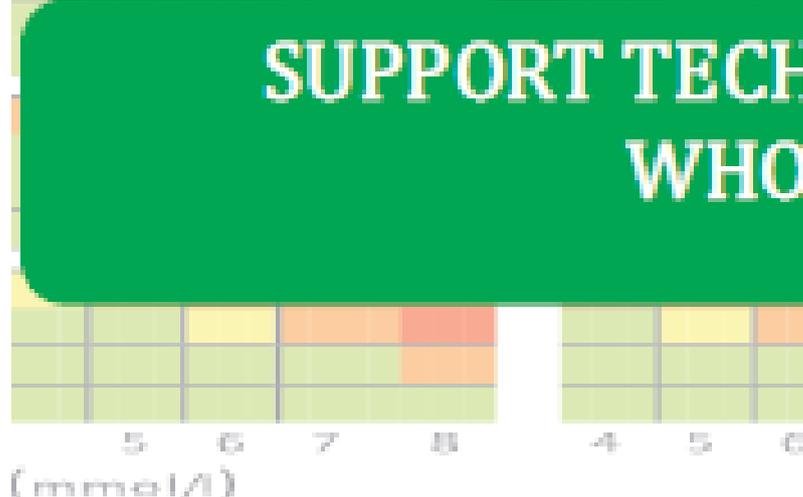
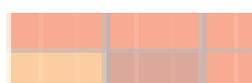
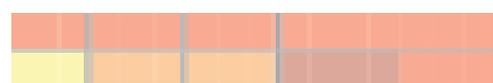
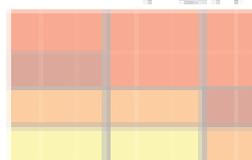
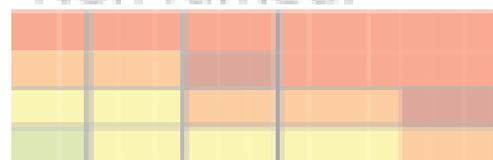


NE DIABETIQUE

FEMME

Non fumeur

Fumeur

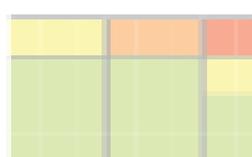
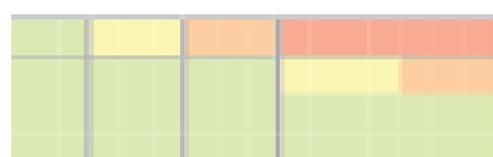
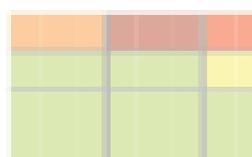
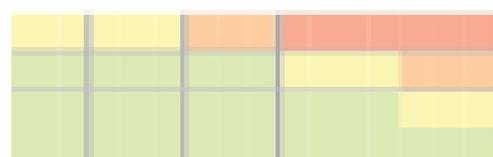
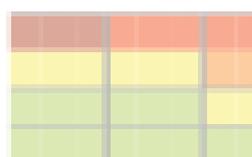
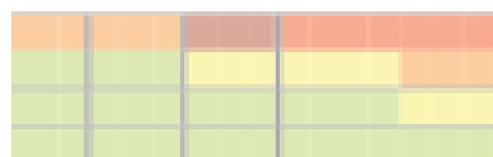
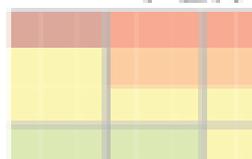
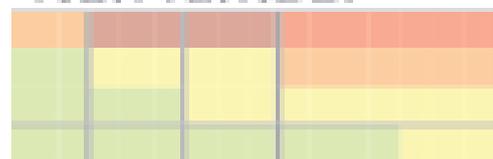


NON DIABETIQUE

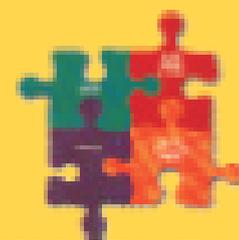
FEMME

Non fumeur

Fumeur



D



WHOPEN TOGO

2012



« D'identifier pour ce qui est, ce qui est pour ce qui est les autres. »

Programme National de Lutte  
contre les Maladies Non  
Transmissibles (PNLMNT) TOGO  
01/07/2012

## Avant-propos

Le Togo s'est engagé depuis quelques mois dans le processus de la mise en œuvre de la Déclaration politique des Nations Unies sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, par la création en novembre 2011 d'un Programme Nationale de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT) et la priorisation de la lutte contre ces maladies dans le **Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 (PNDS 2012-2015)**.

S'alignant sur le PNDS 2012-2015, le PNLMNT a élaboré un Plan Stratégique Intégré de lutte contre les MNT/PSIMNT 2012-2015 dont l'un des axes principaux est le renforcement des capacités de prise en charge des MNT au niveau des soins de santé primaires par la promotion de l'utilisation du paquet des interventions essentielles pour la prise en charge intégrée des principales MNT de l'OMS (WHO PEN/ WHO **Package for integrating Essential interventions for major Non communicable diseases**).

