


Mise à jour du protocole médical national  
et d'un modèle d'ordonnance individuelle  
d'ajustement de la médication  
antihypertensive de première intention

Rapport en soutien

Une production de l'Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux (INESSS)

Direction du médicament





# Mise à jour du protocole médical national et d'un modèle d'ordonnance individuelle d'ajustement de la médication antihypertensive de première intention

Rapport en soutien

*Rédigé par*  
Éric Tremblay

*Coordination scientifique*  
Marie-Claude Breton

*Sous la direction de*  
Sylvie Bouchard



Le présent rapport a été présenté au Comité d'excellence clinique en usage optimal du médicament – protocoles médicaux nationaux et ordonnances de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) lors de sa réunion du 11 juin 2019.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

## **Membres de l'équipe projet**

### **Auteur principal**

Éric Tremblay, B. Pharm., M. Sc.

### **Collaborateur interne**

Éric Shink, Ph. D.

### **Coordonnatrice scientifique**

Marie-Claude Breton, Ph. D.

### **Directrice**

Sylvie Bouchard, B. Pharm., D.P.H., M. Sc., MBA

### **Repérage d'information scientifique**

Mathieu Plamondon, M.S.I.

Flavie Jouandon, *tech. doc.*

---

## **Équipe de l'édition**

Patricia Labelle

Denis Santerre

Hélène St-Hilaire

### **Sous la coordination de**

Renée Latulippe, M.A.

### **Avec la collaboration de**

Littera Plus, révision linguistique

Mark Wickens, traduction

---

## **Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

Bibliothèque et Archives Canada, 2019

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF) ISBN 978-2-550-84442-6 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2019

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Mise à jour du protocole médical national et d'un modèle d'ordonnance individuelle d'ajustement de la médication antihypertensive de première intention. Rapport rédigé par Éric Tremblay. Québec, Qc : INESSS; 2019. 22 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

## Comité consultatif

Les membres du comité d'experts qui ont collaboré aux travaux sont :

**M<sup>me</sup> Marie-Catherine Boulanger**, infirmière praticienne spécialisée (IPS) en soins de première ligne, Clinique médicale du Faubourg

**D<sup>re</sup> Johanne Desforges**, médecin de famille, groupe de médecine de famille (GMF) de Verdun

**D<sup>r</sup> Denis Drouin**, médecin de famille, professeur titulaire de médecine de famille et d'urgence, Université Laval, médecin responsable, GMF-R (super-clinique), Centre Médical Le Mesnil, Québec

**M. Fabien Ferguson**, conseiller en soins infirmiers GMF, GMF-R (super-clinique) et GMF-U (universitaire), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale

**M<sup>me</sup> Josée Monfette**, chef des services ambulatoires et de première ligne, Direction adjointe santé physique médecine, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est, Centre local de services communautaires (CLSC) Saint-Bruno-de-Montarville, responsable des infirmières de tous les GMF du CISSS de la Montérégie-Est

**M. Luc Poirier**, pharmacien d'établissement

**M. Frédéric Poitras**, pharmacien communautaire, Groupe Hébert, Ferlatte Pharmaciens, Québec

**D<sup>r</sup> Sébastien Savard**, néphrologue, CHU de Québec – Université Laval, Hôtel-Dieu de Québec

## Lecteurs externes

Les lecteurs externes de ce rapport sont :

**M. Christophe Augé**, pharmacien, chargé de cours pour le programme de Qualification en pharmacie (QeP) à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, rédacteur en chef adjoint et responsable de chronique de la revue *Québec Pharmacie*

**D<sup>re</sup> Caroline Rhéaume**, médecin de famille, chercheure clinicienne au centre de recherche de l'Institut Universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec (CRIUCPQ) et au centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval, professeure agrégée au Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université Laval, responsable Facultaire du cheminement de recherche en médecine, Université Laval

## **Comité d'excellence clinique en en usage optimal du médicament — protocoles médicaux nationaux et ordonnances**

Les membres du CEC UOM-PMNO, qui ont commenté le protocole médical national et le modèle d'ordonnance individuelle d'ajustement, sont :

**D<sup>r</sup> Pierre Ernst**, pneumologue, Université McGill (président)

**M. Georges-Émile Bourgault**, pharmacien, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**D<sup>re</sup> Maryse Cayouette**, microbiologiste-infectiologue, CISSS de Lanaudière, Direction de santé publique

**M. Benoît Cossette**, chercheur, Université de Sherbrooke

**M<sup>me</sup> Sylvie Desgagné**, pharmacienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**D<sup>re</sup> Lucie Deshaies**, médecin de famille, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale

**D<sup>r</sup> Mathieu Forster**, médecin, Certification du Collège des médecins de famille du Canada

**M. Jean-Simon Fortin**, consultant en éthique/Candidat au PhD (bioéthique), Université de Montréal

**M<sup>me</sup> Karina Gauthier**, pharmacienne, CISSS de Laval

**D<sup>re</sup> Catherine Hamel**, médecin omnipraticien, CLSC Châteauguay

**M<sup>me</sup> Nancy Lavoie**, IPS en soins de première ligne, CIUSS Nord-de-l'Île-de-Montréal — Clinique médicale Désy

**M. Simon Lessard**, pharmacien, pharmacie Gagnon et Lessard

**D<sup>r</sup> Howard Margolese**, médecin spécialiste, Université McGill

**M. David Buetti**, membre citoyen

**M<sup>me</sup> Marie-Josée Gibeault**, membre citoyen

**M. Jean-François Proteau**, membre citoyen

## **Comité directeur des protocoles nationaux et des ordonnances associées**

**M<sup>me</sup> Sylvie Dubois**, directrice, Direction nationale des soins et services infirmiers, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (présidente)

**M<sup>me</sup> Cynthia Beaudoin**, représentante de la Direction générale de la santé publique, MSSS

**M<sup>e</sup> Linda Bélanger**, avocate, représentante du Collège des médecins du Québec

**M<sup>me</sup> Sylvie Bouchard**, représentante de l'INESSS

**M. Patrick Boudreault**, représentant de l'Ordre des pharmaciens du Québec

**M<sup>me</sup> Chantale Desbiens**, représentante de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

**D<sup>re</sup> Annie Léger**, représentante de l'association des Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec et de la Table nationale des directeurs des services professionnels

**M<sup>me</sup> Ann Lévesque**, représentante de l'INESSS

**M<sup>me</sup> Sylvie Massé**, représentante de la Table de coordination nationale des soins et services infirmiers

**M<sup>me</sup> Julie Robitaille**, représentante de la Direction nationale des soins et services infirmiers

**D<sup>r</sup> Jean-Bernard Trudeau**, représentant du Collège des médecins du Québec

## **Déclaration de conflit d'intérêts**

L'auteur de ce document déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts; aucun financement externe n'a été obtenu pour sa réalisation. Les membres du comité consultatif et les lecteurs externes qui ont déclaré avoir des conflits d'intérêts sont mentionnés ci-dessous.

