

L'INTÉGRATION DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES



GUIDE D'IMPLANTATION D'UN SYSTÈME DE SOINS
APPLIQUÉ AU DÉPISTAGE ET AU SUIVI DE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE EN MILIEU CLINIQUE

Préambule

Le *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique* fait suite aux travaux sur l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF) conduits par le ministère de la Santé et des Services sociaux¹. Il s'inscrit également dans la mise en œuvre d'une stratégie du *Programme national de santé publique 2003-2012*² qui vise à encourager le recours aux pratiques cliniques préventives.

Plusieurs approches s'offrent aux directions de santé publique pour optimiser les services préventifs. Le présent guide s'inspire du *Put Prevention into Practice*, une approche américaine de « systématisation des soins » en six étapes qui vise à augmenter l'application, en milieu clinique, des recommandations des groupes d'experts. Cette approche peut être appliquée à différentes problématiques de santé, et utilisée par des cliniciens de divers milieux. Au Québec, elle a déjà été utilisée pour le projet *Au cœur de la vie*³, qui visait la dissémination de pratiques préventives en santé du cœur auprès de professionnels de la santé des CLSC. Les directions de santé publique qui ont participé à cette expérience ont assuré un accompagnement des milieux cliniques à toutes les étapes de planification et d'implantation du projet.

C'est maintenant l'hypertension artérielle qui est ciblée par l'approche du *Put Prevention into Practice*, en raison de l'ampleur qu'a prise ce problème de santé. Les médecins des GMF ont eux-mêmes retenu l'hypertension artérielle comme problématique prioritaire de santé.

Le présent guide se veut donc un outil concret pour soutenir, à partir d'une **organisation systématique**, le dépistage et le suivi de l'hypertension artérielle. À cette fin, il a été préalablement soumis à des groupes de discussion composés de médecins et d'infirmières de GMF dans deux régions du Québec : la Mauricie et le Centre-du-Québec ainsi que la Capitale-Nationale. Ces consultations ont permis d'adapter le contenu du *Guide* à la réalité des milieux cliniques et de rester à l'écoute des pratiques, des attentes et des besoins des cliniciens en GMF. Il est d'ailleurs ressorti des consultations que la réussite de l'application de la démarche proposée repose tout d'abord sur le fait que le GMF ait choisi l'hypertension comme problématique prioritaire de santé et sur le soutien des directions de santé publique. Cette réussite repose également sur une collaboration étroite entre les directions de santé publique, les directions de programmes des agences, le Département régional de médecine générale (DRMG) et leurs comités locaux, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les milieux cliniques visés.

Le *Guide* comprend trois fascicules :

- le premier situe **l'importance des pratiques préventives** en milieu clinique et les assises théoriques de la systématisation des soins;
- le deuxième porte sur les **lignes directrices canadiennes** en matière d'hypertension artérielle. Plus précisément, il présente le problème de l'hypertension artérielle, sa classification, ses facteurs de risque, ainsi que le rôle du dépistage et du suivi pour éviter ou retarder les complications;
- le troisième fascicule présente la démarche en six étapes, et les outils pour l'implantation d'un **système de soins** axé sur le dépistage et le suivi de l'hypertension artérielle.

Les outils marqués du pictogramme A pourront être adaptés selon les besoins des milieux cliniques. Ces outils sont regroupés dans le fichier « outils adaptables » disponible sur le CD-Rom.

Le *Guide* a d'abord été conçu à l'intention des GMF, des CSSS et des directions de santé publique, ces dernières étant appelées à jouer un rôle de soutien dans la mise en œuvre de la démarche d'implantation du système de soins en matière de dépistage et de suivi de l'hypertension artérielle. Ce rôle de soutien, qui peut prendre différentes formes et se rapporter à divers aspects, est précisé à chacune des six étapes proposées dans le fascicule 3 du guide. Pour en savoir davantage sur l'intégration des pratiques cliniques préventives, on pourra se référer aux autres documents de la Collection *L'intégration de pratiques cliniques préventives* :

- *L'Expérience d'Au cœur de la vie*³.
- *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*⁴.
- *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*⁵.

¹ GROUPE DE SOUTIEN À L'IMPLANTATION DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE, *Devenir un GMF, Guide d'accompagnement, Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 70 p.

² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p.

³ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *L'expérience d'Au cœur de la vie*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2005, 36 p. (Collection *L'intégration de pratiques cliniques préventives*)

⁴ GROULX, S., *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 71 p. (Collection *L'intégration de pratiques cliniques préventives*)

⁵ PROVOST, M.-H., et autres, *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 166 p. (Collection *L'intégration de pratiques cliniques préventives*)

Le *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique*, document de la Collection sur l'intégration de pratiques cliniques préventives, a été produit par la Direction du programme de santé publique en collaboration avec la Direction de l'accessibilité aux services médicaux du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Coordination des travaux

Christine Pakenham, Direction du programme de santé publique

Irma Clapperton M.D., M. Sc., CSPQ, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Auteure

Huguette Bélanger, médecin-conseil, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Collaboration à la rédaction

Raymonde Pineau, médecin-conseil, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Louise Soulière, médecin-conseil, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Collaboration de la Société québécoise d'hypertension artérielle :

Révision et mise à jour des lignes directrices en matière d'hypertension artérielle

Denis Drouin M.D., Société québécoise d'hypertension artérielle

Alain Milot M.D., M.Sc., F.R.C.P.(c), Société québécoise d'hypertension artérielle

Collaboration à l'élaboration du guide

L'ensemble des responsables régionaux des pratiques cliniques préventives des directions de santé publique ;

Denis Lesieur M.D., GMF Sutton-Cowansville ;

Claudette Benoit, Chef de l'administration des programmes-services ambulatoires et de la première ligne, CSSS La Pommeraie.

Collaboration à la révision

Françoise Caron, inf., agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Révision linguistique

Francine Bordeleau

Secrétariat

Hélène Piché

Conception et réalisation graphique

Tremblay Design Graphique

Cette publication a reçu l'appui du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec

Référence suggérée : BÉLANGER, H. *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 162 p. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives)

Édition produite par

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Ce document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux qui peuvent le consulter sur le site suivant : www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Lorsque le contexte s'y prête, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN : 978-2-550-50867-0 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-50868-7 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

Table des matières

11	● FASCICULE 1 LA PRÉVENTION EN MILIEU CLINIQUE
15	1. LA PRÉVENTION PRATICO-PRATIQUE
16	1.1 Rappel des trois niveaux de prévention
17	1.2 Une opportunité à saisir dans les milieux cliniques
17	1.3 Optimiser les services préventifs
18	1.4 Obtenir un soutien à la démarche
21	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES
	● LISTE DES TABLEAUX
20	TABLEAU 1 Étapes d'implantation d'un système de soins préventifs
	● LISTE DES FIGURES
17	FIGURE 1 Niveaux de prévention
19	FIGURE 2 Modèle d'organisation des services pour votre clinique
23	● FASCICULE 2 LES RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE ET DE SUIVI DE L'HTA
27	1. POURQUOI DÉPISTER L'HYPERTENSION ?
28	1.1 Facteur de risque majeur de maladies
28	1.2 Facteurs de risque modifiables
29	1.3 Prévalence élevée et sous-évaluée
30	1.4 Détection précoce de l'HTA, une pratique payante
30	1.5 Dépistage recommandé de façon unanime par les experts

33	2. LES RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE ET DE SUIVI DE L'HTA
34	2.1 Clientèle ciblée
34	2.2 Types de mesure de la pression artérielle
34	2.2.1 Mesure en cabinet
34	2.2.2 Mesure ambulatoire de la PA
35	2.2.3 Mesure de la PA à domicile par le patient
35	2.2.4 Sources d'erreur dans la mesure de la PA
37	2.3 Classification des valeurs de pression artérielle chez les adultes
38	2.4 Diagnostic de l'HTA
38	2.4.1 Critères diagnostiques
40	2.4.2 Urgence hypertensive
41	2.5 Évaluation du patient
41	2.5.1 Évaluation de base
44	2.5.2 Évaluation complémentaire
46	2.6 Traitement de l'HTA
46	2.6.1 Valeurs cibles de PA à atteindre
47	2.6.2 Recommandations non pharmacologiques
50	2.6.3 Recommandations pharmacologiques
55	2.7 Assurer le suivi
55	2.7.1 Établir la fréquence des suivis
57	2.7.2 Accorder une attention particulière à l'observance
57	2.7.3 Fournir des outils au patient
58	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES
	● LISTE DES TABLEAUX
28	TABLEAU 1 Facteurs de risque cardiovasculaire d'athérosclérose associés à l'HTA
30	TABLEAU 2 Bienfaits de la maîtrise de l'HTA
31	TABLEAU 3 Recommandations relatives au dépistage de l'HTA
35	TABLEAU 4 Valeurs de référence MAPA – PECH, 2007
36	TABLEAU 5 Principales sources d'erreur associées à la mesure de la PA
37	TABLEAU 6 Classification des valeurs de PA – WHO-ISH, 1999, adoptée par le PECH, 2007
41	TABLEAU 7 Définitions d'urgence hypertensive et conduite en fonction des valeurs de la PA
42	TABLEAU 8 Anamnèse et examen physique – WHO-ISH, 1999, adoptés par le PECH, 2007
42	TABLEAU 9 Recherche de l'atteinte d'organes cibles : exemples de lésions – PECH, 2007
43	TABLEAU 10 Recherche de facteurs de risque cardiovasculaire d'athérosclérose – PECH, 2007
43	TABLEAU 11 Facteurs exogènes susceptibles de provoquer ou d'aggraver l'HTA – PECH, 2007
44	TABLEAU 12 Tests diagnostiques de routine – PECH, 2007
44	TABLEAU 13 Calcul du risque cardiovasculaire – PECH, 2007

45	TABLEAU 14	Tests diagnostiques pour la recherche de causes identifiables d'hypertension secondaire – PECH, 2007
46	TABLEAU 15	Valeurs cibles de PA – PECH, 2007
48	TABLEAU 16	Effets des modifications des habitudes de vie sur la PA
49	TABLEAU 17	Recommandations sur le mode de vie en vue de la prévention et du traitement de l'HTA – PECH, 2007
50	TABLEAU 18	Recommandations de traitement pharmacologique selon l'âge et la PA – GECSSP
51	TABLEAU 19	Niveau de recommandation de traitement pharmacologique selon la PA, l'atteinte des organes cibles et la présence d'autres facteurs de risque – PECH, 2007
52-53	TABLEAU 20	Recommandations pharmacologiques selon la condition clinique – PECH, 2007
54	TABLEAU 21	Associations optimales de médicaments antihypertenseurs – PECH, 2007
54	TABLEAU 22	Causes possibles d'une piètre réponse au traitement chez des adultes souffrant d'hypertension non compliquée – PECH, 2007
57	TABLEAU 23	Recommandations pour améliorer l'observance du traitement – PECH, 2007
	●	LISTE DES FIGURES
29	FIGURE 1	Prévalence de l'HTA chez 10 000 patients inscrits
39	FIGURE 2	Critères diagnostiques d'HTA et recommandations de suivi
55	FIGURE 3	Recommandations relatives au suivi
56	FIGURE 4	Démarche proposée lorsque les objectifs du traitement ne sont pas atteints
59	●	FASCICULE 3 LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE SOINS APPLIQUÉ AU DÉPISTAGE ET AU SUIVI DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
65		ÉTAPE 1 PASSER À L'ACTION : L'HEURE DES CHOIX
66		Qui fait quoi ?
67-68	A	Outil n° 1 Prêt pour un changement
69		ÉTAPE 2 ÉTABLIR LE PORTRAIT DES PRATIQUES ACTUELLES
70		Qui fait quoi ?
71	A	Outil n° 2 Notes au dossier sur la mesure de la pression artérielle et sur les habitudes de vie
73-74	A	Outil n° 3 Notes au dossier sur les facteurs de risque de MCV, sur l'investigation de base et sur le traitement non pharmacologique de l'HTA

75	ÉTAPE 3 ÉLABORER UN PROTOCOLE DE SOINS PRÉVENTIFS	
76	Qui fait quoi ?	
79-107	A	Outil n° 4 Protocole sur l'hypertension artérielle
109	ÉTAPE 4 PLANIFIER LA PRESTATION DES SERVICES	
110	Qui fait quoi ?	
111-112	A	Outil n° 5 Distribution des tâches entre les membres du milieu clinique
113-121	A	Outil n° 6 Algorithmes des activités à réaliser pour le diagnostic de l'hypertension artérielle
123	ÉTAPE 5 BIEN S'OUTILLER POUR BIEN TRAVAILLER	
124	Qui fait quoi ?	
124	OUTILS POUR LES CLINICIENS	
125	A	Outil n° 7 Feuille de suivi HTA pour l'infirmière
126	A	Outil n° 8 Feuille de suivi HTA pour le médecin
127		Outil n° 9 Enseignement sur l'HTA « Questions et réponses Mon guide pour maîtriser l'hypertension artérielle »
128		Outil n° 10 Algorithme pour le diagnostic de l'HTA
129		Outil n° 11 Grille de calcul de l'IMC et du tour de taille
130		Outil n° 12a Évaluation du risque coronarien : Grille de Framingham
131-132		Outil n° 12b Évaluation du risque coronarien : SCORE
133		Outil n° 13 Méthode standardisée de mesure de la pression artérielle – PECH 2006
134		Outil n° 14 Principales sources d'erreur associées à la mesure de la PA
135		Outil n° 15 Sphygmomanomètres : positionnement des appareils muraux, calibrage et remplacement des appareils au mercure
136		Outil n° 16 Conseils sur l'achat et l'utilisation d'un sphygmomanomètre à domicile pour automesure
137	A	Outil n° 17 Registre des prêts
138	A	Outil n° 18 Modèle d'ordonnance collective pour l'investigation de base de l'HTA
139-140		Outil n° 19 Prescription de l'activité physique
141-142	A	Outil n° 20 Feuille de référence au centre d'abandon du tabagisme
143		Outil n° 21 Sites Internet pour les cliniciens

144	OUTILS POUR LES PATIENTS	
144	Outil n° 22	Brochure Acti-Menu « Pour contrôler sa TA »
145	Outil n° 23	Brochure Acti-Menu « Mangez-vous santé? »
146	Outil n° 24	Brochure Acti-Menu « Avez-vous bougé aujourd'hui? »
147	Outil n° 25	Brochure Acti-Menu « Votre poids pèse-t-il sur votre santé? »
148	Outil n° 26	Brochure Acti-Menu « Êtes-vous stressé? »
149	Outil n° 27	Brochure Acti-Menu « Avez-vous bon cœur? »
150	A Outil n° 28	Évaluation du stade comportemental pour le patient
151-152	Outil n° 29	Régime DASH
153	A Outil n° 30	Carnet pour inscrire la PA
154	Outil n° 31	Effets des modifications des habitudes de vie sur la PA
155	Outil n° 32	Conseils sur l'achat et l'utilisation d'un sphygmomanomètre à domicile pour automesure
156	Outil n° 33	Sites Internet pour les patients
157	ÉTAPE 6 RÉEXAMINER, RÉAJUSTER, PEAUFINER	
158	Qui fait quoi ?	
159	A Outil n° 34	Choix de la démarche d'évaluation
161-162	A Outil n° 35	Évaluation du système de soins préventifs HTA
	● LISTE DES TABLEAUX	
95	TABLEAU 1	Recommandations de traitement pharmacologique selon l'âge et la PA - GECSSP
96	TABLEAU 2	Niveau de recommandation de traitement pharmacologique selon la PA, l'atteinte des organes cibles et la présence d'autres facteurs de risque – PECH, 2007
97-98	TABLEAU 3	Recommandations pharmacologiques selon la condition clinique – PECH, 2007
98	TABLEAU 4	Associations optimales de médicaments antihypertenseurs – PECH, 2007
	● LISTE DES FIGURES	
99	FIGURE 1	Recommandations relatives au suivi
100	FIGURE 2	Démarche proposée lorsque les objectifs du traitement ne sont pas atteints

LA PRÉVENTION EN MILIEU CLINIQUE

Table des matières

11	● FASCICULE 1	LA PRÉVENTION EN MILIEU CLINIQUE
15	1. LA PRÉVENTION PRATICO-PRATIQUE	
16	1.1	Rappel des trois niveaux de prévention
17	1.2	Une opportunité à saisir dans les milieux cliniques
17	1.3	Optimiser les services préventifs
18	1.4	Obtenir un soutien à la démarche
21	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
	● LISTE DES TABLEAUX	
20	TABLEAU 1	Étapes d'implantation d'un système de soins préventifs
	● LISTE DES FIGURES	
17	FIGURE 1	Niveaux de prévention
19	FIGURE 2	Modèle d'organisation des services pour votre clinique

LA PRÉVENTION PRATICO-PRATIQUE

1. | La prévention pratico-pratique

Les pratiques préventives sont plus que jamais à l'ordre du jour. Recommandées par la Commission Clair en 2000, inscrites dans la Loi sur la santé publique en 2001, préconisées comme l'une des stratégies d'action par le *Programme national de santé publique 2003-2012*, elles sont aussi mentionnées expressément dans l'offre de service des groupes de médecine de famille (GMF)¹.

Les **pratiques cliniques préventives** (PCP) regroupent un ensemble d'interventions faites par un professionnel de la santé auprès d'un patient; elles peuvent comprendre la promotion de comportements sains, le counselling sur les habitudes de vie, le dépistage des maladies ou des facteurs de risque, l'immunisation et la chimioprophylaxie. Ces pratiques permettent d'agir en amont des problèmes, afin de réduire la morbidité et la mortalité évitables. La **prévention** vise la réduction des problèmes psychosociaux et de santé par l'action sur les facteurs de risque et de vulnérabilité. La **promotion** de la santé et du bien-être vise plutôt à renforcer les facteurs de protection par des actions qui misent, entre autres, sur le potentiel des personnes et des groupes.

Les cliniciens sont appelés à considérer la **santé globale** de leurs patients. Mais alors que les milieux de pratique continuent de mettre l'accent sur le curatif (guérir et soigner), comment en arriver à privilégier les interventions préventives, mesures par ailleurs rarement nuisibles, considérées comme importantes par les médecins et désirées par les patients?

Plusieurs obstacles liés aux patients, aux professionnels ou à l'organisation des soins empêchent l'exercice régulier de la prévention. Sans minimiser ces obstacles, il est toutefois possible d'adopter ou d'améliorer des pratiques préventives reconnues comme efficaces et pertinentes si plusieurs stratégies sont utilisées. Et dans cette perspective, l'arrivée de l'infirmière dans les GMF constitue un atout majeur.

1.1 | Rappel des trois niveaux de prévention

Selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP), la prévention en milieu clinique repose sur une démarche sélective basée sur l'âge et le sexe de la personne. Pour appliquer une intervention préventive, il importe de connaître les facteurs de risque, les facteurs de protection et les phases de développement de la maladie². La prévention peut être primaire, secondaire ou tertiaire. Comme le montre la *figure 1*, la prévention primaire consiste à faire la promotion de la santé, l'éducation et le counselling, et à offrir une protection (vaccination ou chimioprophylaxie) si le patient est exposé à un facteur de risque modifiable. La prévention secondaire vise à dépister la maladie à un stade où le patient est asymptomatique. La prévention tertiaire vise à freiner l'évolution d'une maladie chez un patient diagnostiqué afin d'en éviter les complications.

L'application des mesures de prévention doit tenir compte des **preuves de l'efficacité de l'intervention**. Les lignes directrices et les consensus d'experts guident les intervenants dans leurs actions.

FIGURE 1. NIVEAUX DE PRÉVENTION

	PRÉVENTION PRIMAIRE	PRÉVENTION SECONDAIRE	PRÉVENTION TERTIAIRE
SANTÉ			MALADIE
Caractéristiques	Facteurs de risque Maladie au sein de la population	Exposition de la personne au facteur de risque de la maladie ou à la maladie Changement pathologique précoce	Signes et symptômes décelés Résultats de la maladie clinique: décès, invalidité ou rétablissement
Modes d'intervention	Promotion de la santé, Éducation, Counselling Protection particulière	Dépistage Diagnostic précoce	Soins Réadaptation

Source : Adapté de Agence de santé publique du Canada, cours d'épidémiologie, hiver 2007

1.2 | Une opportunité à saisir dans les milieux cliniques

Les omnipraticiens en cabinet privé assurent 80 % du volume des soins ambulatoires. Les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) révèlent qu'au cours d'une année, autour de 70 % de la population consulte un médecin, pour une moyenne de quatre visites (RAMQ, 2002). Le milieu clinique représente donc un potentiel important d'interventions pour améliorer la santé de la population. De plus, les médecins et les patients ont une attitude positive à l'égard de la prévention et manifestent de l'intérêt quant à l'application des pratiques recommandées³. Les premiers influencent les comportements des seconds. Les médecins jouissent en effet d'une grande crédibilité auprès de leurs patients, qui par ailleurs apprécient les interventions préventives à leur égard^{4,5}.

Malgré la valeur accordée à la prévention clinique, les recommandations des guides de pratique sont peu appliquées⁶. Les interventions préventives ne sont offertes que dans une proportion de 55 %⁷. Quant aux interventions relatives aux recommandations A et B du GECSSP, elles sont offertes dans une proportion de 65,5 % et de 31 % respectivement⁸.

Comme principaux freins aux pratiques préventives, les médecins évoquent le manque de temps, le conflit de priorité entre le curatif et le préventif, la lourdeur administrative, la rémunération insuffisante, les recommandations contradictoires.

Un ensemble de stratégies reconnues comme efficaces permettent d'augmenter la prestation de services préventifs en milieu clinique. Elles sont regroupées sous trois grandes catégories :

- les interventions éducatives axées sur l'amélioration des connaissances (ateliers de formation médicale continue, diffusion de guides de pratique, etc.);
- les interventions qui soutiennent les changements de comportements des intervenants (rappels, rétroaction sur les pratiques, etc.);
- les interventions portant sur l'environnement de pratique et l'organisation des services (répartition des tâches, organisation du lieu de pratique, utilisation d'outils, etc.).

Les études démontrent que les interventions fondées sur l'utilisation simultanée de plusieurs stratégies sont plus efficaces.

1.3 | Optimiser les services préventifs

La prévalence des maladies chroniques et le fardeau qu'elles représentent pour le système de soins ont suscité de nombreuses recherches tant sur les mesures préventives que sur l'organisation des services de première ligne. Les effets positifs d'une organisation des services axée sur une problématique particulière, plutôt que sur le traitement au cas par cas, sont largement démontrés dans la littérature. Un modèle proposé par Wagner en 1996 et repris par Cretin en 2004 est présenté à la figure 2^{9,10}. Cette façon de faire permet d'obtenir des rencontres patient/médecin de bonne qualité et plus productives. Elle suscite la participation de l'ensemble du personnel, reconnaît le rôle de chacun

et maximise les retombées des interventions. Ce modèle identifie six leviers d'action. Outre les ressources de la communauté et l'organisation du système de santé, ce modèle propose aussi d'agir sur les volets suivants:

1. le **soutien à l'autogestion** : maintien des compétences des professionnels, animateur/répondant au sein de l'équipe, fonctionnement en équipe, ouverture au changement, implication du patient dans ses soins, soutien au patient par un enseignement approprié, soutien psychosocial (rencontres de groupe).
2. la **reconfiguration du système de prestation de soins** à l'intérieur de la clinique : bilan des pratiques actuelles, détermination claire des tâches de chacun, choix d'un gestionnaire de cas, planification de la trajectoire de soins des patients, planification de rencontres d'équipe régulières, adoption du modèle de fonctionnement par chacun.
3. le **soutien à la décision clinique** : lignes directrices-guides de pratique (soins basés sur les données probantes), formation professionnelle continue, consultations disponibles (accès à l'expertise d'autres professionnels), rétroaction sur les pratiques auprès des professionnels.
4. les **systèmes d'information cliniques** : registres de données, systèmes de rappel, suivis de mesures (monitorage).

Chacun des leviers est appuyé par une série de mesures destinées aux professionnels comme aux patients, et qui entraînent une amélioration des résultats tant sur le plan clinique que fonctionnel.

Par ailleurs, comme plusieurs facteurs de risque liés au mode de vie ou à la biologie (HTA, dyslipidémie, obésité) sont communs et influencent l'apparition et les complications des maladies chroniques, il importe d'accentuer la prévention. Les soins **systématisés** visant ces facteurs de risque contribuent fortement à retarder ou à éviter l'apparition et les complications des maladies chroniques.

Dans le but de diminuer les décès évitables et de préserver la qualité de vie en retardant les incapacités, les Américains ont conçu un outil de systématisation des soins afin d'accroître l'application des pratiques préventives issues des recommandations du *US Preventive Services Task Force* (USPSTF). Cet outil qui réfère aux divers leviers d'action du modèle de Wagner, vise à augmenter le niveau de conscience des cliniciens face à la prévention et à l'utilisation des services préventifs en milieu clinique (tests de dépistage, counselling, immunisations). Implanté en 1994, le

Put Prevention into Practice (PPIP) a été transféré à l'*American Health Research and Quality* en 1998. Il a été mis au point avec la participation et la coopération de plusieurs groupes privés et publics. De fait, tout en se fondant sur des interventions reconnues comme efficaces pour augmenter la prestation de services préventifs dans les organisations de première ligne, le PPIP est le résultat de consultations menées auprès de groupes de discussion composés de cliniciens, du personnel de cliniques et de patients. Les consultations se poursuivent avec les utilisateurs actuels.

Le PPIP est un guide qui propose une approche **systématique**. Il explique, étape par étape, comment offrir les services préventifs de routine pour chaque patient, précise les services recommandés, donne des clés pour obtenir l'adhésion de l'ensemble du personnel et explique comment évaluer et raffiner le système. C'est un guide facile à utiliser car il décompose la prestation des services préventifs en petites étapes « gérables »; il peut être appliqué dans chaque type d'organisation, il comprend des outils de travail à utiliser tels quels ou à adapter, et il est basé sur les résultats probants d'études scientifiques. Le fascicule 3 du présent guide est donc inspiré de cet outil américain car il vise les mêmes objectifs d'optimisation des actes préventifs en clinique. Il en a retenu les caractéristiques et les étapes d'implantation.

1.4 | Obtenir un soutien à la démarche

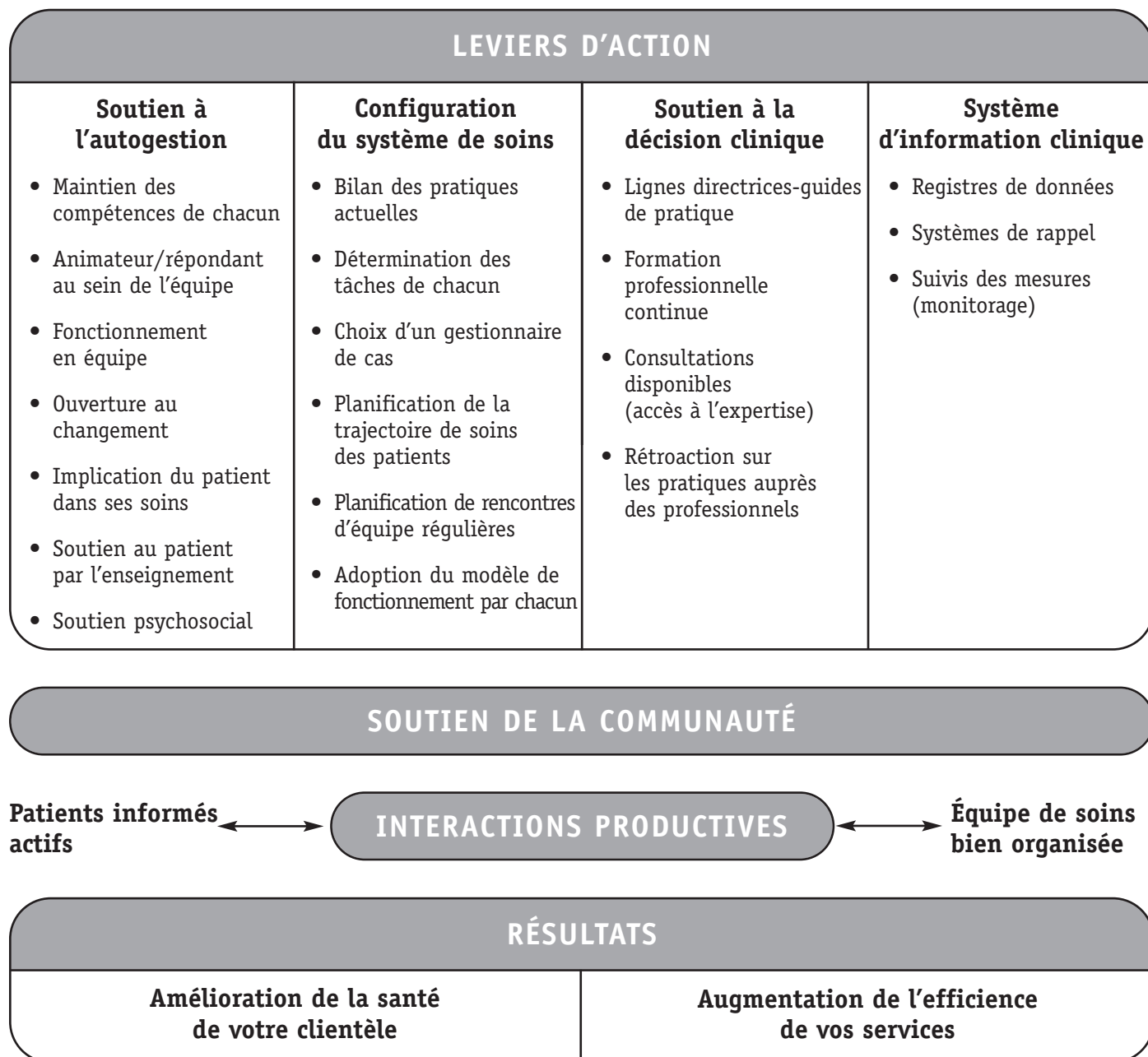
De concert avec les CSSS, les directions régionales de santé publique peuvent offrir aux milieux cliniques un accompagnement revêtant différents aspects. Par exemple :

- information sur la population d'un territoire;
- soutien pour dresser un portrait des pratiques actuelles;
- information sur les guides de pratique;
- formation (ateliers interactifs et ateliers visant l'acquisition de compétences techniques);
- production d'outils à l'intention des médecins, des infirmières et des patients;
- mise en place de processus d'évaluation et de rétroaction.

FIGURE 2. **MODÈLE D'ORGANISATION DES SERVICES POUR VOTRE CLINIQUE**

Engagement : Offrir des services de QUALITÉ par une approche SYSTÉMATIQUE

Buts partagés :
 Choisir UN problème de santé particulier
 Cibler UNE population
 Pratiquer UNE intervention basée sur des données probantes



Sources : E.H. WAGNER, B.T. AUSTIN et M. VON KORFFS, 1996; S. CRETIN, S.M. SHORTELL et E.B. KEELER, 2004.

TABEAU 1 ÉTAPES D'IMPLANTATION D'UN SYSTÈME DE SOINS PRÉVENTIFS

1. VÉRIFIER SI VOTRE MILIEU EST PRÊT POUR UN CHANGEMENT DANS LE SYSTÈME DE SOINS

- Apprécier les croyances et les valeurs du personnel sur la prévention
- Obtenir l'opinion du personnel et des patients
- Proposer le présent Guide comme une possibilité

2. ÉTABLIR LE PORTRAIT DE VOS PRATIQUES PRÉVENTIVES ACTUELLES

- Décrire les pratiques en lien avec la mesure de la PA et les habitudes de vie
- Identifier chez les patients hypertendus la présence au dossier des facteurs de risque de MCV, de l'investigation de base et du traitement non pharmacologique

3. ÉLABORER UN PROTOCOLE DE SOINS PRÉVENTIFS

- Déterminer la clientèle ciblée et les intervenants concernés
- Examiner les lignes directrices sur l'hypertension artérielle et choisir celles que la clinique veut appliquer
- Déterminer les activités à réaliser
- Inscrire les instances consultées, les dates d'adoption et de révision du protocole

4. DÉTERMINER LA FAÇON DE DONNER LES SERVICES PRÉVENTIFS

- Obtenir la collaboration des professionnels et du personnel de soutien administratif
- Répartir la responsabilité pour chacune des tâches entre les membres du personnel

5. CHOISIR LES OUTILS À UTILISER

- Déterminer les outils à utiliser par les professionnels de la clinique
- Décider des outils à distribuer aux patients lors des consultations
- Préciser le mode de circulation de l'information et du matériel

6. ÉVALUER, RÉAJUSTER, « PEAUFINER »

- Choisir la démarche d'évaluation
- Prévoir la réévaluation des objectifs et en déterminer le moment
- Obtenir l'opinion du personnel et des patients

Références bibliographiques

1. « L'offre de service attendue de tous les GMF » in GROUPE DE SOUTIEN À L'IMPLANTATION DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE, *Devenir un GMF, Guide d'accompagnement, Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin: Annexe J*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2005, p. J-12-J-13.
2. BEAUCAGE, C. et Y. BONNIER VIGER, *Épidémiologie appliquée*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 1996, 550 p.
3. BEAULIEU, M. D., E. HUDON, D. ROBERGE, R. PINEAULT, D. FORTÉ et J. LÉGARÉ, *Intégration des activités de prévention aux pratiques médicales. Sommes-nous tous sur la même longueur d'onde ?*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, R99-05, avril 1999.
4. BUTLER JONES, D. « Enhancing prevention in the practice of health professionals », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 87, suppl. 2, 1996, p. S75-S78.
5. MCISAAC, W.J., E. FULLER-THOMSON et Y. TALBOT, « Does having regular care by a family physician improve preventive care? », *Canadian Family Physician*, vol. 47, 2001, p. 70-76.
6. HUTCHISON, B.G. et autres, « Preventive care and barriers to effective prevention: How do family physician see it? », *Canadian Family Physician*, vol. 42, 1998, p. 1693-1700.
7. MCGLYNN, E.A. et autres, « The quality of health care delivered to adults in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 348, no 26, 2003, p. 2635-2645.
8. HUTCHISON, B.G., C.A. WOODWARD, R. GEOFFREY, J. ABELSON et J.A. BROWN, « Provision of preventive care to unannounced standardized patients », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 158, no 2, 1998, p. 185-193.
9. WAGNER, E.H., B.T. AUSTIN et M. VON KORFF, « Organizing care for patients with chronic illness », *The Milbank Quarterly*, vol. 74, no 4, 1996, p. 511-544.
10. CRETIN S., S.M. SHORTELL et E.B. KEELER, « Improving chronic illness care: An evaluation of collaborative interventions to improve chronic illness care », *Evaluation Review*, vol. 28, no 4, 2004, p. 28-51.

LES
RECOMMANDATIONS
EN MATIÈRE DE
DÉPISTAGE ET
DE SUIVI DE L'HTA

Note

Ce fascicule a fait l'objet d'une révision et d'une mise à jour en 2007 par les D^{rs} Denis Drouin et Alain Milot, de la Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA).

Les recommandations de ce fascicule sont issues du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) qui peut être consulté en ligne à www.hypertension.ca.

