

PRISE EN CHARGE SYSTÉMATISÉE DES PERSONNES ATTEINTES D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

HYPERTENSION

Ordonnances collectives

Rôle des différents acteurs

Habitudes de vie

Organisation du suivi

Examens

Évaluation

Définition

Analyses de laboratoire

Ajustement de la thérapie médicamenteuse

Outils



SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE
D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

AVERTISSEMENT

L'information contenue dans le présent document était la plus juste possible au moment de sa publication, le 8 janvier 2011. Cependant, le traitement et la pharmacothérapie évoluent sans cesse à mesure que la recherche et l'expérience clinique accroissent nos connaissances. Ainsi, les lecteurs sont-ils invités à consulter régulièrement les monographies fournies par les fabricants de tous les médicaments indiqués dans ce document. Le médecin traitant a la responsabilité de déterminer le meilleur traitement possible, à partir de son expérience clinique et de l'évaluation du patient.

Lorsque le contexte s'y prête, les genres féminin ou masculin utilisés dans ce document, désignent aussi bien les hommes que les femmes.

Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction partielle ou complète de ce document à des fins non commerciales de mise en œuvre d'un programme de prise en charge systématique des personnes atteintes d'hypertension artérielle est permise, uniquement sur le territoire québécois, à condition d'en mentionner la source.

Toute citation doit être accompagnée de la référence ci-jointe :

Cloutier L, Poirier L. éd. *Prise en charge systématique des personnes atteintes d'hypertension artérielle*. Montréal, Canada Société québécoise d'hypertension artérielle, 2011; page(s) à préciser

© Société québécoise d'hypertension artérielle
ISBN 978-2-9810189-5-3

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec
Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Canada

Première édition, janvier 2011

RÉDACTION

Rédacteurs en chef

Lyne Cloutier inf. Ph.D. Professeure, Université du Québec à Trois-Rivières

Luc Poirier B.Pharm. M.Sc. Pharmacien, Clinique d'hypertension et Département de pharmacie, Centre hospitalier de l'Université de Laval, CHUQ

Auteurs

France Boulianne inf. B.Sc. Directrice générale, Société québécoise d'hypertension artérielle

Élaine Dumoulin inf. B.Sc. Infirmière clinicienne, GMF - Clinique médicale Saint-Vallier

André Fréchette M.D. Omnipraticien, GMF - Clinique médicale Saint-Vallier

Claude Garceau M.D. Interniste, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Pierre Larochelle M.D. Ph.D. Interniste, Institut de recherches cliniques de Montréal et CHUM

Alain Milot M.D. M.Sc. Interniste, Centre des maladies vasculaires, Hôpital Saint-François d'Assise, CHUQ

Conceptrice graphique

Hélène Lambin Ph.D.

Collaborateurs

Catherine Aubry inf. B.Sc. Infirmière clinicienne, Verdun
Huguette Bélanger M.D. Médecin-conseil ASSS, Montérégie
Véronique Belley inf. B.Sc. Infirmière clinicienne, Québec
Marie-Christine Bisson inf. B.Sc. Infirmière clinicienne, Québec
Linda Boivin inf. B.Sc. Infirmière clinicienne, Québec
Isabelle Bouchard inf. B. Sc. Infirmière clinicienne, Québec
Solange Boucher inf. M.Sc. Conseillère clinique spécialisée, Laval
Joël Brodeur inf. M.Sc. Infirmier-conseil à l'OIIQ, Montréal
Renée-Claude Côté inf. B.Sc. Infirmière clinicienne, Québec
Richard Cyr B.Pharm. Pharmacien, Québec
Johanne Desforges M.D. Omnipraticienne, Verdun
Marc Dontigny B.Sc. Pharmacien, Trois-Rivières
Denis Drouin M.D. Omnipraticien, Québec
Suzanne Durand inf. M.Sc., Directrice à l'OIIQ, Montréal
Eric Forget B.Pharm. Pharmacien, Québec
Lorraine Fortin Infirmière, Lac Etchemins
Martine Gauthier Infirmière-chef, Montréal
Christine Laliberté inf. M.Sc. IPSPL, Québec
Daniel Landry M.D. Omnipraticien, Québec
Marie-Ève Leblanc inf. M.Sc. Infirmière clinicienne, Trois-Rivières
Dominique Savard inf. B.Sc. Infirmière clinicienne, Québec
Éric Tremblay inf. M.Sc. Conseiller clinicien - DSI, Québec
Patricia Trépanier inf. B.Sc. Infirmière clinicienne, Shawinigan
Michel Turgeon M.D. Omnipraticien, Québec
Marie-Claude Vanier B.Pharm. M.Sc. Pharmacienne, Laval
Denis Villeneuve B.Pharm. Pharmacien, Québec

TABLE DES MATIÈRES

Avertissement	2
Rédaction	3
Table des matières	5
Mot du président	6
Mission de la Société québécoise d'hypertension artérielle	8
Introduction	9
Rôles des différents acteurs	11
Définition, diagnostic et méthodes de mesure	15
Évaluation de la personne atteinte d'hypertension artérielle	22
Ordonnance collective pour les examens et les analyses de laboratoire	35
Directives pour les analyses de laboratoire	38
Ordonnance collective pour l'ajustement de la thérapie médicamenteuse	41
Traitement pharmacologique	47
Modifications des habitudes de vie	60
Organisation du suivi	65
Références et outils	68
Annexes	72
Index	106
Remerciements	107

**MOT DU PRÉSIDENT
MISSION DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE
D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
INTRODUCTION**

MOT DU PRÉSIDENT

La Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA) s'est engagée à promouvoir l'enseignement et la formation auprès des intervenants en santé au regard de la prévention, du dépistage et du traitement de l'hypertension artérielle.

