

**Bibliothèque
et Archives
nationales**

Québec 

Le présent fichier est une publication en ligne reçue en dépôt légal, convertie en format PDF et archivée par Bibliothèque et Archives nationales du Québec. L'information contenue dans le fichier peut donc être périmée et certains liens externes peuvent être inactifs.

Version visionnée sur le site Internet d'origine le 2 mai 2011.

Section du dépôt légal

CSSS ou GMF _____

PROCOLE (OU DIRECTIVE)
POUR LE DÉPISTAGE ET LE SUIVI DE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Mise à jour **PECH 2010**

Date d'**adoption** du protocole (ou directive) : _____

Date de **révision** du protocole (ou directive) : _____

Responsable de la **diffusion** du protocole (ou directive) : _____

Responsable de la **révision** du protocole (ou directive) : _____

TABLE DES MATIÈRES (ajuster pagination)

INTRODUCTION	8
But	8
Définition	8
Objectifs généraux	9
Objectifs spécifiques	9
Rôles et responsabilités de l'infirmière en milieu clinique	9
Rôles et responsabilités du médecin en milieu clinique	10
1^{re} partie	9
1. Clientèle ciblée par le dépistage de l'hypertension artérielle	11
2. Types de mesure de la pression artérielle	12
2.1 Valeurs de référence selon le type de mesure de la pression artérielle	12
2.2 Mesure de la pression artérielle en clinique	13
2.3 Indications de MAPA et d'automesure à domicile	16
2.4 Enseignement sur l'automesure	17
2^e PARTIE	21
3. Classification des valeurs de pression artérielle chez les adultes	23
4. Diagnostic de l'hypertension artérielle	24
4.1 Algorithme diagnostique	24
4.2 Urgence hypertensive	25
5. Évaluation du patient	27
5.1 Évaluation de base	27
5.1.1. Questionnaire et examen physique	27
5.1.2. Recherche de l'atteinte des organes cibles	28
5.1.3. Recherche de facteurs de risque cardiovasculaire d'athérosclérose	29
5.1.4. Évaluation du risque cardiovasculaire	30
5.1.5. Tests diagnostiques de base	30
5.2 Évaluation complémentaire chez le patient hypertendu	32
3^e PARTIE	33
6. Traitement de l'hypertension artérielle	35
6.1 Valeurs cibles	35
6.2 Traitement non pharmacologique	36
6.3 Traitement pharmacologique	39
Tableau 1 : Recommandations du PECH 2010 pour le traitement pharmacologique selon les valeurs de la PA, l'atteinte des organes cibles et la présence d'autres facteurs de risques	39
Tableau 2 : Recommandations pharmacologiques selon la condition clinique	40
Tableau 3 : Association optimale de médicaments antihypertenseurs	42
7. Suivi de l'hypertension artérielle	43
7.1 Fréquence des suivis	43
Figure 1 : Recommandations relatives au suivi	43
Figure 2 : Démarche proposée lorsque les objectifs du traitement ne sont pas atteints	45
7.2 Observance du traitement	46
7.3 Documentation à remettre au patient	47
8. Signataires du protocole (directive)	48

INTRODUCTION

But

Ce protocole (ou directive) vise à **harmoniser** les pratiques sur le dépistage et le suivi de l'hypertension artérielle (HTA) entre les professionnels (infirmières, médecins, pharmaciens, nutritionnistes, etc.) et permet de s'assurer que le patient qui consulte dans la clinique reçoive des services et messages cohérents et complémentaires de la part des différents professionnels du milieu.

Définition

Le protocole est un **outil clinique** qui permet d'assurer une **intervention systématisée de haute qualité**. Le protocole s'appuie sur les normes reconnues, les recommandations du Programme Éducatif Canadien sur l'Hypertension artérielle (PECH). Les changements de la dernière mise à jour apparaissent **en rouge** dans le texte.

Les **différents éléments** d'un protocole sont :

- La situation clinique visée : HTA
- Les intervenants concernés : infirmière et médecin
- La ou les clientèles visées : adultes
- Les conditions d'application : formation, limites à respecter
- Les instructions pour la décision ou l'intervention : indications, contre-indications, conduite à tenir selon les normes reconnues
- L'adoption et les mises à jour :
 - Les instances consultées
 - Les instances qui approuvent
 - Les dates de l'adoption et des révisions
- Des documents complémentaires : outils, ordonnance collective, plan standardisé de soins, références, etc.

Objectifs généraux

Standardiser dans la mesure du possible, les pratiques en lien avec le dépistage, le suivi et le traitement de l'hypertension au sein du milieu clinique.

Instaurer un suivi interdisciplinaire de la clientèle hypertendue, dans le but d'améliorer le contrôle de l'HTA, la qualité des services et leur coordination.

Objectifs spécifiques

- Assurer le dépistage de l'HTA chez la clientèle visée
- Assurer un suivi standardisé à la clientèle hypertendue, basé sur les lignes directrices en vigueur
- Atteindre les valeurs cibles de la pression artérielle et les maintenir
- Favoriser l'adoption de saines habitudes de vie
- Favoriser l'observance du traitement
- Favoriser l'autoprise en charge des patients, en encourageant la participation de l'individu et de sa famille

Rôles et responsabilités de l'infirmière en milieu clinique¹

- Adhère à une pratique préventive en lien avec l'hypertension, par la mesure de la pression artérielle à chacune des visites des patients adultes
- Applique les recommandations thérapeutiques et initie les examens diagnostiques requis selon l'ordonnance collective
- Vérifie que les examens et les analyses de laboratoire sont faits
- Informe le médecin traitant ou le médecin désigné de tout résultat hors norme ou de toute complication
- Discute avec le médecin traitant des objectifs thérapeutiques
- Assure l'enseignement et les soins spécifiques compte tenu du protocole sur le dépistage et le suivi de l'HTA
- Assure le soutien et la coordination des soins et des services auprès de la clientèle hypertendue qui lui a été référée

¹ OIIQ-FMOQ, Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables, OIIQ-FMOQ, 2005, ISBN 2-89229-358-8

Rôles et responsabilités du médecin en milieu clinique²

- Exerce les activités diagnostiques et thérapeutiques
- Assure la prise en charge et le suivi, conjointement avec l'infirmière

² OIIQ-FMOQ, Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables, OIIQ-FMOQ, 2005, ISBN 2-89229-358-8

1^{re} partie

1. Clientèle ciblée par le dépistage de l'hypertension artérielle

2. Types de mesure de la pression artérielle

1. Clientèle ciblée par le dépistage de l'hypertension artérielle

Recommandation
<p>La pression artérielle devrait être mesurée chez TOUS LES ADULTES lors de chaque visite appropriée.</p> <p>Connaître la pression artérielle de tous nos patients.</p>

Dans notre clinique, le dépistage de l'HTA sera fait auprès de la clientèle :

- de 18 ans et plus
- de 21 ans et plus

Le dépistage de l'HTA sera effectué pour la clientèle (un ou plusieurs choix) :

- avec un **rendez-vous infirmier**
 - avec un **rendez-vous médical**
 - sans rendez-vous**
 - vue **au triage**
 - autre (spécifier) :
-

Le dépistage de l'HTA sera fait par :

- l'infirmière
- le médecin
- l'infirmière et le médecin

2. Types de mesure de la pression artérielle

2.1 Valeurs de référence selon le type de mesure de la pression artérielle

Dans notre clinique, les valeurs de référence de la pression artérielle seront :

- celles proposées par le PECH
 autre (préciser) : _____

Types de mesure	Valeurs de référence	Notes
En cabinet Méthode auscultatoire en l'absence de diabète ou de maladie rénale Mesure automatisée Si diabète ou maladie rénale	PA \geq 140/90 mm Hg PA \geq 135/85 mm Hg * PA \geq 130/80 mm Hg	<ul style="list-style-type: none">• Mesurer aux deux bras, choisir le bras où la mesure est la plus élevée• Si anormal, prendre 2 mesures et faire la moyenne• 20 à 35 % « hypertension de sarrau blanc », donc autres méthodes utiles
MAPA	État de veille : PAS \geq 135 mm Hg ou PAD \geq 85 mm Hg Moyenne des 24 heures : PAS \geq 130 mm Hg ou PAD \geq 80 mm Hg	Durant le sommeil, une baisse de PA inférieure à 10 % est associée à un risque accru d'événements cardiovasculaires («non dipper»)
À domicile par le patient En l'absence de diabète ou de maladie rénale	PAS \geq 135 mm Hg ou PAD \geq 85 mm Hg	Équivalent à PAS \geq 140 mm Hg ou PAD \geq 90 mm Hg mesurée en cabinet -Important pour détecter « l'hypertension masquée »

* Les seuils d'interprétation de la mesure automatisée en cabinet demeurent indéterminés et, présentement, aucune étude ne permet de relier directement les valeurs de la mesure automatisée et le risque d'événements cardiovasculaires. Une seule étude a rapporté une association entre les lectures de mesure automatisée en cabinet et l'atteinte des organes cibles.

