

AIDE-MÉMOIRE - SUIVI INFIRMIER



Programme de **TRANS**formation des pratiques cliniques **InT**erprofessionnelles pour améliorer la qualité des soins préventifs en première ligne

AIDE-MÉMOIRE

POUR LE SUIVI INFIRMIER



Les patients participant au programme TRANSIT sont à risque modéré ou élevé de maladie cardiovasculaire. Ils souffrent non seulement de diabète, de dyslipidémie ou d'hypertension artérielle, mais également d'autres problèmes chroniques de santé qui peuvent, dans certains cas, constituer des barrières importantes à l'optimisation de la prévention cardiovasculaire.

Le programme TRANSIT vise à améliorer la collaboration interprofessionnelle en première ligne. L'infirmière de GMF y joue un rôle de première importance. Elle assure la liaison avec l'ensemble des intervenants et veille, par le biais d'un suivi clinique approprié, à l'atteinte des objectifs thérapeutiques.

Cet aide-mémoire constitue un outil de référence pour faciliter le suivi infirmier des patients participant au programme TRANSIT. Les recommandations sont basées sur les différentes lignes directrices (hypertension, dyslipidémie et diabète) de même que sur les protocoles interdisciplinaires de suivi et les ordonnances collectives du CSSS de Laval.

Lyne Lalonde, B.Pharm., Ph.D.
Chercheure responsable

Alain Turcotte, M.D.
Clinicien responsable

Laval, août 2011

TABLE DES MATIÈRES

ÉVALUATION DU RISQUE DE MCV SUR 10 ANS	1
Hommes.....	2
Femmes	3
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES	4
Hypertension artérielle	5
Dyslipidémie.....	6
Diabète.....	7
Nomogramme de l'IMC	8
Classification des IMC	9
CIBLES THÉRAPEUTIQUES	10
Hypertension artérielle	11
Dyslipidémie	11
Diabète	11
ANALYSES DE LABORATOIRE.....	12
Hypertension artérielle	13
Dyslipidémie	14
Diabète	15
SAINES HABITUDES DE VIE	16
RÉFÉRENCES	18

ÉVALUATION DU RISQUE DE MCV SUR 10 ANS



ÉVALUATION DU RISQUE DE FRAMINGHAM (réf. 1)

HOMMES							
POINTS	Âge	C-HDL	CT	TAS non traitée	TAS traitée	Fumeur	Diabète
-3							
-2		> 1.6		< 120			
-1		1.3-1.6					
0	30-34	1.2-1.3	< 4.1	120-129	< 120	NON	NON
1		0.9-1.2	4.1-5.2	130-139			
2	35-39	< 0.9	5.2-6.2	140-159	120-129		
3			6.2-7.2	160 +	130-139		OUI
4			> 7.2		140-159	OUI	
5	40-44				160 +		
6							
7	45-49						
8	50-54						
9							
10	55-59						
11	60-64						
12							
13	65-69						
14	70-74						
15	75 +						
Points alloués							
Total des points : _____							

HOMMES				
Catégories de risque	Total des points	Risque sur 10 ans	Total des points	Risque sur 10 ans
Risque faible	- 3 ou moins	< 1	9	7.9
Risque modéré	-2	1.1	10	9.4
Risque élevé	-1	1.4	11	11.2
	0	1.6	12	13.3
	1	1.9	13	15.6
	2	2.3	14	18.4
	3	2.8	15	21.6
	4	3.3	16	25.3
	5	3.9	17	29.4
	6	4.7	18 +	> 30
	7	5.6		
	8	6.7		

Tiré de la référence 1

- o Le risque n'a pas à être calculé et est considéré élevé chez : les patients diabétiques (♂ > 45 ans, ♀ > 50 ans ou patients diabétiques plus jeunes mais présentant un autre facteur de risque de maladies cardiovasculaires) ou les patients avec une histoire confirmée d'athérosclérose ou les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique (TFG < 60 mL/min/1,73m²).
- o Le risque sur 10 ans de MCV doit être multiplié par 2 pour les patients qui ont des antécédents familiaux d'une maladie cardiovasculaire (un parent du premier degré atteint avant l'âge de 60 ans).
- o Utiliser, de préférence, les concentrations plasmatiques de cholestérol mesurées avant l'initiation d'un traitement pharmacologique hypolipémiant.

