patient, mentionnons :

- la diminution des rides,
- une haleine fraîche, et
- des économies permettant de faire de nouvelles acquisitions.

b) **Dépendance :** Il a été établi que la nicotine est une drogue qui engendre une forte dépendance.

Les principaux indicateurs de dépendance sont les suivants :

- Le nombre de cigarettes fumées par jour (≥ 10 par jour, suggère une dépendance).
- Le moment où l'on fume la première cigarette le matin après le réveil (< 30 minutes après le réveil).
- La présence de symptômes de sevrage lors des tentatives d'arrêt antérieures.

En présence de l'un ou l'autre de ces indicateurs, il faut envisager fortement de recourir à un traitement pharmacologique de cessation à cause de la dépendance probable et de l'apparition éventuelle de symptômes de sevrage prononcés associés à des taux de rechute élevés.

c) **Sevrage :** Les symptômes de sevrage sont temporaires et se produisent lorsque la nicotine est éliminée du sang. Ces symptômes peuvent varier selon les patients :

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| ■ Envie irrésistible de fumer | ■ Irritabilité, agitation |
| ■ Difficulté de se concentrer | ■ Troubles du sommeil |
| ■ Céphalées | ■ Dyspepsie |
| ■ Étourdissements | ■ Tremblements et transpiration |

Les symptômes perdent en général de leur acuité après 7 jours, mais restent présents pendant des semaines. Il faut en aviser le patient et l'informer que les 2 premières semaines sont une période critique pour les rechutes. Le patient ne pourra par ailleurs déclarer « victoire » après seulement quelques semaines, car il aura encore des envies de fumer pendant des mois.

Une bonne façon d'aider les patients (notamment ceux qui ne sont pas soumis à un traitement pharmacologique de cessation) à tolérer ces symptômes est de souligner que ceux-ci sont courants, qu'ils ne durent qu'un temps et qu'ils témoignent des efforts que fait leur organisme pour éliminer une substance nocive (la nicotine).

d) Traitement de remplacement de la nicotine (TRN) : Il est particulièrement indiqué pour les patients dépendants de la nicotine. Il est contre-indiqué pour les patients qui viennent de faire (4 semaines) un infarctus ou pour ceux qui présentent des arythmies potentiellement létales, une angine de poitrine sévère ou qui empire, une atteinte cutanée généralisée, une hypersensibilité à la nicotine ou qui ont fait récemment un AVC ainsi que pour les femmes enceintes ou allaitantes et les enfants. Les patients sous TRN doivent faire l'objet d'un suivi rigoureux pour tout symptôme de sevrage nicotinique, de toxicité de la nicotine et d'interactions médicamenteuses ou autres. (Voir la note f sur la médication non-nicotinique pour cesser de fumer.)

N.B. : La dose de nicotine résultant d'une consommation régulière de cigarettes excède généralement celle provenant de la TRN. De plus, les effets cardiovasculaires de la nicotine sont, en général, plus prononcés et rapides lorsqu'ils découlent de la consommation de cigarettes que lorsqu'ils sont consécutifs à la libération plus lente caractéristique du timbre ou de la gomme. Les essais cliniques portant sur la TRN auprès d'individus porteurs de cardiopathie ischémique stable indiquent que la nicotine ainsi libérée n'accroît pas leur risque.

MÉDICAMENTS	POSOLOGIE	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
GOMME DE NICOTINE (polacrilex) - Nicorette : 2 mg	Habituelle : 10-12 gommes/jour initialement jusqu'à un maximum de 20/jour pendant 12 semaines; diminuer ensuite d'une gomme/jour chaque semaine en tenant compte des symptômes de sevrage du patient. Technique recommandée : mâcher puis placer la gomme entre la joue et la gencive (<i>chew and park</i>) et ce, pour un total de 30 minutes par gomme.	Action rapide, vitesse de libération contrôlée par le patient, peut être adaptée à l'emploi du temps du patient.	Nécessite une observance élevée; souvent mal utilisée (mâchée mais non placée entre la gencive et la joue), ce qui entraîne certains effets secondaires (hoquets, douleurs gastriques, brûlures de la gorge, nausées); douleurs à la mâchoire, aérophagie; problèmes d'adhérence aux prothèses dentaires; certains patients deviennent dépendants.
GOMME DE NICOTINE (polacrilex) - Nicorette : 4mg	Habituelle : 10-12 gommes/jour initialement jusqu'à un maximum de 20/jour pendant 12 semaines; diminuer ensuite d'une gomme/jour chaque semaine en tenant compte des symptômes de sevrage du patient. Technique recommandée : mâcher et placer la gomme entre la joue et la gencive (<i>chew and park</i>) et ce, pour un total de 30 minutes par gomme.	Produit nicotinique très efficace pour les fumeurs très dépendants. Peut être recommandé aux patients qui ont échoué avec la gomme de 2 mg et qui veulent continuer d'utiliser la gomme.	Tous les inconvénients mentionnés ci-dessus, mais à un taux plus élevé; plus haut taux de dépendance; taux de rechute élevé.
TIMBRES NICOTINIQUES (transdermiques) - Habitrol, Nicoderm, Nicotrol	Voir <u>Posologie recommandée des timbres nicotiniques</u> .	Faciles d'utilisation; demandent peu d'efforts du point de vue de l'observance; libération continue de nicotine; n'entraînent pas de dépendance.	Peuvent ne pas libérer suffisamment de nicotine pour certains patients; effets secondaires; irritation cutanée; rêves intenses; taux de rechute élevé.

e)

POSOLOGIE RECOMMANDÉE DES TIMBRES NICOTINIQUES *†‡

Habitrol^(R)

21 mg/24hres X 4 sem
14 mg/24hres X 2 sem
7 mg/24hres X 2 sem

Nicoderm^(R)

21 mg/24hres X 4 sem
14 mg/24hres X 2 sem
7 mg/24hres X 2 sem

Nicotrol^(R)

15 mg/16hres X 4 sem
10 mg/16hres X 2 sem
5 mg/16hres X 2 sem

* Un ajustement de la dose est requis pour les patients pesant moins de 45 kg ou ceux atteints de MCV pour qui la TRN n'est pas contre-indiquée.

† Si le patient fume plus de 2 à 3 cigarettes pendant qu'il porte le timbre, le traitement doit être interrompu et offert de nouveau 6 à 12 mois plus tard.

‡ La durée du traitement devrait être adaptée à chaque cas et une attention particulière devrait être accordée à la reconnaissance des symptômes de sevrage.

Adaptation des sources 2 et 3

f) Médication non-nicotinique pour la cessation tabagique :

Zyban^{md} (chlorhydrate de bupropion) est le premier agent de cessation tabagique disponible en comprimés. Bien que son mécanisme d'action ne soit pas bien connu, on sait que le bupropion (un antidépresseur) agit au cerveau sur des mécanismes noradrénergiques et dopaminergiques ayant été impliqués dans l'accoutumance à la nicotine. Son efficacité en matière de cessation tabagique a été démontrée dans des études cliniques où il a été utilisé concomitamment à du *counselling* auprès du patient : les taux de cessation à un an étaient approximativement deux fois plus élevés que ceux atteints après placebo. Des données plus récentes suggèrent que le bupropion serait presque deux fois plus efficace que certains timbres nicotiques.

Effets secondaires : Les plus fréquents sont les suivants : sécheresse de bouche, insomnie et étourdissements. Son utilisation a été associée à un risque de convulsion lié à la dose. **Un dosage plus élevé que celui recommandé ne devrait donc pas être prescrit.**

Contre-indications : Patients traités au Wellbutrin SR^{md} (l'antidépresseur) ou avec tout autre médicament contenant du bupropion, ceux atteints de problèmes convulsifs, ceux ayant un diagnostic actuel ou antérieur de boulimie ou d'anorexie nerveuse, ceux étant présentement ou ayant été traités avec un inhibiteur de la monoamine oxydase (MAO), ceux ayant déjà présenté une réaction allergique au bupropion ou à tout autre ingrédient de Zyban^{md}.

Précautions : Il doit être utilisé avec extrême prudence par les patients ayant une histoire de convulsions, de traumatisme crânien ou ayant une prédisposition aux convulsions, par ceux ayant été traités avec d'autres agents (par exemple, des antipsychotiques, des antidépresseurs, de la théophylline, des stéroïdes systémiques, etc.) ou soumis à des régimes thérapeutiques (par exemple, la cessation abrupte de benzodiazépines) qui peuvent diminuer le seuil de convulsions. Il faut noter que les antidépresseurs peuvent précipiter des épisodes maniaques chez les patients atteints d'un désordre bipolaire et activer une psychose latente chez les individus susceptibles. Zyban^{md} n'est pas recommandé pour les femmes enceintes ou allaitantes. Son profil d'innocuité n'est pas connu pour les enfants.

Dosage et administration:

- La dose recommandée et maximale est de 300 mg die :
 - administrée à raison de 150 mg BID;
 - avec un intervalle minimal de 8 heures entre les doses.
- Le dosage doit débiter à 150 mg die :
 - donné pour les trois premiers jours;
 - suivi d'une augmentation de la dose à 300 mg die pour la plupart des patients.
- Le traitement doit être initié pendant que le patient fume :
 - il faut environ 1 semaine de traitement pour que des taux sanguins stables de bupropion soient atteints;
 - une date de cessation doit être fixée par le patient à l'intérieur des deux premières semaines de traitement (généralement lors de la 2^e semaine).
- Le traitement doit être poursuivi durant 7 à 12 semaines.

N.B. : Si le patient n'a pas accompli de progrès significatifs à la 7^e semaine de traitement, celui-ci devrait probablement être discontinué.

Les patients doivent être exposés à du *counselling* antitabagique et recevoir du soutien tout au long du traitement avec le bupropion, et après.

Traitement combiné : Le Zyban^{md} et les timbres de nicotine peuvent être utilisés simultanément. Certaines données suggèrent un plus grand taux de cessation à la suite de ce traitement combiné comparativement à l'un ou à l'autre de ces agents pris isolément. Toutefois, une étude plus récente suggère que le traitement combiné ne serait pas significativement supérieur au traitement au bupropion seul. Le patient ne devrait pas fumer s'il utilise des timbres. Il est à noter qu'un tel traitement peut s'accompagner d'une élévation de la tension artérielle (TA) et que la TA du patient doit être vérifiée régulièrement.

Prise en charge du patient qui cesse de fumer : difficultés à prévoir et pistes de solution

Risque de rechute

Certains événements, sentiments ou activités peuvent accroître le risque de rechute : se trouver en compagnie de fumeurs, avoir des échéances serrées, se disputer avec quelqu'un, avoir une envie irrésistible de fumer ou être de mauvais humeur, boire de l'alcool ou du café, etc. Il faut apprendre aux patients à reconnaître ces situations critiques et à développer leurs moyens d'y faire face.

Ces moyens sont les suivants :

- Anticiper et éviter les situations dangereuses.
- Mettre en œuvre des stratégies qui leur permettent de ne pas céder lors de sentiments négatifs.
- Modifier leur mode de vie de façon à réduire le stress, à améliorer leur qualité de vie ou à accroître leur plaisir de vivre (p. ex. s'adonner à des activités physiques).
- Recourir à des stratégies cognitives ou comportementales qui détourneront leur attention des envies irrésistibles de fumer (p. ex. prendre une « pause-promenade » au lieu d'une pause-café).

Difficulté d'arrêter de fumer pendant la grossesse

Le fait de fumer pendant la grossesse est associé à une augmentation des avortements spontanés, et à des complications de grossesse comme le placenta praevia, l'accouchement prématuré ou la naissance d'un bébé de poids insuffisant. Le risque pour la santé de l'enfant à naître revient à la normale si la mère arrête de fumer au cours du premier trimestre de sa grossesse. Même si elle arrête plus tard (soit jusqu'à la 30^e semaine), elle réduit malgré tout les risques de complications à la naissance.

D'après les estimations courantes, de 20 à 40 % des femmes enceintes tenteraient de cesser de fumer durant leur grossesse. Le médecin se doit d'expliquer à la fumeuse enceinte et à son conjoint les risques associés au tabagisme durant la grossesse mais aussi après l'accouchement. Il doit aussi recommander des stratégies d'abandon. Le fait d'offrir des traitements de cessation spécialisés durant la grossesse accroît le taux d'abandon. Le traitement pharmacologique antitabagique n'est pas recommandé durant la grossesse ni durant l'allaitement.

Peur de l'échec

Moins de 25 % des fumeurs réussissent à arrêter dès leur première tentative. La plupart doivent s'y reprendre de 3 à 4 fois. Cesser de fumer s'apparente à un nouvel apprentissage : il faut du temps pour intégrer de nouvelles habiletés. Il peut être rappelé aux patients que renoncer à la cigarette, c'est comme apprendre à faire de la bicyclette. Combien réussissent la première fois ? Il en est souvent de même pour cesser de fumer. Il faut conseiller aux patients de faire davantage d'exercice; des études donnent en effet à penser que l'activité physique peut aider à demeurer abstinent. L'optimisme manifesté par le médecin quant au succès final de la tentative peut aussi aider à motiver les patients pessimistes.

Envie irrésistible de fumer

La plupart de ces envies durent moins de 20 minutes. Certaines n'en durent que cinq. Quelques-unes semblent associées à des situations particulières, comme boire un café ou prendre un verre d'alcool. Il est recommandé de conseiller aux patients de prévoir des activités qui les garderont occupés jusqu'à ce que ces envies passent et d'anticiper les situations qui semblent les déclencher afin de mieux les contrôler.

Troubles du sommeil

On peut faire les recommandations suivantes au patient qui présente ce symptôme de sevrage particulier : n'aller au lit que lorsqu'il est fatigué; ne jamais dormir le jour; éviter la caféine en fin de journée; se lever si le sommeil ne vient pas après 30 minutes; faire de l'exercice pendant la journée.

Tabagisme des autres membres de la famille

Il est moins facile d'arrêter de fumer lorsqu'il y a d'autres fumeurs à la maison, et à plus forte raison s'il s'agit du conjoint. Le patient devrait envisager d'arrêter en même temps que son conjoint (ou autre proche), ou dresser un plan d'action pour ne pas fumer à la maison même si les autres continuent. Le médecin doit s'informer si d'autres membres de la famille fument, et offrir de les aider eux aussi à abandonner. Il peut aussi inciter son patient à trouver dans son entourage une personne qui l'aidera dans sa démarche (p. ex. un collègue, un ami).

Problèmes liés aux timbres à base de nicotine

Le recours à la nicotine transdermique double environ les taux d'abandon après 6 à 12 mois comparativement aux interventions placebo. **Les patients observent généralement mieux le mode d'utilisation des timbres que celui de la gomme.** Jusqu'à 50 % des utilisateurs de timbres présenteront une réaction cutanée locale. Ces réactions sont habituellement bénignes et guérissent spontanément, mais il arrive qu'elles s'aggravent au cours du traitement. Le médecin pourra traiter ces lésions en prescrivant un traitement topique à base de crème d'hydrocortisone (5 %) ou de triamcinolone (0,5 %), et en recommandant une rotation des sites d'application du timbre. L'interruption du traitement ne s'impose que pour moins de 5 % des patients qui présentent de telles réactions cutanées.