2.2 Mesure de la pression artérielle en clinique

Le PECH a proposé une méthode standardisée de mesure de la pression artérielle

Méthode standardisée de mesure de la pression artérielle, PECH											
Appareil de mesure de la PA calibré	<ul style="list-style-type: none"> Les mesures devraient être prises avec un sphygmomanomètre en bon état de fonctionnement Un appareil anéroïde ou un appareil électronique récemment calibré ou validé peut être utilisé. L'appareil anéroïde ou la colonne de mercure doit être clairement visible au niveau des yeux de l'observateur. 										
Positionnement du patient	<ul style="list-style-type: none"> Mesurer dans un endroit calme, après 5 minutes de repos, en silence, sans prise de café ni tabac dans les 30 dernières minutes ni produit adrénergique, sans inconfort vésical ou abdominal Le patient doit être assis confortablement avec le dos appuyé et les deux pieds au sol. Le bras devrait être dénudé et supporté avec le pli du coude au niveau du cœur parce qu'une position plus basse du bras donnera des mesures faussement plus élevées de pression artérielle systolique et diastolique. Il faut rester silencieux pendant la mesure La pression artérielle devrait aussi être mesurée en position debout après 2 minutes (le bras étant soutenu) lorsque le patient rapporte des symptômes suggestifs d'hypotension orthostatique. 										
Choix et positionnement du brassard	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="color: red;">Circonférence du bras (cm)</th> <th style="color: red;">Largeur du brassard (cm)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="color: red;">De 18 à 26</td> <td style="color: red;">9x18 (enfant)</td> </tr> <tr> <td style="color: red;">De 26 à 33</td> <td style="color: red;">12x23 (modèle standard adulte)</td> </tr> <tr> <td style="color: red;">De 33 à 41</td> <td style="color: red;">15x33 (large)</td> </tr> <tr> <td style="color: red;">Plus de 41</td> <td style="color: red;">18x36 (extra large, obèse)</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> Lorsqu'on utilise un sphygmomanomètre électronique, on doit choisir la taille du brassard recommandée par le fabricant. Placer le brassard de façon à ce que son rebord inférieur soit à 3 cm au-dessus du pli du coude et que son centre soit placé sur l'artère brachiale. 	Circonférence du bras (cm)	Largeur du brassard (cm)	De 18 à 26	9x18 (enfant)	De 26 à 33	12x23 (modèle standard adulte)	De 33 à 41	15x33 (large)	Plus de 41	18x36 (extra large, obèse)
Circonférence du bras (cm)	Largeur du brassard (cm)										
De 18 à 26	9x18 (enfant)										
De 26 à 33	12x23 (modèle standard adulte)										
De 33 à 41	15x33 (large)										
Plus de 41	18x36 (extra large, obèse)										
Méthode auscultatoire	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter rapidement la pression du brassard jusqu'à 30 mm Hg au-dessus du niveau auquel le pouls radial disparaît de façon à exclure la possibilité d'un trou auscultatoire systolique. Placer la cloche ou le diaphragme du stéthoscope sur l'artère brachiale de façon délicate et soutenue. Ouvrir la valve de façon à ce que la vitesse de décompression du brassard soit d'environ 2 mm Hg par battement cardiaque. La chute de pression à la vitesse de 2 mm Hg par battement est nécessaire pour estimer de façon précise la pression systolique ou diastolique. Noter le niveau systolique à l'apparition du premier bruit de battement clair (phase 1 Korotkoff) et le niveau diastolique lorsque le bruit disparaît (phase V Korotkoff). 										

Méthode standardisée de mesure de la pression artérielle, PECH	
Méthode auscultatoire (suite)	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer l'auscultation au moins jusqu'à 10 mm Hg sous la Phase V pour exclure un trou auscultatoire diastolique. • Si les bruits de Korotkoff persistent jusqu'à un niveau près de 0 mm Hg, le point d'amortissement du son (phase IV Korotkoff) est utilisé pour indiquer la pression diastolique. • En cas d'arythmie, des mesures additionnelles sont requises pour estimer les pressions systolique et diastolique moyennes. Les extrasystoles isolées devraient être ignorées. • Laisser le brassard gonflé partiellement trop longtemps causera un remplissage du système veineux et rendra les sons difficiles à entendre. Pour éviter la congestion veineuse, il est recommandé d'attendre au moins 1 minute entre deux lectures.
Lectures de la PA	<ul style="list-style-type: none"> • Inscrire la mesure de pression artérielle à 2 mm Hg près si prise sur un manomètre (ou à 1 mm Hg près sur un appareil électronique) ainsi que le bras utilisé et la position du patient, assise, debout ou couchée. • Éviter d'arrondir les chiffres vers le haut ou vers le bas. • Inscrire la fréquence cardiaque et s'il y a arythmie. • À la première visite, la pression artérielle devrait être prise au moins une fois aux deux bras et si un bras donne une lecture plus élevée de façon répétitive, on devrait noter ce fait, en informer le patient et se servir de ce bras par la suite pour la prise de la pression artérielle et son interprétation. • Prendre au moins trois lectures, à une minute d'intervalle, sur le même bras, avec le patient dans la même position, éliminer la première mesure et inscrire la moyenne des deux autres lectures au dossier.
Utilisation des lectures	<ul style="list-style-type: none"> • La mesure de pression artérielle en position assise est utilisée pour déterminer le traitement de l'hypertension et pour en faire le suivi. • La mesure de pression artérielle en position debout après 2 (1 à 5) minutes, (le bras étant soutenu) est utilisée pour évaluer l'hypotension orthostatique laquelle, si présente, peut modifier le traitement. À faire chez les patients > 65 ans, avec diabète, avec symptômes d'hypotension orthostatique • La mesure de pression artérielle en position couchée peut être utile dans l'évaluation des patients âgés ou diabétiques.

N.B. Les instructions s'appliquent à la prise de pression artérielle avec un sphygmomanomètre et un stéthoscope; plusieurs étapes ne s'appliquent pas si on utilise un appareil électronique.

Mesure automatisée de la pression artérielle en cabinet

- Patient assis dans un endroit calme (sans période de repos spécifique)
- Appareil ajusté pour prendre des mesures aux 1 ou 2 minutes
- Première mesure prise par le professionnel pour valider la bonne position du brassard et la validité de la mesure
- Patient ensuite laissé seul
- L'appareil élimine la 1ère mesure et fait la moyenne des autres mesures (au moins 5 autres)
- La méthode serait comparable à la MAPA de jour, HTA si PA \geq 135/85 mm Hg

Dans notre clinique, nous adoptons :

- la méthode auscultatoire de mesure de la pression artérielle
 - la méthode automatisée de mesure de la pression artérielle
 - autre (préciser) :
-

Une session de formation sur la méthode standardisée de mesure de la pression artérielle à partir du DVD (Lyne Cloutier, Mesure de la pression artérielle, SQHA et UQTR, 2008) sera offerte aux professionnels :

- Oui
- Non

Le tableau qui suit présente les erreurs les plus fréquentes et leur incidence sur les valeurs de PA

Sources d'erreur	Effets en mm Hg	
	PAS	PAD
Vient de fumer	+6	+5
Vient de boire un café	+11	+5
Vient de prendre de l'alcool	+8	+8
Vessie distendue (envie)	+15	+10
Mesure prise en parlant	+7	+8
Brassard trop petit	-8 à +10	+2 à +8
Brassard posé sur les	+5 à +50	---
Bras du patient non soutenu	+1 à +7	+5 à +11
Dos du patient non soutenu	+6 à +10	---
Trou auscultatoire manqué	-10 à -50	---
Arrondissement à -5 ou -10	-10	---

Source: Reeves, Richard, *Does this patient have hypertension? : How to measure blood pressure*, JAMA, vol. 273 (15), 19 April 1995, pp 1211-1218

2.3 Indications de MAPA et d'automesure à domicile

Pour notre clinique, les indications pour utiliser la MAPA ou l'automesure à domicile sont :

- celles proposées par le PECH
- autre (préciser) : _____

Recommandations	
MAPA	Automesure à domicile
<ul style="list-style-type: none"> • Poser le diagnostic d'HTA après 2 mesures élevées constatées en clinique • Confirmer l'hypertension de « sarrau blanc » détectée par l'automesure à domicile • Chez les patients traités qui présentent : <ul style="list-style-type: none"> • Résistance apparente au traitement pharmacologique • Symptômes d'hypotension • Variations dans les mesures prises en cabinet <p>• Toujours utiliser des appareils validés.</p> <p>N.B. : Durant le sommeil, une baisse de PA inférieure à 10 % est associée à un risque accru d'événements cardiovasculaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poser le diagnostic d'HTA après 2 mesures élevées constatées en clinique ou suspicion « d'hypertension de sarrau blanc » ou « d'hypertension masquée » (PA < 140/90 mm Hg au cabinet, 3 mesures prises au cours de 2 visites, et PA > 135/85 mm Hg à domicile, 3 mesures prises matin et soir pendant 2 jours) • Améliorer la normalisation de la PA • Suivre les patients hypertendus (la mesure du matin doit être faite avant la prise du médicament), en particulier : <ul style="list-style-type: none"> • Diabète • Maladie rénale chronique • Inobservance au traitement soupçonnée • « Hypertension de sarrau blanc » confirmée • Hypertension masquée <p>Encourager les patients hypertendus à utiliser un appareil approuvé et une technique adéquate.</p> <p>Les appareils doivent être vérifiés régulièrement.</p> <p>La mesure de la PA à domicile est un indicateur prévisionnel plus étroitement lié au pronostic de maladie cardiovasculaire que la mesure de la PA en cabinet.</p> <p>N.B. Un vidéo sur l'enseignement de l'automesure peut être téléchargé à www.hypertension.ca</p>