L'organisation actuelle des soins et des services de santé est en constante mouvance et nécessite une implication des différents professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge des personnes atteintes d'hypertension artérielle. Il semble donc que l'une des solutions privilégiées par les professionnels exerçant en première ligne serait de tirer profit au maximum des connaissances, des habiletés et des capacités distinctes de tous les membres de l'équipe de soins.

Vu l'importance grandissante des défis reliés à la lutte contre l'hypertension artérielle, la SQHA, en partenariat avec des professionnels de la santé œuvrant actuellement en soins de première ligne, a développé un canevas de prise en charge systématisée de la clientèle à risque ou atteinte d'hypertension artérielle et souhaite le proposer aux professionnels de la santé impliqués.

Ce document a été rédigé en tenant compte des recommandations du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) en vigueur au moment de sa rédaction.

Nous croyons que le document que nous vous proposons favorisera l'harmonisation et la normalisation des pratiques. Nous souhaitons aussi fortement que la lecture du document suscite l'intérêt et l'implication des professionnels de la santé à l'égard de la prise en charge des personnes hypertendues. Nous aimerions ainsi créer une synergie entre les différents acteurs impliqués : le processus ayant trait à l'ordonnance collective est un travail d'équipe et doit impliquer tous les membres de cette équipe incluant le patient.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont généreusement accepté de consacrer temps et énergie à la réalisation de ce document. Espérant que cet ouvrage vous sera utile,



Ernesto L. Schiffrin C.M., M.D., Ph.D., FRCPC

Président, Société québécoise d'hypertension artérielle

MISSION DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

La Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA) s'est donnée la triple mission de favoriser la recherche, de valoriser l'enseignement et d'améliorer les soins dans le domaine de l'hypertension artérielle.

Pour remplir sa mission, la Société contribue, depuis bientôt vingt ans, à la formation de nouveaux chercheurs en accordant des bourses de recherche aux étudiants.

La Société développe des outils d'éducation destinés aux professionnels de la santé ainsi qu'au grand public afin d'accélérer le transfert des connaissances.

La Société souhaite ainsi que les fruits de la recherche et de la mise à jour constante des connaissances aideront à maintenir l'excellence des soins de santé et, à améliorer la qualité de vie des Québécoises et des Québécois.



www.hypertension.qc.ca

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle demeure encore aujourd'hui un facteur de risque majeur dans le développement de plusieurs complications dont, entre autres, la coronaropathie, les accidents vasculaires cérébraux, la maladie artérielle périphérique et l'insuffisance rénale. Les plus récentes statistiques démontrent que la prévalence de l'hypertension artérielle n'a pas diminué au cours des 20 dernières années (1). Un adulte sur cinq est atteint d'hypertension artérielle et, au-delà de 60 ans, c'est un adulte sur deux. Au cours de la même période, des percées intéressantes ont eu lieu tant au plan des traitements pharmacologiques qu'au plan des interventions de modification des habitudes de vie.

Malgré tout, il semble que l'organisation actuelle des soins et des services ne permettent pas une utilisation optimale de ces découvertes et force est de constater qu'il y a encore du chemin à parcourir dans la prise en charge des personnes atteintes d'hypertension artérielle. Il semble ainsi que l'une des solutions privilégiées par les professionnels de la santé exerçant en première ligne serait de tirer profit au maximum des connaissances, des habiletés et des capacités distinctes de tous les membres de l'équipe de soins.

Ainsi, la Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA) a souhaité proposer un canevas de prise en charge systématisée de la clientèle à risque ou atteinte d'hypertension artérielle. Ce canevas se veut un guide sans toutefois devenir un cadre rigide. Ses auteurs reconnaissent l'individualité de chaque milieu et encouragent la personnalisation des outils selon les besoins. Ce document a été rédigé en tenant compte des recommandations du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) en vigueur (2,3).

Le document est destiné aux médecins, infirmières et pharmaciens qui souhaitent développer une vision commune et renouvelée des soins et des services auprès des personnes atteintes d'hypertension artérielle. Le contenu ne constitue pas la seule ligne de conduite possible mais plutôt le reflet d'une pratique de plus en plus répandue. Certaines sections se veulent porteuses d'éléments nouveaux qui susciteront réflexions et discussions au sein des équipes. La description de l'évaluation du patient et des traitements concerne plus particulièrement une personne atteinte d'hypertension artérielle essentielle non compliquée.