Problèmes liés à la gomme à base de nicotine

Le recours à la gomme de nicotine accroît d'environ 40 à 60 % les taux d'abandon après un an. Les chercheurs ont toutefois observé certains problèmes liés à l'observance du traitement, à sa facilité d'utilisation, à son acceptabilité sociale et au goût déplaisant du produit. Les timbres à base de nicotine sont associés à moins de problèmes d'observance et sont plus faciles à utiliser. **Le timbre est donc préférable pour une utilisation clinique systématique.**

Pour certains patients, cependant, le recours à la gomme peut être recommandé dans l'un ou l'autre des cas suivants : la préférence du patient pour ce mode de traitement, l'échec antérieur avec les timbres de nicotine, et la contre-indication spécifique des timbres (p. ex. réactions cutanées sévères).

La plupart des effets secondaires de la gomme sont relativement bénins et provisoires. Nombre d'entre eux peuvent être diminués en corrigeant la technique d'utilisation. La gomme doit être mâchée lentement jusqu'à l'apparition d'un goût « poivré », puis placée entre la joue et la gencive pour optimiser l'absorption de nicotine (*chew and park*). Il faut ainsi la mâcher lentement et la placer entre la joue et la gencive par intermittence pendant une trentaine de minutes. Il est parfois plus bénéfique de mâcher la gomme selon un horaire établi (au moins un morceau toutes les heures ou aux deux heures pendant au moins 1 à 3 mois) que de le faire de façon improvisée.

Certains patients désirent continuer à utiliser la gomme plus longtemps que ce qui est habituellement recommandé. Le médecin doit considérer que même s'il doit encourager le sevrage, il vaut nettement mieux pour le patient de continuer à mâcher la gomme plutôt que de se remettre à fumer.

Prise de poids (ou crainte de...)

Seulement 10 % des fumeurs qui prennent du poids après avoir renoncé au tabac le conservent. Très peu d'ex-fumeurs gagnent plus de deux à quatre kilos et demi (5 à 10 livres). Les femmes ont tendance à grossir un peu plus que les hommes. La prise de poids suivant l'arrêt semble causée par un apport alimentaire accru et par certains ajustements du métabolisme. Ce dernier facteur donne à penser que même si l'ex-fumeur n'accroît pas son apport calorique, il pourra quand même gagner du poids, à moins de faire plus d'exercice.

Il peut être utile, pour le médecin, de savoir que des études récentes remettent en question la possibilité que la tabagisme contribue au contrôle du poids corporel chez les jeunes.

Dans le cas des fumeurs qui craignent beaucoup de prendre du poids, le médecin peut envisager de recommander la TRN ou le bupropion étant donné qu'on a démontré que ceux-ci pouvaient réduire ou retarder la prise de poids après l'abandon du tabac.

Comme, pour beaucoup de fumeurs (notamment des fumeuses), la peur de prendre du poids est un puissant incitatif à continuer de fumer ou à recommencer, le médecin devrait aider ses patients à réduire au minimum le risque de prise de poids en leur suggérant :

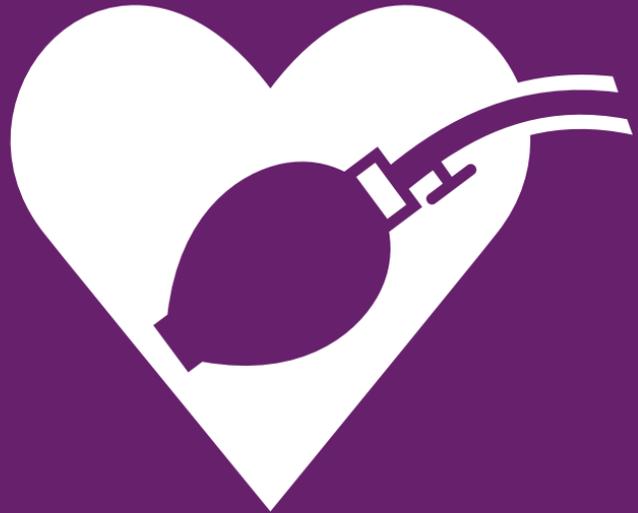
- de tenir un relevé alimentaire quotidien et d'y consigner tout ce qu'ils mangent;
- de réduire la quantité de gras et de sucres consommés, de même que la taille des portions;
- lors d'envies irrésistibles de porter quelque chose à la bouche :
 - de boire un verre d'eau,
 - de mâcher de la gomme sans sucre,
 - de manger des légumes (bâtonnets de carotte, branches de céleri) ou des fruits comme collation...;
- de commencer un programme d'activité physique pour accroître les dépenses énergétiques.

Révisé par Gerry Brosky, MD, CCFP, Département de médecine familiale, Université Dalhousie.

Les interventions de cessation tabagique offrent aux médecins la plus grande opportunité pour améliorer la santé présente et future de tous les Canadiens.

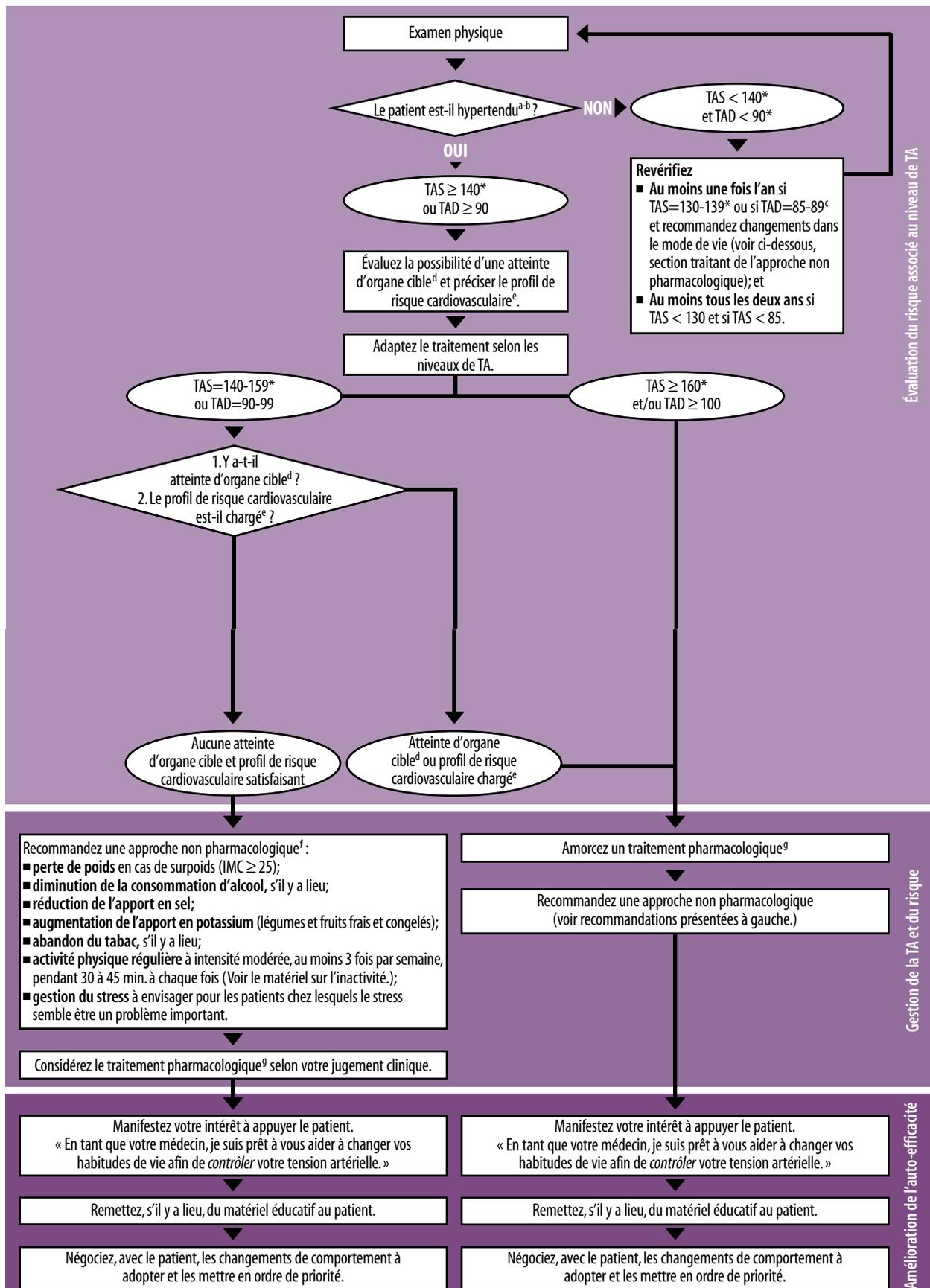
LISTE ABRÉGÉE DE RÉFÉRENCES

1. Conseil canadien sur le tabagisme et la santé. *Guidez vos patients vers un avenir sans tabac*, 1992, 1996.
2. U.S. Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention. *Clinical Practice Guideline Number 18: Smoking Cessation*, 1996.
3. Bass, F. Smoking Cessation, *Therapeutic Choices*, 1995.
4. Satpleton, J.A. Dose Effects and Predictors of Outcome in a Randomized Trial of Transdermal Nicotine Patches in General Practice; *Addiction*, 1995; 90:31-42.
5. Prochaska, J.O. et Goldstein, M.G. Process of Smoking Cessation: Implications for Clinicians, *Clin Chest Med* 1991; 12(4): 727-735.



Approche clinique suggérée pour la détection
et la prise en charge de l'hypertension artérielle

Approche clinique suggérée pour la détection et la prise en charge de l'hypertension artérielle[†]



Évaluation du risque associé au niveau de TA

Gestion de la TA et du risque

Amélioration de l'auto-efficacité

[†] Pour des informations additionnelles sur les prochaines lignes directrices (1999) de la Société canadienne d'hypertension artérielle quant au traitement pharmacologique, consulter le site Internet : www.coeurensante.com

*Toutes les valeurs sont exprimées en mm Hg

Notes d'accompagnement : hypertension artérielle

- a) Lorsqu'un patient non connu comme hypertendu présente une mesure de TA élevée, un minimum de 2 mesures supplémentaires devraient être obtenues lors de la même visite. Si le niveau de TA est légèrement élevé (TAS = 140-159 ou TAD = 90-99 mm Hg) et que l'état du patient ne correspond pas aux critères établis pour le traitement immédiat d'HTA (c.-à-d. aucune atteinte d'organe cible ou absence d'un profil de risque cardiovasculaire chargé), le niveau de TA de ce patient devrait alors être réévalué par au moins 2 mesures de TA lors de 3 visites au cours d'une période de six mois.
- b) Pour choisir les dimensions du brassard, on se reportera aux consignes suivantes :

Dimensions	Circonférence du bras du patient
12 cm x 23 cm	< 33 cm
15 cm x 33 cm	33-41 cm
18 cm x 36 cm	> 41 cm

- c) Selon l'étude de Framingham, le risque de développer une hypertension au cours d'un suivi de 26 ans était environ deux fois plus élevé pour les hommes et les femmes dont la TAD initiale était de 85-89 mmHg par opposition à ceux dont la TAD était inférieure à 85 mmHg.

- d) Une atteinte d'un organe cible est définie comme étant l'une des complications suivantes :

- une hypertrophie ventriculaire gauche démontrée à l'ECG ou une insuffisance cardiaque;
- une histoire ou des symptômes d'angine de poitrine;
- une histoire ou une évidence électrocardiographique d'un infarctus du myocarde;
- une histoire ou des symptômes de claudication intermittente; ou
- un niveau de créatinine sérique élevé.

- e) Les facteurs de risque considérés incluent :

- le sexe masculin;
- la race (noire ou sud-asiatique);
- une TA plus élevée (dans ce cas-ci, dans la fourchette de 90-99 mmHg);
- le tabagisme;
- un taux de cholestérol sérique élevé;
- une intolérance au glucose.

Plus les facteurs de risque sont nombreux ou graves, plus faible est le niveau de TA à partir duquel un traitement pharmacologique devrait être amorcé.

- f) La durée du traitement non pharmacologique seul doit être relativement courte (p. ex. 3 mois) si l'on ne parvient pas à maîtriser la TA. Si la TA demeure élevée, un traitement pharmacologique doit être initié en plus du traitement non pharmacologique.

g) Traitement pharmacologique

■ En cas d'HTA essentielle sans autres problèmes médicaux concomitants ni atteinte d'organe cible :

1. Traitement initial : monothérapie avec un diurétique thiazidique à faible dose ou un bêta-bloquant.
2. S'il y a réponse inadéquate ou effets indésirables, substituer pour le R alternatif mentionné au n° 1.
3. S'il y a réponse partielle, envisager une association diurétique et bêta-bloquant ou une monothérapie avec alpha-bloquant, inhibiteur ECA, inhibiteur calcique ou médicament à action centrale.

N.B. : En cas d'effet indésirable ou de contre-indication à l'utilisation d'un diurétique ou d'un bêta-bloquant, envisager une monothérapie avec l'un des autres groupes de médicaments mentionnés au n° 3.

4. Si la TA n'est toujours pas maîtrisée, essayer une combinaison telle qu'un diurétique à faible dose avec un inhibiteur ECA, un inhibiteur calcique, un médicament à action centrale ou un alpha-bloquant. Alternativement, un bêta-bloquant pourrait être administré avec un vasodilatateur, de l'hydralazine ou un alpha-bloquant.
5. Une HTA résistante peut nécessiter l'association de trois médicaments ou plus.

■ **En cas d'HTA en présence d'autres problèmes médicaux ou d'atteinte d'organe cible :** Le traitement pharmacologique doit être individualisé pour obtenir un bénéfice maximal avec un minimum de risque. Les effets bénéfiques et indésirables des médicaments sur les facteurs de risque associés doivent aussi être considérés.

■ **En cas d'HTA en présence d'anomalie lipidique :** Dans la mesure du possible, on essaiera d'éviter les diurétiques thiazidiques à forte dose ainsi que les bêta-bloquants sans activité sympathomimétique intrinsèque.

Des données concluantes démontrent les avantages d'un traitement antihypertenseur jusqu'à l'âge de 80 ans pour les patients présentant une hypertension systolique isolée.

Prise en charge de l'hypertension artérielle : difficultés rencontrées et solutions à envisager

Non-observance (généralités)

Le problème de la non-observance est plus critique lorsque les patients sont obligés d'apporter des changements importants dans leur mode de vie ou de prendre plusieurs doses de médicament par jour. De nombreuses études ont révélé que la variable la plus souvent associée à l'observance était la relation patient-médecin.

