

Recommandations 2009 du PECH



Bref résumé clinique – Mise à jour annuelle

Au nom du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH)

L'hypertension fait partie des principaux enjeux auxquels fait face le Canada. En 2005, 5,7 millions de Canadiens avaient reçu un diagnostic d'hypertension, et un peu plus de 5 millions suivaient un traitement pharmacologique. Au cours de la dernière décennie, l'hypertension a figuré au premier rang des diagnostics à l'origine des consultations médicales chez les adultes, et la proportion des consultations liées à l'hypertension par rapport à l'ensemble des consultations est en hausse. L'Organisation mondiale de la santé a indiqué que l'augmentation de la pression artérielle arrive en tête de liste des risques de mortalité; elle prévoit que l'hypertension atteindra des proportions épidémiques et recommande d'ériger en priorité la mise en place de programmes de prévention et de traitement. À l'échelle mondiale, plus de 7 millions de décès ont été attribués à une pression artérielle sous-optimale, en 2000.

2009 marque la dixième année consécutive de mise à jour des recommandations pour la prise en charge de l'hypertension artérielle par le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Le PECH a été mis sur pied dans le but d'améliorer la prise en charge clinique de l'hypertension et de réduire le fardeau des maladies cardiovasculaires au Canada. Si on se fie aux données récentes, le Canada est vraisemblablement le chef de file mondial sur les plans de la prévention de l'hypertension et de la lutte contre cette maladie, si on considère que les activités de traitement et de maîtrise de l'hypertension ont quintuplé en Ontario, entre 1992 et 2006, et si on tient compte des fortes hausses des efforts de traitement de l'hypertension et de l'important

recul des taux de maladies cardiovasculaires observés depuis le moment où le PECH a été créé.

Le PECH n'a cessé d'évoluer au cours de la dernière décennie. Dans bien des cas, il est maintenant en mesure de déterminer précisément quels sont les aspects des soins cliniques qui doivent être améliorés. Cette année, le PECH s'emploie essentiellement à réduire les décès et les maladies cardiovasculaires chez les sujets diabétiques en incitant les professionnels de la santé à faire en sorte que la pression artérielle de leurs patients soit inférieure à 130/80 mm Hg. Selon de nouvelles données canadiennes, une minorité de personnes diabétiques et hypertendues réussissent à bien maîtriser leur pression artérielle, d'où les décès et les incapacités qui pourraient être évités.

Thème du PECH 2009 : hypertension chez le patient diabétique

Jusqu'à 80 % des décès de patients diabétiques sont causés par une maladie cardiovasculaire et de nombreuses complications du diabète sont attribuées à l'hypertension. Bien qu'une glycémie élevée soit une cause de néphropathie et d'affection de l'œil, l'hypertension chez les personnes diabétiques est aussi une cause importante de l'insuffisance rénale et d'affection de l'œil. La plupart des patients diabétiques sont hypertendus, et presque un patient hypertendu sur cinq est diabétique.

Le traitement de l'hypertension chez les patients diabétiques fait partie des interventions médicales les plus rentables dont on dispose pour réduire les taux de mortalité et d'incapacité. En effet, on peut observer une diminution de plus de 50 % des taux de mortalité et d'événements cardiovasculaires graves chez les patients diabétiques hyper-

Remerciements

Le présent manuscrit a été rédigé par le Dr N. Campbell avec le concours de la direction du PECH, du Dr D. W. McKay et du Dr Denis Drouin.