La décision de recommander la MAPA ou l'automesure sera prise par :

- l'infirmière
- le médecin

l'infirmière et le médecin

Les endroits pour orienter les patients pour une MAPA sont :

la clinique

autre : _____ Téléphone : _____

2.4 Enseignement sur l'automesure

Marche à suivre pour le diagnostic de l'HTA par automesure à domicile

- 2 mesures le matin
- 2 mesures le soir
- durant 7 jours
- éliminer les valeurs du jour 1
- faire la moyenne

Conseils et enseignement au patient

- enseigner au patient la technique de mesure de la PA et la réviser régulièrement
- renseigner le patient sur l'interprétation des résultats
- vérifier régulièrement en clinique la précision de l'appareil du patient avec un appareil calibré
- recommander l'achat d'un appareil de mesure de la PA répondant aux normes

L'enseignement au patient sera fait par :

l'infirmière

le médecin

l'infirmière et le médecin

autre (préciser : pharmacien, nutritionniste, clinique ambulatoire, etc.)

Un carnet sera remis au patient pour y inscrire ses valeurs de PA :

Oui

Non

L'outil « Conseil sur l'achat et l'utilisation d'un sphygmomanomètre à domicile pour automesure – Mise à jour 2010 » (voir page 18) sera remis au patient :

Oui

Non

Si oui, par :

l'infirmière

le médecin

l'infirmière et le médecin

Conseils sur l'achat et l'utilisation d'un sphygmomanomètre à domicile pour automesure – Mise à jour 2010

Pourquoi mesurer soi-même sa pression artérielle?

Dans certaines circonstances, on préfère vérifier soi-même sa pression artérielle. C'est votre cas si :

- vous désirez jouer un plus grand rôle dans le contrôle de votre hypertension;
- vous croyez que votre pression est élevée uniquement lorsque vous êtes dans le cabinet du médecin ou à la clinique;
- vous croyez que votre pression est élevée uniquement lorsque vous êtes à l'extérieur du cabinet du médecin;
- votre professionnel de la santé vous conseille de procéder ainsi.

Comment choisir et utiliser un appareil de mesure pour usage personnel?

1. Avant d'acheter un appareil, discutez-en avec votre professionnel de la santé qui saura vous conseiller sur le type d'appareil correspondant à vos besoins (ex : conseils concernant la taille du brassard).
2. Choisissez un appareil de mesure automatisée de la pression artérielle (appareil électronique).

Appareils recommandés par le Programme Éducatif Canadien sur l'Hypertension

On retrouve un logo sur l'emballage des modèles qui répondent aux normes internationales* de mesure précise de la pression artérielle.



Fabricant	Modèles
A&D® ou LifeSource®	705, 767, 767PAC, 767Plus, 774, 774AC, 779, 787W, 787AC
Omron®	HEM-705 PC, HEM-711, HEM-741CINT
Microlife® ou Thermor®	BP 3BTO-A, BP 3AC1-1 PC, BP 3AC1-1 PC, BP 3AC1-2, BP 3AG1, BP 3BTO-1, BP 3BTO-A(2), BP 3BTO-AP, RM 100, BP A100 Plus, BP A 100

- Lisez attentivement le guide d'emploi. Demandez à votre professionnel de la santé de vous apprendre à bien l'utiliser et questionnez-le sur la marche à suivre si vos résultats sont anormaux.
- Apportez votre nouvelle acquisition à votre professionnel de la santé qui pourra déterminer si l'appareil vous donne des mesures semblables à celles que vous obtenez au bureau de votre médecin.

Mesure de la PA

Afin d'obtenir une mesure fiable, il faut :

- éviter de fumer et de boire du café au moins 30 minutes avant de prendre votre tension artérielle;
- vider votre vessie et aller à la selle, si nécessaire; avant de prendre votre pression artérielle,
- éviter de porter des manches serrées au moment de la prise de la pression artérielle;
- vous asseoir tranquillement pendant au moins cinq minutes avant de commencer;
- utiliser un brassard de la bonne taille;
- être adossé à une chaise, avoir le bras soutenu de manière à ce qu'il soit à la hauteur du cœur;
- avoir les pieds au sol et éviter de croiser les jambes;
- rester silencieux avant et pendant la mesure;
- mesurer au moins deux fois la pression artérielle à une minute d'intervalle.

Si vous vous sentez malade, stressé ou anxieux, ou qu'un événement particulier vient de se produire, si vous prenez des médicaments sans ordonnance, comme des sirops contre le rhume ou la toux, notez-le dans votre carnet avec votre résultat.

* Association pour l'avancement de l'instrumentation médicale (Association for the Advancement of Medical Instrumentation-AAMI), la Société britannique de l'hypertension artérielle (British Hypertension Society-BHS)

et la Société européenne de l'hypertension artérielle (*European Society of Hypertension-ESH*).

2^e PARTIE

3. Classification des valeurs de pression artérielle chez les adultes

4. Diagnostic d'hypertension artérielle

5. Évaluation du patient

3. Classification des valeurs de pression artérielle chez les adultes

Notre clinique retient la classification des valeurs de PA :

- proposée par le WHO-ISH (1999) et adoptée par le PECH
- autre (préciser) :
-

Recommandations WHO – ISH 1999*, adoptées par le PECH		
Classification des valeurs de pression artérielle		
CATÉGORIE	PAS** mm Hg	PAD** mm Hg
Optimale	< 120	< 80
Normale	< 130	< 85
Normale élevée	130-139	85-89
Hypertension Grade 1 (légère)	140-159	90-99
Sous-groupe : limite	140-149	90-94
Hypertension Grade 2 (modérée)	160-179	100-109
Hypertension Grade 3 (sévère)	≥ 180	≥ 110
Hypertension systolique isolée	≥ 140	< 90
Sous-groupe : limite	140-149	< 90

* SUBCOMMITTEE OF THE WORLD HEALTH ORGANISATION - INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION (WHO-ISH),

« 1999 World Health Organisation-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension »,

Journal of Hypertension, vol. 17, no 2, 1999, p. 151-183.

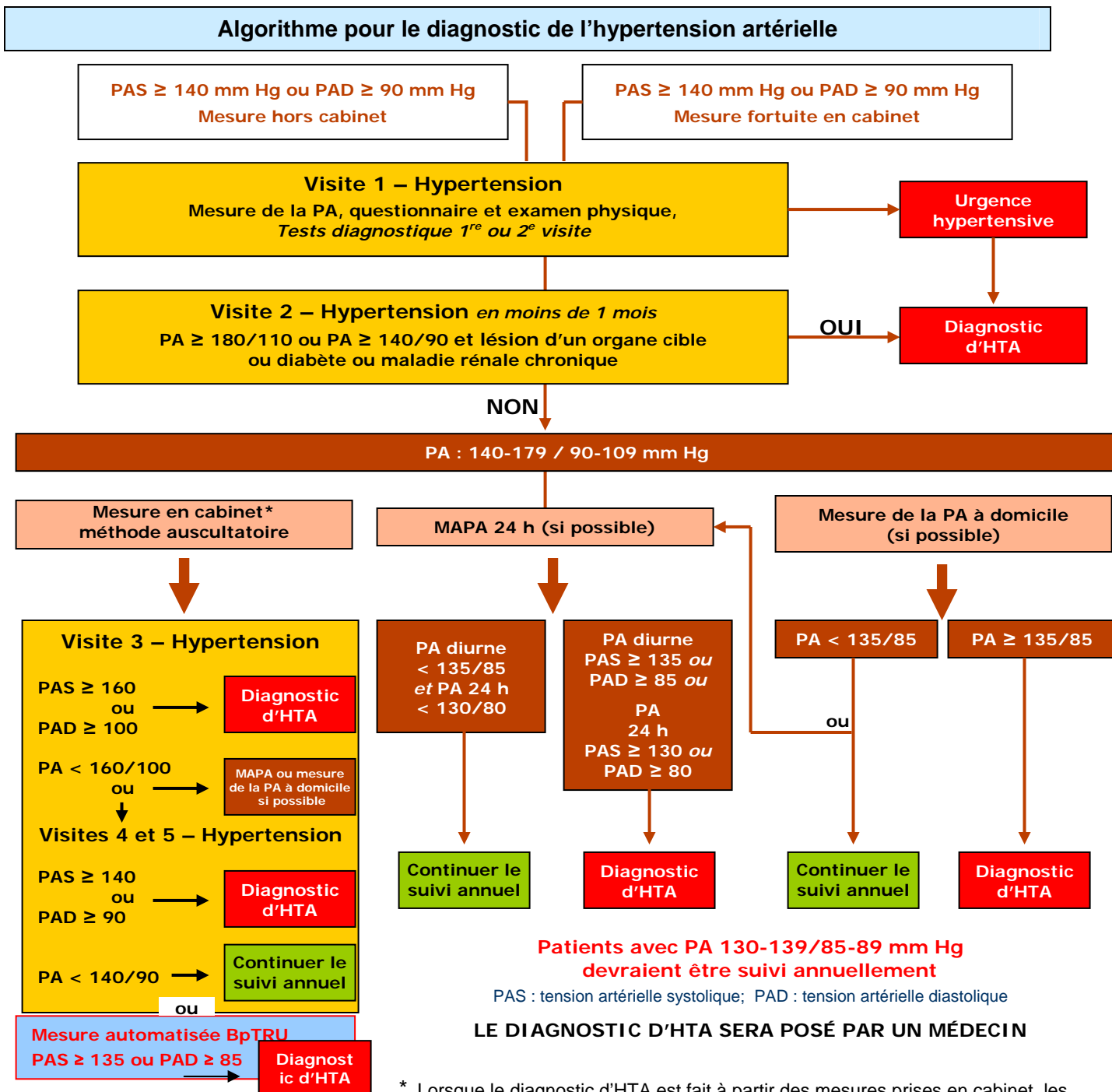
** **Quand la pression systolique et la pression diastolique d'un patient sont de catégories différentes, la catégorie la plus élevée devrait s'appliquer**