**D<sup>r</sup> Denis Drouin** : collaboration jusqu'en 2017 à la préparation et à la publication des recommandations annuelles d'Hypertension Canada; collaborateur pour la première édition du document *Prise en charge systématique des personnes atteintes d'hypertension artérielle* publié par la Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA).

**M. Luc Poirier** : rédacteur en chef du document *Prise en charge systématique des personnes atteintes d'hypertension artérielle* publié par la SQHA.

**D<sup>r</sup> Sébastien Savard** : membre du conseil d'administration de la SQHA (janvier 2016 à janvier 2019); rémunération pour des conférences, de la part de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), de Servier, de Medtronic et du groupe DEVENIR; versement d'honoraires pour la participation à un comité expert par Servier et Valéant.

## **Responsabilité**

L'INESSS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document; les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins de son élaboration.

# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	III
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	V
INTRODUCTION.....	1
1. MÉTHODOLOGIE.....	2
1.1. Questions d'évaluation.....	2
1.1.1. Stratégie de recherche de l'information scientifique.....	3
1.1.2. Critères de sélection des documents.....	3
1.1.3. Gestion des références.....	4
1.1.4. Évaluation de la qualité méthodologique des documents.....	4
1.1.5. Extraction.....	5
1.1.6. Analyse et synthèse des données issues de la littérature.....	5
1.2. Méthodes de collecte d'information contextuelle et savoirs expérientiels.....	5
1.2.1. Informations contextuelles.....	5
1.2.2. Savoirs expérientiels.....	5
1.2.3. Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles.....	6
1.2.4. Analyse et synthèse de l'information contextuelle et des savoirs expérientiels tirés des consultations.....	6
1.3. Processus délibératif.....	7
1.4. Validation par les pairs.....	7
1.5. Mise à jour du protocole médical national.....	8
2. RÉSULTATS.....	9
2.1. Description des documents repérés.....	9
2.2. Protocole médical national.....	9
2.2.1. Modalités de l'ajustement posologique de la médication antihypertensive.....	9
2.2.2. Analyses et examens de laboratoire pour le suivi de l'ajustement du traitement de l'hypertension artérielle.....	11
2.2.3. Effets indésirables, contre-indications, précautions et interactions médicamenteuses qu'il est nécessaire de connaître pour faire l'ajustement posologique.....	11
2.3. Ordonnance individuelle d'ajustement.....	13
2.3.1. Contre-indications à l'application de l'ordonnance individuelle d'ajustement.....	13
2.3.2. Limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire.....	13
2.3.3. Autres modifications apportées à l'ordonnance individuelle d'ajustement.....	13
DISCUSSION.....	16
CONCLUSION.....	18
RÉFÉRENCES.....	19
ANNEXE A Mandat et composition du comité consultatif.....	20
ANNEXE B Mandat du Comité d'excellence clinique en en usage optimal du médicament — protocoles médicaux nationaux et ordonnances.....	21
ANNEXE C Mandat du comité directeur des protocoles nationaux et des ordonnances associées.....	22

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1	Critères d'inclusion et critères d'exclusion des documents .....	4
-----------	--	---

# RÉSUMÉ

## Introduction

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat d'héberger et de mettre à jour les protocoles médicaux nationaux et les modèles d'ordonnance en vigueur. Considérant la date de péremption de juin 2019 des versions actuellement en application du protocole médical national et du modèle d'ordonnance individuelle d'ajustement (OIA) de la médication antihypertensive de première intention, la Direction nationale des soins et services infirmiers du MSSS, à la suite d'un exercice de priorisation, a demandé à l'INESSS de mettre à jour les documents précités.

## Méthodologie

Une recherche documentaire systématique couvrant la période d'avril 2016 à janvier 2019 et ciblant les personnes âgées de 18 ans ou plus atteintes d'hypertension artérielle non compliquée a été réalisée. Les guides de bonne pratique clinique, les consensus d'experts, les conférences consensuelles, les lignes directrices ou tout autre document présentant des recommandations cliniques ont été considérés afin de répertorier les recommandations qui ciblent les paramètres évalués pour l'ajustement des antihypertenseurs de première intention. Ces paramètres étaient les modalités d'ajustement (posologie et intervalle d'ajustement), les examens et analyses de laboratoire, les contre-indications, les effets indésirables de même que les précautions et les interactions médicamenteuses qu'il est nécessaire de connaître pour faire l'ajustement posologique. L'analyse de l'information a été effectuée dans une perspective de contextualisation de la pratique au Québec, en se basant notamment sur des éléments de contexte législatif, réglementaire et organisationnel propres au Québec, puis sur le savoir expérientiel des différentes parties prenantes consultées.

## Résultats

La recherche d'information a permis de répertorier 1 760 références, desquelles ont été retenus quatre guides de pratique clinique (GPC) comportant des recommandations visant la pratique clinique relative au traitement pharmacologique de première intention de l'hypertension artérielle chez les personnes de 18 ans ou plus. Ces quatre GPC ont été jugés de qualité méthodologique adéquate pour leur utilisation selon la grille AGREE GRS. De plus, le document *Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle* de la Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA) a été retenu pour ses données contextuelles.

Le processus de mise à jour a mené à peu de changements au protocole médical national et au modèle d'OIA. Les principales modifications apportées sont les suivantes : permettre l'ajustement à la baisse des antihypertenseurs en cas d'apparition d'effets indésirables ou cliniques importants et préciser sur le modèle d'OIA les cibles thérapeutiques, la mesure de la pression artérielle ainsi qu'un premier et d'un second

médicament à ajuster. Les conditions d'usage du second antihypertenseur qui pourrait être ajusté devront être précisées par le prescripteur dans l'OIA.

### **Conclusion**

La réalisation de cette mise à jour du protocole médical national sur l'ajustement de la médication antihypertensive est fondée sur des recommandations de pratique clinique qui ont été bonifiées par le savoir expérientiel de différents experts et cliniciens ainsi que par des aspects contextuels extraits. Au terme d'une analyse impliquant la triangulation des données provenant de ces différentes sources, la mise à jour a permis de déterminer la pertinence de maintenir, retirer ou modifier l'information existante ou d'ajouter, lorsque nécessaire, de nouveaux renseignements.

# SUMMARY

## Introduction

The Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) gave the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) the task of hosting and updating the current Québec medical protocols and the current prescription templates. Given that the present versions of the Québec medical protocol and the individual adjustment prescription (IAP) template for first-line antihypertensive medication expire in June 2019, the MSSS's Direction nationale des soins et services infirmiers, following a prioritization exercise, asked INESSS to update them.

## Methodology

We conducted a systematic literature search covering the period from April 2016 to January 2018 for items concerning individuals 18 years of age and over with uncomplicated hypertension. Best practice guidelines, expert consensus, consensus conference reports, guidance documents and any other item containing clinical recommendations were considered for the purpose of identifying recommendations regarding the parameters assessed for adjusting first-line antihypertensives. These parameters were the adjustment details (dosage and adjustment interval), laboratory tests, contraindications and adverse effects, and the precautions and drug interactions that one should be aware of when making a dosage adjustment. The data were analyzed from the perspective of contextualizing the practice in Québec, using mainly legislative, regulatory and organizational contextual elements specific to Québec and the experiential knowledge of the different stakeholders consulted.