Le document vient compléter des documents déjà connus par des professionnels de la santé, tel le *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique*, 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, avec la collaboration de la Société québécoise d'hypertension artérielle pour la révision et la mise à jour des lignes directrices en matière d'hypertension artérielle (4).

L'avènement des ordonnances collectives permet aux pharmaciens et infirmières, selon les activités réservées respectives, de réaliser l'ajustement de la thérapie médicamenteuse ou encore de demander des examens et des analyses de laboratoire. La SQHA reconnaît que les infirmières et les pharmaciens exerçant au Québec ont reçu une formation initiale solide et, qu'ils sont soucieux de maintenir leurs compétences à jour. En effet, ces professionnels de la santé peuvent exercer des activités qui leur sont réservées, en exclusivité ou en partage, sous réserve d'une ou de plusieurs conditions dont une ordonnance collective. Par ailleurs, les auteurs du présent document ainsi que les personnes-ressources consultées, souhaitent toutefois s'assurer que ces professionnels auront à leur disposition une formation continue pertinente et un modèle d'accompagnement clinique adéquat. Ainsi, ce projet de rédaction d'une approche systématisée s'accompagne donc du développement parallèle d'une formation au regard de la prise en charge des personnes atteintes d'hypertension artérielle.

L'introduction des ordonnances collectives implique certainement un partage des responsabilités et des devoirs. Les professionnels de la santé sont invités à identifier les modalités qui faciliteront le suivi des patients. Ainsi, il sera essentiel de décrire le mécanisme qui permettra d'identifier le médecin répondant qui pourra être consulté par les infirmières et pharmaciens, en l'absence du médecin traitant.

Nous souhaitons fortement que la lecture du document suscite l'intérêt et l'implication des professionnels de la santé à l'égard de la prise en charge des personnes hypertendues. La mise en place d'une prise en charge systématisée est un travail d'équipe qui doit mobiliser tous ses membres.

RÔLE DES DIFFÉRENTS ACTEURS DÉFINITIONS ET ÉVALUATION

RÔLES DES DIFFÉRENTS ACTEURS

Loi modifiant la Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (LQ, 2002, c.33) - Loi no. 90



Depuis l'entrée en vigueur, en 2002, de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, plusieurs professionnels de la santé peuvent exercer des activités qui leur sont réservées, en exclusivité ou en partage, sous réserve d'une ou de plusieurs conditions dont une ordonnance.

La Loi permet une meilleure organisation du travail et établit un nouveau type de relation entre les acteurs du réseau en énumérant les activités réservées, en exclusivité ou en partage. Ainsi, l'exercice de plusieurs activités est désormais conditionnel à la délivrance d'une ordonnance médicale, qu'elle soit individuelle ou collective (OPQ, 2004).

Le terme ordonnance signifie une prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles. L'ordonnance peut être individuelle ou collective. Une ordonnance peut être collective quant aux médecins prescripteurs, aux professionnels visés, ou aux personnes visées (clientèle). LQ 2002 c.33 et OPQ 2004).

L'objectif ici est donc de revoir les rôles des principales personnes qui prennent une part déterminante dans les soins et les services plus particulièrement en ce qui a trait aux ordonnances collectives. Il ne s'agit toutefois pas de descriptions exhaustives ou limitatives mais plutôt de propositions. Les professionnels de la santé sont invités à poser ces actions dans les limites de leur rôle professionnel respectif tout en ayant le souci de la collaboration interprofessionnelle. Ainsi, il sera intéressant de créer des espaces de discussions spécifiques où le médecin, l'infirmière et le pharmacien pourront échanger sur le suivi des patients. De plus, plusieurs autres professionnels de la santé (nutritionnistes, kinésiologues, psychologues) peuvent également se joindre à l'équipe et apporter leur contribution spécifique.

Rôle du patient

- Prend connaissance du diagnostic d'hypertension artérielle et de ses conséquences
- Prend connaissance et participe à la décision pour l'identification des cibles thérapeutiques
- Participe, dans les limites de ses capacités, aux mesures de pression artérielle (MAPA, mesures à domicile, mesures en clinique)
- Prend connaissance des traitements sélectionnés selon sa condition de santé (modifications des habitudes de vie, traitements pharmacologiques) et prend part activement dans leur mise en œuvre
- Accepte de participer au suivi conjoint des professionnels de la santé
- Accepte de participer au suivi de l'observance thérapeutique en signant le formulaire permettant aux médecins, infirmières et pharmaciens de partager les informations de son dossier (exemple de formulaire à venir sur le site Internet de la SQHA)

Rôle du médecin

- Établit le diagnostic d'hypertension artérielle
- Élabore le plan de traitement individuel au regard des modifications des habitudes de vie et du traitement pharmacologique
- Établit une cible de traitement
- Rédige les prescriptions
- Rédige la feuille d'intention de traitements
- Explique au patient les choix thérapeutiques et les cibles sélectionnées
- Invite le patient à participer au suivi conjoint avec les autres professionnels de la santé
- Évalue l'enseignement au regard des modifications des habitudes de vie
- Réfère le patient à l'infirmière ou au pharmacien communautaire selon les dispositions existantes
- Effectue le suivi à long terme du patient