4. Diagnostic de l'hypertension artérielle

4.1 Algorithme diagnostique

Notre clinique retient, comme procédure diagnostique :

- l'algorithme proposé par le PECH
 autre (préciser) : _____



* Lorsque le diagnostic d'HTA est fait à partir des mesures prises en cabinet, les valeurs réfèrent à la **valeur moyenne des mesures** de la PA sur le **nombre total des visites** et non seulement aux valeurs de la dernière visite.

Source : Recommandations 2010 du Programme d'éducation canadien sur l'hypertension

4.2 Urgence hypertensive

Conditions associées à l'urgence hypertensive selon PECH

Exemples de crises hypertensives et de situations d'urgence

- PAD asymptomatique ≥ 130 mm Hg
- Encéphalopathie hypertensive
- Dissection aigüe de l'aorte
- Insuffisance ventriculaire gauche aigüe
- Ischémie aigüe du myocarde

Pour la marche à suivre en cas d'urgence hypertensive, notre clinique retient :

- les recommandations de *HYPERTENSION Guide thérapeutique 2007* résumées dans le tableau suivant :

Définitions d'urgence hypertensive et conduite en fonction des valeurs de pression artérielle*				
Diagnostic	PAS mm Hg		PAD mm Hg	Conduite
Hypertension grave	≥ 180	et/ou	≥ 110	Patients <u>asymptomatiques</u> : <ul style="list-style-type: none"> • faire investigation, suivi dans les jours prochains et faire voir au médecin de garde pour commencer le traitement à la 2^e visite post tests de laboratoire Patients <u>symptomatiques</u> ou <u>atteintes d'organes cible</u> , faire voir au médecin de garde
Hypertension accélérée ou maligne**	$> 210-230$	et/ou	$> 120-130$	Si complications aigües ou imminentes des organes cibles, urgence hypertensive véritable : transfert hospitalier, aux soins intensifs si possible Si pas d'évidence de complications aigües ou imminentes des organes cibles, urgence hypertensive relative : transfert hospitalier Une fois la PA stabilisée, compléter l'investigation
* Les valeurs varient en fonction de l'atteinte d'organes cibles ** L'HTA est maligne si le fond d'œil présente un papillœdème accompagné d'exsudats et d'hémorragies; elle est accélérée s'il y a exsudats et hémorragies sans papillœdème Source : <i>HYPERTENSION Guide thérapeutique, SQHA, 2007</i>				

❖ **Hypertension grave et patient asymptomatique**

Faire l'évaluation de base décrite au point suivant (# 5) du protocole (directive).

❖ **Hypertension accélérée ou maligne ou HTA grave et patient symptomatique**

Pour chacun des éléments suivants, cocher la case appropriée afin de préciser « qui fait quoi » :

« **I** » pour l'infirmière

« **M** » pour le médecin

« **I et M** » pour l'infirmière et le médecin

Mesures générales : si PAS > 210-230 mm Hg et PAD > 120-130 mm Hg	I	M	I et M
Coucher le patient dans un endroit calme avec lumière tamisée (si disponible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévenir le médecin de garde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donner de l'oxygène 100 % avec masque (si disponible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procéder au transfert en ambulance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionnaire	I	M	I et M
Histoire d'HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments prescrits et non prescrits, antihypertenseur, arrêté ou oubli récent, anti-inflammatoires non-stéroïdiens, amphétamines, décongestionnants, drogues (cocaïne, PCP, etc.), alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Histoire d'atteinte d'organes cibles : infarctus du myocarde, AVC, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes récents de détérioration de l'atteinte des organes cibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes présents : ICT, douleur rétrosternale, dyspnée, orthopnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : crises d'anxiété aiguë ou de panique, douleur importante, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examen physique	I	M	I et M
Signes vitaux : pouls, PA, RR, T°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de la PA aux deux bras de façon répétée, en position assise ou couchée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fond d'œil : œdème papillaire, exsudats, hémorragie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen neurologique sommaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen cardio-pulmonaire : arythmie, souffles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen vasculaire : souffles carotidiens, abdominal et fémoraux, pouls périphériques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tests	I	M	I et M
ECG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiographie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Créatinine, électrolytes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FSC (hémolyse sur frottis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LDH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse d'urine et microscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Évaluation du patient

5.1 Évaluation de base

L'évaluation de base comporte cinq éléments :

1. questionnaire et examen physique
2. recherche de l'atteinte des organes cibles
3. recherche de facteurs de risque cardiovasculaire d'athérosclérose
4. calcul du risque cardiovasculaire
5. tests diagnostiques de base

5.1.1. Questionnaire et examen physique

Pour chacun des éléments suivants, cocher la case appropriée afin de préciser « qui fait quoi » :

« I » pour l'infirmière

« M » pour le médecin

« I et M » pour l'infirmière et le médecin

Questionnaire	I	M	I et M
Symptômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents personnels et familiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habitudes de vie : consommation de sel, d'alcool, de matières grasses, tabagisme, activité physique, gain de poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommation de médicaments ou présence d'autres facteurs susceptibles de provoquer ou aggraver la PA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation des facteurs psychosociaux et environnementaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Exemples de facteurs exogènes pouvant provoquer ou aggraver l'HTA	
Médicaments d'ordonnance	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-inflammatoires non stéroïdiens • Corticostéroïdes et stéroïdes anabolisants • Contraceptifs oraux et hormones sexuelles • Vasoconstricteurs/décongestionnants sympathomimétiques • Inhibiteurs de la calcineurine (cyclosporine, tacrolimus) • Érythropoïétine et substances analogues • Antidépresseurs : IMAO, ISRS, IRSN* • Midodrine
Autres substances ou problèmes	<ul style="list-style-type: none"> • Racine de réglisse • Stimulants, dont la cocaïne • Sel • Quantités excessives d'alcool/abus d'alcool

*IMAO : inhibiteurs de la monoamine oxydase ; ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ; IRSN : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline.