Tableau 1

Facteurs à considérer dans la personnalisation du traitement antihypertenseur

Hypertension sans autre indication formelle		Cible : < 140/90 mm Hg	
	Traitement initial	Traitement de 2 ^e intention	Remarques et/ou mises en garde
Hypertension diastolique +/- systolique	Diurétiques thiazidiques, bêta-bloquants, inhibiteurs de l'ECA*, BRA ou inhibiteurs des canaux calciques à action prolongée (envisager l'AAS et/ou les statines chez certains patients). On devrait envisager la possibilité d'administrer initialement un traitement d'association par deux médicaments de première intention si la pression systolique est \pm 20 mm Hg ou si la tension diastolique est \pm 10 mm Hg au-dessus des valeurs cibles.	Association de médicaments de première intention	On ne recommande pas les bêta-bloquants en monothérapie initiale chez les patients âgés > 60 ans. Chez les patients recevant des diurétiques en monothérapie, administrer des diurétiques d'épargne potassique pour prévenir l'hypokaliémie. On ne recommande pas les IECA* en monothérapie chez les patients de race noire. Les IECA, les BRA et les inhibiteurs de la rénine sont tératogènes et une grande prudence est de mise lorsqu'on les prescrit à des femmes en âge de procréer. L'association d'un inhibiteur de l'ECA et d'un BRA n'est précisément pas recommandée.
Hypertension systolique isolée sans autre indication formelle	Diurétiques thiazidiques, BRA ou inhibiteurs calciques de type dihydropyridinique à action prolongée	Association de médicaments de première intention	Mêmes remarques que pour l'hypertension diastolique +/- systolique
Diabète sucré		Cible : < 130/80 mm Hg	
	Traitement initial	Traitement de 2 ^e intention	Remarques et/ou mises en garde
Diabète sucré accompagné de néphropathie	IECA ou BRA	Ajout de diurétiques thiazidiques, de bêta-bloquants cardiosélectifs, d'IC à action prolongée	Si le taux de créatinine sérique est > 150 μ mol/L, substituer un diurétique de l'anse aux diurétiques thiazidiques à faible dose, en cas d'hypervolémie.
Diabète sucré sans néphropathie	IECA, BRA, IC de type dihydropyridinique ou diurétiques thiazidiques	Association de médicaments de première intention ou, si les médicaments de première intention ne sont pas tolérés, ajout de bêta-bloquants cardiosélectifs et/ou d'IC à action prolongée, non dihydropyridiniques	Rapport albumine-créatinine (RAC) normal < 2,0 mg/mmol chez les hommes et < 2,8 mg/mmol chez les femmes. L'association d'un inhibiteur de l'ECA et d'un BRA n'est précisément pas recommandée.

Reproduit avec l'autorisation du PECH.



Tableau 1 (suite)

Facteurs à considérer dans la personnalisation du traitement antihypertenseur

Maladie cardiovasculaire ou vasculaire cérébrale	Cible : < 140/90 mm Hg		
	Traitement initial	Traitement de 2 ^e intention	Remarques et/ou mises en garde
Angine	Bêta-bloquants; IECA, sauf chez les patients à faible risque	Bloquants des canaux calciques (BCC) à action prolongée	La nifédipine à action brève est déconseillée. L'association d'un IECA et d'un BRA n'est précisément pas recommandée.
Antécédents d'infarctus du myocarde	Bêta-bloquants et IECA (BRA en cas d'intolérance aux IECA)	Inhibiteurs calciques à action prolongée	L'association d'un IECA et d'un BRA n'est précisément pas recommandée.
Insuffisance cardiaque	IECA (BRA en cas d'intolérance aux IECA) et bêta-bloquants. Spironolactone chez les patients présentant des symptômes de classe III ou IV selon la classification de la NYHA.	Association d'un BRA et d'un IECA. Association d'hydralazine/dinitrate d'isosorbide Diurétique thiazidique ou diurétique de l'anse, comme traitement d'appoint	Adapter les doses d'IECA et de BRA d'après celles utilisées dans les études cliniques. Les BCC non dihydropyridiniques sont déconseillés (diltiazem, vérapamil). Si on administre un inhibiteur de l'ECA en association avec un BRA, il faut suivre de près la kaliémie et la fonction rénale.
Hypertrophie ventriculaire gauche	Aucune influence sur les recommandations concernant le traitement initial	Association d'autres agents	L'hydralazine et le minoxidil peuvent accroître l'hypertrophie ventriculaire gauche.
Antécédents d'AVC ou d'AIT*	Association d'IECA et de diurétique	Association d'autres agents	Cette recommandation ne s'applique pas en cas d'AVC aigu. L'abaissement de la PA réduit les complications vasculaires cérébrales récurrentes chez les patients ayant des antécédents de maladie vasculaire cérébrale stable. L'association d'un IECA et d'un BRA n'est précisément pas recommandée.

Reproduit avec l'autorisation du PECH.

tendus dont l'hypertension est traitée. Par rapport à un traitement antihypertenseur conventionnel, un traitement plus intensif entraîne une réduction de 25 % des décès et des événements cardiovasculaires. Le traitement de l'hypertension a aussi pour effet de ralentir la progression de la rétinopathie et de la maladie rénale liées au diabète.