Le WHOPEN a été développé pour **améliorer la** prise en charge des MNT dans les pays à ressources limitées qui ont en commun les caractéristiques ci après : (i) l'existence de difficultés d'intégration des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires ; (ii) la faible allocation des ressources ; (iii) le mauvais rapport coût - efficacité pour des interventions actuellement disponibles ; (iv) l'inaccessibilité géographique et financière aux soins spécialisés ; (v) l'insuffisance des compétences nécessaires dans le domaine des MNT.

Le WHOPEN est un ensemble **de protocoles** destinés à l'usage des médecins et des paramédicaux dans les formations sanitaires périphériques. L'intégration de ce paquet des interventions essentielles aux soins de santé primaires est une des recommandations de l'OMS pour la prévention et le contrôle des MNT aux niveaux mondial, régional et national.

Le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles du Togo a démarré le WHOPEN par la mise en œuvre de deux protocoles : **la prise en charge intégrée du diabète et de l'hypertension artérielle. Au fur et à mesure de la mise en œuvre, d'autres protocoles validés seront intégrés au WHOPEN Togo appelé TOGO PEN.**

Lomé, le 01 Juillet 2012

Le Coordonnateur du PNLMNT



Dr AGOUDAVI Kokou, MD, PHPM

**WHOPEN** : Paquet des interventions essentielles pour la prise en charge intégrée des principales MNT au niveau des Soins de Santé Primaires (WHO-PEN/ WHO Package for integrating Essential interventions for major Non communicable diseases in primary health cares)

## **Le WHOPEN c'est quoi ?**

Le WHOPEN est un ensemble de protocoles de prévention et de prise en charge intégrées des maladies non transmissibles, développé par l'OMS pour être utilisé par les acteurs des soins de santé primaires.

Le WHOPEN s'aligne sur la Déclaration de Ouagadougou : « *Mettre en œuvre et suivre les approches au bon coût-efficacité pour une détection précoce des maladies cardiovasculaires, des cancers, du diabète, des maladies respiratoires chroniques et établir des standards de prise en charge pour les conditions similaires, intégrant à chaque fois que faire se peut leur prévention et prise en charge au niveau des SSP* »

## **La Carte OMS/ISH d'évaluation du risque cardiovasculaire**

Dans la prévention et la prise en charge intégrée du diabète et de l'hypertension artérielle, le WHOPEN s'appuie sur l'utilisation de la Carte OMS/ISH d'évaluation du risque cardiovasculaire chez un individu. Cette carte a pour point d'entrée le diabète et permet d'évaluer la probabilité qu'un individu de faire un accident grave cardiovasculaire létale ou non dans les 10 années à venir.

### **Intérêts de l'utilisation de la carte OMS/ISH**

- Pour le praticien :**
  - ✓ Recherche systématique chez tout patient : cela doit être un réflexe
  - ✓ Mise en œuvre des mesures de prévention : primaire, secondaire et tertiaire
- Pour le patient :**
  - ✓ savoir qu'il encourt des risques.

### **Présentation de la Carte OMS ISH**

#### **Présentation 1**

- Composition de la carte :**
  - 02 blocs
  - 04 grandes colonnes par bloc
  - 04 carreaux par colonnes
  - 20 petits carreaux par grands carreaux
- Paramètres**
  - Existence du diabète (oui ou non)
  - Genre (Homme ou Femme)
  - Statut de fumeur (fumeur ou non fumeur)
  - Age en année (an)
  - Tension artérielle en millimètre de mercure (mmHg)
  - Taux du cholestérol total en milli mols (mmol/l)
- Stratification du risque : 05 stades**
  - Faible : inférieur à 10%
  - Moyen : entre 10% - 20%
  - Élevé : entre 20% - 30%
  - Très élevé : 30% - 40%
  - Très, très élevé : supérieur à 40%

### Exemple 1

- Diabète : oui
- Sexe : masculin
- Fumeur : oui
- Age : 47 ans
- TA : 150 mm Hg
- Cholestérol : 5.5
- **RR : <10%**

### Exemple 2

- Diabète : oui
- Sexe : féminin
- Fumeur : non
- Age : 43 ans
- TA : 163 mm Hg
- Cholestérol : 7.6
- **RR : entre 20%- 30%**

### Exercice 1

- Diabète : non
- Sexe : féminin
- Fumeur : non
- Age : 72 ans
- TA : 196 mm Hg
- Cholestérol : 5
- **RR :**

### Exercice 2

- Diabète : oui
- Sexe : féminin
- Fumeur : non
- Age : 66 ans
- TA : 166mm Hg
- Cholestérol : 7.1
- **RR :**

## **PROTOCOLES 1 ET 2 DU WHOPEN TOGO (TOGO PEN)**

**WHO PEN TOGO : Protocole n ° 1 « Prévention des crises cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux et des maladies rénales à travers la prise en charge intégrée du diabète et de l'hypertension artérielle ».**