Pour davantage d'information, on pourra aussi consulter les ouvrages de la SQHA :

- *Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007;*
- *Questions et réponses. Mon guide pour maîtriser l'hypertension artérielle, SQHA, 2005;*
- *Mon guide nutritionnel pour prévenir et traiter l'hypertension artérielle, SQHA, 2005.*

Table des matières

23	● FASCICULE 2	LES RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE ET DE SUIVI DE L'HTA
27	1. POURQUOI DÉPISTER L'HYPERTENSION ?	
28	1.1	Facteur de risque majeur de maladies
28	1.2	Facteurs de risque modifiables
29	1.3	Prévalence élevée et sous-évaluée
30	1.4	Détection précoce de l'HTA, une pratique payante
30	1.5	Dépistage recommandé de façon unanime par les experts
33	2. LES RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE ET DE SUIVI DE L'HTA	
34	2.1	Clientèle ciblée
34	2.2	Types de mesure de la pression artérielle
34	2.2.1	Mesure en cabinet
34	2.2.2	Mesure ambulatoire de la PA
35	2.2.3	Mesure de la PA à domicile par le patient
35	2.2.4	Sources d'erreur dans la mesure de la PA
37	2.3	Classification des valeurs de pression artérielle chez les adultes
38	2.4	Diagnostic de l'HTA
38	2.4.1	Critères diagnostiques
40	2.4.2	Urgence hypertensive
41	2.5	Évaluation du patient
41	2.5.1	Évaluation de base
44	2.5.2	Évaluation complémentaire
46	2.6	Traitement de l'HTA
46	2.6.1	Valeurs cibles de PA à atteindre
47	2.6.2	Recommandations non pharmacologiques
50	2.6.3	Recommandations pharmacologiques
55	2.7	Assurer le suivi
55	2.7.1	Établir la fréquence des suivis
57	2.7.2	Accorder une attention particulière à l'observance
57	2.7.3	Fournir des outils au patient
58	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	

● LISTE DES TABLEAUX

28	TABLEAU 1	Facteurs de risque cardiovasculaire d'athérosclérose associés à l'HTA
30	TABLEAU 2	Bienfaits de la maîtrise de l'HTA
31	TABLEAU 3	Recommandations relatives au dépistage de l'HTA
35	TABLEAU 4	Valeurs de référence MAPA – PECH, 2007
36	TABLEAU 5	Principales sources d'erreur associées à la mesure de la PA
37	TABLEAU 6	Classification des valeurs de PA – WHO-ISH, 1999, adoptée par le PECH, 2007
41	TABLEAU 7	Définitions d'urgence hypertensive et conduite en fonction des valeurs de la PA
42	TABLEAU 8	Anamnèse et examen physique – WHO-ISH, 1999, adoptés par le PECH, 2007
42	TABLEAU 9	Recherche de l'atteinte d'organes cibles : exemples de lésions – PECH, 2007
43	TABLEAU 10	Recherche de facteurs de risque cardiovasculaire d'athérosclérose – PECH, 2007
43	TABLEAU 11	Facteurs exogènes susceptibles de provoquer ou d'aggraver l'HTA – PECH, 2007
44	TABLEAU 12	Tests diagnostiques de routine – PECH, 2007
44	TABLEAU 13	Calcul du risque cardiovasculaire – PECH, 2007
45	TABLEAU 14	Tests diagnostiques pour la recherche de causes identifiables d'hypertension secondaire – PECH, 2007
46	TABLEAU 15	Valeurs cibles de PA – PECH, 2007
48	TABLEAU 16	Effets des modifications des habitudes de vie sur la PA
49	TABLEAU 17	Recommandations sur le mode de vie en vue de la prévention et du traitement de l'HTA – PECH, 2007
50	TABLEAU 18	Recommandations de traitement pharmacologique selon l'âge et la PA – GECSSP
51	TABLEAU 19	Niveau de recommandation de traitement pharmacologique selon la PA, l'atteinte des organes cibles et la présence d'autres facteurs de risque – PECH, 2007
52-53	TABLEAU 20	Recommandations pharmacologiques selon la condition clinique – PECH, 2007
54	TABLEAU 21	Associations optimales de médicaments antihypertenseurs – PECH, 2007
54	TABLEAU 22	Causes possibles d'une piètre réponse au traitement chez des adultes souffrant d'hypertension non compliquée – PECH, 2007
57	TABLEAU 23	Recommandations pour améliorer l'observance du traitement – PECH, 2007

● LISTE DES FIGURES

29	FIGURE 1	Prévalence de l'HTA chez 10 000 patients inscrits
39	FIGURE 2	Critères diagnostiques d'HTA et recommandations de suivi
55	FIGURE 3	Recommandations relatives au suivi
56	FIGURE 4	Démarche proposée lorsque les objectifs du traitement ne sont pas atteints

POURQUOI DÉPISTER L'HYPERTENSION ?

1.1 | Facteur de risque majeur de maladies

L'hypertension artérielle représente le premier facteur de risque de mortalité dans le monde, juste avant le tabagisme. Près de la moitié des maladies cardiovasculaires dans le monde seraient attribuables à l'hypertension¹. D'ici 2025, le nombre d'adultes hypertendus augmentera d'environ 60 %².

L'HTA est reconnue comme un facteur de risque important :

- de maladie coronarienne;
- d'accident vasculaire cérébral;
- d'insuffisance cardiaque;
- de maladie vasculaire périphérique;
- d'insuffisance rénale.

L'hypertension augmente de deux à trois fois le risque cardiovasculaire global³. Les processus d'athérosclérose, qui entraînent des lésions, surtout du cœur, du cerveau et des reins, sont accélérés par une pression artérielle supérieure à la normale. L'hypertension non traitée peut réduire d'une dizaine d'années l'espérance de vie de l'individu.

(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007, chap. 2*)⁴

1.2 | Facteurs de risque modifiables

La modification des facteurs de risque biologiques et de ceux liés au mode de vie permet de retarder l'apparition du problème et d'éviter des conséquences lourdes pour la santé de l'individu et pour le système de soins⁵. Le tableau 1 présente les facteurs de risque non modifiables et modifiables de l'HTA.

TABLEAU 1 FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE D'ATHÉROSCLÉROSE ASSOCIÉS À L'HTA	
NON MODIFIABLES	
Âge ≥ 55 ans	
Sexe masculin	
Antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire prématurée (avant l'âge de 55 ans chez les hommes et de 65 ans chez les femmes)	
MODIFIABLES	
Liés au mode de vie	Biologiques
Sédentarité*	Intolérance au glucose ou diabète*
Mauvaises habitudes alimentaires* (alimentation pauvre en potassium et riche en matières grasses et en sel)	Dyslipidémie*
Consommation excessive d'alcool (plus de 14 consommations par semaine pour les hommes et plus de 9 pour les femmes)	IMC ≥ 25 kg/m ² : excès de poids et obésité
Stress*	Obésité abdominale* (tour de taille > 88 cm ou 35 pouces chez la femme, et > 102 cm ou 40 pouces chez l'homme)
Tabagisme*	
* Selon PECH, 2007.	* Selon PECH, 2007.

(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007, chap. 7*)

1.3 | Prévalence élevée et sous-évaluée

La prévalence de l'HTA est élevée. Dans l'Enquête canadienne sur la santé cardiovasculaire 1986-1992⁶, chez 23 111 Canadiens de 18 ans ou plus, la prévalence de l'hypertension artérielle mesurée était :

- de 21,1 % chez les 18-74 ans;
- de 50 % chez les 65 ans ou plus.

Parmi les adultes hypertendus :

- **43 %** ignoraient que leur pression artérielle était trop élevée;
- **13 %** étaient traités et leur hypertension était maîtrisée;
- **21 %** étaient traités, mais sans maîtrise de leur hypertension;
- **22 %** savaient qu'ils souffraient d'hypertension, mais celle-ci n'était ni traitée ni maîtrisée.

Le risque d'hypertension augmente avec l'âge :

- sur 100 patients normotendus à 55 ou 65 ans, 90 deviendront hypertendus à l'âge de 80 ou 85 ans.

La prévalence de l'hypertension systolique isolée est de l'ordre de 8 à 9 %.

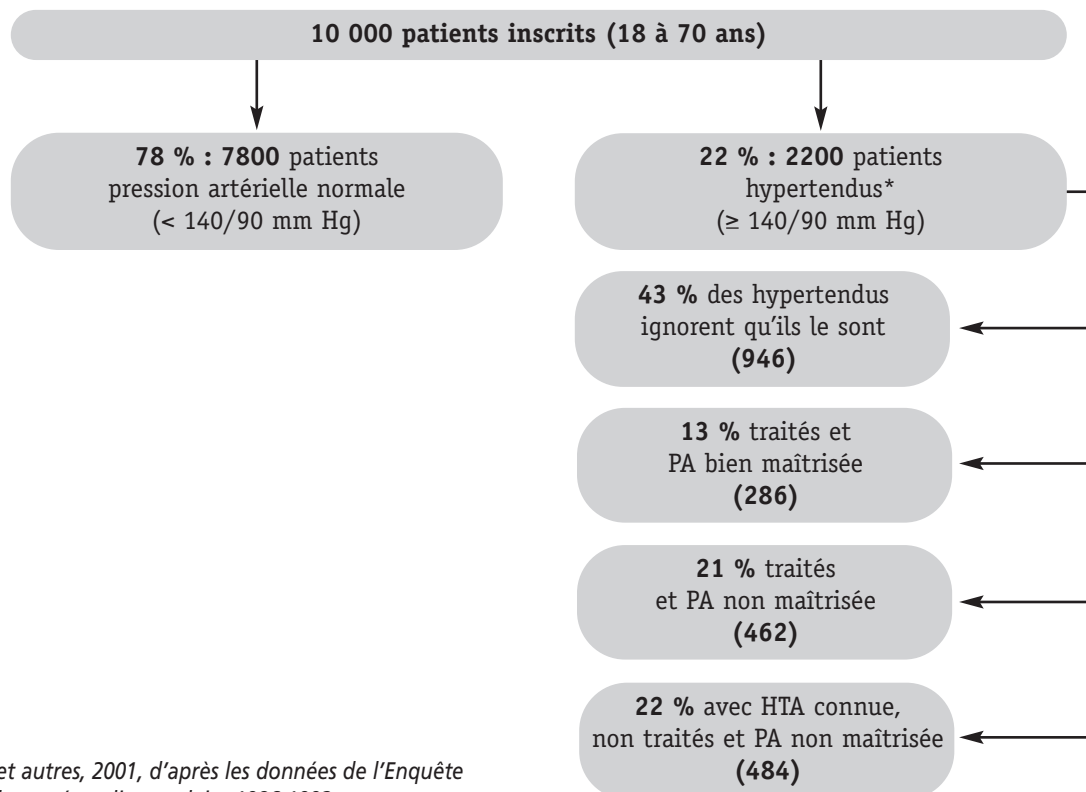
L'hypertension est le plus souvent asymptomatique.

Malgré les fréquentes interactions avec le système de santé, de nombreuses personnes ignorent donc que leur pression artérielle est anormale ou que leur hypertension n'est pas contrôlée.

Si l'on appliquait les données de prévalence issues de l'Enquête canadienne sur la santé cardiovasculaire à la clientèle d'un GMF, soit 10 000 personnes âgées de 18 à 70 ans, ce sont 2200 patients qui seraient vraisemblablement dépistés comme hypertendus et qui nécessiteraient un suivi (*figure 1*).

(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007, chap. 2 et 7*)

FIGURE 1. PRÉVALENCE DE L'HTA CHEZ 10 000 PATIENTS INSCRITS



Source : Joffres et autres, 2001, d'après les données de l'Enquête canadienne sur la santé cardiovasculaire 1986-1992.

1.4 | Détection précoce de l'HTA, une pratique payante

Bien qu'aucun essai comparatif randomisé n'ait démontré l'efficacité du dépistage de l'HTA dans la population générale pour réduire la mortalité ou les événements cardiovasculaires, les résultats des études chez les hypertendus dépistés de façon opportuniste ont

démontré une efficacité quant à la réduction des maladies cardiovasculaires et de la mortalité globale⁷. Les bienfaits obtenus par la maîtrise de l'hypertension artérielle sont résumés au tableau 2.

TABLEAU 2 BIENFAITS DE LA MAÎTRISE DE L'HTA

Groupes d'âge	Résultats
Patients de moins de 60 ans	Réduction du risque d'AVC de 42 % Réduction du risque d'événements coronariens de 14 %
Patients de plus de 60 ans	Réduction du taux global de mortalité de 20 % Réduction du taux de mortalité d'origine cardiovasculaire de 33 % Réduction de la fréquence d'AVC de 40 % Réduction du taux de coronaropathie de 15 %

Source : Société canadienne d'hypertension artérielle, 2002.
(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique*, SQHA, 2007, chap. 2)

1.5 | Dépistage recommandé de façon unanime par les experts

Le tableau 3 présente les recommandations relatives au dépistage de l'HTA émises par différents groupes d'experts, soit le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP)⁸, le *US Preventive Services Task Force* (USPSTF)⁹, le Programme éducatif canadien sur l'hypertension de la Société canadienne d'hypertension artérielle (PECH)¹⁰. La Société québécoise d'hypertension artérielle¹¹ participe aux travaux de révision des lignes directrices de la Société canadienne d'hypertension artérielle.

D'autres groupes ou associations professionnelles recommandent aussi le dépistage de l'hypertension artérielle, soit :

- *American Heart Association* : dépistage à compter de l'âge de 20 ans;

- *American Academy of Family Physicians* : dépistage à compter de l'âge de 21 ans;
- *American College of Obstetricians and Gynecologists* : dépistage annuel ou à l'occasion d'une visite à compter de l'âge de 13 ans chez les femmes;
- *National Heart, Lung and Blood Institute, American Academy of Pediatrics et American Medical Association* : mesure régulière de la PA à compter de l'âge de 3 ans.

Par ailleurs, comme il ne nécessite pas d'examen complexes et que les résultats en sont connus immédiatement, le dépistage de l'HTA a peu d'effets négatifs tant pour les individus eux-mêmes (sur le plan psychologique) que pour les milieux de travail (il n'est pas une cause significative d'absentéisme).

(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique*, SQHA, 2007, chap. 1 et 2)

TABEAU 3 RECOMMANDATIONS RELATIVES AU DÉPISTAGE DE L'HTA

Groupe ou organisme	Intervention	Population ciblée	Efficacité	Niveau de Recommandation
GECSSP (1994)	Mesure de la pression artérielle (PA) Au moins deux mesures pendant un même examen et au moins trois examens sur une période de six mois	Jeunes adultes et personnes d'âge mûr	Le dépistage devrait être envisagé pour toutes les personnes âgées de 21 à 64 ans même si l'efficacité de l'intervention n'a pas été démontrée, le médecin devant exercer son jugement dans les autres cas.	B*
GECSSP (1994)	Mesure de la pression artérielle	Personnes de 65 à 84 ans		B*
GECSSP (1994)	Mesure de la pression artérielle	Personnes > 84 ans		B*
PECH 2007	La pression artérielle de tous les adultes devrait être mesurée au cours de toutes les visites appropriées	Tous les adultes		Revue de littérature et consensus d'experts D**
USPSTF (2003)	Mesure de la pression artérielle aux deux ans	Adultes	Des résultats probants substantiels indirects supportent l'efficacité du dépistage et du traitement de l'HTA chez les adultes dans la réduction des MCV.	A*
USPSTF (2003)	Mesure de la pression artérielle	Enfants et adolescents	Manque de résultats probants sur l'efficacité pour recommander d'inclure ou d'exclure le dépistage de routine dans le but de réduire les MCV.	I*

* *Niveaux de recommandations selon GECSSP* : A : preuves suffisantes pour recommander que l'intervention soit expressément prise en considération dans un examen médical périodique (EMP); B : preuves acceptables permettant de recommander que l'intervention soit expressément prise en considération dans un EMP; C : preuves controversées pour qu'on puisse recommander l'inclusion ou l'exclusion de l'intervention dans un EMP, mais des recommandations peuvent être formulées pour d'autres motifs; I : preuves insuffisantes pour qu'on puisse recommander l'inclusion ou l'exclusion de l'intervention dans un EMP; D : preuves acceptables pour recommander que l'intervention soit expressément exclue d'un EMP; E : preuves suffisantes pour qu'on puisse recommander que l'intervention soit expressément exclue d'un EMP. **Le USPSTF utilise les mêmes niveaux de preuves que le GECSSP.**

** *Barème d'évaluation des recommandations du PECH* : A : recommandation fondée sur une ou plusieurs études de niveau I; B : les meilleures preuves obtenues proviennent d'une étude de niveau II; C : les meilleures preuves obtenues proviennent d'une étude de niveau III; D : les meilleures preuves obtenues proviennent d'une étude de niveau inférieur à III et comprennent l'avis d'experts. Pour les niveaux de preuve : Feldman RD, et autres, 1999 Canadian Recommendations for the Management of hypertension, CMAJ, 1999 ; 161 (12 suppl).

Sources : GECSSP, 1994; PECH, 2007; USPSTF, 2003.

LES RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE ET DE SUIVI DE L'HTA

2.1 | Clientèle ciblée

Le PECH 2007 recommande que la PA soit mesurée chez tous les adultes lors de chaque visite appropriée.

2.2 | Types de mesure de la pression artérielle

Trois types de mesure de la pression artérielle sont validés pour diagnostiquer l'hypertension : les mesures au cabinet du médecin, la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) et les automesures à domicile.

(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007, chap. 1*)

2.2.1 | MESURE EN CABINET

Selon le PECH 2007, les praticiens peuvent utiliser l'une ou l'autre des trois méthodes validées pour diagnostiquer l'hypertension. Comme la prévalence de « l'hypertension de sarrau blanc » est de 20 à 35 % chez les patients hypertendus, les autres méthodes s'avèrent utiles.

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 et se servir de ce bras par la suite pour la prise de pression et son interprétation.

À chaque visite, au moins deux lectures devraient être prises au même bras avec le patient dans la même position, à une minute d'intervalle, et la moyenne inscrite.

Les valeurs de référence d'une pression artérielle anormale mesurée en cabinet, en l'absence de diabète ou de maladie rénale, sont : PA $\geq$ 140/90 mm Hg

(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007, chap. 3*)

2.2.2 | MESURE AMBULATOIRE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

Règle générale, les valeurs obtenues par MAPA sont plus basses que celles obtenues en cabinet. Dans la majorité des cas, les valeurs de PA baissent de 10 à 20 % durant le sommeil. Les recommandations et les valeurs de référence renvoient au MAPA de 24 heures (tableau 4).

Le PECH ne fournit pas encore de recommandations sur l'utilisation des MAPA d'une durée de 20 minutes ou de 2 heures.

Le PECH 2007 recommande le MAPA de 24 heures dans les situations suivantes :

- pour poser le diagnostic d'HTA (l'utiliser après deux mesures élevées obtenues en cabinet);
- s'il y a suspicion d'une « hypertension de sarrau blanc », chez des patients traités qui présentent :
 - une résistance apparente au traitement pharmacologique adéquat,
 - des symptômes d'hypotension,
 - des variations dans les mesures prises en cabinet.

TABLEAU 4 VALEURS DE RÉFÉRENCE MAPA – PECH, 2007

	PA anormale si moyenne des valeurs de PA
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

Une baisse de PA inférieure à 10 % durant le sommeil est associée à un risque accru d'événements cardiovasculaires.

(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007, chap. 5*)

2.2.3 | MESURE DE LA PA À DOMICILE PAR LE PATIENT

La mesure à domicile est fondée sur la mesure de la PA matin et soir pendant 7 jours. Les valeurs de la première journée sont écartées et la moyenne est ensuite calculée.

Le PECH 2007 recommande l'automesure de la pression artérielle à domicile dans les situations suivantes :

- diagnostic d'HTA :
 - après 2 mesures élevées obtenues en cabinet, suspicion du « syndrome du sarrau blanc »;
 - suspicion « d'HTA masquée », soit une PA < 140/90 mm Hg en cabinet (3 mesures prises au cours de 2 visites) et $\geq$ 135/85 mm Hg à domicile (3 mesures prises le matin et le soir à une minute d'intervalle pendant 2 jours).
- suivi des patients hypertendus, particulièrement ceux présentant :
 - un diabète;
 - une maladie rénale chronique;
 - une inobservance du traitement soupçonnée;
 - un « syndrome du sarrau blanc » confirmé;
 - une « HTA masquée ».

Il faut :

- conseiller au patient d'acheter et d'utiliser des appareils de mesure de la PA à domicile qui leur conviennent et qui répondent aux normes les plus récentes de l'*Association for the Advancement of Medical Instrumentation* (AAMI), de la *British Hypertension Society* (BHS) ou du Protocole international de validation des appareils de mesure automatisée de la pression artérielle. On devrait inciter les patients à utiliser des appareils permettant d'enregistrer et de transmettre les données de façon automatisée;

- enseigner au patient la bonne technique de mesure, l'observer pour s'assurer que la mesure est prise correctement et le renseigner sur l'interprétation des résultats;
- vérifier régulièrement en clinique la précision de l'appareil du patient avec un appareil calibré.

Les valeurs de référence, selon PECH 2007, de la PA anormale par automesure à domicile, en l'absence de diabète ou de maladie rénale, sont : PAS $\geq$ 135 mm Hg ou PAD $\geq$ 85 mm Hg, soit l'équivalent de PAS $\geq$ 140 mm Hg ou de PAD $\geq$ 90 mm Hg mesurée en cabinet.

(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007, chap. 4 ; Questions et réponses. Mon guide pour maîtriser l'hypertension artérielle*¹², chap. 3 et 4)

2.2.4 | SOURCES D'ERREUR DANS LA MESURE DE LA PA

Plusieurs facteurs peuvent fausser la mesure de la pression artérielle. Ces facteurs sont liés au patient (usage de tabac ou café dans les minutes qui précèdent la lecture, pas de temps de repos avant la mesure, position du patient, etc.), au matériel utilisé (calibrage, positionnement) et à la technique employée (valeurs arrondies, brassard trop petit ou placé sur les vêtements, etc.). Le tableau 5 présente des sources d'erreur et leur effet sur la valeur de la PA systolique et diastolique¹³.

TABEAU 5 PRINCIPALES SOURCES D'ERREUR ASSOCIÉES À LA MESURE DE LA PA

Sources d'erreur	Effets en mm Hg	
	PAS	PAD
Vient de fumer	+6	+5
Vient de boire un café	+11	+5
Vessie distendue (envie d'uriner)	+15	+10
Mesure prise en parlant	+7	+8
Brassard trop petit	-8 à +10	-2 à +8
Brassard posé sur les vêtements	+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 0, 5 ou 10	-10	-10

Source : Reeves, 1995.

Le PECH recommande d'utiliser une technique standardisée pour la mesure de la PA (fascicule 3, étape 5, outil n° 13). Afin d'ajouter à la fiabilité de la mesure, il faut prendre les précautions suivantes :

- attendre au moins une minute entre deux lectures;
- réviser la technique de mesure périodiquement;
- utiliser un brassard dont la largeur convient à la circonférence du bras du patient (les repères apposés sur les brassards guident le choix de la taille et son bon positionnement);
- utiliser des appareils en bon état de fonctionnement et les calibrer sur une base régulière (fascicule 3, étape 5, outil n° 15);

- procéder régulièrement à une inspection rapide de l'appareil (vérifier la tubulure et la vessie pour les fissures, et la poire et la valve pour les fuites);
- vérifier les appareils anéroïdes de marque Tycos afin de savoir si l'appareil a besoin d'être calibré. Débrancher le manomètre et le tenir à la verticale : si l'aiguille s'arrête à l'intérieur de l'ovale au bas du cadran, le manomètre a conservé sa précision d'origine; si elle dépasse l'ovale, le manomètre devrait être ajusté;
- remplacer progressivement les appareils au mercure par des appareils anéroïdes ou électroniques.

(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007, chap. 3*)

2.3 | Classification des valeurs de pression artérielle chez les adultes

Les recommandations canadiennes sur la classification des valeurs de pression artérielle sont celles proposées par l'Organisation mondiale de la santé et la Société

internationale d'hypertension dans leurs lignes directrices émises en 1999¹⁴. Elles n'ont pas été modifiées depuis lors. Cette classification est présentée au tableau 6.

TABLEAU 6 CLASSIFICATION DES VALEURS DE PA – WHO-ISH, 1999*, ADOPTÉE PAR LE PECH, 2007

Classe	PAS mm Hg	PAD mm Hg
Optimale	< 120	< 80
Normale	< 130	< 85
Normale élevée	130-139	85-89
Grade 1 (légère)	140-159	90-99
- Sous-groupe : limite	140-149	90-94
Grade 2 (modérée)	160-179	100-109
Grade 3 (grave)	≥ 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).
(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007, chap. 1*)

2.4 | Diagnostic de l'HTA

L'hypertension artérielle est définie en fonction de valeurs de pression systolique de 140 mm Hg et plus, et de pression diastolique de 90 mm Hg et plus. Dans 90 à 95 % des cas, aucune cause n'est identifiée et l'hypertension est alors dite « essentielle ». Lorsque l'investigation révèle une cause particulière, le plus souvent rénale ou endocrinienne, l'hypertension est dite « secondaire ».

Lorsqu'une mesure fortuite de la pression artérielle s'avère élevée en cabinet ou hors cabinet, il faut prévoir une visite consacrée à l'évaluation de la pression artérielle.

2.4.1 | CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Les critères diagnostiques de l'HTA déterminés par le PECH 2007 sont les suivants :

- **Diagnostic d'HTA immédiat** si urgence hypertensive ou situation d'urgence telle que PAD asymptomatique > 130 mm Hg, encéphalopathie hypertensive, dissection aortique aiguë, insuffisance ventriculaire gauche aiguë, ischémie aiguë du myocarde¹⁵.

- **Première visite d'évaluation de l'HTA**

PAS ≥ 140 mm Hg et/ou PAD ≥ 90 mm Hg.

Dans ces cas, prendre deux mesures et en faire la moyenne, noter les antécédents, procéder à l'anamnèse et à l'examen physique et si présence de signes cliniques, prescrire des tests diagnostiques (voir 2.5, « Évaluation du patient ») afin de dépister l'atteinte des organes cibles et d'évaluer les facteurs de risque cardiovasculaire. Prévoir la deuxième visite dans le mois qui suit.

- **Deuxième visite d'évaluation de l'HTA.**

1. **diagnostic d'HTA** si PAS ≥ 140 mm Hg et/ou PAD ≥ 90 mm Hg avec atteinte d'organes cibles, diabète ou maladie rénale chronique;

ou

2. **diagnostic d'HTA** si PAS ≥ 180 mm Hg et/ou PAD ≥ 110 mm Hg sans atteinte macrovasculaire d'organes cibles, ni diabète ou maladie rénale chronique;

3. **poursuivre l'évaluation** si PAS 140-179 mm Hg et/ou PAD 90-109 mm Hg, à l'aide de l'un des trois types de mesures reconnues soit mesures de PA au cabinet, par MAPA ou à domicile.

- **Troisième visite, diagnostic d'HTA** si PAS ≥ 160 mm Hg et/ou PAD ≥ 100 mm Hg. Si PA < 160/100 mm Hg, poursuivre en fixant une **quatrième et une cinquième visite**. Diagnostic d'HTA si PA ≥ 140/90 mm Hg.
- **MAPA, diagnostic d'HTA** si PAS moyenne ≥ 135 mm Hg et/ou PAD moyenne ≥ 85 mm Hg à l'état de veille, OU valeurs moyennes de PAS ≥ 130 mm Hg et de PAD ≥ 80 mm Hg sur 24 heures.
- **Automesure à domicile, diagnostic d'HTA** si PAS moyenne ≥ 135 mm Hg et/ou PAD ≥ 85 mm Hg basée sur la moyenne de deux mesures matin et soir à intervalle de une minute pendant sept jours, après élimination des valeurs du premier jour. Si PA ≤ 135/85 mm Hg, il est recommandé de confirmer les valeurs par un MAPA.

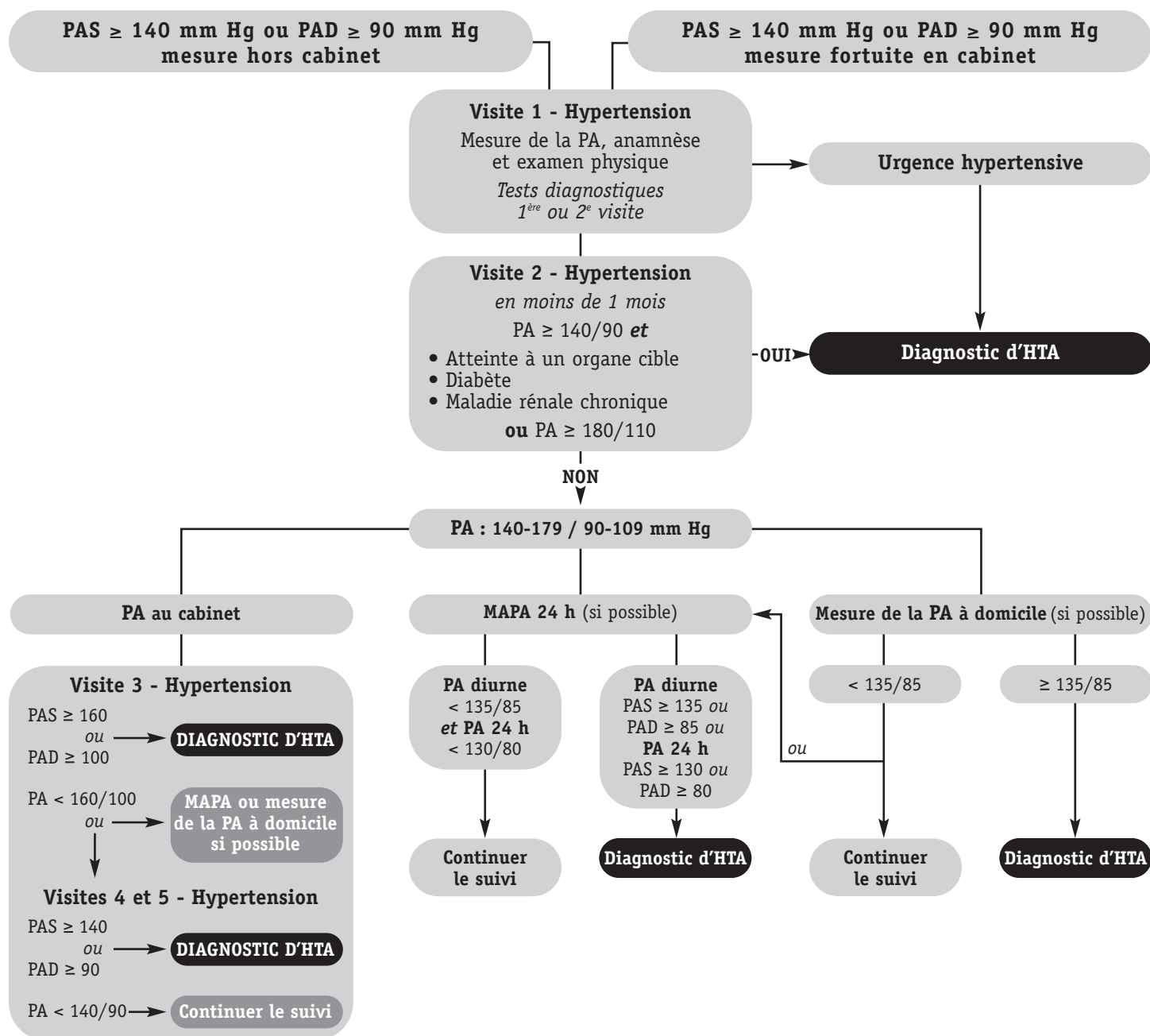
Autres consignes du PECH :

- il convient de rechercher les **causes secondaires d'HTA** en présence de certains signes cliniques ou de certains résultats de laboratoire;
- les patients dont la pression artérielle se situe dans la plage **normale élevée** (PAS = 130-139 mm Hg ou PAD = 85-89 mm Hg) devraient faire l'objet d'un **suiti annuel**.

Le PECH propose une procédure diagnostique qui tient compte non seulement des valeurs de PA (obtenues en cabinet, par MAPA ou par l'automesure à domicile), mais aussi de l'anamnèse, de l'examen physique, des examens de laboratoire, de l'atteinte des organes cibles et de la présence de facteurs de risque associés. Cette procédure permet de poser un diagnostic d'HTA plus rapidement, généralement dès la première ou la deuxième visite (en moins d'un mois), ou sur une période maximale de six mois (*figure 2*).

(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007, chap. 1*)

FIGURE 2. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'HTA ET RECOMMANDATIONS DE SUIVI



Si la PA se situe dans la plage normale élevée, 130-139/85-89 mm Hg, il est recommandé d'effectuer un suivi annuel

Source : Recommandations PECH 2007

2.4.2 | URGENCE HYPERTENSIVE

Lorsqu'un patient se présente avec une pression artérielle très élevée, il importe de discriminer les situations d'extrême urgence en tenant compte des valeurs de PA, des symptômes et des signes d'atteinte d'organes cibles. Malgré une littérature abondante sur le sujet, les recommandations ne sont pas nécessairement consensuelles, d'où l'importance d'élaborer un protocole avec l'ensemble des professionnels de la clinique et de s'assurer qu'il sera appliqué sans difficulté et respecté.

Les symptômes, le diagnostic et l'approche thérapeutique sont précisés dans la publication de la SQHA *Hypertension Guide thérapeutique*, 2007, au chapitre 14. L'urgence hypertensive véritable et l'urgence hypertensive relative (*hypertensive emergencies and urgencies*) sont traitées ensemble sans distinction (tableau 7). Les patients qui présentent les caractéristiques d'une urgence hypertensive véritable ou relative devraient se voir poser un diagnostic d'hypertension dès la première visite; leur condition nécessite une intervention immédiate.

Les symptômes et conditions associés à l'urgence hypertensive¹⁵ sont:

- PAS > 210-230 mm Hg ou PAD > 120-130 mm Hg;
- hypertension maligne avec œdème papillaire;
- vasculaires cérébraux : encéphalopathie hypertensive, accident cérébral athéroembolique, hémorragie cérébrale ou sous-arachnoïdienne;
- cardiaques : dissection aiguë de l'aorte, insuffisance ventriculaire gauche aiguë réfractaire, ischémie aiguë du myocarde ou douleur ischémique persistante après un infarctus et après un pontage coronarien;
- rénaux : glomérulonéphrite aiguë, crise rénale associée à une maladie du collagène avec vasculite, après une greffe rénale;

- excès de catécholamines circulants : phéochromocytome, consommation d'aliments contenant de la tyramine ou interaction avec des médicaments contenant des inhibiteurs de la monoamine oxydase, usage de médicaments ou de drogues sympathomimétiques (ex. : cocaïne), effet rebond après l'arrêt d'un anti-hypertenseur (ex. : clonidine ou guanabenz);
- toxémie de grossesse : éclampsie;
- chirurgicaux : chez les patients devant subir une chirurgie d'urgence, en post-opératoire ou à la suite de saignements de sutures vasculaires;
- après des brûlures graves au corps;
- épistaxis grave.

L'approche recommandée est la suivante :

1. **Histoire** : histoire de l'HTA, médicaments prescrits et non prescrits, histoire d'atteinte d'organes cibles (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral), symptômes récents de détérioration des organes cibles, symptômes et signes présents (ischémie cérébrale transitoire, douleur rétrosternale, dyspnée, orthopnée);
2. **Examen physique** : mesure de la pression artérielle en position assise ou couchée aux deux bras, en position debout si possible, examen du fond d'œil, examen neurologique sommaire, auscultation cardio-pulmonaire, recherche des souffles carotidiens, fémoraux et abdominal, vérification des pouls;
3. **Tests de laboratoire** : ECG, radiographie pulmonaire, créatinine, électrolytes, FSC (hémolyse sur le frottis), LDH, analyse d'urine et microscopie.

TABLEAU 7

DÉFINITIONS D'URGENCE HYPERTENSIVE ET CONDUITE EN FONCTION DES VALEURS DE LA PA*

Diagnostic	PAS mm Hg		PAD mm Hg	Conduite
Hypertension grave	≥ 180	et/ou	≥ 110	Patients asymptomatiques : Faire investigation et commencer le traitement à la 2 ^e visite post tests de laboratoire ; Suivi dans les jours prochains.
Hypertension accélérée ou maligne**	> 210-230	et/ou	> 120-130	Si complications aiguës ou imminentes des organes cibles, urgence hypertensive véritable : transfert hospitalier, aux soins intensifs si possible. Si pas de signes de complications aiguës ou imminentes des organes cibles, urgence hypertensive relative : traitement immédiat avec nifédipine retard (PA) ou clonidine ou labétalol, avec observation pendant 6 heures (surveillance de la PA et des complications possibles aux organes cibles). 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 œdème papillaire accompagné d'exsudats et d'hémorragies, elle est accélérée s'il y a exsudats et hémorragies sans œdème papillaire.

Source : Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007.

2.5 | Évaluation du patient

L'évaluation du patient permet :

- de poser plus rapidement un diagnostic d'HTA;
- d'orienter le choix et l'intensité du traitement en fonction de l'atteinte des organes cibles, des conditions cliniques associées (diabète, insuffisance rénale) et de la stratification du risque cardiovasculaire;
- de s'assurer que les habitudes de vie et les autres facteurs de risque de MCV sont pris en compte dans le traitement;
- de détecter les causes secondaires d'HTA.

L'évaluation comporte des examens de base et des examens complémentaires, au besoin, pour estimer l'atteinte d'organes ou éliminer une hypertension secondaire.

2.5.1 | ÉVALUATION DE BASE

L'évaluation de base comprend :

- anamnèse et examen physique;
- recherche de l'atteinte des organes cibles;
- recherche de facteurs de risque cardiovasculaire d'athérosclérose;
- recherche de facteurs exogènes susceptibles de provoquer ou d'aggraver l'HTA;
- tests diagnostiques;
- calcul du risque cardiovasculaire.

Les tableaux 8 à 13 présentent un résumé des recommandations 2007 du PECH relativement à l'évaluation du patient.