Selon l'enquête récemment réalisée par la Fondation des maladies du cœur sur la sensibilisation à l'hypertension, le

traitement et la maîtrise de cette affection en Ontario, les taux de maîtrise de la pression artérielle dans cette province ont atteint des niveaux inégalés jusqu'ici, en ce sens que deux personnes hypertendues sur trois maîtrisent leur hypertension. Toutefois, chez les patients diabétiques, la proportion de ceux qui maîtrisent leur hypertension n'est que de un sur trois, autrement dit, plus des deux tiers ont une pression artérielle supérieure à la valeur cible de moins



Tableau 1 (suite)

Facteurs à considérer dans la personnalisation du traitement antihypertenseur

Néphropathie chronique non diabétique		Cible : < 130/80 mm Hg	
	Traitement initial	Traitement de 2 ^e intention	Remarques et/ou mises en garde
Néphropathie chronique non diabétique	IECA (BRA en cas d'intolérance aux IECA), diurétiques en traitement d'appoint	Association d'autres agents	Les IECA et les BRA sont déconseillés en cas de sténose bilatérale des artères rénales ou de sténose unilatérale dans le cas d'un rein solitaire. Suivre de près les taux de créatinine et de potassium sérique chez les patients sous IECA ou BRA. L'association d'un inhibiteur de l'ECA et d'un BRA n'est précisément pas recommandée en cas de néphropathie chronique sans protéinurie.
Maladie rénovasculaire	Aucune influence sur les recommandations concernant le traitement initial	Association d'autres agents	Les IECA et les BRA sont déconseillés en cas de sténose bilatérale des artères rénales ou de sténose unilatérale dans le cas d'un rein solitaire.
Autres affections		Cible : < 140/90 mm Hg	
	Traitement initial	Traitement en 2 ^e intention	Remarques et/ou mises en garde
Maladie artérielle périphérique	Aucune influence sur les recommandations concernant le traitement initial	Association d'autres agents	Les bêta-bloquants sont déconseillés en cas de maladie grave.
Dyslipidémie	Aucune influence sur les recommandations concernant le traitement initial	Association d'autres agents	--
Protection vasculaire globale	Prescrire des statines aux patients présentant au moins 3 facteurs de risque cardiovasculaire ou souffrant d'athérosclérose. Prescrire de faibles doses d'AAS aux patients dont la pression artérielle est maîtrisée	--	En ce qui concerne la recommandation relative à l'AAS, il faut faire preuve de prudence si la pression artérielle n'est pas maîtrisée.

* ECA : enzyme de conversion de l'angiotensine; IECA : inhibiteur enzyme de conversion de l'angiotensine AIT : accident ischémique transitoire; BRA : bloqueur des récepteurs de l'angiotensine. Reproduit avec l'autorisation du PECH.

de 130/80 mm Hg. Cette absence de maîtrise de la pression artérielle chez les personnes diabétiques peut s'expliquer en grande partie par le recours relativement faible aux diurétiques, la pierre angulaire du traitement de l'hypertension résistante au sein de cette population.

Chez les personnes diabétiques, la maîtrise de l'hypertension pourrait passer par une modification du mode de vie associée à la prise de trois à quatre médicaments ou plus. Il est recommandé de prescrire un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un