Rôle de l'infirmière

- Évalue l'état de santé de la personne
- Participe au dépistage de l'hypertension en obtenant les mesures de pression artérielle
- Participe à l'enseignement et à l'évaluation des modifications des habitudes de vie
- Participe à l'enseignement et à l'évaluation au regard du traitement pharmacologique
- Prend connaissance des intentions de traitements
- Applique les ordonnances collectives (examens et analyses de laboratoires et ajustement thérapeutique)
- Évalue les effets des modifications des habitudes de vie et des traitements pharmacologiques
- Assure le suivi au regard des examens de laboratoire, tels que prévus dans le protocole
- Assure le suivi des observations du pharmacien au regard de l'observance thérapeutique et lui fait part des résultats de laboratoire au besoin, selon l'entente avec le patient
- Si les cibles thérapeutiques ne sont pas atteintes ou si l'état du patient s'aggrave, demande l'intervention du médecin et convient avec lui du suivi à donner
- Transmet ses observations au médecin et au pharmacien (observance, effets secondaires, problèmes reliés à la pharmacothérapie)

Rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en première ligne (IPSPL)

- Prend connaissance des intentions de traitement
- Prescrit ou procède aux examens et analyses de laboratoire nécessaires au dépistage, au suivi et à l'évaluation du patient atteint d'hypertension artérielle et confirme les symptômes de diminution ou d'augmentation des fonctions d'un organe vital
- Participe à l'enseignement et à l'évaluation en regard des modifications des habitudes de vie
- Renouvelle et ajuste les médicaments pour les patients qui présentent de l'hypertension artérielle dans le cadre d'un suivi conjoint avec un médecin
- Exerce une surveillance clinique des effets des médicaments et de leurs interactions et modifie la thérapeutique en conséquence
- Assure le suivi des observations du pharmacien en regard de l'observance thérapeutique
- Si les cibles thérapeutiques ne sont pas atteintes ou l'état du patient s'aggrave, demande l'intervention du médecin partenaire et convient avec lui du suivi à donner

Rôle du pharmacien communautaire

- Surveille la thérapie antihypertensive ainsi que l'ensemble de la médication du patient
- Participe au dépistage de l'hypertension artérielle en réalisant les mesures de pression artérielle en officine
- Effectue l'enseignement au regard du traitement pharmacologique
- Peut offrir des services de monitoring ambulatoire de la pression artérielle (MAPA)
- Obtient l'autorisation du patient de recevoir et de transmettre des renseignements le concernant aux autres professionnels de la santé
- Reçoit les prescriptions ainsi que la feuille d'intention de traitement
- Applique l'ordonnance collective (ajustement de la thérapie médicamenteuse), le cas échéant, en collaboration avec le médecin/infirmière notamment au regard des résultats de laboratoire
- Peut recourir aux analyses de laboratoire sur la base d'une ordonnance collective pour une prise en charge visant l'introduction ou l'ajustement de la thérapie médicamenteuse
- Distribue la médication antihypertensive au patient
- Participe à l'enseignement des modifications des habitudes de vie
- Transmet ses observations au médecin/infirmière (observance, effets secondaires)
- Dispense les conseils et l'enseignement au regard de la mesure de la pression artérielle à domicile et des appareils disponibles
- Conseille l'achat d'appareils de mesure de la pression artérielle qui répondent aux normes de validation reconnues

Rôle du pharmacien en lien avec une clinique ou un groupe de médecine familiale

- Fait la tournée des dossiers des patients de la clinique ou du groupe de médecine familiale qui le concernent
- Agit en consultation sur demande des médecins et des infirmières dans les cas de polypharmacologie complexe
- Aide à la formation
- Aide à l'élaboration et à la mise à jour des protocoles

DÉFINITION, DIAGNOSTIC ET MÉTHODES DE MESURE

DÉFINITION - Quand parle-t-on d'hypertension artérielle ?

L'**hypertension artérielle** est généralement définie par une pression artérielle de 140/90 mm Hg et plus. Chez les patients atteints de diabète ou de maladie rénale chronique, l'hypertension artérielle est définie par une pression artérielle de 130/80 mm Hg et plus.

Tableau 1.
Classification de l'hypertension artérielle selon l'Organisation Mondiale de la Santé

CATÉGORIE	SYSTOLIQUE (mm Hg)		DIASTOLIQUE (mm Hg)
Optimale	< 120	et/ou	< 80
Normale	< 130	et/ou	< 85
Normale élevée	130-139	et/ou	85-89
Grade 1	140-159	et/ou	90-99
Grade 2	160-179	et/ou	100-109
Grade 3	≥ 180	et/ou	≥ 110
Hypertension systolique isolée	≥ 140	et	< 90

N.B. Choisir la catégorie qui correspond à la pression artérielle la plus élevée obtenue

Référence : (5)

Comment pose-t-on le diagnostic d'hypertension artérielle ?