C-HDL : cholestérol-HDL, CT : cholestérol total, TAS : tension artérielle systolique

ÉVALUATION DU RISQUE DE FRAMINGHAM (réf. 1)

FEMMES							
POINTS	Âge	C-HDL	CT	TAS non traitée	TAS traitée	Fumeur	Diabète
-3				< 120			
-2		> 1.6					
-1		1.3-1.6			< 120		
0	30-34	1.2-1.3	< 4.1	120-129		NON	NON
1		0.9-1.2	4.1-5.2	130-139			
2	35-39	< 0.9		140-149	120-129		
3			5.2-6.2		130-139	OUI	
4	40-44		6.2-7.2	150-159			OUI
5	45-49		> 7.2	> 160	140-149		
6					150-159		
7	50-54				160 +		
8	55-59						
9	60-64						
10	65-69						
11	70-74						
12	75 +						
13							
14							
15							
Points alloués							
Total des points : _____							

FEMMES				
Catégories de risque	Total des points	Risque sur 10 ans	Total des points	Risque sur 10 ans
Risque faible	- 2 ou moins	< 1	10	6.3
Risque modéré	-1	1.0	11	7.3
Risque élevé	0	1.2	12	8.6
	1	1.5	13	10.0
	2	1.7	14	11.7
	3	2.0	15	13.7
	4	2.4	16	15.9
	5	2.8	17	18.5
	6	3.3	18	21.5
	7	3.9	19	24.8
	8	4.5	20	27.5
	9	5.3	21 +	> 30

Tiré de la référence 1

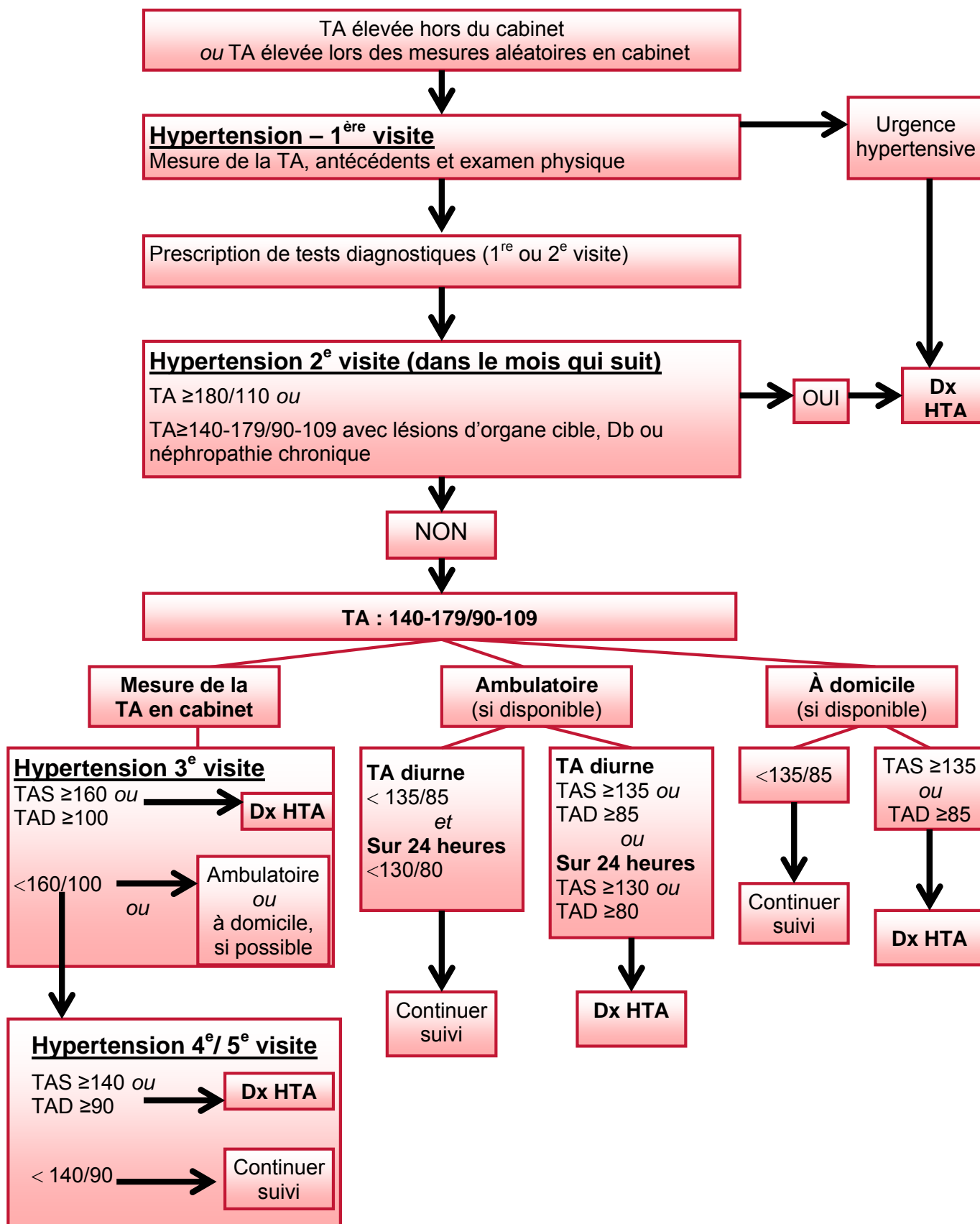
- o Le risque n'a pas à être calculé et est considéré élevé chez : les patients diabétiques (♂ > 45 ans, ♀ > 50 ans ou patients diabétiques plus jeunes mais présentant un autre facteur de risque de maladies cardiovasculaires) ou les patients avec une histoire confirmée d'athérosclérose ou les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique (TFG < 60 mL/min/1,73m²).
- o Le risque sur 10 ans de MCV doit être multiplié par 2 pour les patients qui ont des antécédents familiaux d'une maladie cardiovasculaire (un parent du premier degré atteint avant l'âge de 60 ans).
- o Utiliser, de préférence, les concentrations plasmatiques de cholestérol mesurées avant l'initiation d'un traitement pharmacologique hypolipémiant.