### **A- Quand pourrait – on utilisé ce Protocole ?**

■ Le protocole est destiné à l'évaluation et à la gestion du risque cardiovasculaire **en utilisant l'HTA, le diabète et le tabagisme comme points d'entrée.**

■ Ce protocole est destiné à être appliqué pour le dépistage et pour la prise en charge de l'HTA et du diabète chez les personnes répondant aux critères ci-après :

- Âge > 40 ans ;
- Fumeurs ;
- Tour de taille  $\geq 90$  cm chez les femmes  $\geq 100$  cm chez les hommes
- Hypertendu(e) connu(e)
- Diabétique connu(e)
- Notion de survenu précoce d'AVC chez un proche parent
- ATCD de diabète ou de maladie rénale chez un proche parent

**Suivez, étape par étape, les instructions données de l'action 1 à l'action 4**

### **PREMIERE VISITE**

**ACTION I : Posez des questions sur l'existence ou non :**

- d'une maladie cardiaque diagnostiquée, d'un ATCD d'AVC, d'une HTA, d'un diabète, d'une maladie rénale,
- d'une angine de poitrine, d'un essoufflement à l'exercice et au repos, d'un engourdissement ou d'une faiblesse des membres, d'une perte de poids, d'une augmentation de la soif, d'une polyurie, d'un bouffissure du visage, d'un œdème des pieds, du sang dans les urines etc
- de la prise actuelle de médicaments et nom des médicaments que le patient prend
- de l'utilisation récente du tabac (oui / non) (répondre « oui » s'il y a eu consommation du tabac au cours des 12 derniers mois)
- de la consommation d'alcool (oui / non) (si « oui », précisez la fréquence et la quantité)
- la profession/ Précisez le niveau d'activité physique liée à la profession (sédentaire ou actif)
- de la pratique d'une activité physique de plus de 30 minutes par jour au moins 5 jours par semaine (oui / non)
- des antécédents familiaux de survenu précoce d'une maladie cardiovasculaire ou d'un AVC chez un proche parent

## **ACTION 2**

### **Action 2. Évaluer (examen physique et test sanguin et urinaire) :**

- Le tour de taille
- le Poids
- Mesurer la tension artérielle,
- rechercher la présence d'œdème prenant le godet
- Palper le choc de pointe à la recherche d'une déviation
- examiner le cœur (rythme et bruits/souffles)
- examiner les poumons (râles crépitant bilatéraux basaux)
- Examiner l'abdomen (foie)
- Chez les patients diabétiques, examiner les pieds à la recherche d'un ulcère, des troubles sensitifs au niveau des pieds,
- Faire systématiquement la cétonurie et la protéinurie à tout nouveau cas de diabète
- Doser le cholestérol total sanguin
- Doser la glycémie (à jeun ou à tout hasard) (Diabète = glycémie capillaire  $\geq 110$  mg/dl (6,1 mmol/l) ou glycémie à jeun plasmatique  $\geq 126$ mg / dl (7 mmol / l)/ ou glycémie aléatoire  $\geq 200$  mg / dl (11 mmol / l).

### **ACTION 3 : Estimez le risque cardio-vasculaire (chez les personnes non référées) :**

- Utiliser les cartes d'évaluation du risque selon WHO/ISH pour les populations de région africaine de l'OMS
- considérez l'âge, le sexe, le statut tabagique, la pression artérielle systolique, l'existence ou non du diabète (et si disponible la valeur de la cholestérolémie)
- si l'âge est compris entre 50 - 59 ans, sélectionnez la zone du groupe d'âge 50, s'il est compris entre 60 - 69 ans, sélectionnez la zone du groupe d'âge 60 etc, pour les personnes dont l'âge < 40 ans sélectionnez la zone du groupe d'âge 40
- si une analyse du cholestérol ne peut pas être réalisée, utilisez la valeur de 208 mg/dl (5,2 mmol / l) pour calculer le risque cardio-vasculaire
- si la personne est déjà sous traitement, utilisez les niveaux de facteurs de risques du prétraitement (si l'information est disponible pour évaluer, consigner le risque du prétraitement. évaluer également le risque récent en utilisant l'actuel niveau de facteurs de risque).

NB : Si la personne évalué avec la carte d'évaluation du risque cardiovasculaire est issue d'une famille à antécédent de maladie vasculaire prématurée, d'obésité, de taux élevés de triglycérides, savoir que les résultats obtenus par lesdites cartes sont sous-estimés.