Pour chacun des éléments suivants, cocher la case appropriée afin de préciser « qui fait quoi » :

« I » pour l'infirmière

« M » pour le médecin

« I et M » pour l'infirmière et le médecin

Examen physique	I	M	I et M
Mesure de la PA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fond d'œil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de l'abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IMC et tour de taille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpation des pouls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recherche de souffles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen neurologique sommaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen cardiovasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.1.2. Recherche de l'atteinte des organes cibles

Notre clinique retient, pour la recherche d'atteinte des organes cibles :

le modèle proposé par le PECH

autre (préciser) : _____

Exemples de lésions d'organes cibles
<p>Maladie vasculaire cérébrale</p> <p>-Accidents vasculaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accident ischémique et ischémie cérébrale transitoire • Hémorragie intracérébrale • Hémorragie anévrysmale sous arachnoïdienne <p>-Démence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Démence vasculaire • Démence vasculaire mixte et démence de type Alzheimer <p>Rétinopathie hypertensive</p> <p>Dysfonctionnement ventriculaire gauche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hypertrophie ventriculaire gauche <p>Coronaropathie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infarctus du myocarde, • angine de poitrine, • insuffisance cardiaque <p>Néphropathie chronique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Néphropathie hypertensive (TFG* < 60ml/min/1,73 m²) • Albuminurie <p>Maladie artérielle périphérique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Claudication intermittente • Index tibio-huméral ≤ 0,9 <p>* TFG : taux de filtration glomérulaire</p>

La recherche de l'atteinte des organes cibles sera faite par :

- l'infirmière
- le médecin
- l'infirmière et le médecin

5.1.3. Recherche de facteurs de risque cardiovasculaire d'athérosclérose

Facteurs de risque
<p>3 facteurs de risques non modifiables :</p> <ul style="list-style-type: none">• Vieillessement... Âge \geq 55 ans• Sexe masculin• Antécédents familiaux de MCV prématurée (< 55 ans chez les hommes et < 65 ans chez les femmes) <p>7 facteurs de risques modifiables :</p> <ul style="list-style-type: none">• Sédentarité• Mauvaises habitudes alimentaires• Obésité abdominale• Dysglycémie (Intolérance au glucose ou diabète)• Tabagisme• Dyslipidémie• Stress• Non observance <p>Atteinte des organes cibles :</p> <ul style="list-style-type: none">• Hypertrophie ventriculaire gauche• Microalbuminurie ou protéinurie• Néphropathie chronique (taux de filtration glomérulaire < 60 ml/min/1,73m²) <p>Présence de maladie vasculaire athérosclérotique</p> <ul style="list-style-type: none">• AVC ou ICT antérieurs• Maladie coronarienne• Maladie artérielle périphérique

La recherche des facteurs de risque sera faite par :

- l'infirmière
- le médecin
- l'infirmière et le médecin

5.1.4. Évaluation du risque cardiovasculaire

Pour l'évaluation du risque cardiovasculaire, notre clinique retient :

- les recommandations du PECH
- autre (préciser) : _____

Évaluation du risque cardiovasculaire

- Le risque cardiovasculaire global devrait être évalué. Des modèles multifactoriels d'évaluation du risque peuvent être utilisés pour prédire de façon plus précise le risque cardiovasculaire global d'un patient et pour optimiser le traitement antihypertenseur.
(Exemple : grille de Framingham, SCORE)
- **Attention à l'interprétation : le risque calculé peut être influencé par divers autres facteurs : âge du patient près d'une autre catégorie, évidence préclinique d'athérosclérose à l'imagerie, une histoire familiale sévère (risque x 1,4), stade d'obésité et tour de taille ≥ 102 cm (H) et ≥ 88 cm (F), diabète (risque x 2 chez H et x 4 chez F), triglycérides \uparrow , niveau élevé de protéine C réactive, fibrinogène, homocystéine, Apolipoprotéine B ou Lp(a).**
- Le patient devrait être informé de son risque global pour améliorer l'efficacité des mesures de modifications des facteurs de risque.
- **La mesure de l'index tibio-huméral augmente la précision de l'évaluation du risque cardiovasculaire.**

Le calcul du risque cardiovasculaire sera évalué à l'aide de l'outil suivant :

- Évaluation du risque d'événement coronarien : Grille de Framingham
- Évaluation du risque de mortalité par MCV : SCORE
- autre (préciser) : _____

L'évaluation du risque cardiovasculaire sera faite par :

- l'infirmière
- le médecin
- l'infirmière et le médecin

5.1.5. Tests diagnostiques de base

Pour notre clinique nous retenons :

- les recommandations du PECH
- autre (préciser) : _____

Tests diagnostiques de base

- Analyse d'urine
- Chimie sanguine (potassium, sodium, créatinine)
- Glycémie à jeun
- Bilan lipidique à jeun : cholestérol total, HDL, LDL, triglycérides
- ECG standard à 12 dérivations

En présence de diabète

- Dosage de l'albumine urinaire

N.B. - La FSC n'est plus recommandée depuis 2007.

- L'échographie cardiaque n'est pas recommandée systématiquement. Si suspicion de dysfonction ventriculaire gauche, maladie coronarienne ou insuffisance cardiaque, évaluation en échographie ou en médecine nucléaire.

Pour le suivi :

- **Répéter les tests de laboratoire** suivant la **condition** clinique du patient.
- **Surveiller tous les patients hypertendus pour une nouvelle apparition du diabète.**
Le diabète se développe chez 1 à 3 %/an des hypertendus avec traitement pharmacologique. Risque plus élevé si obésité, sédentarité, glycémie à jeun plus élevée, mauvaises habitudes alimentaires, traités avec diurétiques ou BB. Répéter la glycémie à jeun plus fréquemment selon le cas.

Les tests diagnostiques seront demandés par :

- l'infirmière, selon une ordonnance collective
- le médecin
- l'infirmière et le médecin

Voir onglet **Ordonnance collective** : Initier des analyses de laboratoire et des examens recommandés en lien avec le dépistage et le suivi de l'hypertension artérielle.

5.2 Évaluation complémentaire chez le patient hypertendu

Tests diagnostiques pour la recherche de causes identifiables d'hypertension secondaire	
HYPERTENSION RÉNOVASCULAIRE	
Indices cliniques (au moins 2)	Tests
<ul style="list-style-type: none"> - Apparition ou aggravation soudaines après 55 ans ou avant 30 ans - Présence d'un souffle abdominal - Résistance au traitement pharmacologique même avec polypharmacie (≥ 3 agents) - Élévation du taux de créatinine $\geq 30\%$ associée à l'usage d'un I-ECA* ou d'un ARA** - Autre maladie athéroscléreuse chez patients fumeurs ou avec dyslipidémie - Oedème pulmonaire récurrent associé à des hausses subites de PA 	<ul style="list-style-type: none"> - Scintigraphie rénale au captopril si TFG > 60 ml/min/1,73m² - Échographie Doppler - Angiographie par résonance magnétique - Angiographie sous tomographie si fonction rénale normale (à éviter dans le cas des patients ayant une maladie rénale chronique en raison des risques de toxicité des produits de contraste (i.e. TFG < 60 ml/min/1,73 m²))
HYPERTENSION ENDOCRINIENNE	
Phéochromocytome	
Indices cliniques	Tests
<ul style="list-style-type: none"> - HTA paroxystique ou grave et prolongée (PA $\geq 180/110$ mm Hg), rebelle au traitement antihypertenseur habituel - Symptômes évoquant un excès de catécholamines : céphalées, palpitations, transpirations, crises de panique, pâleur - HTA induite par bêtabloquants, IMAO***, mictions ou modification de pression abdominale - HTA associée à masse surrénalienne découverte fortuitement, polyadénomatoses endocriniennes 2A ou 2B, neurofibromatose ou angiomasose de von Hippel-Lindau <p style="color: red; margin-left: 20px;">N.B. Patient devrait être référé dans un centre spécialisé en HTA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dosage des métanéphrines totales et créatinine dans les urines de 24 heures et rapport métanéphrines/créatinine - Dosage catécholamines et métanéphrines totales et fractionnées plasmatiques (dans peu de laboratoire) - Dosage de l'AVM : inadéquat <p>En présence de résultats douteux, répéter les tests ou faire le test de suppression à la clonidine.</p> <p>En présence de tests positifs, localiser le phéochromocytome par l'un des tests suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. imagerie par résonance magnétique (préférable) 2. Tomographie 3. Scintigraphie à l'Iode 131
Hyperaldostéronisme	
Indices cliniques	Tests
<ul style="list-style-type: none"> - HTA avec hypokaliémie spontanée ($K^+ < 3,5$ mmol/L) - HTA et forte hypokaliémie induite par diurétique ($K^+ < 3$ mmol/L) - HTA résistante au traitement associant au moins 3 antihypertenseurs - HTA avec diagnostic fortuit d'adénome surrénalien 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosage de l'aldostérone plasmatique et de l'activité de la rénine plasmatique (Cesser les antihypertenseurs suivants : antagonistes de l'aldostérone, bloquants des récepteurs de l'angiotensine, bêtabloquants et clonidine) - Si positif, démontrer hypersécrétion inappropriée par manœuvres spécifiques (test de suppression au captopril ou avec fludrocortisone, test de surcharge saline, etc.) - Si positif, localiser la lésion par tomographie ou résonance magnétique

* I-ECA : inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine.