C-HDL : cholestérol-HDL, CT : cholestérol total, TAS : tension artérielle systolique

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES



CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE (réf. 2,3)



Adapté des références 2 et 3

Db : diabète, Dx : diagnostic, HTA : hypertension artérielle, TA : tension artérielle, TAD : pression artérielle diastolique, TAS : pression artérielle systolique

CRITÈRES POUR JUSTIFIER L'AMORCE D'UN TRAITEMENT HYPOLIPÉMIANT (réf. 1)

Risque	Conditions justifiant l'amorce d'un traitement
ÉLEVÉ	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Coronaropathie ✓ MVP ✓ Athérosclérose ✓ La plupart des patients atteints de diabète ✓ SRF > 20 % ✓ SRR > 20 % 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Envisager le traitement chez tous les patients
MODÉRÉ	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ SRF 10 à 19 % 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ C-LDL > 3,5 mmol/L ou apoB > 1.00 g/L ➤ CT/C-HDL > 5,0 ➤ hs-CRP > 2 mg/L <ul style="list-style-type: none"> ▪ ♂ > 50 ans ▪ ♀ > 60 ans ➤ Les antécédents familiaux et le taux de hsCRP influent sur le risque (SRR)
FAIBLE	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ SRF < 10 % 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ C-LDL ≥ 5,0 mmol/L

Tiré de la référence 1

C-HDL : cholestérol HDL, C-LDL : cholestérol LDL, CT : cholestérol total, hs-CRP : protéine C-réactive ultrasensible, MVP : maladie vasculaire périphérique, SRF : score de risque de Framingham, SRR : score de risque de Reynolds

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU DIABÈTE (réf. 4)

DIAGNOSTIC DE DIABÈTE		
Glycémie à jeun	≥ 7,0 mmol/L	À jeun = aucun apport calorique depuis au moins 8 heures
ou		
Glycémie aléatoire	≥ 11,1 mmol/L + symptômes de diabète	Aléatoire = à tout moment de la journée, sans égard au moment du dernier repas Symptômes de diabète classiques = polyurie, polydipsie et perte de poids inexpliquée
ou		
Glycémie 2 heures après l'ingestion de 75 g de glucose	≥ 11,1 mmol/L	