TABLEAU 8 ANAMNÈSE ET EXAMEN PHYSIQUE – WHO-ISH, 1999, ADOPTÉS PAR LE PECH, 2007

Anamnèse

Mesure de la PA

Fond d'œil

IMC

Recherche de souffles

Examen cardiovasculaire (carotides, reins, artères périphériques, coarctation de l'aorte)

Examen pulmonaire

Examen de l'abdomen (souffles, reins plus gros que la normale, masses)

Palpation des pouls

Examen neurologique

Évaluation des habitudes de vie (et plus précisément : consommation de sodium, d'alcool et de matières grasses, tabagisme, activité physique, gain de poids)

Évaluation de la consommation de médicaments ou d'autres facteurs susceptibles d'entraîner une augmentation de la PA

Évaluation des facteurs psychosociaux et environnementaux susceptibles d'influencer le traitement

TABLEAU 9 RECHERCHE DE L'ATTEINTE D'ORGANES CIBLES : EXEMPLES DE LÉSIONS – PECH, 2007

Maladie vasculaire cérébrale

- Ischémie cérébrale transitoire (ICT)
- Accident cérébral ischémique ou hémorragique
- Démence vasculaire

Rétinopathie hypertensive

Dysfonction ventriculaire gauche

Coronaropathie

- Infarctus du myocarde
- Angine de poitrine
- Insuffisance cardiaque

Néphropathie chronique

- Néphropathie hypertensive (TFG* < 60 ml/min/1,73 m²)
- Albuminurie

Maladie artérielle périphérique

- Claudication intermittente

* TFG : Taux de filtration glomérulaire.

TABLEAU 10

RECHERCHE DE FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE
D'ATHÉROSCLÉROSE – PECH, 2007

*Antécédents de maladie athéroscléreuse patente = risque très élevé d'épisodes athéroscléreux récurrents
(ex. : maladie artérielle périphérique, antécédents d'AVC ou d'ICT)*

Risques non modifiables

Âge (> 55 ans)
Sexe masculin
Antécédents familiaux de MCV prématurée (< 55 ans chez les hommes et < 65 ans chez les femmes)

Risques modifiables

Sédentarité
Mauvaises habitudes alimentaires
Obésité abdominale
Intolérance au glucose ou diabète
Tabagisme
Dyslipidémie
Stress

Atteinte des organes cibles

Hypertrophie ventriculaire gauche
Microalbuminurie ou protéinurie
Néphropathie chronique (TFG* < 60 ml/min/1,73m²)

* TFG : Taux de filtration glomérulaire.

TABLEAU 11

FACTEURS EXOGÈNES SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER
OU D'AGGRAVER L'HTA – PECH, 2007**Médicaments d'ordonnance**

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
Inhibiteurs de la monoamine-oxydase
Midodrine

Autres facteurs

Racine de réglisse
Stimulants, dont la cocaïne
Sel
Usage abusif d'alcool
Apnée du sommeil

TABLEAU 12 TESTS DIAGNOSTIQUES DE ROUTINE – PECH, 2007

Analyse d'urine
 Glycémie à jeun
 Chimie sanguine (potassium, sodium, créatinine)
 Bilan lipidique à jeun (cholestérol total, HDL, LDL, triglycérides)
 ECG standard à 12 dérivations
*N.B. L'échographie cardiaque n'est pas recommandée systématiquement.
 La FSC n'est plus recommandée en 2007*

En présence de diabète

Dosage de l'albumine excrétée dans l'urine (microalbuminurie)

(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007, chap. 6*)

TABLEAU 13 CALCUL DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE – PECH, 2007

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.

Le patient devrait être informé de son risque global afin d'améliorer l'efficacité des mesures de modification des facteurs de risque.

Des modèles d'estimation du risque de coronaropathie sur 10 ans sont fournis au Fascicule 3, Étape 5, outils n° 12a,12b.

(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007, chap. 7*)

2.5.2 | ÉVALUATION COMPLÉMENTAIRE

L'évaluation complémentaire est faite essentiellement dans le but de détecter des causes secondaires d'HTA. Certaines conditions cliniques peuvent faire penser à une HTA secondaire en fonction des éléments suivants :

- âge, anamnèse ou examen physique;
- début brusque de l'HTA;
- résultats de tests de laboratoire.

Le tableau 14 présente les tests recommandés par le PECH 2007 selon les différentes causes possibles d'HTA secondaire.

TABLEAU 14

TESTS DIAGNOSTIQUES POUR LA RECHERCHE DE CAUSES IDENTIFIABLES D'HYPERTENSION SECONDAIRE – PECH, 2007
HYPERTENSION RÉNOVASCULAIRE

Indices cliniques (au moins 2)	Tests
Apparition ou aggravation soudaine après 55 ans ou avant 30 ans	Scintigraphie rénale au captopril si TFG > 60 ml/min/1,73m ²
Présence de bruits abdominaux	Échographie Doppler
Résistance au traitement pharmacologique même avec polypharmacie (≥ 3 agents)	Angiographie par résonance magnétique
Élévation du taux de créatinine > que 30 % associée à l'usage d'un I-ECA* ou d'un ARA**	Angiographie sous tomographie (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 m ²)
Autre maladie athéroscléreuse chez patients fumeurs ou avec dyslipidémie	
Œdème pulmonaire récurrent associé à des hausses subites de PA	

HYPERTENSION ENDOCRINIENNE
Phéochromocytome

Indices cliniques	Tests
HTA paroxystique ou grave et prolongée, résistante au traitement antihypertenseur habituel	Dosage des métanéphrines totales dans les urines de 24 heures et rapport métanéphrines/créatinine
Symptômes évoquant un excès de catécholamines : céphalées, palpitations, transpiration, crises de panique, pâleur	Dosage catécholamines et métanéphrines totales et fractionnées plasmatiques
HTA provoquée par bêtabloquants, IMAO***, mictions ou modification de la pression abdominale	
HTA associée à masse surrénalienne découverte fortuitement, polyadénomatose endocrinienne 2A ou 2B, neurofibromatose ou angiomasose de von Hippel-Lindau	

Hyperaldostéronisme

Indices cliniques	Tests
HTA avec hypokaliémie spontanée (K^+ < 3,5 mmol/L)	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)
HTA et forte hypokaliémie causée par diurétiques (K^+ < 3 mmol/L)	
HTA résistante au traitement associant au moins 3 antihypertenseurs	
HTA avec diagnostic fortuit d'adénome surrénalien	

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

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

*** IMAO : inhibiteur de la monoamine oxydase.

(Voir aussi Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007, chap. 6)

2.6 | Traitement de l'HTA

La PA pourrait être maîtrisée chez les deux tiers des patients hypertendus. Or, elle est traitée et maîtrisée chez seulement 13 % d'entre eux⁶.

Les bienfaits obtenus par le traitement de l'HTA sont majeurs :

- ↓ AVC de 35 à 40 %;
- ↓ infarctus de 20 à 25 %;
- ↓ insuffisance cardiaque de 50 %.

Selon l'étude ALLHAT¹⁶, chez des individus avec une HTA de grade 1 (PA = 140-159/90-99 mm Hg) et d'autres facteurs de risque de MCV, une réduction de la PA systolique de 12 mm Hg durant 10 ans préviendra 1 décès chaque fois que 11 patients seront traités.

Pour atteindre les valeurs cibles, l'association de traitements non pharmacologiques et pharmacologiques sera en général indispensable (PECH, 2007).

Le traitement de l'HTA repose essentiellement sur trois éléments :

1. **détermination des valeurs cibles** de PA à atteindre et information au patient;
2. **recommandations non pharmacologiques** : conseils et soutien au patient pour la modification des habitudes de vie et maintien ou atteinte du poids santé;
3. **recommandations pharmacologiques** : ajout d'une médication visant l'HTA, les autres facteurs de risque de MCV et les conditions cliniques associées.

(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007, chap. 2*)

2.6.1 | VALEURS CIBLES DE PA À ATTEINDRE

Les valeurs cibles de traitement indiquées au tableau 15 tiennent compte :

- du risque athéroscléreux global de chaque individu;
- de l'atteinte des organes cibles;
- des comorbidités présentes.

Les valeurs cibles doivent être déterminées puis discutées avec le patient, inscrites à son dossier et dans son carnet de suivi, et comparées à celles enregistrées au cours des visites de suivi. Une estimation du temps nécessaire pour les atteindre doit également être faite, en accord avec le patient.

TABLEAU 15 VALEURS CIBLES DE PA – PECH, 2007

Conditions	Valeurs cibles en mm Hg
Hypertension systolique	< 140
Hypertension diastolique	< 90
Diabète	< 130/80
Néphropathie	< 130/80

(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007, chap. 2; Questions et réponses. Mon guide pour maîtriser l'hypertension artérielle, chap. 6*)

2.6.2 | RECOMMANDATIONS NON PHARMACOLOGIQUES

Au Québec, en 2003 :

- 2 720 700 personnes, soit 47 % de la population de 18 ans ou plus, ont un **surplus de poids** ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$); de ce nombre, 14 % sont obèses ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) et 33 % font de l'embonpoint; ($\text{IMC} 25 \text{ kg/m}^2$ à $29,9 \text{ kg/m}^2$);
- 3 484 000 personnes, soit 54,9 % de la population de 12 ans ou plus, consomment **moins de 5 portions de fruits et légumes par jour**;
- 1 525 000 personnes, soit 26,3 % de la population de 18 ans ou plus, font **moins de 1 séance d'activité physique de loisir par semaine**;
- 387 500 personnes, soit 6,1 % de la population de 12 ans ou plus, prennent **au moins 14 consommations d'alcool par semaine**.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003.

La modification des habitudes de vie :

- constitue la **pièce angulaire** du traitement de l'HTA;
- s'inscrit souvent comme traitement initial de l'HTA et doit être maintenue même lorsqu'une médication s'avère nécessaire;

- peut être recommandée et encouragée par l'ensemble des professionnels de la clinique;
- contribue à l'atténuation des autres facteurs de risque de MCV, soit le diabète, la dyslipidémie et l'obésité;
- retarde l'usage des médicaments ou contribue à en réduire le nombre et le dosage;
- diminue la morbidité et la mortalité cardiovasculaires;
- comporte peu d'effets secondaires;
- est peu coûteuse.

La modification d'une habitude de vie peut entraîner une baisse de la PA de même importance que celle obtenue avec un médicament hypotenseur.

Les effets de la modification des habitudes de vie sur les valeurs de pression artérielle des personnes hypertendues sont présentés au tableau 16. Ces effets sont fonction de l'ampleur et de la durée des modifications et peuvent être plus importants chez certains individus. Ils ne s'additionnent pas et doivent être pris isolément.

Il convient de vérifier la motivation du patient au regard des changements à apporter dans ses habitudes de vie. L'outil n° 28 (fascicule 3, étape 5) propose un questionnaire autoadministré qui permet au patient de réfléchir sur sa propre motivation à entreprendre ces changements. Le professionnel peut ensuite amener le patient à un stade le rapprochant davantage de l'action ou du maintien.

TABEAU 16 EFFET DES MODIFICATIONS DES HABITUDES DE VIE SUR LA PA

Intervention	Dosage	PAS / PAD mm Hg
Réduire les aliments salés	1,8 g ou 78 mmol/jour	-5,0/-25
Perte de poids	par kg perdu	-1,1/-0,9
Consommation d'alcool	-3,6 consommations/jour	-3,9/-2,4
Exercice aérobique	120-150 min/semaine	-4,9/-3,7
Diète DASH	Hypertendus	-11,4/-5,5
	Normotendus	-3,6/-1,8

« Exercise and hypertension. Medicine & Science », *Sports & Exercise*, vol. 36, n° 3, mars 2004, p. 533-553.

E.R. MILLER, et autres, « Analyse de synthèse d'essais à court terme », *Journal of Clin Hyper*, novembre-décembre 1999, p. 191-198.

Source : Recommandations de 2006 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension

TABLEAU 17

RECOMMANDATIONS SUR LE MODE DE VIE EN VUE
DE LA PRÉVENTION ET DU TRAITEMENT DE L'HTA – PECH, 2007

Éléments à modifier	Recommandations
Poids	Atteindre ou maintenir un poids santé (IMC = 18,5 à 24,9 kg/m ²) et un tour de taille adéquat (hommes : < 102 cm/40 po; femmes : < 88 cm/35 po) par une approche combinant une meilleure alimentation, une augmentation de l'activité physique et un soutien aux modifications du comportement.
Diète DASH (<i>Dietary Approaches to Stop Hypertension</i>)	Diète riche en fruits et légumes frais, produits laitiers faibles en gras, fibres alimentaires solubles, grains entiers, protéines végétales et aliments à faible teneur en gras saturés et en cholestérol.
Consommation de sodium	Pour prévenir l'hypertension, limiter l'apport quotidien de sodium alimentaire à moins de 100 mmol (soit 2,4 g de sodium ou 1 c. à thé de sel). Pour le patient hypertendu, limiter le sodium à 65 à 100 mmol par jour.
Activité physique	30 à 60 minutes d'exercice dynamique à une intensité modérée (ex. : marche, bicyclette, natation), à raison de 4 à 7 jours par semaine; des activités d'intensité plus élevée ne sont pas plus efficaces .
Consommation d'alcool	Limiter la consommation d'alcool à 14 consommations d'alcool ou moins par semaine pour les hommes et 9 ou moins pour les femmes, à raison de 2 consommations ou moins par jour. 1 consommation équivaut à : • 5 oz (150 ml) de vin à 12 % d'alcool; • 12 oz (340 ml) de bière à 5 % d'alcool; • 1,5 oz (45 ml) de spiritueux à 40 % d'alcool. Source : www.educalcool.qc.ca
Stress	Lorsque le stress semble jouer un rôle dans l'HTA, aider les individus à gérer leur stress en utilisant des interventions cognitivo-comportementales personnalisées jumelées à des techniques de relaxation.
Tabagisme	Cessation tabagique et milieu de vie sans fumée afin de réduire le risque global de MCV.

(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique*, SQHA, 2007, chap. 9 et 10; *Questions et réponses. Mon guide pour maîtriser l'hypertension artérielle*, SQHA, 2005, chap. 12 et 13; *Mon guide nutritionnel pour prévenir et traiter l'hypertension artérielle*⁷, SQHA, 2005)

2.6.3 | RECOMMANDATIONS PHARMACOLOGIQUES

Lorsque la pression artérielle demeure élevée malgré l'adoption d'un mode de vie sain, l'ajout d'un traitement pharmacologique est nécessaire.

Le GECSSP a émis des recommandations quant au traitement pharmacologique de l'HTA en fonction de l'âge et du niveau de PA systolique et diastolique. Elles sont résumées au tableau 18.

TABLEAU 18 RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE SELON L'ÂGE ET LA PA – GECSSP

Population ciblée	Commentaires	Niveau de recommandation*
70 ans ou moins avec PAD $\geq$ 90 mm Hg		A
70-84 ans avec PAS $\geq$ 160 mm Hg et PAD $\geq$ 90 mm Hg		A
60-84 ans avec PAS $\geq$ 160 mm Hg et PAD < 90 mm Hg (normale)		A
Plus de 84 ans avec PAS et PAD élevées ($\geq$ 140/90 mm Hg)	Une approche prudente, individualisée est recommandée	C
65-84 ans avec PAS 140-160 mm Hg et PAD < 90 mm Hg	Une approche prudente, individualisée est recommandée	C
Plus de 70 ans avec PAS < 160 mm Hg et PAD $\geq$ 90 mm Hg	Une approche prudente, individualisée est recommandée	C

* Niveaux de recommandations selon GECSSP : A : preuves suffisantes pour recommander que l'intervention soit expressément prise en considération dans un EMP; B : preuves acceptables permettant de recommander que l'intervention soit expressément prise en considération dans un EMP; C : preuves controversées pour qu'on puisse recommander l'inclusion ou l'exclusion de l'intervention dans un EMP, mais des recommandations peuvent être formulées pour d'autres motifs; I : preuves insuffisantes pour qu'on puisse recommander l'inclusion ou l'exclusion de l'intervention dans un EMP; D : preuves acceptables pour recommander que l'intervention soit expressément exclue d'un EMP; E : preuves suffisantes pour qu'on puisse recommander que l'intervention soit expressément exclue d'un EMP.

Source : GECSSP, 1994.

Le PECH émet des recommandations quant au traitement pharmacologique de l'HTA non compliquée en fonction des valeurs de PAD et de PAS, de l'atteinte des organes

cibles et de la présence d'autres facteurs de risque cardiovasculaire (tableau 19).

TABLEAU 19

NIVEAU DE RECOMMANDATION DE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE SELON LA PA, L'ATTEINTE DES ORGANES CIBLES ET LA PRÉSENCE D'AUTRES FACTEURS DE RISQUE - PECH, 2007

Population ciblée	Commentaires	Niveau de recommandation*
PAD moyenne de 100 mm Hg et plus ou PAS moyenne de 160 mm Hg et plus	Chez les patients ne présentant aucune lésion des organes cibles provoquées par l'HTA, ni d'autres facteurs de risques cardiovasculaires	A A
PAD moyenne de 90 mm Hg et plus	Chez les patients avec des lésions macrovasculaires des organes cibles ou présentent d'autres facteurs de risques cardiovasculaires indépendants	A
PAS moyenne entre 140 et 160 mm Hg PAS moyenne de plus de 160 mm Hg	Chez les patients avec des lésions macrovasculaires des organes cibles	C A

* Barème d'évaluation des recommandations du PECH : A : recommandation fondée sur une ou plusieurs études de niveau I; B : les meilleures preuves obtenues proviennent d'une étude de niveau II; C : les meilleures preuves obtenues proviennent d'une étude de niveau III; D : les meilleures preuves obtenues proviennent d'une étude de niveau inférieur à III et comprennent l'avis d'experts. Pour les niveaux de preuve : Feldman RD, et autres, 1999 Canadian Recommendations for the Management of hypertension, CMAJ, 1999 ; 161 (12 suppl)

En général, la réduction moyenne de la PA avec un seul antihypertenseur est de 10/5 mm Hg. Plusieurs patients auront besoin d'une multithérapie. Selon le PECH, pour ramener leur PA aux valeurs cibles, 75 % des patients doivent prendre au moins deux médicaments et 25 %, au moins trois médicaments. **De faibles doses de plusieurs médicaments pourraient être plus efficaces et mieux tolérées que de fortes doses d'un nombre moindre de médicaments.** Dans tous les cas, le médecin doit individualiser le traitement selon les facteurs de risque de la personne, l'atteinte d'organes cibles et les maladies concomitantes (comorbidités), que celles-ci soient d'origine cardiovasculaire ou autre.

Le PECH met toujours l'accent sur la baisse de la pression artérielle plutôt que sur le choix du médicament de première intention. La monothérapie initiale est choisie parmi l'une de ces cinq classes de médicaments : diurétiques thiazidiques, bêtabloquants (pour les patients de moins de 60 ans), inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (I-ECA; à ne pas utiliser avec des patients de race noire), bloquants des canaux calciques à longue durée d'action (BCC) et antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA)¹⁸.

Les recommandations du PECH relativement au traitement pharmacologique sont présentées au tableau 20.

(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007, chap. 11; Questions et réponses. Mon guide pour maîtriser l'hypertension artérielle, chap. 11 à 23*)

TABEAU 20

RECOMMANDATIONS PHARMACOLOGIQUES SELON LA CONDITION CLINIQUE – PECH, 2007

Facteurs à considérer pour l'individualisation du traitement antihypertenseur	Traitement initial	Traitement de deuxième intention	Commentaires et mises en garde
HYPERTENSION SANS MALADIE COEXISTANTE			
Hypertension sans indication formelle	Diurétiques thiazidiques, bêtabloquants (chez les patients de moins de 60 ans), inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (I-ECA) sauf chez les personnes de race noire, antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA) ou bloquants des canaux calciques (BCC) à longue durée d'action.	Association de médicaments de première intention	Les alphabloquants ne sont pas recommandés en monothérapie initiale. Les bêtabloquants ne sont pas recommandés en monothérapie initiale pour les patients âgés de 60 ans ou plus. Dans le cas des patients recevant des diurétiques, il faut prévenir l'hypokaliémie. Les I-ECA ne sont pas recommandés en monothérapie initiale pour les patients de race noire. Les I-ECA et les ARA sont contre-indiqués pendant la grossesse. Pour certains patients, envisager l'AAS et/ou les statines en monothérapie initiale.
Hypertension systolique isolée sans indication formelle	Diurétiques thiazidiques, ARA ou BCC de type dihydropyridine à longue durée d'action	Association de médicaments de première intention	Pour les patients prenant des diurétiques en monothérapie, l'hypokaliémie doit être évitée par l'utilisation d'agents d'épargne potassique.
DIABÈTE			
Diabète avec néphropathie	I-ECA ou ARA	Ajout d'un ou de plusieurs de ces médicaments : diurétiques thiazidiques, bêtabloquants cardiosélectifs, BCC à longue durée d'action ou association d'un ARA et d'un I-ECA	Si le taux de créatinine sérique est > 150 µmol/L, substituer un diurétique de l'anse aux diurétiques thiazidiques à faible dose, en cas d'hypervolémie
Diabète sans néphropathie	I-ECA, ARA, diurétiques thiazidiques ou BCC de type dihydropyridinique ou diurétiques thiazidiques	Association de médicaments de première intention ou, si les médicaments ne sont pas tolérés, ajout de BB cardiosélectifs et/ou BCC à action prolongée non dihydropyridiniques	Rapport albumine-créatinine (RAC) < 2,0 mg/mmol chez les hommes et < 2,8 mg/mmol chez les femmes

TABLEAU 20
(suite)**RECOMMANDATIONS PHARMACOLOGIQUES SELON LA CONDITION CLINIQUE – PECH, 2007**

Facteurs à considérer pour l'individualisation du traitement	Traitement initial	Traitement de deuxième intention	Commentaires et mises en garde
MALADIES CARDIOVASCULAIRES			
Angine	Bêtabloquants, envisager sérieusement l'ajout d'I-ECA	BCC à longue durée d'action	Éviter la nifédipine à courte durée d'action.
Antécédents d'infarctus du myocarde	Bêtabloquants et I-ECA (ARA en cas d'intolérance aux I-ECA)	BCC à longue durée d'action	
Insuffisance cardiaque	I-ECA (ARA en cas d'intolérance aux I-ECA), bêtabloquants et spironolactone pour certains patients	ARA ou hydralazine/dinitrate d'isosorbide; diurétiques thiazidiques ou diurétiques de l'anse comme traitement d'appoint	Les BCC de type non dihydropyridinique sont déconseillés. Si un I-ECA est administré en association avec un ARA, les effets indésirables possibles, dont l'hypotension, l'hyperkaliémie et l'aggravation de l'insuffisance rénale, doivent être surveillés.
Antécédents d'AVC ou d'ICT	Association d'un I-ECA et d'un diurétique		La prudence est de mise lorsqu'on envisage d'abaisser la PA immédiatement après un AVC; la pharmacothérapie et la voie d'administration doivent être choisies de façon à éviter une chute brusque de la PA.
Hypertrophie ventriculaire gauche	I-ECA, ARA, BCC à longue durée d'action, diurétiques thiazidiques ou bêtabloquants pour les patients de moins de 60 ans		Éviter l'hydralazine et le minoxidil.
Maladie artérielle périphérique	Aucune influence		Éviter les bêtabloquants en cas de maladie grave.
NÉPHROPATHIE CHRONIQUE NON DIABÉTIQUE			
Insuffisance rénale chronique non diabétique avec protéinurie	I-ECA, ARA si intolérance aux I-ECA, diurétiques en traitement d'appoint	Association d'agents additionnels	Les I-ECA et les ARA sont déconseillés en cas de sténose bilatérale des artères rénales ou de sténose unilatérale d'un rein solitaire. Suivre de près les taux de créatinine et de potassium sérique chez les patients sous I-ECA ou ARA.
Maladie rénovasculaire	Même qu'en cas d'HTA diastolique +/-systolique, sans maladie concomitante dictant l'administration d'autres médicaments		I-ECA et ARA sont déconseillés en cas de sténose bilatérale des artères rénales ou de sténose unilatérale d'un rein solitaire.
AUTRE			
Dyslipidémie	Aucune influence		

Si la monothérapie standard ne permet pas d'atteindre les valeurs cibles, il faut prescrire des antihypertenseurs additionnels parmi les agents de première intention. Les associations efficaces sont présentées au tableau 21. La PAS est plus difficile à maîtriser que la PAD.

Si l'hypertension n'est toujours pas maîtrisée avec deux agents ou si des effets indésirables se manifestent, on peut ajouter d'autres antihypertenseurs. Il faudrait rechercher les raisons possibles de la piètre réponse au traitement (tableau 22).

TABEAU 21 ASSOCIATIONS OPTIMALES DE MÉDICAMENTS ANTIHYPERTENSEURS – PECH, 2007

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

*La prudence s'impose quand un BCC ne faisant pas partie de la classe des dihydropyridines est associé à un bêtabloquant.

L'association d'agents n'appartenant qu'à la colonne 1 ou qu'à la colonne 2 n'a pas d'effet hypotenseur additif, mais peut être indiquée dans certaines situations.

L'association d'un I-ECA et d'un BCC de la classe des dihydropyridines s'appuie sur des résultats probants. La trithérapie devrait comprendre un diurétique, sauf s'il est contre-indiqué.

(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007, chap. 11 et 12*)

TABEAU 22 CAUSES POSSIBLES D'UNE PIÈTRE RÉPONSE AU TRAITEMENT CHEZ DES ADULTES SOUFFRANT D'HYPERTENSION NON COMPLIQUÉE – PECH, 2007

Non-observance

- Alimentation
- Médication

Caractéristiques associées

- Obésité
- Usage du tabac
- Consommation excessive d'alcool
- Apnée du sommeil
- Douleur chronique
- Maladie mentale

Interactions médicamenteuses

- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (y compris les inhibiteurs de la cyclo-oxygénase COX-2)
- Contraceptifs oraux
- Corticoïdes et stéroïdes anabolisants
- Agents sympathomimétiques et décongestionnants
- Cocaïne
- Amphétamines
- Erythropoïétine
- Cyclosporine, tacrolimus
- Régliste
- Produits de santé naturels, ex. : Éphédra (extrait de Ma Huang), orange amère, actée à grappes bleues, ginseng sibérien, millepertuis

Schémas thérapeutiques sous-optimaux

- Dose trop faible
- Association inappropriée d'antihypertenseurs

Surcharge volémique

- Consommation excessive de sel
- Rétention sodique rénale*

Hypertension secondaire

- Insuffisance rénale
- Maladie rénovasculaire
- Hyperaldostéronisme primaire
- Maladie thyroïdienne
- Phéochromocytome et autres troubles endocriniens rares

* Il faut d'abord écarter les causes de « pseudo-tolérance » telles que le syndrome du « sarrau blanc » ou la « pseudo-hypertension » chez les personnes âgées (<http://medical.merriam-webster.com/medical/pseudohypertension>).

(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007, chap. 24*)

Les autres médicaments recommandés sont :

- **Statines** : les patients avec maladie athéromateuse ou qui présentent trois facteurs de risque de maladies cardiovasculaires devraient prendre une statine même s'ils ne présentent pas d'hyperlipidémie.
- **Aspirine** : l'AAS est recommandée en chimioprophylaxie une fois la pression artérielle maîtrisée.
- **I-ECA** : les I-ECA sont recommandés pour tous les patients qui présentent une maladie athéromateuse même si un autre antihypertenseur maîtrise déjà l'hypertension.

(Questions et réponses, *Mon guide pour maîtriser l'hypertension artérielle*, chap. 17 et 18)

2.7 | Assurer le suivi

Outre la mesure de la PA, la prise en charge du patient hypertendu comprend :

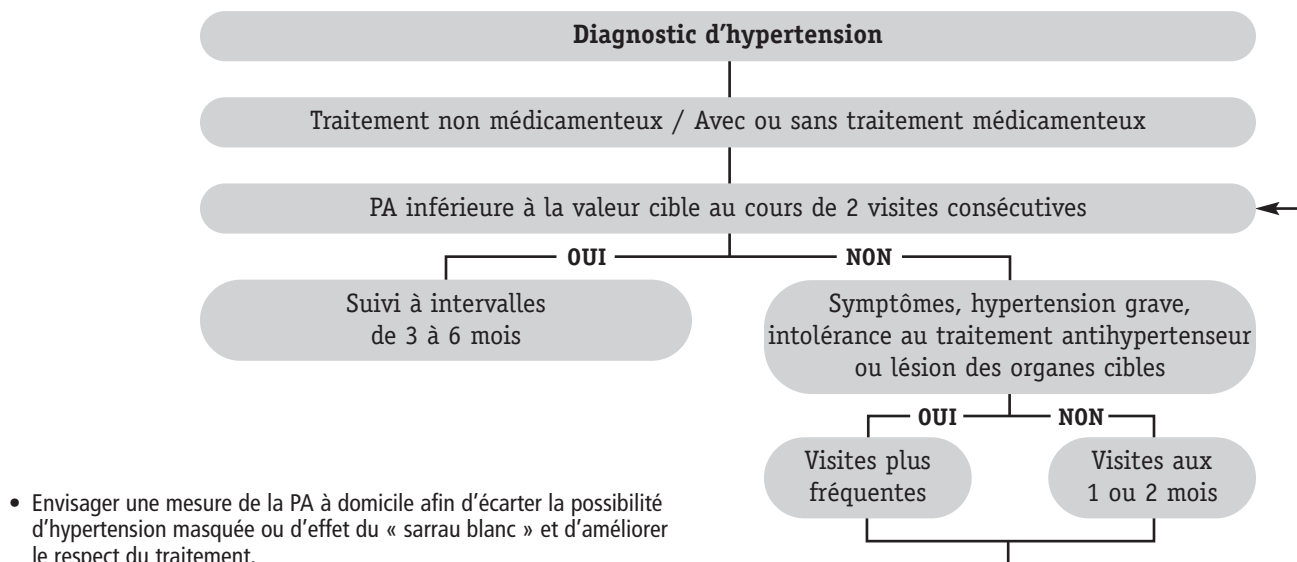
- suivi de la PA et de la santé générale du patient;
- suivi de l'observance des recommandations non pharmacologiques et pharmacologiques;

- soutien pour franchir les étapes de modification du comportement;
- évaluation des effets secondaires des médicaments;
- ajustement de la médication (type de traitement, posologie, horaire);
- prescription et suivi des bilans périodiques requis;
- enseignement sur l'hypertension et son contrôle;
- vérification de l'appareil d'automesure;
- orientation vers d'autres ressources médicales ou communautaires.

2.7.1 | ÉTABLIR LA FRÉQUENCE DES SUIVIS

La fréquence des suivis du patient hypertendu se fait en fonction des valeurs de la PA, de la présence de comorbidités et de la réponse au traitement. La figure 3 présente les recommandations de 2006 du PECH sur la fréquence des suivis selon la valeur de la PA, reprises en 2007 par la SQHA dans *Hypertension Guide thérapeutique*.

FIGURE 3. RECOMMANDATIONS RELATIVES AU SUIVI



- Envisager une mesure de la PA à domicile afin d'écarter la possibilité d'hypertension masquée ou d'effet du « sarrau blanc » et d'améliorer le respect du traitement.

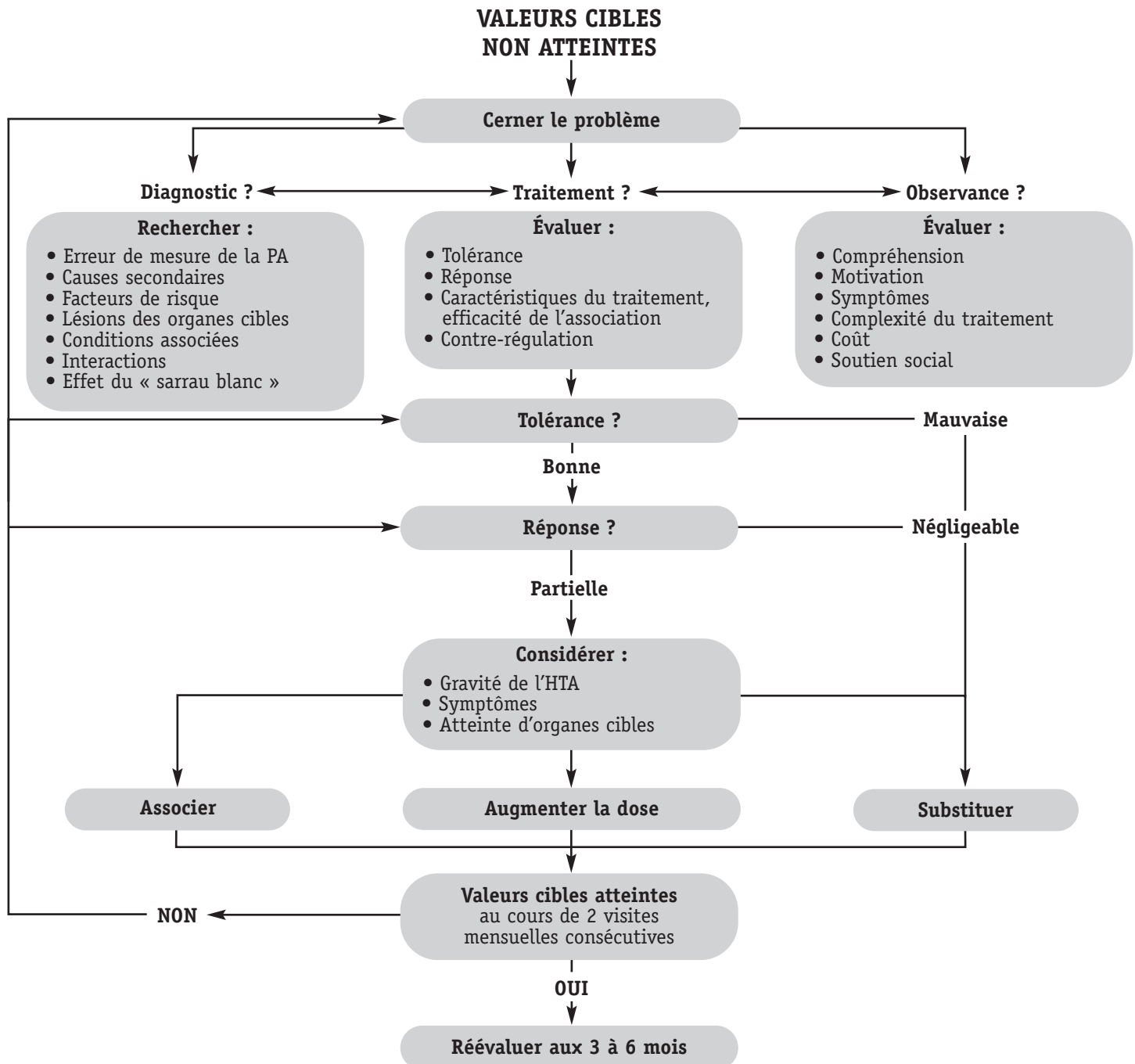
D'après les recommandations 2006 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension.

Source : *Hypertension Guide thérapeutique*, SQHA, 2007, p. 14.

Ce guide propose aussi un algorithme pour la conduite à suivre lorsque les objectifs du traitement ne sont pas atteints en identifiant d'abord l'origine du problème

(mauvais diagnostic, piètre tolérance au traitement ou inobservance) et en proposant ensuite des solutions selon la cause (figure 4).

FIGURE 4. DÉMARCHE PROPOSÉE LORSQUE LES OBJECTIFS DU TRAITEMENT NE SONT PAS ATTEINTS



Source : Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007, chap. 12, p. 103-104.

Les patients ayant une **pression artérielle normale haute** (PAS de 130-139 mm Hg ou PAD de 85-89 mm Hg) doivent être revus **annuellement** pour la mesure de leur pression.

2.7.2 | ACCORDER UNE ATTENTION PARTICULIÈRE À L'OBSERVANCE

L'observance des traitements non pharmacologiques et pharmacologiques est prioritaire pour l'atteinte des valeurs cibles de la pression artérielle. Or, la moitié des patients cesseraient leurs visites de contrôle dans l'année qui suit le diagnostic. Et sur ceux qui continuent

à se faire suivre par un médecin, seulement la moitié prendraient leurs médicaments tels que prescrits¹⁹. Le tableau 23 présente les recommandations du PECH pour améliorer l'observance du traitement.

TABEAU 23 RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER L'OBSERVANCE DU TRAITEMENT – PECH, 2007

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 :
 - posologie unique quotidienne,
 - remplacement de 2 antihypertenseurs par une association (si existante) comprenant 2 médicaments déjà pris;
- l'utilisation d'**emballages unitaires** contenant plusieurs médicaments à prendre en même temps.

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

- la promotion d'une responsabilisation/autonomie accrue du patient à l'égard de la mesure de la PA et de l'évaluation de l'efficacité du 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 au cabinet et à l'extérieur par :

- l'évaluation de l'observance du traitement non pharmacologique et pharmacologique à **chaque visite**;
- la promotion de l'observance par :
 - un suivi téléphonique ou postal par des professionnels de la santé, surtout dans les 3 premiers mois du traitement;
 - une collaboration avec les professionnels des milieux de travail;
 - l'utilisation de dispositifs électroniques.

