


# Lignes directrices diabète et HTA

Manon Plourde inf clin

Programme maladies chroniques

Mai 2015

1. Syndrome métabolique
  2. Pré-diabète et diabète
  3. HTA
- 

# Objectifs

- Identifier les personnes avec syndrome métabolique.
- Réviser les lignes directrices diabète et HTA
- Référer les personnes à risque de maladies cardiovasculaires.

# Syndrome métabolique



# Syndrome métabolique

- Association d'anomalies métaboliques:
  - Hyperglycémie
  - HTA
  - DLP
  - Triglycérides ↑
  - HDL ↓
  - Obésité abdominale

# Syndrome métabolique

- Prédispose :
  - Diabète type 2
  - Maladies cardiovasculaires

# Syndrome métabolique

- Prévention
  - Dépister la clientèle à risque
  - Axer la formation sur les modifications des habitudes de vie
  - Référer au centre d'enseignement à la santé (CES) ou aux nutritionnistes

# Syndrome métabolique

## Traitement de première ligne

- Modifications des habitudes de vie :
  - Saine alimentation
  - 150 minutes par semaine d'exercices aérobiques intensités : moyenne à élevée
  - Gestion du stress
  - Perte pondérale de 5 à 10%

Amène une diminution de l'insulinorésistance



# Syndrome métabolique

## Traitement de 2<sup>ème</sup> ligne

- Traitement pharmaceutique si le changement des habitudes de vie n'est pas suffisant pour rétablir les anomalies métaboliques.

# Syndrome métabolique

- La prévention du Syndrome métabolique permet de réduire l'incidence du diabète et des maladies cardiovasculaires
- Augmente l'espérance de vie



# Lignes directrices pré-diabète, diabète



# Lignes directrices diabète 2013

<http://guidelines.diabetes.ca/ressourcesfrancaises>

#### Guidelines

[Executive Summary](#)  
[Full Guidelines](#)  
[Quick Reference Guide](#)

#### Key Messages

[Screening & Diagnosis](#)  
[Vascular Protection](#)  
[Blood Glucose Lowering](#)  
[Self-Management Education](#)  
[Team & Organizing Care](#)  
[Special Populations](#)

#### For Healthcare Providers

[Healthcare Provider Tools](#)  
[Slides and Videos](#)

#### For Patients

[Patient Resources](#)

#### Other Languages

[Ressources françaises](#)

#### Links

[diabetes.ca](#)  
[diabetes365.ca](#)



## Ressources françaises

Des documents en français sont disponibles pour vous aider dans votre pratique. Consultez souvent notre site; nous y ajouterons d'autres ressources en français à mesure qu'elles seront disponibles.



### Lignes directrices de pratique clinique

- Lignes directrices complètes
- Sommaire executive



### Présentations

- Les présentations en français



### Ressources à l'intention des professionnels

- Guide de références
- Guide de références (version d'impression)
- L'autosurveillance de la glycémie
- Dépistage rapide de la neuropathie diabétique
- Le diabète et les soins des pieds : aide-mémoire du patient
- Ulcères du pied chez le diabétique: éléments essentiels de la prise en charge
- Feuille pour le suivi des soins chez les patients atteints de diabètes
- Recommandations pour la protection vasculaire



### Ressources à l'intention des patients

# Prévalence diabète

- Au Canada
  - 2009 : 2,4 millions de Canadiens
  - 2019 : 3,7 millions de Canadiens

# Dépistage diabète type 2

- Personnes de + 40 ans
- Personnes présentant des facteurs de risque
  - Âge, hérédité, ethnies (autochtones, africaine, asiatique, hispanique ou sud-asiatique), diabète gestationnel, présences de lésions organes cibles, facteurs de risque vasculaires, maladies connexes.