** ARA : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine.

*** IMAO : inhibiteur de la monoamine oxydase

3^e PARTIE

6. Traitement de l'hypertension artérielle

- 6.1 Valeurs cibles
- 6.2 Traitement non pharmacologique
- 6.3 Traitement pharmacologique

7. Suivi de l'hypertension artérielle

- 7.1 Fréquence des suivis
- 7.2 Observance du traitement
- 7.3 Documentation à remettre au patient

6. Traitement de l'hypertension artérielle

6.1 Valeurs cibles

Notre clinique retient les valeurs cibles en fonction des conditions cliniques particulières :

- proposées par le PECH
- autre (préciser) : _____

RECOMMANDATIONS	
Valeurs cibles selon des conditions cliniques particulières	
Conditions	Valeurs cibles en mm Hg
Hypertension systolique	< 140
Hypertension diastolique	< 90
Diabète	< 130/80
Néphropathie	< 130/80

Les valeurs cibles à atteindre seront discutés avec chaque patient :

- oui
- non

Cette discussion sera conduite par :

- l'infirmière
- le médecin
- l'infirmière et le médecin

Les valeurs à atteindre seront inscrites au dossier du patient et dans son carnet par :

- l'infirmière
- le médecin
- l'infirmière et le médecin

6.2 Traitement non pharmacologique

RECOMMANDATIONS			
Modifications des habitudes de vie et effets sur la PA			
Sujet	Objectif	Recommandation	Réduction de la PA*
Saine alimentation	Diète de type DASH : <ul style="list-style-type: none"> Régime alimentaire riche en fruits et de légumes frais, en produits laitiers faibles en gras, riche en fibres alimentaires solubles et grains entiers, protéines d'origine végétale (p. ex., soya) et aliments à faible teneur en gras saturés et en cholestérol tel que recommandé par le Guide alimentaire canadien 	À prescrire aux patients hypertendus et normotendus en vue de prévenir et de traiter l'hypertension	-11,4/-5,5 mm Hg pour les hypertendus -3,6/-1,8 mm Hg pour les normotendus
Consommation réduite en sodium	<p>Limiter l'apport en sodium à</p> <ul style="list-style-type: none"> -1500 mg/j chez les 19-50 ans (65 mmol) -1300 mg/j de 51 à 70 ans (57 mmol) -1200mg/j de 71 ans et + (52 mmol) <p>2300 mg de sodium = 6 g de sel = 1 c. à thé de sel</p>	À prescrire aux patients hypertendus et normotendus en vue de prévenir et de traiter l'hypertension	<p>1800 mg de sodium = -5,1/-2,7mmHg</p> <p>2300 mg de sodium = -7,2/3,8mmHg</p>
Accroissement de l'activité physique	Au total, accumulation de 30 à 60 minutes d'exercice dynamique, <u>d'intensité modérée</u> (p. ex., marche, bicyclette et nage), 4 à 7 jours par semaine, en plus des activités de la vie quotidienne. Un exercice plus intense n'est pas plus efficace pour réduire la PA mais peut par contre entraîner d'autres bienfaits cardiovasculaires	À prescrire aux patients hypertendus et normotendus en vue de prévenir et de traiter l'hypertension	-4,9/-3,7 mm Hg
Perte de poids	<p>Déterminer l'IMC chez tous les adultes. Atteinte/maintien d'un IMC santé = 18,5 à 24,9 kg/m²)</p> <p>Tour de taille : Caucasiens, Africains sub-sahariens, Moyen-Orient : H < 94cm et F < 80 cm Asiatiques du sud, Chinois, Japonais : H < 90 cm et F < 80 cm</p>	Il faut recommander une perte de poids à tous les patients hypertendus qui ont un surplus de poids. Favoriser un démarche multidisciplinaire de perte de poids, notamment en amenant le patient à mieux s'alimenter, à être plus actif physiquement et à modifier son comportement.	par kilo perdu, -1,1/-0,9 mm Hg
Modération de la consommation d'alcool	<p>Limiter à 2 consommations standard par jour ou moins, H < 14 consommations/semaine et F < 9 consommations/semaine.</p> <p>Une consommation d'alcool équivaut à :</p> <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 	À prescrire aux patients hypertendus et normotendus en vue de prévenir et de traiter l'hypertension	-3,9/-2,4 mm Hg
Diminution du stress	Les interventions cognitivo-comportementales personnalisées donnent de meilleurs résultats lorsque s'y greffent des techniques de relaxation.	Techniques de gestion du stress pour certains patients	
Abandon du tabac	<p>S'abstenir de fumer.</p> <p>Vivre dans un milieu sans fumée</p>	Stratégie de réduction du risque cardiovasculaire global	

* Padwal et al, CMAJ, sept.27, 2005; 173 (7): 749-751

Dans notre clinique, l'information et la recommandation visant la modification des habitudes de vie comme traitement initial de l'HTA seront assurées par :

- l'infirmière
- le médecin
- l'infirmière et le médecin

Les patients seront informés des habitudes de vie à modifier et de l'incidence que celles-ci peuvent avoir sur leur pression artérielle. Ils seront encouragés à choisir une habitude de vie à modifier (une à la fois) et seront soutenus pour maintenir le changement :

- oui
- non

La motivation du patient au regard des changements à apporter dans ses habitudes de vie sera évaluée. L'évaluation sera faite par :

- l'infirmière
- le médecin
- l'infirmière et le médecin

Le soutien sera assuré par :

- l'infirmière
- le médecin
- l'infirmière et le médecin
- autres ressources (ex. : nutritionniste, kinésiologue, etc.) _____

Des outils seront offerts aux patients en fonction de leur choix :

- oui
- non

6.3 Traitement pharmacologique

Notre clinique retient les recommandations pharmacologiques :

- formulées par le PECH et présentées dans le tableau 1 ci-dessous
- autre (préciser) : _____

Tableau 1 : Recommandations du PECH 2010 pour le traitement pharmacologique selon les valeurs de la PA, l'atteinte des organes cibles et la présence d'autres facteurs de risques

Recommandations de traitement pharmacologique selon les valeurs de la PA, l'atteinte des organes cibles et la présence d'autres facteurs de risques	
Valeurs de PA facteurs de risque ou atteinte des organes cibles	Recommandations
Patient à faible risque avec PA 140-159/90-99 mm Hg	<ul style="list-style-type: none"> • Changement des habitudes de vie
Patient à faible risque avec PA ≥ 160/≥ 100 mm Hg	<ul style="list-style-type: none"> • Changement des habitudes de vie et pharmacothérapie
Patient avec autres facteurs de risque de MCV (90% des Canadiens) et PA 140- 159/90-99 mm Hg	<ul style="list-style-type: none"> • Changement des habitudes de vie et pharmacothérapie
Patient avec atteinte d'organes cibles et PA 140-159/90-99 mm Hg	<ul style="list-style-type: none"> • Changement des habitudes de vie et pharmacothérapie
Patient avec diabète ou maladie rénale chronique et PA ≥ 130/80 mm Hg	<ul style="list-style-type: none"> • Changement des habitudes de vie et pharmacothérapie jusqu'à l'atteinte des valeurs cibles

N.B. Tous les patients dont la PA répond aux critères mentionnés plus haut doivent être traités **quelque soit leur âge.**

Considérer une **combinaison de 2 médicaments de première intention** si la PA systolique est supérieure à la valeur cible **systolique** de **20 mm Hg** ou **diastolique** de **10 mm Hg.**

Attention à l'hypotension orthostatique, en particulier chez les personnes âgées.

Les tableaux 2 et 3 sont présentés à titre d'informations. Le tableau 2 résume les recommandations du PECH pour les traitements pharmacologiques en fonction de diverses conditions cliniques et le tableau 3 souligne les associations optimales des médicaments antihypertenseurs.

Tableau 2 : Recommandations pharmacologiques selon la condition clinique

Éléments à prendre en considération dans l'individualisation d'un traitement antihypertenseur			
Facteurs à considérer pour l'individualisation du traitement antihypertenseur	Traitement initial	Traitement de deuxième intention	Remarques et mises en garde
HYPERTENSION SANS MALADIE COEXISTANTE Cible : < 140/90 mm Hg			
Hypertension diastolique +/- systolique	Diurétiques thiazidiques, bêtabloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (I-ECA), antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA) ou bloquants des canaux calciques (BCC) à longue durée d'action (envisager l'AAS et les statines chez certains patients). Envisager, dès le départ, un traitement par association de deux médicaments de première intention si la PA systolique est \geq 20 mm Hg ou si la PA diastolique est \geq 10 mm Hg au-dessus des valeurs cibles	Association de médicaments de première intention	Les bêtabloquants ne sont pas recommandés en monothérapie initiale pour les patients âgés de 60 ans ou plus. Pour les patients prenant des diurétiques en monothérapie, l'hypokaliémie doit être évitée par l'utilisation d'agents d'épargne potassique. Les I-ECA ne sont pas recommandés pour les patients de race noire. Les I-ECA, les ARA et les inhibiteurs directs de la rénine sont possiblement tératogènes et il faut faire preuve de prudence chez les femmes en âge de procréer. La combinaison d'un I-ECA et d'un ARA est spécifiquement non recommandée. La prudence est de mise dans le cas des patients chez lesquels un traitement d'association initial serait susceptible d'entraîner une chute de pression importante ou chez ceux qui pourraient mal le tolérer (p. ex., les personnes âgées).
Hypertension systolique isolée	Diurétiques thiazidiques, ARA ou BCC de type dihydropyridine à longue durée d'action	Association de médicaments de première intention	Mêmes remarques que pour l'hypertension diastolique +/- systolique
DIABÈTE cible : < 130/80 mm Hg			
Diabète avec albuminurie*	I-ECA ou ARA	Ajout de diurétiques thiazidiques, bêtabloquants cardiosélectifs, BCC à longue durée d'action.	Si le taux de créatinine sérique est > 150 μ mol/L, substituer un diurétique de l'anse aux diurétiques thiazidiques à faible dose, en cas d'hypervolémie
Diabète sans albuminurie*	I-ECA, ARA, BCC de type dihydropyridinique ou diurétiques thiazidiques	Association de médicaments de première intention ou, si les médicaments ne sont pas tolérés, ajout de bêtabloquants cardiosélectifs et/ou BCC à action prolongée non dihydropyridiniques	La combinaison d'un I-ECA et d'un ARA est spécifiquement non recommandée.