## Results

The data search yielded 1760 items, of which four clinical practice guidelines containing clinical practice recommendations regarding the first-line pharmacological treatment of hypertension in patients 18 years of age and older were selected. Four of these items were considered to be of sufficient methodological quality for use, based on the AGREE GRS instrument. In addition, the document entitled "Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle", published by the Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA), was selected for its contextual data.

The updating led to few changes to the medical protocol and the IAP. The main changes are as follows: allowing a downward adjustment of antihypertensives in the event of clinically significant adverse effects and indicating on the IAP the treatment goals, the blood pressure measurement and the indication for initiating a first or a second drug. The prescriber must indicate the conditions for using a second antihypertensive that might be administered.

## **Conclusion**

This update of the medical protocol on adjusting antihypertensive medication is based on clinical practice recommendations enriched with the experiential knowledge of different experts and clinicians and with extracted contextual aspects. At the conclusion of an analysis involving the triangulation of data from these different sources, the update enabled us to determine the relevance of keeping, removing or modifying the existing information or adding, when necessary, new information.

## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AGREE GRS	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Global Rating Scale</i>
ARA	Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine
CEC-UOM-PMNO	Comité d'excellence clinique en usage optimal du médicament — protocoles médicaux nationaux et ordonnances
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
DME	Dossier médical électronique
eCPS	<i>Electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties</i>
EBM Reviews	<i>Evidence-based Medicine Reviews</i>
FDA	Food and Drug Administration
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
GPC	Guides de pratique clinique
IECA	Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIA	Ordonnance individuelle d'ajustement
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SGLT2	Cotransporteur sodium-glucose de type 2

# INTRODUCTION

## Problématique

Depuis 2014, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat d'héberger et de mettre à jour les protocoles médicaux nationaux et les modèles d'ordonnance en vigueur, et d'en réaliser d'autres *de novo* découlant d'un exercice de priorisation par le comité directeur de la Direction nationale des soins et services infirmiers (DNSSI) du MSSS. Pour harmoniser et baliser les ordonnances appliquées par des professionnels de la santé autorisés, le Collège des médecins du Québec (CMQ) publiait son Guide sur les ordonnances collectives en 2017 suite à la modification du Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin. Ce règlement prévoit notamment l'obligation de référer intégralement aux protocoles médicaux nationaux publiés par l'INESSS lorsque l'ordonnance réalisée au sein d'un établissement porte sur une condition clinique visée par un tel protocole [CMQ, 2017].

## Contexte de l'amorce des travaux

Considérant la date de péremption de juin 2019 des versions actuellement en application du protocole médical national sur l'ajustement de la médication antihypertensive de première intention et des examens paracliniques pour le suivi de l'hypertension artérielle, ainsi que du modèle d'ordonnance individuelle d'ajustement (OIA), la DNSSI du MSSS, à la suite d'un exercice de priorisation, a demandé à l'INESSS de mettre à jour les documents précités.

## Objectifs

Mise à jour du protocole médical national et du modèle d'OIA sur l'ajustement de la médication antihypertensive de première intention et examens paracliniques pour le suivi de l'hypertension artérielle.

## Livrables

- Protocole médical national
- Modèle d'OIA
- Rapport en soutien

# 1. MÉTHODOLOGIE

La méthodologie proposée pour réaliser le protocole médical national respecte les normes de qualité de l'INESSS. Les questions d'évaluation ont été formulées selon les aspects à documenter dans le protocole médical national et dans le modèle d'OIA. Une recherche documentaire a été faite pour chacune des questions d'évaluation. L'analyse de l'information a été effectuée dans une perspective de contextualisation de la pratique au Québec, en se basant notamment sur des éléments de contexte législatif, réglementaire et organisationnel propres au Québec, puis sur le savoir expérientiel des différentes parties prenantes consultées.

## 1.1. Questions d'évaluation

Les questions d'évaluation ont été formulées, de manière générale, en tenant compte des éléments du modèle PIPOH (population à qui s'adresse l'intervention, intervention, professionnels à qui s'adressent les travaux, paramètres d'intérêt (*outcomes*) ainsi que le milieu et le contexte de l'intervention (*health care setting*)).

D'après les recommandations de bonnes pratiques cliniques retenues pour la période d'avril 2016 à janvier 2019, qui ciblent les personnes âgées de 18 ans ou plus atteintes d'hypertension artérielle non compliquée :

### **Protocole médical national**

1. Quelles sont les modalités d'ajustement posologique de la médication antihypertensive de première intention?
  - a. Posologie?
  - b. Intervalle d'ajustement?
2. Quels sont les examens et analyses de laboratoire recommandés pour le suivi de l'hypertension artérielle non compliquée?
3. Quels sont les contre-indications, les précautions, les interactions médicamenteuses et les effets indésirables qu'il est nécessaire de connaître pour faire l'ajustement posologique de la médication antihypertensive de première intention?

### **Ordonnance individuelle d'ajustement**

4. Quelles sont les contre-indications à l'application du modèle d'OIA par un professionnel autorisé?
5. Quelles sont les limites ou situations exigeant :
  - a. une interaction avec le prescripteur autorisé?
  - b. de diriger le patient vers le prescripteur autorisé?

### **1.1.1. Stratégie de recherche de l'information scientifique**

La stratégie de recherche de l'information a été élaborée en collaboration avec un spécialiste en information scientifique (bibliothécaire). Afin de diminuer les biais de divulgation, la recherche de l'information a été effectuée dans plus d'une base de données, soit PubMed, Embase et *Evidence-based Medicine Reviews* (EBM Reviews). La recherche documentaire a été limitée aux documents publiés entre avril 2016 (dernière mise à jour) et janvier 2019. Seules les publications en français et en anglais ont été retenues. Une recherche complémentaire a été effectuée au moyen du moteur de recherche Google afin de répertorier les documents pertinents non publiés durant la période d'avril 2016 à janvier 2019.

Une recherche manuelle de la littérature a également été réalisée en consultant les sites Web des agences et des organismes d'évaluation des technologies de la santé ainsi que ceux d'organismes gouvernementaux, d'associations ou ordres professionnels associés à la thématique des travaux.

Les documents provenant des agences réglementaires nord-américaines, dont la Food and Drug Administration (FDA) et Santé Canada, ont également été consultés. Les monographies officielles des médicaments antihypertensifs de première intention homologués par Santé Canada ont été examinées par le biais de l'*electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties* (e-CPS) et de la base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada pour les combinaisons d'antihypertenseurs. Les listes de médicaments publiées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) du régime public d'assurance médicaments ont également été consultées durant les travaux.

Les bibliographies des publications retenues ont été examinées afin de répertorier d'autres documents pertinents.

### **1.1.2. Critères de sélection des documents**

La sélection a été effectuée de façon indépendante par deux évaluateurs (ET et ES) à partir des critères d'inclusion et d'exclusion établis ci-dessus. Les divergences d'opinions ont été réglées en tenant compte de l'avis d'une troisième personne (MCB). Dans le cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue pour analyse. Les critères de sélection relatifs à chacune des questions sont présentés dans le tableau 1.