À chaque visite, il est indiqué d'évaluer s'il y a observance du traitement en interrogeant le patient directement.

L'observance du traitement est plus probable si le patient est convaincu :

- de la nécessité du traitement malgré l'absence de symptômes;
- de son efficacité;
- de la possibilité de bien comprendre ce traitement ;
- de sa propre capacité à apporter les changements requis (auto-efficacité);
- de l'intérêt du médecin à l'appuyer dans cette démarche.

De meilleurs taux d'observance ont également été associés à l'engagement des membres de la famille, non seulement au regard du traitement mais également dans la compréhension de ce que le traitement représente.

Lorsqu'un patient n'adhère pas au traitement prescrit, le médecin peut passer en revue les facteurs liés à l'observance et discerner ceux qui semblent problématiques. L'éducation du patient pourra alors porter sur ces problèmes.

Lorsque des patients démontrent un problème d'observance, le médecin devrait entreprendre tous les efforts nécessaires afin d'accroître l'engagement de ces derniers à leur propre traitement. La participation des patients au choix des modalités thérapeutiques ainsi que l'autosurveillance de la TA sont de bons exemples de cet engagement.

Il est possible d'améliorer l'observance du traitement en ayant recours à des stratégies éprouvées telles :

- des conseils pertinents, négociés et adaptés aux besoins du patient;
- une reconnaissance du rôle central que joue le patient dans la prise de décision;
- un schéma posologique simplifié*;
- un suivi approprié;
- l'utilisation d'instructions écrites et de matériel éducatif destiné au patient;
- un soutien social pour les patients;
- une orientation du patient vers des ressources communautaires pour l'aider à modifier ses habitudes de vie.

* Une posologie quotidienne plutôt que BID ou TID accroît substantiellement les taux d'observance.

Non-respect des rendez-vous médicaux

Lorsqu'un patient ne respecte pas ses rendez-vous, il est recommandé :

- de proposer un rendez-vous de suivi avant que le patient ne quitte le bureau;
- de mettre davantage l'emphase sur les améliorations notées;
- d'envisager de signer avec le patient un contrat qui statue sur la fidélité aux rendez-vous;
- de communiquer avec les patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous.

Dans le cas d'une affection asymptomatique comme l'hypertension, il est particulièrement important de ne pas laisser le patient attendre pendant des heures; de ne pas avancer ou reporter les rendez-vous et d'entretenir une bonne relation avec le patient si l'on veut qu'il respecte ses rendez-vous.

Difficulté à limiter la consommation de sodium

Une diminution de l'apport en sel (sodium) permet d'abaisser la TA, en particulier s'il s'agit de personnes hypertendues de plus de 40 ans chez lesquelles on veut diminuer le besoin d'antihypertenseurs, réduire la perte de K⁺ provoquée par les diurétiques et possiblement, faire régresser l'hypertrophie ventriculaire gauche. Une réduction quotidienne de sel de 3 g peut faire baisser la TAS de 5 mmHg en moyenne, après quelques semaines. L'apport quotidien moyen en sel est d'environ 10 g et l'apport recommandé pour les hypertendus varie entre 2 et 3 g par jour.

Le goût que l'on peut avoir pour le sel est une habitude acquise qui devrait disparaître après quelques mois de restriction sodée. Le patient devrait se donner de 3 à 6 mois pour diminuer progressivement sa consommation de sel. Il est recommandé de lui conseiller :

1. d'éviter d'ajouter du sel aux aliments déjà servis;
2. de réduire au minimum la quantité de sel utilisé dans la cuisson;
3. d'acheter des aliments frais ou surgelés plutôt que des aliments en conserves ou transformés;
4. de lire les étiquettes. Si les termes sel ou sodium figurent parmi les premiers ingrédients mentionnés sur l'étiquette du produit, ou si celui-ci contient 3 sources de sodium ou plus, éviter de l'acheter.

Excédent de poids / régime amaigrissant

Des études internationales ont montré que, parmi toutes les caractéristiques mesurées à l'exception de l'âge, le poids corporel était la variable pour laquelle on établissait la plus forte et la plus fréquente corrélation avec la TA. Pour chaque kilogramme perdu, la TAS baisse de 2,5 mmHg en moyenne et la TAD de 1 à 1,5 mmHg. Par ailleurs, on a observé une régression de l'hypertrophie ventriculaire gauche chez les sujets traités pour une HTA essentielle au moyen d'un régime amaigrissant. Il faut souligner que la perte de poids et le maintien du poids nouvellement acquis sont plus difficiles lorsque le patient utilise des bêta-bloquants.

Difficulté à limiter la consommation d'alcool

La consommation d'alcool contribue à augmenter les pressions systolique et diastolique et peut entraîner une résistance au traitement antihypertenseur. On doit recommander au patient d'éviter de boire plus de deux verres d'alcool par jour. Il peut lui être suggéré de boire autre chose (eau minérale à faible teneur en sodium, cocktails sans alcool, bières et vins désalcoolisés) lors de ses activités sociales (entre amis, dans un bar, etc.).

Non-observance du traitement médicamenteux

Plusieurs experts recommandent les stratégies suivantes pour optimiser l'observance au traitement médicamenteux :

- s'entendre avec le patient sur un objectif de TA pour chaque visite;
- insister sur l'importance du traitement et sur le fait que le patient ne peut prédire si sa pression sera élevée ou normale;
- simplifier au maximum le schéma posologique;
- recommander au patient d'utiliser un pilulier et de préparer la dose hebdomadaire de médicaments le premier jour de la semaine;
- conseiller au patient de renouveler la prescription d'un médicament avant qu'il ne soit épuisé;
- encourager la discussion sur les effets secondaires possibles des médicaments et sur les préoccupations du patient;
- réduire au minimum le coût du traitement;
- mentionner que l'observance du traitement sera évaluée au cours de la prochaine visite;
- prévoir des rendez-vous plus fréquents.

Révisé par J. George Fodor, MD, Ph.D., FRCPC, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, et Pierre Larochelle MD, Ph.D., FRCPC, Centre hospitalier universitaire de Montréal - Pavillon Hôtel Dieu.

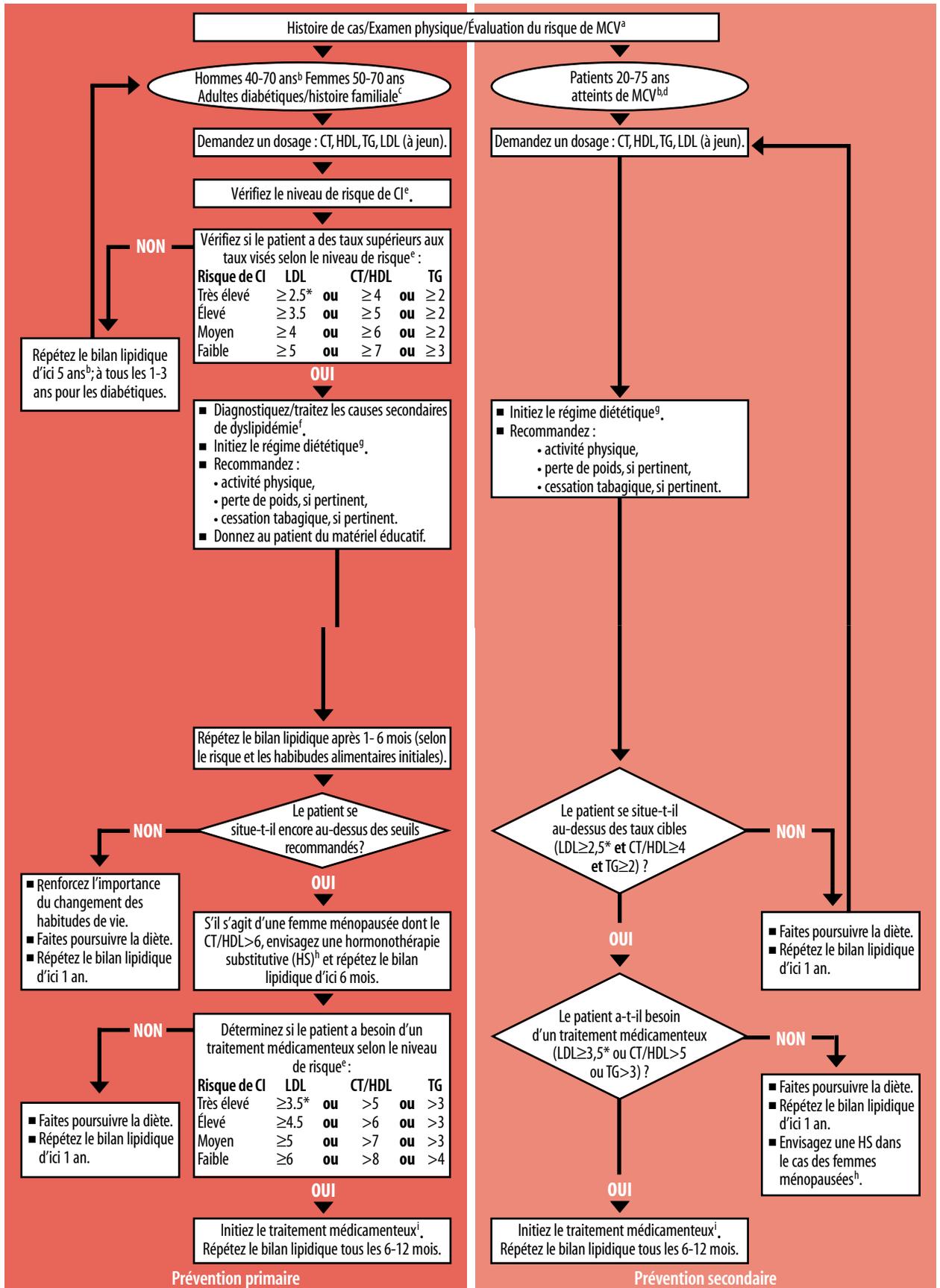
LISTE ABRÉGÉE DE RÉFÉRENCES

1. Campbell, N.R.C. *et al.* Nonpharmacological therapy to prevent and control hypertension. An overview of Canadian recommendations. *CMAJ* (in press).
2. Chockalingam, A. *et al.* Adherence to Management of High Blood Pressure: Recommendations of the Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control. *Can J Public Health* 1998; 89 (5): 1-5-7.
3. Fodor, G. *et al.* Adherence to Non-pharmacological Therapy for Hypertension: Problems and Solutions. *Can J Public Health* 1998; 89 (5): 1-12-15.
4. Feldman, R. *et al.* Adherence to Pharmacologic Management of Hypertension. *Can J Public Health* 1998; 89 (5): 1-16-18.
5. Subcommittee of WHO/ISH Mild Hypertension Liaison Committee. Summary of 1993 World Health Organization-International Society of Hypertension guidelines for the management of mild hypertension. *BMJ* 1993; 307: 1541-1546.
6. Ogilvie, R.I. *et al.* Report of the Canadian Hypertension Society. *CMAJ* 1993; 149(5): 575-584.
7. National Heart Lung and Blood Institute. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157 (21): 2413-2446.



Approche clinique suggérée pour la détection
et la prise en charge de l'hypercholestérolémie

Approche clinique suggérée pour la détection et la prise en charge de l'hypercholestérolémie



*Toutes les valeurs sont exprimées en mmol/L

Notes d'accompagnement : hypercholestérolémie

- a) La prise en charge appropriée de l'hypercholestérolémie nécessite une évaluation clinique complète de l'appareil cardiovasculaire. L'algorithme devrait faciliter la prise de décisions cliniques. L'évaluation clinique comprend l'histoire de cas, l'examen physique et les tests de laboratoire. Elle a pour but d'écarter la présence de dyslipidémies familiales ou secondaires et de procéder à une évaluation cardiovasculaire complète.

L'histoire de cas doit inclure les antécédents personnels de MCV (âge de survenue, atteinte fonctionnelle et histoire de pontage aortocoronarien ou coronoplastie), antécédents familiaux de cardiopathie ischémique ou d'autres formes d'athérosclérose (nombre de membres de la famille touchés, degré de parenté avec le patient et âge de survenue), antécédents familiaux de diabète, tabagisme (nombre de cigarettes et durée), diabète, hypertension, évaluation des habitudes alimentaires (apport en matières grasses, fibres, etc.), évaluation des habitudes sur le plan de l'activité physique (fréquence, intensité, type et durée), ménopause, hormonothérapie et médication.

L'examen physique doit inclure la détermination de la taille et du poids et l'évaluation de la présence d'obésité abdominale*, la mesure de la pression artérielle (après 5 minutes en position assise), une inspection visant à déterminer la présence de xanthomes tendineux ou autres xanthomes et d'un arc cornéen ainsi que la présence d'une maladie vasculaire carotidienne ou périphérique ou d'une insuffisance cardiaque.

Les tests de laboratoire comprennent un bilan lipidique à jeun tel qu'indiqué (voir algorithme) et un dosage de la glycémie en présence de facteurs de risque cliniques. On peut envisager un dosage de la TSH si l'on soupçonne une hypothyroïdie.

*Voir note b en bas de page de l'algorithme *Approche clinique suggérée pour la détection et la prise en charge de l'obésité ou de l'embonpoint* pour plus de précision quant à la détermination de la présence d'obésité abdominale.

- b) Selon le groupe de travail canadien sur l'hypercholestérolémie et les autres dyslipidémies, un bilan lipidique devrait être effectué tous les 5 ans pour tous les hommes de 40 à 70 ans et pour toutes les femmes de 50 à 70 ans. Un jugement clinique doit être exercé auprès des patients présentant des facteurs de risque multiples et dont l'âge se rapproche de ces catégories. De plus, tous les patients atteints d'une maladie cardiovasculaire connue et tous les adultes diabétiques devraient faire l'objet d'un bilan lipidique. Pour les patients atteints d'une maladie cardiovasculaire, ce bilan devrait être effectué chaque année, et pour les diabétiques, à des intervalles de 1 à 3 ans.
- c) Dans le cas des patients présentant des xanthomes ou ceux ayant des antécédents de cardiopathie ischémique (CI) précoce combinés à une dyslipidémie génétique, il faudrait effectuer un bilan lipidique en jeune âge et le répéter à l'âge de 30 ans. Si rien n'indique qu'il s'agit d'une dyslipidémie génétique, des tests de dépistage doivent être réalisés régulièrement comme pour les autres adultes.
- d) MCV signifie cardiopathie ischémique (CI) ou toute maladie athérosclototique (p. ex. artérosclérose périphérique ou affection symptomatique de l'artère carotide).
- e) On peut déterminer la probabilité de CI sur 10 ans au moyen des équations de Framingham (Grille de prédiction des facteurs de risque de cardiopathie ischémique). On peut également évaluer cette probabilité selon le nombre de facteurs de risque (FR), tels que ceux indiqués ci-dessous. Mais il convient de souligner qu'il s'agit là d'une estimation et qu'il vaut mieux calculer la probabilité à l'aide de la grille.