#### **ACTION 4 : Les critères de références pour toutes les visites :**

- PA > 200 / > 120 mm Hg (Référence d'urgence)
- PA  $\geq$  140 ou  $\geq$  90 mm Hg chez les personnes de moins de 40 ans (exclure une hypertension secondaire)
- Notion de maladie cardiaque connue, ATCD d'accident vasculaire cérébral, d'accident ischémique transitoire, de diabète, de maladie rénale (Référer pour évaluation, si cela n'a pas été fait)
- dommages des organes cibles (par exemple notion de douleur thoracique à l'effort (angine de poitrine) Notion de douleur dans le mollet à l'effort (claudication intermittente des membres inférieur),
- douleurs récentes à la poitrine ou exacerbation de la sévérité d'une angine de poitrine ou des symptômes d'accidents ischémiques transitoires
- Les palpitations cardiaques
- PA élevée  $\geq$  140/90 (au dessus de 130 / 80mmHg en cas de diabète) malgré une bi ou trithérapie anti HTA.
- Toute protéinurie
- Nouveau cas de diabète avec cétonurie 2 + ou chez les personnes maigres de moins de 30 ans
- le cholestérol total > 320 mg / dl (8mmol / l)
- Diabète non contrôlé, malgré la Metformine à dose maximale avec ou sans Sulfonylurée
- Diabète avec une infection sévère et / ou un début d'ulcère
- Diabète avec détérioration récente de la vision ou sans examen des yeux depuis 2 ans
- Un risque cardio-vasculaire élevé

**Si les critères de références ne sont pas présents, aller à l'action 5**

#### **ACTION 5**

**Action 5. Conseiller et traiter comme indiqués ci-dessous :**

##### **Risque <20%**

- Conseil sur l'alimentation, l'activité physique, l'arrêt de fumer et l'éviction de l'usage abusif de l'alcool
- en cas de risque <10% suivi de 12 mois
- si le risque est compris entre 10% et 20%, suivi tous les 3 mois jusqu'à ce que les objectifs soient atteints, puis après 6 à 9 mois

##### **Risque compris 20% et 30%**

- Conseil sur l'alimentation, l'activité physique, l'arrêt de fumer et l'éviction de l'usage abusif de l'alcool
- Si TA  $\geq$  140/90 mmHg persistante malgré les mesures hygiéno diététiques, envisager un traitement antiHTA à base de médicaments suivants à faible dose (par exemple, si sujet moins de 55 ans donner un diurétique thiazidique à faible dose et / ou un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, si plus de 55 ans donner un inhibiteur calcique et / ou un diurétique thiazidique à faible dose, en cas d'intolérance aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou pour chez les femmes en âge de procréer, donner un Beta bloquant)
- Suivi tous les 3 à 6 mois

## **Risque > 30%**

- Conseil sur l'alimentation, l'activité physique, l'arrêt de fumer et l'éviction de l'usage abusif de l'alcool
- Si TA persistante  $\geq 130/80$  associer un traitement médicamenteux : (par exemple, si moins de 55 ans donner un diurétique thiazidique à faible dose et / ou un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, si plus de 55 ans donner un inhibiteur calcique et / ou un diurétique thiazidique à faible dose, en cas d'intolérance à l'inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, ou chez les femmes en âge de procréer, donner un bêta bloquant).
- Associer une statine
- Suivi tous les 3 mois, s'il n'y a pas de réduction du risque cardio-vasculaire après six mois de suivi, se référer à un niveau supérieur

## **Importants points pratiques**

### **Envisager un traitement médicamenteux pour les catégories suivantes**

- Tout patient diabétique ou atteint d'une maladie cardio-vasculaire (maladie coronarienne, infarctus du myocarde, accident ischémique transitoire, maladie cérébro-vasculaire ou une maladie vasculaire périphérique), d'une maladie rénale. Si l'état du patient est stable, il doit poursuivre le traitement déjà prescrit et être considéré comme ayant un risque >30%.
- Les personnes présentant une albuminurie, une rétinopathie, ou une hypertrophie ventriculaire gauche.
- Tout individu avec une persistance de la TA  $\geq 160/100$  mmHg,
- Tout patient ayant un cholestérol plasmatique total supérieur ou égal à 320 mg / dl (8 mmol / l) ; Conseil pour l'adoption de mode de vie sain et associer des statines.

(Faire le test de la créatinine et du potassium sérique avant de prescrire un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine)

### **Actions supplémentaires pour individu souffrant du diabète :**

- donner un antihypertenseur pour ceux ayant une TA  $\geq 130/80$  mmHg
- donner une statine à tous les diabétiques de type 2 âgés de moins de 40 ans
- donner la Metformine pour tout diabétique de type 2 non contrôlé par les mesures hygiéno-diététiques seules (FBS > 7mmol / l), et si le diabétique ne souffre pas d'une insuffisance rénale, d'une maladie du foie ou d'une hypoxie.
- augmenter progressivement la dose de Metformine pour contrôler la glycémie
- donner une sulfonilurée aux patients qui ont des contre-indications à la Metformine ou si la Metformine n'améliore pas le contrôle de la glycémie même à dose maximale.
- donner des conseils sur l'hygiène des pieds, la coupe des ongles, le traitement des callosités (les callosités ressemblent aux cors, mais elles siègent sur la plante des pieds, sur le bord extérieur du gros orteil ou du talon. Les callosités sont des régions de la peau qui durcissent et s'épaississent à la suite d'une pression et de frottements répétés), les chaussures appropriées et évaluer les risque d'ulcères du pied, en utilisant de simples méthodes (inspection, sensation de douleurs vives)