# Diabète et pré-diabète

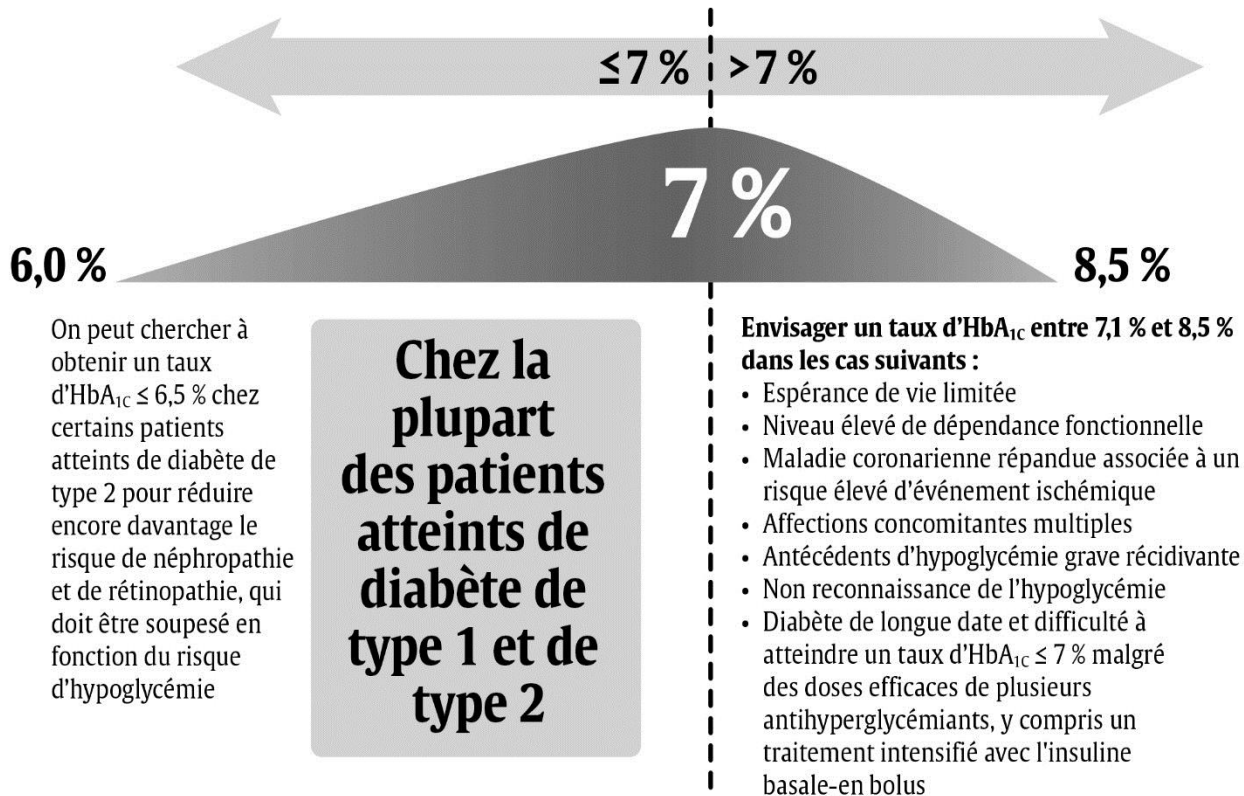
1. **Le diagnostic** du diabète peut être posé à partir des critères suivants :
  - Glycémie à jeun  $\geq 7,0$  mmol/L
  - Glycémie 2 heures après l'ingestion de 75 g de glucose  $\geq 11,1$  mmol/L
  - A1C  $\geq 6,5$  %
  - Glycémie aléatoire  $\geq 11,1$  mmol/L
2. « **Prédiabète** »  $\rightarrow$   $\uparrow$  risque de développer le diabète
  - Anomalie de la glycémie à jeun (6,1-6,9 mmol/L)
  - Intolérance au glucose (glycémie = 7,8-11,0; 2 heures après l'ingestion de 75 g de glucose)
  - A1C 6,0 - 6,4 %



# Cibles des glycémies et HbA1c

- Glycémie à jeun : 4 et 7 mmol/L
- Glycémie 2 hres pc : 5 et 10 mmol/L
- A1c : < ou = 7 % et atteint dans les 3 à 6 mois.
- HTA < 130/80

# Taux cibles d'HbA<sub>1c</sub>



## AU MOMENT DU DIAGNOSTIC DE DIABÈTE DE TYPE 2

Amorcer une intervention axée sur le mode de vie (thérapie nutritionnelle et activité physique) +/- metformine

Taux d'HbA<sub>1C</sub> < 8,5 %

Taux d'HbA<sub>1C</sub> ≥ 8,5 %

Hyperglycémie symptomatique avec décompensation métabolique

Cible glycémique non atteinte (à 2-3 mois)

Amorcer immédiatement le traitement avec la metformine

Amorcer l'insulinothérapie +/- metformine

Amorcer le traitement avec la metformine/augmenter la dose de metformine

Envisager un traitement d'association initial avec un autre antihyperglycémiant

Cibles glycémiques non atteintes

Ajouter le médicament qui convient le mieux selon ce qui suit :

### Caractéristiques du patient

- Degré d'hyperglycémie
- Risque d'hypoglycémie
- Embonpoint ou obèse
- Affections concomitantes (rénales, cardiaques, hépatiques)
- Préférences et accès au traitement
- Autre

### Caractéristiques du médicament

- Efficacité et durabilité de la réduction de la glycémie
- Risque d'hypoglycémie
- Effet sur le poids
- Contre-indications et effets indésirables
- Coût et remboursement
- Autre

Suite de la page précédente...

Ajouter le médicament qui convient le mieux (médicaments énumérés en ordre alphabétique) :

Classe	Réduction relative du taux d'HbA <sub>1c</sub>	Hypo-glycémie	Poids	Autres considérations thérapeutiques	Coûts
Inhibiteur de l'alpha-glucosidase (acarbose)	+	Rare	sans effet ++	Amélioration du contrôle postprandial, effets indésirables GI	\$\$
Incrétines : Inhibiteurs de la DPP-4	++	Rare	sans effet ++		\$\$\$
Antagonistes des récepteurs GLP-1	++ à +++	Rare	++	Effets indésirables GI	\$\$\$\$
Insuline	+++	Oui	++	Pas de dose maximale, schémas posologiques souples	5-\$\$\$\$
Sécrétagogues de l'insuline : Méglinide	++	Oui	+	Moins d'hypoglycémie en cas de repas manqués, mais exige généralement un schéma posologique prévoyant trois ou quatre doses par jour	\$
Sulfonylurée	++	Oui	+	Le gliclazide et le glimépiride causent moins d'hypoglycémie que le glyburide	\$
Thiazolidinédiones	++	Rare	++	ICC, œdème, fractures, rares cas de cancer de la vessie (pioglitazone), controverse relative aux effets cardiovasculaires (rosiglitazone), 6-12 semaines nécessaires avant l'obtention de l'effet maximal	\$
Médicament anti-obésité (orlistat)	+	Aucun	+	Effets indésirables GI	\$\$\$