RISQUE	Très élevé	Élevé	Moyen	Faible
Probabilité sur 10 ans	≥ 40 %	20-39 %	10-19 %	< 10 %
Nbre de FR	≥ 4	3	2	≤ 1

Les facteurs de risque (FR) suivants doivent être considérés :

- âge (hommes ≥ 45 ans, femmes ≥ 55 ans ou femmes ménopausées qui ne suivent pas d'hormonothérapie);
- antécédents familiaux de CI précoce (infarctus du myocarde confirmé ou mort subite ≤ 55 ans d'un homme apparenté du premier degré ou ≤ 65 ans d'une femme apparentée du premier degré);
- tabagisme (≥ 1 cigarette par jour);
- HTA (TA $\geq 140/90$ - mesurée au moins à 2 reprises - ou prise d'antihypertenseurs);
- diabète;
- hypertrophie ventriculaire gauche.

Bien que l'obésité et la sédentarité soient également des facteurs importants, leur ajout dans l'équation aurait pour effet de surestimer le risque. Ces facteurs doivent toutefois être pris en considération lors de la décision clinique. Tous les patients atteints d'une cardiopathie ischémique connue ou d'une maladie vasculaire périphérique symptomatique sont considérés comme des personnes à risque élevé.

La conversion du risque de MCV sur 10 ans à partir du nombre de facteurs de risque n'est plus valable si l'on s'écarte des groupes d'âge cibles (voir b); il faut alors calculer directement le risque sur 10 ans à partir des équations de Framingham (Grille de prédiction des risques de CI).

- f) Les causes courantes comprennent : le diabète, l'hypothyroïdie, la prise de certains médicaments, la consommation excessive d'alcool, la néphropathie, l'obésité abdominale et la sédentarité.
- g) Pour la plupart des patients, sauf s'il s'agit de prévention secondaire, il est recommandé de prescrire une diète, sans médicament, pendant 6 mois. Si, après cette période, les taux de cholestérol total et de LDL demeurent élevés, un traitement médicamenteux peut être initié tout en recommandant au patient de poursuivre sa diète. Dans le cas des patients avec une hypercholestérolémie familiale, le traitement médicamenteux peut être amorcé sur-le-champ, en même temps qu'une diète. Lorsqu'il s'agit de prévention secondaire, le traitement médicamenteux peut être amorcé immédiatement ou une diète seule peut être tentée pendant 6 à 12 semaines.

h) Une hormonothérapie substitutive peut se révéler un traitement d'appoint utile chez les femmes atteintes ou à haut risque de cardiopathie ischémique (CI). Ce traitement est indiqué pour les femmes atteintes de CI et celles présentant des facteurs de risque ou ayant une hypercholestérolémie familiale hétérozygote. Il est contre-indiqué en cas d'antécédents de thrombose, d'antécédents personnels de cancer du sein ou d'antécédents familiaux importants de cancer du sein. Si le taux de TG est supérieur à 3, il faut recourir aux timbres transdermiques d'œstrogènes.

i) Choix de médicaments

	BILAN LIPIDIQUE			
	LDL $\uparrow\uparrow$	LDL $\uparrow\uparrow$ et TG \uparrow	LDL \uparrow et TG $\uparrow\uparrow$	TG \uparrow et HDL \downarrow
1 ^{er}	Statines	Statines	Niacine ou fibrates	Niacine ou fibrates
2 ^e	Résines	Niacine ou fibrates	Association médicamenteuse	Association médicamenteuse

- Les statines sont très efficaces pour abaisser le LDL et pour réduire dans une certaine mesure les TG.
- Les fibrates sont efficaces pour abaisser les TG ainsi que pour réduire les LDL et augmenter les HDL. Ils sont utiles pour traiter des taux très élevés de TG ainsi que l'hyperlipidémie combinée.
- L'acide nicotinique (niacine) est utile pour le traitement d'une hypercholestérolémie accompagnée d'un taux faible de HDL ou d'un taux élevé de TG. Cependant, ce médicament ne devrait être administré qu'avec grande prudence aux personnes diabétiques présentant une dyslipidémie.
- Une association médicamenteuse consiste généralement à associer une statine ou une résine à de la niacine ou à des fibrates.

Pour les patients sous médication, il est recommandé de répéter le bilan lipidique tous les 6 à 12 mois. Les effets d'un nouveau médicament peuvent être évalués plus tôt (après 6 semaines). Le traitement médicamenteux doit avoir pour but de réduire le taux de LDL, le rapport CT/HDL et le taux de TG à des niveaux inférieurs aux valeurs cibles. En cas d'échec du traitement médicamenteux, il est indiqué de consulter un spécialiste en lipides.

Prise en charge de l'hypercholestérolémie : difficultés à prévoir et pistes de solution

Observance du traitement

La maîtrise de l'hypercholestérolémie n'est possible que dans la mesure où le patient observe le traitement prescrit. Afin d'accroître l'observance, les principes proposés à la section de l'hypertension quant à la non-observance du traitement - généralités, non-observance du traitement médicamenteux et non-respect des rendez-vous chez le médecin - s'appliquent également aux patients hypercholestérolémiques.

Respect de la diète

Il est recommandé d'encourager le patient à :

- **S'assurer d'un apport suffisant en fibres solubles, vitamines, minéraux et antioxydants en consommant une grande variété de légumes, de fruits, de céréales à grains entiers, de légumineuses, de noix et de graines.** Bien que les recommandations sur la nutrition aient été axées sur les constituants alimentaires (p. ex. protéines, acides gras essentiels, glucides, vitamines, minéraux) et bien que ces recommandations soient encore pertinentes, les spécialistes sont de plus en plus convaincus qu'il est préférable d'obtenir ces constituants à partir d'aliments entiers ou d'aliments ayant subi une transformation minimale.
- **Choisir de préférence le poisson, la volaille sans la peau, les viandes maigres ou les repas sans viande à base de légumineuses.** Limiter sa consommation de viande maigre et de volaille et leurs équivalents à moins de 180 grammes (6 onces) par jour.
- **Choisir du lait écrémé, du fromage cottage à 1 % de M.G. et du yogourt à moins de 1 % de M.G..** Réduire sa consommation de fromage à pâte dure et de beurre.

- **Cuire les aliments à la vapeur, au four, au four micro-ondes ou dans une poêle à revêtement anti-adhésif, ou les faire griller. Éviter la friture.**
- **Inclure, dans le régime, de petites quantités de noix, de graines et d'huiles** qui fourniront les acides gras essentiels.
- **Limiter sa consommation de graisses saturées, d'huiles végétales partiellement hydrogénées, d'aliments frits, d'autres aliments riches en graisses, de glucides raffinés et d'aliments à faible densité nutritive. Ne pas manger plus d'un œuf par semaine.**
- **S'assurer d'un apport équilibré en acides gras oméga-6 et oméga-3** en incluant dans son régime des sources d'acides gras oméga-3, comme les poissons riches en graisses vivant en eau froide (tels que le saumon, le maquereau et les sardines), les graines de lin, les légumes à feuilles vert foncé, le soja et les noix.

Manque de soutien de la part de la famille et des amis

Certains patients peuvent se sentir seuls aux prises avec leur problème et peuvent être pessimistes quant à leurs chances de succès. Vous pouvez les aider en les encourageant à :

- impliquer leur famille, en invitant le conjoint au prochain rendez-vous ou en incitant la famille à prendre connaissance du matériel éducatif destiné au patient;
- essayer de nouvelles recettes faibles en matières grasses avec les membres de la famille;
- essayer de résoudre les problèmes en en discutant avec les membres de la famille et les amis;
- pratiquer des activités physiques en famille.

Repas pris à l'extérieur

Il peut arriver que votre patient se voit offrir des repas riches en matières grasses lorsqu'il est invité pour affaires ou pour le plaisir. Il est important que le patient puisse prévoir des moyens de faire face à ces situations potentiellement difficiles.

Voici quelques suggestions

Au restaurant :

- Demander que les sauces et les vinaigrettes soient servies à part.
- Choisir des aliments cuits au four ou à la vapeur, ou grillés plutôt que frits ou sautés.
- Choisir des fruits frais ou des sorbets au lieu de pâtisseries et des desserts à la crème.
- Utiliser du lait écrémé dans les boissons chaudes, à la place de la crème ou d'un colorant à café.

Chez des amis ou dans la famille :

- Prévenir les hôtes.
- Éviter les amuse-gueule avant le repas.
- Limiter la taille des portions.
- Demander que les sauces et les vinaigrettes soient servies à part.

Appétit

Les patients ont souvent tendance à associer les matières grasses, une source concentrée d'énergie, à une sensation accrue de satiété. Or, les aliments à forte densité calorique, comme ceux riches en matières grasses, sont certes fort agréables au goût mais ils contribuent peu à la satiété. De plus, un apport élevé en graisses n'induit pas un signal de satiété aussi marqué que celui transmis par une diète riche en protéines ou en glucides. Il a aussi été démontré que d'autres facteurs, comme les fibres alimentaires, ont la capacité d'accroître la sensation de satiété et de plénitude. Vous pouvez expliquer à vos patients que pour toutes ces raisons, il serait étonnant qu'ils aient plus faim avec un régime alimentaire mettant l'accent sur un apport réduit en graisses et une consommation accrue de fibres. Dans l'éventualité où un patient ressent plus la faim, celui-ci pourra être encouragé à consommer plus de légumes, de fruits, de légumineuses et de produits céréaliers à grains entiers.

Manque de conviction par rapport à la diète

Les patients ne sont pas toujours convaincus de l'importance que revêt l'amélioration des habitudes alimentaires dans la maîtrise du taux de cholestérol sanguin. Ils ont souvent l'occasion de lire ou d'entendre que jusqu'à 75-80% de ce taux résulte de ce que leur « organisme fabrique » (synthèse endogène) et que seulement 20-25% provient de ce qu'ils mangent.

Expliquez à votre patient que pour la grande majorité des individus ayant un taux élevé de cholestérol, ce taux est grandement affecté par leur apport en graisses, graisses saturées, graisses d'origine animale et en cholestérol alimentaire. Il peut être utile d'ajouter que bien qu'il soit vrai qu'environ 20-25% de notre cholestérol sanguin résulte de ce que l'on mange (**effet direct** des aliments sur le cholestérol sanguin), les graisses saturées et le cholestérol alimentaire peuvent accroître la quantité que notre organisme fabrique (**effet indirect** au niveau de la synthèse endogène).

En outre, le médecin peut réexpliquer les étapes du traitement hypocholestérolémiant (voir algorithme). Le traitement diététique seul devrait continuer pendant 6 mois pour la plupart des patients (voir note g). Si, après cette période, les taux de cholestérol total et des LDL demeurent élevés, un traitement médicamenteux peut être instauré, mais le patient doit poursuivre son régime. Si le patient est atteint d'hypercholestérolémie familiale, le traitement médicamenteux peut être amorcé sur-le-champ, en même temps que la diète.

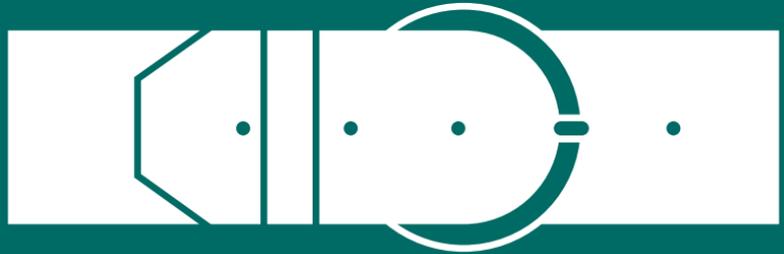
Révisé par J. George Fodor, MD, Ph.D., FRCPC, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, et Jean Davignon, OC, MD, FRCPC, FACP, FRSC et Robert Dufour, MD, MSc, tous deux de l'Institut de recherches cliniques de Montréal.

Le rapport du LDL/HDL ou, de façon plus pratique bien qu'un peu moins significatif, le rapport cholestérol total/HDL, constitue le meilleur prédicteur d'événements coronariens futurs.

Il est très bénéfique d'adjoindre une diététiste-nutritionniste au traitement des patients hyperlipidémiques, particulièrement lorsqu'un traitement diététique plus intense est indiqué.

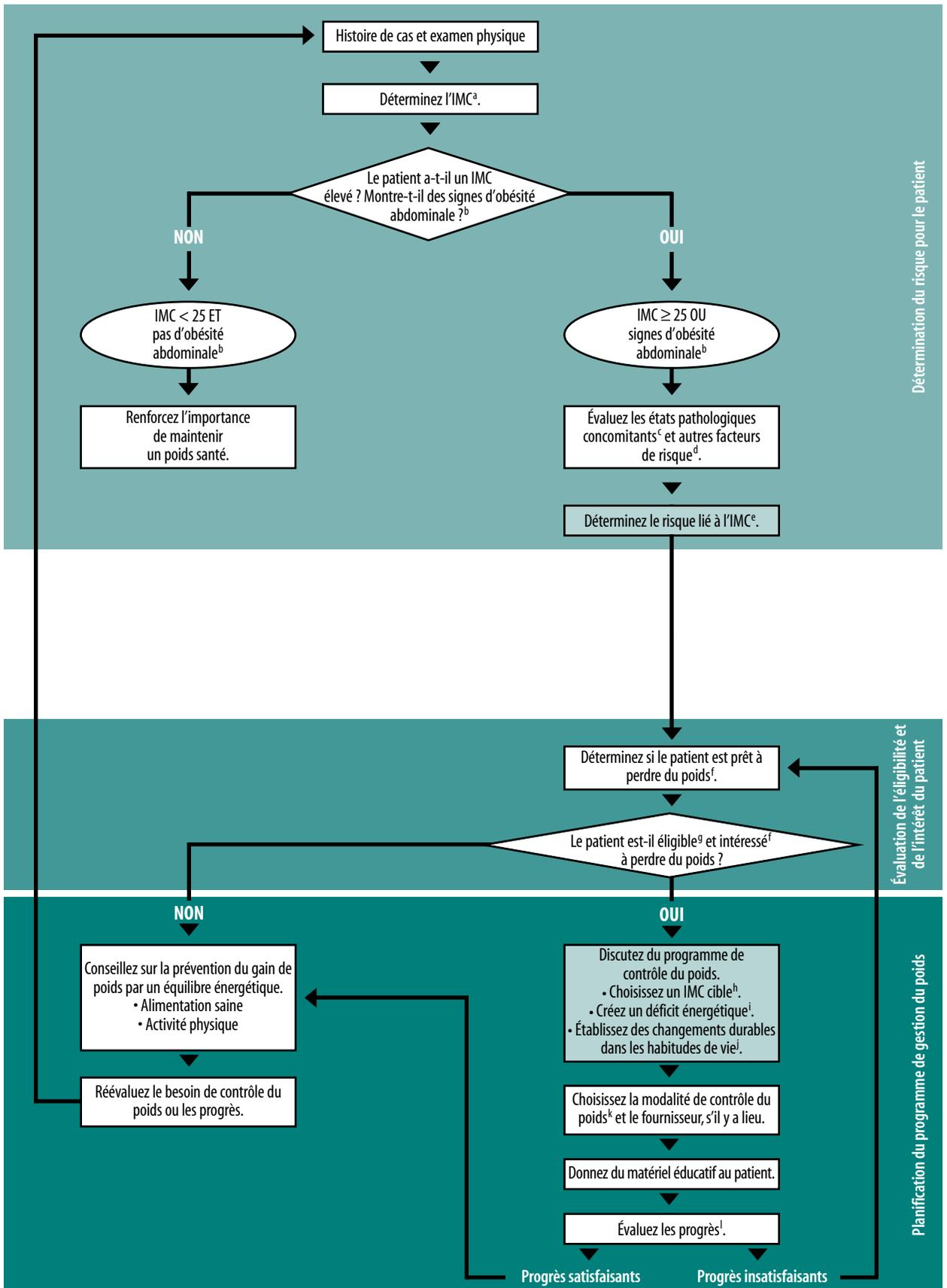
LISTE ABRÉGÉE DES RÉFÉRENCES

1. Frohlich, J. et al. Rationale for and Outline of the Recommendations of the Working Group on Hypercholesterolemia and Other Dyslipidemias (Interim Report). *Can J Cardiol* 1998; 14 (suppl.A): 17A-21A.
2. Grundy, S.M. et al. When to Start Cholesterol-Lowering Therapy in Patients with Coronary Heart Disease. *Circulation* 1997; 95: 1683-1685.
3. Van Horn, L. Fiber, Lipids and Coronary Heart Disease: A Statement for Health Care Professionals from the Nutrition Committee, American Heart Association. *Circulation* 1997; 95: 2701-2704.
4. Stone, N.J. et al. Summary of the Scientific Conference on the Efficacy of Hypocholesterolemia Dietary Interventions. *Circulation* 1996; 94: 3388-3391.
5. Health Canada. *Canada's Food Guide to Healthy Eating*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada 1992.