Le **Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH)** propose une démarche systématique pour poser le diagnostic d'hypertension (voir figure 2).

Chez les patients présentant une urgence ou une crise hypertensive, le diagnostic d'hypertension artérielle peut être posé dès la première visite lorsque l'hypertension fait l'objet d'une évaluation complète. Ces patients présentent généralement une pression artérielle d'au moins 180/110 mm Hg (fréquemment au-delà de 210/120 mm Hg) accompagnée de symptômes de douleur thoracique, de dyspnée ou de céphalée associée à des manifestations neurologiques qui suggèrent une complication aiguë ou imminente au niveau des organes cibles. Ces patients doivent généralement être référés immédiatement à l'urgence de l'hôpital le plus près.

Chez les patients présentant une des caractéristiques suivantes : atteinte des organes cibles non aiguë ou non imminente (voir figure 1), maladie rénale chronique, diabète ou pression artérielle d'au moins 180/110 mm Hg, le diagnostic d'hypertension peut être posé à la deuxième visite d'évaluation.

Chez les autres patients, ceux chez qui la pression artérielle se situe entre 140/90 et 179/109 mm Hg, le diagnostic peut être posé à la troisième visite. Une fois le diagnostic posé, le Guide thérapeutique de la Société québécoise d'hypertension artérielle (6) prévoit les visites de suivi (voir figure 3).

Figure 1. Exemples d'atteinte d'organes cibles en présence d'hypertension artérielle

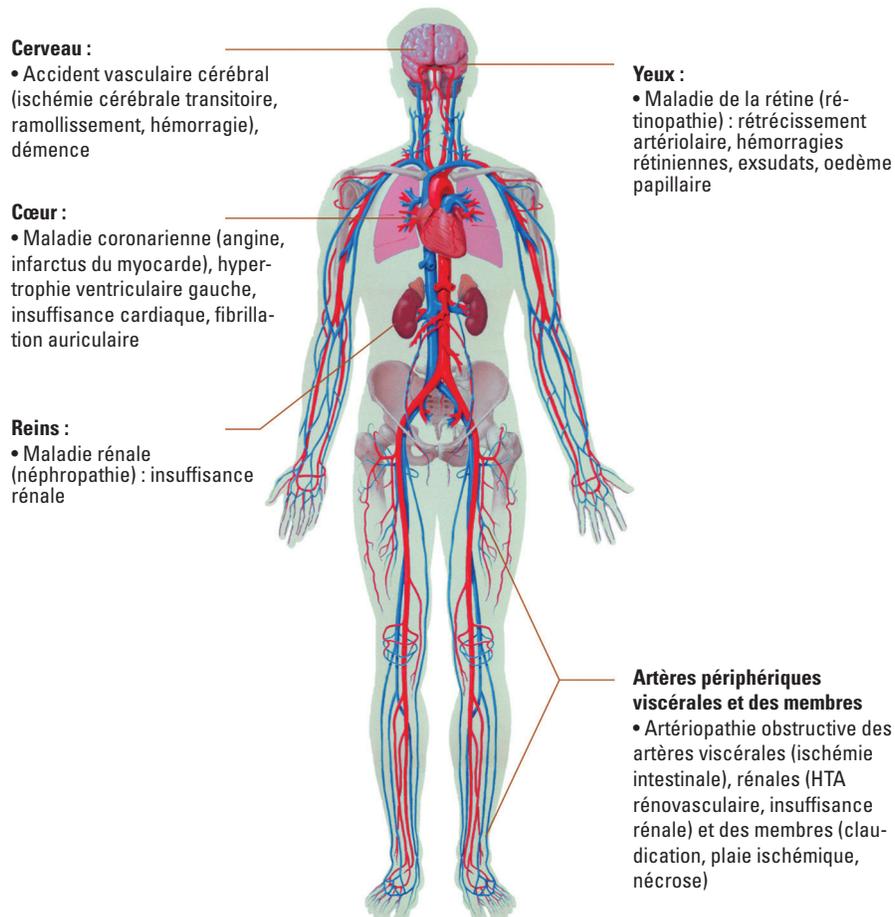
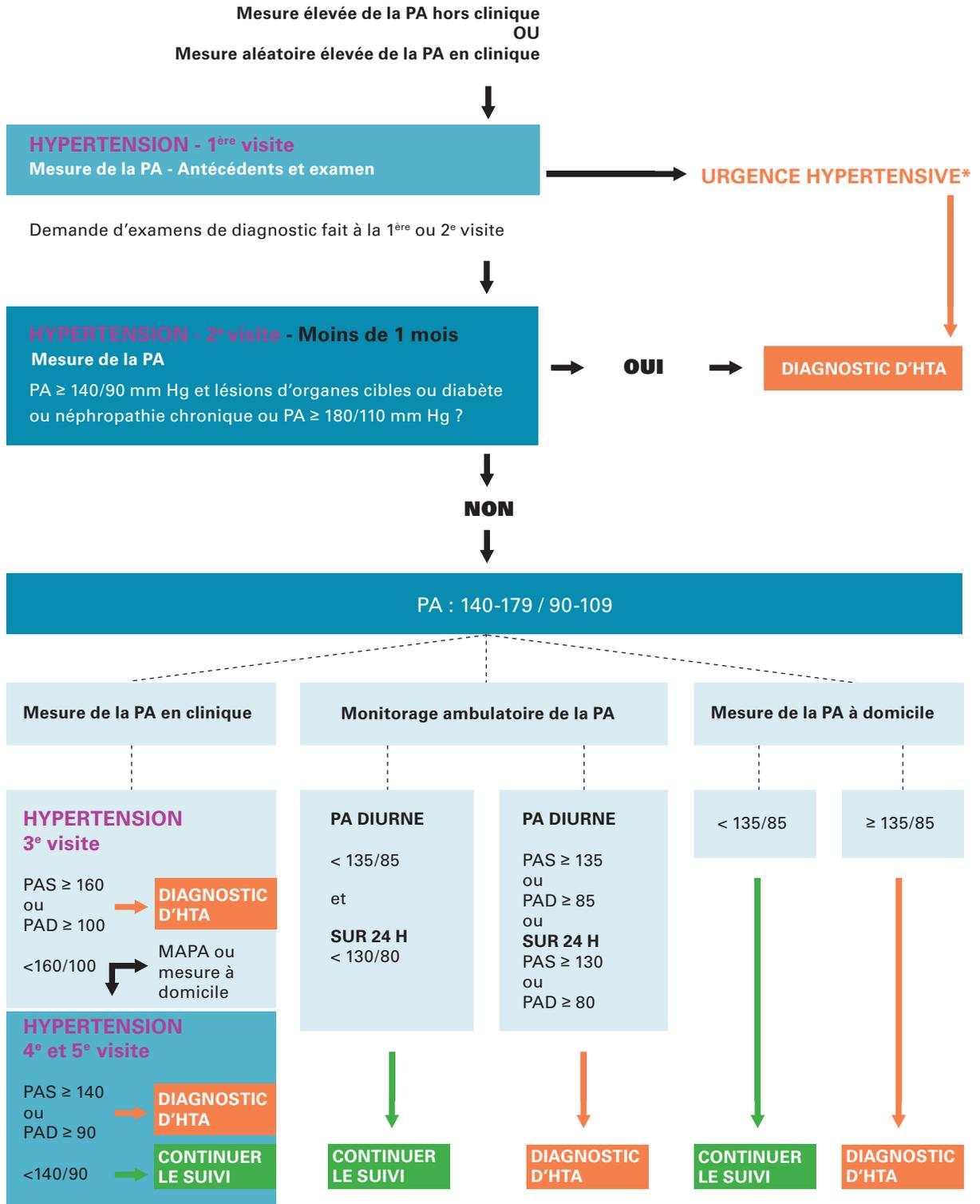


