



RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

1^{ER} TABLEAU RÉCAPITULATIF : LE DÉPISTAGE

Population → Cibles ↓	Adultes âgés de < 40 ans présentant des facteurs de risque Hommes âgés de ≥ 40 ans Femmes âgées de ≥ 50 ans ou ménopausées	Adultes très exposés* aux MCV OU présentant une MC ou une VPP OU des AIT/AVC	Adultes présentant une ↓ du TeFG ou une NPC OU atteints de diabète sucré (DS)
Usage du tabac	À chaque visite		
Activité physique	Tous les ans		
IMC et tour de taille	Tous les ans ou selon les indications	Tous les 3 à 6 mois ou selon les indications	
Évaluation du risque de Framingham (ÉRF)**	Tous les 1 à 3 ans	Considérés très exposés; aucune évaluation du risque de Framingham n'est nécessaire	
Bilan lipidique réalisé à jeun (de 9 à 12 h)	Tous les 1 à 3 ans + ÉRF chez tous les adultes présentant des facteurs de risque majeurs, peu importe leur âge	Tous les ans	
Tension artérielle (TA)***	À toutes les visites à la clinique si nécessaire Prise annuelle de la TA dans les règles chez toutes les personnes à la limite de l'hypertension	Prise de la TA dans les règles tous les 3 à 6 mois ou selon les indications	
Glycémie à jeun (GAJ)	Tous les 3 ans. Plus tôt et plus fréquemment chez les personnes présentant d'autres facteurs de risque de DS	Tous les 3 à 6 mois ou selon les indications	
HbA1c	Non indiqué à moins que la GAJ ne soit élevée	Tous les 3 à 6 mois chez les patients atteints de DS; non indiqué chez les autres patients, sauf si la GAJ est élevée	
TeFG/RAC	À réaliser chez les patients atteints d'hypertension, d'anémie inexpliquée ou d'insuffisance cardiaque, chez les patients issus des Premières nations, ainsi que chez les patients ayant des antécédents familiaux d'insuffisance rénale au stade ultime, de maladie auto-immune et d'œdème	Tous les ans ou selon les indications	
Questionnaire d'Édimbourg sur la claudication**** et examen physique	Tous les ans		

* On entend par « très exposés » les patients dont le risque sur 10 ans de décès d'origine coronarienne ou d'IM non mortel s'élève à 20 % ou plus selon l'évaluation du risque de Framingham.

** Évaluation du risque de Framingham (voir l'annexe A)

*** Technique recommandée pour la prise de la tension artérielle en cabinet (voir page 13)

**** Questionnaire d'Édimbourg sur la claudication (voir page 57)

AIT = accidents ischémiques transitoires

AVC = accident vasculaire cérébral

DS = diabète sucré

GAJ = glycémie à jeun

IM = infarctus du myocarde

IMC = indice de masse corporelle

MC = maladie coronarienne

MCV = maladie cardiovasculaire

NPC = néphropathie chronique

RAC = rapport albuminurie/créatininurie

TA = tension artérielle

TeFG = taux estimé de filtration glomérulaire

VPP = vasculopathie périphérique



2^E TABLEAU RÉCAPITULATIF : LES CIBLES RECOMMANDÉES

Population → Cibles ↓	Adultes âgés de < 40 ans présentant des facteurs de risque Hommes âgés de ≥ 40 ans Femmes âgées de ≥ 50 ans ou ménopausées	Adultes très exposés* aux MCV OU présentant une MC ou une VPP OU des AIT/AVC	Adultes présentant une ↓ du TeFG ou une NPC OU atteints de diabète sucré (DS)
Usage du tabac	Non-fumeurs		
Activité physique	Non-fumeurs		
IMC et tour de taille	IMC : de 18,5 à 24,9 kg/m ² Tour de taille : hommes ≤ 102 cm (40 po); femmes : ≤ 88 cm (35 po) (se reporter à la page 10 pour obtenir les valeurs limites en fonction de l'origine ethnique) Dans le cas des patients dyslipidémiques, se reporter aux lignes directrices portant sur la cholestérolémie (page 21)		
Bilan lipidique réalisé à jeun (de 9 à 12 h)	Traiter les patients peu exposés si : Le taux de C-LDL ≥ 5 mmol/L ou si le rapport CT/C-HDL ≥ 6 Cible : ↓ de 40 % du taux de C-LDL Traiter les patients modérément exposés si : Le taux de C-LDL ≥ 3,5 mmol/L ou si le rapport CT/C-HDL ≥ 5 Cible : ↓ de 40 % du taux de C-LDL	C-LDL < 2 mmol/L Rapport CT/C-HDL < 4	
Tension artérielle (TA) (mmHg)	Inférieure à 140/90	Inférieure à 140/90	Inférieure à 130/80
Glycémie à jeun (GAJ) (mmol/L)	Doit être considérée normale si < 6,1	< 6	<i>Patients diabétiques :</i> Pour atteindre la cible fixée pour l'HbA1c, viser une GAJ située entre 4 et 6 Glycémie postprandiale : De 5 à 10 et < 8, si sans danger
	Doit être considérée normale si < 6,1	< 6	<i>Patients diabétiques :</i> < 7 % (< 6 %, si possible sans provoquer une hypoglycémie)
TeFG/RAC		En présence de protéinurie, administrer un IECA et/ou un ARA à la dose maximale qui est tolérée afin d'atteindre un RAC < 40 ou mieux encore. Corriger les facteurs de risque afin d'atteindre un RAC < 40. Si le RAC reste > 60, adresser le patient en néphrologie.	

* On entend par « très exposés » les patients dont le risque sur 10 ans de décès d'origine coronarienne ou d'IM non mortel s'élève à 20 % ou plus selon l'évaluation du risque de Framingham.

AIT = accidents ischémiques transitoires
ARA = antagoniste des récepteurs de l'angiotensine
AVC = accident vasculaire cérébral
C-HDL = cholestérol des lipoprotéines de haute densité
C-LDL = cholestérol des lipoprotéines de faible densité
C-LDL = cholestérol des lipoprotéines de faible densité
DS = diabète sucré
CKD = maladie rénale chronique

GAJ = glycémie à jeun
IECA = inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
IM = infarctus du myocarde
IMC = indice de masse corporelle
MC = maladie coronarienne
VPP = vasculopathie périphérique
MCV = maladie cardiovasculaire
FRA = Évaluation des risques de Framingham

NPC = néphropathie chronique
RAC = rapport albuminurie/créatininurie
TA = tension artérielle
TeFG = taux estimé de filtration glomérulaire