Tiré de la référence 4

GLYCÉMIES SERVANT AU DIAGNOSTIC D'AGJ, D'IG ET DE DIABÈTE			
	Glycémie à jeun (mmol/L)		Glycémie 2 heures après l'ingestion de 75 g de glucose (mmol/L)
AGJ	6,1 à 6,9		S/O
AGJ (isolée)	6,1 à 6,9	et	< 7,8
IG (isolée)	< 6,1	et	7,8 à 11,0
AGJ et IG	6,1 à 6,9	et	7,8 à 11,0
Diabète	≥ 7,0	et	≥ 11,1

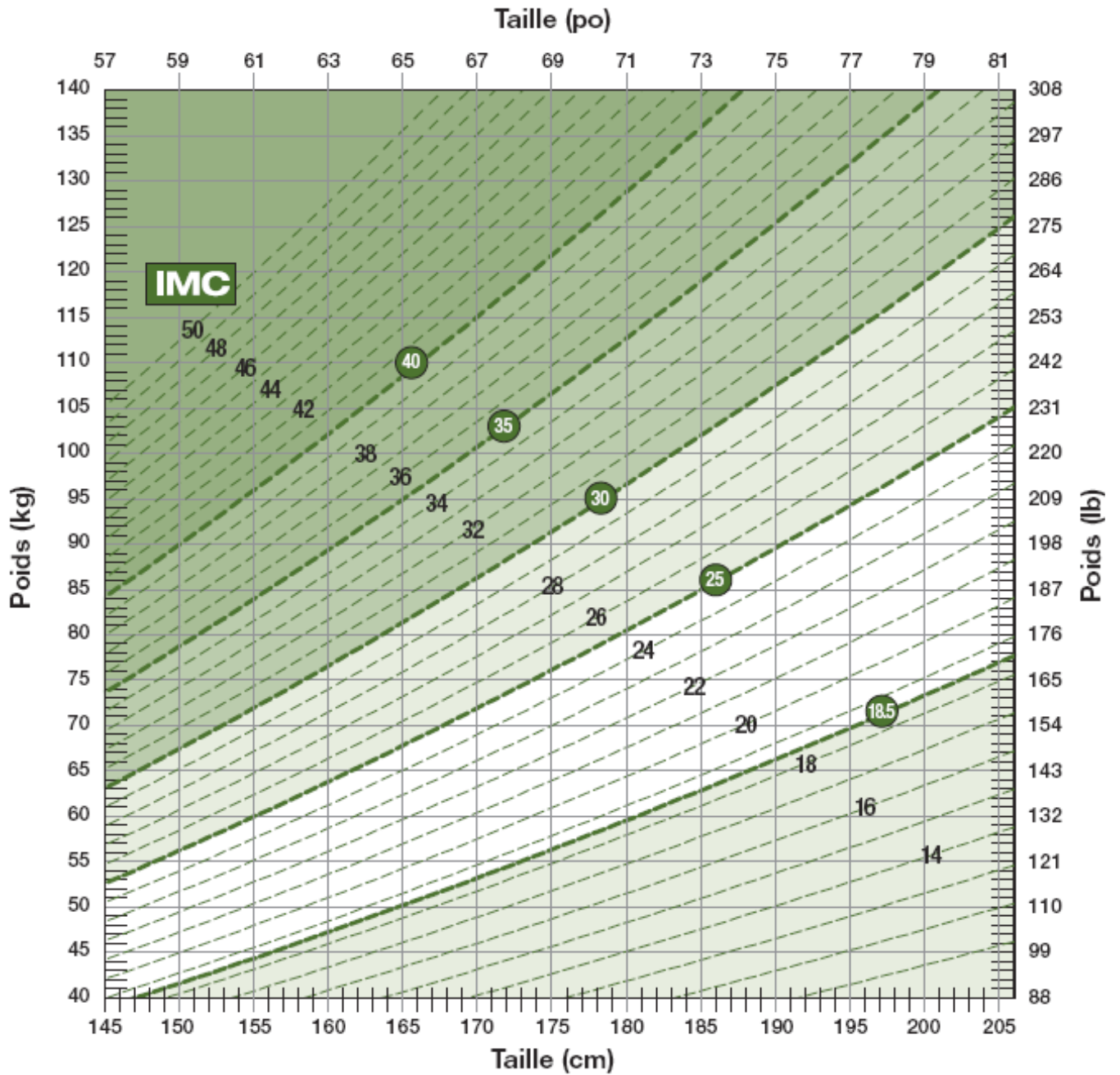
Tiré de la référence 4

AGJ : anomalie de la glycémie à jeun

IG : intolérance au glucose

S/O : sans objet

LE NOMOGRAMME DE L'IMC (réf. 5)