**Tableau 1 Critères d'inclusion et critères d'exclusion des documents**

<b>Critères d'inclusion</b>	
<b>POPULATION</b>	Adulte de 18 ans ou plus atteint d'hypertension artérielle non compliquée
<b>INTERVENTION</b>	Médication antihypertensive de première intention (diurétiques thiazidiques et apparentés, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, bloquants des récepteurs $\beta$ -adrénergiques, bloquants des canaux calciques)
<b>PROFESSIONNELS À QUI S'ADRESSENT LES TRAVAUX</b>	Professionnels de la santé
<b>PARAMÈTRES D'INTÉRÊTS</b> ( <i>outcomes</i> )	Modalités d'ajustement (posologie et intervalle de l'ajustement) Examens et analyses de laboratoire Contre-indications Effets indésirables, précautions et interactions médicamenteuses qu'il est nécessaire de connaître pour faire l'ajustement posologique de la médication antihypertensive
<b>CONTEXTE ET MILIEU DE SOINS</b> ( <i>health care setting</i> )	Ambulatoire
<b>TYPE DE PUBLICATION</b>	Guides de bonne pratique clinique, consensus d'experts, conférences consensuelles, lignes directrices ou tout autre document qui présente des recommandations cliniques
<b>ANNÉE DE PUBLICATION</b>	Avril 2016 à janvier 2019
<b>Critères d'exclusion</b>	
<b>POPULATION</b>	Femme enceinte ou qui allaite Personne qui présente une pression artérielle systolique supérieure ou égale à 180 mm Hg OU une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 110 mm Hg
<b>QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE</b>	Documents dont la qualité méthodologique est jugée non acceptable pour leur utilisation selon la grille d'évaluation AGREE GRS

### 1.1.3. Gestion des références

La gestion des références a été effectuée avec le logiciel bibliographique EndNote. Le fichier EndNote sera enregistré dans un répertoire numérique réservé au projet et géré par les membres de l'équipe de projet.

### 1.1.4. Évaluation de la qualité méthodologique des documents

L'évaluation de la qualité des documents sélectionnés a été effectuée de façon indépendante par deux professionnels scientifiques (ET et ES). La grille d'évaluation AGREE GRS (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Global Rating Scale*) a été appliquée pour évaluer la qualité méthodologique des documents comportant des recommandations [Brouwers *et al.*, 2012].

La qualité méthodologique des guides de pratique clinique, des lignes directrices ou de tout autre document présentant des recommandations cliniques n'a été évaluée que si les auteurs avaient élaboré *de novo* des recommandations ou avaient adapté celles d'autres organisations. Par conséquent, aucune évaluation de la qualité méthodologique

n'a été effectuée si des auteurs avaient adopté, sans modifications, des recommandations cliniques d'autres organisations.

### **1.1.5. Extraction**

L'extraction des données a été effectuée par un professionnel scientifique (ET) à l'aide de formulaires d'extraction préétablis et préalablement testés sur quelques documents afin d'en assurer la validité. Les données ont été vérifiées par un deuxième professionnel scientifique (ES).

### **1.1.6. Analyse et synthèse des données issues de la littérature**

Les informations concernant les modalités de pratique ont été résumées sous la forme d'une synthèse narrative analytique comparative. Les recommandations extraites des documents retenus, appuyées par le niveau de preuve scientifique et l'argumentaire, ont été extraites dans des tableaux afin de pouvoir les comparer et de repérer les similarités et les différences. La synthèse des données est présentée dans le document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2019].

## **1.2. Méthodes de collecte d'information contextuelle et savoirs expérientiels**

### **1.2.1. Informations contextuelles**

L'information contextuelle a été recueillie dans les sources suivantes.

- Lois et règlements :
  - Loi modifiant la Loi sur la pharmacie (loi 41);
  - Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin (chapitre M-9, r. 25.1);
  - Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier (chapitre M-9, r. 12.001);
- Le guide d'exercice sur les ordonnances individuelles faites par un médecin [CMQ, 2017];
- Le guide d'exercice sur les activités réservées aux pharmaciens [OPQ et CMQ, 2013].

### **1.2.2. Savoirs expérientiels**

#### **1.2.2.1. Comité consultatif**

Un comité consultatif a été mis sur pied afin d'accompagner l'INESSS dans ses travaux. Ce comité avait pour mandat d'accompagner l'INESSS afin d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et de pratique et l'acceptabilité professionnelle et sociale du produit livré, et ce, en fournissant de l'information, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux. Le mandat et la composition de ce comité sont présentés à l'annexe A.

#### **1.2.2.2. Comité d'excellence clinique en usage optimal du médicament — protocoles médicaux nationaux et ordonnances**

Le Comité d'excellence clinique en usage optimal du médicament — protocoles médicaux nationaux et ordonnances (CEC-UOM-PMNO) a également contribué aux travaux en émettant des commentaires et en identifiant des enjeux cliniques et organisationnels. Ce comité a pour mandat d'assurer la justesse des recommandations ainsi que l'acceptabilité professionnelle et sociale des produits de l'INESSS. Le mandat complet et la composition de ce comité sont présentés respectivement à l'annexe B et dans les pages liminaires du rapport.

#### **1.2.2.3. Comité directeur des protocoles nationaux et des ordonnances associées**

Le comité directeur des protocoles nationaux et des ordonnances associées, dont le mandat est de soutenir le développement des protocoles nationaux et des ordonnances associées sur le territoire du Québec, de favoriser une réelle intégration dans le réseau et d'en mesurer l'implantation a été consulté afin d'aborder les différents enjeux relatifs au projet et de favoriser la mise en œuvre efficace des livrables. Le mandat complet et la composition de ce comité est présenté à l'annexe C.

#### **1.2.3. Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles**

Toute personne appelée à collaborer à ce dossier a déclaré les intérêts personnels qui la placent dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts, qu'ils soient commerciaux, financiers, relatifs à la carrière, relationnels ou autres. Elle a également déclaré les différentes activités professionnelles ou les rôles qui la placent dans une situation propice au développement de conflits de rôles. Une telle déclaration est faite sur la base du formulaire standardisé applicable à l'INESSS. Les déclarations remplies par les collaborateurs au dossier ont fait l'objet d'une évaluation par la Direction du médicament. Cette évaluation permettra de déterminer les modalités de gestion à appliquer, selon les situations déclarées. Les conflits d'intérêts et de rôles sont divulgués dans les pages liminaires du rapport, par souci de transparence.

#### **1.2.4. Analyse et synthèse de l'information contextuelle et des savoirs expérientiels tirés des consultations**

La contribution des parties prenantes a été documentée en utilisant des fiches d'interaction ainsi que des comptes rendus de réunion consignés dans un espace de travail commun. Les fiches contenaient l'information sur la date, le lieu et l'objet de la rencontre, la synthèse des points saillants de la rencontre et les précisions sur le suivi à effectuer. Les consultations de groupes ont été enregistrées avec l'accord des participants. Les méthodes de consultation et de délibération privilégiées et le processus décisionnel qui a mené aux conclusions ont aussi été documentés.