(Voir aussi *Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007, chap. 8; Questions et réponses. Mon guide pour maîtriser l'hypertension artérielle, SQHA, 2005, chap. 16.*)

2.7.3 | FOURNIR DES OUTILS AU PATIENT

Selon le PECH, fournir au patient des outils, dont un dépliant d'information et un carnet d'inscription des valeurs de PA, constitue une valeur ajoutée au traitement de l'HTA et favorise l'observance. Le dépliant permet au patient :

- de mieux connaître ce qu'est l'HTA;
- de mieux connaître les risques encourus lorsque la PA est mal maîtrisée;
- de comprendre l'importance du traitement proposé;
- de trouver des suggestions pour passer à l'action.

Le carnet pour l'inscription des valeurs de PA, qui peut emprunter divers formats (carte de crédit ou passeport), permet :

- d'inscrire les valeurs de PA (mesurée en cabinet et à l'extérieur);
- de comparer les valeurs obtenues avec les valeurs cibles;
- de mieux constater les difficultés éprouvées ou de s'interroger sur les raisons expliquant la non-atteinte des valeurs cibles.

(Voir aussi *Questions et réponses. Mon guide pour maîtriser l'hypertension artérielle, SQHA, 2005; Mon guide nutritionnel pour prévenir et traiter l'hypertension artérielle, SQHA, 2005.*)

Références bibliographiques

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Rapport sur la santé dans le monde 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002, 253 p.
2. KEARNEY, P.M., M. WHELTON, K. REYNOLDS, P.K. WHELTON et J. HE, « Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data », *Lancet*, vol. 365, January 15, 2005, p. 217-223.
3. SANTÉ CANADA, INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CARDIOLOGIE et FONDATION DES MALADIES DU CŒUR DU CANADA, *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2000*, Ottawa, 1999, 107 p.
4. DROUIN, D. et A. MILOT, *Hypertension Guide thérapeutique*, Montréal, Société québécoise d'hypertension artérielle, 2007, 271 p.
5. FONDATION DES MALADIES DU CŒUR, SANTÉ CANADA et SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CARDIOLOGIE, *Le fardeau des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, Ottawa, Fondation des maladies du cœur, 2003, 79 p.
6. JOFFRES, M.R., P. HAMET, D. MACLEAN, G.J. L'ITALIEN et G. FODOR, « Distribution of blood pressure and hypertension in Canada and the United States », *American Journal of Hypertension*, vol. 14, p. 1099-1105.
7. GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, Santé Canada, 1994, chap. 53, p. 719-736, chap. 79, p. 1065-1076.
8. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : <http://www.ctfphc.org/>
9. US Preventive Services Task Force : <http://www.ahrp.gov/clinic/uspstf/uspshype.htm>
10. Société canadienne d'hypertension artérielle : <http://www.hypertension.ca>
11. Société québécoise d'hypertension artérielle : <http://www.hypertension.qc.ca>
12. DROUIN, D. et A. MILOT, *Questions et réponses. Mon guide pour maîtriser l'hypertension artérielle*, Montréal, Société québécoise d'hypertension artérielle, 2005, 70 p.
13. REEVES, R.A. « Does this patient have hypertension? How to measure blood pressure », *Journal of American Medical Association*, vol. 273, n° 15, 19 April, 1995, p. 1211-1218.
14. 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, n° 2, 1999, p. 151-183.
15. THE CANADIAN HYPERTENSION EDUCATION PROGRAM, « The 2005 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for the management of hypertension. Part I: Blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 21, n° 8, June, 2005, p. 645-656.
16. The ALLHAT OFFICERS AND COORDINATORS FOR THE ALLHAT COLLABORATIVE RESEARCH GROUP, « Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial », *Journal of American Medical Association*, vol. 288, n° 23, December 18 2002, p. 2981-2997.
17. BLAIS, C., C. JOBIN, E. RAYMOND et H.A. THÉRIAULT, *Mon guide nutritionnel pour prévenir et traiter l'hypertension artérielle*, Montréal, Société québécoise d'hypertension artérielle, 2005, 60 p.
18. THE CANADIAN HYPERTENSION EDUCATION PROGRAM, « The 2005 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for the management of hypertension. Part II: Therapy, *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 21, n° 8, June, 2005, p. 657-672.
19. WORLD HEALTH ORGANISATION et INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION WRITING GROUP, « Statement on management of hypertension », *Journal of Hypertension*, vol. 21, n° 11, 2003, p. 1983-1992.

Autres sources consultées

The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group, Major Outcomes in Moderately Hypercholesterolemic, « Hypertensive patients randomized to pravastatin vs usual care: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial, *Journal of American Medical Association*, vol. 288, no 23, December 18, 2002, p. 2998-3007.

CHOBONIAN, A.V. et autres, *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*, JNC7 Complete Version, American Heart Association, 2003. [En ligne] www.hypertensionaha.org/cgi/content/full/42/6/1206.

LA MISE EN PLACE
D'UN SYSTÈME DE
SOINS APPLIQUÉ
AU DÉPISTAGE
ET AU SUIVI DE
L'HYPERTENSION
ARTÉRIELLE

Table des matières

59	● FASCICULE 3	LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE SOINS APPLIQUÉ AU DÉPISTAGE ET AU SUIVI DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
65	ÉTAPE 1 PASSER À L'ACTION : L'HEURE DES CHOIX	
66	Qui fait quoi ?	
67-68	A Outil n° 1	Prêt pour un changement
69	ÉTAPE 2 ÉTABLIR LE PORTRAIT DES PRATIQUES ACTUELLES	
70	Qui fait quoi ?	
71	A Outil n° 2	Notes au dossier sur la mesure de la pression artérielle et sur les habitudes de vie
73-74	A Outil n° 3	Notes au dossier sur les facteurs de risque de MCV, sur l'investigation de base et sur le traitement non pharmacologique de l'HTA
75	ÉTAPE 3 ÉLABORER UN PROTOCOLE DE SOINS PRÉVENTIFS	
76	Qui fait quoi ?	
79-107	A Outil n° 4	Protocole sur l'hypertension artérielle
109	ÉTAPE 4 PLANIFIER LA PRESTATION DES SERVICES	
110	Qui fait quoi ?	
111-112	A Outil n° 5	Distribution des tâches entre les membres du milieu clinique
113-121	A Outil n° 6	Algorithmes des activités à réaliser pour le diagnostic de l'hypertension artérielle
123	ÉTAPE 5 BIEN S'OUTILLER POUR BIEN TRAVAILLER	
124	Qui fait quoi ?	
124	OUTILS POUR LES CLINICIENS	
125	A Outil n° 7	Feuille de suivi HTA pour l'infirmière
126	A Outil n° 8	Feuille de suivi HTA pour le médecin
127	Outil n° 9	Enseignement sur l'HTA « Questions et réponses Mon guide pour maîtriser l'hypertension artérielle »
128	Outil n° 10	Algorithme pour le diagnostic de l'HTA
129	Outil n° 11	Grille de calcul de IMC et du tour de taille

130		Outil n° 12a	Évaluation du risque coronarien : Grille de Framingham
131-132		Outil n° 12b	Évaluation du risque coronarien : SCORE
133		Outil n° 13	Méthode standardisée de mesure de la pression artérielle – PECH 2006
134		Outil n° 14	Principales sources d'erreur associées à la mesure de la PA
135		Outil n° 15	Sphygmomanomètres : positionnement des appareils muraux, calibrage et remplacement des appareils au mercure
136		Outil n° 16	Conseils sur l'achat et l'utilisation d'un sphygmomanomètre à domicile pour automesure
137	A	Outil n° 17	Registre des prêts
138	A	Outil n° 18	Modèle d'ordonnance collective pour l'investigation de base de HTA
139-140		Outil n° 19	Prescription de l'activité physique
141-142	A	Outil n° 20	Feuille de référence au centre d'abandon du tabagisme
143		Outil n° 21	Sites Internet pour les cliniciens
144		OUTILS POUR LES PATIENTS	
144		Outil n° 22	Brochure Acti-Menu «Pour contrôler sa TA»
145		Outil n° 23	Brochure Acti-Menu «Mangez-vous santé?»
146		Outil n° 24	Brochure Acti-Menu «Avez-vous bougé aujourd'hui?»
147		Outil n° 25	Brochure Acti-Menu «Votre poids pèse-t-il sur votre santé?»
148		Outil n° 26	Brochure Acti-Menu «Êtes-vous stressé?»
149		Outil n° 27	Brochure Acti-Menu «Avez-vous bon cœur?»
150	A	Outil n° 28	Évaluation du stade comportemental pour le patient
151-152		Outil n° 29	Régime DASH
153	A	Outil n° 30	Carnet pour inscrire la PA
154		Outil n° 31	Effets des modifications des habitudes de vie sur la PA
155		Outil n° 32	Conseils sur l'achat et l'utilisation d'un sphygmomanomètre à domicile pour automesure
156		Outil n° 33	Sites Internet pour les patients
157		ÉTAPE 6 RÉEXAMINER, RÉAJUSTER, PEAUFINER	
158		Qui fait quoi ?	
159	A	Outil n° 34	Choix de la démarche d'évaluation
161-162	A	Outil n° 35	Évaluation du système de soins préventifs HTA

● LISTE DES TABLEAUX

95	TABEAU 1	Recommandations de traitement pharmacologique selon l'âge et la PA - GECSSP
96	TABEAU 2	Niveau de recommandation de traitement pharmacologique selon la PA, l'atteinte des organes cibles et la présence d'autres facteurs de risque – PECH, 2007
97-98	TABEAU 3	Recommandations pharmacologiques selon la condition clinique – PECH, 2007
98	TABEAU 4	Associations optimales de médicaments antihypertenseurs – PECH, 2007

● LISTE DES FIGURES

99	FIGURE 1	Recommandations relatives au suivi
100	FIGURE 2	Démarche proposée lorsque les objectifs du traitement ne sont pas atteints

Une démarche de systématisation

Le GMF, tout comme les autres milieux cliniques, peut intervenir à différents moments du continuum de soins pour l'hypertension artérielle chez sa clientèle :

- prévention → counselling sur les habitudes de vie
- dépistage → mesure de la pression artérielle
- diagnostic et investigation → réaliser en deux à cinq visites
- traitement non pharmacologique et pharmacologique → meilleur contrôle de la PA
- prise en charge et suivi systématique
- meilleure observance du traitement.

Pour améliorer le dépistage de l'HTA et son suivi, il faut non seulement avoir les connaissances, mais aussi prévoir un « système » où, quelle que soit la raison de la consultation, la pression artérielle du patient pourra être vérifiée et une prise en charge instaurée, si nécessaire. Ce système permet d'augmenter la quantité des soins et l'efficacité tout en assurant une meilleure cohérence des messages et des actions de tous les professionnels exerçant dans la même clinique. Il améliore la satisfaction des professionnels et génère un impact positif sur la santé de la clientèle.

SIX ÉTAPES ET LEURS OUTILS VOUS SONT PROPOSÉS :

Dans un premier temps, le contenu de chacune des six étapes est décrit. Sont ensuite présentés, pour chacune des six étapes, les outils nécessaires à la prise de décision et au soutien à l'action. Les outils marqués du pictogramme  peuvent être adaptés selon les besoins du milieu clinique. Ces outils sont regroupés dans le fichier « outils adaptables » disponible sur le CD-Rom.

ÉTAPE 1

PASSER À L'ACTION : L'HEURE DES CHOIX

PASSER À L'ACTION : L'HEURE DES CHOIX

Votre milieu a choisi de réviser ses façons de faire afin de systématiser et d'harmoniser ses pratiques par la mise en place d'un système de soins préventifs appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle.

À ce stade, il faut désigner une ou deux personnes (médecin, infirmière, technicien en administration) qui agiront comme responsables au sein de l'équipe et qui s'assureront de l'exécution de la démarche aux différentes étapes. Il faut obtenir l'accord de la majorité des intervenants du milieu clinique.

En l'absence de consensus, ou si les opinions sont trop divergentes, l'outil n° 1, *Prêt pour un changement*, peut être utilisé comme guide. Il s'agit d'un questionnaire qui sera rempli par tout le personnel du milieu clinique (y compris, par exemple, techniciens et secrétaires). La synthèse des résultats est présentée à l'équipe et confirme ou non si la majorité est prête à s'engager dans une révision des pratiques reliées à l'hypertension.

QUI FAIT QUOI ?

- GMF ou autre milieu clinique : choisit un ou des responsables.
- DSP en collaboration avec le CSSS : présente le système de soins appliqué à l'HTA et peut aider à compiler les résultats du questionnaire (outil n° 1) et les communiquer à l'équipe.

A

OUTIL N° 1 PRÊT POUR UN CHANGEMENT

Pour chacun des 16 énoncés, encerclez le chiffre de 1 à 7 qui correspond le mieux à votre opinion, 1 signifiant « pas du tout en accord » et 7 « très en accord ».

Pas du tout en accord 1	Très peu en accord 2	Un peu en accord 3	Moyennement en accord 4	Assez en accord 5	Beaucoup en accord 6	Très en accord 7
1- La prévention est un aspect important de la pratique de notre clinique.					1 2 3 4 5 6 7	
2- La prévention devrait avoir plus de place dans notre pratique.					1 2 3 4 5 6 7	
3- Notre clinique compte parmi ses membres une personne qui a le leadership, la vision et l'autorité nécessaires pour améliorer la prévention.					1 2 3 4 5 6 7	
4- Les infirmières et les médecins de notre clinique considèrent qu'il est important de prendre du temps pour faire du counselling ou de l'éducation à la santé auprès des patients rencontrés individuellement.					1 2 3 4 5 6 7	
5- Les infirmières considèrent l'éducation du patient comme une de leurs tâches principales.					1 2 3 4 5 6 7	
6- Les médecins considèrent l'éducation du patient comme une de leurs tâches principales.					1 2 3 4 5 6 7	
7- Notre clinique est d'accord pour consacrer des ressources (temps, formation, personnel) à l'implantation d'un système de soins préventifs.					1 2 3 4 5 6 7	
8- La communication interne est très bonne entre les membres du personnel, les infirmières et les médecins de notre clinique.					1 2 3 4 5 6 7	
9- Il existe un esprit d'équipe entre les membres du personnel et les médecins de notre clinique.					1 2 3 4 5 6 7	
10- Notre clinique a déjà implanté ou tenté d'implanter des programmes spécifiques de prévention (ex. : en matière de tabagisme, de cancers, etc.).					1 2 3 4 5 6 7	
11- Nous avons les mécanismes de références nécessaires pour que les patients obtiennent les tests de dépistage que nous n'offons pas (ex : laboratoire, mammographie, etc.).					1 2 3 4 5 6 7	
12- Nous avons les mécanismes de référence permettant à nos patients de recevoir un counselling sur les changements de comportement (ex. : centre d'abandon du tabac).					1 2 3 4 5 6 7	
13- Nous assurons le suivi de nos patients lorsqu'ils sont orientés vers d'autres services.					1 2 3 4 5 6 7	
14- Nous pouvons accorder suffisamment de temps à la prévention dans notre clinique.					1 2 3 4 5 6 7	
15- Nous avons un système d'assurance de la qualité afin d'évaluer et d'améliorer notre prestation de service.					1 2 3 4 5 6 7	
16- La clinique a un système d'information permettant de connaître le nombre de patients admissibles qui reçoivent les tests préventifs nécessaires (dépistage du cancer du col, vaccination, mammographie de dépistage, etc.).					1 2 3 4 5 6 7	

A

RÉSULTATS

1. Le calcul du résultat se fait en additionnant chaque chiffre encerclé. Le score maximal possible, par questionnaire, est de 112 points, soit les 16 énoncés tous notés 7 par un même répondant. On établira le score de passage, pour la clinique, à 50, 60 ou 70 % (soit 56, 67 ou 78 points). Pour avoir la note de passage, la clinique devra donc afficher, en divisant le total des points accordés aux énoncés par le nombre de répondants, entre 56 et 78 points.

SCORE

2. Il est aussi très intéressant d'analyser les résultats sur la base du score total obtenu pour chaque énoncé. L'analyse met alors en évidence les forces de la clinique et les aspects à améliorer. Par exemple dans une clinique comptant 10 répondants, le score maximal pour chaque énoncé est de 70 points et le score minimal, de 10; ainsi les énoncés tendant le plus vers 70 représentent les forces et ceux tendant davantage vers 10, les aspects à améliorer.

Énoncé	Score	Énoncé	Score
1		9	
2		10	
3		11	
4		12	
5		13	
6		14	
7		15	
8		16	

Source : adapté du Put Prevention into Practice, 2002.

ÉTAPE 2

ÉTABLIR LE PORTRAIT DES PRATIQUES ACTUELLES

ÉTABLIR LE PORTRAIT DES PRATIQUES ACTUELLES

À cette étape, les outils n^{os} 2 et 3 peuvent aider à dresser le portrait des pratiques cliniques en cours. L'intérêt de cette étape est de permettre, en réutilisant les mêmes outils après quelques mois de mise en œuvre, d'obtenir une rétroaction sur la démarche entreprise.

À l'aide de l'outil n^o 2, *Notes au dossier sur la mesure de la pression artérielle et sur les habitudes de vie*, on peut vérifier, dans un nombre déterminé de dossiers (au moins trente) pris au hasard parmi des patients adultes vus au cours de la dernière année, combien comptent des notes sur :

- 1) la mesure de la pression artérielle;
- 2) les habitudes de vie.

À l'aide de l'outil n^o 3, *Notes au dossier sur les facteurs de risque de MCV, sur l'investigation de base et sur le traitement non pharmacologique de l'HTA*, on poursuit la démarche en sélectionnant au moins trente dossiers de patients hypertendus vus au cours de la dernière année afin de relever la présence :

- 1) de notes sur les facteurs de risque de MCV;
- 2) d'un bilan de base d'investigation de l'HTA;
- 3) de notes sur le traitement non pharmacologique.

QUI FAIT QUOI ?

- GMF ou autre milieu clinique : sélectionne les dossiers et informe ses collègues des résultats.
- DSP en collaboration avec le CSSS : peut compléter les outils et dresser le bilan des pratiques en cours dans le milieu clinique.

A

OUTIL N° 2

NOTES AU DOSSIER SUR LA MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE
ET SUR LES HABITUDES DE VIE

N° dossier	Mesure de la PA	Habitudes de vie						
		Statut tabagique	Conseils cessation tabagique	Conseils nutritionnels				Activité physique intensité modérée 4 à 7 jrs/sem
				Consommation de sel<100mmol/jr	Consommation alcool<2/jr	Au moins 5 fruits-légumes/jr	+ de fibres - de gras	
n° 1								
n° 2								
n° 3								
n° 4								
n° 5								
n° 6								
n° 7								
n° 8								
n° 9								
n° 10								
n° 11								
n° 12								
n° 13								
n° 14								
n° 15								
n° 16								
n° 17								
n° 18								
n° 19								
n° 20								
n° 21								
n° 22								
n° 23								
n° 24								
n° 25								
n° 26								
n° 27								
n° 28								
n° 29								
n° 30								

RÉSULTATS : Pour chacune des colonnes, calculer le nombre de dossiers avec notes sur le nombre total de dossiers révisés (en %).

A

OUTIL N° 3

NOTES AU DOSSIER SUR LES FACTEURS DE RISQUE DE MCV, SUR L'INVESTIGATION DE BASE ET SUR LE TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE DE L'HTA

No du dossier	Dépistage des facteurs de risque							Investigation de base				
	Ant.pers. : MCV, âge : homme>55ans, femme>65ans	Ant.fam. : MCV précoce (homme<55ans, femme<65 ans)	Habitudes de vie : Tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité				IMC>30kg/m ² Tour de taille homme>102cm, femme>88cm	Diabète ou Intolérance au glucose	Na+, K+, Créatinine, Analyse d'urine	Glycémie à jeun	Bilan lipidique à jeun	ECG
			Statut tabac	Sel	Fruits Légumes -fibres +gras	Alcool <2/jr	Activité physique					
n° 1												
n° 2												
n° 3												
n° 4												
n° 5												
n° 6												
n° 7												
n° 8												
n° 9												
n° 10												
n° 11												
n° 12												
n° 13												
n° 14												
n° 15												
n° 16												
n° 17												
n° 18												
n° 19												
n° 20												
n° 21												
n° 22												
n° 23												
n° 24												
n° 25												
n° 26												
n° 27												
n° 28												
n° 29												
n° 30												

RÉSULTATS : Pour chacune des colonnes, calculer le nombre de dossiers avec notes sur le nombre total de dossiers révisés (en %).

A

No du dossier	Tabac			Conseils nutritionnels				Activité physique
	Cessation tabagique	Aides pharmacologiques	Référence à une ressource ext.	Cons. Sel <100mmol/jr	Au - 5 fruits-légumes/jr	+ de fibres - de gras	Alcool<2cons/jr	
n° 1								
n° 2								
n° 3								
n° 4								
n° 5								
n° 6								
n° 7								
n° 8								
n° 9								
n° 10								
n° 11								
n° 12								
n° 13								
n° 14								
n° 15								
n° 16								
n° 17								
n° 18								
n° 19								
n° 20								
n° 21								
n° 22								
n° 23								
n° 24								
n° 25								
n° 26								
n° 27								
n° 28								
n° 29								
n° 30								

RÉSULTATS : Pour chacune des colonnes, calculer le nombre de dossiers avec notes sur le nombre total de dossiers révisés (en %).

ÉTAPE 3

ÉLABORER UN PROTOCOLE DE SOINS PRÉVENTIFS

BUT

Le protocole de soins préventifs vise à augmenter l'efficacité et à harmoniser les pratiques des professionnels (infirmières, médecins, pharmaciens, diététistes, etc.) en matière de dépistage et de suivi de l'HTA, et permet de s'assurer que le patient qui consulte à la clinique reçoit 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**. Il précise la situation clinique visée (en l'occurrence, HTA), établit les conditions d'application (formation du personnel au besoin, limites à respecter) et fournit des instructions pour les interventions et la prise de décision (indications, contre-indications). En somme, il détermine la conduite à tenir, celle-ci devant s'appuyer sur des normes reconnues (Recommandations du Programme éducatif canadien sur l'hypertension artérielle, 2007).

Le protocole contient les **éléments** suivants :

- la situation clinique visée;
- les intervenants visés;
- les clientèles visées;
- les conditions d'application;
- les instructions pour la décision ou l'intervention;
- les dates de son adoption et de ses mises à jour;
- les instances consultées et celles qui l'ont approuvé;
- des documents complémentaires : outils, ordonnances collectives, plan standardisé de soins, références, etc.

Les noms des médecins et infirmières qui y adhèrent se trouvent à la fin du protocole.

Le protocole ne remplace en aucun cas le jugement clinique des médecins et des infirmières.

FAÇON DE PROCÉDER :

- 1) **Les médecins et infirmières effectuent individuellement les choix qui leur conviennent pour chacun des éléments du protocole.**
- 2) **Le choix de la majorité est retenu. Le consensus ne doit pas être recherché à tout prix.**
- 3) **Les éléments non retenus sont supprimés.**
- 4) **D'autres éléments peuvent être ajoutés au besoin, selon les décisions de l'équipe.**
- 5) **Il n'est pas nécessaire de convenir de chacun des éléments en un seul temps. Un protocole peut être mis en application pour les éléments sur lesquels s'accordent les professionnels.**
- 6) **Des outils peuvent être ajoutés au protocole pour soutenir soit la prise de décision, soit le travail clinique.**

OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION

L'outil n° 5, *Distribution des tâches entre les membres du milieu clinique*, et l'outil n° 6, *Algorithmes des activités à réaliser pour le diagnostic de l'hypertension artérielle*, peuvent aider à préciser la répartition des tâches et des activités et peuvent être ajoutés au protocole.

OUTILS EN SOUTIEN AU TRAVAIL CLINIQUE

À l'étape 5, plusieurs outils sont présentés et peuvent être ajoutés au protocole. Ces outils ont été regroupés en deux catégories : outils pour les cliniciens et outils pour les patients.

QUI FAIT QUOI ?

- GMF ou autre milieu clinique : élabore le protocole.
- DSP en collaboration avec le CSSS : peut offrir un accompagnement pour l'élaboration du protocole, fournir la mise à jour des recommandations cliniques (guides de pratique) et offrir des formations et des ateliers au besoin.

OUTILS POUR LES CLINICIENS

Outil n° 7.	Feuille de suivi HTA pour l'infirmière
Outil n° 8.	Feuille de suivi HTA pour le médecin
Outil n° 9.	Enseignement sur l'HTA « Questions et réponses. Mon guide pour maîtriser l'hypertension artérielle »
Outil n° 10.	Algorithme pour le diagnostic de l'HTA
Outil n° 11.	Grille de calcul de l'IMC et du tour de taille
Outil n° 12a.	Évaluation du risque coronarien : Grille de Framingham
Outil n° 12b.	Évaluation du risque coronarien : SCORE
Outil n° 13.	Méthode standardisée de mesure de la pression artérielle - PECH 2006
Outil n° 14.	Principales sources d'erreur associées à mesure de la PA
Outil n° 15.	Sphygmomanomètres : positionnement des appareils muraux, calibrage et remplacement des appareils au mercure
Outil n° 16.	Conseils sur l'achat et l'utilisation d'un sphygmomanomètre à domicile pour automesure
Outil n° 17.	Registre des prêts
Outil n° 18.	Modèle d'ordonnance collective pour l'investigation de base de l'HTA
Outil n° 19.	Prescription de l'activité physique
Outil n° 20.	Feuille de référence au centre d'abandon du tabagisme
Outil n° 21.	Sites Internet pour les cliniciens

OUTILS POUR LES PATIENTS

Outil n° 22.	Brochure Acti-Menu « <i>Pour contrôler sa TA</i> »
Outil n° 23.	Brochure Acti-Menu « <i>Mangez-vous santé ?</i> »
Outil n° 24.	Brochure Acti-Menu « <i>Avez-vous bougé aujourd'hui ?</i> »
Outil n° 25.	Brochure Acti-Menu « <i>Votre poids pèse-t-il sur votre santé ?</i> »
Outil n° 26.	Brochure Acti-Menu « <i>Êtes-vous stressé ?</i> »
Outil n° 27.	Brochure Acti-Menu « <i>Avez-vous bon cœur ?</i> »
Outil n° 28.	Évaluation du stade comportemental pour le patient
Outil n° 29.	Régime DASH
Outil n° 30.	Carnet pour inscrire la pression artérielle
Outil n° 31.	Effets des modifications des habitudes de vie sur la PA
Outil n° 32.	Conseils sur l'achat et l'utilisation d'un sphygmomanomètre à domicile pour l'automesure
Outil n° 33.	Sites Internet pour les patients

A

OUTIL N° 4

PROTOCOLE SUR L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

NOM DE LA CLINIQUE _____

PROTOCOLE POUR LE DÉPISTAGE ET LE SUIVI DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

DATE D'**ADOPTION** DU PROTOCOLE : _____DATE DE **RÉVISION** DU PROTOCOLE : _____RESPONSABLE DE LA **DIFFUSION** DU PROTOCOLE : _____RESPONSABLE DE LA **RÉVISION** DU PROTOCOLE : _____

A

- 1. Clientèle ciblée par le dépistage de l'hypertension artérielle**
- 2. Types de mesures de la pression artérielle**
 - 2.1 Valeurs de référence selon le type de mesure de la pression artérielle
 - 2.2 Mesure standardisée de la pression artérielle en clinique
 - 2.3 Indications de MAPA et d'automesure à domicile
 - 2.4 Enseignement sur l'automesure
- 3. Classification des valeurs de pression artérielle chez les adultes**
- 4. Diagnostic d'HTA**
- 5. Évaluation du patient**
 - 5.1 Évaluation de base
 - 5.2 Évaluation complémentaire pour le patient hypertendu
- 6. Traitement de l'HTA**
 - 6.1 Valeurs cibles
 - 6.2 Traitement non pharmacologique
 - 6.3 Traitement pharmacologique
- 7. Suivi de l'hypertension artérielle**
 - 7.1 Fréquence des mesures de la pression artérielle
 - 7.2 Observance du traitement
 - 7.3 Documentation à remettre au patient
- 8. Signataires du protocole**

Annexe 1 – Urgence hypertensive

Annexe 2 – Évaluation complémentaire pour le patient hypertendu

Pour chacun de ces éléments, les dernières recommandations du Programme éducatif canadien sur l'hypertension artérielle (PECH 2007) sont proposées.

A

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

RECOMMANDATION PECH 2007

La pression artérielle devrait être mesurée chez TOUS LES ADULTES lors de chaque visite appropriée.

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) :

- ☐ qui se présente avec un **rendez-vous infirmier** ☐ qui sera vue **au triage**
☐ qui se présente avec un **rendez-vous médical** ☐ autre (spécifier) _____
☐ qui se présente **sans rendez-vous**

Le dépistage de l'HTA sera fait par :

- ☐ l'infirmière ☐ l'infirmière et le médecin.
☐ le médecin

2. | Types de mesure de la pression artérielle

Le PECH 2007 recommande d'utiliser n'importe laquelle des trois méthodes de mesure validées pour diagnostiquer l'hypertension, soit :

- 1) la mesure en cabinet;
- 2) la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA);
- 3) l'automesure à domicile.

2.1 | Valeurs de référence selon le type de mesure de la pression artérielle PECH 2007

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

- ☐ celles proposées par le PECH 2007 ☐ autre (préciser) _____

TYPES DE MESURE	VALEURS DE RÉFÉRENCE	NOTES
En cabinet En l'absence de diabète ou de maladie rénale	PA $\geq$ 140/90 mm Hg	• 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
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 Permet de détecter « l'hypertension masquée »

N.B. Le PECH ne fournit aucune recommandation sur l'utilisation des appareils de mesure de la pression artérielle d'une durée de vingt minutes ou deux heures.

A

2.2 | Mesure standardisée de la pression artérielle en clinique

Le PECH a proposé une méthode standardisée de mesure de la pression artérielle (Étape 5, outil n° 13).

Dans notre clinique, nous adoptons :

- ☐ la méthode standardisée de mesure de la pression artérielle
- ☐ autre (préciser) _____

La méthode standardisée de mesure de la pression artérielle comprendra les éléments suivants :

- 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 et se servir de ce bras par la suite pour la prise de pression et son interprétation.
- appareil de mesure de la PA calibré
- positionnement adéquat du patient
- choix et positionnement du brassard
- méthode auscultatoire
- lecture de la PA à 2 mm Hg près, deux lectures
- aux visites subséquentes, au moins deux lectures devraient être prises au même bras avec le patient dans la même position, à une minute d'intervalle et la moyenne inscrite.

Une session de formation sur la méthode standardisée de mesure de la pression artérielle, suivie d'un exercice pratique, 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
Vessie distendue (envie d'uriner)	+15	+10
Mesure prise en parlant	+7	+8
Brassard trop petit	-8 à +10	-2 à +8
Brassard posé sur les vêtements	+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 0, 5 ou 10	-10	-10

Source : REEVES, 1995.

A

2.3 | Indications de MAPA et d'automesure à domicile

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

- ☐ celles proposées par le PECH 2007
- ☐ autre (préciser) _____

RECOMMANDATIONS PECH 2007

MAPA

- Poser le diagnostic d'HTA après 2 mesures élevées constatées en clinique
- Suspicion d'une hypertension de « sarrau blanc », chez les patients traités qui présentent :
 - Résistance apparente au traitement pharmacologique
 - Symptômes d'hypotension
 - Variations dans les mesures prises en cabinet

Automesure à domicile

- Poser le diagnostic d'HTA après 2 mesures élevées constatées en clinique ou suspicion « d'hypertension de sarrau blanc » ou « d'hypertension masquée »
- Suivre les patients hypertendus particulièrement ceux présentant :
 - Diabète
 - Maladie rénale chronique
 - Inobservance au traitement soupçonnée
 - « Hypertension de sarrau blanc » confirmée
 - « 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)

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

- ☐ l'infirmière
- ☐ le médecin
- ☐ l'infirmière et le médecin.

L'ordonnance (si nécessaire) pour un MAPA sera rédigée par :

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

Les endroits où orienter les patients pour un MAPA sont :

- ☐ la clinique
- ☐ autre : _____
- Tél : _____

A

2.4 | Enseignement sur l'automesure

La marche à suivre proposée au patient pour l'évaluation diagnostique de l'HTA sera la suivante :

- 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

À l'Étape 5, l'outil n° 9, Enseignement sur l'HTA « Questions et réponses. *Mon guide pour maîtriser l'hypertension artérielle* », de la Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA), aidera l'intervenant dans les conseils à donner au patient :

- recommander l'achat d'un appareil de mesure de la PA répondant aux normes et remettre l'outil n° 32 (Étape 5), *Conseils sur l'achat et l'utilisation d'un sphygmomanomètre à domicile pour automesure*;
- 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.

APPAREILS OSCILLOMÉTRIQUES RECOMMANDÉS

FABRICANT	MODÈLE SANS MÉMOIRE	MODÈLE AVEC MÉMOIRE
A&D ^{MD} ou LifeSource ^{MD}	767, 779	767PLUS, 774, 787
Omron ^{MD}		HEM-705, HEM-711, HEM-741
Microlife ^{MD}	BP 3BTO-A	

Source : *Hypertension Guide thérapeutique*, 2007, p. 31.

L'enseignement au patient sera fait par :

- ☐ l'infirmière
- ☐ le médecin
- ☐ l'infirmière et le médecin
- ☐ autre (préciser : pharmacien, nutritionniste, clinique ambulatoire, etc.)

Prêt de documents (Étape 5, outil n° 17) :

- ☐ Enseignement sur l'HTA « Questions et réponses. *Mon guide pour maîtriser l'hypertension artérielle* » (SQHA, 2005)
- ☐ *Mon guide nutritionnel pour prévenir et traiter l'hypertension artérielle* (SQHA, 2005)
- ☐ autres (préciser) _____

A

3. | Classification des valeurs de pression artérielle chez les adultes

Notre clinique retient la classification des valeurs de PA :

- ☐ proposée par WHO-ISH (1999) et adoptée par le PECH.
- ☐ autre (préciser) _____

RECOMMANDATIONS WHO – ISH 1999*, ADOPTÉES PAR LE PECH 2007

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.

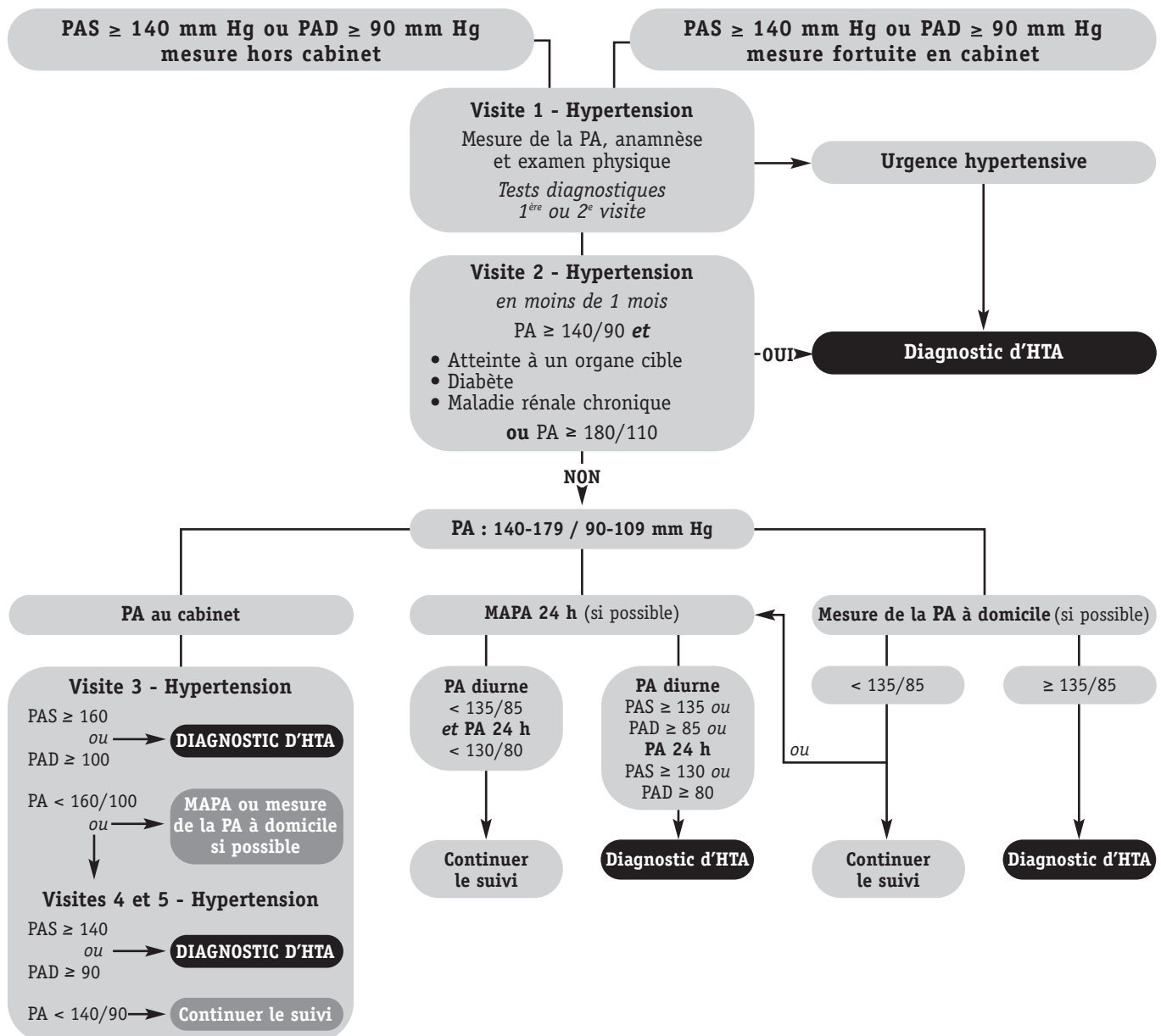
** Quand la pression systolique et la pression diastolique d'un patient sont de catégories différentes, la catégorie la plus élevée devrait s'appliquer.