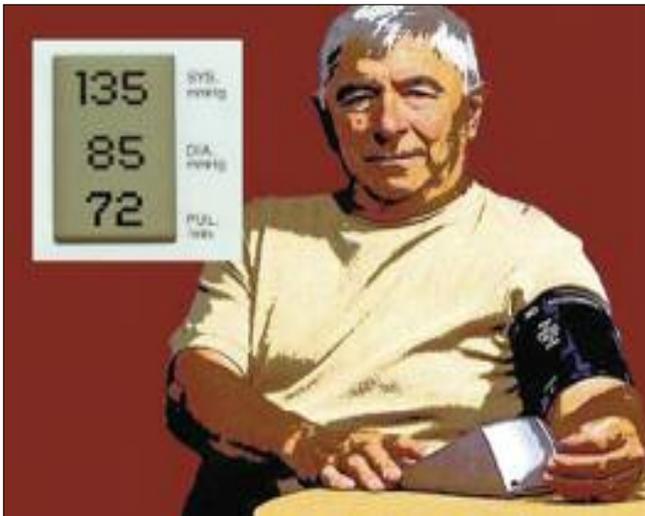


Figure 1. Diagramme de la mesure appropriée de la pression artérielle

bloqueur des récepteurs de l'angiotensine (BRA) à tous les patients diabétiques qui sont hypertendus (Tableau 1). Parmi les autres traitements de première intention figurent les inhibiteurs calciques à action prolongée et les diurétiques à faible dose chez les personnes ne présentant pas de protéinurie [Recommandations 2009 du PECH présentées au JCC en vue d'être publiées]. Si la pression artérielle est égale ou supérieure à 150/90 mm Hg, il serait souhaitable d'envisager l'instauration du traitement par l'association de deux médicaments. Il est généralement nécessaire de recourir à un diurétique pour maîtriser la pression artérielle lorsqu'on fait appel à trois médicaments ou plus, ce qui entraîne chez les personnes diabétiques une réduction des événements cardiovasculaires graves analogue à celle associée à d'autres classes de médicaments. Il est important de maintenir un taux de potassium sérique normal pour réduire les effets d'un diurétique sur la glycémie et réduire le plus possible le risque d'événements cardiovasculaires. Si on ne réussit pas à maîtriser la pression artérielle par l'ajout séquentiel de médicaments antihypertenseurs, il faut envisager d'adresser le patient à un spécialiste de l'hypertension. On a observé une amélioration de la qualité de vie chez les patients ayant reçu un traitement contre l'hypertension dans le cadre du plus vaste essai comparatif portant sur les traitements intensifs et moins intensifs de l'hypertension.

Tableau 2

Instructions au patient relativement à la mesure de la pression artérielle à domicile

Achat du matériel

- Achetez un appareil approuvé, affichant le logo.
- Assurez-vous que le brassard convienne à votre taille; demandez de l'aide au besoin.



Mesure de la pression artérielle

- Suivez les instructions fournies avec l'appareil.
- Mesurez la pression artérielle et notez les valeurs observées seulement si vous avez le temps de le faire convenablement.
- Ne mesurez pas votre pression artérielle si vous vous sentez mal à l'aise, anxieux, stressé, si vous avez froid ou si vous ressentez de la douleur.
- Attendez au moins deux heures après une activité physique intense (p. ex. une longue course à pied) et au moins une demi-heure après une activité physique légère (p. ex. une courte promenade à pied) ou après avoir bu du café ou fumé.
- Avant de mesurer votre pression, videz votre vessie ou vos intestins si vous en ressentez le besoin.
- Installez-vous confortablement dans un lieu tranquille et reposez-vous pendant 5 minutes, sans faire d'autre activité (comme regarder la télévision ou parler), avant de mesurer votre pression artérielle.
- Placez le brassard directement sur le bras ou par-dessus une manche mince.
- Installez-vous sur une chaise munie d'un dossier, à côté d'une table pour vous appuyer le bras. Si nécessaire, glissez un oreiller ou une serviette sous votre bras, pour qu'il se trouve au même niveau que votre cœur (voir Figure 1). Ne croisez pas les jambes.
- Mesurez votre pression artérielle le matin, avant de prendre vos médicaments et votre petit déjeuner et le soir, avant d'aller vous coucher ou de prendre un bain ou vos médicaments.
- Prenez au moins deux mesures et notez les valeurs observées ainsi que la date et l'heure.

Quoi de neuf?

En 2008, plusieurs nouveaux essais cliniques présentant de l'intérêt pour les cliniciens ont été réalisés. Il ressort de l'essai ONTARGET qu'un IECA ou un BRA avait des effets analogues sur le plan cardiovasculaire chez les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire ou de diabète de type II. Il se dégage aussi de l'essai ONTARGET que



Tableau 3

Valeurs cibles de la pression artérielle

Milieu	Cible (PAS/PAD mm Hg)
Domicile Mesure de la pression artérielle à domicile et surveillance ambulatoire de la pression artérielle (SAPA) diurne*	< 135/85
Cabinet Hypertension diastolique ± systolique	< 140/90
Hypertension systolique isolée	< 140
Diabète	< 130/80
Néphropathie chronique	< 130/80

PAD : pression artérielle diastolique; PAS : pression artérielle systolique

* Les valeurs cibles obtenues par la mesure de la pression artérielle à domicile ou par la SAPA n'ont pas encore été établies chez les patients atteints de diabète ou d'une néphropathie chronique.