Approche clinique suggérée pour la détection
et la prise en charge de l'obésité ou de l'embonpoint

Approche clinique suggérée pour la détection et la prise en charge de l'obésité ou de l'embonpoint



Le médecin désireux de prendre connaissance de l'analyse de cohérence entre les lignes directrices ayant servi à l'élaboration de l'algorithme et celles récemment publiées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs est convié à consulter la note m.

Notes d'accompagnement : obésité/embonpoint

a) L'IMC est une mesure indirecte du tissu adipeux d'après la taille et le poids.

Il est un indicateur du risque relatif de maladie que court le patient. L'IMC peut être déterminé à l'aide de la table de calcul de l'IMC. Celle-ci ne doit pas être utilisée dans les cas suivants : les athlètes de compétition et les culturistes, les femmes enceintes ou qui allaitent, les individus de moins de 18 ans ou de plus de 65 ans.

L'embonpoint correspond à un IMC de 25 à 29,9 et l'obésité à un IMC ≥ 30 . Une obésité extrême est présente lorsque l'IMC est ≥ 40 .

L'IMC doit être utilisé pour évaluer l'importance de l'excès pondéral et pour suivre les fluctuations du poids corporel dans le temps.

b) Bon nombre de risques pour la santé sont plus susceptibles de se manifester lorsque le tissu adipeux est concentré dans la région abdominale plutôt que dans la région fessière. Une évaluation visuelle de l'obésité abdominale suffit, en général.

Il y a deux autres méthodes d'évaluation de la distribution de la graisse :

- le rapport tour de taille/tour de hanche (élevé si $> 1,0$ ♂, $> 0,8$ ♀)
- la circonférence de la taille (élevée si ≥ 102 cm [≥ 40 po] ♂, ≥ 88 cm [≥ 35 po] ♀).

La mesure de la circonférence de la taille se fait généralement de la façon suivante : localiser le bord de la dernière côte et le marquer à l'aide d'un crayon-feutre; palper la crête iliaque dans la ligne maxillaire et la marquer; appliquer le ruban non étirable, à l'horizontale, à mi-chemin entre les deux marques et le fixer fermement afin qu'il reste en place autour de l'abdomen, à peu près au niveau de l'ombilic.

Il n'est pas nécessaire de mesurer la circonférence de la taille des patients dont l'IMC ≥ 35 , car le risque pour la santé, calculé uniquement selon ce critère, est déjà extrêmement élevé.

c) La présence des états pathologiques concomitants suivants doit être éliminée : hypertension, MCV, dyslipidémies, diabète de type 2, apnée du sommeil/syndrome d'hypoventilation lié à l'obésité, arthrose, infertilité ou autres états tels la stase veineuse des membres inférieurs, le reflux gastro-œsophagien, l'incontinence urinaire à l'effort et l'hypertension intracrânienne idiopathique. Ces états pathologiques évoluent (s'aggravent/s'améliorent) en fonction du degré d'obésité (croissant/décroissant). La présence d'au moins un de ces états pathologiques augmente le risque pour la santé lié à l'IMC seul.

d) D'autres facteurs doivent être considérés dans l'évaluation du risque pour la santé : prise de poids progressive depuis l'adolescence, antécédents personnels ou familiaux d'obésité, boulimie, épisodes d'alimentation excessive, dépression/anxiété/stress, autres problèmes médicaux pertinents (p. ex. cancer du sein, du côlon ou de l'endomètre, ménopause, morbidité en général), qualité de vie, tabagisme et sédentarité.

e) Risque pour la santé lié à l'IMC :

Catégorie d'IMC	Risque pour la santé basé sur l'IMC	Risque ajusté selon la présence d'états pathologiques concomitants ou d'autres facteurs de risque
-----------------	-------------------------------------	---

<25	Minimal	Faible
25-<27	Faible	Moyen
27-<30	Moyen	Élevé
30-<35	Élevé	Très élevé
35-<40	Très élevé	Extrêmement élevé
≥ 40	Extrêmement élevé	Extrêmement élevé

f) **Un patient prêt à perdre du poids** est celui qui est intéressé par cette perspective, qui comprend que la gestion du poids représente un engagement à vie et qui veut faire ce qui est approprié et nécessaire pour obtenir des résultats. Le patient a le droit de refuser tout traitement. Toutefois, le médecin se doit de lui communiquer l'ampleur du risque associé au surpoids qu'il présente.

Si le patient n'est pas prêt, alors le traitement de réduction du poids corporel n'est pas approprié bien qu'un tel traitement soit indiqué sur la base du risque que présente le patient.

Les questions suivantes aideront le médecin à déterminer si le patient est prêt ou non :

- Le patient exprime-t-il de l'intérêt vis-à-vis de la perte de poids ?
- Si le patient a déjà essayé à plusieurs reprises de maigrir, quelle est sa motivation actuelle à la perspective de perdre du poids comparativement à ses tentatives antérieures ?
- Le moment est-il approprié pour perdre du poids (i.e. y a-t-il présence d'autres éléments significatifs dans la vie du patient pouvant interférer avec les efforts requis pour maigrir) ?
- Le patient a-t-il gagné récemment 10 livres ou plus, même si son risque est minimal ?
- Le degré d'obésité du patient interfère-t-il avec sa qualité de vie (ex. : mobilité restreinte, apparence plus mince requise pour garder son emploi) ?

g) **La grossesse, l'allaitement et une condition mentale ou physique instable sont des motifs d'exclusion temporaire d'un programme d'amaigrissement.**

Certaines maladies telles que les calculs biliaires et l'ostéoporose peuvent entraîner une exclusion parce qu'elles peuvent être aggravées par une perte de poids. L'anorexie mentale ou une maladie en phase terminale constituent des **exclusions permanentes**.

h) **Le but initial du traitement consiste habituellement à perdre environ 10 % du poids initial.** Si ce but est atteint, on peut alors tenter de perdre davantage de poids, si indiqué, après évaluation. Pour plusieurs patients, on peut raisonnablement obtenir une telle perte de poids après 6 mois de traitement.

Pour certains patients - surtout ceux qui ont un $IMC \geq 30$ et qui peuvent avoir depuis longtemps un problème de surpoids, il n'est peut-être ni réaliste ni pratique de viser un IMC inférieur de plus de 1-2 unités à l' IMC actuel. Une perte d'aussi peu que 5 % du poids corporel peut être significative sur le plan médical. La grande majorité des patients qui ont un $IMC \geq 30$ ne perdent pas plus de 10 à 12 % de leur poids corporel initial.

i) **L'amaigrissement n'est possible qu'en créant un déficit énergétique à partir d'une restriction de l'apport calorique ou de l'augmentation de la dépense d'énergie ou, idéalement, des deux.** Pour restreindre l'apport calorique, il suffit parfois simplement de faire des choix alimentaires plus sains (p. ex. choisir des aliments moins gras, consommer plus de fruits et de légumes, utiliser moins de gras dans la préparation des aliments) sans nécessairement adopter un régime formel de restriction calorique.

Il est bon de fixer un objectif modeste en matière de déficit énergétique (500 kcal) pour aider le patient à tenir le cap longtemps (i.e. régime à déficit modéré : 1 200-1 500 kcal/jour pour ♀ et 1 400-2 000 kcal/jour pour ♂).

Dans certains cas, un régime plus draconien est requis (i.e. régime pauvre en calories : 800-1 200 kcal/jour ou régime très pauvre en calories : < 800 kcal/jour [prescrit dans les cliniques spécialisées]).

L'activité physique est le principal moyen d'accroître la dépense énergétique. Les patients ayant une obésité extrême peuvent avoir du mal à s'adonner à des activités physiques traditionnelles, mais ils peuvent se tourner vers des activités adaptées comme la danse en position assise, les exercices au sol, l'aquaforme et la natation. Pour la plupart des patients obèses, l'activité physique doit être initiée lentement et, par la suite, l'intensité doit être accrue progressivement.

m) **Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs** publiait récemment ses recommandations quant au dépistage, à la prévention et au traitement et de l'obésité.

Dans ses conclusions, le Groupe énonce que les preuves sont insuffisantes pour recommander l'inclusion ou l'exclusion de l'IMC comme mesure intégrante de l'examen médical périodique pour la population en général.

Le Groupe d'étude recommande toutefois le calcul de l'IMC pour les patients présentant un état pathologique concomitant lié à l'obésité.

Aucune recommandation n'est formulée quant à l'évaluation de la distribution du tissu adipeux.

Finalement, le Groupe d'étude ne recommande la perte de poids que pour les patients obèses présentant un état pathologique concomitant lié à l'obésité tel le diabète ou l'hypertension artérielle.

Les recommandations du Groupe d'étude ont récemment été comparées* à celles des autres rapports officiels fondés sur les preuves qui ont été utilisés pour développer le présent algorithme. Elles ont été jugées cohérentes sauf pour quelques exceptions comme en ce qui concerne la détermination de l'IMC chez les adultes et l'inclusion de l'évaluation de l'obésité abdominale.

L'auteur de cette analyse de cohérence suggère que la détermination de l'IMC chez les adultes constitue une recommandation sensée considérant 1) qu'il est notoire que les professionnels de la santé éprouvent de la difficulté à évaluer la présence d'obésité ou d'embonpoint à l'aide d'une inspection visuelle seule et 2) que l'IMC peut être facilement obtenu en utilisant des normogrammes ou tables (voir les tables de calcul de l'IMC dans ce guide) à partir du poids et de la taille, lesquels sont tous deux recommandés comme constituant de l'examen médical périodique. Il reconnaît le fondement d'ajouter l'évaluation de l'obésité abdominale devant les données convaincantes reliant l'adiposité abdominale aux états pathologiques concomitants.

* Lau DCW. Call for Action: Preventing and Managing the Expansive and Expensive Obesity Epidemic. CMAJ 1999; 160(4) : 503-506.

Prise en charge de l'obésité et de l'embonpoint : difficultés à prévoir et pistes de solution

Échec antérieur

Les patients qui présentent un surpoids ont souvent tenté à maintes reprises de perdre du poids. Le médecin peut explorer avec eux les efforts qu'ils ont faits jusqu'ici. Il s'agit la plupart du temps de régimes à la mode ou de régimes-choc qui modifient de façon draconienne l'apport alimentaire. Le médecin doit expliquer à ses patients que, pour contrôler leur poids en permanence, ils doivent apporter des changements durables à leurs habitudes, notamment manger sainement et faire régulièrement de l'activité physique.

Choix d'un objectif déraisonnable de perte de poids

Bien des gens se fixent un objectif déraisonnable en ce qui concerne le poids à perdre. Il est suggéré de revoir avec vos patients ce qu'ils considèrent comme un objectif raisonnable. Il faut aborder la question de l'IMC cible sous deux angles : 1) cet objectif est-il réaliste ? et 2) cet objectif peut-il être maintenu en permanence ?

Pour répondre à ces questions, le patient doit d'abord se poser celles qui suivent :

- Me suis-je déjà situé dans cette zone d'IMC au cours de ma vie adulte ?
- Si oui, il y a combien d'années ?
- Pourquoi puis-je atteindre cet objectif maintenant ?
- Puis-je conserver cet objectif à long terme ?

Les patients qui ont beaucoup de poids à perdre, peuvent trouver trop difficile de s'y attaquer d'un seul coup. Un objectif initial de 2,0 à 4,5 kilogrammes (environ 5 à 10 livres) est réaliste à court terme et une règle de base veut qu'une perte de 4,5 kilogrammes (10 livres) ait des effets importants sur la TA et la lipémie.

Une deuxième règle de base veut que la perte de poids ait d'autant plus d'effet sur les facteurs de risque MCV qu'elle est importante; il importe donc de fixer un objectif d'amaigrissement qui soit plus élevé à long terme. Il faut expliquer aux patients que pour perdre du poids de façon durable, il faut le perdre lentement. Un objectif de moins d'un kilogramme (2 livres) par semaine est réaliste.

Absence de perte de poids en dépit d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière

Avant d'amorcer un programme de modification du comportement, il faut souligner aux patients que la perte de poids mesurée par la balance n'est pas le seul indicateur d'une amélioration de l'état de santé. D'autres paramètres tels de meilleures habitudes alimentaires, une circonférence de taille réduite, des vêtements dans lesquels on respire plus à l'aise, une endurance supérieure au cours de l'activité, un plus grand bien-être, une hausse du niveau d'énergie, une réduction du stress, une meilleure tolérance du glucose, une baisse de la pression artérielle et du pouls au repos sont tout autant des indicateurs du succès obtenu.

Le médecin peut également expliquer aux patients que la modification des habitudes alimentaires et de l'activité physique peut ne pas se traduire, au début, par une perte de poids rapide sur la balance. Dans bien des cas, l'activité physique régulière peut modifier la composition corporelle, c'est-à-dire diminuer le tissu adipeux et augmenter la masse musculaire (plus lourde que le tissu adipeux), ce qui se solde parfois par une absence de perte de poids objective.

