



Recommandations 2006 du Programme d'éducation canadien sur l'hypertension

Quels sont les nouveaux messages?

L'hypertension demeure un important problème de santé et elle représente un fardeau qui est appelé à s'alourdir considérablement d'ici les 20 prochaines années. En effet, si le nombre total estimé d'adultes hypertendus était de 972 millions en 2000, il pourrait augmenter de 60 % en 2025, pour atteindre 1,56 milliard¹. L'hypertension est donc un important défi posé aux autorités de santé publique, qui devront accorder la plus haute priorité à sa prévention, à son dépistage, à son traitement et à son contrôle. Le Programme d'éducation canadien sur l'hypertension (PECH) a pour mandat d'améliorer la prise en charge de l'hypertension, de développer des outils pour aider les professionnels de la santé en ce sens et d'évaluer l'efficacité de ces interventions. Le PECH continue de proposer aux professionnels de la santé canadiens des recommandations toujours fondées sur les preuves les plus à jour.

Tel que soumis par le Groupe de travail sur les Recommandations du Programme d'éducation canadien sur l'hypertension

Cette année marque le septième anniversaire des mises à jour annuelles apportées aux recommandations du PECH pour le diagnostic, la prise en charge et le traitement de l'hypertension. Cette année, les recommandations du PECH insistent particulièrement sur l'importance de la fidélité au traitement antihypertensif. De plus, compte tenu des preuves récentes et complémentaires, quelques changements ont été apportés aux recommandations pharmacologiques. Le PECH précise, en outre, que les patients hypertendus traités qui présentent une hypertension masquée (TA maîtrisée au cabinet médical, mais non à la maison) doivent prendre l'habitude de vérifier eux-mêmes leur TA à domicile.

Nouveau message inclus dans les recommandations 2006

Ce nouveau message doit également s'intégrer aux enjeux précédents, qui restent d'actualité, soit le diagnostic, la prise en charge et le traitement des patients hypertendus :

- Mesurer la TA chez tous les adultes, à chaque visite où cela s'impose.
- L'hypertension peut et doit être rapidement diagnostiquée.
- Évaluer et corriger le risque cardiovasculaire global.
- Traiter de manière à atteindre les objectifs de TA.
- Utiliser concomitamment les mesures pharmacologiques et non pharmacologiques pour atteindre les objectifs de TA recommandés.

Étapes clés de la rédaction des recommandations 2006

Lors du processus de rédaction des recommandations canadiennes sur l'hypertension de 2006, les auteurs ont tenu compte de tous les essais cliniques et de toutes les études épidémiologiques concernant le diagnostic, la prise en charge et le traitement des personnes hypertendues, publiés au cours des 12 mois précédents. La pertinence des études retenues a été évaluée à la lumière des

observations accumulées, depuis une cinquantaine d'années, par les grands essais cliniques sur l'hypertension et des versions précédentes des recommandations canadiennes sur l'hypertension, elles-mêmes fondées sur les preuves recueillies depuis 25 ans.

Pour la rédaction des recommandations 2006 du PECH, les auteurs ont retenu, notamment, les études suivantes :

- ASCOT-BPLA^{2,3}
- ALLHAT⁴
- VALIANT Trial⁵
- SHEAF⁶, de même qu'un certain nombre d'études de moindre envergure et d'analyses systématiques et la base de données Cochrane.

Les nouveaux messages clés des recommandations 2006

Améliorer l'observance thérapeutique des patients à l'endroit des mesures antihypertensives

Il est possible d'améliorer la fidélité au traitement antihypertensif au moyen d'une approche en plusieurs volets, qui s'articulerait comme suit :

1. Aider les patients à suivre leur traitement à la lettre.

- Enseigner aux patients à prendre leurs comprimés régulièrement, en associant ce geste à une autre activité journalière (ex. : le brossage des dents).
- Simplifier les schémas thérapeutiques en recourant à des médicaments à longue action, administrés une seule fois par jour.

Ce manuscrit a été rédigé par le Dr Rhian Touyz avec la collaboration du Comité directeur du PECH. Les brouillons ont aussi été révisés par les Drs R. Feldman, G. Tremblay et A. Milot. Le manuscrit a été approuvé par le Comité directeur du PECH.

- Utiliser des associations médicamenteuses à doses fixes.
- Utiliser des emballages à doses unitaires (ex. : thermoformés).