Tiré de la référence 5

CLASSIFICATION DES IMC (réf. 5)

Classification	Catégorie de l'IMC (kg/m ²)	Risque de développer des problèmes de santé
Poids insuffisant	< 18,5	Accru
Poids normal	18,5 – 24,9	Moindre
Excès de poids (embonpoint)	25,0 – 29,9	Accru
Obésité	Classe I	Élevé
	Classe II	Très élevé
	Classe III	Extrêmement élevé

Note : Dans le cas des personnes de 65 ans et plus, l'intervalle «normal» de l'IMC peut s'étendre à partir d'une valeur légèrement supérieure à 18,5 jusqu'à une valeur située dans l'intervalle «excès de poids».

Tiré de la référence 5

IMC : indice de masse corporelle

CLASSIFICATION DE L'OBÉSITÉ ABDOMINALE SELON LE TOUR DE TAILLE

Type	Tour de taille (cm)		Risque de développer des problèmes de santé
	Hommes	Femmes	
Europides*	≥ 94	≥ 80	Accru
Sud asiatique, chinois**	≥ 90	≥ 80	

Tiré de la référence 4

* Aussi pour Africain subsahariens et les population de la Méditerranée orientale et du Moyen-Orient

**Aussi pour les Centre-Américains et les Sud-Américains

CIBLES THÉRAPEUTIQUES



Transit

CIBLES THÉRAPEUTIQUES POUR L'HYPERTENSION (réf. 2)	
Tension artérielle (la plupart des patients hypertendus)	< 140/90 mmHg
Tension artérielle (les patients hypertendus diabétiques ou atteints d'une néphropathie chronique)	< 130/80 mmHg

CIBLES THÉRAPEUTIQUES POUR LA DYSLIPIDÉMIE (réf. 1)	
Pour les patients à risque modéré ou élevé de MCV	
C-LDL	< 2,0 mmol/L ou
	↓ du C-LDL de ≥ 50% par rapport aux valeurs initiales
Apo-B (cible alternative)	< 0,8 g/L

CIBLES THÉRAPEUTIQUES POUR LE DIABÈTE (réf. 4)	
Hémoglobine glyquée (HbA1c)	≤ 7%
Glycémie à jeun ou préprandiale	4,0 à 7,0 mmol/L
Glycémie 2 heures postprandiale	5,0 à 10,0 mmol/L (5,0 à 8,0 si le taux d'HbA1c visé n'est pas atteint)

Apo-B : apolipoprotéine-B, C-LDL : cholestérol LDL, HbA1c : hémoglobine glyquée, MCV : maladie cardiovasculaire

ANALYSES DE LABORATOIRE



Transit

**ANALYSES DE LABORATOIRE SUGGÉRÉES
POUR LA CLIENTÈLE ATTEINTE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE (réf. 3, 6, 7)**

Analyses de laboratoire	Au diagnostic	< de 3 mois avant le début d'un : ▪ IECA ▪ ARA ▪ Diurétique ▪ IDR	10-14 jours après le début d'un : ▪ IECA ▪ ARA ▪ Diurétique ▪ IDR	Après ↑ dose d'un : ▪ IECA ▪ ARA ▪ Diurétique ▪ IDR	Une fois par année
Électrolytes (Na, K, Cl)	✓	✓	✓	✓	✓
Urée, Créatinine	✓	✓	✓	✓	✓
Glycémie veineuse à jeun	✓				✓
Bilan lipidique à jeun (C-HDL, C-LDL, ApoB, TG, Ratio CT/C-HDL)	✓				✓
Analyse d'urine	✓				✓
ECG au repos	✓				
ALT	✓				
TSH	✓				

Tiré de la référence 3, 6 et 7

ALT : alanine aminotransférase, ARA : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine, C-HDL : cholestérol HDL, C-LDL : cholestérol LDL, Cl : chlore, CT : cholestérol total, ECG : électrocardiogramme, IDR : inhibiteur direct de la rénine, IECA : inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, K : potassium, Na : sodium, TG : triglycéride, TSH : thyroid stimulating hormone (hormone stimulant la thyroïde)