Reproduit avec l'autorisation du PECH.

l'association d'un IECA et d'un BRA a pour effet d'abaisser un peu plus la pression artérielle, mais qu'elle entraîne plus d'effets indésirables, comme l'hyperkaliémie, l'hypotension et l'insuffisance rénale, et qu'elle n'est pas associée à de meilleurs résultats pour le patient par rapport au recours à un IECA en monothérapie. Chez les personnes atteintes d'une maladie rénale chronique de stade 3 (DFG > 30 mL/min), l'association d'un IECA et d'un BRA a pour effet de réduire les taux de protéinurie, mais pas les événements cardiovasculaires. De plus, elle entraîne une augmentation des effets indésirables sur le rein, y compris la nécessité de recourir à une dialyse aiguë par rapport au recours à un IECA seul.

Les seules données indiquant que l'association d'un IECA et d'un BRA entraînait une amélioration des résultats chez le patient concernent les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, chez qui l'association médicamenteuse réduit la récurrence des hospitalisations. Des essais sont actuellement réalisés sur l'association d'un IECA et d'un BRA chez les patients atteints d'une maladie rénale chronique et de diabète. C'est pourquoi l'association d'un IECA et d'un BRA ne doit être envisagée que chez certains

patients atteints d'insuffisance cardiaque grave ou d'une néphropathie protéinurique faisant l'objet d'une surveillance étroite (Tableau 1). Dans le cas des patients qui sui-vent déjà une bithérapie et dont l'état est stable, les cliniciens ne doivent pas perdre de vue que le fait de prescrire une seule des deux classes est aussi efficace pour la prévention des événements cardiovasculaires et que d'autres schémas thérapeutiques sont plus efficaces pour la prévention des événements cardiovasculaires et l'abaissement de la pression artérielle.

En 2008, l'essai HYVET a associé d'importantes réductions du nombre d'événements cardiovasculaires et de décès au traitement de l'hypertension chez des personnes assez bien portantes, mais très âgées (de plus de 80 ans). C'est pourquoi le PECH recommande maintenant de ne pas tenir compte de l'âge lorsqu'on prescrit une pharmacothérapie antihypertensive. Toutefois, il continue de préconiser la prudence en présence de patients âgés qui ont la santé fragile, chez qui les risques du traitement et de l'hypotension pourraient être plus élevés. Parmi les personnes chez qui les risques pourraient l'emporter sur les effets bénéfiques pourraient figurer celles qui sont atteintes d'une hypotension posturale, d'une hypotension postprandiale ou qui ont un mauvais pronostic à court terme en raison d'une affection concomitante.

D'autres importants essais cliniques portant sur des traitements antihypertenseurs fondés sur des BRA ont été pris en considération (PROFESS et TRANSCEND), mais ils n'ont pas entraîné de modification des recommandations du PECH.

Mesure de la pression artérielle à domicile

Le PECH continue d'inciter le patient à mesurer sa pression artérielle à domicile, ce qui représente un pas en avant vers un sentiment de compétence dans la prise en charge de sa propre pression artérielle. La mesure de la pression artérielle à domicile est un indicateur prévisionnel plus étroitement lié au pronostic de maladie cardiovasculaire que la mesure de la pression artérielle en cabinet. Les mesures à domicile peuvent aussi confirmer le diagnostic d'hyper-



tension, améliorer la maîtrise de la pression artérielle, réduire le recours nécessaire aux médicaments chez certains patients, détecter le syndrome de la blouse blanche et l'hypertension masquée et améliorer le respect du traitement chez les patients qui ont tendance à ne pas l'observer. On trouve également des conseils au patient sur l'achat d'un tensiomètre et la mesure de la pression artérielle à domicile au www.hypertension.ca et au www.heartandstroke.ca/BP. En 2009, un vidéo expliquant comment mesurer la pression artérielle à domicile pourra être téléchargé à partir du site : www.hypertension.ca. Le Tableau 2 offre aux patients des sources générales d'information sur la mesure de la pression artérielle à domicile.

Autres recommandations importantes sur la prise en charge de l'hypertension artérielle

Évaluer la pression artérielle à toutes les consultations appropriées

La pression artérielle augmente avec l'âge, de sorte que 50 % des Canadiens et Canadiennes de plus de 65 ans sont atteints d'hypertension. Plus de 90 % des personnes âgées de 55 à 65 ans ayant une pression artérielle normale finiront par devenir hypertendus au cours du vieillissement normal. Il faut donc effectuer une mesure systématique de la pression artérielle tout au long de la vie chez tous les adultes, et annuellement chez les personnes qui présentent une pression artérielle normale élevée, afin de dépister les cas d'hypertension.