Cible glycémique non atteinte

- Ajouter un médicament d'une autre classe
- Ajouter/intensifier l'insulinothérapie

Effectuer des ajustements en temps opportun pour obtenir le taux d'HbA<sub>1c</sub> visé en 3 à 6 mois

M  
O  
D  
E  
D  
E  
V  
I  
E

2013

**Ajouter le médicament qui convient le mieux** (médicaments énumérés en ordre alphabétique) :

Classe	Réduction relative du taux d'HbA <sub>1c</sub>	Hypo-glycémie	Poids	Autres considérations thérapeutiques	Coûts
Inhibiteur de l'alpha-glucosidase (acarbose)	↓	Rare	sans effet à ↓	Amélioration du contrôle postprandial, effets indésirables GI	\$\$
Incrétines : Inhibiteurs de la DPP-4	↓↓	Rare	sans effet à ↓		\$\$\$
Antagonistes des récepteurs GLP-1	↓↓ à ↓↓↓	Rare	↓↓	Effets indésirables GI	\$\$\$\$
Insuline	↓↓↓	Oui	↑↑	Pas de dose maximale, schémas posologiques souples	\$-\$\$\$\$
Sécrétagogues de l'insuline : Méglinide	↓↓	Oui	↑	Moins d'hypoglycémie en cas de repas manqués, mais exige généralement un schéma posologique prévoyant trois ou quatre doses par jour	\$\$
Sulfonyfurée	↓↓	Oui	↑	Le gliclazide et le glimépiride causent moins d'hypoglycémie que le glyburide	\$
Thiazolidinédiones	↓↓	Rare	↑↑	ICC, œdème, fractures, rares cas de cancer de la vessie (pioglitazone), controverse relative aux effets cardiovasculaires (rosiglitazone), 6-12 semaines nécessaires avant l'obtention de l'effet maximal	\$\$
Médicament anti-obésité (orlistat)	↓	Aucun	↓	Effets indésirables GI	\$\$\$