« Atteinte d'un plateau »

Les gens qui tentent de perdre du poids disent souvent qu'ils « atteignent un plateau ». La perte de poids ne se traduit pas de façon constante. La plupart des gens en perdent pendant plusieurs semaines, puis se stabilisent pendant deux ou trois semaines. Alors, ils se sentent parfois frustrés et déçus. Le médecin est invité à leur expliquer qu'il est fréquent d'« atteindre un plateau », à leur rappeler que ce n'est qu'à force de persévérance qu'ils perdront du poids et à mettre l'accent sur d'autres indicateurs de succès. L'importance de l'activité physique doit leur être soulignée. On peut de plus leur conseiller de se peser une ou deux fois par semaine et non chaque jour. Les femmes atteignent souvent un plateau lorsqu'elles sont en période prémenstruelle (rétention aqueuse).

Rechutes et écarts

Le médecin peut expliquer au patient que les rechutes et les écarts font partie intégrante du processus de modification du comportement et qu'ils ne doivent donc pas être perçus comme des échecs. Il faut plutôt y voir des occasions d'apprentissage. Le médecin peut aider ses patients à déceler les causes de ces rechutes et écarts et à trouver des moyens de les prévenir.

Activité physique insuffisante

Le médecin peut rassurer ses patients qu'ils n'ont pas à avoir une activité physique intense pour perdre du poids ou le stabiliser. Même une augmentation d'activité modeste contribue à la perte de poids. Des activités d'intensité modérée, par exemple la marche, favorisent la perte de poids et la réduction des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires.

Il est important de demander au patient de se fixer un objectif réaliste en matière d'activité physique en soulignant que la somme de ses efforts dans ce domaine aura un effet majeur sur le rythme de la perte de poids. Il est bon, au départ, d'accroître la dépense énergétique d'environ 400 à 600 kcal par semaine. Ceci se traduit par une marche d'une demi-heure, environ trois fois par semaine, à un rythme modéré (20 min/mille). Le médecin doit encourager le patient à noter son activité physique dans un relevé d'aliments et d'activités. Comme le renforcement de l'importance de l'activité physique est un élément essentiel du programme de gestion du poids, il est capital d'assurer un suivi à chaque consultation.

Manque de soutien de la part des membres de la famille ou des amis

Perdre du poids est une démarche lente et souvent ardue qui requiert le soutien de la famille, des amis et d'autres personnes (p. ex. des collègues de travail). Le médecin peut conseiller à ses patients de trouver les personnes de leur entourage qui peuvent leur apporter du soutien et inciter les membres de la famille à participer à la démarche. Les proches peuvent non seulement offrir du soutien émotif, mais aussi faire de l'exercice avec le patient ou garder les enfants. Il est important pour toute la famille d'adopter de bonnes habitudes alimentaires et d'avoir une activité physique régulière (le risque que les enfants d'un seul parent obèse deviennent obèses à l'âge adulte s'élève à 40 %). La modification du comportement s'en trouve ainsi facilitée.

Si un patient ne peut bénéficier de l'appui de sa famille ou de ses amis, le médecin peut lui suggérer de s'adresser à des groupes communautaires qui ont une bonne structure de soutien et donnent des conseils sur la modification du comportement. Il faut toutefois rappeler aux patients qu'ils sont les premiers artisans de leur succès. Pour les aider à se donner le renforcement dont ils ont besoin, le médecin peut leur conseiller des entretiens d'auto motivation, la reconnaissance positive des nouveaux comportements développés ou des buts atteints et des récompenses de nature autre qu'alimentaire.

Révisé par Aubie Angel, MD, FRCPC, Département de médecine interne, Université du Manitoba et Lawrence Leiter, MD, FRCPC, Département de médecine et des sciences de la nutrition, Université de Toronto

La recommandation de perdre du poids devrait constituer une pratique médicale courante auprès des patients ayant un embonpoint avant que ceux-ci ne développent une obésité franche, une hypertension ou une dyslipidémie .

LISTE ABRÉGÉE DE RÉFÉRENCES

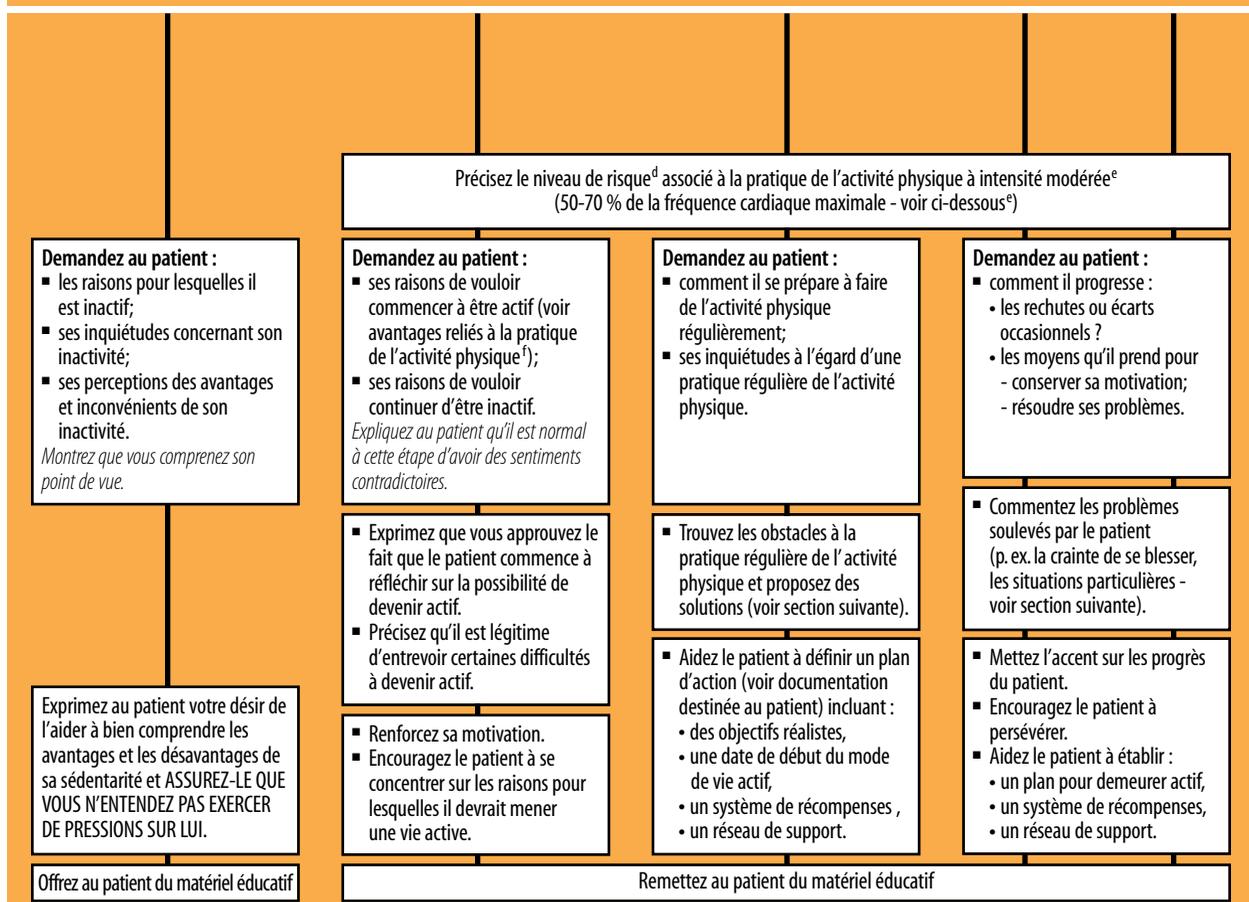
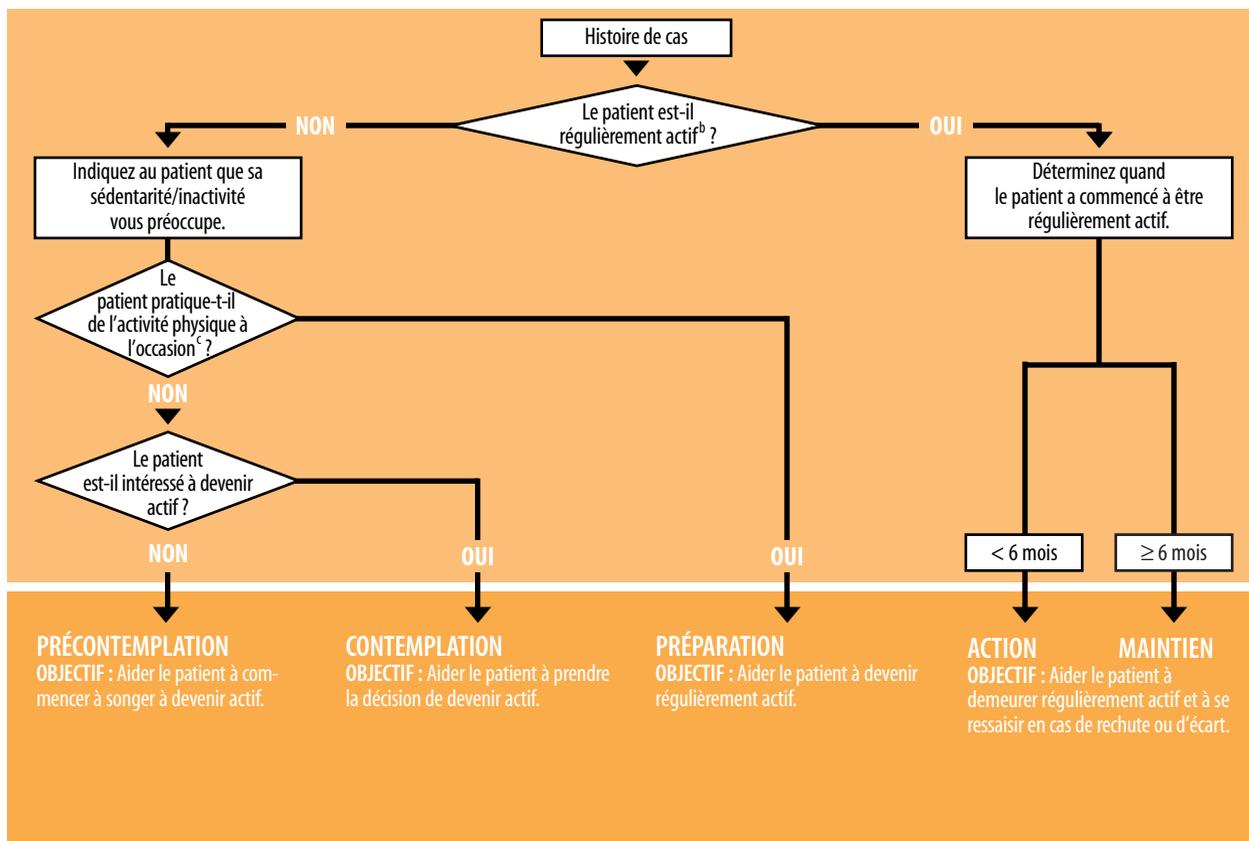
1. Douketis J.D. *et al.* Periodic Health Examination, 1999 Update: 1. Detection, Prevention and Treatment of Obesity. Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 1999; 160 (4) : 513-525.
2. National Heart, Lung and Blood Institute. *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*, June 1998*.
3. World Health Organization. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, 1997.
4. Eckel, R.H. Obesity and Heart Disease. A Statement for Health Professionals from the Nutrition Committee, American Heart Association. *Circulation* 1997; 96 : 3248-3250.
5. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association : Weight Management. *J Am Diet Assoc.* 1997; 97 : 71-74.
6. Shape Up America!, American Obesity Association. *Guidance for Treatment of Adult Obesity*, October 1996.*
7. Jonas, S. Weight management. *Health Promotion and Disease Prevention in Clinical Practice*. Woolf S.H. et al (ed). 1995.
8. Elmer, P.J. Obesity and CVD: Practical approaches for weight loss in clinical practice. *Preventive Cardiology*. AHA (ed). 1994.

*Algorithme adapté de ces références.



Approche clinique suggérée pour la prise en charge
des patients inactifs ou sédentaires

Approche clinique suggérée pour la prise en charge des patients inactifs ou sédentaires^a



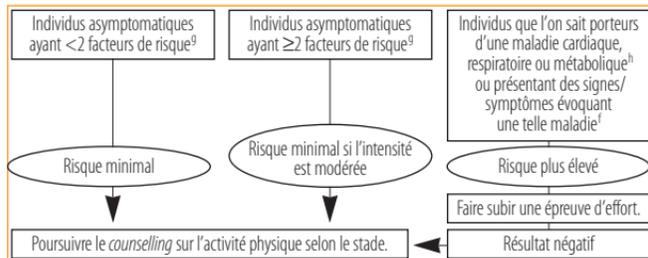
Notes d'accompagnement : inactivité/sédentarité

- a) **Un mode de vie est dit sédentaire** s'il n'intègre pas régulièrement l'activité physique à la routine quotidienne. Selon les recommandations les plus récentes, tout adulte devrait pratiquer 30 minutes ou plus d'activité physique d'intensité modérée à tous ou à presque tous les jours de la semaine.

Cette recommandation met l'accent sur les bienfaits d'une activité physique d'intensité modérée et sur le fait que l'activité physique peut être concentrée en blocs relativement courts de 10 minutes.

Les activités pouvant contribuer au total de 30 minutes incluent les activités de la vie quotidienne (marcher pour se rendre à l'épicerie, monter l'escalier, jardiner...) et des activités structurées comme la natation, le jogging, le tennis, etc. Cette recommandation repose sur le fait que les bienfaits pour la santé se font sentir avant l'amélioration de la condition physique (VO_2 max.).

- b) **L'activité physique régulière** est définie ici comme étant trois périodes ou plus d'au moins 20 minutes d'activité physique par semaine.
- c) **L'activité physique occasionnelle** implique une certaine pratique de l'activité physique, mais pas de façon régulière.
- d) Niveau de risque associé à l'activité physique d'intensité modérée.



- e) **Intensité** : Il n'est pas nécessaire de pratiquer une activité physique vigoureuse pour en tirer des bienfaits sur le plan de la santé. Une activité d'intensité modérée suffit. Elle correspond à 50-70 % de la fréquence cardiaque maximale (FCM), qui peut être calculée à l'aide de cette formule : $FCM = 220 - \text{âge}$. Les fréquences cardiaques cibles sont indiquées ci-après.