Évaluer et prendre en charge les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire chez tous les patients hypertendus (notamment le tabagisme, la dyslipidémie, la dysglycémie [p. ex., l'intolérance au glucose, le diabète], l'obésité abdominale, la malnutrition et l'inactivité physique)

La vaste majorité des personnes atteintes d'hypertension artérielle au Canada présentent d'autres facteurs de risque de maladie cardiovasculaire. La détection et la prise en charge de ces autres facteurs de risque peuvent aider à réduire de moitié le risque global de maladie cardiovasculaire

Tableau 4

Modifications du mode de vie susceptibles de diminuer le risque d'hypertension, d'abaisser la pression artérielle et de réduire le risque de complications cardiovasculaires liées à la pression artérielle chez les patients hypertendus

1. Régime alimentaire sain

Riche en fruits et légumes frais, en produits laitiers à faible teneur en gras, en fibres alimentaires solubles, en céréales à grains entiers et en protéines d'origine végétale, et pauvre en gras saturés, en cholestérol et en sel, conformément aux recommandations contenues dans le Guide canadien de la saine alimentation et de l'activité physique

2. Pratique d'une activité physique régulière

Total de 30 à 60 minutes d'activités physiques dynamiques d'intensité moyenne, de 4 à 7 fois par semaine, en plus des activités quotidiennes

3. Consommation modérée d'alcool

Pas plus de 2 verres par jour. Hommes : moins de 14 verres par semaine; Femmes : moins de 9 verres par semaine.

4. Atteinte et maintien d'un poids idéal

Indice de masse corporelle : 18,5 à 24,9 kg/m²

5. Tour de taille

Origine : caucasienne < 94 cm chez les hommes et < 80 cm chez les femmes

Origine : asiatique (du Sud), japonaise, chinoise < 90 cm chez les hommes et < 80 cm chez les femmes

6. Réduction de la consommation de sodium

À moins de 2 300 mg/jour

7. Environnement sans fumée

Reproduit avec l'autorisation du PECH.

laire et à modifier la valeur cible de la pression artérielle (Tableau 3) ainsi que les classes de médicaments antihypertenseurs recommandés (Tableau 1). À l'heure actuelle, la moitié seulement des jeunes ayant reçu un diagnostic d'hypertension sont traités même s'ils présentent de multiples risques sur le plan cardiovasculaire et les fumeurs sont proportionnellement moins, et non plus, nombreux à suivre un traitement. Il est recommandé d'envisager d'offrir une pharmacothérapie aux jeunes patients hypertendus qui présentent de multiples facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (sexe masculin, sédentarité, mauvaises



Tableau 5

Conseils aux patients pour réduire l'apport en sodium de source alimentaire

À faire :

- Acheter et consommer plus d'aliments frais, surtout des fruits et des légumes.
- Choisir les aliments préparés dont l'étiquette précise que la teneur en sodium est faible, ou des aliments de marques dont le pourcentage de sodium porté sur l'étiquette est le plus faible.
- Passer les aliments en conserve ou autres aliments salés sous l'eau avant de les consommer ou de les faire cuire.
- Utiliser des épices sans sel pour rehausser le goût des aliments, si désiré.
- Consommer des portions plus petites au restaurant et dans les établissements de restauration rapide et demander de diminuer la quantité de sel ajoutée.
- Mettre moins de sauce sur les aliments consommés.
- Consommer des aliments qui contiennent moins de 200 mg de sodium (ou moins de 10 % de la valeur quotidienne) par portion.

À ne pas faire :

- Acheter ou consommer des aliments très salés (marinades, craquelins salés ou croustilles, aliments transformés, etc.).
- Saler les aliments à cuire ou un plat.
- Consommer des aliments qui contiennent plus de 400 mg de sodium (ou plus de 20 % de la valeur quotidienne) par portion.

Reproduit avec l'autorisation de Pression artérielle Canada.

habitudes alimentaires, obésité, tabagisme, etc.). En règle générale, il est recommandé de prescrire un traitement antihypertenseur aux personnes hypertendues qui fument et ne peuvent renoncer à la cigarette, mais il faudrait éviter de recourir à un bêtabloquant comme traitement de première intention chez ces sujets.