### **1.3. Processus délibératif**

Le choix du contenu et l'élaboration du protocole médical national et du modèle d'OIA ont été effectués avec le comité consultatif. Ainsi, pour chaque question d'évaluation, un tableau mettant en parallèle 1) les informations cliniques ou les recommandations de bonnes pratiques cliniques, 2) les informations contextuelles, 3) les savoirs expérimentiels, et 4) les constats préliminaires formulés par l'équipe de projet à la suite de l'analyse de l'ensemble de la preuve ont été présentés au comité consultatif.

Les membres du comité ont par la suite échangé dans un processus délibératif informel, sur l'ensemble de la preuve en vue d'élaborer ces documents. Dans un deuxième temps, les membres du comité se sont prononcés sur les documents finaux, soit en délibéré ou par courriel, selon le degré de divergence des opinions initiales. Le contenu a été retenu lorsqu'il obtenait l'approbation, d'un seuil arbitraire, d'au moins 80 % des membres du comité consultatif. À défaut d'un consensus sur la portée d'une directive ou sur la pertinence d'inclure une information ou une recommandation, celle-ci a été retirée ou reformulée.

Le contenu a été élaboré en prenant en considération l'équilibre entre les avantages et les inconvénients, les valeurs et les préférences des professionnels et des usagers et l'applicabilité de l'intervention dans le contexte de la pratique au Québec.

Le processus d'élaboration des documents a également requis d'examiner, avec le comité consultatif, la portée de leur application sur la population cible et les répercussions possibles sur les pratiques et sur les ressources humaines, matérielles et organisationnelles.

À la suite des rencontres, le protocole médical national, le modèle d'OIA et le rapport en soutien ont été envoyés par courriel aux membres du comité consultatif pour obtenir leurs commentaires. Ceux-ci ont ensuite été présentés, aux lecteurs externes puis aux membres du CEC-UOM-PMNO.

### **1.4. Validation par les pairs**

Le protocole médical national, le modèle d'OIA, le rapport en soutien et les annexes complémentaires ont été envoyés à deux lecteurs externes afin qu'ils évaluent la pertinence du contenu et la qualité scientifique globale de ces documents. Les lecteurs externes ont été choisis en fonction de leur expertise et de leur engagement dans le domaine concerné et de manière à pouvoir représenter différentes régions du Québec; leur nom et leur affiliation sont présentés dans les pages liminaires du rapport en soutien. Les commentaires des lecteurs externes ont été analysés par l'équipe de projet et intégrés dans le rapport final s'il y avait lieu. Un retour par courriel vers les membres du comité consultatif a été effectué lorsque des changements au contenu avaient été proposés.

## **1.5. Mise à jour du protocole médical national**

Une évaluation de la pertinence de mettre à jour le protocole médical national sera effectuée minimalement aux quatre ans afin de permettre une révision du protocole avant cinq ans.

## 2. RÉSULTATS

### 2.1. Description des documents repérés

La recherche d'information a permis de répertorier 1 760 documents desquels ont été retenus 4 guides de pratique clinique (GPC) comportant des recommandations visant la pratique clinique relative au traitement pharmacologique de première intention de l'hypertension artérielle non compliquée chez les personnes de 18 ans ou plus. Ces quatre GPC ont été jugés de qualité méthodologique adéquate pour leur utilisation selon la grille AGREE GRS. De plus, le document de la Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA) a été retenu pour ses données contextuelles. Les cinq documents sont les suivants :

- Hypertension Canada's 2018, *Guidelines for diagnosis, risk assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults and children* [Nerenberg et al., 2018];
- 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA, *Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines* [Whelton et al., 2018];
- 2018 ESC/ESH, *Guidelines for the management of arterial hypertension* [Williams et al., 2018];
- *Guideline for the diagnosis and management of hypertension in adults* [NHFA, 2016];
- *Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle* [Cloutier et Poirier, 2016].

Le processus de sélection des documents sous forme de diagramme de flux ainsi que les résultats de l'évaluation de la qualité méthodologique des documents retenus sont présentés dans le document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2019].

### 2.2. Protocole médical national

#### 2.2.1. Modalités de l'ajustement posologique de la médication antihypertensive

La liste des antihypertenseurs des cinq classes retenues en traitement de première intention de cette condition a été revue. La liste des antihypertenseurs inclus est demeurée essentiellement la même que celle du protocole médical national publié en 2016, sauf en ce qui concerne le retrait de l'éprosartan dont la commercialisation a été interrompue et l'ajout de l'association valsartan/hydrochlorothiazide (320/12,5 mg).

La possibilité pour le professionnel autorisé qui prendra en charge le suivi d'un traitement antihypertenseur en combinaison de deux médicaments a été maintenue puisque cette pratique est recommandée dans les dernières lignes directrices américaines, et

australiennes en présence d'une pression artérielle à plus de 20/10 mm Hg des cibles thérapeutiques [Whelton *et al.*, 2018; NHFA, 2016]. De plus, les lignes directrices canadiennes proposent d'envisager des associations de médicaments en monocomprimés ou la monothérapie en traitement initial [Nerenberg *et al.*, 2018]. De faibles doses de plusieurs médicaments peuvent être plus efficaces et mieux tolérées que de fortes doses d'un nombre moindre de médicaments [Nerenberg *et al.*, 2018]. Quant au GPC européen, il recommande de commencer le traitement avec deux antihypertenseurs chez la plupart des hypertendus [Williams *et al.*, 2018]. La monothérapie est généralement un traitement inadéquat chez la majorité des personnes souffrant d'hypertension artérielle [Williams *et al.*, 2018].

L'ajustement à la baisse des antihypertenseurs a été un enjeu débattu par les membres du comité consultatif. Les modalités de l'ajustement posologique sont demeurées dans une présentation unidirectionnelle croissante, mais la partie sur l'identification du ou des médicaments de l'OIA a été bonifiée de façon à autoriser dans un court énoncé la possibilité d'un ajustement à la baisse des doses en cas d'apparition d'effets indésirables ou cliniques importants.

La fréquence du suivi recommandé de la thérapie antihypertensive est très variable selon la source consultée.

- La SQHA [Cloutier et Poirier, 2016] propose aux 3 à 4 semaines pour les 5 classes d'antihypertenseurs retenues dans le protocole;
- Les autres GPC [Nerenberg *et al.*, 2018; Whelton *et al.*, 2018; Williams *et al.*, 2018; NHFA, 2016] retenus proposent un suivi à une fréquence semblable ou plus espacée – jusqu'à 6 à 8 semaines, sauf si présence de symptômes chez le patient, d'hypertension artérielle sévère, d'une intolérance à l'antihypertenseur ou de l'atteinte d'organes cibles;
- La monographie des diurétiques thiazidiques et apparentés apporte des renseignements sur l'intervalle de l'ajustement :
  - La monographie des diurétiques thiazidiques et apparentés suggère d'augmenter les doses aux 1 à 2 mois;
  - La monographie des  $\beta$ -bloquants suggère pour plusieurs de ceux-ci d'augmenter la posologie aux 1 à 2 semaines.