*Albuminurie est défini comme un ratio persistant albumine/créatinine >2,0mg/mmol chez H et > 2,8mg/mmol chez F

Tableau 2 : Recommandations pharmacologiques selon la condition clinique (suite)

MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET CÉRÉBROVASCULAIRES cible : < 140/90 mm Hg			
Angine	I-ECA ou ARA sauf chez les patients à faible risque. Bêtabloquants pour patients avec angine stable	BCC à longue durée d'action. Pour patients à risque élevé, si combinaison, IECA et BCC dihydropyridinique.	Éviter la nifédipine à courte durée d'action. La combinaison d'un I-ECA et d'un ARA est spécifiquement non recommandée
Antécédents d'infarctus du myocarde	Bêtabloquants et I-ECA (ARA en cas d'intolérance aux I-ECA)	BCC à longue durée d'action dihydropyridinique	La combinaison d'un I-ECA et d'un ARA est spécifiquement non recommandée.
Insuffisance cardiaque	I-ECA (ARA en cas d'intolérance aux I-ECA) et bêtabloquants. Spironolactone chez les patients présentant des symptômes d'insuffisance cardiaque de classe III ou IV selon la classification de la NYHA	ARA en plus d'IECA. Combinaison de hydralazine/dinitrate d'isosorbide Diurétiques thiazidiques ou diurétiques de l'anse comme traitement d'appoint	Adapter la posologie de manière à administrer les mêmes doses d'I-ECA ou d'ARA que celles utilisées dans les essais cliniques. Éviter les BCC de type non dihydropyridinique (diltiazem, verapamil). Si un I-ECA est administré en association avec un ARA, il faut surveiller le taux de potassium et la fonction rénale.
Hypertrophie ventriculaire gauche	Aucune influence sur les recommandations concernant le traitement initial	Association d'agents additionnels	L'hydralazine et le minoxidil peuvent augmenter l'hypertrophie ventriculaire gauche et ne doivent pas être utilisés.
Antécédents d'AVC ou d'ICT	Association d'I-ECA et diurétique	Association d'agents additionnels	La recommandation ne s'applique pas aux accidents vasculaires cérébraux en phase aiguë. L'abaissement de la pression artérielle diminue le risque de récurrence d'AVC chez les patients stabilisés. La combinaison d'un I-ECA et d'un ARA est spécifiquement non recommandée
NÉPHROPATHIE CHRONIQUE NON DIABÉTIQUE cible : <130/80 mm Hg			
Insuffisance rénale chronique non diabétique avec protéinurie (protéines urinaires > 500 mg/24 h ou RAC > 30 mg/mmol)	I-ECA (ARA si intolérance aux I-ECA). Diurétiques thiazidiques en traitement d'appoint	Association d'agents additionnels	Les I-ECA ou les ARA sont déconseillés en cas de sténose bilatérale des artères rénales ou de sténose unilatérale sur un rein unique. Suivre de près les taux de créatinine et de potassium sérique chez les patients sous I-ECA ou ARA. La combinaison d'un I-ECA et d'un ARA est spécifiquement non recommandée chez les personnes ayant une insuffisance rénale sans protéinurie
Maladie rénovasculaire	Aucune influence sur les recommandations concernant le traitement initial	Association d'agents additionnels	I-ECA et ARA sont déconseillés en cas de sténose bilatérale des artères rénales ou de sténose unilatérale sur un rein unique.
AUTRES MALADIES cible : <140/90 mm Hg			
Maladie artérielle périphérique	Aucune influence sur les recommandations concernant le traitement initial	Association d'agents additionnels	Éviter les bêtabloquants en cas de maladie grave.
Dyslipidémie	Aucune influence sur les recommandations concernant le traitement initial	Association d'agents additionnels	
Protection vasculaire globale	<ul style="list-style-type: none"> • Statines pour les patients présentant 3 facteurs de risque cardiovasculaires ou plus, ou atteints d'une maladie athérosclérotique. • AAS à faible dose chez les patients hypertendus dont la pression artérielle est maîtrisée. 		Considérer les facteurs de risque suivants : sexe masculin, HVG, autres anomalies à l'ECG, maladie artérielle périphérique, AVC antérieur ou ICT, microalbuminurie ou protéinurie, diabète type 2, tabagisme, histoire familiale précoce, ratio chol. tot/HDL chol ≥ 6. Il faut se montrer prudent avec AAS si la PA n'est pas maîtrisée.

Tableau 3 : Association optimale de médicaments antihypertenseurs

Associations optimales de médicaments antihypertenseurs	
Associer un agent de la colonne 1 à un agent de la colonne 2	
Colonne 1	Colonne 2
Diurétique thiazidique	I-ECA
BCC à longue durée d'action*	Bêtabloquant * ARA
<p>* La prudence s'impose quand un BCC ne faisant pas partie de la classe des dihydropyridines est associé à un bêtabloquant.</p> <p>N.B. - Combinaison d'un BB, IECA. ARA ou antagoniste de rénine n'ajoute pas d'effets hypotenseurs - Combinaison d'un IECA et ARA ne diminue pas les événements CV davantage qu'un IECA seul et présente plus d'effets adverses, donc non recommandée.</p>	

L'ajustement du dosage des médicaments antihypertenseurs sera fait par :

- l'infirmière, selon une ordonnance collective
- le médecin
- l'infirmière et le médecin

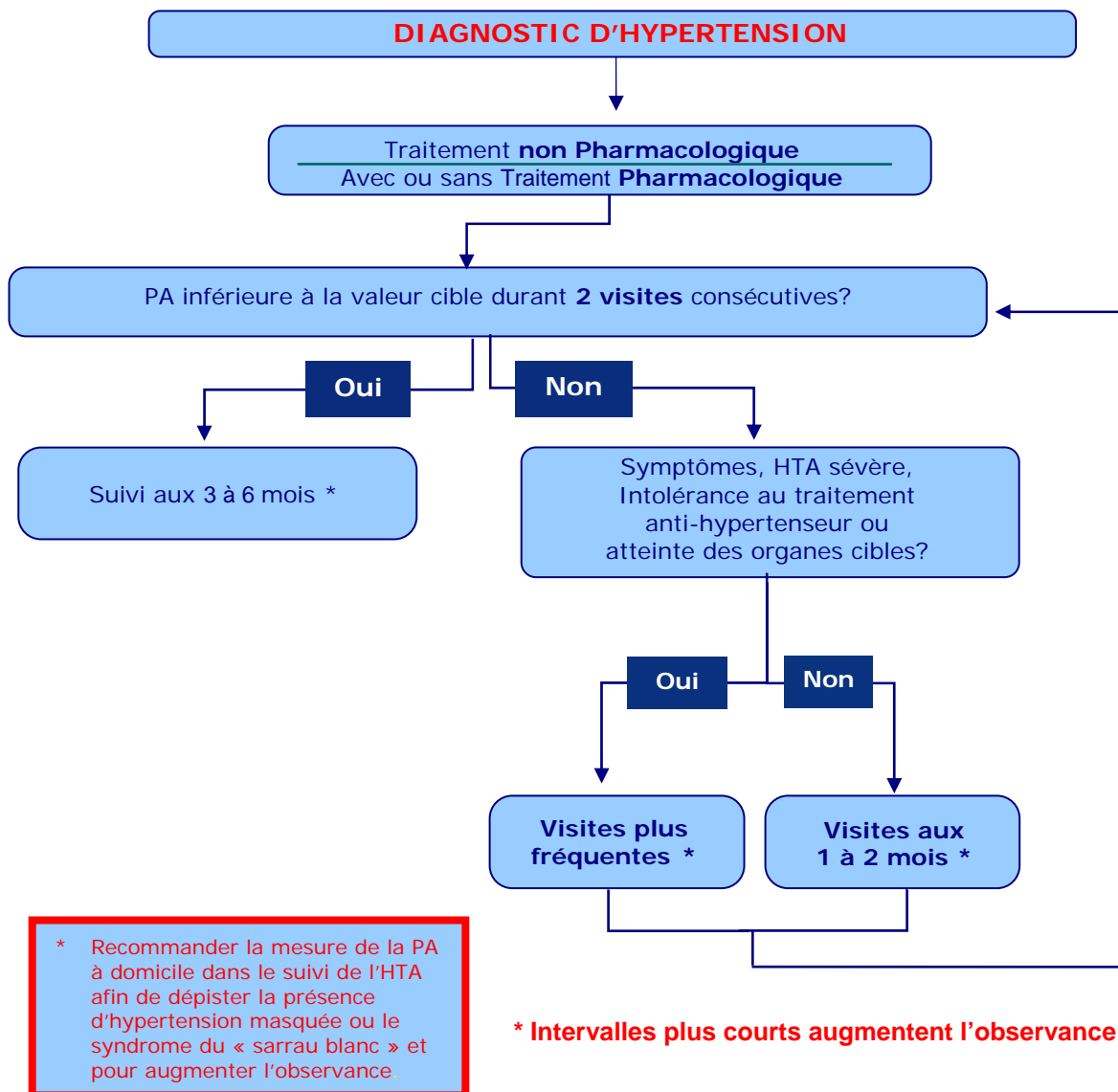
7. Suivi de l'hypertension artérielle

7.1 Fréquence des suivis

Pour la fréquence des suivis, notre clinique retient :