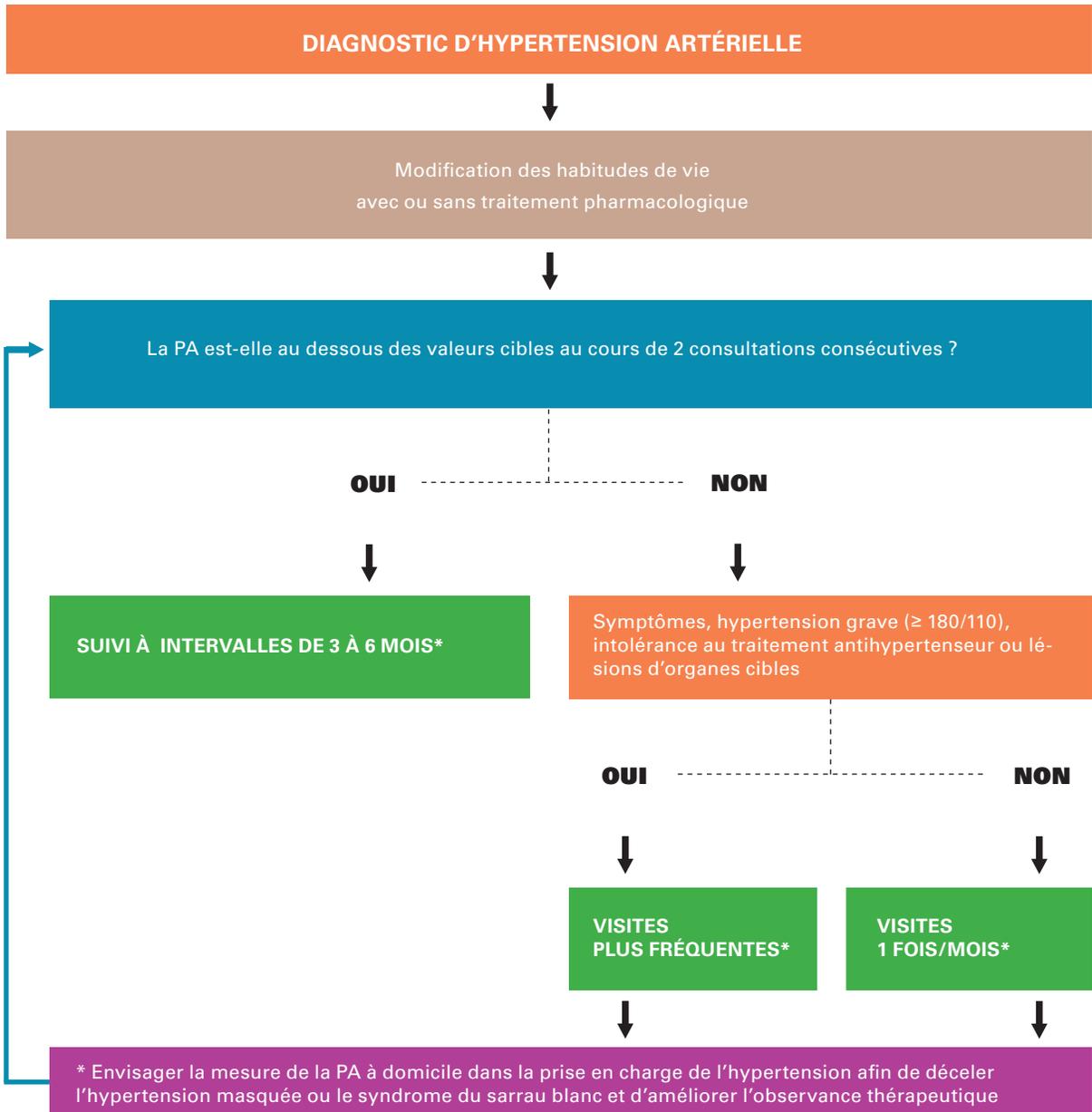
Figure 2. Critères pour le diagnostic d'hypertension artérielle