Soin	Objectif	Cible visé
<b>Autosurveillance de la glycémie</b>	S'assurer que le patient peut utiliser le glucomètre, interpréter les résultats et modifier son traitement au besoin. Déterminer l'horaire des mesures de la glycémie avec le patient et passer analyser les résultats.	Glycémie préprandiale (mmol/L) = <b>4,0 à 7,0 pour la plupart des patients</b> Glycémie postprandiale (2 heures) (mmol/L) = <b>5,0 à 10,0 pour la plupart des patients 5,0 à 8,0</b> si le taux d'HbA <sub>1c</sub> visé n'est pas atteint
<b>Contrôle de la glycémie</b>	Mesurer le taux d'HbA <sub>1c</sub> <b>tous les trois mois</b> chez la plupart des adultes. En période de stabilité du traitement et du mode de vie, quand les objectifs glycémiques sont systématiquement atteints, envisager de doser l'HbA <sub>1c</sub> au moins tous les six mois chez les adultes	HbA <sub>1c</sub> ≤ <b>7,0% pour la plupart des patients</b> . Personnalisé en fonction de l'espérance de vie, de la dépendance fonctionnelle, de la présence d'une maladie coronarienne répandue associée à un risque élevé d'ischémie, de la présence d'affections concomitantes multiples, d'une hypoglycémie récidivante grave, de la non-perception d'une hypoglycémie et d'un diabète de longue date avec incapacité d'atteindre un taux d'HbA <sub>1c</sub> ≤ 7 % malgré le déploiement de tous les efforts possible (y compris l'intensification de l'insulinothérapie).
<b>Hypoglycémie</b>	Interroger les patients au sujet de l'hypoglycémie à chaque visite. Discuter de la reconnaissance et du traitement de l'hypoglycémie ainsi que du rapport risque/bienfait lié à la prise en charge de l'hypoglycémie et à un traitement pharmacologique.	Éviter l'hypoglycémie, surtout chez les personnes âgées, celles qui n'ont pas été sensibilisées au risque d'hypoglycémie et celles qui répondent aux critères pour l'atteinte de valeurs cibles de la glycémie moins strictes.
<b>Exactitude des résultats du glucomètre</b>	Mesurer la glycémie avec un glucomètre et comparer le résultat à celui obtenu au laboratoire au moins <b>une fois par année</b> et chaque fois que les indicateurs du contrôle de la glycémie ne correspondent pas aux résultats obtenus avec le glucomètre.	Différence d'au plus <b>20 %</b> entre la glycémie à jeun mesurée avec un glucomètre et celle mesurée au laboratoire.
<b>Hypertension</b>	Mesurer la TA au moment du <b>diagnostic de diabète et à chaque consultation liée au diabète.</b>	< <b>130/80</b>
<b>Tour de taille</b>	Le tour de taille est un indicateur de l'adiposité abdominale.	Définition de l'obésité centrale : Tour de taille – <b>Hommes : ≥ 102 cm ; femmes : ≥ 88 cm</b> (Amérique du Nord) Tour de taille – <b>Hommes ≥ 94 cm ; femmes ≥ 80 cm</b> (Europe, Moyen-Orient, Afrique subsaharienne; Méditerranée) Tour de taille – <b>Hommes : ≥ 90 cm ; femmes : ≥ 80 cm</b> (Asie; Japon, Amérique du Sud et Centrale)
<b>Indice de masse corporelle</b>	Calculer l'IMC (masse en kg/taille en m <sup>2</sup> )	Poids santé visé : <b>IMC : 18,5 à 24,9</b>
<b>Nutrition</b>	Présenter la thérapie nutritionnelle (par une diététiste) comme une composante intégrale du traitement et de l'autogestion.	Pour combler les besoins nutritionnels, suivre les recommandations de <b>Bien manger avec le Guide alimentaire canadien.</b>
<b>Activité physique</b>	Encourager le patient à faire des exercices aérobiques et des exercices contre résistance. Évaluer tout patient présentant des risques de complications microvasculaires liées à une MC qui souhaite commencer à faire des exercices plus vigoureux que la marche rapide.	Exercices aérobiques : <b>≥ 150 minutes/semaine</b> Exercices contre résistance : <b>3 séances/semaine</b>
<b>Tabagisme</b>	Encourager l'arrêt du tabac à chaque consultation et donner au patient le soutien voulu.	<b>Arrêt du tabac</b>
<b>Néphropathie chronique</b>	Le diagnostic de la néphropathie chronique exige le dépistage de la <b>protéinurie</b> par la détermination du <b>RAC</b> à partir d'un échantillon d'urine aléatoire (2 de 3 échantillons sur une période de 3 mois) et l' <b>évaluation de la fonction rénale</b> par conversion du taux de créatinine sérique en <b>TFGe</b> . <b>Diabète de type 1</b> : faire le dépistage 5 ans après le diagnostic de diabète, puis une fois par année par la suite en l'absence de néphropathie chronique. <b>Diabète de type 2</b> : faire le dépistage au moment du diagnostic, puis une fois par année en l'absence de néphropathie chronique. En présence de néphropathie chronique, déterminer le RAC et le TFGe au moins tous les 6 mois.	<b>RAC normal (mg/mmol) &lt; 2,0</b> <b>TFGe normal &gt; 60 ml/min</b>
<b>Rétinopathie</b>	<b>Diabète de type 1</b> : faire le dépistage 5 ans après le diagnostic, puis une fois par année. <b>Diabète de type 2</b> : faire le dépistage au moment du diagnostic, puis tous les ans ou tous les 1 à 2 ans en l'absence de rétinopathie. L'intervalle du suivi doit être établi en fonction de la gravité de la rétinopathie. Le dépistage doit être fait par un professionnel des soins des yeux expérimenté.	Dépistage et traitement précoces
<b>Neuropathie/examen des pieds</b>	<b>Diabète de type 1</b> : faire le dépistage 5 ans après le diagnostic, puis une fois par année. <b>Diabète de type 2</b> : faire le dépistage au moment du diagnostic, puis une fois par année. Faire le dépistage de la neuropathie sur le dos du gros orteil avec le monofilament de 10 g de Semmes-Weinstein ou un diapason de 128 Hz. Examen des pieds : rechercher les anomalies structurales, la neuropathie, la maladie vasculaire, les ulcères et les infections.	Dépistage et traitement précoces En présence de neuropathie : éducation sur le soin des pieds, chaussures spéciales, sevrage du tabac. En présence d'un ulcère : intervention d'une équipe multidisciplinaire ayant les connaissances voulues.
<b>Recherche d'une coronaropathie</b>	<b>Évaluation périodique du risque de coronaropathie</b> : antécédents cardiovasculaires, mode de vie, durée du diabète, fonction sexuelle, obésité abdominale, bilan lipidique, TA, réduction des pouls, bruits, maîtrise de la glycémie, rétinopathie, TFGe, RAC. <b>Effectuer un ECG au repos au départ puis tous les 2 ans dans les cas suivants</b> : âge > 40 ans, âge > 30 ans et durée du diabète > 15 ans, lésions aux organes cibles, facteurs de risque CV.	<b>Protection vasculaire</b> : la priorité pour la prévention des complications du diabète est de <b>réduire le risque cardiovasculaire en protégeant l'appareil vasculaire</b> par une démarche comportant plusieurs facettes. <b>Toutes les personnes diabétiques</b> : optimisation de la TA, de la maîtrise de la glycémie et du mode de vie. <b>Statine dans les cas suivants</b> : âge ≥ 40 ans <b>OU</b> maladie macrovasculaire <b>OU</b> maladie microvasculaire <b>OU</b> longue durée du diabète (durée du diabète > 15 ans et âge > 30 ans) <b>IECA ou ARA dans les cas suivants</b> : âge ≥ 55 ans <b>OU</b> maladie macrovasculaire <b>OU</b> maladie microvasculaire
<b>Dyslipidémie</b>	<b>Mesurer les taux de lipides à jeun (CT, C-HDL, TG et C-LDL calculé)</b> au moment du diagnostic de diabète, puis chaque année si un traitement n'est pas instauré. Si un traitement est amorcé, les mesures doivent être plus fréquentes.	Taux de lipides visés chez les personnes nécessitant un traitement : <b>Principal objectif</b> : C-LDL ≤ <b>2,0 mmol/L</b> ou réduction d'au moins <b>50 %</b> <b>Objectif secondaire</b> : apo B ≤ <b>0,8 g/L</b> ou non C-HDL ≤ <b>2,6 mmol/L</b>
<b>Objectifs des soins</b> : Les résultats du traitement du diabète sont meilleurs si le principal pourvoyeur de soins : 1) détermine quels patients sont atteints de diabète dans sa pratique; 2) aide les personnes diabétiques à atteindre les objectifs visés; 3) prévoit des consultations axées sur le diabète; 4) utilise un organigramme des soins diabétiques et confirme systématiquement les rendez-vous.		