- recommandations du **PECH 2010** présentées à la figure 1
- autre (préciser) : _____

Figure 1 : Recommandations relatives au suivi



Raisons pouvant expliquer une piètre réponse aux traitements*

Non-observance

Alimentation
Médicament

Caractéristiques associées

Obésité
Tabagisme
Consommation excessive d'alcool
Apnée du sommeil
Douleur chronique et/ou maladie mentale

Interactions médicamenteuses

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (incluant les inhibiteurs de la cyclo-oxygénase [COX 2])
Contraceptifs oraux
Corticoïdes et stéroïdes anabolisants
Agents sympathomimétiques et décongestionnants, **cocaïne**
Amphétamines
Érythropoïétine
Cyclosporine, tacrolimus
Réglisse
Suppléments alimentaires en vente libre (p. ex. : éphédra, extrait de Ma Huang, orange amère)
IMAO, ISRS, IRSN

Schémas thérapeutiques sous-optimaux

Dose trop faible
Association inappropriée d'antihypertenseurs

Surcharge volémique

Consommation excessive de sel
Rétention sodique rénale (pseudo-tolérance)

Hypertension secondaire

Insuffisance rénale
Maladie rénovasculaire
Hyperaldostéronisme primaire
Maladie thyroïdienne
Phéochromocytome et autres troubles endocriniens rares
Apnée du sommeil obstructif

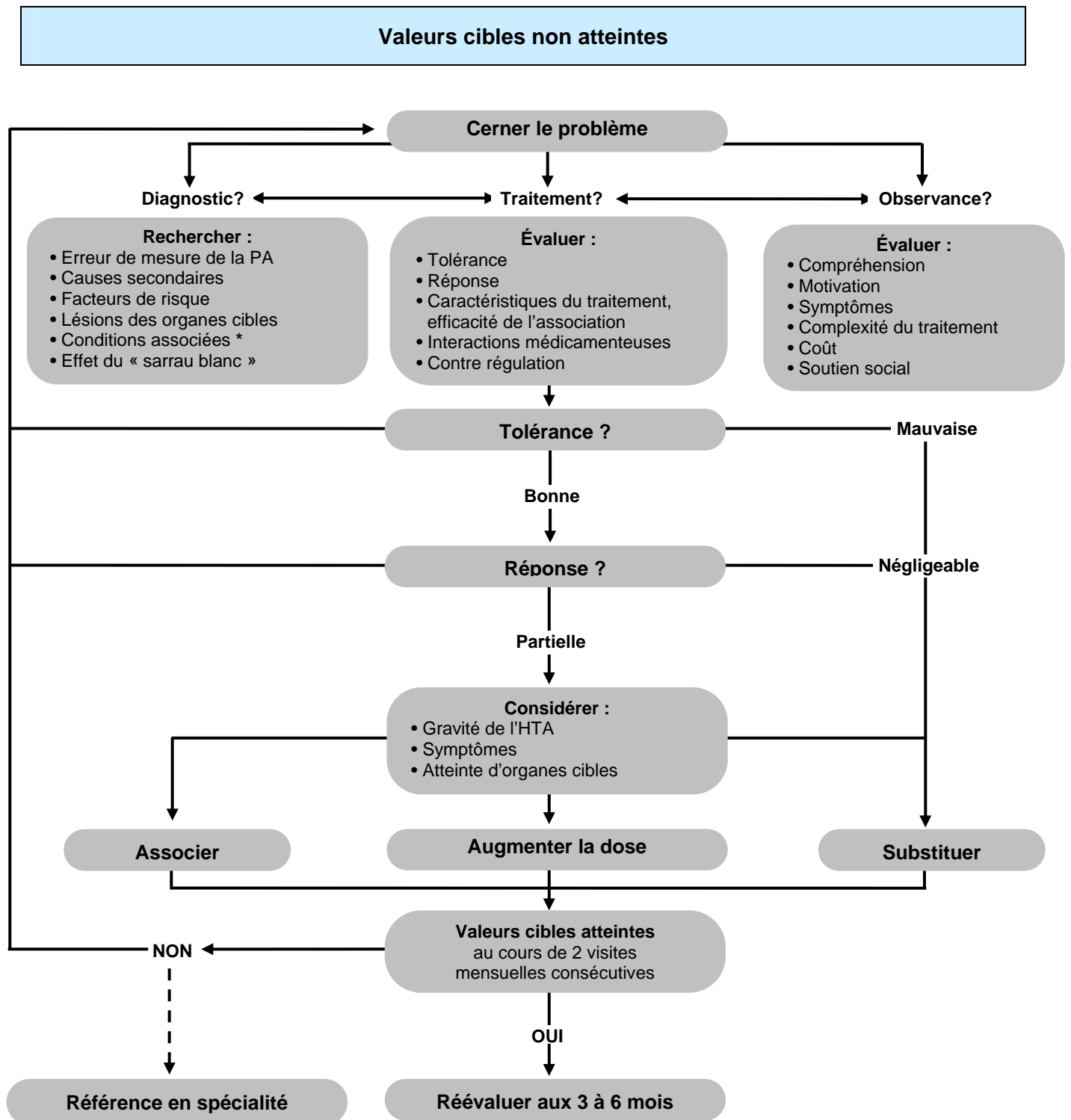
* Réimpression autorisée par le Programme éducatif canadien sur l'hypertension

Pour les cas où les valeurs cibles du traitement ne sont pas atteintes, notre clinique retient la démarche proposée par *PECH* telle que présentée à la figure 2 :

oui

non

Figure 2 : Démarche proposée lorsque les objectifs du traitement ne sont pas atteints



* Exemples de conditions associées : obésité, tabagisme, consommation excessive d'alcool, apnée du sommeil, douleur chronique, maladie mentale

Le suivi des patients **hypertendus** sera fait par :

- l'infirmière
- le médecin
- l'infirmière et le médecin

7.2 Observance du traitement

Notre clinique retient, pour améliorer l'observance au traitement :

- les recommandations formulées par le PECH
- autre (préciser) : _____

Recommandations pour améliorer l'observance au traitement

1. Aider le patient à observer son traitement par :

- l'adaptation de l'**horaire des prises de médicaments** aux habitudes de vie du patient
- la **simplification** du schéma thérapeutique à une **posologie unquotidienne**
- le remplacement de 2 antihypertenseurs **par une association** si existante et appropriée
- l'utilisation de piluliers contenant plusieurs médicaments à prendre en même temps
- **l'observance peut être améliorée par l'utilisation d'une approche en équipe multidisciplinaire.**

2. Amener le patient à participer davantage à son traitement par :

- la promotion d'une responsabilisation/autonomie accrue du patient **dans le contrôle de leur HTA et dans l'ajustement de leur traitement**
- la sensibilisation du patient et des membres de sa famille à la maladie et à son traitement (importance de l'enseignement)

3. Améliorer les soins dans le cabinet et à l'extérieur par :

- **l'évaluation de l'observance** du traitement non pharmacologique et pharmacologique **à chaque visite**
- l'encouragement **de l'observance** au traitement par des **contacts à l'extérieur du cabinet** (communications téléphoniques ou postales), surtout dans les premiers mois de traitement,
- la **coordination** avec les professionnels des milieux de travail ou de la communauté (pharmaciens),
- l'utilisation de dispositifs électroniques d'aide à l'observance.

Les recommandations pour améliorer l'observance du traitement par le patient seront appliquées par :

- l'infirmière
- le médecin
- l'infirmière et le médecin

7.3 Documentation à remettre au patient

Recommandation
La remise de documentation constitue une valeur ajoutée au traitement et en favorise l'observance

Le choix des outils sera fait par :

- l'infirmière
- le médecin
- l'infirmière et le médecin

Dans notre clinique, la documentation sera remise par :

- l'infirmière
- le médecin
- l'infirmière et le médecin

8. Signataires du protocole (directive)

Le protocole (ou directive) s'applique au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle par les médecins et les infirmières.

Inscrire les noms des médecins et infirmières de la clinique ou du CSSS qui adhèrent au protocole (directive)

	Nom	Signature	Numéro de permis
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

Le protocole (ou directive) ne remplace en aucun cas le jugement clinique des médecins et des infirmières.