Références : (2,3)

* page 16, 2^e par.

Figure 3. Recommandations pour le suivi



Références : (2,3)

Exemple d'organisation de suivi (voir page 67)

Méthodes de mesure de la pression artérielle

Trois méthodes diagnostiques sont recommandées : les mesures en clinique, le monitoring ambulateur (MAPA) ainsi que la mesure à domicile de la pression artérielle.

Le tableau 2 présente les **valeurs seuils selon la méthode de mesure** utilisée.

Tableau 2.
Équivalences des mesures de la pression artérielle

DESCRIPTION	PRESSIION ARTÉRIELLE (mm Hg)
Mesure auscultatoire en clinique	140/90
Mesure automatisée en clinique	135/85
Mesure à domicile	135/85
Monitoring ambulateur de la pression artérielle (moyenne de jour)	135/85
Monitoring ambulateur de la pression artérielle (moyenne de 24 heures)	130/80

La pression artérielle devrait être mesurée en position assise puis en position debout (à une et trois minutes), particulièrement, chez les patients présentant des symptômes orthostatiques, chez les personnes âgées, chez les diabétiques et chez les patients traités à l'aide d'un alpha-bloquant.

Un brassard avec une chambre pneumatique de la bonne taille (longueur : 80 % de la circonférence du bras; largeur : 40 % de la circonférence du bras) doit être disponible.

Une mesure à chaque bras devrait être réalisée lors de la première visite et c'est au bras dont la valeur est la plus élevée que devront être réalisées les mesures ultérieures. Le patient devrait être avisé de cet aspect.

Un minimum de deux mesures avec un intervalle de 5 minutes devraient être réalisées au cours d'une même visite afin d'évaluer la présence d'hypertension de sarrau blanc. En présence d'un écart de plus de 10 mm Hg, une troisième mesure devrait être réalisée et la moyenne des deux dernières mesures sera retenue.

En ce qui concerne les **mesure en clinique** et **à domicile**, une période de 5 minutes de repos devrait précéder les mesures, sauf pour la **mesure automatisée** qui sera décrite plus loin. La personne devrait se trouver dans un endroit calme, tempéré, propice à la mesure.

Figure 4. Principaux éléments à respecter au regard de la position lors de la mesure en clinique ou de la mesure à domicile



**POSITION ASSISE
DOS APPUYÉ**

**MILIEU DU BRAS
À LA HAUTEUR DU CŒUR**

**BRASSARD À 3 CM
DU PLI DU COUDE**

BRAS SUPPORTÉ

JAMBES DÉCROISÉES

PIEDS À PLAT SUR LE SOL

**NE PAS PARLER AVANT ET
DURANT LA MESURE**

**ENVIRONNEMENT CALME ET
CONFORTABLE**

Référence : (5)

Figure 5. Logo d'Hypertension Canada



Le logo d'**Hypertension Canada**, qui apparaît sur l'emballage, indique que l'appareil est conforme aux normes internationales.