# Auto-surveillance de la glycémie (AGS)

- Adapter selon les besoins de la personne le plan de l'auto-surveillance de la glycémie (ASG).
- Consulter les recommandations de l'INESSS :  
[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/MaladiesChroniques/INESSS\\_Affiche\\_ASG\\_06.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/MaladiesChroniques/INESSS_Affiche_ASG_06.pdf)



# RECOMMANDATIONS POUR L'USAGE OPTIMAL DE L'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE CHEZ LES ADULTES ATTEINTS DE DIABÈTE DE TYPE 2 NON TRAITÉS PAR L'INSULINE

Christine Lobè, M. Sc., M.A.P, Ph. D. (c), Alain Prémont, B. Pharm., M.B.A., Hélène Guay, M.A., Ph. D., Éric Tremblay, B. Pharm., M. Sc., Sylvie Bouchard, B. Pharm., D.P.H., M. Sc., M.B.A., Linda Pinsonneault, M.D., FRCPC, M. Sc. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), Montréal, Québec, Canada

## INTRODUCTION

### Contexte

L'autosurveillance glycémique (ASG) est une approche par laquelle une personne atteinte de diabète mesure sa glycémie capillaire à l'aide de bandelettes et d'un glucomètre afin d'ajuster sa médication et ses habitudes de vie ou de vérifier leur effet sur le contrôle du diabète, dans un contexte d'autogestion de la maladie.

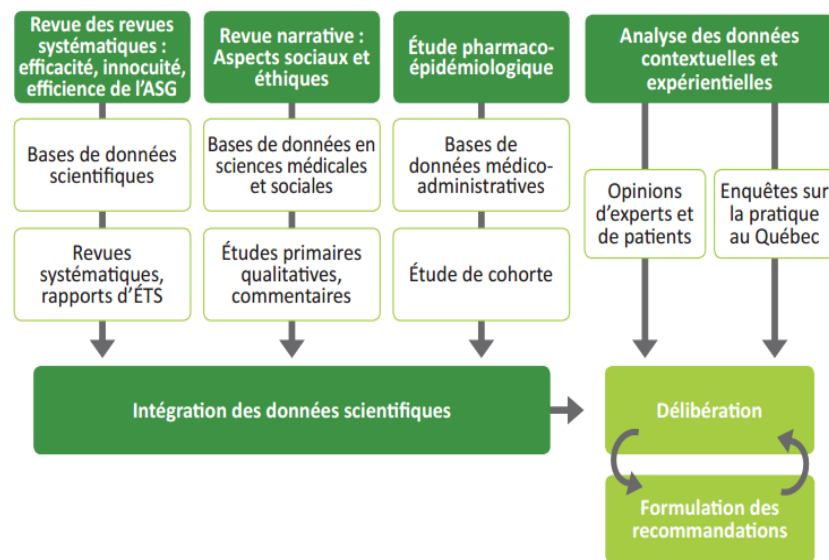
Bien que l'ASG soit largement utilisée et recommandée, ses avantages réels sont un sujet de controverse chez la population des personnes atteintes de diabète de type 2 non traitées par l'insuline. En effet, les données actuellement disponibles ne permettent pas d'établir clairement l'efficacité de l'ASG, ses avantages relativement à la maîtrise glycémique et sa fréquence optimale.

Dans le but d'encadrer l'usage croissant de l'ASG, plusieurs grandes organisations ont formulé des recommandations très divergentes, dont certaines préconisent des mesures administratives visant à limiter le nombre de bandelettes couvertes par les régimes d'assurance publics. À cet effet, l'INESSS a plutôt opté pour la promotion d'un usage optimal de l'ASG auprès des professionnels de la santé et des patients.

### Objectif

Élaborer un guide afin d'orienter et de soutenir la pratique des professionnels de la santé pour un usage optimal de l'ASG chez les adultes atteints de diabète de type 2 non traités par l'insuline.