Selon les membres du comité consultatif, l'intervalle de 3 à 4 semaines correspond à un intervalle minimal d'ajustement qui permet généralement d'obtenir l'effet maximal des antihypertenseurs. Il ne faut pas aller en deçà de cet intervalle, mais il est possible de se rendre jusqu'à 6 semaines sans enjeu clinique. Par contre, en espaçant l'intervalle de l'ajustement à plus de 4 semaines, il sera difficile d'atteindre les valeurs cibles en 3 mois comme le spécifie l'OIA. Il a été convenu avec les membres du comité consultatif de remplacer l'énoncé correspondant dans le protocole médical national par *intervalle minimal de l'ajustement aux 3 à 4 semaines*. Le libellé d'Hypertension Canada indique qu'il faudrait voir, tous les mois ou tous les deux mois selon les mesures de la pression artérielle, les patients sous pharmacothérapie antihypertensive jusqu'à l'obtention de

valeurs inférieures aux cibles tensionnelles au cours de deux consultations consécutives [Nerenberg *et al.*, 2018]. Lorsque les valeurs cibles auront été atteintes, les contrôles pourront être faits tous les 3 à 6 mois.

### **2.2.2. Analyses et examens de laboratoire pour le suivi de l'ajustement du traitement de l'hypertension artérielle**

Les analyses et examens de laboratoire recommandés rapportés dans les tableaux d'extraction des cinq documents retenus sont en accord avec ceux déjà présentés dans le protocole entré en vigueur en juin 2016. Par conséquent, aucune modification n'a été apportée à cette partie du protocole médical national.

### **2.2.3. Effets indésirables, contre-indications, précautions et interactions médicamenteuses qu'il est nécessaire de connaître pour faire l'ajustement posologique**

Sur les cinq documents retenus, seul celui de la SQHA comporte de l'information à la fois sur les effets indésirables, les contre-indications, les précautions et les interactions médicamenteuses associés aux antihypertenseurs de première intention. Ces renseignements sont conformes à ceux extraits dans les autres GPC retenus et dans les monographies relatives à chacune des classes d'antihypertenseurs de première intention comme le rapporte le e-CPS – diurétiques thiazidiques et apparentés, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, bloquants des récepteurs  $\beta$ -adrénergiques, bloquants des canaux calciques [APhC, 2019]. Les résultats de ces extractions sont présentés dans le document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2019].

Le choix des effets indésirables, des contre-indications, des précautions et des interactions médicamenteuses, nécessaires à l'ajustement de la médication antihypertensive, à inclure dans le protocole médical national a été discuté avec les membres du comité consultatif. La liste retenue n'est pas exhaustive, car elle se limite aux renseignements qu'il est nécessaire de connaître pour l'ajustement posologique de la médication antihypertensive de première intention. Les membres rappellent qu'un pharmacien validera l'ordonnance. L'article 17 de la Loi sur la pharmacie précise en effet que *l'exercice de la pharmacie consiste à évaluer et à assurer l'usage approprié des médicaments afin notamment de détecter et de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques*<sup>1</sup>.

#### **2.2.3.1. Effets indésirables**

Les effets indésirables les plus fréquemment observés ou les plus graves ont été retenus. Ceux-ci correspondent en tout point à ceux détaillés dans le protocole médical national entré en vigueur en juin 2016 et aux effets indésirables listées dans le document *Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle* de la SQHA [Cloutier et Poirier, 2016].

---

<sup>1</sup> Loi sur la pharmacie (chapitre P-10). Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-10>.

### **2.2.3.2. Contre-indications**

La contre-indication relative à la grossesse ou à l'allaitement a été conservée par prudence dans les tableaux sur les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA) en cas d'usage hors contexte des tableaux du protocole médical national, puisque ces deux situations sont déjà parmi les contre-indications à l'application du protocole médical national. Pour le reste, les contre-indications retenues dans la mise à jour correspondent en tout point à celles listées dans le protocole médical national entré en vigueur en juin 2016.

### **2.2.3.3. Précautions**

La précaution relative à la non-recommandation des  $\beta$ -bloquants en thérapie initiale sauf si indication spécifique a été débattue, mais elle n'a pas été retenue puisqu'elle relève seulement du prescripteur lors du choix du traitement à ajuster. Pour le reste, la liste des précautions retenues dans la mise à jour correspond en tout point à celles listées dans le protocole médical national entré en vigueur en juin 2016 à l'exception de l'ajout d'une précaution concernant l'administration concomitante d'un IECA ou d'un ARA et d'un inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2) chez les personnes à risque d'hypotension ou d'étourdissements.

### **2.2.3.4. Interactions médicamenteuses**

Les interactions médicamenteuses les plus significatives ont été retenues. Celles-ci correspondent en tout point à celles détaillées dans le protocole médical national publié en 2016, sauf en ce qui concerne l'ajout des antidiabétiques de la classe des inhibiteurs du SGLT2 dans le tableau des diurétiques thiazidiques et apparentés. Les inhibiteurs du SGLT2 peuvent en effet accroître le risque de déshydratation et/ou d'hypotension, ce qui en justifie l'ajout.

Aucune conduite clinique n'a été proposée quant à la gestion des interactions médicamenteuses puisque celles-ci relèvent du champ d'expertise du pharmacien. Une interaction peut être gérée différemment d'un patient à l'autre selon la complexité de son profil – par exemple : âge, poids, taille, problèmes de santé et conditions associées telles qu'allergies, intolérances, etc.

## 2.3. Ordonnance individuelle d'ajustement

### 2.3.1. Contre-indications à l'application de l'ordonnance individuelle d'ajustement

Les contre-indications à l'application du modèle d'OIA de l'INESSS entré en vigueur en juin 2016 incluait trois éléments, soit :

- Personne de moins de 18 ans;
- Grossesse ou allaitement;
- Pression artérielle systolique supérieure ou égale à 180 mm Hg OU pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 110 mm Hg.

Dans la mise à jour, l'énoncé sur les personnes âgées de moins de 18 ans se trouve au début de l'ordonnance individuelle d'ajustement, dans la partie *Situation clinique ou clientèle*. Les deux autres contre-indications ont été remplacées par une référence au protocole médical national où l'on retrouve ces contre-indications.

### 2.3.2. Limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire

Les limites ou situations qui imposent une consultation médicale dans l'ordonnance individuelle d'ajustement de 2016 ont été conservées telles quelles lors de la mise à jour. Toutefois, l'ordre des énoncés a été changé et des sous-titres ont été ajoutés afin de suggérer le mode de consultation à prioriser selon les limites ou situations observées. Parmi les limites ou situations pour lesquelles une consultation avec le prescripteur autorisé est obligatoire dans le cadre de l'application d'une OIA, on retrouve l'intolérance à la médication et l'apparition d'une contre-indication à l'usage de la médication antihypertensive ainsi que l'apparition ou l'aggravation de signes ou symptômes évoquant une atteinte des organes cibles et la non atteinte des cibles thérapeutiques après trois mois de suivi.