- Un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et / ou un diurétique thiazidique à faible dose sont recommandés en première ligne de traitement de l'hypertension artérielle chez le diabétique. Les bêtabloquants ne sont pas recommandés pour une prise en charge initiale, mais peuvent être utilisés si les diurétiques thiazidiques ou les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine sont contre-indiqués.
- suivi tous les 3 mois

### **Les conseils aux patients et aux familles**

- évitez le sel de table et réduisez les aliments salés comme les cornichons, les poissons salés, les fast-foods, les aliments transformés, les aliments en conserve et les bouillons en cubes
- Faites contrôler régulièrement votre taux de glycémie, votre tension artérielle et votre urine.

### **Conseils spécifiques pour diabétiques**

- Conseiller la réduction du poids aux patients en surpoids en réduisant leur consommation de nourriture.
- Conseiller tous les patients à préférer la consommation des aliments à faible taux glycémique (par exemple les haricots, les lentilles, l'avoine et les fruits non sucrés) comme source de glucides dans leur alimentation.
- si vous êtes sous n'importe quel traitement antidiabétique qui peut diminuer votre glycémie ayez un morceau de sucre ou de bonbon sur vous.
- si vous êtes diabétique, vous devrez faire examiner vos yeux à la recherche d'une maladie de l'œil (rétinopathie diabétique) par un ophtalmologue au moment du diagnostic et tous les deux ans après, ou tel que recommandé par l'ophtalmologue
- éviter de marcher pieds nus ou sans chaussettes
- laver les pieds dans l'eau tiède et séchez-les bien, surtout entre les orteils
- ne pas couper les callosités ou les cors, et ne pas utiliser de produits chimiques
- examiner vos pieds tous les jours et si vous avez un problème ou une blessure, consulter votre agent de santé.

## **DEUXIEME VISITE**

### **Répéter**

- Action 1 Poser des questions sur : de nouveaux symptômes, l'observation des conseils sur le tabac et la consommation d'alcool, l'activité physique, l'alimentation saine, les médicaments etc.
- Action 2 Evaluer (examen physique)
- Action 3 Estimer le risque cardio-vasculaire
- Action 4 Référer si nécessaire
- Action 5 Conseiller et traiter comme indiqué dans le protocole

## **WHO PEN TOGO : Protocole 2 « Education pour la santé et conseils sur les comportements sains (protocole à appliquer à tous) »**

### **Éduquer le patient :**

- faire régulièrement une activité physique
- Avoir une alimentation saine pour maintenir le coeur en bonne santé
- arrêter le tabac et éviter l'usage abusif de l'alcool
- Honorer ses rendez de suivi médical régulier

### **Pratiquer régulièrement une activité physique**

- progressivement, augmenter l'activité physique à des niveaux modérés (comme la marche rapide); au moins 30 minutes par jour sur 5 jours de la semaine
- Contrôler le poids corporel et éviter un excès de poids en réduisant les régimes riches en calories et en pratiquant une activité physique adéquate

### **Arrêter le tabac et éviter l'usage abusif de l'alcool**

- encourager les non-fumeurs à ne pas fumer
- conseiller de manière forte tous les fumeurs à arrêter de fumer et les soutenir dans leurs efforts ;
- Les personnes qui utilisent d'autres formes de tabac doivent être conseillées d'arrêter ;
- l'abstinence d'alcool doit être renforcée. ;
- On ne doit pas conseiller les patients à prendre de l'alcool pour des raisons de santé ;
- Conseiller les patients de ne pas utiliser l'alcool lorsque les risques supplémentaires suivant sont présents :
  - ✓ Lorsqu'ils doivent conduire ou utiliser les machines
  - ✓ Lorsqu'il s'agit de femmes enceintes ou qui allaitent
  - ✓ Lorsqu'ils prennent des médicaments incompatibles avec l'alcool
  - ✓ Lorsque leur état de santé peut être aggravé par l'alcool
  - ✓ Lorsqu'ils ne peuvent plus s'arrêter de boire

### **Avoir une alimentation saine pour maintenir le coeur en bonne santé**

#### **Le sel (chlorure de sodium)**

- réduire la consommation de sel à moins de 5 grammes (1 cuillère à café) par jour ;
- réduire le sel lorsque vous cuisinez, limiter les aliments transformés et les fastes Food

#### **Fruits et légumes**

- Consommer 5 portions (400-500 grammes) de fruits et légumes par jour ;
- 1 portion équivaut à 1 orange, 1 pomme, 1 soupe de mangue, 1 banane ou 3 cuillères à soupe de légumes cuits.