A

4. | Diagnostic d'HTA

Notre clinique retient, comme procédure diagnostique :

- ☐ l'algorithme proposé en 2007 par le PECH.
- ☐ autre (préciser) _____



Patients avec PA 130-139/85-89 mm Hg devraient être suivi annuellement

LE DIAGNOSTIC D'HTA SERA POSÉ PAR UN MÉDECIN

Pour l'urgence hypertensive, voir l'annexe 1.

Source : Recommandations de 2007 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension artérielle.

A

5. | Évaluation du patient

L'évaluation de base comporte cinq éléments :

1. anamnèse 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 | Évaluation de base

Notre clinique retient les éléments :

- ☐ proposés par WHO-ISH
- ☐ autre (préciser) _____

RECOMMANDATIONS WHO – ISH 1999 ADOPTÉES PAR LE PECH 2007

- Anamnèse
- Mesure de la PA
- Fond d'œil
- IMC
- Recherche de souffles
- Examen cardiovasculaire (carotides, reins, artères périphériques, coarctation de l'aorte)
- Examen pulmonaire
- Examen de l'abdomen (souffles, reins plus gros que la normale, masses)
- Palpation des pouls
- Examen neurologique
- Évaluation des habitudes de vie incluant la consommation de sodium, d'alcool et de matières grasses, le tabagisme, l'activité physique, le gain de poids
- Évaluation de la consommation de médicaments ou d'autres facteurs susceptibles de faire augmenter la PA
- Évaluation des facteurs psychosociaux et environnementaux pouvant influencer le traitement

A

5.1.1 | ANAMNÈSE– EXAMEN PHYSIQUE

Pour chacun des éléments de l'anamnèse et de l'examen physique, encrer « **M** » pour médecin et « **I** » pour infirmière afin de préciser « qui fait quoi ».

L'**anamnèse** comprend :

- symptômes (**M** ou **I**)
- antécédents personnels et familiaux (**M** ou **I**)
- habitudes de vie : consommation de sel, d'alcool, de matières grasses, tabagisme, activité physique, gain de poids (**M** ou **I**)
- consommation de médicaments ou d'autres facteurs susceptibles de provoquer ou aggraver la PA (**M** ou **I**)
- évaluation des facteurs psychosociaux et environnementaux (**M** ou **I**)
- autre (préciser) _____ (**M** ou **I**)

Exemples de facteurs exogènes pouvant provoquer ou aggraver l'HTA

Médicaments d'ordonnance	• 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 • Inhibiteurs de la monoamine-oxydase • Midodrine
Autres facteurs	• Racine de réglisse • Stimulants, dont la cocaïne • Sel • Quantités excessives d'alcool • Apnée du sommeil

L'**examen physique** comprend :

- mesure de la PA (**M** ou **I**)
- fond d'œil (**M** ou **I**)
- IMC et tour de taille (**M** ou **I**)
- recherche de souffles (**M** ou **I**)
- examen cardiovasculaire (**M** ou **I**)
- examen pulmonaire (**M** ou **I**)
- examen de l'abdomen (**M** ou **I**)
- palpation des pouls (**M** ou **I**)
- examen neurologique sommaire (**M** ou **I**)

A**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 2007
- ☐ autre (préciser) _____

EXEMPLES DE LÉSIONS D'ORGANES CIBLES - PECH, 2007**Maladie vasculaire cérébrale**

- Ischémie cérébrale transitoire (ICT)
- Accident cérébral ischémique ou hémorragique
- Démence vasculaire

Rétinopathie hypertensive**Dysfonction ventriculaire gauche****Coronaropathie**

- Infarctus du myocarde
- Angine de poitrine
- Insuffisance cardiaque

Néphropathie chronique

- Néphropathie hypertensive (TFG* < 60 ml/min/1,73 m²)
- Albuminurie

Maladie artérielle périphérique

- Claudication intermittente

* TFG : taux de filtration glomérulaire

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

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

A

5.1.3 | RECHERCHE DE FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE D'ATHÉROSCLÉROSE

FACTEURS DE RISQUE - PECH, 2007

Antécédents de maladie athéroscléreuse patente = risque très élevé d'épisodes athéroscléreux récurrents
(ex. maladie artérielle périphérique, antécédents d'AVC ou d'ICT)

Risques non modifiables :

- Âge > 55 ans
- Sexe masculin
- Antécédents familiaux de MCV prématurée (< 55 ans chez les hommes et < 65 ans chez les femmes)

Risques modifiables :

- Sédentarité
- Mauvaises habitudes alimentaires
- Obésité abdominale
- Intolérance au glucose ou diabète
- Tabagisme
- Dyslipidémie
- Stress

Atteinte des organes cibles :

- Hypertrophie ventriculaire gauche
- Microalbuminurie ou protéinurie
- Néphropathie chronique (taux de filtration glomérulaire <60 ml/min/1,73m²)

La recherche de facteurs de risque cardiovasculaire d'athérosclérose sera faite par :

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

A**5.1.4 | ÉVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE**

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

- ☐ les recommandations de 2007 du PECH
- ☐ autre (préciser) _____

ÉVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE - PECH, 2007

- 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.
- Le patient devrait être informé de son risque global pour améliorer l'efficacité des mesures de modifications des facteurs de risque.

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

- ☐ Évaluation du risque coronarien : Grille de Framingham (Étape 5, outil n° 12a)
- ☐ Évaluation du risque coronarien : SCORE (Étape 5, outil n° 12b)
- ☐ 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 de 2007 du PECH
- ☐ autre (préciser) _____

TESTS DIAGNOSTIQUES DE BASE - PECH, 2007

- Analyse d'urine
 - Glycémie à jeun
 - Chimie sanguine (potassium, sodium, créatinine)
 - Bilan lipidique à jeun (cholestérol total, HDL, LDL, triglycérides)
 - ECG standard à 12 dérivations
- N.B. L'échographie cardiaque n'est pas recommandée systématiquement.
La FSC n'est plus recommandée en 2007.*

En présence de diabète

Dosage de l'albumine excrétée dans l'urine

Les tests diagnostiques seront demandés par :

- ☐ l'infirmière, selon une ordonnance collective (Étape 5, outil n° 18)
- ☐ le médecin
- ☐ l'infirmière et le médecin

5.2 | Évaluation complémentaire chez le patient hypertendu

Voir l'annexe 2 du protocole.

A

6. | Traitement de l'HTA

6.1 | Valeurs cibles

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

- ☐ proposées par le PECH 2007
- ☐ autre (préciser) _____

RECOMMANDATIONS PECH 2007 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 et le temps nécessaire pour y arriver seront discutés avec chaque patient :

- ☐ oui
- ☐ non

Cette discussion avec le patient sera conduite par :

- ☐ l'infirmière
- ☐ le médecin
- ☐ l'infirmière ou le médecin

Les valeurs à atteindre seront inscrites au dossier du patient et dans son carnet (Étape 5, outil n° 30) par :

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

A

6.2 | Traitement non pharmacologique

EFFETS DES MODIFICATIONS DES HABITUDES DE VIE SUR LA PA

Intervention	Dosage	PAS / PAD mm Hg
Réduire les aliments salés	1,8 g ou 78 mmol/jour	-5,0/-25
Perte de poids	par kg perdu	-1,1/-0,9
Consommation d'alcool	-3,6 consommations/jour	-3,9/-2,4
Exercice aérobique	120-150 min/semaine	-4,9/-3,7
Diète DASH	Hypertendus Normotendus	-11,4/-5,5 -3,6/-1,8

« Exercise and hypertension. Medicine & Science », *Sports & Exercise*, vol. 36, n° 3, mars 2004, p. 533-553.
E.R. MILLER, et autres, « Analyse de synthèse d'essais à court terme », *Journal of Clin Hyper*, novembre-décembre 1999, p. 191-198.

Source : Recommandations de 2006 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension

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 (Étape 5, outil n° 31). Ils seront encouragés à choisir une habitude de vie à modifier (une à la fois) et seront soutenus pour maintenir le changement (approche motivationnelle) :

- ☐ oui
- ☐ non

La motivation du patient au regard des changements à apporter dans ses habitudes de vie sera évaluée à l'aide de l'outil n° 28 (Étape 5) « Évaluation du stade comportemental pour le patient ». 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 (préciser : nutritionniste, kinésologue, etc.) _____

Les outils suivants seront offerts aux patients en fonction de leur choix :

- ☐ Prescription de l'activité physique (Étape 5, outil n° 19)
- ☐ Feuille de référence au centre d'abandon du tabagisme (Étape 5, outil n° 20)
- ☐ Brochures Acti-Menu (Étape 5, outils n° 22 à 27)
- ☐ Régime DASH (Étape 5, outil n° 29)

A

RECOMMANDATIONS PECH 2007 SUR LES HABITUDES DE VIE

Éléments à modifier	Commentaires
Poids	Atteinte et maintien d'un poids santé (IMC de 18,5 kg/m ² à 24,9 kg/m ²) et d'un tour de taille également santé (hommes : < 102 cm/40 po; femmes : < 88 cm/35 po) par une approche combinant meilleure alimentation, augmentation de l'activité physique et soutien aux modifications du comportement.
Alimentation: diète DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension)	Adoption d'une diète riche en fruits et légumes frais, produits laitiers faibles en gras, fibres alimentaires solubles, grains entiers, protéines végétales et aliments à faible teneur en gras saturés et en cholestérol.
Consommation de sodium	Pour prévenir l'hypertension, limiter l'apport de sodium alimentaire à moins de 100 mmol par jour, 100 mmol de sodium équivalant à 2,4 g de sodium ou 6 g de sel ou 1 c. à thé de sel . Pour le patient hypertendu, limiter le sodium à 65 à 100 mmol par jour.
Activité physique	Les patients devraient faire un total de 30 à 60 minutes d'exercice dynamique à intensité modérée (ex. : marche, bicyclette, natation) 4 à 7 jours par semaine; des activités d'intensité plus élevée ne sont pas plus efficaces.
Consommation d'alcool	Limiter la consommation d'alcool : 14 consommations ou moins par semaine pour les hommes et 9 ou moins pour les femmes, à raison de 2 consommations ou moins par jour. 1 consommation équivaut à : • 150 ml (5 oz) de vin à 12 % d'alcool; • 340 ml (12 oz) de bière à 4 % d'alcool; • 45 ml (1,5 oz) de spiritueux à 40 % d'alcool. source : www.educalcohol.qc.ca
Stress	Aider les patients à gérer leur stress lorsque celui-ci semble contributoire, en utilisant des interventions cognitivo-comportementales personnalisées jumelées à des techniques de relaxation.
Tabagisme	Recommander la cessation tabagique afin de réduire le risque global de maladie cardiovasculaire. Recommander de vivre dans un milieu sans fumée.

A

6.3 | Traitement pharmacologique

Notre clinique retient les recommandations de traitement pharmacologique selon l'âge et la PA :

- ☐ formulées par le GECSSP
- ☐ autre (préciser) _____

TABLEAU 1

RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE
SELON L'ÂGE ET LA PA – GECSSP

Population ciblée	Commentaires	Niveau de recommandation*
70 ans ou moins avec PAD $\geq$ 90 mm Hg		A
70-84 ans avec PAS $\geq$ 160 mm Hg et PAD $\geq$ 90 mm Hg		A
60-84 ans avec PAS $\geq$ 160 mm Hg et PAD < 90 mm Hg (normale)		A
Plus de 84 ans avec PAS et PAD élevées ($\geq$ 140/90 mm Hg)	Une approche prudente, individualisée est recommandée	C
65-84 ans avec PAS 140-160 mm Hg et PAD < 90 mm Hg	Une approche prudente, individualisée est recommandée	C
Plus de 70 ans avec PAS < 160 mm Hg et PAD $\geq$ 90 mm Hg	Une approche prudente, individualisée est recommandée	C

* Niveaux de recommandations selon GECSSP : A : preuves suffisantes pour recommander que l'intervention soit expressément prise en considération dans un EMP; B : preuves acceptables permettant de recommander que l'intervention soit expressément prise en considération dans un EMP; C : preuves controversées pour qu'on puisse recommander l'inclusion ou l'exclusion de l'intervention dans un EMP, mais des recommandations peuvent être formulées pour d'autres motifs; I : preuves insuffisantes pour qu'on puisse recommander l'inclusion ou l'exclusion de l'intervention dans un EMP; D : preuves acceptables pour recommander que l'intervention soit expressément exclue d'un EMP; E : preuves suffisantes pour qu'on puisse recommander que l'intervention soit expressément exclue d'un EMP.

A

Notre clinique retient les recommandations pharmacologiques :

- ☐ formulées par le PECH en 2007 et présentées dans les tableaux 2 à 4 ci-dessous
- ☐ autre (préciser) _____

TABEAU 2

NIVEAU DE RECOMMANDATION DE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE SELON LA PA, L'ATTEINTE DES ORGANES CIBLES ET LA PRÉSENCE D'AUTRES FACTEURS DE RISQUES - PECH, 2007

Population ciblée	Commentaires	Niveau de recommandation*
PAD moyenne de 100 mm Hg et plus ou PAS moyenne de 160 mm Hg et plus	Chez les patients ne présentant aucune lésion des organes cibles provoquées par l'HTA, ni d'autres facteurs de risques cardiovasculaires	A A
PAD moyenne de 90 mm Hg et plus	Chez les patients avec des lésions macrovasculaires des organes cibles ou présentant d'autres facteurs de risques cardiovasculaires indépendants	A
PAS moyenne entre 140 et 160 mm Hg PAS moyenne de plus de 160 mm Hg	Chez les patients avec des lésions macrovasculaires des organes cibles	C A

* *Barème d'évaluation des recommandations du PECH* : A : recommandation fondée sur une ou plusieurs études de niveau I; B : les meilleures preuves obtenues proviennent d'une étude de niveau II; C : les meilleures preuves obtenues proviennent d'une étude de niveau III; D : les meilleures preuves obtenues proviennent d'une étude de niveau inférieur à III et comprennent l'avis d'experts. Pour les niveaux de preuve : Feldman RD, et autres, 1999 Canadian Recommendations for the Management of hypertension, CMAJ, 1999 ; 161 (12 suppl).

A

TABLEAU 3

RECOMMANDATIONS PHARMACOLOGIQUES SELON LA CONDITION CLINIQUE – PECH, 2007

Facteurs à considérer pour l'individualisation du traitement antihypertenseur	Traitement initial	Traitement de deuxième intention	Commentaires et mises en garde
HYPERTENSION SANS MALADIE COEXISTANTE			
Hypertension sans indication formelle	Diurétiques thiazidiques, bêtabloquants (chez les patients de moins de 60 ans), inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (I-ECA) sauf chez les personnes de race noire, antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA) ou bloquants des canaux calciques (BCC) à longue durée d'action.	Association de médicaments de première intention	Les alphabloquants ne sont pas recommandés en monothérapie initiale. Les bêtabloquants ne sont pas recommandés en monothérapie initiale pour les patients âgés de 60 ans ou plus. Dans le cas des patients recevant des diurétiques, il faut prévenir l'hypokaliémie. Les I-ECA ne sont pas recommandés en monothérapie initiale pour les patients de race noire. Les I-ECA et les ARA sont contre-indiqués pendant la grossesse. Pour certains patients, envisager l'AAS et/ou les statines en monothérapie initiale.
Hypertension systolique isolée sans indication formelle	Diurétiques thiazidiques, ARA ou BCC de type dihydropyridine à longue durée d'action	Association de médicaments de première intention	Pour les patients prenant des diurétiques en monothérapie, l'hypokaliémie doit être évitée par l'utilisation d'agents d'épargne potassique.
DIABÈTE			
Diabète avec néphropathie	I-ECA ou ARA	Ajout d'un ou de plusieurs de ces médicaments : diurétiques thiazidiques, bêtabloquants cardiosélectifs, BCC à longue durée d'action ou association d'un ARA et d'un I-ECA	Si le taux de créatinine sérique est > 150 µmol/L, substituer un diurétique de l'anse aux diurétiques thiazidiques à faible dose, en cas d'hypervolémie
Diabète sans néphropathie	I-ECA, ARA, diurétiques thiazidiques ou BCC de type dihydropyridinique ou diurétiques thiazidiques	Association de médicaments de première intention ou, si les médicaments ne sont pas tolérés, ajout de BB cardiosélectifs et/ou BCC à action prolongée non dihydropyridiniques	Rapport albumine-créatinine (RAC) < 2,0 mg/mmol chez les hommes et < 2,8 mg/mmol chez les femmes
MALADIES CARDIOVASCULAIRES			
Angine	Bêtabloquants, envisager sérieusement l'ajout d'I-ECA	BCC à longue durée d'action	Éviter la nifédipine à courte durée d'action.
Antécédents d'infarctus du myocarde	Bêtabloquants et I-ECA (ARA en cas d'intolérance aux I-ECA)	BCC à longue durée d'action	

A

Insuffisance cardiaque	I-ECA (ARA en cas d'intolérance aux I-ECA), bêtabloquants et spironolactone pour certains patients	ARA ou hydralazine/dinitrate d'isosorbide; diurétiques thiazidiques ou diurétiques de l'anse comme traitement d'appoint	Les BCC de type non dihydropyridinique sont déconseillés. Si un I-ECA est administré en association avec un ARA, les effets indésirables possibles, dont l'hypotension, l'hyperkaliémie et l'aggravation de l'insuffisance rénale, doivent être surveillés.
Antécédents d'AVC ou d'ICT	Association d'un I-ECA et d'un diurétique		La prudence est de mise lorsqu'on envisage d'abaisser la PA immédiatement après un AVC; la pharmacothérapie et la voie d'administration doivent être choisies de façon à éviter une chute brusque de la PA.
Hypertrophie ventriculaire gauche	I-ECA, ARA, BCC à longue durée d'action, diurétiques thiazidiques ou bêtabloquants pour les patients de moins de 60 ans		Éviter l'hydralazine et le minoxidil.
Maladie artérielle périphérique	Aucune influence		Éviter les bêtabloquants en cas de maladie grave.
NÉPHROPATHIE CHRONIQUE NON DIABÉTIQUE			
Insuffisance rénale chronique non diabétique avec protéinurie	I-ECA, ARA si intolérance aux I-ECA, diurétiques en traitement d'appoint	Association d'agents additionnels	Les I-ECA et les ARA sont déconseillés en cas de sténose bilatérale des artères rénales ou de sténose unilatérale d'un rein solitaire. Suivre de près les taux de créatinine et de potassium sérique chez les patients sous I-ECA ou ARA.
Maladie rénovasculaire	Même qu'en cas d'HTA diastolique +/-systolique, sans maladie concomitante dictant l'administration d'autres médicaments		I-ECA et ARA sont déconseillés en cas de sténose bilatérale des artères rénales ou de sténose unilatérale d'un rein solitaire.
AUTRE			
Dyslipidémie	Aucune influence		

TABLEAU 4 ASSOCIATIONS OPTIMALES DE MÉDICAMENTS ANTIHYPERTENSEURS – PECH, 2007

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

*La prudence s'impose quand un BCC ne faisant pas partie de la classe des dihydropyridines est associé à un bêtabloquant.

L'ajustement du dosage d'un antihypertenseur sera fait par :

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

A

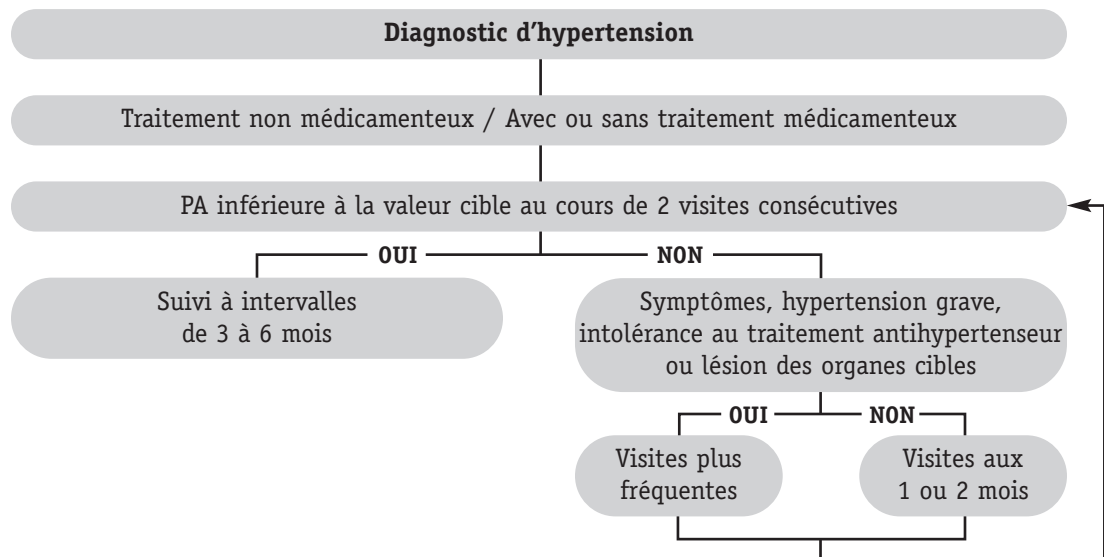
7. | Suivi de l'hypertension artérielle

7.1 | Fréquence des mesures de la pression artérielle

Pour la fréquence des suivis, notre clinique retient :

- ☐ recommandations du PECH 2006 reprises dans *Hypertension Guide thérapeutique* (2007) présentées à la figure 1
- ☐ autre (préciser) _____

FIGURE 1. RECOMMANDATIONS RELATIVES AU SUIVI



- Envisager une mesure de la PA à domicile afin d'écarter la possibilité « d'hypertension masquée » ou d'effet du « sarrau blanc » et d'améliorer le respect du traitement.

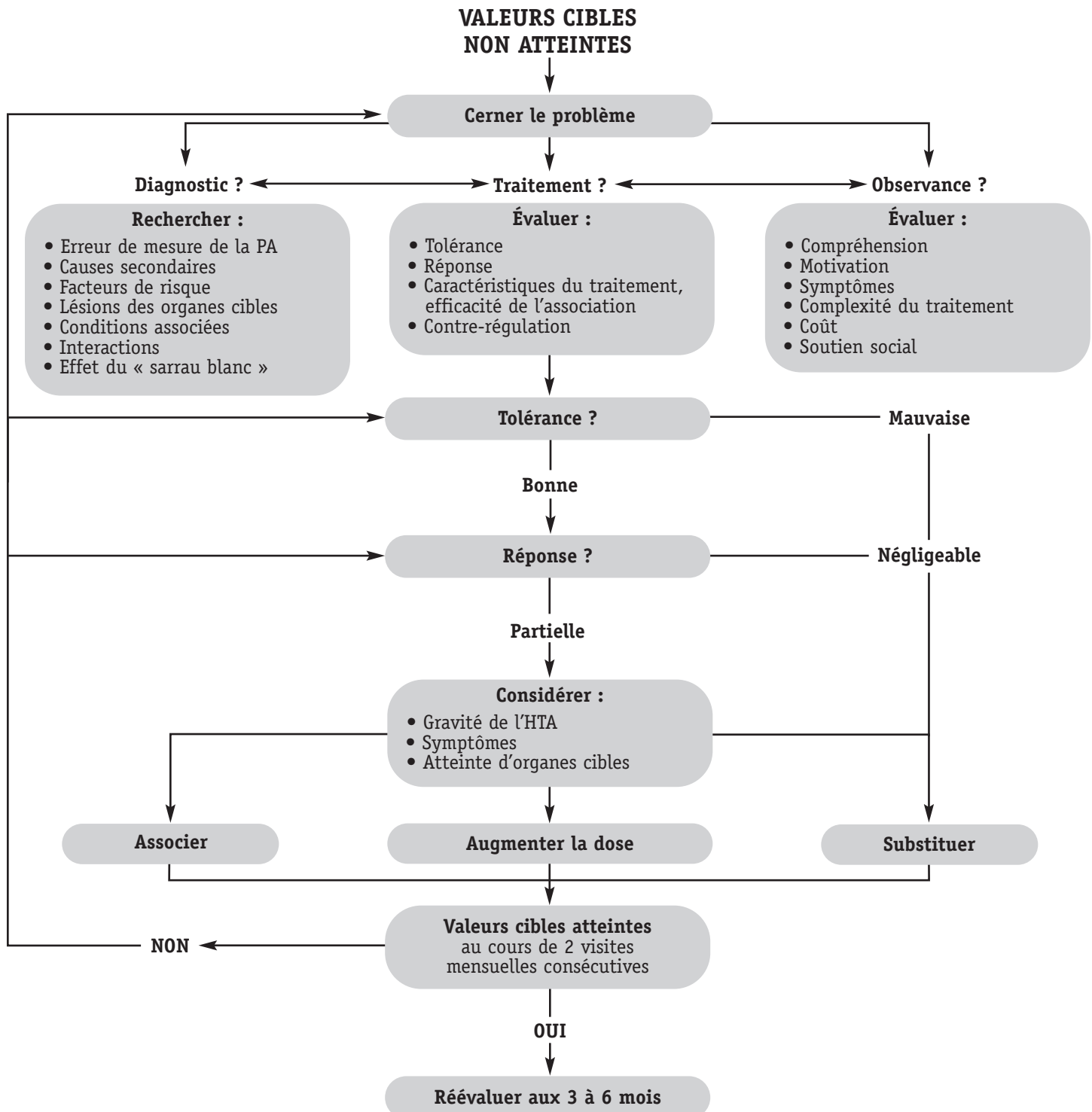
D'après les recommandations 2006 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension.

Source : *Hypertension, Guide thérapeutique, SQHA, 2007, p.14.*

A

Pour les cas où les valeurs cibles du traitement ne sont pas atteintes, notre clinique retient la démarche proposée par le *Hypertension Guide thérapeutique* (2007) telle que présentée à la figure 2.

FIGURE 2. DÉMARCHE PROPOSÉE LORSQUE LES OBJECTIFS DU TRAITEMENT NE SONT PAS ATTEINTS



Source : *Hypertension Guide thérapeutique*, SQHA, 2007, p. 103-104.

A

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

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

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

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

Les algorithmes des activités à réaliser par les infirmières et les médecins pour le diagnostic de l'HTA (première visite, deuxième visite et visites suivantes) sont présentés à l'Étape 4, outil n° 6.

7.2 | Observance du traitement

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

- ☐ les recommandations formulées par PECH 2007
- ☐ autre (préciser) _____

RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER L'OBSERVANCE AU TRAITEMENT – PECH, 2007

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 :
 - posologie unquotidienne,
 - remplacement de 2 antihypertenseurs par une association (si existante) qui comprend 2 médicaments déjà pris;
- l'utilisation d'**emballages unitaires** contenant plusieurs médicaments à prendre en même temps.

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

- la promotion d'une responsabilisation/autonomie accrue du patient à l'égard de la mesure de la PA et de l'évaluation de l'efficacité du 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**;
- la promotion de l'observance par :
 - des communications téléphoniques ou postales par des professionnels de la santé surtout dans les 3 premiers mois de traitement,
 - la collaboration avec les professionnels des milieux de travail,
 - l'utilisation de dispositifs électroniques.

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

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

A

7.3 | Documentation à remettre au patient

RECOMMANDATIONS PECH 2007

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

Dans notre clinique, nous remettons au patient les outils suivants (voir Étape 5, Outils n^{os} 22 à 33) :

- ☐ dépliant d'information
- ☐ carnet pour l'inscription des valeurs de PA
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Dans notre clinique, la documentation sera remise par :

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

Les prêts de documents et d'outils seront sous la responsabilité de :

- ☐ l'infirmière
- ☐ le médecin
- ☐ la secrétaire
- ☐ le technicien en administration

La documentation et les outils seront commandés et distribués par :

- ☐ le technicien en administration
- ☐ la secrétaire
- ☐ autre

A

8. | Signataires du protocole

Le protocole 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 qui adhèrent au protocole.

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.		
21.		
22.		

Le protocole ne remplace en aucun cas le jugement clinique des médecins et des infirmières.

A

Annexe 1 - Urgence hypertensive

Symptômes et conditions associés à l'urgence hypertensive :

- PAS > 210-230 mm Hg ou PAD > 120-130 mm Hg
- Hypertension maligne avec papillœdème
- Vasculaires cérébraux : encéphalopathie hypertensive, accident cérébral athéroembolique, hémorragie cérébrale ou sous-arachnoïdienne
- Cardiaques : dissection aiguë de l'aorte, insuffisance ventriculaire gauche aiguë réfractaire, ischémie aiguë du myocarde ou douleur ischémique persistante post-infarctus, après un pontage coronarien
- Rénaux : glomérulonéphrite aiguë, crise rénale associée à une maladie du collagène avec vasculite, après une greffe rénale
- Excès de catécholamines circulants : phéochromocytome, consommation d'aliments contenant de la tyramine ou interaction avec des médicaments contenant des inhibiteurs de la monoamine oxydase, usage de médicaments ou drogues sympathomimétiques (ex. : cocaïne), effet rebond de l'arrêt d'un antihypertenseur (ex. : clonidine ou guanabenz)
- Toxémie de grossesse : éclampsie
- Chirurgicaux : chez les patients devant subir une chirurgie d'urgence, en postopératoire ou à la suite de saignement de sutures vasculaires
- Après des brûlures graves au corps
- Épistaxis grave

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

- ☐ les recommandations de *Hypertension Guide thérapeutique*, 2007
- ☐ autre (préciser) _____

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 asymptomatiques : • faire investigation et commencer le traitement à la 2 ^e visite post tests de laboratoire; • suivi dans les jours prochains.
Hypertension accélérée ou maligne**	> 210-230	et/ou	> 120-130	Si complications aiguës ou imminentes des organes cibles, urgence hypertensive véritable : transfert hospitalier, aux soins intensifs si possible. Si pas d'évidence de complications aiguës ou imminentes des organes cibles, urgence hypertensive relative : traitement immédiat avec nifedipine PA ou clonidine ou labétalol avec observation pendant 6 heures (surveillance de la PA et de complications possibles aux organes cibles). 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 : *Hypertension Guide Thérapeutique*, SQHA, 2007 et PECH 2004.

A

APPROCHE RECOMMANDÉE SELON HYPERTENSION GUIDE THÉRAPEUTIQUE, SQHA, 2007

1. **Histoire** : histoire de l'HTA, médicaments prescrits et non prescrits, histoire d'atteinte d'organes cibles (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral), symptômes récents de détérioration de l'atteinte des organes cibles, symptômes et signes présents (ICT, douleur rétrosternale, dyspnée, orthopnée)
2. **Examen physique** : mesure de la pression artérielle en position assise ou couchée aux deux bras, en position debout si possible, fond d'œil, examen neurologique sommaire, auscultation cardio-pulmonaire, recherche des souffles carotidiens, fémoraux et abdominal, vérification des pouls
3. **Tests de laboratoire** : ECG, radiographie pulmonaire, créatinine, électrolytes, FSC (hémolyse sur le frottis), LDH, analyse d'urine et microscopie

Les patients qui présentent les caractéristiques d'une urgence hypertensive véritable ou relative devraient se voir poser un **diagnostic d'hypertension dès la première visite**; leur condition nécessite une intervention immédiate.

Pour chacun des éléments des mesures générales, de l'anamnèse, de l'examen physique et des tests de laboratoire, encrer « **M** » pour médecin et « **I** » pour infirmière afin de préciser « qui fait quoi ».

Mesures générales :

- Coucher le patient dans un endroit calme avec lumière tamisée (si disponible) (**M** ou **I**)
- Prévenir le médecin de garde (**M** ou **I**)
- Donner de l'oxygène 100 % avec masque (si disponible) (**M** ou **I**)
- Procéder au transfert en ambulance, avec accompagnement ou non (**M** ou **I**)

Anamnèse :

- histoire d'HTA (**M** ou **I**)
- médicaments prescrits et non prescrits, antihypertenseur, arrêt ou oubli récent, anti-inflammatoires non-stéroïdiens, amphétamines, décongestionnants, drogues (cocaïne, PCP, etc.), alcool (**M** ou **I**)
- histoire d'atteinte d'organes cibles : infarctus du myocarde, AVC, etc. (**M** ou **I**)
- symptômes récents de détérioration de l'atteinte des organes cibles (**M** ou **I**)
- symptômes et signes présents : ICT, douleur rétrosternale, dyspnée, orthopnée (**M** ou **I**)
- autre : crises d'anxiété aiguë ou de panique, douleur importante, etc. (**M** ou **I**)

A

Examen physique :

- signes vitaux : pouls, PA, RR, T° (**M** ou **I**)
- prise de la PA aux deux bras de façon répétée, en position assise ou couchée (**M** ou **I**)
- prise de la PA debout si possible (**M** ou **I**)
- fond d'œil : œdème papillaire, exsudats, hémorragie (**M** ou **I**)
- examen neurologique sommaire : somnolence, confusion, céphalée grave, troubles de la vision, vomissements, ICT, AVC (**M** ou **I**)
- examen cardiopulmonaire : arythmie, douleur rétrosternale, dyspnée, orthopnée (**M** ou **I**)
- examen vasculaire : souffles carotidiens, abdominal et fémoraux, pouls périphériques (**M** ou **I**).

Tests de laboratoire demandés par M ou I selon ordonnance collective :

- ECG (**M** ou **I**)
- radiographie pulmonaire (**M** ou **I**)
- créatinine, électrolytes (**M** ou **I**)
- FSC avec frottis (**M** ou **I**)
- LDH (**M** ou **I**)
- examen d'urine et microscopie (si disponible) (**M** ou **I**)
- autres (préciser) : _____

A

Annexe 2 - Évaluation complémentaire pour le patient hypertendu

Notre clinique retient les examens complémentaires :

- ☐ recommandés par le PECH 2007
- ☐ autre (préciser) _____

TESTS DIAGNOSTIQUES POUR LA RECHERCHE DE CAUSES IDENTIFIABLES D'HYPERTENSION SECONDAIRE – PECH, 2007

HYPERTENSION RÉNOVASCULAIRE

Indices cliniques (au moins 2)	Tests
- Apparition ou aggravation soudaine après 55 ans ou avant 30 ans - Présence de bruits abdominaux - Résistance au traitement pharmacologique même avec polypharmacie (≥ 3 agents) - Élévation du taux de créatinine $> 30\%$ 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	- Scintigraphie rénale au captopril si TFG > 60 ml/min/1,73m² - Échographie Doppler - Angiographie par résonance magnétique - Angiographie sous tomographie (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
- HTA paroxystique ou grave et prolongée, 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 fortuite-ment, polyadénomatose endocrinienne 2A ou 2B, neurofibromatose ou angiomasose de von Hippel-Lindau	- Dosage des métanéphrines totales dans les urines de 24 heures et rapport métanéphrines/créatinine - Dosage catécholamines et métanéphrines totales et fractionnées plasmatiques

Hyperaldostéronisme

Indices cliniques	Tests
- 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	- 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)

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

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

*** IMAO : inhibiteur de la monoamine oxydase.

ÉTAPE 4

PLANIFIER LA PRESTATION DES SERVICES

PLANIFIER LA PRESTATION DES SERVICES

À cette étape, l'équipe décide du « quand » et du « comment » elle veut amorcer les changements et établit la façon de donner les services relatifs à l'HTA.

À partir de l'outil n° 5, *Distribution des tâches entre les membres du milieu clinique*, chaque membre de l'équipe désigne la personne qu'il croit la meilleure pour accomplir les tâches prévues au protocole. Cet outil est utile si la répartition des tâches prévues dans l'élaboration du protocole s'avère difficile.