## DÉMARCHE



## RÉSULTATS

Recommandations	Données expérientielles	Données scientifiques
Usage quotidien non recommandé pour les adultes	Opinions d'experts/patients	Études comparatives (utilisation vs non utilisation de l'ASG)



# RÉSULTATS

Recommandations		Données expérientielles	Données scientifiques
<b>Usage quotidien non recommandé pour les adultes</b>		<b>Opinions d'experts/patients</b>	<b>Études comparatives (utilisation vs non utilisation de l'ASG)</b>
<p>Ayant reçu un diagnostic de diabète depuis plus de 6 mois, rencontrant la cible d'hémoglobine glyquée (A1c) et l'une ou l'autre des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Traités par les habitudes de vie</li> <li>Utilisant des antidiabétiques oraux ne causant pas de l'hypoglycémie</li> </ul>	<p><b>Fréquence quotidienne généralement non requise ou selon les circonstances cliniques</b></p>	<p><b>Adultes rencontrant les cibles d'A1c et traités par habitudes de vie</b>                      Considérant l'équilibre entre les avantages et les effets indésirables, l'usage quotidien de l'ASG n'est généralement pas nécessaire chez ce groupe.</p> <p>Dans certaines circonstances, selon les symptômes ou l'effet des médicaments, une fréquence individualisée pourrait être requise. De plus, parce que l'équilibre glycémique n'est pas un stade définitif, il est nécessaire de réévaluer la fréquence.</p>	<p><b>Ensemble de la population adulte</b>                      Diminution significative du niveau de l'A1c (DM* = -0,21% à -0,31%); mais effets négatifs possibles sur la qualité de vie (dépression, anxiété) quand l'usage est fréquent.</p> <p><b>Considération du niveau initial de l'A1c</b>                      Diminution moins accentuée ou non significative du niveau de l'A1c si le niveau initial &lt; 8%.</p> <p><b>Adultes dont la maladie a été diagnostiquée depuis plus d'un an</b>                      Diminution significative à 6 mois (DM = -0,24% à -0,26%) et non significative à 12 mois de suivi (DM = -0,13%).</p>
<b>Usage quotidien possiblement recommandé pour les adultes</b>		<b>Opinions d'experts/patients</b>	<b>Études comparatives (utilisation vs non utilisation de l'ASG)</b>
<p>Consommant des antidiabétiques oraux pouvant causer de l'hypoglycémie</p>	<p><b>1 mesure supplémentaire à la manifestation des symptômes et aux moments habituels de survenue des épisodes d'hypoglycémie</b></p>	<p>En clinique, on observe plusieurs cas d'épisodes d'hypoglycémie causés par les antidiabétiques oraux de la classe des sulfonyles.</p> <p>L'évaluation de l'atteinte des cibles d'A1c dépend de la condition du patient. Il n'est donc pas souhaitable de faire une catégorisation des personnes n'atteignant pas les cibles selon leur niveau initial d'A1c.</p>	<p><b>Types d'antidiabétiques oraux</b>                      Diminution similaire du niveau de l'A1c avec l'usage des sulfonyles ou des autres types d'antidiabétiques oraux (DM = -0,24%).</p> <p><b>Effet sur l'hypoglycémie</b>                      Probabilité deux fois plus élevée pour la détection des épisodes d'hypoglycémie (RR = 1,99); avec une grande propension pour les épisodes asymptomatiques.</p> <p><b>Considération du niveau initial de l'A1c</b>                      Diminution significative du niveau de l'A1c si un niveau initial ≥ 8% (DM = -0,27% à -0,38%); plus accentuée si &gt;10% (DM = -1,12%).</p>
<p>N'atteignant pas les cibles d'A1c</p>	<p><b>1 fois par jour ou selon les circonstances cliniques</b></p>		
<b>Usage quotidien de l'ASG recommandé pour les adultes</b>		<b>Opinions experts/patients</b>	<b>Études comparatives (utilisation vs non utilisation de l'ASG)</b>
<p>Ayant récemment reçu un diagnostic (moins de 6 mois)</p>	<p><b>1 fois par jour ou selon les circonstances cliniques</b></p>	<p><b>Période de début ou d'ajustement d'un traitement</b>                      Moment critique pendant lequel l'ASG est pertinente pour apprécier les effets d'un traitement, notamment les antidiabétiques oraux pouvant causer de l'hypoglycémie.</p> <p><b>Activités quotidiennes</b>                      Certaines activités telles que la conduite automobile ou un emploi requérant une vigilance soutenue nécessitent une évaluation régulière du taux de glycémie.</p>	<p><b>Adultes dont la maladie a récemment été diagnostiquée</b>                      Diminution significative de l'A1c jusqu'à 12 mois (DM = - 0,52%), plus accentuée par rapport à l'ensemble des adultes (DM = -0,21% à -0,31%).</p> <p><b>Fréquence de l'ASG</b>  <i>Comparaison indirecte</i>: relation dose-réponse possible entre la fréquence quotidienne et la diminution du niveau de l'A1c (données non cohérentes).  <i>Comparaison directe</i>: 1 fois/sem. Comparativement à ASG 4 fois/sem.: diminution du niveau de l'A1c statistiquement non significative et non substantielle entre les groupes (DM = - 0,008%). Aucun</p>
<p>En début ou en période d'ajustement de traitement, notamment lors de l'inclusion des antidiabétiques oraux pouvant causer de l'hypoglycémie</p>	<p><b>1 fois par jour ou selon les circonstances cliniques</b></p>		
<p>Ayant une occupation requérant un contrôle strict des hypoglycémies</p>	<p><b>Aussi souvent que l'occupation le requiert</b></p>		
<b>Circonstances particulières avec une fréquence adaptée</b>		<b>Circonstances particulières</b>	
<p>En période intensive d'enseignement sur le diabète, en présence</p>		<p>Dans certaines circonstances particulières, il est nécessaire de</p>	

# Pré-diabète et diabète

- Favoriser l'autogestion de la maladie pour atteindre les cibles des glycémies et HbA1c.
- Référer au médecin pour référence au programme des maladies chroniques.
- Offrir du soutien dans une démarche de modification des habitudes de vie.