Le délai de 3 mois sera maintenu comme limite de temps pour atteindre les cibles de pression artérielle. La majorité des membres du comité consultatif était d'accord de ne pas allonger ce délai. Selon eux, l'objectif de l'OIA étant notamment d'assurer une atteinte plus rapide des cibles de pression artérielle. De plus, plusieurs membres du comité sont d'accord sur le fait qu'allonger le délai d'atteinte des cibles favoriserait le phénomène d'inertie thérapeutique. Débuter avec une thérapie d'association permet notamment de diminuer ce délai.

### 2.3.3. Autres modifications apportées à l'ordonnance individuelle d'ajustement

#### 2.3.3.1. Situation clinique ou clientèle

La situation clinique ou la clientèle à laquelle le modèle d'OIA peut s'appliquer a été modifiée. L'âge minimum de la clientèle ciblée est désormais indiqué et l'on a remplacé *personne ayant reçu un diagnostic d'hypertension artérielle* par *personne atteinte d'hypertension artérielle*.

### 2.3.3.2. Professionnels ou personnes habilités visés par l'ordonnance

Les milieux qui souhaitent rédiger une ordonnance individuelle d'ajustement à partir du modèle d'OIA proposé par l'INESSS devront dorénavant spécifier dans cette section le professionnel ou le groupe de professionnels qui pourront exécuter l'ordonnance.

Il est important de noter que selon la loi 41, le pharmacien en pratique communautaire peut ajuster la dose d'un médicament prescrit lorsqu'il obtient du prescripteur autorisé la ou les cibles thérapeutiques ainsi que, s'il y a lieu, les limites ou contre-indications particulières [OPQ et CMQ, 2013]. Les autres critères relèvent du jugement professionnel du pharmacien, basé sur les données probantes provenant de la littérature scientifique. Le contexte d'application est semblable pour les pharmaciens d'établissement où le dossier patient comporte les cibles thérapeutiques nécessaires pour modifier la dose d'un médicament prescrit [OPQ et CMQ, 2013].

### 2.3.3.3. Indications

Cette section a été supprimée puisque l'essentielle des renseignements requis par le professionnel habilité à ajuster la médication antihypertensive de première intention sont précisés dans la section Intention ou cibles thérapeutiques.

### 2.3.3.4. Intention ou cible thérapeutique

Le modèle d'OIA de l'INESSS, entré en vigueur en juin 2016, se limitait à l'énoncé : « Atteindre la cible thérapeutique visée et maintenir les valeurs de pression artérielle inférieures à celles identifiées par le médecin traitant ».

En plus de cet énoncé, le nouveau modèle d'OIA a été bonifié par l'ajout de champs permettant d'indiquer les cibles thérapeutiques visées, la valeur de la pression artérielle systolique et diastolique mesurée par le prescripteur ainsi que le bras et la taille du brassard utilisés pour effectuer la mesure. Des champs permettant de préciser la méthode de mesure appliquée complètent cette partie de l'OIA. L'ensemble des renseignements présents dans le formulaire d'adhésion, qui disparaîtra avec le nouveau modèle d'OIA, se retrouveront dans ce modèle.

### 2.3.3.5. Identification du ou des médicaments

Les précisions sur l'antihypertenseur à ajuster ainsi que sa posologie au moment de la rédaction de l'OIA et sa durée sont dorénavant à préciser dans le nouveau modèle d'OIA de l'INESSS. À cela s'ajoutent la possibilité d'indiquer un deuxième médicament antihypertenseur à ajuster et les conditions d'usage associées. Le contexte permettant un ajustement à la baisse et le suivi requis de la part du professionnel autorisé complètent les renseignements ajoutés à la section *Identification des médicaments* de l'OIA. Plus précisément, les phrases suivantes ont été ajoutées à l'OIA : *Un ajustement à la baisse d'un palier est permis en cas d'apparition d'effets indésirables ou cliniques importants. Si un ajustement à la baisse d'un palier mène à l'arrêt de la médication antihypertensive, le prescripteur ayant rédigé l'ordonnance doit être avisé dans la semaine qui suit.*

#### **2.3.3.6. Communication avec un prescripteur autorisé**

Les instructions à ce sujet sont similaires à celles du précédent modèle d'OIA de l'INESSS, mais en référant dorénavant au prescripteur autorisé plutôt qu'uniquement au médecin.

#### **2.3.3.7. Identification du prescripteur ayant rédigé l'ordonnance**

Cette section a été ajoutée lors de la mise à jour de l'OIA et vise à rassembler les informations entourant le professionnel de la santé ayant rédigé l'OIA.

# DISCUSSION

## Principaux constats

Comparativement à la version de 2016 du protocole médical national - *Ajustement de la médication antihypertensive et examens paracliniques pour le suivi de l'hypertension artérielle*, peu de modifications concernant le contenu clinique ont été apportées dans la présente mise à jour. Par ailleurs, le format et la configuration des différentes sections du protocole médical national et de l'OIA ont été revus en fonction du gabarit maintenant en usage pour les protocoles médicaux nationaux et les modèles d'OIA produits par l'INESSS. L'INESSS a maintenant un canevas général qui s'applique pour les OIA indépendamment de la condition clinique.

## Force et limites

Les travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse qui comprend une recherche systématique de la littérature, une évaluation critique des publications pertinentes ainsi qu'une présentation et une synthèse des conclusions. Certaines limites méritent toutefois d'être signalées.

À la suite de la recherche documentaire, seulement cinq documents ont été retenus, dont quatre GPC dont la qualité méthodologique a été jugée adéquate selon la grille AGREE GRS. Tous les GPC retenus s'appuient sur une revue systématique [Nerenberg *et al.*, 2018; Whelton *et al.*, 2018; Williams *et al.*, 2018; NHFA, 2016]. Afin de considérer la pratique courante québécoise, un document de la Société québécoise d'hypertension artérielle a également été retenu. Le document de la SQHA est basé sur les recommandations d'Hypertension Canada. Dans les cas d'absence de recommandations sur des points en particulier, le document de la SQHA s'appuie sur des opinions d'experts. Le document de la SQHA fait état des lignes directrices pour produire un outil clinique riche en information contextuelle.

Le comité consultatif mandaté pour valider les aspects scientifiques et pour fournir de l'information contextuelle et expérientielle nécessaire à l'élaboration du protocole médical national et du modèle d'OIA était constitué de professionnels qui représentaient la majorité des professionnels touchés par ces recommandations – médecins de famille, IPS, infirmières cliniciennes, pharmaciens et un néphrologue.

## Impact clinique

L'ordonnance collective, l'ordonnance individuelle visant à ajuster et l'ordonnance individuelle sont des outils qui favorisent l'interdisciplinarité et permettent d'optimiser la prestation de soins de qualité aux patients. Le médecin peut ainsi se concentrer sur les activités qu'il est le seul à pouvoir exercer.

Toutefois, selon les membres du comité consultatif, l'usage de l'ordonnance concernant l'ajustement de la médication antihypertensive de première intention et des examens paracliniques pour le suivi de l'hypertension artérielle ne semble pas optimal. Plusieurs

difficultés à son application ont été soulevées, notamment des lacunes relatives à l'implantation, le manque de formation et de la confusion dans les rôles et responsabilités de chaque personne concernée ainsi que dans la procédure à suivre lorsque des analyses et des examens de laboratoire sont demandés.