L'outil n° 6, *Algorithmes des activités à réaliser pour le diagnostic de l'hypertension artérielle*, précise pour l'infirmière et le médecin les activités détaillées pour chacune des visites en fonction des **valeurs de pression artérielle** selon les recommandations de PECH 2007.

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ont produit un rapport sur les activités partageables entre médecins et infirmières et les modalités à respecter ; des exemples de suivis conjoints y sont présentés en annexe¹.

Le Groupe de soutien à l'implantation des GMF a aussi proposé des rôles et responsabilités pour chacun des membres d'un GMF dans le guide d'accompagnement pour le soutien à l'implantation des GMF².

QUI FAIT QUOI ?

- GMF ou autre milieu clinique : les membres de l'équipe s'entendent sur la répartition des tâches entre eux.
- DSP en collaboration avec le CSSS : peut aider à compiler les résultats de l'outil n° 5 et les communiquer à l'équipe; peut valider le contenu des algorithmes adoptés par la clinique.

1. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC et FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC, *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, Montréal, 2005, 210 p.
2. GROUPE DE SOUTIEN À L'IMPLANTATION DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE, *Devenir un GMF. Guide d'accompagnement*, Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, octobre 2003, 70 p.

A

OUTIL N° 5 DISTRIBUTION DES TÂCHES ENTRE LES MEMBRES DU MILIEU CLINIQUE

Pour chacune des tâches, considérer :

- **Quelle est la meilleure personne pour remplir ce rôle dans notre clinique et pourquoi ?**
- **Qui serait la meilleure personne pour superviser et faire le suivi ?**

1. ACTIONS PRÉALABLES À LA MISE EN ŒUVRE

Indiquer la date du début de la mise en œuvre : _____

ATTENTION : COMMENCER « PETIT » !

Quelles sont les premières actions à poser pour cette mise en œuvre ? Établir les priorités.

Quelles actions ?	Par qui ?
☐ Distribuer le protocole HTA à tous	
☐ Faire l'inventaire des sphygmomanomètres et s'assurer de leur calibrage	
☐ Choisir les outils, déterminer leur emplacement, assurer leur disponibilité	
☐ S'assurer que tous les membres du personnel ont reçu la formation nécessaire	
☐ Inventorier les ressources locales (nutritionniste, kinésiologue, cardiologue, néphrologue, ophtalmologiste, centre d'abandon du tabac, autres programmes dans la communauté)	
☐ Vérifier s'il y a mesure de la PA au dossier	

2. ORGANIGRAMME CLINIQUE

Qui vérifiera la présence d'un diagnostic d'hypertension dans le dossier des patients avant leur visite ?

- ☐ Secrétaire ☐ Infirmière ☐ Autre

Qui placera les outils choisis (Étape 5) dans le dossier des patients hypertendus avant leur visite ?
Remplir les cases pertinentes.

Inscrire les outils choisis	Qui
Feuille de suivi HTA pour l'infirmière (outil n° 7)	
Feuille de suivi HTA pour le médecin (outil n° 8)	
Grille de calcul de l'IMC et du tour de taille (outil n° 11)	
Grilles d'estimation du risque coronarien (outils nos 12a, 12b)	
Prescription de l'activité physique (outil n° 19)	
Feuille de référence vers divers programmes, ex. : centre d'abandon du tabac (outil n° 20)	
Régime DASH (outil n° 29)	
Feuille de référence selon les spécialités (outils à concevoir localement)	
Autres outils	

A

	Qui
<i>Responsable de la mesure la pression artérielle de la clientèle ciblée</i>	
<i>Responsable de l'application du protocole</i>	
<i>Responsable de la révision du protocole</i>	
3. PORTRAIT DES PRATIQUES	
(à partir des outils n° 2 et n° 3 proposés à l'Étape 2)	Qui
<i>Responsable de la sélection des dossiers</i>	
<i>Participation à la révision des dossiers afin de suivre les changements dans les pratiques</i>	
<i>Responsable de l'analyse des résultats de ces révisions</i>	
<i>Présentation au personnel du milieu clinique</i>	
4. FORMATION DU PERSONNEL	
	Qui
<i>Organisation de la formation des membres du personnel</i>	
<i>Ressources pour la formation au personnel (ressources locales ou régionales)</i>	
<i>Responsable du soutien logistique</i>	
5. AUTRES FONCTIONS	
	Qui
<i>Responsable de commander les fournitures (feuilles, dépliants, cartons, affiches, etc.)</i> (voir avec la direction de santé publique de sa région ou le CSSS de son territoire)	
<i>Responsable de l'entretien préventif et de la calibration des sphygmomanomètres</i>	
<i>Identification des autres tâches à effectuer</i>	

SYNTHÈSE DE LA DISTRIBUTION DES TÂCHES ENTRE LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE DU MILIEU CLINIQUE

QUI	QUOI (Tâches)
Réceptionniste, secrétaire	
Technicien en administration	
Infirmière	
Médecin	

Source : Adapté du Put Prevention Into Practice, 2002.

A

OUTIL N° 6a

ACTIVITÉS À RÉALISER POUR LA SYSTÉMATISATION
DES SOINS EN HYPERTENSION ARTÉRIELLE1. ACTIVITÉS PRÉALABLES
AU DÉPISTAGE

- Technicien en administration
- Autre _____
(préciser)

- Distribuer le protocole HTA à tous

- Faire l'inventaire des sphygmomanomètres, s'assurer de leur calibrage et de leur bon positionnement

- Inventorier les outils choisis par tous les membres du personnel et leur localisation, assurer leur disponibilité

- S'assurer que tous les membres du personnel ont eu les informations/formations nécessaires

- Inventorier les ressources locales : nutritionniste, kinésiologie, cardiologue, néphrologue, ophtalmologiste, centre d'abandon du tabac, autres programmes ou ressources du CSSS, ou dans la communauté, en faire la liste et en distribuer une copie par bureau

2. ACTIVITÉS INITIANT
CHACUNE DES VISITES

- Secrétaire réceptionniste
- Autre _____
(préciser)

- Vérifier au dossier s'il y a une mesure de la PA
- Vérifier/placer feuille de mesure de PA
- Faire asseoir le patient à l'endroit déterminé pour la mesure de la PA

A

OUTIL N° 6b

ALGORITHMES DES ACTIVITÉS À RÉALISER POUR
LE DIAGNOSTIC DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE - PECH, 2007INFIRMIÈRE – 1^{ÈRE} VISITE

Dans tous les cas

- Mesurer la PA selon la méthode standardisée
Prendre une 2^{ème} mesure de la PA et calculer la moyenne
- Inscrire les résultats au dossier
(sur la feuille prévue à cette fin ou sur la feuille d'évolution)
- Questionner sur les habitudes de vie (H de V)*

Zone normale

PA 130-139/
85-89 mm Hg

- Questionner facteurs de risque de maladies cardiovasculaires**

- Recommandation : nouvelle mesure PA dans 1 an, si aucun facteur de risque
- Si facteurs de risque, counselling H de V et suivi

PA < 130/
80 mm Hg

- Recommandation : nouvelle mesure PA dans 2 ans ou selon le protocole

Zone anormale

PA 140-179/90-109 mm Hg

- Questionner facteurs de risque de maladies cardiovasculaires**

- Rechercher l'atteinte organes cibles***

- Demander bilan de base : ECG, analyse d'urine, glycémie à jeun, bilan lipidique, électrolytes et créatinine ou suivant protocole et ordonnance collective

- Faire counselling approprié selon habitudes de vie à corriger et facteurs de risque avec note au dossier

- Faire voir au médecin ou planifier 2^{ème} visite selon protocole

- Asymptomatique sans atteinte des organes cibles ni diabète ni néphropathie

- Donner rendez-vous infirmier pour contrôle de PA au cours du même mois

- Asymptomatique avec atteinte des organes cibles, diabète ou néphropathie

- Donner rendez-vous infirmier pour contrôle de PA au cours du même mois

- Offrir documentation, soutien et/ou référer à des ressources appropriées pour changer habitudes de vie, corriger ou améliorer les facteurs de risque

Zone critique

PA ≥ 180/110 mm Hg :
DIAGNOSTIC D'HTAà la 1^{ère} visite (PECH 2007)
si urgence HTA ou conditions cliniques telles que IM, AVC

- Questionner facteurs de risque de maladies cardiovasculaires**

- Rechercher l'atteinte des organes cibles***

- Demander le bilan de base : ECG, analyse d'urine, glycémie à jeun, électrolytes, bilan lipidique, créatinine ou suivant protocole et ordonnance collective

- Faire counselling approprié selon les habitudes de vie à corriger et les facteurs de risque

- Inscrire notes au dossier (sur feuille de suivi infirmier si disponible)

- Faire voir au médecin traitant ou au médecin de garde (suivant protocole)

* Habitudes de vie : cessation tabagique, activité physique régulière, maintien d'un poids normal, consommation modérée d'alcool, saine alimentation (moins de lipides, plus de fibres, plus de fruits et légumes, moins de sel).

** Facteurs de risque : Homme > 55 ans, femme > 65 ans, tabagisme, obésité (IMC > 30 kg/m²), Ratio cholestérol total/C-HDL > 4 mmol/L ou C-LDL > 2 mmol/L si risque MCV élevé (> 20%) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL > 5,0 mmol/L ou C-LDL > 3,5 mmol/L si risque MCV modéré (> 10 à 19%) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL > 6 mmol/L ou C-LDL > 5 mmol/L si risque MCV faible (<10%) selon échelle de Framingham, C-HDL < 1 mmol/L homme, < 1,3 mmol/L femme, antécédents familiaux d'angiopathie précoce (<45 ans homme, < 55 ans femme), sédentarité, diabète.

*** Atteinte d'organes cibles : MC, HVG, Insuffisance cardiaque, ICT, AVC, maladie vasculaire périphérique, néphropathie, rétinopathie

A

OUTIL N° 6b

ALGORITHMES DES ACTIVITÉS À RÉALISER POUR
LE DIAGNOSTIC DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE - PECH, 2007

INFIRMIÈRE – 2^e VISITE

DIAGNOSTIC HTA

PA 130-139/85-89 mm Hg

- Mesurer la PA selon méthode standardisée
- Prendre une 2^{ème} mesure de PA et calculer la moyenne
- Inscrire les résultats au dossier sur la feuille prévue à cette fin
- Vérifier les habitudes de vie* et les facteurs de risque MCV**
- Faire le counselling approprié avec note au dossier
- **Saines habitudes de vie et sans facteur de risque :**
Recommander une nouvelle mesure de la PA dans 1 an
- ou
- **Habitudes de vie à corriger ou avec facteurs de risque :**
Offrir documentation, revoir pour soutien ou référer à ressource appropriée pour changer habitudes de vie, corriger ou améliorer les facteurs de risque

PA 140-179/90-109 mm Hg

- Mesurer la PA selon méthode standardisée
- Prendre une 2^{ème} mesure de PA et calculer la moyenne
- Inscrire les résultats au dossier sur la feuille prévue à cette fin
- Revoir les habitudes de vie*
- Revoir les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires**
- Vérifier l'atteinte des organes cibles***
Si atteinte, **Diagnostic HTA**
- Faire le counselling approprié selon les habitudes de vie à corriger et les facteurs de risque avec note au dossier
- Vérifier résultats du bilan de base : ECG, analyse d'urine, glycémie, électrolytes, bilan lipidique (suivant protocole et ordonnance collective)
- Faire voir au médecin traitant ou au médecin de garde suivant protocole ou sans atteinte des organes cibles
- Continuer l'évaluation de PA par l'une des trois façons suivantes suivant le protocole :
 1. **suivi en cabinet :** fixer 3 visites additionnelles durant les 5 prochains mois (au maximum)
 2. **MAPA :** expliquer au patient la façon de procéder et fixer une 3^{ème} visite pour lui communiquer les résultats
 3. **Automesure à domicile :** remettre prescription pour sphygmomanomètre et enseignement par pharmacien ou par infirmière (entente préalable ou prévoir rendez-vous) remettre carnet de note des mesures de PA puis fixer 3^{ème} visite

PA ≥ 180/110 mm Hg

- Après consultation avec le médecin, informer le patient du **diagnostic d'HTA** et faire l'enseignement sur l'HTA
- Établir valeurs de PA à atteindre après discussion avec le médecin
- Débuter le traitement non pharmacologique : choisir habitude de vie à changer, établir stade comportemental (étape 5, outil n° 28), assurer le soutien ou référer
- Mesurer poids et taille, calculer IMC, mesurer tour de taille (étape 5, outil n° 11)
- Calculer le risque de MCV sur 10 ans (étape 5, outils n° 12a ou 12b)
- Vérifier résultats du bilan de base et des examens complémentaires

PA 140-179/90-109 mm Hg avec atteinte des organes cibles ou diabète ou maladie rénale chronique

- Prescrire bilan de base : ECG, analyse d'urine, glycémie à jeun, électrolytes, bilan lipidique ou suivant protocole et ordonnance collective (s'il n'a pas été demandé à la 1^{ère} visite)
- Après consultation avec le médecin, informer le patient du **diagnostic d'HTA** et faire l'enseignement sur l'HTA
- Déterminer si autre facteur de risque à surveiller
- Mesurer poids et taille, calculer IMC, mesurer tour de taille (étape 5, outil n° 11)
- Calculer le risque de MCV sur 10 ans (étape 5, outils n° 12a ou 12b)
- Noter au dossier les mesures prises et les éléments de counselling et d'enseignement
- Donner un rendez-vous de suivi (selon fréquence prévue au protocole)

* Habitudes de vie : cessation tabagique, activité physique régulière, maintien d'un poids normal, consommation modérée d'alcool, saine alimentation (moins de lipides, plus de fibres, plus de fruits et légumes, moins de sel).

** Facteurs de risque : Homme > 55 ans, femme > 65 ans, tabagisme, obésité (IMC > 30 kg/m²), Ratio cholestérol total/C-HDL > 4 mmol/L ou C-LDL > 2 mmol/L si risque MCV élevé (> 20%) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL > 5,0 mmol/L ou C-LDL > 3,5 mmol/L si risque MCV modéré (> 10 à 19%) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL > 6 mmol/L ou C-LDL > 5 mmol/L si risque MCV faible (<10%) selon échelle de Framingham, C-HDL < 1 mmol/L homme, < 1,3 mmol/L femme, antécédents familiaux d'angiopathie précoce (<45 ans homme, < 55 ans femme), sédentarité, diabète.

*** Atteinte d'organes cibles : MC, HVG, Insuffisance cardiaque, ICT, AVC, maladie vasculaire périphérique, néphropathie, rétinopathie

A

OUTIL N° 6b

ALGORITHMES DES ACTIVITÉS À RÉALISER POUR
LE DIAGNOSTIC DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE - PECH, 2007INFIRMIÈRE – 3^e VISITE

DIAGNOSTIC D'HTA

PAS $\geq$ 160 mm Hg
ou
PAD $\geq$ 100 mm Hg1-Après consultation avec le médecin,
informer le patient du
diagnostic d'HTA et faire
l'enseignement sur l'HTA2-Établir valeurs de PA à atteindre
après discussion avec le médecin3-Déterminer si autres facteurs de risque
à surveiller** et si atteinte des
organes cibles***4-Mesurer poids et taille, calculer IMC,
mesurer tour de taille5-Calculer le risque de MCV sur 10 ans
(Étape 5, outil n° 12a ou 12b)6-Vérifier résultats du bilan de base et
des examens complémentaires7-Débuter le traitement non pharma-
cologique : choisir habitude de vie* à
modifier avec le patient et établir stade
comportemental, (Étape 5, outil n° 28)
assurer soutien ou référer8-Noter au dossier les mesures prises
et les éléments de counselling et
d'enseignement9-Enseigner l'auto-mesure de la PA
au patient, remettre prescription
pour sphygmomanomètre et prévoir
rendez-vous infirmier pour vérifier
l'utilisation adéquate10-Donner documentation au patient :
carnet pour y inscrire ses valeurs de
PA, information sur HTA11-Fixer un rendez-vous de suivi
selon fréquence prévue au protocole12-Faire voir au médecin traitant
ou au médecin de garde suivant
le protocole

PA < 160/100 mm Hg

1-Choisir le type de mesures pour
poursuivre évaluation :1.1-en cabinet, fixer 4^e et 5^e visites1.2-MAPA si disponible : expliquer au
patient la façon de procéder et
fixer 4^e visite1.3-auto-mesure à domicile : remettre
prescription pour sphygmomanomètre
et enseignement par pharmacien ou
par infirmière (entente préalable
ou prévoir rendez-vous), remettre
carnet de note de mesures de PA,
fixer 4^e visite

2-Revoir habitudes de vie à changer*

3-Mesurer poids et taille, calculer IMC,
mesurer tour de taille4-Vérifier autres facteurs de risque à
surveiller** et si atteinte des organes
cibles***5-Calculer le risque MCV sur 10 ans
(Étape 5, outils n° 12a ou 12b)6-Noter au dossier les mesures prises
et les éléments de counselling et
d'enseignement7-Donner un rendez-vous de suivi selon
la fréquence prévue au protocole8-Faire voir au médecin traitant ou au
médecin de garde selon protocole

* Habitudes de vie : cessation tabagique, activité physique régulière, maintien d'un poids normal, consommation modérée d'alcool, saine alimentation (moins de lipides, plus de fibres, plus de fruits et légumes, moins de sel).

** Facteurs de risque : Homme > 55 ans, femme > 65 ans, tabagisme, obésité (IMC > 30 kg/m²), Ratio cholestérol total/C-HDL > 4 mmol/L ou C-LDL > 2 mmol/L si risque MCV élevé (> 20%) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL > 5,0 mmol/L ou C-LDL > 3,5 mmol/L si risque MCV modéré (> 10 à 19%) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL > 6 mmol/L ou C-LDL > 5 mmol/L si risque MCV faible (< 10%) selon échelle de Framingham, C-HDL < 1 mmol/L homme, < 1,3 mmol/L femme, antécédents familiaux d'angiopathie précoce (< 45 ans homme, < 55 ans femme), sédentarité, diabète.

*** Atteinte d'organes cibles : MC, HVG, Insuffisance cardiaque, ICT, AVC, maladie vasculaire périphérique, néphropathie, rétinopathie

A

OUTIL N° 6b

ALGORITHMES DES ACTIVITÉS À RÉALISER POUR
LE DIAGNOSTIC DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE - PECH, 2007

INFIRMIÈRE – 4^e ET 5^e VISITE

DIAGNOSTIC D'HTA

PAS $\geq$ 140 mm Hg
ET/OU
PAD $\geq$ 90 mm Hg

PA 130-139/85-89 mm Hg

1- Après consultation avec le médecin, informer le patient du diagnostic d'HTA et faire l'enseignement sur l'HTA

2- Établir valeurs de PA à atteindre après discussion avec le médecin

3- Déterminer si autres facteurs de risque** à surveiller et si atteinte organes cibles***

4- Mesurer poids et taille, calculer IMC, mesurer tour de taille (Étape 5, outil n° 11)

5- Calculer le risque de MCV sur 10 ans (Étape 5, outils n°s 12a ou 12b)

6- Vérifier résultats du bilan de base et des examens complémentaires

7- Débuter le traitement non pharmacologique : choisir habitude de vie* à changer, établir stade comportemental (Étape 5, outil n° 28), assurer le soutien ou référer

8- Noter au dossier les mesures prises et les éléments de counselling et d'enseignement

9- Enseigner l'automesure de la PA au patient, remettre prescription pour sphygmomanomètre et prévoir rendez-vous infirmier pour vérifier l'utilisation adéquate

10- Donner documentation au patient : carnet pour y inscrire ses valeurs de PA, information sur HTA

11- Fixer un rendez-vous de suivi selon fréquence prévue au protocole

12- Faire voir au médecin traitant ou au médecin de garde suivant protocole

• Poursuivre le suivi

• Rendez-vous annuel

ou

• Habitudes de vie*, établir stade comportemental (étape 5, outil n° 28), offrir soutien si changement désiré

* Habitudes de vie : cessation tabagique, activité physique régulière, maintien d'un poids normal, consommation modérée d'alcool, saine alimentation (moins de lipides, plus de fibres, plus de fruits et légumes, moins de sel).

** Facteurs de risque : Homme > 55 ans, femme > 65 ans, tabagisme, obésité ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$), Ratio cholestérol total/C-HDL $> 4 \text{ mmol/L}$ ou C-LDL $> 2 \text{ mmol/L}$ si risque MCV élevé ($> 20\%$) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL $> 5,0 \text{ mmol/L}$ ou C-LDL $> 3,5 \text{ mmol/L}$ si risque MCV modéré (> 10 à 19%) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL $> 6 \text{ mmol/L}$ ou C-LDL $> 5 \text{ mmol/L}$ si risque MCV faible ($< 10\%$) selon échelle de Framingham, C-HDL $< 1 \text{ mmol/L}$ homme, $< 1,3 \text{ mmol/L}$ femme, antécédents familiaux d'angiopathie précoce (< 45 ans homme, < 55 ans femme), sédentarité, diabète.

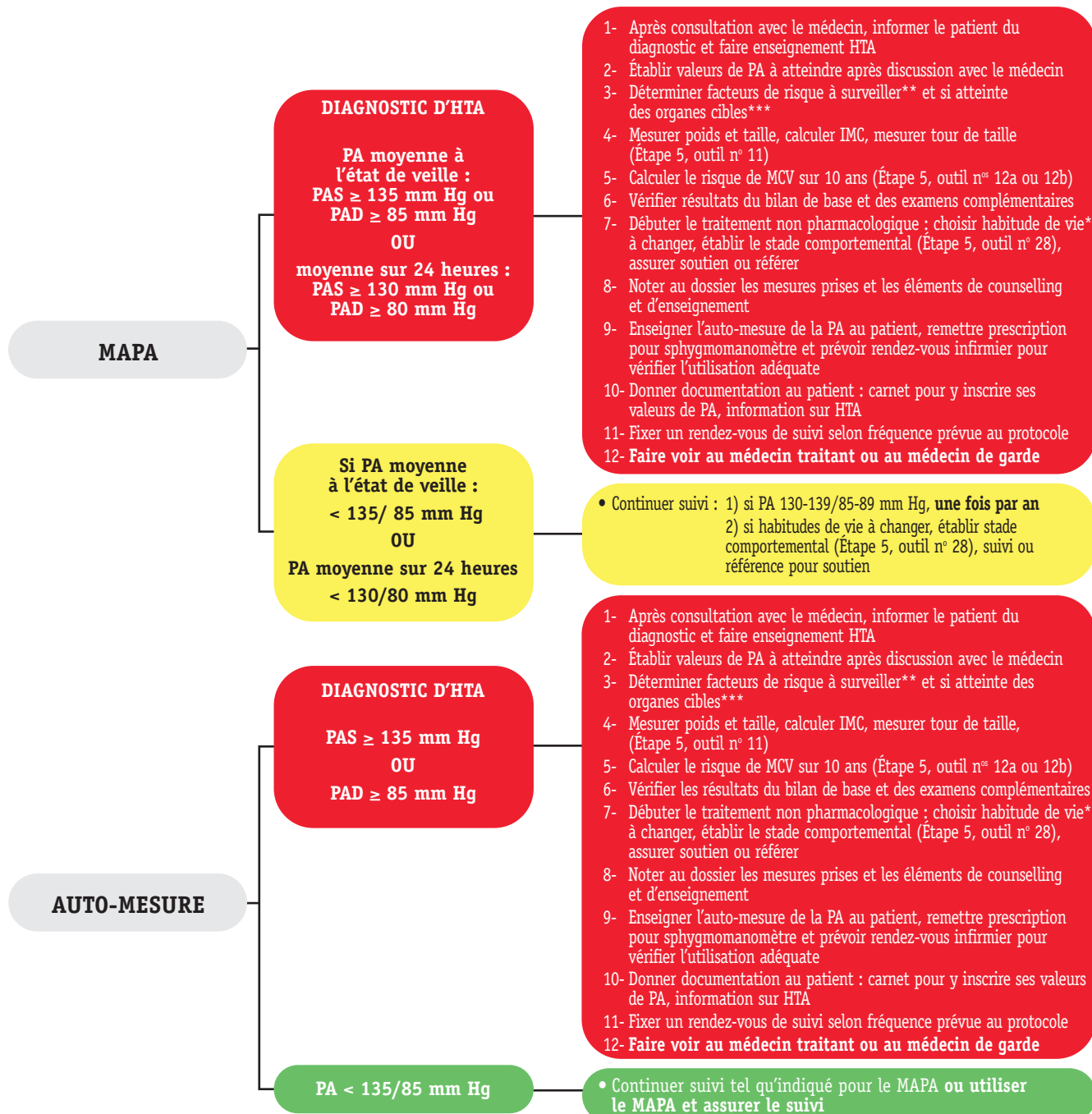
*** Atteinte d'organes cibles : MC, HVG, Insuffisance cardiaque, ICT, AVC, maladie vasculaire périphérique, néphropathie, rétinopathie

A

OUTIL N° 6c

ALGORITHMES DES ACTIVITÉS À RÉALISER POUR
LE DIAGNOSTIC DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE - PECH, 2007

INFIRMIÈRE – AUTRES TYPES DE MESURE



* Habitudes de vie : cessation tabagique, activité physique régulière, maintien d'un poids normal, consommation modérée d'alcool, saine alimentation (moins de lipides, plus de fibres, plus de fruits et légumes, moins de sel).

** Facteurs de risque : Homme > 55 ans, femme > 65 ans, tabagisme, obésité (IMC > 30 kg/m²), Ratio cholestérol total/C-HDL > 4 mmol/L ou C-LDL > 2 mmol/L si risque MCV élevé (> 20%) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL > 5,0 mmol/L ou C-LDL > 3,5 mmol/L si risque MCV modéré (> 10 à 19%) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL > 6 mmol/L ou C-LDL > 5 mmol/L si risque MCV faible (<10%) selon échelle de Framingham, C-HDL < 1 mmol/L homme, < 1,3 mmol/L femme, antécédents familiaux d'angiopathie précoce (<45 ans homme, < 55 ans femme), sédentarité, diabète.

*** Atteinte d'organes cibles : MC, HVG, Insuffisance cardiaque, ICT, AVC, maladie vasculaire périphérique, néphropathie, rétinopathie

A

OUTIL N° 6d

ALGORITHMES DES ACTIVITÉS À RÉALISER POUR
LE DIAGNOSTIC DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE - PECH, 2007

MÉDECIN – VISITES 1 À 5

1^{ÈRE} VISITEDIAGNOSTIC
D'HTA

PA 140-179/90-109 mm Hg

- Asymptomatique **sans atteinte** d'organes cibles : médecin ne revoit pas le patient, **rendez-vous infirmier** pour contrôle de PA au cours du même mois
- Voir notes infirmières sur : anamnèse et examen physique, habitudes de vie*, facteurs de risque**, atteinte d'organes cibles***
- Prescrire le bilan de base (si non fait par l'infirmière)
- Prescrire tests complémentaires, si pertinent
- Faire prendre un rendez-vous dans le même mois (selon rendez-vous infirmier et réception des résultats des examens)

PA $\geq 180/110$ mm Hg
OU
PA 140-179/90-109 mm Hg
avec atteinte d'organes cibles,
diabète ou néphropathie

- Confirmer le **diagnostic de HTA**
- Voir notes infirmières sur : anamnèse, examen physique, habitudes de vie*, facteurs de risque de MCV**, atteinte d'organes cibles***, calcul du risque de MCV (Étape 5, outils n° 12a ou 12b)
- Prescrire tests diagnostiques, bilan de base (si non fait par l'infirmière) et examens complémentaires le cas échéant
- Compléter feuille de suivi médical
- Faire prendre un rendez-vous dans le même mois (selon rendez-vous infirmier et réception des résultats des examens)

2^{ÈME} VISITEDIAGNOSTIC
D'HTA

PA 140-179/90-109 mm Hg
sans atteinte d'organes cibles,
sans diabète, sans néphropathie,
sans rétinopathie chronique

- Voir notes infirmières sur : anamnèse, examen physique, habitudes de vie*, facteurs de risque de MCV**, atteinte d'organes cibles***, calcul du risque de MCV (Étape 5, outils n° 12a ou 12b)
- Vérifier et interpréter les résultats du bilan de base (si non fait par l'infirmière) et des examens complémentaires et en informer le patient
- Renforcer message infirmier sur changements dans les habitudes de vie
- Compléter notes au dossier (sur feuille de suivi HTA ou feuille d'évolution)
- Fixer type de mesure de la PA et suivi 3^{ème} visite

PA $\geq 180/110$ mm Hg
OU
PA $\geq 140/90$ mm Hg
avec atteinte des organes
cibles ou diabète ou maladie
rénale chronique

- Confirmer **diagnostic de HTA**
- Établir valeurs cibles de PA à atteindre avec le patient
- Voir notes infirmières sur : anamnèse, examen physique, habitudes de vie*, facteurs de risque de MCV**, atteinte d'organes cibles***, calcul du risque de MCV (Étape 5, outils n° 12a ou 12b)
- Renforcer message infirmier sur l'importance du traitement non pharmacologique
- Prescrire le traitement pharmacologique, si nécessaire
- Fixer rendez-vous de suivi selon la valeur de PA et fréquence prévue au protocole

3^{ÈME} VISITEDIAGNOSTIC
D'HTA

PAS ≥ 160 mm Hg
ET/OU
PAD ≥ 100 mm Hg

- Confirmer le **diagnostic d'HTA**
- Établir valeurs de PA à atteindre avec le patient
- Voir notes infirmières sur : anamnèse, examen physique, habitudes de vie*, facteurs de risque de MCV**, atteinte d'organes cibles***, calcul du risque de MCV (Étape 5, outils n° 12a ou 12b)
- Renforcer message infirmier sur l'importance du traitement non pharmacologique
- Prescrire le traitement pharmacologique, si nécessaire
- Fixer rendez-vous de suivi selon la valeur de PA et fréquence prévue au protocole

4^{ÈME} ET 5^{ÈME}
VISITESDIAGNOSTIC
D'HTA

PAS ≥ 140 mm Hg
ET/OU
PAD ≥ 90 mm Hg

- Confirmer le **diagnostic d'HTA**
- Établir valeurs de PA à atteindre avec le patient
- Voir notes infirmières sur : anamnèse, examen physique, habitudes de vie*, facteurs de risque de MCV**, atteinte d'organes cibles***, calcul du risque de MCV (Étape 5, outils n° 12a ou 12b)
- Renforcer message infirmier sur l'importance du traitement non pharmacologique
- Prescrire le traitement pharmacologique, si nécessaire
- Fixer rendez-vous de suivi (selon la valeur de PA et fréquence prévue au protocole)

* Habitudes de vie : cessation tabagique, activité physique régulière, maintien d'un poids normal, consommation modérée d'alcool, saine alimentation (moins de lipides, plus de fibres, plus de fruits et légumes, moins de sel).

** Facteurs de risque : Homme > 55 ans, femme > 65 ans, tabagisme, obésité (IMC > 30 kg/m²), Ratio cholestérol total/C-HDL > 4 mmol/L ou C-LDL > 2 mmol/L si risque MCV élevé (> 20%) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL > 5,0 mmol/L ou C-LDL > 3,5 mmol/L si risque MCV modéré (> 10 à 19%) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL > 6 mmol/L ou C-LDL > 5 mmol/L si risque MCV faible (<10%) selon échelle de Framingham, C-HDL < 1 mmol/L homme, < 1,3 mmol/L femme, antécédents familiaux d'angiopathie précoce (<45 ans homme, < 55 ans femme), sédentarité, diabète.

*** Atteinte d'organes cibles : MC, HVG, Insuffisance cardiaque, ICT, AVC, maladie vasculaire périphérique, néphropathie, rétinopathie

ÉTAPE 5

BIEN S'OUTILLER POUR BIEN TRAVAILLER

BIEN S'OUTILLER POUR BIEN TRAVAILLER

L'organisation du bureau doit faciliter la mise en œuvre de chacune des actions prévues au protocole. Les outils proposés visent à soutenir ces actions.

À cette étape, il convient de :

- recenser tous les outils relatifs à l'hypertension artérielle dont dispose la clinique (habitudes de vie, HTA, maladies cardiovasculaires)
- choisir les outils à conserver et ceux à se procurer (feuilles de suivi, protocole, système de rappel, dépliants d'information aux patients, etc.);

- préciser l'utilisation, la distribution et l'emplacement des outils (bureau des médecins, bureau des infirmières, salle d'attente, pharmacie le cas échéant)

- prévoir un mode d'approvisionnement (commandes).

Certains des outils proposés à cette étape peuvent être obtenus auprès de la direction de santé publique de sa région ou de différentes organisations reconnues.

OUTILS POUR LES CLINICIENS

Outil n° 7.	Feuille de suivi HTA pour l'infirmière
Outil n° 8.	Feuille de suivi HTA pour le médecin
Outil n° 9.	Enseignement sur l'HTA « Questions et réponses. Mon guide pour maîtriser l'hypertension artérielle »
Outil n° 10.	Algorithme pour le diagnostic de l'HTA
Outil n° 11.	Grille de calcul de l'IMC et du tour de taille
Outil n° 12a.	Évaluation du risque coronarien : Grille de Framingham
Outil n° 12b.	Évaluation du risque coronarien : SCORE
Outil n° 13.	Méthode standardisée de mesure de la pression artérielle - PECH 2006
Outil n° 14.	Principales sources d'erreur associées à la mesure de la PA
Outil n° 15.	Sphygmomanomètres : positionnement des appareils muraux, calibrage et remplacement des appareils au mercure
Outil n° 16.	Conseils sur l'achat et l'utilisation d'un sphygmomanomètre à domicile pour automesure
Outil n° 17.	Registre des prêts
Outil n° 18.	Modèle d'ordonnance collective pour l'investigation de base de l'HTA
Outil n° 19.	Prescription de l'activité physique
Outil n° 20.	Feuille de référence au centre d'abandon du tabagisme
Outil n° 21.	Sites Internet pour les cliniciens

OUTILS POUR LES PATIENTS

Outil n° 22.	Brochure Acti-Menu « Pour contrôler sa TA »
Outil n° 23.	Brochure Acti-Menu « Mangez-vous santé ? »
Outil n° 24.	Brochure Acti-Menu « Avez-vous bougé aujourd'hui ? »
Outil n° 25.	Brochure Acti-Menu « Votre poids pèse-t-il sur votre santé ? »
Outil n° 26.	Brochure Acti-Menu « Êtes-vous stressé ? »
Outil n° 27.	Brochure Acti-Menu « Avez-vous bon cœur ? »
Outil n° 28.	Évaluation du stade comportemental pour le patient
Outil n° 29.	Régime DASH
Outil n° 30.	Carnet pour inscrire la PA
Outil n° 31.	Effets des modifications des habitudes de vie sur la PA
Outil n° 32.	Conseils sur l'achat et l'utilisation d'un sphygmomanomètre à domicile pour automesure
Outil n° 33.	Sites Internet pour les patients

QUI FAIT QUOI ?

- GMF ou autre milieu clinique : choisit les outils à conserver et ceux à se procurer.
- DSP en collaboration avec le CSSS : rend disponible des outils et peut valider le contenu des outils.