2. Encourager les patients à participer plus activement à leur traitement

- Renseigner les patients et leurs proches verbalement et par écrit sur ce qu'ils doivent savoir de la maladie et des schémas thérapeutiques.
- Encourager les patients à devenir plus responsables et autonomes, et à vérifier eux-mêmes régulièrement leur tension artérielle.

3. Améliorer la prise en charge de l'HTA au cabinet médical comme à l'extérieur

- Évaluer, à chaque visite, la fidélité des patients à l'endroit des mesures non pharmacologiques et pharmacologiques qui leur sont prescrites.
- Encourager leur fidélité au traitement au moyen de contacts ou d'un soutien téléphonique assuré par des professionnels de la santé, surtout durant les trois premiers mois du traitement.
- Collaborer avec l'équipe médicale en milieu de travail, si possible, pour assurer une meilleure prise en charge de l'hypertension.

Ces recommandations se fondent sur l'examen initial des études pertinentes, obtenues par interrogation des réseaux de PsycInfo (210 articles et synthèses originaux) et Medline (769 articles et synthèses originaux) des trois dernières années.

La piètre observance thérapeutique des patients à l'endroit des antihypertenseurs qui leur sont prescrits pose un problème de taille qui contribue au mauvais contrôle de l'hypertension. Dans les faits, les patients à qui on prescrit des médicaments qu'ils doivent s'administrer eux-mêmes prendraient, en général, moins de la moitié de la dose prescrite. Toute intervention

pertensif en emballage à doses unitaires, ont fait état de réductions cliniquement significatives de la TA. Bien que la portée des conclusions soit limitée par la méthodologie des études (pour la plupart, de faible envergure ou comportant un suivi inadéquat), celles dont la méthodologie était plus rigoureuse ont, en général, été associées à des améliorations plus marquées des paramètres de mesure de la fidélité au traitement et des résultats cliniques, y compris la réduction de la TA.

Le suivi des patients

Le suivi téléphonique qu'il est proposé d'ajouter aux recommandations, pour encourager les patients à suivre leur traitement à la lettre, s'inspire, pour sa part, d'interventions du même type, utilisées chez les dyslipidémiques, et s'appuie plus spécifiquement sur une revue systématique réalisée par Schedlbauer et coll.¹⁰. Selon l'analyse des auteurs, le renforcement, les rappels téléphoniques et les envois postaux ont été des interventions intéressantes, selon trois études sélectionnées parmi 2 380 articles. Les appels téléphoniques hebdomadaires auraient, en effet, amélioré la fidélité au traitement par lovastatine et colestipol dans le groupe traité, à en juger par le taux de renouvellement des ordonnances (qui s'est révélé meilleur de 24 %; 63 % dans le groupe traité contre 39 % dans le groupe témoin; valeur p inférieure à 0,05; n = 30)¹¹. Il est à noter que lors des deux autres essais cliniques randomisés et contrôlés, les rappels téléphoniques et postaux n'ont pas donné lieu à une amélioration

significative (79,7 % dans le groupe traité contre 77,4 % dans le groupe témoin; valeur p non significative; n = 4,54812; et 88 % dans le groupe traité contre 82 % dans le groupe témoin; p = 0,32, n = 120)¹³.

Par contre, l'étude de Faulkner et coll.¹¹ a été jugée de meilleure qualité que les deux autres (sans égard à la taille plus petite de l'échantillon) et est à l'origine de l'amendement proposé aux recommandations 2006 du PECH. Il faut, d'autre part, tenir compte du fait que les études, qui se sont surtout adjoint la participation de patients déjà fidèles à leur traitement, sont peu susceptibles de générer des résultats probants pour ce qui est d'améliorer le taux d'observance thérapeutique, peu importe l'intervention.

Preuves récentes et complémentaires concernant la pharmacothérapie antihypertensive

On recommande fortement les bêta-bloquants chez les hypertendus de tous âges qui présentent des indications spécifiques, telles que post-IM, angine et insuffisance cardiaque congestive. Par contre, de nouvelles preuves viennent appuyer l'utilisation des bêta-bloquants en traitement de première intention dans l'hypertension non compliquée, uniquement chez les patients de moins de 60 ans. Ces observations se fondent sur une récente méta-analyse^{14,15}. La recommandation en soi n'est pas nouvelle, mais elle s'appuie sur des preuves plus récentes. Des essais ont en effet démontré l'efficacité moindre des bêta-bloquants à réduire les accidents cardiovasculaires compar-

De nouvelles preuves viennent appuyer l'utilisation des bêta-bloquants en traitement de première intention dans l'hypertension non compliquée, uniquement chez les patients de moins de 60 ans.

ativement aux diurétiques, aux bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine et aux antagonistes des canaux calciques chez les patients âgés atteints d'hypertension non compliquée.