Par ailleurs, la lourdeur administrative relative au formulaire d'adhésion que les médecins devaient remplir a été mentionnée comme obstacle possible à l'application de l'ordonnance.

De plus, il a été mentionné que la communication de l'information entre les différentes personnes concernées était parfois difficile. Selon les membres, l'utilisation du dossier médical électronique (DME), faciliterait la communication, puisque l'ordonnance serait émise directement dans la banque de renseignements de santé du domaine du médicament où elle serait récupérée par le pharmacien. Le dépôt de l'ordonnance ainsi que sa récupération se déroulent par l'intermédiaire d'une communication sécurisée qui permet d'identifier sans équivoque l'auteur et le récepteur de l'envoi.

## CONCLUSION

La réalisation de cette mise à jour du protocole médical national sur l'ajustement de la médication antihypertensive est fondée sur des recommandations de pratique clinique, qui ont été bonifiées par le savoir expérientiel de différents experts et cliniciens ainsi que par des aspects contextuels. Au terme d'une analyse impliquant la triangulation des données provenant de ces différentes sources, la mise à jour a permis de déterminer la pertinence de maintenir, retirer ou modifier l'information existante ou d'ajouter, lorsque nécessaire, de nouveaux renseignements.

## RÉFÉRENCES

- Association des pharmaciens du Canada (APhC). Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS) [site Web]. Ottawa, ON : APhC; 2019. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca/search?lang=fr>.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. The Global Rating Scale complements the AGREE II in advancing the quality of practice guidelines. *J Clin Epidemiol* 2012;65(5):526-34.
- Cloutier L et Poirier L. Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle. 4<sup>e</sup> éd. Montréal, Qc : Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA); 2016. Disponible à : [https://sqha2.hypertension.qc.ca/wp-content/uploads/2016/07/SQHA-PRISE-EN-CHARGE-4e\\_edition-2.pdf](https://sqha2.hypertension.qc.ca/wp-content/uploads/2016/07/SQHA-PRISE-EN-CHARGE-4e_edition-2.pdf).
- Collège des médecins du Québec (CMQ). Les ordonnances collectives : guide d'exercice. Montréal, Qc : CMQ; 2017. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2017-05-01-fr-ordonnances-collectives.pdf>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Mise à jour du protocole médical national et d'un modèle d'ordonnance individuelle d'ajustement de la médication antihypertensive de première intention : annexes complémentaires. Québec, Qc : INESSS; 2019. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/publications.html>.
- National Heart Foundation of Australia (NHFA). Guideline for the diagnosis and management of hypertension in adults – 2016. Melbourne, Australie : NHFA; 2016. Disponible à : [https://www.heartfoundation.org.au/images/uploads/publications/PRO-167\\_Hypertension-guideline-2016\\_WEB.pdf](https://www.heartfoundation.org.au/images/uploads/publications/PRO-167_Hypertension-guideline-2016_WEB.pdf).
- Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA, Dasgupta K, Butalia S, McBrien K, et al. Hypertension Canada's 2018 guidelines for diagnosis, risk assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults and children. *Can J Cardiol* 2018;34(5):506-25.
- Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ). Loi 41. Guide d'exercice – Les activités réservées aux pharmaciens. Montréal, Qc : OPQ et CMQ; 2013. Disponible à : [https://www.opq.org/doc/media/1954\\_38\\_fr-ca\\_0\\_guide\\_exercice\\_activites\\_reservees\\_pharmacien.pdf](https://www.opq.org/doc/media/1954_38_fr-ca_0_guide_exercice_activites_reservees_pharmacien.pdf).
- Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* 2018;138(17):e484-e594.
- Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018;39(33):3021-104.

## **ANNEXE A**

### **Mandat et composition du comité consultatif**

#### **Mandat**

Le comité consultatif a pour mandat d'accompagner les travaux de l'INESSS afin d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et de pratique ainsi que l'acceptabilité professionnelle et sociale du produit livré, et ce, en fournissant de l'information, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux. Les membres du comité offrent aussi de la rétroaction à différentes étapes du projet.

À cette fin, le comité devra notamment :

- se prononcer sur les questions clés de recherche puis sur les critères d'inclusion et d'exclusion;
- prendre connaissance des résultats de la revue de littérature de l'INESSS;
- fournir de l'information contextuelle et des savoirs expérientiels;
- contribuer à l'identification des enjeux de l'implantation des recommandations pour l'ensemble des acteurs concernés;
- contribuer à la formulation des recommandations finales.

#### **Composition**

Le comité est formé de membres indépendants reconnus pour leur expertise dans le domaine de l'hypertension artérielle. Les membres sont sélectionnés selon un objectif de diversité professionnelle et géographique. Ce sont des personnes avec une crédibilité scientifique et des connaissances et expériences cliniques pertinentes. Elles viennent des disciplines suivantes :

- Médecine générale (médecin de famille)
- Néphrologie
- Pharmacie communautaire
- Pharmacie d'établissement de santé
- Soins infirmiers

## **ANNEXE B**

### **Mandat du Comité d'excellence clinique en en usage optimal du médicament — protocoles médicaux nationaux et ordonnances**

#### **Mandat**

Le mandat du Comité d'excellence clinique en usage optimal du médicament — protocoles médicaux nationaux et ordonnances consiste à assurer la rigueur scientifique ainsi que l'acceptabilité professionnelle et sociale des productions de l'INESSS. À cette fin, les membres partagent leurs connaissances et leur expertise en appui à l'exercice du cycle d'activités scientifiques de l'Institut en matière de priorisation, de production, de soutien à l'implantation, de mesure et d'évaluation.

## **ANNEXE C**

### **Mandat du comité directeur des protocoles nationaux et des ordonnances associées**

#### **Mandat**

Le mandat du comité directeur est de soutenir le développement des protocoles nationaux et des ordonnances associées sur le territoire du Québec, de favoriser une réelle intégration dans le réseau et d'en mesurer l'implantation. Ce comité a donc un mandat de coordination et constitue un lieu d'échanges regroupant les différents partenaires. Ses travaux visent à identifier les critères de priorisation pour le développement des protocoles nationaux; recevoir, analyser les demandes et procéder à la priorisation des sujets à traiter à partir des critères établis; donner un avis sur le plan triennal d'activités élaboré par l'INESSS; déterminer les indicateurs de suivi permettant d'évaluer le niveau d'implantation et l'impact sur la qualité des soins; identifier les stratégies visant la diffusion et l'implantation des protocoles nationaux et des ordonnances associées à l'ensemble du réseau de la santé; soutenir la diffusion et l'implantation des protocoles nationaux et des ordonnances associées; traiter des enjeux entourant le développement, la diffusion et l'implantation des protocoles nationaux et des ordonnances associées; et à faire un suivi au comité de gouvernance.

*Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux*

**Québec** 

### Siège social

2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
418 643-1339

### Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12<sup>e</sup> étage, bureau 1200  
Montréal (Québec) H3A 2S9  
514 873-2563  
[inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca)