**ANALYSES DE LABORATOIRE SUGGÉRÉES
POUR LA CLIENTÈLE ATTEINTE DE DYSLIPIDÉMIE (réf. 1)**

Analyses de laboratoire	Avant d'amorcer un Tx	1 à 4 mois après le début du Tx	Après modification de traitement	Aux 6 à 12 mois
Bilan lipidique à jeun (C-HDL, C-LDL, ApoB, TG, Ratio CT/C-HDL)	✓	✓	✓	✓ *
AST et ALT	✓	✓	✓	✓ ou si Sx
CK	✓	✓	✓	✓ ou si Sx
Créatinine	✓			
TSH	✓			
Glycémie veineuse à jeun	✓			✓**
HbA1c				✓**
Acide urique				✓**

Légende : * À l'exception des diabétiques dont les cibles de LDL ne sont pas atteintes où le suivi est aux 3 mois jusqu'à l'atteinte des cibles.

** Seulement pour les patients non diabétiques sous niacine.

ALT : alanine aminotransférase, AST : aspartate aminotransférase, C-HDL : cholestérol HDL, CK : créatine kinase, C-LDL : cholestérol LDL, CT : cholestérol total, HbA1c : hémoglobine glyquée, Sx : symptôme, TG : triglycérides, TSH : thyroid stimulating hormone, Tx : traitement

ANALYSES DE LABORATOIRE SUGGÉRÉES POUR LA CLIENTÈLE ATTEINTE DE DIABÈTE (réf. 8)

Analyses de laboratoire	Au Dx ou avant le début Tx	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois	Tous les ans	Particularités
HbA1c	✓	✓*	✓***		
Glycémie veineuse à jeun	✓	✓*	✓***		
Bilan lipidique à jeun (C-HDL, C-LDL, ApoB, TG, CT/C-HDL)	✓	✓*		✓***	Répéter q 1 à 3 ans si résultats normaux
ALT	✓	✓*		✓***	
CK	✓	PRN	PRN	✓	PRN : si Sx musculaires ou lors de bilan lipidique, car peuvent ↑ si dose élevée de statines. Aviser le MD si CK élevé et/ou si douleur musculaire
Créatinine et DFG	✓		✓** PRN	✓	PRN : en cas de néphropathie
Électrolytes (Na, K, Cl)	✓		✓** PRN	✓	PRN : en cas de néphropathie
Microalbuminurie	✓	✓ (si 3 résultats normaux, 1 fois/an) Si un résultat positif refaire q mois 2 fois	PRN	✓ (si pas de néphropathie)	PRN : en cas de néphropathie Si 2 résultats positifs/3 en 8 sem. = Dx de néphropathie
Analyse d'urine	✓			✓	Annuel si normal
FSC	✓			✓	Annuel si normal
ECG au repos	✓				Répéter aux 2 ans chez patients avec risque MCV élevé


Tiré de la référence 8

Légende :

- * Jusqu'à l'atteinte des cibles
- ** Durant l'ajustement de la thérapie médicamenteuse
- *** Lorsque les cibles sont atteintes

ALT : alanine aminotransférase, C-HDL : cholestérol HDL, CK : créatine kinase, C-LDL : cholestérol LDL, Cl : chlore, CT : cholestérol total, DFG : débit de filtration glomérulaire, Dx : diagnostic, ECG : électrocardiogramme, FSC : formule sanguine complète, HbA1c : hémoglobine glyquée, K : potassium, Na : sodium, PNR : au besoin, q : à chaque, Sx : symptômes, TG : triglycéride, Tx : traitement