D'autres antihypertenseurs doivent être utilisés si un agent en monothérapie à dose standard ne suffit pas à obtenir la TA visée (grade B). Les médicaments d'appoint peuvent être choisis parmi les agents de première intention. Les choix utiles sont, notamment, les diurétiques thiazidiques ou les anticalciques avec un IECA, un BRA ou un bêta-bloquant (catégorie D et/ou catégorie C pour le traitement associatif anticalcique dihydropyridine et IECA). La prudence s'impose, par contre, si on administre concomitamment un anticalcique non-dihydropyridine et un bêta-bloquant (catégorie D).

Cette année, les preuves qui appuient l'administration concomitante d'un anticalcique de type dihydropyridine et d'un IECA est passée de la catégorie D à la catégorie C. Ce changement se fonde, en bonne partie, sur les résultats de l'étude ASCOT-BPLA (pour *Anglo Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm*), qui a fait état d'une réduction plus significative du taux d'accidents coronariens et d'AVC chez les personnes qui prenaient un schéma associatif à base d'amlodipine que chez les sujets assignés à un schéma associatif à base d'aténolol^{2,3}. Cet essai s'est révélé compliqué du fait que la population était plutôt âgée et prenait des bêta-bloquants en traitement initial. Le modèle de l'étude risquait de privilégier d'emblée le traitement associatif à base d'amlodipine.

Les résultats de l'étude laissent entendre que la valeur pronostique de la TA à domicile est plus grande que celle de la TA mesurée à la clinique et qu'elle est semblable à celle de la TA ambulatoire diurne.

Le traitement initial des patients hypertendus, qui ont récemment subi un IM, avec ou sans sus-décalage du segment ST, devrait inclure un bêta-bloquant et un IECA. Un BRA peut cependant être utilisé chez les patients qui ne tolèrent pas l'IECA.

Ces recommandations se fondent sur les conclusions de l'étude VALIANT (*VALsartan In Acute myocardial infarction*)⁵, qui mesurait les effets du valsartan et du captopril, ensemble et séparément, chez des patients en post-IM atteints d'insuffisance cardiaque et/ou de dysfonction systolique. La mortalité totale et le paramètre secondaire mixte de mortalité cardiovasculaire, IM ou insuffisance cardiaque, ne se sont pas révélés significativement différents entre les trois groupes, après 24,7 mois de suivi. Le valsartan n'a pas été inférieur au captopril pour ce qui est de la mortalité totale, de la mortalité d'origine cardiovasculaire, de l'IM et de l'insuffisance cardiaque. Par conséquent, il peut être envisagé comme solution de rechange aux IECA chez ces patients.

Si les IECA, associés à des BRA, jouent un rôle positif dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, une augmentation du taux d'hospitalisation pour hypotension, hyperkaliémie et aggravation de l'insuffisance rénale a été, par contre, observée dans la pratique. Une surveillance étroite s'impose pour assurer la sécurité des patients pendant la durée d'un tel traitement associatif.

Importance potentielle de l'autovérification de la TA à domicile pour le diagnostic et la prise en charge de l'hypertension

Autovérification de la TA à domicile

En 2004-2005, les articles sur l'autovérification de la TA à domicile avaient suscité certaines questions. En 2004, la publication de l'étude SHEAF a non seulement conféré une valeur pronostique à l'autovérification de la TA à domicile, mais elle a également, pour la première fois, chiffré le risque de mortalité associé à l'hypertension masquée¹⁶. L'hypertension masquée se définit par une TA < 140/90 mm Hg à la clinique (trois mesures effectuées lors de deux visites médicales) et une TA à domicile > 135/85 mm Hg (trois mesures matin et soir, pendant deux jours). Les analyses les plus récentes des données de l'étude SHEAF ont mis en évidence le nombre de mesures nécessaires pour déterminer s'il y a hypertension masquée¹⁷. Les données provenant de l'étude SHEAF fournissent les preuves les plus solides à l'effet que le profil de risque des sujets, qui souffrent d'hypertension masquée, est semblable à celui des hypertendus chroniques.