## **Aliments gras**

- limiter la viande grasse, la matière grasse, laitière et l'huile de cuisson (moins de deux cuillères à soupe par jour)
- Préférer les huiles végétales aux huiles animales.
- Remplacer l'huile de palme et celle de coco, par l'huile de maïs, de coton ou autres (soja, arachide, olive)
- remplacer les autres viande par la viande du poulet (sans peau) ;

## **Poisson**

- manger du poisson au moins 3 fois par semaine, de préférence des poissons gras comme le thon, le maquereau, le saumon

## **L'observance du traitement**

- Si vous prescrivez un/des médicament(s) au patient :
  - enseigner lui comment le ou les prendre à la maison ;
  - expliquer au patient, la différence entre un traitement de longue durée (exemple pour HTA) et un traitement de courte durée (exemple, pour une respiration sifflante) ;
  - dire au patient la raison de prescrire le/les médicament (s) ;
  - Montrer au patient la dose appropriée ;
  - Expliquer combien de fois par jour prendre le médicament ;
  - étiqueter et emballer les comprimés ;
  - vérifier la compréhension du patient avant qu'il ne quitte le centre de santé ;
  - expliquer l'importance de:
    - ✓ garder un approvisionnement adéquat des médicaments ;
    - ✓ la nécessité de prendre des médicaments régulièrement, tel que recommandé, même s'il n'y a pas de symptômes

## **WHO PEN TOGO: Protocole 2 (Algorithme)**

### **Education pour la santé et conseils sur les comportements sains (protocole à appliquer à tous)**

#### **A1 : DEMANDER /Utilisez-vous du tabac ?**

Non

Insister sur le message selon lequel le tabac augmente le risque des maladies du cœur

#### **A2: CONSEILLER / Oui** Conseiller à abandonner de manière claire, forte et personnalisée

"L'usage du tabac augmente le risque de développer une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral, un cancer du poumon, et les maladies respiratoires. Arrêter l'usage du tabac est la chose la plus importante que vous pouvez faire pour protéger votre cœur et votre santé, vous devez l'éviter maintenant. "

#### **A3: Evaluer / Avez-vous la volonté d'abandonner aujourd'hui?**

OUI

#### **A4: Aider/** Aider à l'élaboration d'un plan d'abandon

- Définir la date de l'arrêt
- Informer votre famille et vos amis
- Demander leur soutien
- Retirer les cigarettes, ou tout produit du tabac
- Enlever les objets ou articles qui vous incitent à fumer
- Organiser un suivi

NON

- Promouvoir la motivation d'arrêter de fumer
- Fournir des informations sur les dangers du tabac pour la santé et donner un dépliant au patient

#### **A5: ORGANISER/** Lors de la visite de suivi

- Féliciter le succès et renforcer. Si le patient a rechuté, examiner de façon plus intensive le suivi et le soutien de la famille