Considérer les modifications durables des habitudes de vie comme la pierre angulaire de la prévention et de la prise en charge de l'hypertension et des maladies cardiovasculaires (MCV)

On peut prévenir et traiter l'hypertension et amoindrir l'influence des autres facteurs de risque de maladie cardiovasculaire en adoptant une alimentation saine, en pratiquant régulièrement une activité physique, en consommant de l'alcool avec modération, en réduisant l'apport en sodium alimentaire et, chez certains, en diminuant le niveau de stress (Tableau 4). Malheureusement, après avoir reçu un diagnostic d'hypertension, rares sont les Canadiens qui améliorent leurs habitudes de vie. Or, les professionnels de la santé peuvent, par des interventions simples et brèves, accroître les chances d'adoption de nouvelles habitudes de vie par leurs patients. On trouvera au Tableau 5 des conseils aux patients sur la réduction de l'apport en sodium de source alimentaire. Une section nouvelle dans le site Web de la Fondation des maladies du cœur (www.heartandstroke.ca/BP) permet aux personnes hypertendues d'évaluer leur mode de vie, en plus de leur proposer des solutions personnalisées et des activités de suivi afin de les aider à modifier leurs habitudes de vie. Il existe aussi plusieurs documents sur l'hypertension, destinés aux patients, qu'on peut commander au www.hypertension.ca/bpc.

Traiter l'hypertension artérielle (< 140/90 mm Hg et < 130/80 mm Hg chez les patients atteints de diabète ou d'une maladie rénale chronique)

L'abaissement de la pression artérielle aux valeurs cibles établies (Tableau 3) permet une réduction importante du risque de maladie cardiovasculaire. Chez les personnes diabétiques et hypertendues, l'abaissement de la pression artérielle à moins de 130/80 mm Hg a pour effet de réduire sensiblement les risques de décès et d'hospitalisation liés aux maladies cardiovasculaires.

Il est souvent nécessaire d'associer les traitements (médicaments et mode de vie) pour permettre l'atteinte des valeurs cibles de la pression artérielle. La plupart des



patients ont besoin de prendre au moins deux médicaments antihypertenseurs et de modifier leurs habitudes de vie pour atteindre les valeurs cibles recommandées de la pression artérielle. Dans les cas où on utilise deux médicaments pour abaisser la pression artérielle, l'association d'un bêtabloquant, d'un IECA ou d'un BRA produit un effet hypotenseur moins qu'additif. Elle est donc à éviter, sauf en cas d'indication précise. De plus, si la pression artérielle dépasse de 20/10 mm Hg ou plus la valeur cible, l'instauration d'un traitement antihypertenseur par l'association de deux médicaments de première intention constitue une solution de premier recours.

Un suivi bimestriel ou plus fréquent s'impose chez les patients dont la pression artérielle est supérieure aux valeurs cibles. Afin de normaliser la pression artérielle, un suivi à intervalles rapprochés s'impose à la fois pour aider le patient à respecter le traitement et pour accroître l'intensité du traitement.

Il faut insister sur l'observance thérapeutique. Il faudrait évaluer systématiquement l'observance thérapeutique et les modifications des habitudes de vie, à chaque consultation. Des interventions ciblées du professionnel de la santé permettent à la fois de prévenir le non-respect du traitement et d'améliorer l'observance thérapeutique chez les personnes qui éprouvent des difficultés sur ce plan (Tableau 6).

Observations de la direction du PECH

Le PECH vise à améliorer la prévention et la maîtrise de l'hypertension. Dans cette optique, il travaille en étroite collaboration avec le Collège des médecins de famille du Canada, le Conseil canadien des infirmières et infirmiers en soins cardiovasculaires, l'Association des pharmaciens du Canada, la Fondation des maladies du cœur du Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, Statistique Canada et d'autres organisations. Plus particulièrement, il s'emploie, de concert avec Pression artérielle Canada, à produire et à diffuser de l'information sur l'hypertension, destinée aux patients, l'objectif étant d'accroître le sentiment de compétence des patients à l'égard de la prise en charge leur propre hypertension. Un comité mixte a été

Tableau 6

Recommandations pour améliorer l'observance thérapeutique*

1) Aidez votre patient à observer son traitement :

- Prescrivez les médicaments en tenant compte des habitudes quotidiennes des patients.
- Simplifiez les schémas posologiques en prescrivant des médicaments à dose quotidienne unique.
- Remplacez 2 agents antihypertenseurs par un comprimé combiné en proportion fixe (lorsqu'il en existe un qui convient) à condition qu'il s'agisse de la même association de médicaments que le patient prend déjà.
- Utilisez des emballages à prise unitaire (de plusieurs médicaments à prendre ensemble).
- Déterminez quels sont les facteurs qui nuisent à l'observance du traitement.