La portée pronostique de l'autovérification de la TA à domicile a de nouveau été démontrée dans une étude de suivi de 11 ans, auprès de patients âgés¹⁸. Les résultats de l'étude laissent entendre que la valeur pronostique de la TA à domicile est plus grande que celle de la TA mesurée à la clinique et qu'elle est semblable à celle de la TA ambulatoire diurne. Les résultats montrent, en outre, l'importance du lieu où la TA est mesurée (à la maison ou à la clinique), ce qui confirme qu'il faut insister davantage sur la portion « à domicile » que sur la portion « autovérification » dans la terminologie utilisée pour décrire ces mesures.

En ce qui a trait au pronostic, d'autres données tirées de l'étude Ohasama¹⁹ montrent qu'en plus de la TA, la fréquence cardiaque mesurée à domicile devenait un important facteur de prévisibilité indépendant du risque cardiovasculaire.

La notion d'hypertension masquée n'est pas nouvelle, et en général le terme fait référence au phénomène selon lequel la TA est normale à la clinique, tandis qu'elle se situe dans l'éventail des valeurs hypertensives à l'extérieur de la clinique. L'hypertension masquée a porté plusieurs noms, selon le type de méthode utilisée pour la dépister, notamment syndrome « inverse » du sarrau blanc et hypertension à domicile ou ambulatoire isolée. Plusieurs enjeux entourant l'hypertension masquée et son historique sont abordés dans le rapport du sous-comité de 2005. Les points qu'il reste à finaliser concernent la définition de l'hypertension masquée et la méthode diagnostique la plus appropriée (TA ambulatoire ou TA à domicile).

Des enjeux connus, mais toujours d'actualité pour les recommandations 2006 du PECH

1. Mesurer la TA chez tous les adultes à chaque visite où cela s'impose

La dernière enquête sur la TA (1985-1992) a révélé que 43 % des adultes qui présentaient une TA élevée ne se savaient pas être atteints d'hypertension artérielle. Une importante proportion de la population canadienne se trouve donc ainsi exposée à un risque modifiable à l'égard de la maladie cardiovasculaire en raison d'une hypertension non maîtrisée. Les données récentes de l'étude Framingham ont indiqué que plus de 90 % des participants normotendus de

Les modifications au style de vie recommandées par le PECH pour réduire la tension artérielle sont :

- Observer un régime alimentaire à faible teneur en sel et en gras saturés, et à forte teneur en fruits et légumes frais et produits laitiers pauvres en gras (régime DASH).
- S'adonner à 30 à 60 minutes d'exercice dynamique, d'intensité modérée, continu ou discontinu (comme la marche, la course à pied, la bicyclette ou la natation), de quatre à sept jours par semaine.
- Perdre du poids si on fait de l'embonpoint.
- Réduire la consommation d'alcool des sujets qui prennent plus de deux consommations par jour.
- Promouvoir un environnement sans fumée et l'arrêt du tabagisme afin de réduire le risque cardiovasculaire.

55 à 65 ans ont commencé à souffrir d'hypertension au cours des 20 à 30 années suivantes. Quarante-six pour cent des Canadiens de 55 à 65 ans souffrent déjà d'hypertension. On s'attend donc à ce que la vaste majorité des Canadiens souffrent éventuellement d'hypertension. La mesure de la TA chez tous les adultes, à chaque consultation médicale, est une stratégie importante pour dépister l'hypertension, et constitue une excellente occasion d'aborder avec eux des stratégies préventives axées sur une meilleure hygiène de vie.

2. L'hypertension artérielle peut et doit être rapidement diagnostiquée

Le diagnostic peut être posé lors d'une première consultation médicale, motivée par l'hypertension, chez des sujets dont la TA est $> 140/90$ mm Hg et s'ils présentent l'un des facteurs de risque suivants : atteinte d'un organe cible, maladie rénale chronique ou diabète sucré ou si la TA

est $> 180/110$ mm Hg. Un diagnostic d'hypertension peut aussi être posé lors d'une seconde visite.

Chez les patients dont la TA se situe entre 160-179 mm Hg sur 100-109 mm Hg (si le diagnostic n'a pas déjà été posé sur la base du critère précédent), un diagnostic peut être posé à la troisième visite.