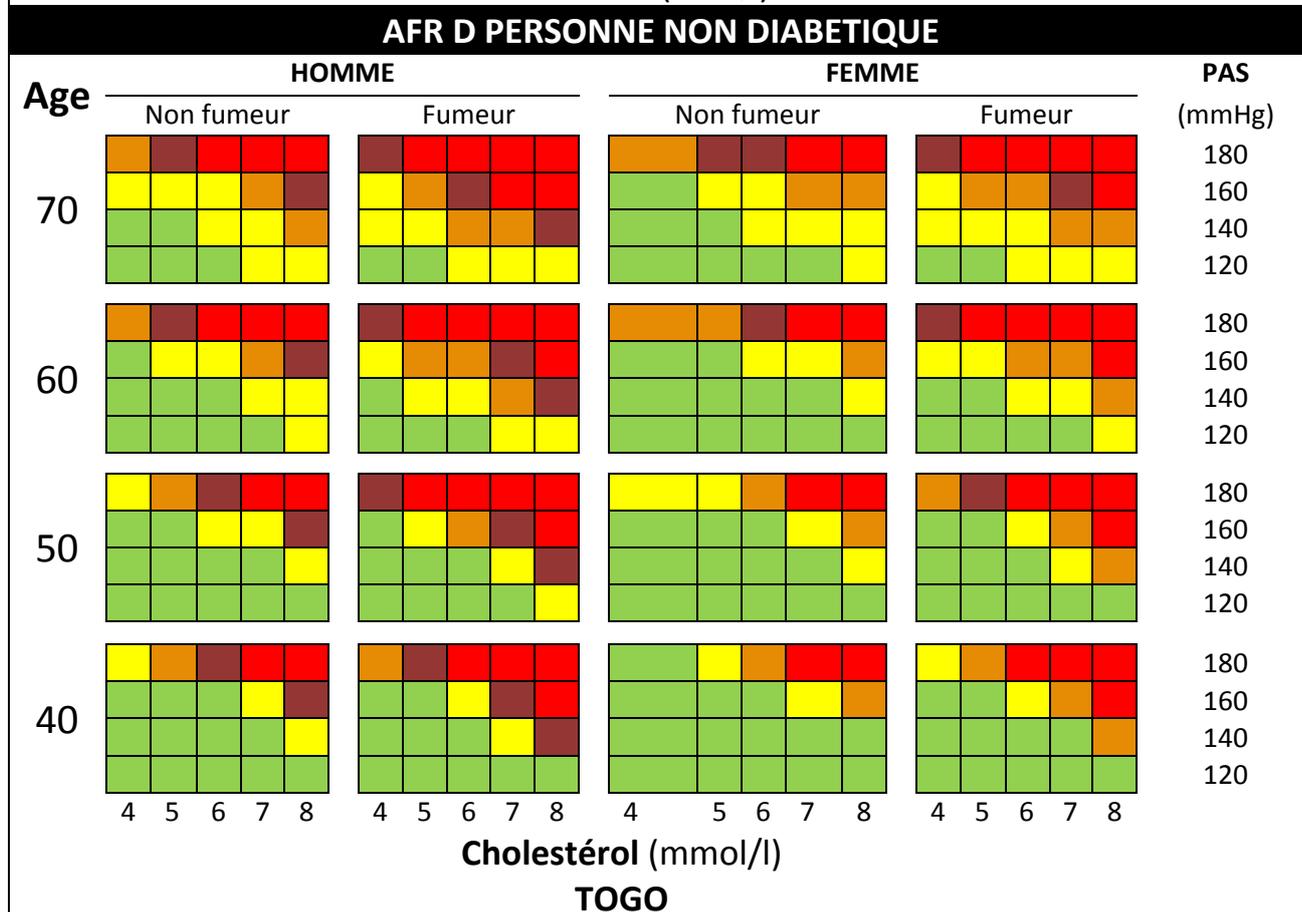
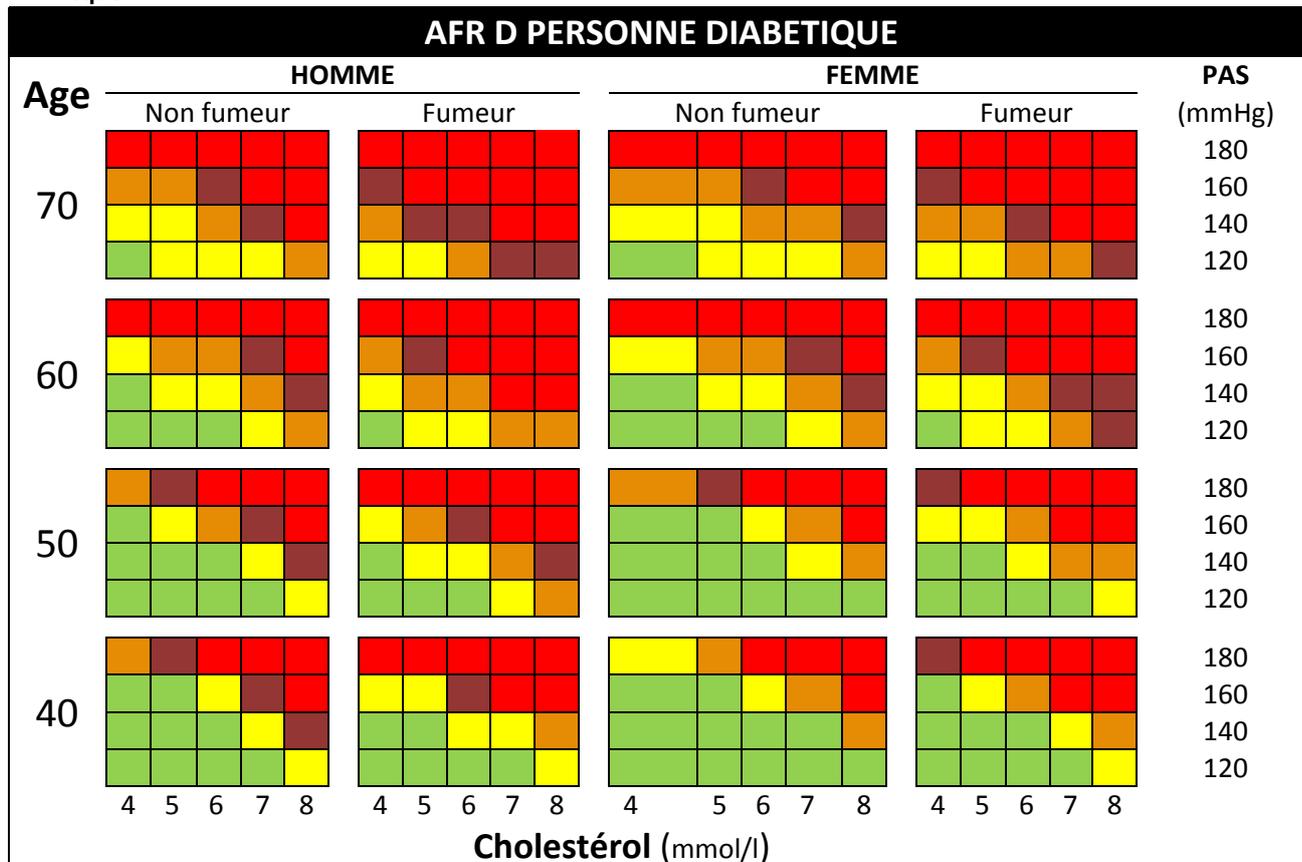
L'idéal serait qu'une seconde visite de suivi soit recommandée dans le même mois et chaque mois ainsi de suite pendant 4 mois et l'évaluation après 1 an. Si ce n'est pas possible, renforcer les conseils chaque fois que le patient est vu pour la surveillance de sa pression artérielle.