SAINES HABITUDES DE VIE


Transit

Sujets	Saines habitudes de vie (réf. 9)
Saine alimentation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bien s'hydrater en priorisant l'eau : 1-2 litres par jour ✓ Manger 3 repas par jour et des collations au besoin ✓ Manger à des heures régulières
Fibres	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consommer des aliments riches en fibres : pains à grains entiers, céréales riches en fibres, fruits et légumes (8-10 portions/jour), noix, graines, légumineuses
Produits laitiers	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consommer 2-3 portions/jour de produits laitiers faibles en gras (lait \leq 1% de matières grasses/ fromage \leq 20% de matières grasses)
Sucre	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Limiter la consommation de sucres concentrés : beignes, gâteaux, boissons gazeuses, pâtisseries, sucre, sirop, friandises, etc. ✓ Limiter la consommation de jus
Gras	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Limiter la consommation d'aliments riches en gras saturés, trans et en cholestérol : beignes, craquelins, produits de boulangerie, pâtisseries ✓ Limiter la consommation de viandes grasses et de charcuteries ✓ Consommer du poisson au moins 2 fois par semaine ✓ Privilégier les protéines végétales (ex. : soya, légumineuses, tofu, noix, graines) ✓ Favoriser la consommation de gras insaturés : huile d'olive, de canola ou de noix, margarine non hydrogénée
Sodium	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Limiter la consommation d'aliments riches en sodium : condiments, charcuteries, croustilles, marinades, mets commerciaux, sauces commerciales, soupes et bouillons en poudre, en concentré ou en conserves, vinaigrettes commerciales, etc. ✓ Éviter le sel à table
Activité physique	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Au total, accumulation de 30 à 60 minutes d'exercice dynamique, d'intensité modérée (ex. : marche, bicyclette et natation), 4 à 7 jours par semaine, en plus des activités de la vie quotidienne
Poids santé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Perte de poids de 5-10% du poids actuel si surpoids ou obésité ✓ Atteinte/maintien d'un IMC santé = 18,5 à 24,9 kg/m² (18-65 ans) ✓ Tour de taille <ul style="list-style-type: none"> ○ Caucasiens, Africains sub-sahariens, Moyen-Orient : H < 94 cm et F < 80 cm ○ Asiatiques du sud, Chinois, Japonais : H < 90 cm et F < 80 cm
Consommation d'alcool	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Limiter à 1-2 consommations/jour ou moins ✓ H < 14 consommations/sem. et F < 9 consommations/sem. <ul style="list-style-type: none"> ○ Une consommation d'alcool équivaut à : <ul style="list-style-type: none"> ○ 150 ml (5 oz) de vin à 12% d'alcool; ○ 340 ml (12 oz) de bière à 5% d'alcool; ○ 45 ml (1,5 oz) de spiritueux à 40% d'alcool
Gestion du stress	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bien gérer son stress ✓ Avoir un sommeil de qualité
Abandon du tabac	<ul style="list-style-type: none"> ✓ S'abstenir de fumer ✓ Vivre dans un milieu sans fumée

Adapté de la référence 9

F : femmes, H : hommes, IMC : indice de masse corporelle

RÉFÉRENCES



RÉFÉRENCES

1. Genest J, McPherson R et al. (2009). Lignes directrices 2009 de la Société canadienne de cardiologie pour diagnostiquer et traiter la dyslipidémie et prévenir la maladie cardiovasculaire chez l'adulte. *Canadian Journal of Cardiology*, 25(10), 567-579.
2. Programme éducatif canadien sur l'hypertension. (2010). *Recommandations canadiennes pour le traitement de l'hypertension artérielle*. (Page consultée le 12 juillet 2011, disponible au http://hypertension.ca/chep/fr/wp-content/uploads/2010/08/FullRec2010_BMSbooklet_FR.pdf).
3. CSSS de Laval. (2011). *Protocole interdisciplinaire pour le suivi de clientèle atteinte d'hypertension artérielle en GMF*. Laval.
4. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. (2008). Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 32(1), 1-225.
5. Santé Canada. (2003). Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes - Guide de référence rapide à l'intention des professionnels. (Page consultée le 12 juillet 2011, disponible au http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/cg_quick_ref-ldc_rapide_ref-fra.pdf).
6. CSSS de Laval. (2011). *Ordonnance collective : Initier des examens diagnostiques dans le cadre d'un suivi de clientèle atteinte d'hypertension artérielle*. Laval.
7. Cloutier L, Poirier L (2011). *Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle* (1^{ère} éd.). Montréal : Société québécoise d'hypertension artérielle. (Page consultée le 12 juillet 2011, disponible au http://www.hypertension.qc.ca/gestion/pdf/SQHA_VERSION_FINALE2010.pdf).
8. CSSS de Laval. (2011). *Protocole interdisciplinaire pour le suivi de clientèle diabétique en GMF*. Laval.
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique*, Fascicule 3. Mise à jour 2010. Laval. (Page consultée le 12 juillet 2011, disponible au <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-272-06.pdf>).