FRÉQUENCES CARDIAQUES CIBLES LORS D'UNE ACTIVITÉ D'INTENSITÉ MODÉRÉE					
Âge	Fréquence cardiaque maximale (FCM)	Intensité modérée (battements par minute) (50-70 % de la FCM)	Âge	Fréquence cardiaque maximale (FCM)	Intensité modérée (battements par minute) (50-70 % de la FCM)
30	190	95-133	50	170	85-119
35	185	93-129	55	165	83-115
40	180	90-126	60	160	80-112
45	175	88-122	65	155	78-108

Une activité physique est vigoureuse lorsqu'elle sollicite plus de 70 % de la FCM ou lorsque la personne est incapable de parler ou de siffler normalement pendant l'effort. Le patient doit alors réduire l'intensité de son activité, ce qui modifiera le niveau de risque.

Si pour améliorer sa forme physique, le patient préfère s'adonner à une activité physique vigoureuse, il doit subir une épreuve d'effort s'il s'agit :

- d'individus asymptomatiques présentant ≥ 2 facteurs de risque cardiovasculaire;
- d'hommes >40 ans ayant ≤ 1 facteur de risque cardiovasculaire et de femmes >50 ans présentant ≤ 1 facteur de risque cardiovasculaire.

- f) Les avantages de l'activité physique :** L'activité physique accroît l'espérance de vie et protège la personne contre les maladies chroniques graves comme les MCV, l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, l'ostéoporose, le cancer du côlon et possiblement le cancer du sein. Certaines études suggèrent de plus que l'inactivité physique accroît le risque de dépression clinique.

L'activité physique entraîne d'autres bienfaits, notamment :

- une amélioration du bien-être psychologique;
- une meilleure résistance en cas de maladie ou d'accident;
- une autonomie accrue et une indépendance de plus longue durée;
- une amélioration de la qualité de vie;
- une amélioration de l'image de soi.

g) Parmi les facteurs de risque figurent :

- l'âge : ♂ >45 ans; ♀ >55 ans ou ménopause prématurée en l'absence d'hormonothérapie de remplacement;
- les antécédents familiaux : infarctus du myocarde ou mort subite <55 ans du père ou d'un autre homme apparenté du premier degré OU <65 ans de la mère ou d'une autre parente du premier degré;
- le tabagisme;
- l'hypertension : TA $\geq 140/90$ mmHg, (au moins à deux reprises) ou traitement antihypertenseur;
- la dyslipidémie : Cholestérol sérique total $\geq 5,2$ mmol/L (si profil lipoprotéique non disponible) ou HDL <0,9 mmol/L;
- le diabète : personnes >30 ans atteintes de type 1, ou ayant diabète de type 1 depuis >15 ans et personnes >35 ans atteintes de diabète de type 2;
- la sédentarité/inactivité.

N.B. : Si le HDL $\geq 1,6$ mmol/L, retrancher un facteur de risque.

h) Maladies métaboliques :

- diabète, tel que décrit en g;
- maladie thyroïdienne;
- maladie hépatique ou rénale;
- autres maladies métaboliques moins courantes.

i) Principaux signes et symptômes suggérant la présence d'une maladie cardiopulmonaire ou métabolique* :

- douleur ou inconfort à la poitrine, au cou, à la mâchoire, aux bras ou dans d'autres régions, qui peuvent être d'origine ischémique;
- dyspnée au repos ou lors d'un léger effort;
- fatigue inhabituelle ou dyspnée lors d'une activité ordinaire;
- étourdissements ou syncope;
- orthopnée ou dyspnée nocturne paroxystique;
- œdème malléolaire;
- palpitations ou tachycardie;
- claudication intermittente;
- souffle cardiaque connu.

* Ces symptômes ou signes doivent être interprétés dans le contexte clinique dans lequel ils surviennent puisqu'ils ne sont pas tous spécifiques à la maladie cardiopulmonaire ou métabolique.

Prise en charge de la sédentarité/inactivité : difficultés à prévoir et pistes de solution

Obstacles à un mode de vie physiquement actif

Les personnes qui sont inactives, qui sont irrégulièrement actives ou qui redeviennent sédentaires après quelques tentatives peuvent invoquer de nombreuses raisons pour expliquer leur inactivité. Ces raisons doivent être prises au sérieux et il faut tenter d'y apporter des réponses. **Le manque de temps, le manque d'énergie et le manque de motivation ou d'intérêt** représentent les trois raisons les plus souvent invoquées pour justifier l'inactivité.

Parmi les individus de 25 à 44 ans, le manque de temps peut s'avérer un obstacle particulièrement important.

Pour ceux qui ont des enfants à la maison, la garde des enfants peut aussi poser problème.

Pour les femmes, le manque d'aptitudes, les questions de sécurité et la crainte de se blesser peuvent constituer des obstacles.

Les personnes âgées déclarent aussi se sentir limitées par les problèmes de santé, les blessures ou la crainte de se blesser.

Pour que le patient réussisse à changer son comportement sédentaire, il importe de trouver avec lui des moyens de surmonter ces obstacles.

Manque de temps

Une première étape importante consiste à élargir la perception qu'a le patient de ce qui constitue une activité physique bénéfique pour la santé. On associe souvent l'activité physique à la séance d'entraînement, à la participation à un cours de conditionnement physique ou à l'utilisation d'installations et d'appareils spécialisés, autant de solutions qui supposent un réaménagement de son horaire, l'acquisition de connaissances et d'habiletés spéciales, un investissement de temps et d'argent.

Il est recommandé :

- d'informer votre patient que **n'importe quelle activité d'intensité modérée, pratiquée régulièrement, pendant une période totale de 30 minutes (ou plus) par jour à tous, ou à presque tous les jours de la semaine**, aura des effets bénéfiques sur sa santé. Il s'agit de se rendre au dépanneur à pied, de monter les marches au lieu d'emprunter l'ascenseur, de jardiner, de danser et de jouer activement avec les enfants. Si les cours de danse aérobique, de musculation et de gymnastique peuvent être bénéfiques, ils peuvent ne pas convenir à plusieurs patients.
- d'insister sur le fait que la période de 30 minutes (ou plus) d'activité physique quotidienne ne doit pas nécessairement être condensée en une seule séance; elle peut se répartir en plusieurs séances plus courtes d'environ 10 minutes.
- de suggérer à votre patient de revoir ses priorités, en plaçant l'activité physique en tête de liste.
- de lui recommander d'y aller lentement au début, en commençant par une séance ou deux, de 5 à 10 minutes par semaine; il s'agira ensuite d'augmenter graduellement la fréquence pour atteindre au moins cinq séances par semaine.

Manque d'énergie

Certains patients disent se sentir trop fatigués pour faire de l'activité physique. Une sensation de fatigue chronique peut être associée au stress. Le médecin doit indiquer au patient *qu'une activité physique régulière s'accompagne d'une sensation de plus grande énergie et de moindre fatigue*. Les personnes actives déclarent souvent se sentir mieux et plus en mesure de composer avec les exigences de la vie quotidienne, notamment sur le plan physique. **Il importe de préciser au patient que s'il éprouve des étourdissements, des douleurs thoraciques, de l'essoufflement ou des difficultés respiratoires pendant l'effort, il doit abandonner sur-le-champ l'activité en question et se soumettre à une évaluation plus poussée dans les plus brefs délais.**

Manque d'intérêt ou de motivation

Le manque d'intérêt ou de motivation résulte souvent du fait qu'on associe l'activité physique à une « corvée » (c'est-à-dire, à quelque chose de pénible, de désagréable, d'épuisant, de trop intense, qui ne peut être profitable que si elle s'accompagne de douleur, etc.). Cette perception n'a rien pour inciter le patient à commencer ou à continuer à faire de l'activité physique. Les recherches ont montré que les personnes sont plus susceptibles de pratiquer une activité physique :

- qu'elles trouvent agréable;
- qu'elles estiment être aptes à pratiquer;
- qu'elles jugent abordable;
- qui peut facilement être intégrée dans leur horaire.

Le patient peut être encouragé à essayer différentes activités jusqu'à ce qu'il trouve celles qui lui conviennent le plus, à tous ces égards. Il n'est pas indiqué que le patient poursuive une activité qui ne lui plaît pas, ce qui pourrait avoir pour effet de le démotiver. On peut lui rappeler que les moyens d'être physiquement actif sont nombreux et que la diversité contribue pour beaucoup à maintenir le niveau de motivation et d'intérêt pour l'activité physique.

Manque d'aptitudes

Les femmes et les personnes âgées sont plus nombreuses que les hommes et les jeunes adultes à percevoir le manque d'aptitudes comme un obstacle. En aidant le patient à accroître ses aptitudes physiques et à croire qu'il peut réussir, vous pouvez grandement contribuer à l'adoption et au maintien d'un mode de vie actif.

Le médecin doit être à l'écoute des difficultés soulevées par le patient et lui rappeler que l'activité physique vise à accroître la joie de vivre, à améliorer la santé et la qualité de vie, et non pas à battre des records. Il peut référer le patient à des professionnels de la santé, à des centres ou à des groupes qui sont en mesure de bien l'encadrer dans les activités qu'il aura choisies. Le médecin peut convier le patient à passer en revue diverses formes d'activité physique qui sont agréables, profitables pour la santé et qui ne nécessitent pas d'aptitudes ni de connaissances spécialisées (marcher; jouer au ballon avec les enfants et les petits-enfants...).

Crainte de se blesser

Les patients plus âgés craignent souvent les blessures que pourrait entraîner l'activité physique. Certains autres patients peuvent souffrir d'une maladie chronique ou d'une blessure qui pourrait les limiter dans leurs activités. Il est indiqué de discuter avec le patient de tout risque évident et lui signaler des moyens de réduire les risques éventuels tout en favorisant une participation maximale.

Le médecin peut apprendre au patient à surveiller son rythme cardiaque pendant l'effort ou lui **expliquer l'épreuve de la parole qui consiste à s'assurer que l'on peut poursuivre une conversation tout en faisant de l'exercice**. Au besoin, le médecin peut référer le patient à un professionnel de la santé ou du conditionnement physique qui lui indiquera les moyens de faire de l'activité physique sans compromettre sa sécurité et en améliorant sa santé.

Sécurité personnelle

Les femmes et les personnes âgées sont plus préoccupées que les autres individus par leur sécurité, lorsqu'elles pratiquent une activité physique. Pour surmonter cette inquiétude, il suffit souvent d'en discuter avec elles et de les aider à trouver des moyens d'accroître leur sécurité. Elles peuvent, par exemple, faire de la marche, du vélo ou du jogging en compagnie d'une autre personne, ou encore, avec le chien du voisin.

Manque d'argent

Il n'est pas nécessaire de dépenser une fortune pour se tenir en forme et en santé. Bien des activités ne nécessitent pas beaucoup d'équipement et ne coûtent pas grand-chose, sinon rien. Votre patient peut s'inscrire à des activités peu coûteuses offertes par le service de loisirs de la ville ou un collège, une école ou une université de son quartier. Vous pouvez lui suggérer de communiquer avec le centre communautaire de son voisinage, ou simplement de discuter avec ses voisins et amis des activités à coûts abordables dans le quartier.

Manque de soutien

Le soutien et l'encouragement jouent un rôle important pour quiconque cherche à devenir plus actif, surtout pour les femmes et les personnes âgées. D'où l'importance d'insister sur ce que le patient peut faire, plutôt que sur ce qu'il ne fait pas actuellement.

La famille, les amis, les voisins et les collègues de travail peuvent accompagner le patient dans ses activités physiques. Les groupes de marche, les clubs de jardinage, les groupes de ski de fond du quartier, etc. peuvent aussi être d'un grand soutien pour la personne qui veut devenir et demeurer active.

Encouragez vos patients à consulter le *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine* (1-888-334-9769 ou www.paguide.com).

Manque d'information sur les ressources communautaires

Les services de loisirs de la ville, les journaux communautaires, les centres de sports et de loisirs des collèges et des universités, les clubs privés de santé et de conditionnement physique, les groupes paroissiaux et les fédérations sportives ne sont que quelques-uns des exemples de ressources accessibles. Des ressources additionnelles sont proposées dans le dépliant destiné au patient. Pour avoir d'autres suggestions, vous pouvez proposer au patient de consulter :

- les « Pages jaunes », sous les rubriques « centres de loisirs », « conditionnement physique », « associations sportives », « piscines », etc.
- les « Pages bleues » du bottin téléphonique, dans la section réservée aux services municipaux, pour se renseigner sur les loisirs, le sport de plein air et le conditionnement physique.

Revu par François Croteau, MD, LLMC, Médecine générale et sportive, Hôpital Santa Cabrini, Montréal, et Denis Prud'homme, MD, MSc, Laboratoire des sciences de l'activité physique, Université Laval.

Les personnes de tout âge peuvent améliorer substantiellement leur état de santé et leur qualité de vie en intégrant des quantités modérées d'activité physique dans leur quotidien.

LISTE ABRÉGÉE DE RÉFÉRENCES

1. Fletcher, G.F. How to Implement Physical Activity in Primary and Secondary Prevention: A Statement for Healthcare Professionals from the Task Force on Risk Reduction, American Heart Association. *Circulation*, 1997; 96: 355-357.
2. U.S. Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention. *Physical Activity and Health: A Report from the Surgeon General*, 1996.
3. Fletcher, G.F. et al. Statement on exercise: Benefits and Recommendations for Physical Activity Programs for all Americans. *Circulation*, 1996; 94: 857-862.
4. Pate, R.R. et al. Physical Activity and Public Health: A Recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, 1995; 273: 402-407.
5. American College of Sports Medicine. *Guidelines for Exercise Testing and Prescription*, Fifth Edition, 1995.
6. Ferland, L. Faits saillants du premier avis du comité scientifique Kino-Québec. *Les actualités du coeur*, 1999; 4(1): 13-15.
7. The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*, 1994.
8. The Physician-based Assessment and Counselling for Exercise Project: The Physician Manual. *CDC*, 1992.
9. Croteau, F. Pourquoi recommander l'activité physique?, *L'actualité médicale : le journal du médecin*, 1992; 13(11): 26-28.



GLYCÉMIE

Approche clinique suggérée pour la détection
et la prise en charge du diabète

Notes d'accompagnement : diabète

a) **Le diagnostic du diabète** doit être fondé sur le dosage en laboratoire de la glycémie plasmatique veineuse. Il faut, dans tous les cas, effectuer un test de confirmation un autre jour, sauf en présence d'hyperglycémie sans équivoque accompagnée d'une décompensation métabolique aiguë.

- Symptômes de diabète plus glycémie plasmatique aléatoire de 11,1 mmol/L ou plus

OU

- Glycémie plasmatique à jeun (GP à jeun) de 7,0 mmol/L ou plus

OU

- Glycémie plasmatique de 11,1 mmol/L ou plus deux heures après la charge en glucose (GP à 2 heures) dans l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO)

b) **Les autres facteurs de risque** de diabète sont :

- un parent du 1^{er} degré diabétique;
- l'origine ethnique (autochtone, hispanique, asiatique ou africaine);
- l'obésité;
- un faible taux HDL (< 0,9 mmol/L); ou
- un taux élevé de triglycérides à jeun (> 2,8 mmol/L).