# Lignes directrices HTA



# Lignes directrices HTA

<https://www.hypertension.ca/fr/chep>

<http://www.hypertension.qc.ca>

# Classification de HTA selon OMS

	PAS/mmHg		PAD/mmHg
Optimal	< 120	et/ou	< 80
Normal	< 130	et/ou	< 85
Normal élevée	130-139	et/ou	85-89
Grade 1	140-159	et/ou	90-99
Grade 2	160-179	et/ou	100-109
Grade 3	≥ 180	et/ou	≥ 110
HTA systolique isolée	> 140	et	< 90

# COMMENT MESURER LA PRESSION ARTÉRIELLE

## PRÉPARATION

- Le patient ne doit pas faire d'exercice 30 minutes avant la prise de la pression artérielle
- Le patient ne doit pas boire de café, manger, fumer ou prendre un décongestionnant une heure avant la mesure de la pression artérielle
- Demander au patient de vider sa vessie et ses intestins
- Faire asseoir le patient dans un milieu calme et confortable
- Attendre que le patient ait été assis calmement pendant 5 minutes avant de mesurer la pression artérielle

## APPAREIL

- S'assurer que l'appareil est validé (<http://www.hypertension.qc.ca/appareils>) et qu'il est étalonné selon les recommandations du fabricant
- S'assurer d'avoir des brassards de taille appropriée : petit, moyen ou grand, selon la circonférence du bras

## PENDANT LA PRISE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

- 1 Faire asseoir le patient
- 2 Demander au patient de ne pas parler
- 3 S'assurer que le dos du patient est appuyé
- 4 S'assurer que le patient n'a pas les jambes croisées
- 5 S'assurer que les pieds du patient reposent à plat sur le sol
- 6 S'assurer que le bras du patient est bien soutenu
- 7 Placer le brassard au milieu du bras, au niveau du cœur
- 8 Placer le bas du brassard directement sur la peau, à 3 cm du pli du coude



### MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE À DOMICILE

- Mesurer la pression artérielle deux fois le matin et deux fois le soir pendant 7 jours.
- Ne pas tenir compte des mesures du jour 1.
- Faire la moyenne des valeurs obtenues.

**VALEUR CIBLE :**  
< 135/85 mm Hg

### MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE EN CLINIQUE

- Prendre deux mesures avec le même bras et à la même position.
- Faire la moyenne des mesures.
- Ne pas arrondir les résultats.

**VALEUR CIBLE :**  
< 140/90 mm Hg  
< 130/80 mm Hg pour le diabète

Approuvé par :



Groupe d'étude canadien  
 sur les soins de santé préventifs  
 785, avenue Carling, Sé étage A.L. 6805B,  
 Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Téléphone : 613.960.8841  
 Courriel : [info@canadiantaskforce.ca](mailto:info@canadiantaskforce.ca)  
 Site Web : <http://canadiantaskforce.ca/fr/>

# Principales sources d'erreur lors de prise de PA

Sources d'erreur	PAS/mmHG	PAD/mmHG
Vient de fumer	+6	+5
Vient boire un café	+11	+5
Vessie distendue (envie d'uriner)	+15	+10
Mesure prise en parlant	+7	+8
Brassard trop petit	-8 à +10	-2 à +8
Brassard installé sur des vêtements trop épais	+5 à +50	+5 à +11
Bras de l'utilisateur non soutenu	+1 à +7	+5 à +77

# Effets d'activités de routine sur la PA

Activité	PAS/mmHg	PAD/mmHg
Assister à une réunion	+20	+15
Se déplacer pour aller au travail	+16	+13
S'habiller	+12	+10
Marcher	+12	+6
Parler au téléphone	+10	+7
Manger	+9	+10
Travailler au bureau	+6	+5



# Effets des saines habitudes de vie

<b>Intervention</b>	<b>Pression artérielle systolique (mm Hg)</b>	<b>Pression artérielle diastolique (mm Hg)</b>
Alimentation et maintien du poids	-6,0	-4,8
↓ apport de sel/de sodium	-5,4	-2,8
↓ consommation d'alcool (consommation fréquente et importante)	-3,4	-3,4
Régime DASH	-11,4	-5,5
Activité physique	-3,1	-1,8
Relaxation	-5,5	-3,5

# Messages clés selon PECH

- 1. Il faudrait mesurer la pression artérielle chez tous les adultes, à chaque consultation en cabinet où il convient de le faire. Les mesures électroniques (oscillométriques) sont préférables aux mesures manuelles.
- 2. Il faudrait procéder à la prise de mesures hors cabinet pour confirmer le diagnostic initial d'hypertension artérielle (HTA).