OUTILS POUR LES CLINICIENS

A

OUTIL N° 7 FEUILLE DE SUIVI HTA POUR L'INFIRMIÈRE

Nom : _____
 No. Dossier : _____
 D.D.N. : _____ Âge : _____
 Sexe : _____



Antécédent familial de MCV précoce :
 < 55 ans ♂ < 65 ans ♀

Antécédents médicaux :

☐ Infarctus du myocarde ☐ Maladie ischémique du cœur ☐ Diabète ☐ Allergie _____
☐ Maladie artérielle périphérique ☐ Hypertension artérielle ☐ Dyslipidémie
☐ Fibrillation auriculaire ☐ Maladie vasculaire cérébrale ☐ Autres : _____

Résultat du risque MCV selon grille Framingham ou autre outil: _____

Médication autre que HTA : _____

Observance de la médication : _____

Facteurs de risque et valeurs normales	Statut initial Date de consultation	Objectifs de l'usager	Suivi			
			Date de consultation	Date de consultation	Date de consultation	Date de consultation
Tension artérielle • < 140/90 mmHg chez les adultes • < 130/80 mmHg chez les diabétiques	Br.D _____ / _____ mmHg Br.G _____ / _____ mmHg P - M - L - XL _____ / mte		Br.Droit ou gauche _____ mmHg Br.G _____ / _____ mmHg P - M - L - XL _____ / mte	Br.D _____ / _____ mmHg Br.G _____ / _____ mmHg P - M - L - XL _____ / mte	Br.D _____ / _____ mmHg Br.G _____ / _____ mmHg P - M - L - XL _____ / mte	Br.D _____ / _____ mmHg Br.G _____ / _____ mmHg P - M - L - XL _____ / mte
Grandeur du brassard • Fréquence cardiaque						
Obésité Poids : _____ kg Taille : _____ cm IMC = 18,5 - 24,9 Kg/m ² (18-65 ans) Tour de taille : ♂ < 102 cm ♀ < 88 cm		Poids santé ou baisse de 5 à 10%				
Alimentation • Sel à la table O/N • Aliments conserve / sachet _____ / sem. • Céréales à grains entiers O/N • Fruits, légumes _____ / jr. • Charcuterie / saucisse _____ / ju. • Viande rouge _____ / jr. • Lait, yogourt _____ / jr. • Fromages rég. _____ / sem.						
Activité physique • activité physique modérée pendant 30 minutes cumulées/jour • 5 - 7 fois / semaine	Durée : _____ mtes Fréquence : _____ x sem.		Durée : _____ mtes Fréquence : _____ x sem.	Durée : _____ mtes Fréquence : _____ x sem.	Durée : _____ mtes Fréquence : _____ x sem.	Durée : _____ mtes Fréquence : _____ x sem.
Tabagisme • cessation complète • non exposition à la fumée secondaire	☐ Fumeur _____ cig./jour ☐ ex fumeur ☐ Non fumeur ☐ oui ☐ non		☐ Fumeur _____ cig./jour ☐ ex fumeur ☐ Non fumeur ☐ oui ☐ non	☐ Fumeur _____ cig./jour ☐ ex fumeur ☐ Non fumeur ☐ oui ☐ non	☐ Fumeur _____ cig./jour ☐ ex fumeur ☐ Non fumeur ☐ oui ☐ non	☐ Fumeur _____ cig./jour ☐ ex fumeur ☐ Non fumeur ☐ oui ☐ non
Alcool • 0 à 2 consommations / jour • ♂ < 14 consommations / sem. • ♀ < 9 consommations / sem. consommations = 12 onc. de bière ou 5 onc. de vin ou 1.5 onc. de spiritueux	Consom. / semaine • Bière : _____ • Vin : _____ • Spiritueux : _____		Consom. / semaine • Bière : _____ • Vin : _____ • Spiritueux : _____	Consom. / semaine • Bière : _____ • Vin : _____ • Spiritueux : _____	Consom. / semaine • Bière : _____ • Vin : _____ • Spiritueux : _____	Consom. / semaine • Bière : _____ • Vin : _____ • Spiritueux : _____
Facteurs psychosociaux • gestion du stress • relaxation / sommeil • réseau de soutien	Hrs de sommeil / jour Technique de relaxation ou autres : _____		Hrs de sommeil / jour Technique de relaxation ou autres : _____	Hrs de sommeil / jour Technique de relaxation ou autres : _____	Hrs de sommeil / jour Technique de relaxation ou autres : _____	Hrs de sommeil / jour Technique de relaxation ou autres : _____
Matériel éducatif : dépliants	☐ Oui ☐ Non Lesquels : _____		☐ Oui ☐ Non Lesquels : _____	☐ Oui ☐ Non Lesquels : _____	☐ Oui ☐ Non Lesquels : _____	☐ Oui ☐ Non Lesquels : _____
Références aux organismes communautaires	☐ Oui ☐ Non Non : _____		☐ Oui ☐ Non Non : _____	☐ Oui ☐ Non Non : _____	☐ Oui ☐ Non Non : _____	☐ Oui ☐ Non Non : _____

Signature : _____

Signature : _____

Signature : _____

Signature : _____

Signature : _____

A

OUTIL N° 8

FEUILLE DE SUIVI HTA POUR LE MÉDECIN

Nom :						
Informations	consultation	consultation	consultation	consultation	consultation	consultation
Symptômes						
Signes						
Laboratoire						
FSC						
Glycémie						
Analyse d'urine						
Urée						
Créatinine						
ECG						
Imagerie						
Médicaments actuels HTA						
Observance						
Références médicales						
Recommandations						

Signature :

Signature :

Signature :

Signature :

Signature :

Signature :

OUTIL N° 9

**ENSEIGNEMENT SUR L'HTA : QUESTIONS ET RÉPONSES
MON GUIDE POUR MAÎTRISER L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE**

Questions et réponses

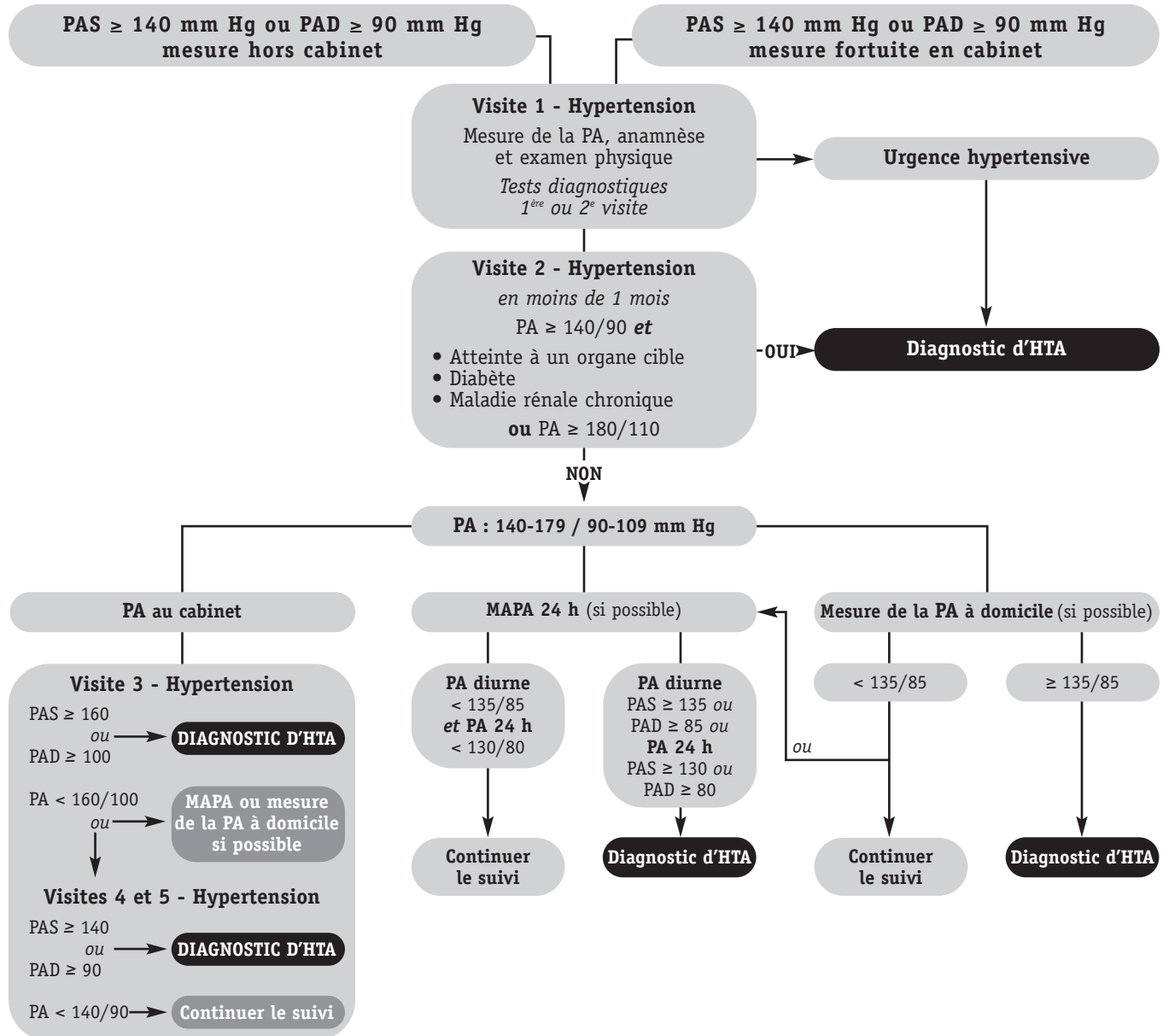
mon guide
pour maîtriser
l'hypertension
artérielle



Société québécoise d'hypertension artérielle



OUTIL N° 10 ALGORITHME POUR LE DIAGNOSTIC DE L'HTA



Si la PA se situe dans la plage normale élevée, 130-139/85-89 mm Hg, il est recommandé d'effectuer un suivi annuel

Source : Recommandations PECH 2007

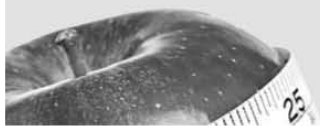
OUTIL N° 11 GRILLE DE CALCUL DE L'IMC ET DU TOUR DE TAILLE

Le tour de taille : une mesure qui a du poids !

Depuis des années, l'indice de masse corporelle (IMC), calculé à partir de la grandeur et du poids, est l'indicateur le plus utilisé pour déterminer si le poids d'une personne représente un risque pour sa santé. Par contre, cette mesure ne permet pas de savoir si le surplus de poids se situe au niveau de l'abdomen (forme de pomme) ou plutôt autour des hanches, des cuisses et des fesses (forme de poire). Lorsque la graisse s'emmagasine au niveau du ventre et de la taille, elle libère certaines substances qui, à long terme, augmentent les risques d'être atteint de diabète et de MCV. C'est pourquoi la mesure du **tour de taille est un autre précieux indicateur**. Et c'est si simple !

Reproduit et adapté avec permission : Programme santé ACTI-MENU, Institut de cardiologie de Montréal. Je prends le virage santé! Encart du Défi Santé 5/30 pour l'AFEAS, Montréal, 2007, p.2.

Si votre tour de taille est trop élevé, viser une **réduction progressive de 5 % à 10 %** de celui-ci est un objectif raisonnable et associé à de nombreux bienfaits pour la santé. Par exemple, pour une personne ayant un tour de taille de 110 cm (43 po), cela équivaut à perdre environ de 6 cm (2 po) à 11 cm (4 po).



Où vous situez-vous ?

	Mesure du tour de taille	Risque de MCV
Tour de taille normal	Inférieure à 94 cm ou 37 po (hommes) Inférieure à 80 cm ou 32 po (femmes)*	Moindre
Embonpoint abdominal	Entre 94 et 102 cm ou 37 et 40 po (hommes) Entre 80 et 88 cm ou 32 et 35 po (femmes)*	Accru
Obésité abdominale	Supérieure ou égale à 102 cm ou 40 po (hommes) Supérieure ou égale à 88 cm ou 35 po (femmes)*	Élevé

Table de poids

- Repérez votre taille (en centimètres ou en pieds-pouces) dans la colonne bleue.
- Sur la même ligne, repérez votre zone de poids actuel (en kilos ou en livres)

Cette table de poids, basée sur l'IMC, s'adresse aux hommes et aux femmes adultes de 20 à 65 ans. Ne pas l'utiliser pour les enfants, les adolescents et les femmes enceintes. Si vous êtes fortement musclé ou si vous avez plus de 65 ans, votre poids peut dépasser légèrement la zone de poids normal sans nécessairement augmenter votre risque.

Reproduit avec permission : Programme santé ACTI-MENU, Institut de cardiologie de Montréal. Avez-vous bon cœur? Montréal, 2007, p.11.

TAILLE		POIDS							
		ZONE 1 Poids insuffisant IMC* : moins de 18,5		ZONE 2 Poids normal IMC* : de 18,5 à 24		ZONE 3 Excès de poids IMC* : de 25 à 29		ZONE 4 Obésité IMC* : 30 et plus	
cm	(pi. po.)	moins de						plus de	
		kg	(lb)	kg	(lb)	kg	(lb)	kg	(lb)
145	4'9"	39	86	39-53	86-117	53-63	117-139	63	139
148	4'10"	41	89	41-55	89-121	55-66	121-146	66	146
150	4'11"	42	92	42-56	92-123	56-68	123-150	68	150
152	5'0"	43	94	43-58	94-128	58-69	128-152	69	152
155	5'1"	44	98	44-60	98-132	60-72	132-159	72	159
158	5'2"	46	102	46-62	102-137	62-75	137-165	75	165
160	5'3"	47	104	47-64	104-141	64-77	141-170	77	170
162	5'4"	49	107	49-66	107-146	66-79	146-174	79	174
165	5'5"	50	111	50-68	111-150	68-82	150-181	82	181
168	5'6"	52	115	52-71	115-156	71-85	156-187	85	187
170	5'7"	53	118	53-72	118-159	72-87	159-192	87	192
172	5'8"	55	120	55-74	120-163	74-89	163-196	89	196
175	5'9"	57	125	57-77	125-170	77-92	170-203	92	203
177	5'10"	58	128	58-78	128-172	78-94	172-207	94	207
180	5'11"	60	132	60-81	132-179	81-97	179-214	97	214
183	6'0"	62	136	62-84	136-185	84-100	185-221	100	221
185	6'1"	63	139	63-86	139-190	86-103	190-227	103	227
188	6'2"	65	144	65-88	144-194	88-106	194-234	106	234
190	6'3"	67	147	67-90	147-198	90-108	198-238	108	238
193	6'4"	69	152	69-93	152-205	93-112	205-247	112	247

* IMC = indice de masse corporelle (kg/m²).

OUTIL N° 12a ÉVALUATION DU RISQUE CORONARIEN : GRILLE DE FRAMINGHAM

Modèles d'estimation du risque de coronaropathie après 10 ans, chez un patient ne souffrant pas de diabète et ne présentant pas de signes cliniques manifestes de maladie cardiovasculaire, à l'aide des données issues de l'étude Framingham Heart*

Hommes						Femmes					
Facteur de risque		Points pour évaluer le risque				Facteur de risque		Points pour évaluer le risque			
Groupe d'âge						Groupe d'âge					
20-34 ans		-9				20-34 ans		-7			
25-39 ans		-4				25-39 ans		-3			
40-44 ans		0				40-44 ans		0			
45-49 ans		3				45-49 ans		3			
50-54 ans		6				50-54 ans		6			
55-59 ans		8				55-59 ans		8			
60-64 ans		10				60-64 ans		10			
65-69 ans		11				65-69 ans		12			
70-74 ans		12				70-74 ans		14			
75-79 ans		13				75-79 ans		16			
Taux de cholestérol total (mmol/L)						Taux de cholestérol total (mmol/L)					
Groupe d'âge (ans)						Groupe d'âge (ans)					
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79		20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
< 4,14	0	0	0	0	0	< 4,14	0	0	0	0	0
4,15-5,19	4	3	2	1	0	4,15-5,19	4	3	2	1	1
5,20-6,19	7	5	3	1	0	5,20-6,19	8	6	4	2	1
6,20-7,20	9	6	4	2	1	6,20-7,20	11	8	5	3	2
≥7,21	11	8	5	3	1	≥7,21	13	10	7	4	2
Fumeur						Fumeuse					
Non		0	0	0	0	0	Non		0	0	0
Oui		8	5	3	1	1	Oui		9	7	4
Taux de cholestérol HDL (mmol/L)						Taux de cholestérol HDL (mmol/L)					
≥1,55		-1				≥1,55		-1			
1,30-1,54		0				1,30-1,54		0			
1,04-1,29		1				1,04-1,29		1			
< 1,04		2				< 1,04		2			
Pression systolique (mm Hg)						Pression systolique (mm Hg)					
		Non traitée		Traitée				Non traitée		Traitée	
< 120		0		0		< 120		0		0	
120-129		0		1		120-129		1		3	
130-139		1		2		130-139		2		4	
140-159		1		2		140-159		3		5	
≥160		2		3		≥160		4		6	
Total des points		Risque après 10 ans (%)				Total des points		Risque après 10 ans (%)			
< 0		< 1				< 9		< 1			
0-4		1				9-12		1			
5-6		2				13-14		2			
7		3				15		3			
8		4				16		4			
9		5				17		5			
10		6				18		6			
11		8				19		8			
12		10				20		11			
13		12				21		14			
14		16				22		17			
15		20				23		22			
16		25				24		27			
≥17		≥30				≥25		≥30			
				Risque après 10 ans : _____%						Risque après 10 ans : _____%	

Recommendations for the management of dyslipidemia and the prevention of cardiovascular disease: summary of the 2003 update" — Tiré du JAMC 28-Oct-03; 169(9), Page(s) 921-924 avec la permission de l'éditeur. © 2003 AMC

OUTIL N° 12b ÉVALUATION DU RISQUE CORONARIEN : SCORE**SCORE Canada****Évaluer le risque CV global**

L'évaluation du risque global de décès dans les 10 ans par maladie vasculaire coronarienne et cérébrovasculaire est indiquée en prévention primaire

pour toutes les personnes, surtout pour la majorité des personnes

- de 40 à 60 ans apparemment en bonne santé
- ayant un ou plusieurs facteurs de risque CV leur donnant un indice de risque élevé de 5% ou plus
- à risque élevé, de mourir de maladie CV dans les 10 prochaines années, selon à l'âge actuel ou extrapolé à l'âge de 60 ans

Cette évaluation n'est cependant pas nécessaire quand le risque est déjà connu comme haut ou très haut:

- Maladie cardiovasculaire déjà connue
- Niveau très élevé d'un facteur de risque (Cholestérol total ≥ 8 mmol/L, LDL ≥ 6 mmol/L, TA $\geq 180/110$)
- Diabète avec atteinte d'organe cible

Comment se servir du tableau SCORE

1. Choisir la case correspondant aux facteurs suivants :

- Genre
- Âge (utiliser la section de 60 ans si la personne a moins de 40 ans)
- Tabagisme
- Pression artérielle systolique
- Rapport Cholestérol total / Cholestérol HDL

2. Ceci vous donnera un estimé du risque mortel par maladie CV

Élevé	≥ 5 %
Moyen	2 à 4 %
Bas	≤ 1 %

3. Le risque global de décès par maladie CV peut être plus élevé que ce qu'indique le tableau si:

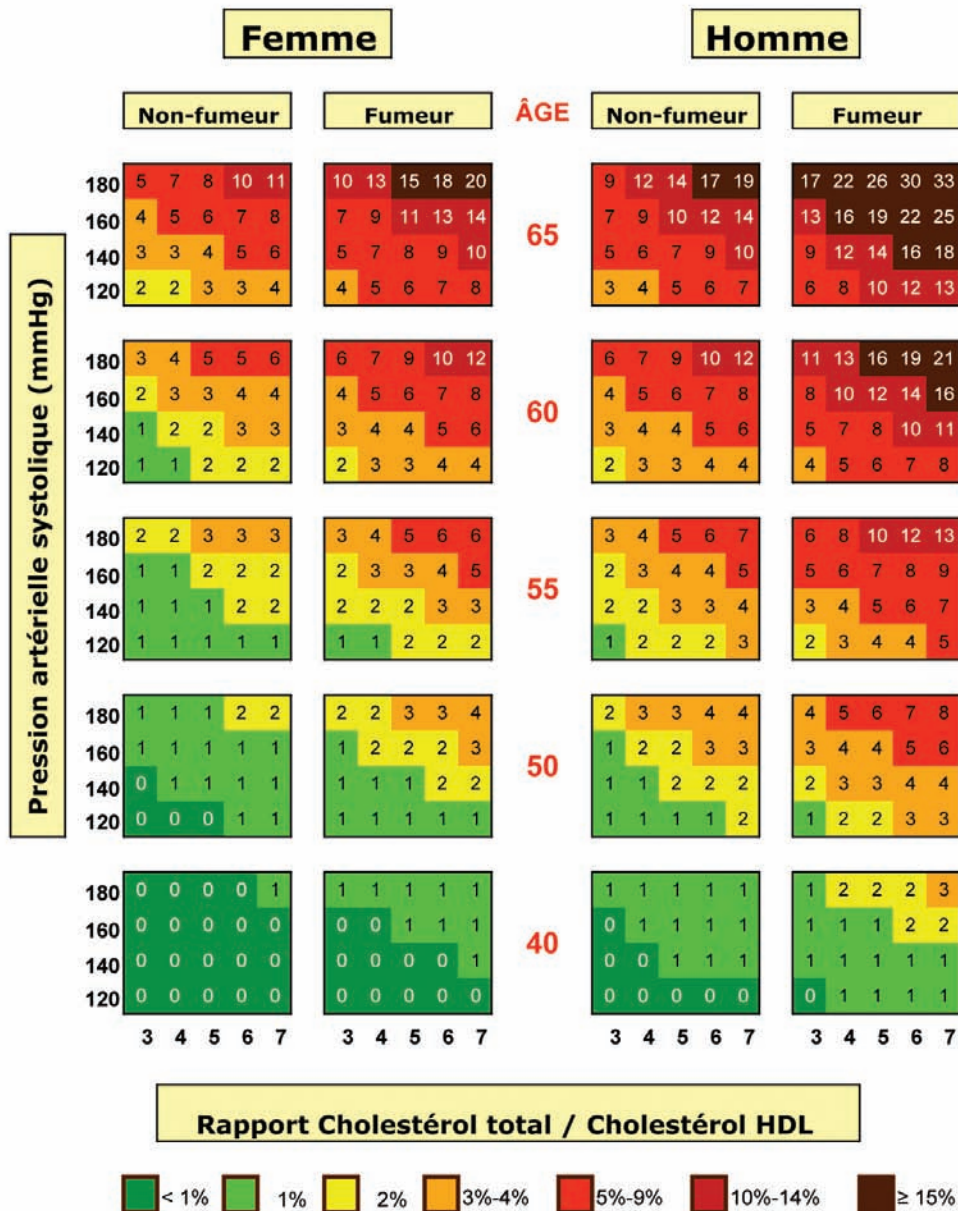
- La personne approche de la catégorie d'âge suivante
- L'athérosclérose pré-clinique est démontrée (tomodensitométrie, ultrasonographie,)
- Histoire familiale chargée en maladie CV à un jeune âge
- Obésité
- IMC ≥ 30 kg/m²,
- Tour de taille ≥ 102 cm (homme) et ≥ 88 cm (femme)
- Sédentarité
- Diabète: multiplier le risque par 2.9 pour un homme et par 5.4 pour une femme
- Taux élevé de triglycérides
- Taux élevé de protéine C-Réactive, fibrinogène, homocystéine ou apolipoprotéine B ou Lp(a)

N.B. Le tableau SCORE doit être utilisé en aide et non à la place du jugement clinique

SCORE Canada par René Gagnon M.D. et Guy Tremblay M.D., Jan. 2007

SCORE Canada

Risque à 10 ans de maladie cardiovasculaire mortelle



Adapté avec permission de R.M. Conroy et al. Eur. Heart J. (2003) 24, 987-1003
Tableau ajusté pour la population canadienne en 2002

OUTIL N° 13

MÉTHODE STANDARDISÉE DE MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE PECH-2006

Appareil de mesure de la PA calibré	- 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	- Le patient doit être au repos, assis confortablement avec le dos appuyé durant 5 minutes. Le bras devrait être dénué et supporté de manière à ce que la fosse antécubitale soit au niveau du cœur parce qu'une position plus basse du bras donnera des mesures faussement plus élevées de pression artérielle systolique et diastolique. - Le patient devrait rester silencieux et ses jambes ne devraient pas être croisées. - La pression artérielle devrait aussi être mesurée 2 minutes après la prise de la position debout (le bras étant soutenu) et être suivie lorsque le patient rapporte des symptômes suggestifs d'hypotension orthostatique. - La mesure de pression artérielle en position couchée peut être utile dans l'évaluation des patients âgés ou diabétiques.
Choix et positionnement du brassard	- Choisir un brassard muni d'une vessie gonflable dont la largeur convient à la circonférence du bras du patient. Pour les mesures prises par auscultation, la largeur du brassard doit atteindre environ 40% de la circonférence du bras et sa longueur de 80% à 100% de la circonférence du bras. Lorsqu'on utilise un sphygmomanomètre automatique, 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 la vessie gonflable soit centrée sur l'artère brachiale.
Méthode auscultatoire	- 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 et se servir de ce bras par la suite pour la prise de pression et son interprétation. On devrait prendre trois mesures au même bras, écarter la première mesure et faire la moyenne des deux dernières. - 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 douce et soutenue. - Ouvrir la valve de façon à dégonfler la vessie gonflable du brassard à raison 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 à 2 mm Hg près. - Noter le niveau systolique (la première apparition d'un bruit de pulsation/ phase I Korotkoff) et le niveau diastolique (le point auquel le son disparaît/ phase V Korotkoff). 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 peuvent être requises pour estimer la pression systolique et diastolique moyenne. 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 les lectures.
Lectures de la PA	- 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 un biais en n'arrondissant pas la lecture vers le haut ou vers le bas. - Inscrire le rythme cardiaque. À chaque visite, au moins deux lectures devraient être prises au même bras avec le patient dans la même position, à une minute d'intervalle, et la moyenne inscrite.
Utilisation des lectures	- 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 est utilisée pour évaluer l'hypotension orthostatique laquelle, si présente, peut modifier le traitement.

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 des instruments automatiques.

OUTIL N° 14

PRINCIPALES SOURCES D'ERREUR ASSOCIÉES À LA MESURE DE LA PA

Sources d'erreur	Effets en mm Hg	
	PAS	PAD
Vient de fumer	+6	+5
Vient de boire un café	+11	+5
Vessie distendue (envie d'uriner)	+15	+10
Mesure prise en parlant	+7	+8
Brassard trop petit	-8 à +10	-2 à +8
Brassard posé sur les vêtements	+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 0, 5 ou 10	-10	-10

Source : REEVES, 1995.

OUTIL N° 15

SPHYGMOMANOMÈTRES : POSITIONNEMENT DES APPAREILS MURAUX, CALIBRAGE ET REMPLACEMENT DES APPAREILS AU MERCURE

POSITIONNEMENT DES APPAREILS MURAUX

N.B. La mesure de la PA lorsque le patient est assis sur la table d'examen est une **pratique à modifier**.

INFLUENCE DE LA POSITION DU PATIENT SUR LES RÉSULTATS DE LA MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE^{1,2}

Position du patient	PAS mm Hg	PAD mm Hg
bras non supporté	+ 1 à + 7	+ 5 à + 11
dos non supporté	+ 6 à + 10	-
pieds non appuyés au sol	valeur augmentée	valeur augmentée

1. Reeves RA. Does this patient have hypertension ? How to measure blood pressure. JAMA 1995; 273 :1211-1218.

2. Perloff D, Grim C, Flack J, et al. Human blood pressure determination by sphygmomanometry. Circulation 1993; 88:2460-2470.

RECOMMANDATIONS DU PECH

Selon PECH, le patient doit :

- être assis (ailleurs que sur la table d'examen)
- le dos appuyé
- le bras supporté au niveau du cœur
- les pieds touchant le sol

CALIBRAGE - VÉRIFICATION

RECOMMANDATION DU PECH

Fréquence de calibration : Tous les appareils de mesure de PA doivent être soumis à une calibration au moins 1 fois par année. Cependant, les appareils anéroïdes seront plus fiables s'ils sont calibrés aux 6 mois.

Vérification

Les sphygmomanomètres à petits cadrans doivent être vérifiés :

- L'aiguille doit revenir à la position 0 (centre du petit rectangle à la base du cadran) lorsque la valve est en position ouverte et qu'il n'y a plus de pression dans le brassard. Le rectangle représente la marge d'erreur acceptable du manomètre.
- La valve en position fermée, pressuriser le brassard à 200 mm Hg et observer le maintien de la pression pendant quelques secondes. Une baisse indique une fuite d'air dans le ballon, la valve ou le tube. Ces pièces peuvent être remplacées.
- Ouvrir légèrement la valve comme lors de la mesure de la pression artérielle et observer que l'aiguille redescend librement sans soubresaut jusqu'à la position 0. Si ce test échoue, il faut remplacer le manomètre (cadran).

REEMPLACEMENT DES APPAREILS AU MERCURE

RECOMMANDATION DU PECH

L'exposition toxique au mercure (évaporation) et le risque de déversement accidentel dans l'environnement amènent la nécessité de procéder au remplacement des appareils au mercure en clinique par d'autres appareils.

OUTIL N° 16

CONSEILS SUR L'ACHAT ET L'UTILISATION D'UN SPHYGMOMANOMÈTRE À DOMICILE POUR AUTOMESURE

Pourquoi mesurer soi-même sa pression artérielle?

Dans certaines circonstances, on préfère vérifier soi-même sa pression artérielle sur une base régulière. 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 ;
- votre professionnel de la santé vous conseille de procéder ainsi.

Il existe principalement deux types d'appareils de mesure pour usage personnel :

1. Appareil anéroïde
2. Appareil automatique (électronique)

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

De nos jours, on retrouve sur le marché plusieurs types d'appareils de mesure de la pression artérielle pour usage personnel. Chacun a ses avantages et ses inconvénients. Les enfants et les adultes ayant des bras plus petits ou plus gros que la moyenne auront peut-être besoin de brassards spéciaux adaptés à leur taille. On peut se les procurer dans certaines pharmacies ou chez les distributeurs d'équipements médicaux.

- 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.
- Choisissez un appareil qui a été testé et qui répond aux critères de validation d'une des associations suivantes : l'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*) ou la Société européenne de l'hypertension artérielle (*European Society of Hypertension-ESH*).

Appareils oscillométriques recommandés par la Société québécoise d'hypertension artérielle

FABRICANT	MODÈLE SANS MÉMOIRE	MODÈLE AVEC MÉMOIRE
A&D ^{MD} ou LifeSource ^{MD}	767, 779	767PLUS, 774, 787
Omron ^{MD}		HEM-705, HEM-711, HEM-741
Microlife ^{MD}	BP 3BTO-A	

- Lisez attentivement le guide d'emploi.
- 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.
- 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 anormalement hauts ou bas.
- Souvenez-vous que vos vérifications personnelles ne doivent pas remplacer une évaluation régulière de votre PA faite par votre médecin ou un autre professionnel de la santé.

MESURE DE LA PA

Afin d'obtenir une mesure fiable, vous devriez, avant de mesurer votre pression artérielle :

- éviter de manger, de fumer, de boire du café, de pratiquer un exercice physique, et ce au moins 30 minutes avant ;
- vider votre vessie ;
- vous asseoir tranquillement pendant au moins cinq minutes avant de commencer.

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.

Source : Fondation des maladies du cœur, Modes de vie sains, www.fmcoeur.ca

A

OUTIL N° 17 **REGISTRE DES PRÊTS**[illegible]

A

OUTIL N° 18

MODÈLE D'ORDONNANCE COLLECTIVE POUR L'INVESTIGATION DE BASE DE L'HTA

BUT : demander ou compléter l'investigation de base (analyses de laboratoire et ECG) dans le cadre du dépistage de l'HTA comme indiqué au protocole de soins sur l'HTA.

PROFESSIONNELS CONCERNÉS : les infirmières de la clinique _____
ayant reçu la formation sur l'HTA (inscrire les noms)

CLIENTÈLE CIBLÉE : la clientèle adulte qui, lors d'une visite, se présente avec :

- La PA $\geq$ 140-179/90-109 mm Hg, asymptomatique **avec** facteurs de risque de MCV
- La PA $\geq$ 140-179/90-109 mm Hg, **avec** atteinte d'organes cibles (rétinopathie, néphropathie, MCV, AVC, ICT, démence cérébrovasculaire)
- La PA $\geq$ 180/100 mm Hg, **avec ou sans** symptômes (le patient est ensuite référé au médecin)
- Etc. (suivant protocole)

EXAMENS INCLUS DANS LE BILAN DE BASE :

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

*N.B. L'échographie cardiaque n'est pas recommandée systématiquement.
La FSC n'est plus recommandée en 2007.*

En présence de diabète

- Dosage de l'albumine excrétée dans l'urine (microalbuminurie)

CETTE ORDONNANCE EST ADOPTÉE PAR LES MÉDECINS DE LA CLINIQUE

NOMS DES MÉDECINS	N° DE PERMIS	SIGNATURE

COORDONNÉES DE LA CLINIQUE

Nom _____

Adresse _____

Téléphone _____

DATE DE LA SIGNATURE : _____

RÉVISION PRÉVUE LE : _____

OUTIL N° 19

PRESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Votre ordonnance « vert » l'action

Suivez votre ordonnance « vert » l'action et faites d'une pierre deux coups – faites de l'activité physique au grand air et contribuez à un environnement plus sain.

Nom: _____ Date: _____



Prenez la résolution d'améliorer votre santé en effectuant les activités suivantes durant au moins _____ minutes _____ fois par semaine.

- | | |
|--|--|
| ☐ Laisser la voiture à la maison et marcher pour se rendre au travail ou à l'école | ☐ Faire vos emplettes à pied ou à vélo |
| ☐ Aller au travail ou à l'école à vélo | ☐ Tondre la pelouse (avec une tondeuse manuelle) |
| ☐ Faire du patin à roues alignées | ☐ Planter un arbre |
| ☐ Faire du patin | ☐ Faire une randonnée pédestre |
| ☐ Jardiner (avec des produits biologiques) | ☐ Faire du canot |
| ☐ S'amuser au grand air | ☐ Faire de la raquette |
| ☐ Aider à nettoyer un parc ou la cour d'école de votre voisinage | ☐ Faire du ski de fond |
| | ☐ Emprunter les escaliers |
| | ☐ Autres _____ |

Signé par: _____

*Commencer doucement est sans danger pour la plupart des gens. Vous hésitez?
Consultez un professionnel de la santé.*

Voir au verso les suggestions pour devenir actifs



The College of
Family Physicians
of Canada

Le Collège des
médecins de famille
du Canada

Vert l'action
www.goforgreen.ca



Health
Canada

Santé
Canada

Adopter un mode de vie actif sans quitter son quartier

Vous pouvez faire de l'activité physique partout et en tout temps! Explorez le voisinage. Choisissez des endroits où vous vous sentez à l'aise pour faire de l'activité physique et réservez du temps dans votre horaire quotidien ou hebdomadaire.

Aménagements communautaires

- ☐ Arénas _____
- ☐ Sentiers/pistes cyclables _____
- ☐ Terrains de tennis et autres _____
- ☐ Piscines _____
- ☐ Parcs de loisirs _____
- ☐ Gymnases _____
- ☐ Patinoires _____

Programmes

- ☐ École _____
- ☐ Travail _____
- ☐ Centres communautaires _____
- ☐ Centres de conditionnement physique _____
- ☐ Clubs _____
- ☐ Événements spéciaux _____
- ☐ Autres _____

Vous ne savez pas ce qui est offert dans votre voisinage?

Consultez les pages jaunes sous la rubrique:

- ☐ Clubs
- ☐ Conditionnement physique, santé & exercice - Services
- ☐ Centres récréatifs
- ☐ Centres de plein air
- ☐ La section des « Sports et loisirs » donne la liste des centres communautaires, des piscines, des arénas, des centres du patrimoine, des parcs et des pistes cyclables (dans les pages d'introduction)

Vous avez besoin d'aide pour démarrer? Communiquez avec:

- ☐ Votre médecin de famille
- ☐ Un professionnel agréé en conditionnement physique
- ☐ Un professeur d'éducation physique
- ☐ L'unité ou le service local de santé publique
- ☐ Une organisation provinciale de la santé, comme la Fondation des maladies du cœur
- ☐ Le coordonnateur du centre de conditionnement physique ou de la vie active à votre lieu de travail

Aidez vos patients à inclure l'activité physique dans leur vie quotidienne:
commandez des exemplaires gratuits du Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine, en composant le 1-888-334-9769 ou en visitant le site Web www.guideap.com.

À l'action contre l'inactivité!
«La stratégie pour l'activité physique et la santé»
du Collège des médecins de famille du Canada
www.cpfcc.ca



The College of
Family Physicians
of Canada

Le Collège des
médecins de famille
du Canada

Vert l'action
www.goforgreen.ca



Health
Canada

Santé
Canada

A

OUTIL N° 20

FEUILLE DE RÉFÉRENCE AU CENTRE D'ABANDON DU TABAGISME

J'autorise _____
(nom du médecin ou de l'infirmière)

à transmettre mes coordonnées au Centre d'Abandon du Tabagisme ci-après.