## Carte OMS/ISH d'évaluation du risque cardiovasculaire

Risque de survenu dans les 10 ans d'un événement cardiovasculaire fatal ou non fatal par : sexe, âge, pression artérielle systolique, cholestérol total, statut tabagique et présence ou absence de diabète sucré.

Niveau du Risque ■ <10% ■ 10% - 20% ■ 20% - 30% ■ 30% - 40% ■ ≥40%



# RECAPITULATIFS DE LA MEDICATION WHOPEN

## PRISE EN CHARGE DE L'HTA

### A/ Risque 20 -30 %

	HTA chez sujet < 55 ans	HTA chez sujet >55 ans
Risque 20 -30 % Si TA > 14/9 cmHg sous MHD et absence de CI IEC	Hydrochlorothiazide +/- IEC (Captopril/Enalapril)  (H+IEC+P2)	I Ca(Nifedipine/ Amlodipine) +/- Hydrochlorothiazide +/- IEC (Captopril/Enalapril)  (Ica+H+IEC +P2)
Risque 20 -30 % Si TA > 14/9 cmHg sous MHD (Si intolérance IEC ou femme enceinte)	Hydrochlorothiazide +/- Beta B (Atenolol)  (H+BB+P2)	I Ca(Nifedipine/ Amlodipine) +/- Hydrochlorothiazide +/- Beta B (Atenolol)  (Ica+H+BB+P2)
Suivi	Au moins une fois par semaine pendant 1 mois puis si stable chaque 3 mois-6 mois	Au moins une fois par semaine pendant 1 mois puis si stable chaque 3 mois-6 mois

### B/ Risque > 30 % et TA > 13/8 cmHg sous MHD

	HTA chez sujet < 55 ans	HTA chez sujet >55 ans
Risque > 30 % Si TA > 13/8 cmHg sous MHD (Absence de CI)	Hydrochlorothiazide +/- IEC (Captopril/Enalapril) + Statine (H+IEC+S+P2)	I Ca(Nifedipine/ Amlodipine) +/- Hydrochlorothiazide +/- IEC (Captopril/Enalapril) + Statine (Ica+H+IEC+S+P2)
Risque > 30 % Si TA > 13/8 cmHg sous MHD (Si intolérance IEC ou femme enceinte)	Hydrochlorothiazide +/- Beta B (Aténolol) + Statine (H+BB+S+P2)	I Ca(Nifedipine) +/- Hydrochlorothiazide +/- Beta B (Atenolol) + Statine (Ica+H+BB+S+P2)
Suivi	Au moins une fois par semaine pendant 1 mois puis si stable chaque 3 mois	Au moins une fois par semaine pendant 1 mois puis si stable chaque 3 mois

## PRISE EN CHARGE DU DIABETE

	Diabète chez sujet < 40 ans	Diabète chez sujet >40 ans
TA < 13/8 cmHg	Metformine (si CI Metformine ou Metformine inefficace donner Sulfonylurée) + Conseiller sur l'hygiène des pieds  <b>Metf/Sulfo+HP</b>	Metformine (si CI Metformine ou Metformine inefficace donner Sulfonylurée) + Conseiller sur l'hygiène des pieds + Statine  <b>Metf/Sulfo+S +HP</b>
TA > 13/8 cmHg	Metformine (si CI Metformine ou Metformine inefficace donner Sulfonylurée) + Conseiller sur l'hygiène des pieds + Hydrochlorothiazide +/- IEC (B Bloquant si IEC CI)  <b>Metf/Sulfo+HIEC/BB +HP</b>	Metformine (si CI Metformine ou Metformine inefficace donner Sulfonylurée) + Conseiller sur l'hygiène des pieds + Hydrochlorothiazide +/- IEC (B Bloquant si IEC CI) + Statine  <b>Metf/Sulfo+S +HIEC/BB+HP</b>
Suivi	Au moins une fois par semaine pendant 1 mois puis si stable chaque 3 mois	Au moins une fois par semaine pendant 1 mois puis si stable chaque 3 mois

### Intolérance /CI IEC

- Femme enceinte
- Survenue de toux sèche et isolée en début de traitement (après 3 jr)
- Vertige
- Insuffisance rénale progressive