Des tests de dépistage plus fréquents ou plus précoces, voire les deux, sont indiqués.

c) **Les prédicteurs de risque** de diabète sont, en plus des antécédents d'intolérance au glucose (IG) ou de glycémie à jeun marginale (GJM) :

- la présence de complications associées au diabète
- des antécédents de diabète gestationnel ou de naissance d'un enfant de poids supérieur à 4 kg;
- l'hypertension artérielle; ou
- la présence d'une cardiopathie ischémique.

Un dépistage annuel doit être effectué.

d) **Critères diagnostiques (seuils glycémiques)**

Catégorie	À jeun (mmol/L)	GP 2 h après charge de 75 g de glucose (mmol/L)
Glycémie à jeun marginale (GJM)	6,1-6,9	N/A
Intolérance au glucose (IG)	< 7,0	7,8-11,0
Diabète	≥ 7,0	≥ 11,1

e) **Le diabète de type 1** apparaît généralement dans l'enfance ou au début de l'âge adulte (avant 30 ans), mais il peut également se présenter chez des adultes plus âgés. Il est associé à une carence absolue en insuline et se manifeste par une décompensation métabolique (p. ex. : perte de poids involontaire, cétose). Il faut amorcer un traitement à l'insuline et adresser le patient à des services spécialisés.

f) **Éducation du diabétique, *counselling* sur les habitudes de vie et techniques de survie** : le traitement du diabète nécessite la participation quotidienne du patient. Il doit :

- gérer sa maladie;
- adopter de saines habitudes de vie; et
- observer la pharmacothérapie recommandée.

Pour y arriver, le diabétique a absolument besoin de l'appui d'une équipe interdisciplinaire composée de professionnels de la santé et d'autres professionnels qui ont une connaissance de l'approche globale des soins aux diabétiques.

Loin d'être un simple complément au traitement, la formation initiale et continue du diabétique devrait faire partie intégrante de la prise en charge de la maladie.

Tous les patients diabétiques devraient recevoir des conseils personnalisés en matière de nutrition, dans la mesure du possible d'une diététiste-nutritionniste.

Toutefois, il se peut que le médecin doive offrir lui-même une certaine formation initiale "de survie" en attendant que le patient participe à un programme d'éducation ou consulte une diététiste. Il peut notamment être appelé à :

- transmettre de l'information de base sur la nutrition
 - restrictions caloriques au besoin,
 - importance de prendre 3 repas par jour,
 - besoin d'éviter les grignotages, les aliments riches en matières grasses et les boissons gazeuses); et à
- fournir de la documentation pour l'éducation du patient diabétique.

Étant donné que l'activité physique peut améliorer le contrôle de la glycémie et aider à perdre du poids, on peut encourager les patients à pratiquer des activités physiques d'intensité modérée pendant 30 minutes ou plus chaque jour.

Pour les patients souffrant d'une maladie vasculaire oblitérante (ou à risque élevé de maladie infraclinique), d'une polyneuropathie sensitive ou de complications microvasculaires à un stade avancé, il faut recommander l'activité physique mais avec certaines modifications.

Avant d'entreprendre un programme d'exercices physiques vigoureux, les patients de plus de 35 ans devraient subir un ECG d'effort. La cessation tabagique, s'il y a lieu, devrait être également recommandée

Voir les sections précédentes portant sur les autres facteurs de risque, si indiqué.

g) Examens cliniques de contrôle

Soins cliniques réguliers (à chaque consultation)

- Visite de routine aux 2 à 4 mois, axée sur le diabète et ses complications
- *Counseling* sur la nutrition et l'activité physique
- *Counseling* sur l'abandon du tabac
- Poids et tour de taille
- Auto-surveillance de la glycémie
- Tension artérielle :
traiter l'hypertension (140/90 ou plus) pour atteindre 130/85 ou moins
- Examen des pieds
- Évaluation des progrès accomplis dans la réduction des risques
- Ajustement des plans de traitement

Contrôle de la glycémie

- Dosage de l'hémoglobine glyquée aux 2 à 4 mois
- Glycémie à jeun selon les besoins
(test préféré pour la vérification du glucomètre, voir ci-contre)

Investigations annuelles et évaluation des complications et des risques

- Au moins une fois par année, comparer les valeurs obtenues en laboratoire avec celle obtenues avec le glucomètre.
- ECG de repos ou d'effort s'il y a lieu (patients de plus de 35 ans).
- Profil lipidique à jeun annuel (cholestérol total, LDL, HDL et triglycérides).
- Analyse d'urine sur bandelette réactive à la recherche d'une protéinurie :
 - si le résultat est négatif, recherche d'une microalbuminurie par le rapport albumine : créatinine sur un échantillon d'urine de jour une fois par année dans le diabète de type 2 et dans un diabète de type 1 postpubertaire évoluant depuis 5 ans;
 - si le résultat est positif, collecte des urines de 24 heures pour la mesure de la clairance de la créatinine endogène et la recherche d'une microalbuminurie aux 6 à 12 mois.
- Recherche d'une neuropathie périphérique : évaluation annuelle du tact fin (monofilament de 10 g) et de la sensibilité vibratoire du gros orteil ainsi que des réflexes achilléens.
- Recherche d'une rétinopathie, adresser le patient à un professionnel chevronné :
 - tous les ans, dans le cas d'un diabète de type 1 postpubertaire évoluant depuis 5 ans;
 - au moment du diagnostic d'un diabète de type 2;
 - contrôle aux 2 à 4 ans pour les patients présentant un début de rétinopathie ou aucune rétinopathie.

h) Valeurs pour le contrôle de la glycémie

	Idéales (normal, non diabétique)	Optimales † (objectif visé)	Sous-optimales †† (intervention peut être requise)	Inadéquates ††† (intervention requis)
Hb glyquée (% de la limite supérieure) ex. dosage de HbA _{1c}	≤ 100 (0,04-0,06)	≤ 115 (< 0,07)	116-140 (0,07-0,084)	> 140 (> 0,084)
Glycémie à jeun ou pré-prandiale (mmol/L)	3,8-6.1	4-7	7,1-10	> 10
Glycémie 1-2 hres après le repas (mmol/L)	4-4,7	5,0-11	11,1-14	> 14

- † Les valeurs optimales sont probablement liées à des complications minimales à long terme, mais elles peuvent être impossibles à atteindre avec les thérapies actuelles par la majorité des patients atteints du diabète de type 1.
- †† Les valeurs sous-optimales peuvent être atteintes par la majorité des diabétiques, mais ne sont peut-être pas suffisantes pour prévenir les complications.
- ††† Les valeurs inadéquates sont liées à une augmentation marquée du risque de complications à long terme et doivent donner lieu à une réévaluation et à un ajustement de la thérapie.

i) Antihyperglycémiant oraux (AHO)

Le choix d'un antihyperglycémiant oral pour un patient donné doit reposer sur les critères suivants :

- Pour une hyperglycémie importante (GP à jeun > 10 mmol/L), administrer d'abord de la metformine ou un sulfonyluréé.
- La metformine est associée à un gain pondéral moins important et entraîne moins d'hypoglycémie que les sulfonylurées.
- L'acarbose peut être ajouté à la diète, à la metformine ou au sulfonyluréé pour améliorer le contrôle glycémique.
- Aux personnes âgées, il faut administrer initialement de plus faibles doses, et le choix de l'agent peut varier.

Lorsqu'une thérapie orale combinée est indiquée, on peut ajouter un ou des agents des autres classes.

Prise en charge du diabète : difficultés à prévoir et pistes de solutions

Problème d'auto-surveillance de la glycémie (ou comment retirer le plus de bénéfices de l'auto-surveillance).

L'auto-surveillance est essentielle pour toutes les personnes souffrant de diabète de type 1, toutes les femmes enceintes souffrant d'un diabète pré-existant ou du diabète gestationnel et toutes les personnes traitées à l'insuline atteintes du diabète de type 2. Elle fait partie intégrante de la prise en charge des personnes atteintes du diabète de type 2 qui prennent des agents oraux et est également utile pour les personnes atteintes du diabète de type 2 qui suivent un traitement diététique seulement. La fréquence de l'auto-surveillance devrait être déterminée avec chaque patient, bien qu'un contrôle de la glycémie à jeun et après les repas soit indiqué pour la majorité des patients. Un contrôle avant chaque repas et à l'heure du coucher ainsi que des contrôles intermittents après les repas devraient permettre aux personnes traitées à l'insuline d'ajuster les doses.

Pour faciliter l'auto-surveillance par le patient, le médecin peut :

- établir un horaire-type d'auto-surveillance et préciser les valeurs de glycémies visées;
- réviser le profil de glycémie avec le patient à chaque visite;
- utiliser le profil de glycémie comme un outil éducatif permettant d'évaluer le contrôle de la glycémie et d'ajuster la diète, la pratique d'activité physique et la médication afin d'atteindre et de maintenir une bonne maîtrise de la glycémie;
- utiliser le profil de glycémie pour reconnaître les tendances à la normoglycémie, l'hypoglycémie ou l'hyperglycémie;
- utiliser l'auto-surveillance dans le but de reconnaître les urgences (hypoglycémie ou hyperglycémie); et
- confirmer, annuellement, la précision des lectures à l'aide d'une comparaison avec laboratoire.

Observance inadéquate du régime thérapeutique (ou comment accroître l'observance du traitement)

Le diabétique joue un rôle clé dans la prise en charge de sa maladie. De nombreux facteurs influent sur la capacité du patient d'atteindre les valeurs cibles, et il importe de les évaluer régulièrement. Parmi ces facteurs, citons le soutien de la famille et des amis, les questions liées au travail, les capacités financières, l'assurance-maladie qu'il détient, les influences ethniques et culturelles, le niveau d'activité physique, d'autres maladies et les interactions médicamenteuses.

Le médecin peut contribuer à accroître l'observance du traitement. Pour ce faire, il peut :

- identifier les besoins du patient et les ressources disponibles pour y répondre;
- déterminer les objectifs prioritaires et les aborder un à la fois, en débutant avec le plus important et en progressant conséquemment;
- aider le patient à développer les connaissances et habiletés requises pour atteindre ces objectifs;
- individualiser le plan d'action du patient en le liant avec les activités quotidiennes et les préférences;
- souligner l'atteinte des objectifs et renforcer les succès (lorsqu'un objectif n'est pas atteint, rechercher les obstacles et tenter d'apporter des solutions);
- soutenir le patient pour qu'il en arrive à l'auto-gestion de sa condition; et
- évaluer régulièrement la condition du patient et lui donner la rétroaction requise pour renforcer les comportements positifs et corriger, s'il y a lieu, les comportements négatifs.

Échec de contrôle du diabète de type 2

Les médecins devraient être à l'affût de bon nombre des causes d'échec et essayer de les corriger :

- non-respect de la diète,
- maladie intercurrente,
- prise d'AHO ou d'insuline non conforme aux instructions ou inadéquate,
- prise de médicaments qui augmentent la glycémie (p. ex. glucocorticoïdes, diurétiques thiazidiques),
- schémas inadéquats de prise d'insuline, s'il y a lieu,
- variation de l'absorption gastro-intestinale des aliments,
- variation de l'absorption de l'insuline sous-cutanée selon le point d'injection, s'il y a lieu,
- résistance à l'insuline,
- activité physique irrégulière,
- facteurs psychosociaux.

Les diabétiques de type 2 sous AHO dont la glycémie ne peut être contrôlée requièrent de l'insuline* (voir algorithme).

Gestion des jours de maladie des diabétiques de type 1

Certains patients atteints de diabète de type 1 pensent qu'ils ont besoin d'insuline pour compenser l'ingestion d'aliments alors, quand ils sont malades, ils négligent de prendre leur insuline. Il peut en résulter une acidocétose diabétique. Il est important qu'ils sachent quoi faire lorsqu'ils sont malades :

- prendre la dose habituelle d'insuline et se fier à la glycémie mesurée toutes les 4 heures pour ajuster la dose;
- éviter la déshydratation si vomissement ou diarrhée. Boire un verre d'eau par heure. Si la glycémie est basse, boire une boisson sucrée s'ils ont de la difficulté à bien s'alimenter.;
- mesurer la glycémie toutes les 4 heures. Une dose additionnelle d'insuline ordinaire peut être nécessaire pour maintenir la glycémie < 14 mmol/L. ;
- vérifier la cétonurie toutes les 4 heures;
- appeler le médecin si l'on retrouve plus que des traces de corps cétoniques dans l'urine/si les vomissements persistent/ si la glycémie est > 14 mmol/L s'il y a une fièvre ou une infection;
- le médecin doit indiquer au patient quels sont les signes et symptômes d'acidocétose diabétique.

Réactions à l'insuline (ou comment reconnaître et traiter l'hypoglycémie)

Les symptômes d'hypoglycémie peuvent être regroupés en deux catégories :

- « Adrénergiques » : sueurs, palpitations (tachycardie), tremblements, faiblesse, pâleur, nausées, céphalées;
- « Cérébraux » : lèvres ou langue engourdies, vision trouble, sautes d'humeur ou changement de comportement, irritabilité, confusion, coma.

Dans certains cas, les symptômes « adrénergiques » lors d'épisodes d'hypoglycémie peuvent disparaître avec le temps, et les patients peuvent n'éprouver que des symptômes cérébraux. L'hypoglycémie nocturne peut provoquer le lendemain matin des symptômes apparentés à une « gueule de bois ».

Il faut apprendre aux patients à détecter et à traiter les réactions hypoglycémiques.

Il est recommandé d'aviser le patient qu'en cas de soupçon d'une hypoglycémie, il doit mesurer sa glycémie et prendre 10 à 15 g de glucides simples (4 à 6 Life-Savers^{MC} ou jujubes, 4 onces de jus de fruits ou de boisson gazeuse ordinaire, ou encore 2 c. à thé de miel, de sucre ou de sirop de maïs).

Nous tenons à remercier Lawrence Leiter, MD, FRCPC, Départements de médecine et des sciences de la nutrition, Université de Toronto, Stewart Harris, MD, MPH, CCMF, Unité de recherche en médecine familiale de Thames Valley, Donna Lillie, RN, BA, CHE, Association canadienne du diabète, Meng H. Tan, MD, FRCPC, Département de médecine, Université Dalhousie, et Robert Marchand, MD, CCMF, MSc, Unité Santé physique, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, qui ont contribué à l'élaboration et à la révision du matériel sur le diabète.

LISTE ABRÉGÉE DE RÉFÉRENCES

1. Meltzer, S. *et al.* 1998 Clinical Practice Guidelines for the Management of Diabetes in Canada. Canadian Diabetes Association. *CMAJ* 1998; 159 Suppl. 8:S1-29.
2. Harris, SB. *et al.* New Guidelines for the Management of Diabetes: a Physician's Guide. *CMAJ* 1998; 159(8):973-978.
3. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1997; 20: 1-15.
4. Canadian Diabetes Association and l'Association de diabète du Québec. *Diabetes Care Without Compromise*. 1994.