Le diagnostic peut être accéléré si les patients vérifient eux-mêmes leur TA à domicile. La norme est encore un diagnostic d'hypertension posé au cabinet médical, mais il a été établi que les mesures de la TA effectuées ailleurs que dans une clinique ont une utilité équivalente, voire supérieure, pour ce qui est de l'impact pronostique des hausses de TA. Pour être efficaces, ces mesures, y compris la surveillance ambulatoire automatique et l'autosurveillance à domicile de la TA, doivent se faire après un enseignement adéquat et au moyen d'appareils validés et bien étalonnés. Lorsqu'elles sont accessibles et utilisées à bon escient, ces stratégies sont efficaces et peuvent accélérer le diagnostic de l'hypertension, surtout chez des sujets qui souffrent d'hypertension de niveau 1 (sans diabète, maladie rénale ni atteinte d'un organe cible) qui, autrement, nécessiteraient jusqu'à six consultations échelonnées sur six mois avant que le diagnostic ne puisse être confirmé.

3. Évaluer et corriger le risque cardiovasculaire global

Plus de 90 % des patients hypertendus présentent d'autres facteurs de risque cardiovasculaires, qui doivent être évalués et corrigés. L'acide acétylsalicylique est à envisager chez les hypertendus dont l'état est maîtrisé. Les statines sont recommandées chez les hypertendus qui souffrent de maladie cardiovasculaire avérée ou en présence de plus de trois autres facteurs de risque cardiovasculaires.

4. Une meilleure hygiène de vie, pierre angulaire du traitement antihypertensif

L'adoption de diverses mesures axées sur une meilleure hygiène de vie est sécuritaire et économique, et elle permet de prévenir l'hypertension ou d'abaisser la TA chez certains hypertendus. Associées à un traitement pharmacologique, ces stratégies peuvent donner lieu à une meilleure maîtrise de la TA et à une amélioration de la qualité de vie. Si elles sont intégrées avec succès, bon nombre de ces mesures non pharmacologiques influent sur la tension artérielle et ce, au même degré qu'un médicament en monothérapie auquel elles peuvent être associées. Bien qu'individuellement les interventions exercent, en général, un effet modeste, ensemble elles peuvent donner des résultats substantiels. Du point de vue de la santé publique, une réduction, même minime, de la TA peut exercer un effet bénéfique important et retarder l'apparition de l'hypertension et de ses complications.

5. Traiter de manière à atteindre les objectifs de TA

Les enquêtes de population montrent que peu de patients atteignent les objectifs de TA fixés pour eux, d'où une réduction insuffisante du risque cardiovasculaire. Les avantages sont plus marqués chez les patients à risque élevé lorsqu'ils atteignent les objectifs fixés. L'objectif de TA systolique est le plus difficile à atteindre chez la plupart des patients, mais il est important, car la TA systolique est au moins aussi déterminante, sinon plus, que la TA diastolique pour le pronostic cardiovasculaire.

Les objectifs de réduction de la tension artérielle actuellement recommandés sont les suivants :

- < 140 mm Hg de systolique et < 90 mm Hg de diastolique, en général;
- < 130/80 mm Hg chez les patients diabétiques ou atteints de maladie rénale chronique.

6. Utiliser concomitamment les mesures pharmacologiques et non pharmacologiques pour atteindre les objectifs de TA recommandés

La plupart des patients ont besoin de deux médicaments ou plus pour atteindre leurs objectifs de TA. En général, la réduction moyenne de TA obtenue avec un antihypertenseur en monothérapie est de 10/5 mm Hg. On peut donc s'attendre à devoir administrer des traitements associatifs pour soigner l'hypertension. Les modifications au style de vie permettent de réduire le nombre et la dose de médicaments nécessaires pour maîtriser la TA, et sont préconisées chez tous les hypertendus. *Clin*

Message à retenir

Il faut rappeler que, comme par le passé, les recommandations pour la prise en charge de l'hypertension formulées par le PECH se fondent uniquement sur des données d'efficacité. Les auteurs n'ont donc pas tenu compte des préférences des patients et des médecins ni des rapports coût/efficacité des différentes classes de médicaments lors de la rédaction des recommandations, mais ces éléments doivent être abordés par les médecins et les patients au moment d'établir les stratégies thérapeutiques individuelles.

Références :

1. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, et al. *Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data*. Lancet 2005; 365 (9455): 217-23.
2. Dahlöf B, Sever PS, Poulter N, et al. *ASCOT Investigators. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial*. Lancet 2005; 366 (9489): 895-906.