2) Aidez votre patient à participer plus activement à son traitement

- Responsabilisez le patient et encouragez-le à faire preuve d'une plus grande autonomie quant à la surveillance de la pression artérielle et au rajustement de sa pharmacothérapie.
- Informez les patients et leur famille sur l'hypertension et ses traitements.

3) Améliorez votre surveillance au cabinet et à l'extérieur du cabinet

- Évaluez le respect des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques à chaque consultation.
- Encouragez le patient à observer son traitement en communiquant avec lui soit par téléphone ou par courrier, surtout au cours des trois premiers mois du traitement.
- Travaillez de concert avec les dispensateurs de soins de l'établissement afin d'améliorer le respect du traitement pharmacologique et l'adoption des nouvelles habitudes de vie.
- Utilisez des outils électroniques qui facilitent l'observance du traitement.
- L'adoption d'une approche thérapeutique interdisciplinaire peut améliorer l'observance d'un traitement antihypertenseur.

Reproduit avec l'autorisation du PECH.



Recommandations 2009 du PECH

récemment mis sur pied en collaboration avec Pression artérielle Canada en vue de produire, à l'intention des patients et des professionnels de la santé, des outils axés sur la réduction de l'apport en sodium de source alimentaire. Les efforts de prévention de l'hypertension par une réduction de l'apport en sodium de source alimentaire pourraient entraîner une réduction de 13 % des événements cardiovasculaires et des économies de plus d'un milliard de dollars par an au chapitre de la santé.

Une enquête détaillée est réalisée en 2009 auprès de Canadiens atteints d'hypertension afin de déterminer leurs connaissances, leurs attitudes, leurs croyances et leurs comportements en la matière. En 2010, les résultats d'une enquête nationale sur la pression artérielle indiqueront le taux de traitement et de maîtrise de l'hypertension au Canada.

La direction du PECH tient à remercier les quelque 100 professionnels de la santé bénévoles qui, dans bien des cas, consacrent chaque année des centaines d'heures, et ce depuis une décennie, à l'élaboration, à la diffusion et à l'évaluation des recommandations annuelles canadiennes pour la prise en charge de l'hypertension. C'est grâce à la démarche concertée des bénévoles des milieux clinique, universitaire et gouvernemental, soutenue par les associations de dispensateurs de soins primaires, l'industrie pharmaceutique, le secteur gouvernemental et les organismes de bienfaisance et les associations de scientifiques qu'on a observé une amélioration sensible de la prise en charge et des résultats chez les Canadiens hypertendus. **C**

Version allégée des recommandations



Des recommandations destinées aux patients et au grand public ont été élaborées en 2008. Veuillez adresser les commandes de 25 exemplaires et plus à hyperten@ucalgary.ca.

Les recommandations de 2009, qui s'adressent aux patients diabétiques, sont aussi accessibles par voie électronique à www.hypertension.ca/bpc.

Un outil gratuit et confidentiel, accessible par le Web est à la disposition des patients à www.heartandstroke.ca/BP. Élaboré par la Fondation des maladies du cœur, le Plan d'action de pression artérielle permet aux patients d'obtenir un plan d'action personnalisé, adapté à leur risque de maladie cardiovasculaire; favorise la prise en charge personnelle de la maladie; incite les patients à modifier leur mode de vie, à surveiller leur pression artérielle et à imprimer des rapports à présenter au fournisseur de soins.

**Des références sont disponibles,
contactez-nous : clinicien@sta.ca**

ARTHROTEC^{MD}

comprimés de 50 et 75 mg de diclofénac sodique et de misoprostol



(Analgésique anti-inflammatoire en association avec un agent protecteur de la muqueuse)
Arthrotec* est contre-indiqué pendant la grossesse. Monographie du produit disponible sur demande.

Pfizer Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

© Pfizer Inc, utilisée sous licence
ARTHROTEC G.D. Searle LLC,
Pfizer Canada Inc., licence