Signature du patient : _____

No dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

D.D.N. : _____

Tél. résidence : _____

Tél. travail : _____

Centre d'Abandon du Tabagisme

Nom CAT : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

DEMANDE DE RÉFÉRENCE

Notes : _____

Référé par _____ Date _____

Centre médical : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopieur: _____

A

Réponse de la consultation

(à télécopier au médecin traitant ou à l'infirmière) :

Suivi prévu :

Complété par _____ Date _____

OUTIL N° 21 SITES INTERNET POUR LES CLINICIENS**HTA**

- **Programme Éducatif Canadien sur l'Hypertension** : www.hypertension.ca/
- **Fondation des maladies du cœur du Canada** : www.fmcoeur.ca
- **National Heart, Lung, and Blood Institute** www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/index.htm :
- The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and treatment of High Blood Pressure (JNC 7) (automne 2003)
- **U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)** <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm> :
Hypertension screening (2003) (www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspshype.htm)
- **Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (1994)** www.ctfphc.org :
Dépistage de l'hypertension <http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cvd-mcv/publications/pdf/stratf.pdf>

Habitudes de vie**TABAC**

- **Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (1994)** (www.ctfphc.org) :
Prévention des maladies causées par le tabac
- **U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)** : Counselling tabagique (2003)
(<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstbac.htm>)

NUTRITION

- **Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (1994)** (www.ctfphc.org) :
Prévention de l'obésité chez l'adulte
Counselling nutritionnel axé sur les habitudes alimentaires indésirables et dépistage de la malnutrition protéino-calorique chez les adultes, texte complet (PDF) (JAMC 1999;160(4):513-25) (Anglais seulement)
(www.cmaj.ca/cgi/reprint/160/4/513)
- **National Heart, Lung, and Blood Institute** (www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_home.htm) :
Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and treatment of overweight and obesity in adults : The Evidence Report
- Conseiller en regard des mauvaises habitudes de vie: Cadre conceptuel à l'intention des médecins de première ligne (2002) (www.ctfphc.org/french_text/counseling_abs.html)
- **U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)** (<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>) :
Counselling nutritionnel (2003) (<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsdiet.htm>)

ACTIVITÉ PHYSIQUE

- **Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (1994)** (www.ctfphc.org) :
recommandations sur l'activité physique
- **U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)** (<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>) :
recommandations sur l'activité physique (2002) (<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspshphys.htm>)
- Avis du Comité scientifique de Kino-Québec : Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé <http://www.kino-quebec.qc.ca/avis.asp> ,
<http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/SynthQteActivitePhysique.pdf>

SITES INTERNET D'INTÉRÊT GÉNÉRAL

- **Réseau canadien de la santé** (www.reseau-canadien-sante.ca)

OUTILS POUR LES PATIENTS

OUTIL N° 22

BROCHURE ACTI-MENU « POUR CONTRÔLER SA TA »

www.actimenu.ca/publications.php



Pour contrôler sa tension artérielle

Bien manger

Votre médecin vous a appris que votre tension artérielle est à la limite ou est trop élevée. Vous pouvez agir !

- BIEN MANGER**
- BOUGER 30 min LA PLUPART DES JOURS**
- MAINTENIR OU RÉDUIRE SON POIDS**
- NE PAS FUMER**

Découvrez ici comment **BIEN MANGER**, une de ces « 4 stratégies gagnantes », peut vous permettre d'améliorer votre tension artérielle et d'éviter ou de réduire la prise de médicaments.

1 Faites des choix gagnants

Selon les dernières études, le régime DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) serait particulièrement efficace contre l'hypertension, en raison de sa richesse en **potassium, magnésium, calcium, fibres et protéines**.

Cette alimentation met l'accent sur les légumes et les fruits, les produits céréaliers à grains entiers, les produits laitiers à faible teneur en gras, la volaille, le poisson, les légumineuses et les noix. Elle limite la consommation de viande rouge, de matières grasses et de sucreries (gâteaux, biscuits, chocolat, boissons gazeuses, sucre, miel, sirops, etc.).

Ce type d'alimentation peut contribuer à une baisse de la tension artérielle. Toutefois, les effets sont encore plus importants lorsqu'on limite aussi sa consommation de sel et d'alcool.

2 Limitez le sel

Bien que le sel (composé de sodium et de chlore) soit nécessaire à la santé, nous en consommons trop, ce qui peut aggraver l'hypertension chez certains individus.

La majorité du sel que nous consommons (75 %) ne provient pas de la salière mais plutôt des aliments transformés dans lesquels se cache souvent une grande quantité de sodium.

À titre d'exemple, un bol de soupe en conserve ou six croquettes de poulet avec sauce barbecue ou un sandwich au jambon contiennent chacun environ 1 000 mg de sodium, soit l'équivalent de 2 ml (1/2 c. à thé) de sel. C'est beaucoup étant donné la recommandation en matière de saine alimentation qui suggère un maximum de 2 400 mg de sodium par jour !

Pour manger moins salé

Limitez votre consommation d'aliments riches en sodium tels que :

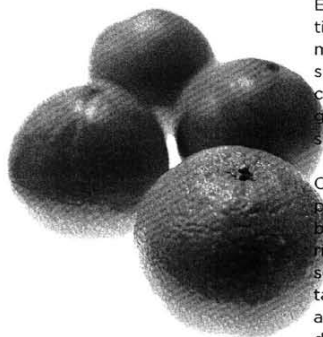
- mets du restaurant, « fast-food » et repas prêts-à-manger : pizzas, quiches, mets chinois, plats congelés, etc.
- viandes fumées ou salées : bacon, jambon, charcuteries, saucisses, pâtés, viandes en conserve, etc.
- poissons fumés ou salés
- soupes, sauces et bouillons en conserve ou déshydratés
- riz et pâtes assaisonnés en sachet ou en boîte
- craquelins salés, croustilles et noix salées
- condiments : ketchup, moutarde, sauce soya, sauce Chili, anchois, etc.
- jus de tomate ou de légumes
- marinades : cornichons, olives, câpres, etc.
- fromages : à tartiner, en tranches, bleus et feta
- sels d'assaisonnement : sel de céleri ou d'oignon, glutamate monosodique, etc.

Recherchez les produits « avec moins de sel », « sans sel ajouté » ou « à faible teneur en sodium ». Lisez bien les étiquettes et optez pour les aliments contenant moins de 300 mg de sodium par portion (ou moins de 750 mg pour les repas prêts-à-manger).

Réduisez au maximum l'utilisation de sel (régulier, de mer ou fleur de sel) dans la préparation des aliments et évitez l'usage de la salière à table.

Rehaussez la saveur de vos plats avec les fines herbes (ex. : ciboulette, basilic, origan), les épices (ex. : cumin, muscade), l'ail, le gingembre, le poivre, le zeste et les jus d'agrumes.

Essayez les assaisonnements commerciaux à base d'herbes, en vous assurant qu'ils ne contiennent pas de sel. Si vous optez pour des substituts de sel à base de chlorure de potassium, parlez-en au pharmacien ou à votre médecin car ils peuvent interférer avec vos médicaments.



Ce document a été rendu possible grâce au support de :

AstraZeneca

OUTIL N° 23

BROCHURE ACTI-MENU « MANGEZ-VOUS SANTÉ ? »

www.actimenu.ca/publications.php



TEST

Mangez-vous santé?

Faites le plein de super!

On prête attention à l'essence qu'on met dans notre voiture. On dorlote nos plantes en leur donnant le meilleur terreau. Pourquoi ne pas accorder la même importance à ce qui se trouve dans notre assiette?

À 75 ans, on aura pris en moyenne près de 75 000 repas! Ça vaut sûrement la peine de choisir plus souvent un menu de qualité pour faire le plein de super.



Sur 10 personnes, près de 3 mourront de maladies cardiovasculaires et 3 de cancers. Environ 1 Québécois sur 2 a un surplus de poids et 1 femme sur 4 ainsi que 1 homme sur 8 souffriront d'ostéoporose.

Voilà des manchettes plutôt sombres. Toutefois, quand on sait qu'une bonne alimentation peut contribuer à prévenir et à traiter ces maladies, les nouvelles deviennent meilleures.

Bien manger est vraiment un des choix gagnants pour augmenter ses chances de vivre en santé et grignoter les statistiques.

Vous voulez mieux manger?

Ce n'est pas sorcier. Ce document vous invite à suivre trois étapes qui vous aideront à faire le point sur votre alimentation et à établir des stratégies pour améliorer vos habitudes alimentaires.

- 1** Faites le test
- 2** Interprétez vos résultats
- 3** Passez à l'action!

Entre savoir et faire

La majorité des consommateurs estime que la nutrition est extrêmement ou très importante, et de plus en plus d'entre eux prennent des mesures pour mieux manger.

Bien s'y connaître en matière de nutrition et souhaiter mieux manger, ce sont les premiers pas vers le changement. Mais le vrai défi, c'est de passer de la théorie... à l'assiette!

CE DOCUMENT EST ADAPTÉ DE « MANGEZ-VOUS SANTÉ ? », UNE ÉMISSION DE TÉLÉVISION RÉALISÉE AVEC L'APPUI DE :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Santé Canada

Les directions de santé publique de la Capitale nationale et de Montréal

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec

L'Association des médecins de langue française du Canada

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Centre ÉPIC de l'Institut de Cardiologie de Montréal

Ce document a été rendu possible grâce au support de :

Santé et Services sociaux Québec

OUTIL N° 24

BROCHURE ACTI-MENU « AVEZ-VOUS BOUGÉ AUJOURD'HUI ? »
www.actimenu.ca/publications.php



TEST

Avez-vous **BOUGÉ** aujourd'hui ?

Tout le monde connaît la chanson : l'activité physique, c'est bon pour la santé. Les gens actifs sont moins atteints du diabète, de maladies du cœur, d'hypertension artérielle, d'ostéoporose et souffrent moins d'obésité et de certains cancers. Faites-vous partie de ceux qui n'en n'ont pas le temps, qui sont trop fatigués ou pas assez motivés ? Avez-vous l'impression qu'il n'y a pas assez de place pour l'activité physique dans votre vie ?

Et si, malgré tout, c'était possible ?

Pour en savoir plus sur le pourquoi
et le comment, lisez cette brochure !

**Avez-vous
la bougeotte ?**

page 2

**Combien de calories
dépensez-vous ?**

page 6

**Pourquoi
bouger plus ?**

page 3

**Pour améliorer
sa forme**

page 10

**Comment
bouger plus ?**

page 4

**Les obstacles
et les solutions**

page 12



Ce document a été réalisé avec l'appui de :

La Fondation
des maladies du
cœur du Québec

La Société
canadienne
du cancer

Les directions de
santé publique de
la Capitale nationale
et de Montréal

La Fédération
des kinésologues
du Québec

L'Association
des médecins de
langue française
du Canada

Le Collège
québécois
des médecins
de famille

La Fédération
des médecins
spécialistes
du Québec

La Fédération
des médecins
omnipraticiens
du Québec

Centre ÉPIC
de l'Institut
de Cardiologie
de Montréal

Ce document a été rendu possible grâce au support de :

Santé
et Services sociaux
Québec

OUTIL N° 25

BROCHURE ACTI-MENU « VOTRE POIDS PÈSE-T-IL SUR VOTRE SANTÉ ? »
www.actimenu.ca/publications.php

Votre poids pèse-t-il sur votre santé?

Près de **50%** des adultes au Canada

ont un surplus de poids (33 % ont un excès de poids et 15 % sont obèses*). Cette proportion ne cesse d'augmenter, et le phénomène touche des individus de plus en plus jeunes.

Un surplus de poids augmente de façon importante le risque de souffrir de maladies cardiovasculaires, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de diabète et d'autres maladies. Heureusement, des changements sur le plan de l'activité physique et de l'alimentation peuvent faire la différence. Et on n'a surtout pas besoin de « régimes miracles » ou de produits amaigrissants, souvent nocifs pour la santé, pour mieux contrôler notre poids. Ce dépliant propose des outils pour perdre du poids... et ne plus le reprendre.

*Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

Êtes-vous à risque?

L'indice de masse corporelle (IMC) permet d'évaluer si le poids d'une personne représente un risque pour sa santé. Pour connaître son IMC, on peut consulter la brochure *Avez-vous bon cœur?* de la présente série, se rendre sur le site Internet de Santé Canada au www.santecanada.ca/nutrition ou encore le demander à son médecin. L'IMC ne s'applique qu'aux personnes de 18 ans et plus. Si on a plus de 65 ans ou que l'on est très musclé, notre IMC peut être légèrement supérieur à 25 sans pour autant augmenter les risques pour notre santé.

Catégories de poids	IMC	Risque de souffrir d'un problème de santé
Poids insuffisant	Moins de 18,5	Augmenté
Poids «normal»	18,5 – 24,9	Moindre
Surplus de poids		
• Excès de poids	25,0 – 29,9	Augmenté
• Obésité	30,0 et plus	Élevé à très élevé

Avec l'appui de :

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec	Collège des médecins du Québec	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec	Groupe de recherche sur l'athérosclérose de l'Institut de recherches cliniques de Montréal	Direction de santé publique de la Capitale nationale, de Montréal, de la Montérégie et des Laurentides	Villes et villages en santé	Centre EPIC de l'Institut de Cardiologie de Montréal
Fédération des médecins spécialistes du Québec	Association des médecins de langue française du Canada	Association des cardiologues du Québec			Diabète Québec	Fondation des maladies du cœur

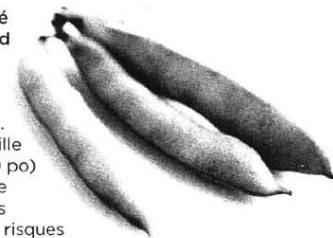
Ce document a été rendu possible grâce au support de :

AstraZeneca

Surplus de poids



Le risque pour la santé est d'autant plus grand si le surplus de poids est localisé au niveau de la taille plutôt qu'ailleurs sur le corps. En effet, un tour de taille de plus de 102 cm (40 po) chez les hommes et de 88 cm (35 po) chez les femmes augmente les risques d'être atteint de maladies.



On prend du poids lorsque le nombre de calories que l'on mange est plus grand que celui que l'on dépense. Le principe est simple, mais comprendre tous les facteurs qui influencent ce déséquilibre est moins évident : consommation trop élevée de calories, activité physique insuffisante, hérédité, comportements problématiques par rapport à la nourriture, arrêt du tabagisme, prise de certains médicaments, environnement obésogène...

On dit que l'environnement actuel est obésogène, c'est-à-dire qu'il encourage l'obésité. Des aliments riches en sucre et en gras sont offerts partout et en tout temps! Des mégaportions sont vendues pour quelques sous de plus. Sans oublier l'automobile, les télécommandes et les escaliers roulants qui nous « volent » de belles occasions de bouger.

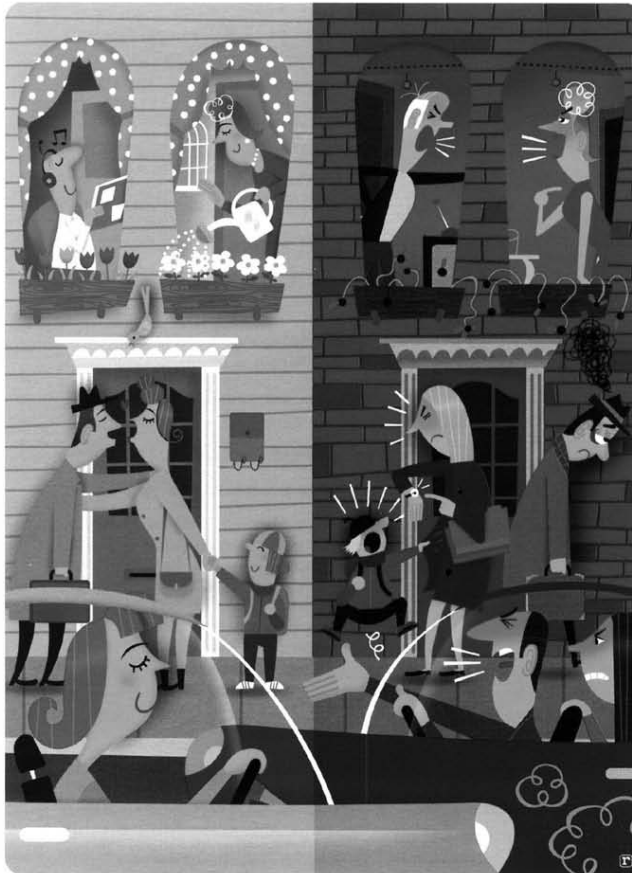
OUTIL N° 26

BROCHURE ACTI-MENU « ÊTES-VOUS STRESSÉ ? »
www.actimenu.ca/publications.php



TEST Êtes-vous stressé ?

De plus en plus de gens répondent « oui » à cette question. La bonne nouvelle, c'est que le stress, ça se gère. Il n'existe pas de recettes miracles, mais des outils et des moyens que chacun possède ou peut développer pour apprendre à mieux y faire face.



Vive le stress

Un parent transporte son enfant blessé pendant un kilomètre sans ressentir de fatigue ou un gardien bondit agilement pour arrêter un ballon de soccer. C'est le combat. Une voiture surgit à toute vitesse, et on se réfugie rapidement sur le trottoir pour ne pas se faire heurter. C'est la fuite. Depuis le début des temps, le stress nous incite à combattre ou à fuir pour s'adapter à des événements.

En fait, le stress est là pour nous permettre de retrouver notre équilibre face à des situations qui nous mettent en déséquilibre. Ces situations peuvent être négatives, comme une maladie ou un décès, mais elles peuvent aussi être associées à des événements heureux. Pensons aux futurs mariés ou à l'acteur qui monte sur scène.

Le stress qui rend malade

Les êtres humains – merci à l'évolution – sont généralement bien équipés pour s'adapter à des stressseurs... si ces situations ne se produisent pas trop souvent ou trop longtemps. En effet, un niveau de stress trop élevé, surtout lorsqu'il est subi de façon répétitive ou prolongée, peut entraîner un état de détresse et avoir un effet négatif sur notre système immunitaire, donc sur notre résistance à la maladie.

Apprendre à gérer le stress, c'est apprendre à garder l'équilibre entre notre niveau de stress et notre capacité à y faire face. Cela peut nous aider à rester en meilleure santé et à éprouver un sentiment d'harmonie.

- 1 Faites le test
- 2 Faites le point sur vos sources et signaux
- 3 Développez vos outils pour mieux le gérer

Ce document a été rendu possible grâce au support de :

Santé et Services sociaux
Québec

Avec l'appui de :
Les Directions de la santé publique de Montréal-Centre et de Québec

L'Ordre des psychologues du Québec

La Fondation québécoise des maladies mentales

L'Association des médecins psychiatres du Québec

L'Association des médecins de langue française du Canada

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Ce document a aussi été rendu possible grâce au support de :

Lilly

Des réponses qui comptent.

OUTIL N° 27

BROCHURE ACTI-MENU « AVEZ-VOUS BON CŒUR ? »

www.actimenu.ca/publications.php

Test



Avez-vous bon cœur ?

Près de **4** personnes sur **10** meurent de maladies cardiovasculaires.

Ces maladies constituent l'ennemi numéro 1 en santé et représentent la principale cause d'invalidité au Canada. En fait, c'est 36 % des hommes et 39 % des femmes qui en meurent.

Les maladies cardiovasculaires affectent le cœur (cardio) et les vaisseaux sanguins (vasculaires) pour provoquer l'angine ou l'infarctus (crise cardiaque), mais également les accidents vasculaires cérébraux qui peuvent entraîner des paralysies importantes.

Mais vous pouvez prendre en main la santé de votre cœur.

Complétez
1 le test

2 Évaluez votre risque

3 Passez à l'action

Avec l'appui de :

Ministère de la Santé
et des Services sociaux
du Québec

Collège
des médecins
du Québec

Association
des cardiologues
du Québec

Centre EPIC de l'Institut
de Cardiologie de Montréal

Fondation
des maladies
du cœur

Direction de la
santé publique
de Montréal-Centre

Direction de la
santé publique
de Québec

Fédération des
médecins omnipraticiens
du Québec

Fédération des
médecins spécialistes
du Québec

Association des médecins
de langue française
du Canada

Groupe de recherche sur
l'athérosclérose de l'Institut
de recherches cliniques
de Montréal

Ordre des
infirmières et infirmiers
du Québec

Direction de la
santé publique
de la Montérégie

Villes et
villages en santé

Ce document a été rendu possible grâce au support de :

AstraZeneca

A

OUTIL N° 28

ÉVALUATION DU STADE COMPORTEMENTAL POUR LE PATIENT

À QUEL STADE ÊTES-VOUS?

	Préréflexion	Réflexion	Préparation	Action	Maintien
	« Je ne prévois pas changer dans les 6 prochains mois »	« Je prévois changer un jour mais pas maintenant »	« Je prévois changer d'ici 4 semaines et j'aimerais savoir comment faire »	« Je viens tout juste de changer »	« J'ai changé et je voudrais savoir comment maintenir ce changement »
Tabagisme « J'ai fumé au cours de la dernière année »					
Alcool « Je consomme plus de 2 consommations par jour ou plus de 14 par semaine (homme) et plus de 9 par semaine (femme) »					
Alimentation « Je consomme souvent des aliments gras ou à faible teneur en fibres (peu de céréales, de fruits et de légumes) »					
Activité physique « Je ne fais pas d'activité physique (moins de 30 minutes par jour) »					

Source : adapté de Hypertension Guide Thérapeutique, SQHA, 2007, p. 79

OUTIL N° 29 RÉGIME DASH

Normalisez votre tension artérielle grâce au régime DASH!**L'alimentation influe-t-elle sur la tension artérielle?**

Les aliments que l'on consomme, parfois trop, parfois en quantité insuffisante, peuvent avoir un effet substantiel sur la tension artérielle. Une alimentation saine peut réduire non seulement le risque d'hypertension, mais également la tension artérielle lorsqu'elle est trop élevée. Si l'on veut réduire le risque de maladie cardiovasculaire (p. ex., crise cardiaque et accident vasculaire cérébral) qui est associé à l'hypertension, il est important d'adopter une alimentation au goût du cœur, ne serait-ce que petit à petit, même si l'on prend déjà un antihypertenseur.

**Qu'est-ce que le régime DASH?**

Le régime DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) est un schéma d'alimentation recommandé pour réduire la tension artérielle. Il s'agit d'un régime riche en fruits et en légumes (4 à 5 portions de chaque groupe par jour) associé à un apport alimentaire réduit en cholestérol et en matières grasses totales (surtout en graisses saturées, contenues le plus souvent dans la viande). Au cours d'un essai clinique, les patients qui ont suivi le régime DASH ont réussi à faire baisser leur tension artérielle de façon marquée, dès les deux premières semaines. Une réduction de la tension a été observée tant chez les patients hypertendus que chez les personnes dont la tension était normale, chez les femmes comme chez les hommes, et ce, sans égard au groupe ethnique auquel le patient appartenait.

Réduire le risque sans perdre le plaisir de manger

Modifier ses habitudes alimentaires ne signifie pas se priver de tous les aliments qu'on aime. Il faut simplement faire des choix de manière à avoir une alimentation saine et équilibrée. On peut tirer du plaisir à tenter de nouvelles expériences culinaires et à en apprendre davantage sur l'alimentation. Feuilleter les livres de recettes ou les revues spécialisées pour découvrir de nouvelles recettes et trouver des restaurants qui offrent des menus sains peuvent être une source d'instruction et d'inspiration.



05NV29F

153

Comment adapter le régime DASH aux menus quotidiens?

Le tableau ci-après a été conçu pour vous aider à mieux comprendre le régime DASH. Il présente différents groupes d'aliments ainsi que des recommandations sur la quantité d'aliments dont on a besoin chaque jour. Notez que les portions peuvent être plus faibles que ce que vous pensiez. Servez-vous de ce tableau pour planifier vos repas à la maison et à l'extérieur.

Groupe d'aliments	Exemples d'aliments dans ce groupe	Pourquoi ce groupe d'aliments est-il important?	Combien de portions par jour?	Qu'est-ce qu'une portion?
 Produits céréaliers et pâtes alimentaires	- Pain (p. ex., pain de blé entier, muffin anglais, pain pita et bagel) - Céréales (p. ex., semoules et gruau) - Riz, pâtes et couscous	- Source importante d'énergie - Source importante de fibres	7 à 8	1 tranche de pain 1/2 tasse de céréales sèches 1/2 tasse de riz cuit, de pâtes ou de céréales cuites
 Légumes	Artichaut, haricots, betterave, brocoli, carotte, céleri, concombre, chou vert frisé, poireau, oignon, petits pois, pomme de terre, épinard, courge, tomate, navet, etc. (ou jus de légumes)	- Potassium - Magnésium - Fibres	4 à 5	1 tasse de légumes-feuilles crus (p. ex., épinards) 1/2 tasse de légumes cuits 3/4 tasse de jus de légumes
 Fruits	Pomme, abricot, banane, dattes, raisin, pamplemousse, mangue, melon, pêche, poire, ananas, pruneau, orange, raisins secs, fraises, mandarine (Également, jus de fruits et fruits secs, surgelés ou en conserve)	- Potassium - Magnésium - Fibres	4 à 5	1 fruit de taille moyenne 3/4 tasse de jus de fruits 1/4 tasse de fruits secs 1/2 tasse de fruits frais, surgelés ou en conserve
 Produits laitiers pauvres en matières grasses	Lait écrémé ou à 1 %, babeurre partiellement écrémé, yogourt écrémé ou pauvre en matières grasses, mozzarella partiellement écrémé et fromage maigre	- Source importante de calcium - Protéines	2 à 3	1 tasse de lait 1 tasse de yogourt 45 g (1,5 oz) de fromage
 Viande rouge, volaille et poisson	- Viande maigre dont on a retiré le gras visible - Chair grillée, rôtie ou bouillie, plutôt que frite - Poulet sans peau	- Riches en protéines - Riches en magnésium	2 ou moins	85 g (3 oz) de viande, de volaille ou de poisson cuits
 Noix, graines et légumineuses	- Amandes, noix, arachides, noisettes, beurre d'arachides - Graines de tournesol - Haricots secs, pois chiches, lentilles, etc.	- Riches en : - énergie - magnésium - potassium - protéines - fibres	4 à 5 portions par semaine	1/3 tasse de noix 2 cuillerées à soupe de graines 1/2 tasse de légumineuses cuites

Où puis-je obtenir de plus amples renseignements?

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les modifications du style de vie visant à réduire la tension artérielle, consultez le site web des organismes suivants :

- Santé Canada (www.hc-sc.gc.ca)
- Fondation des maladies du cœur du Canada (www.fmcoeur.ca)



N'oubliez pas : Rome ne s'est pas bâtie en un jour!

Changer ses habitudes exige du temps et de la pratique. Apportez les changements qui s'imposent graduellement, et célébrez les petites victoires.



OUTIL N° 31

EFFET DES MODIFICATIONS DES HABITUDES DE VIE SUR LA PA

Intervention	Dosage	PAS / PAD mm Hg
Réduire les aliments salés	1,8 g ou 78 mmol/jour	-5,0/-25
Perte de poids	par kg perdu	-1,1/-0,9
Consommation d'alcool	-3,6 consommations/jour	-3,9/-2,4
Exercice aérobique	120-150 min/semaine	-4,9/-3,7
Diète DASH	Hypertendus	-11,4/-5,5
	Normotendus	-3,6/-1,8

« Exercise and hypertension. Medicine & Science », *Sports & Exercise*, vol. 36, n° 3, mars 2004, p. 533-553.

E.R. MILLER, et autres, « Analyse de synthèse d'essais à court terme », *Journal of Clin Hyper*, novembre-décembre 1999, p. 191-198.

Source : Recommandations de 2006 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension.

OUTIL N° 32

CONSEILS SUR L'ACHAT ET L'UTILISATION D'UN SPHYGMOMANOMÈTRE À DOMICILE POUR AUTOMESURE

Pourquoi mesurer soi-même sa pression artérielle?

Dans certaines circonstances, on préfère vérifier soi-même sa pression artérielle sur une base régulière. 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 ;
- votre professionnel de la santé vous conseille de procéder ainsi.

Il existe principalement deux types d'appareils de mesure pour usage personnel :

1. Appareil anéroïde
2. Appareil automatique (électronique)

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

De nos jours, on retrouve sur le marché plusieurs types d'appareils de mesure de la pression artérielle pour usage personnel. Chacun a ses avantages et ses inconvénients. Les enfants et les adultes ayant des bras plus petits ou plus gros que la moyenne auront peut-être besoin de brassards spéciaux adaptés à leur taille. On peut se les procurer dans certaines pharmacies ou chez les distributeurs d'équipements médicaux.

- 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.
- Choisissez un appareil qui a été testé et qui répond aux critères de validation d'une des associations suivantes : l'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*) ou la Société européenne de l'hypertension artérielle (*European Society of Hypertension-ESH*).

Appareils oscillométriques recommandés par la Société Québécoise d'Hypertension Artérielle

FABRICANT	MODÈLE SANS MÉMOIRE	MODÈLE AVEC MÉMOIRE
A&D ^{MD} ou LifeSource ^{MD}	767, 779	767PLUS, 774, 787
Omron ^{MD}		HEM-705, HEM-711, HEM-741
Microlife ^{MD}	BP 3BTO-A	

- Lisez attentivement le guide d'emploi.
- 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.
- 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 anormalement hauts ou bas.
- Souvenez-vous que vos vérifications personnelles ne doivent pas remplacer une évaluation régulière de votre PA faite par votre médecin ou un autre professionnel de la santé.

MESURE DE LA PA

Afin d'obtenir une mesure fiable, vous devriez, avant de mesurer votre pression artérielle :

- éviter de manger, de fumer, de boire du café, de pratiquer un exercice physique, et ce au moins 30 minutes avant ;
- vider votre vessie ;
- vous asseoir tranquillement pendant au moins cinq minutes avant de commencer.

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.

Source : Fondation des maladies du cœur, Modes de vie sains, www.fmcoeur.ca.

OUTIL N° 33 SITES INTERNET POUR LES PATIENTS

HTA

- **Santé Canada** www.hc-sc.gc.ca
- **Fondation des maladies du cœur du Canada** www.fmcoeur.qc.ca
- **National Heart, Lung, and Blood Institute** www.nhlbi.nih.gov
 - Your guide to lowering high blood pressure www.nhlbi.nih.gov/hbp/index.html

Habitudes de vie

TABAC

- **Santé Canada** (www.hc-sc.gc.ca) : Vivez sans fumée ! www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/index.html
- **Association pulmonaire du Québec** www.pq.poumon.ca : Le service Poumon-9 <http://pq.poumon.ca/poumon9>
- **Info tabac** www.jarrete.qc.ca
- **Méthodes pour cesser de fumer** <http://www.santepub-mtl.qc.ca/tabagie/index.html>

NUTRITION

- **Fondation des maladies du cœur** www.fmcoeur.qc.ca
 - Une saine alimentation
- **National Heart, Lung, and Blood Institute** www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash/index.htm : The DASH EATING PLAN (révisé en 2003)
- **Santé Canada : Le Guide alimentaire canadien pour manger sainement** www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/food_guide_rainbow_f.html
- **Les diététistes du Canada : « Manger mieux, c'est meilleur »** http://www.dietitians.ca/public/content/eat_well_live_well/french/index.asp
- **Extenso- Le centre de référence sur la nutrition humaine** www.extenso.org

ACTIVITÉ PHYSIQUE

- **Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie : Un remède naturel contre l'hypertension** <http://www.cflri.ca/fra/index.php>
- **Santé Canada** www.hc-sc.gc.ca/francais/vie_saine/physique.html
- **National Heart, Lung, and Blood Institute** (www.nhlbi.nih.gov) **Overweight and Physical Activity** www.nhlbi.nih.gov/health/public/web/index.htm
- **Fédération québécoise de la marche** www.fqmarche.qc.ca
- **Fédération des kinésiologues du Québec** www.kinesiologue.com

ÉTAPE 6

RÉEXAMINER,
RÉAJUSTER,
PEAUFINER

RÉEXAMINER, RÉAJUSTER, PEAUFINER

La rétroaction sur l'organisation des services représente un moteur important pour effectuer et maintenir un changement. Elle peut porter sur les activités de dépistage et de suivi de l'HTA, sur la satisfaction du personnel et celle des patients.

Réexaminer

L'outil n° 34 *Choix de la démarche d'évaluation* permet de prévoir comment notre clinique évaluera la nouvelle organisation des services: choix des moyens, fréquence des révisions, éléments à évaluer.

L'outil n° 35 *Évaluation du système de soins préventifs HTA* révisé les différents volets du système de prestation des services (fonctionnement, difficultés, etc.).

On peut aussi reprendre la vérification des pratiques avec au moins trente dossiers à partir des mêmes grilles utilisées au début de la démarche (Étape 2, outils n° 2 et n° 3) et comparer les résultats.

On peut distribuer des questionnaires d'évaluation de la satisfaction de la clientèle, puis en faire la compilation.

Il faut prévoir une rencontre de l'équipe pour discuter de l'ensemble des résultats obtenus sur ces différents volets et proposer des façons d'améliorer la pratique.

Peaufiner l'organisation

Par la suite, le responsable de l'équipe, avec l'accord du groupe, procède à la mise en œuvre des changements proposés lors de la rencontre de discussion. L'équipe peut prévoir la prochaine date de révision.

QUI FAIT QUOI ?

- GMF ou autre milieu clinique : procède à la révision de la démarche, assure la rétroaction auprès des membres et décide des changements à apporter si nécessaire.
- DSP en collaboration avec le CSSS : peut participer ou procéder à la révision de la démarche et effectuer la rétroaction auprès du responsable du milieu clinique.

A

OUTIL N° 34 CHOIX DE LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION***Quels moyens choisissons-nous pour réexaminer nos changements ?***

- ☐ Étape 2, outil n° 2 *Notes au dossier sur la mesure de la pression artérielle et sur les habitudes de vie*
- ☐ Étape 2, outil n° 3 *Notes au dossier sur les facteurs de risque de MCV, sur l'investigation de base et sur le traitement non pharmacologique de l'HTA*
- ☐ Étape 4, outil n° 5 *Distribution des tâches entre les membres du milieu clinique*
- ☐ Étape 6, outil n° 35 *Évaluation du système de soins préventifs HTA*

Autres moyens pour réexaminer nos changements ?

- ☐ Questionnaire sur la satisfaction des patients
- ☐ Autre (préciser) _____

À quelle fréquence voulons-nous revoir nos changements ?

- ☐ Six mois
- ☐ 12 mois
- ☐ 18 mois

Quels sont les éléments que nous voulons évaluer ?

- ☐ Notes au dossier sur la mesure de la pression artérielle
- ☐ Notes au dossier sur les habitudes de vie
- ☐ Notes au dossier sur les facteurs de risque de MCV
- ☐ Notes au dossier sur l'investigation et sur le traitement non pharmacologique de l'HTA
- ☐ Utilisation des outils et ressources
- ☐ Satisfaction du personnel
- ☐ Satisfaction de la clientèle

SYNTHÈSE DES RÉPONSES

Le ou les responsables présentent les résultats à l'équipe.

A

OUTIL N° 35 ÉVALUATION DU SYSTÈME DE SOINS PRÉVENTIFS HTA**1. INFORMATION SUR LES SERVICES OFFERTS**

Utiliser l'outil n° 2 *Notes au dossier sur la mesure de la pression artérielle et sur les habitudes de vie* (Étape 2) et outil n° 3 *Notes au dossier sur les facteurs de risque, sur l'investigation de base et sur le traitement non pharmacologique de l'HTA* (Étape 2) et comparer les résultats.

Les services que nous offrons sont-ils davantage notés au dossier ?

Notre mode de fonctionnement correspond-il à nos priorités d'action ? (Étape 4, outil no 5) ?

Offrons-nous les services que nous voulions offrir ?

Qu'est-ce qui fonctionne bien ? Pourquoi ?

Qu'est-ce qui ne fonctionne pas ? Pourquoi ?

Qu'est-ce qui pourrait être fait différemment ?

Comment les patients réagissent-ils aux changements apportés ?

SOULIGNER LES ÉLÉMENTS QUI DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE ATTENTION PARTICULIÈRE

A

2. LE FONCTIONNEMENT ET LA SATISFACTION DU PERSONNEL	OUI	NON
<i>Le personnel est-il satisfait des changements apportés à l'organisation des services ?</i>		
Clarification des rôles et responsabilités		
Bonne collaboration de chacun		
Nouvelle façon de faire		

SOULIGNER LES ÉLÉMENTS QUI DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE ATTENTION PARTICULIÈRE

3. LE PROTOCOLE DE SOINS	OUI	NON
<i>Les éléments du protocole de soins sont-ils respectés ?</i>		
Clientèle ciblée		
Types de mesure de PA		
Classification des valeurs de références		
Diagnostic d'HTA		
Évaluation de base des patients		
Évaluation complémentaire		
Traitement : valeurs cibles		
Traitement non pharmacologique		
Traitement pharmacologique		
Suivi : fréquence des mesures de PA		
Soutien pour améliorer l'observance du traitement		

SOULIGNER LES ÉLÉMENTS QUI DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE ATTENTION PARTICULIÈRE

4. LES OUTILS PROPOSÉS	OUI	NON
<i>Les outils proposés à l'Étape 5 répondent-ils à nos besoins ?</i>		
<i>Devrions-nous modifier nos outils ?</i>		

SOULIGNER LES ÉLÉMENTS QUI DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE ATTENTION PARTICULIÈRE

5. LES ÉLÉMENTS QUE NOUS VOULONS AMÉLIORER
