

# 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<sup>me</sup> Millie Bilsky Mirsky, Dr Sylvie Stachenko, Dr Andrés Petrásovits, Dr Louis Gagnon, Dr Gilles Pineault, M. Doug MacQuarrie, M<sup>me</sup> Lilianne Bertrand, M<sup>me</sup> Rosemary Leech, et M<sup>me</sup> Barbara Lewis.

Les membres du Comité consultatif national sont : Dr Jiri Frohlich, Dr Norman Campbell, Dr Ruth Collins-Nakai, Dr Peter Olley, M<sup>me</sup> 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<sup>me</sup> Lilianne Bertrand, et M<sup>me</sup> 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](http://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/EMBOPOINT



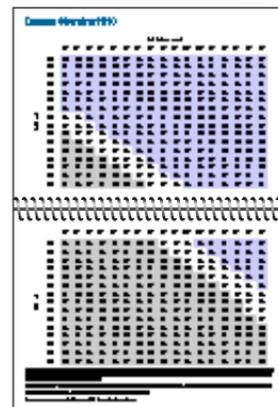
SÉDENTARITÉ



DIABÈTE

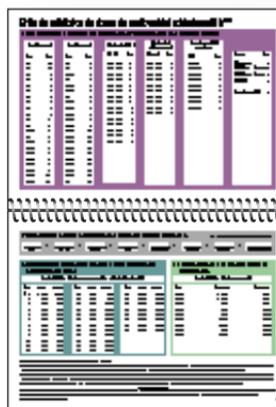
La trousse *Coeur en santé* constitue aussi un outil qui facilite l'organisation des activités de prévention des MCV dans votre pratique médicale. Elle propose donc une approche systématique d'évaluation et de gestion du risque de MCV ainsi qu'un système d'identification des dossiers des patients à risque 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
<b>1. Commencer par changer un comportement; une fois le changement bien ancré, mettre l'accent sur un autre comportement.</b>	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).
<b>2. Concentrer l'attention sur un comportement et, en parallèle, modifier légèrement un autre comportement.</b>	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.
<b>3. Travailler également sur tous les comportements en même temps.</b>	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



## 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\*

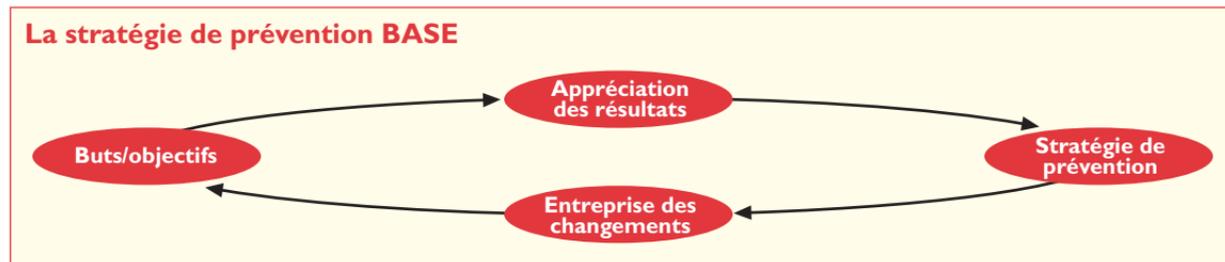
L'organisation de la pratique constitue un élément déterminant pour l'adoption de comportements préventifs par le médecin. Il a été démontré que certains aspects s'y rattachant peuvent faciliter les pratiques préventives. Parmi ceux-ci, on note (1) l'identification systématique des besoins préventifs 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<sup>†</sup>. 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/](http://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	Non = 0	Non = 0	Non = 0	Non = 0	Non = 0
57-59 = 1	106-116 = 1	Oui = 2	Oui = 2	Oui = 3	Oui = 3	Oui = 4	Oui = 6
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	Non = 0	Non = 0	Non = 0	Non = 0	Non = 0
57-59 = 1	105-114 = 1	Si oui, voir ci-dessous	Oui = 3	Oui = 3	Oui = 2	Oui = 6	Oui = 4
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 :

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

## 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 ?

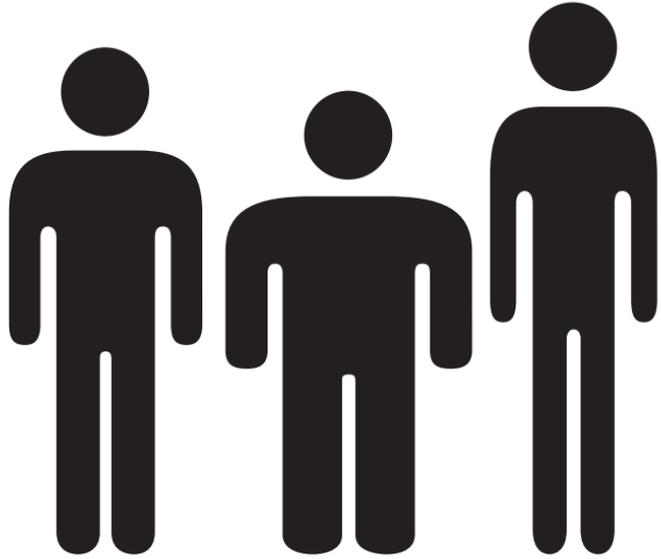
**MCV** - Antécédents d'infarctus du myocarde, d'angine de poitrine, d'insuffisance coronarienne, de claudication intermittente ou d'insuffisance cardiaque ?

**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"
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
110	21	21	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15	15	14	14	13
115	22	22	21	20	20	19	19	18	17	17	17	16	16	15	15	14	14
120	23	23	22	21	21	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15	15
125	24	24	23	22	21	21	20	20	19	18	18	17	17	16	16	16	15
130	25	25	24	23	22	22	21	20	20	19	19	18	18	17	17	16	16
135	26	26	25	24	23	22	22	21	21	20	19	19	18	18	17	17	16
140	27	26	26	25	24	23	23	22	21	21	20	20	19	18	18	17	17
145	28	27	27	26	25	24	23	23	22	21	21	20	20	19	19	18	18
150	29	28	27	27	26	25	24	23	23	22	22	21	20	20	19	19	18
155	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	20	20	19	19
160	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21	20	19
165	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21	20
170	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21
175	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	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) ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Source : *Shape Up America!*, 6707 Democracy Blvd, Suite 306, Bethesda, MD 20817; [www.shapeup.org](http://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) ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Source : *Shape Up America!*, 6707 Democracy Blvd, Suite 306, Bethesda, MD 20817; [www.shapeup.org](http://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.