# Messages clés PECH

- 3. La prise en charge optimale de l'HTA exige l'évaluation du risque global de maladie cardiovasculaire ainsi que la communication de ce risque au patient, et ce, à l'aide d'une analogie telle que l'« âge vasculaire ».
- 4. L'automesure de la pression artérielle (à domicile) est un bon moyen de surveillance et de prise en charge personnelles.
- 5. L'adoption de saines habitudes de vie est un moyen efficace de prévenir l'HTA, de traiter l'HTA et de diminuer le risque de maladie cardiovasculaire.

Hypertension Canada

# Messages clés PECH

- 6. L'atteinte des cibles tensionnelles nécessite généralement l'adoption de saines habitudes de vie et la prise de médicaments.
- 7. Il faut insister sur l'observance thérapeutique.
- 8. Il faut traiter l'HTA jusqu'à l'atteinte des valeurs cibles.

Hypertension Canada

# Mesure de PA à domicile

**Il faudrait inciter les patients à mesurer la PA à domicile afin d'accroître leur participation aux soins.**

- Dans quels cas?
  - Hypertension sans complications
  - Observance douteuse
  - Élévation de la PA en cabinet (syndrome de la blouse blanche)
  - Hypertension masquée

# Mesure de PA à domicile

## Avantages possible

- Confirmation rapide du diagnostic d'hypertension artérielle
- Justesse accrue du pronostic de maladie cardiovasculaire
- Régulation accrue de la pression artérielle
- Dépistage du syndrome de la blouse blanche et de l'hypertension masquée
- Diminution de la prise d'antihypertenseurs chez certains patients (ceux atteints du syndrome de la blouse blanche)
- Amélioration de l'observance thérapeutique

# Protocole prise de PA à domicile selon PECH

- Il est recommandé de procéder comme suit :
  - Double mesure de la PA
  - Matin et soir
  - Période initiale de 7 jours
- On ne devrait pas tenir compte des mesures prises le premier jour.
- Il faudrait faire la moyenne des mesures prises les six jours suivants.
- Une PA moyenne, égale ou supérieure à 135/85 mm Hg devrait être considérée comme élevée (chez les patients chez qui la PA cible devrait être inférieure à 140/90 mm Hg).

# Mesure de la PA à domicile

## Enseignement au patient

- Aidez les patients à choisir un modèle dont le brassard est de la bonne taille.
- Mesurez et notez le tour de bras, à mi-hauteur; cela guidera les patients dans leur choix de l'appareil.
- Recommandez les appareils qui figurent sur la liste présentée dans le site <[www.hypertension.ca](http://www.hypertension.ca)>
- Dites aux patients de suivre fidèlement les instructions du fabricant et de noter les valeurs de la PA seulement s'ils ont respecté la technique recommandée.
- Informez les patients que des valeurs moyennes de PA égales ou supérieures à 135/85 mm Hg sont élevées.
- Sachez que, chez les patients diabétiques, il sera probablement nécessaire d'appliquer des critères diagnostiques et de viser des cibles thérapeutiques plus basses (< 130/80 mm Hg).



# Choix du brassard pour un adulte

Circonférence du bras	Largeur du brassard
26 à 33 cm	Standard 12x23
33 à 41 cm	Large 15x33
42 cm et +	Extra-large 18x36

# Mesure de la PA à domicile

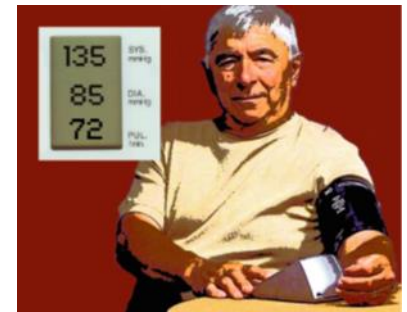
## préparation

### CHOSSES À FAIRE

- Lisez attentivement les instructions du fabricant et suivez-les.
- Asseyez-vous confortablement sur une chaise, le dos appuyé, puis détendez-vous pendant 5 minutes.
- Asseyez-vous tranquillement, ne parlez pas et ne faites pas d'autres activités, par exemple regarder la télévision.

### CHOSSES À NE PAS FAIRE

- Ne mesurez pas la PA lorsque vous vous sentez tendu/tendue, que vous avez froid, que vous ressentez de la douleur ou que vous avez besoin d'aller aux toilettes.
- Ne mesurez pas la PA moins de 1 heure après une activité physique intense.
- Ne mesurez pas la PA moins de 30 minutes après avoir fumé ou pris du café.



# Bibliographie

- Arsenault, P., Cloutier, L. et Longpré, S. « Le syndrome métabolique ». *Perspective infirmière*, vol. 9, n° 3, juin 2012, p. 30-34.
- Lignes directrices diabète consultées en ligne :  
<http://guidelines.diabetes.ca/ressourcesfrancaises>
- Lignes directrices HTA consultées en ligne :  
<http://www.hypertension.qc.ca>  
<https://www.hypertension.ca/fr/chep>

# Bibliographie

- Consultation des recommandations de l'auto-surveillance de la glycémie, en ligne :  
[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/MaladiesChroniques/INESSS\\_Affiche\\_ASG\\_06.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/MaladiesChroniques/INESSS_Affiche_ASG_06.pdf)
- Consultation des méthodes de soins de Aqesss :  
Évaluation de la pression artérielle.