3. Poulter NR, Wedel H, Dahlof B, et al. *ASCOT Investigators. Role of blood pressure and other variables in the differential cardiovascular event rates noted in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA).* Lancet 2005; 366 (9489): 907-13.
4. Whelton PK, Barzilay J, Cushman WC, et al. *ALLHAT Collaborative Research Group Clinical outcomes in antihypertensive treatment of type 2 diabetes, impaired fasting glucose concentration, and normoglycemia: Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT).* Arch Intern Med 2005; 165 (12): 1401-9
5. Solomon SD, Zelenkofske S, McMurray JJ, et al. *Valsartan in Acute Myocardial Infarction Trial (VALIANT) Investigators. Sudden death in patients with myocardial infarction and left ventricular dysfunction, heart failure, or both.* N Engl J Med 2005; 352 (25): 2581-8.
6. Bobrie G, Genes N, Vaur L, et al. *Is "isolated home" hypertension as opposed to "isolated office" hypertension a sign of greater cardiovascular risk?.* Arch Intern Med 2001; 161 (18): 2205-11.
7. Taylor AA, Shoheiber O. *Adherence to antihypertensive therapy with fixed-dose Amlodipine Besylate/Benazepril HCl versus comparable component-based therapy.* Congest Heart Fail. 2003; 9 (6): 324-32.
8. Haynes R, Yao X, Degani A, et al. *Interventions to enhance medication adherence.* Cochrane Database Syst Rev. 2005; (4): CD000011.
9. Connor J, Rafter N, Rodgers A. *Do fixed-dose combination pills or unit-of-use packaging improve adherence? A systematic review.* Bull World Health Organ. 2004; 82 (12): 935-9.
10. Schedlbauer A, Schroeder K, Peters TJ, et al. *Interventions to improve adherence to lipid lowering medication.* Cochrane Database Syst Rev 2004; (4): CD004371.
11. Faulkner MA, Wadibia EC, Lucas BD, et al. *Impact of pharmacy counseling on compliance and effectiveness of combination lipid-lowering therapy in patients undergoing coronary artery revascularization: a randomized, controlled trial.* Pharmacotherapy 2000; 20 (4): 410-6.
12. Guthrie RM. *The effects of postal and telephone reminders on compliance with pravastatin therapy in a national registry: Results of the first myocardial infarction risk reduction program.* Clin Ther 2001; 23 (6): 970-80.
13. Schectman JM, Stoy DB, Elinsky EG. *Association between physician counseling for hypercholesterolemia and patient dietary knowledge.* Am J Prev Med 1994; 10 (3):136-9.
14. Lindholm LH, Carlberg B, Samuelsson O. *Should b-blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis.* Lancet 2005; 366 (9496): 1545-53.
15. Beever DG. *The end of b-blockers for uncomplicated hypertension?* Lancet 2005; 366 (9496): 1510-2.
16. Bobrie G, Chatellier G, Genes N, et al. *Cardiovascular prognosis of "masked hypertension" detected by blood pressure self-measurement in elderly treated hypertensive patients.* JAMA 2004; 291: 1342-9.
17. Mallion JM, Genès N, Vaur L, et al. *Detection of masked hypertension by home blood pressure measurement: Is the number of measurements an important issue?* Blood Press Monit 2004; 9 (6): 301-5.
18. Fagard RH, Van Den Broeke C, De Cort P. *Prognostic significance of blood pressure measured in the office, at home and during ambulatory monitoring in older patients in general practice.* J Hum Hypertens 2005; 19: 801-7.
19. Hozawa A, Ohkubo T, Kikuya M, et al. *Prognostic value of home heart rate for cardiovascular mortality in the general population. The Ohasama Study.* Am J Hypertens 2004; 17: 1005-10.
20. Khan NA, McAlister FA, Lewanczuk RZ, et al. *Programme d'éducation canadien sur l'hypertension. Recommandations 2005 du Programme d'éducation canadien sur l'hypertension – Prise en charge de l'hypertension - partie II – Traitement.* Can J Cardiol 2005; 21 (8): 657-72.
21. Hemmelgarn BR, McAllister FA, Myers MG, et al. *Programme d'éducation canadien sur l'hypertension. Recommandations 2005 du Programme d'éducation canadien sur l'hypertension – Prise en charge de l'hypertension - partie I - Mesures, diagnostic et évaluation de la tension artérielle.* Can J Cardiol 2005; 21 (8): 645-56.



**L'aide d'aujourd'hui.
L'espoir de demain.**

Présentement au Canada, une personne sur 13,
de plus de 65 ans, est atteinte de la maladie
d'Alzheimer ou d'affections connexes.*

Pour plus d'information, communiquez avec
votre société Alzheimer régionale ou visitez notre
site Internet au www.alzheimer.ca

Société Alzheimer

*Étude sur la santé et le vieillissement au Canada