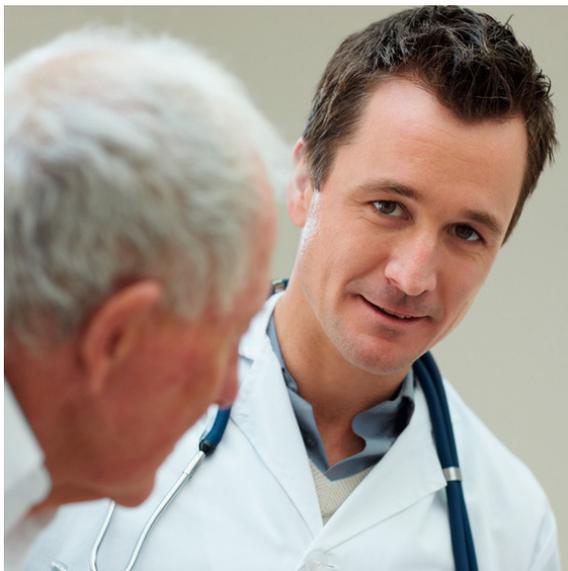
Pour les **mesures en clinique**, tout comme celles à **domicile**, il est préférable de le faire dans des conditions similaires à chaque fois (voir figure 4). On choisira donc d'attendre 30 minutes après un exercice physique et une heure après avoir bu un café ou un produit contenant de la caféine ou toute autre substance stimulante. On attendra également deux heures après un repas. Par ailleurs, si des conditions particulières sont présentes, on le notera au dossier ou dans le carnet du patient. La **mesure à domicile** devrait être réalisée sur une période de sept jours à raison de deux fois le matin et deux fois le soir. La moyenne est calculée en omettant les résultats de la première journée. Pour la mesure à domicile, plusieurs informations complémentaires, une grille de calcul ainsi qu'un carnet d'enseignement sont disponibles sur le site www.hypertension.qc.ca, à la section *info public*.

En ce qui concerne la **mesure automatisée** de la pression artérielle en clinique, trois appareils ont été validés mais les résultats de recherche ont porté principalement sur le BpTRU (7,8). Ces appareils permettent d'obtenir des mesures de pression artérielle en série et diminuent l'effet de sarrau blanc (9). Les deux études réalisées à ce jour démontrent une équivalence des moyennes des mesures obtenues à l'aide d'un MAPA de jour et celles obtenues à l'aide de ces appareils c'est-à-dire 135/85 mm Hg (10,11). Ce sont les valeurs retenues dans les nouvelles recommandations du PECH 2010 (3). Puisque ces appareils ne conviennent pas aux patients présentant de l'arythmie, une mesure auscultatoire devrait être utilisée chez ces derniers. Tous les éléments liés à la préparation d'un patient pour une mesure auscultatoire doivent être respectés (vessie vide, repos, etc.), sauf pour la période de repos de 5 minutes qui n'est pas nécessaire. Le patient doit être placé dans une pièce où il est seul et sans stimulation (pas de lecture ou télévision, etc.). Au moyen du BpTRU, six mesures doivent être effectuées à un intervalle de 1 à 2 minutes. La première mesure, qui sera réalisée en présence d'un professionnel de la santé afin de s'assurer du bon fonctionnement de l'appareil, est automatiquement retirée et le résultat est la moyenne des cinq mesures subséquentes.

Le **monitorage ambulatoire de la pression artérielle (MAPA)** est réalisé à l'aide d'un appareil de mesure automatisé, qui utilise l'oscillométrie, et qui est porté à la taille par le patient. La mesure est réalisée sur une période de 24 heures durant laquelle les mesures sont généralement effectuées à toutes les 30 minutes durant la période de jour et, à toutes les heures durant la nuit. La moyenne des résultats durant la période de jour devrait être inférieure à 135/85 mm Hg. La moyenne des résultats pour les 24 heures devrait être inférieure à 130/80 mm Hg. Le MAPA devrait être réalisé lors d'une journée d'activités habituelles et un journal de bord devrait être utilisé pour noter les heures de sommeil et les événements particuliers (symptômes, efforts inhabituels etc.).

ÉVALUATION DE LA PERSONNE ATTEINTE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

ÉVALUATION DE LA PERSONNE ATTEINTE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE



Cette section décrit certains éléments de l'évaluation effectuée lors de la visite initiale et des visites de suivi. En plus des facteurs de risque et des antécédents pertinents, on y retrouve les principaux symptômes et signes de l'atteinte des organes cibles. Ces données qui permettront au médecin de poser les diagnostics appropriés, d'établir le plan de traitement et d'assurer le suivi.

Outre la mesure de la pression artérielle, abordée dans la section précédente, le questionnaire et l'examen physique de l'hypertendu ont pour buts de :

- déceler des facteurs de risque pouvant aggraver la maladie
- vérifier si l'hypertension a atteint certains organes

Questionnaire

Histoire personnelle et familiale d'hypertension artérielle

- durée de l'hypertension
- valeurs antérieures de pression artérielle
- traitement antihypertenseur antérieur :
 - médicament(s) utilisé(s) (dosage, observance thérapeutique)
 - efficacité et effets indésirables

Facteurs de risque

- histoire personnelle et familiale :
 - de dyslipidémie
 - de diabète
 - de maladies cardiovasculaires
 - de maladies rénales
- tabagisme
- habitudes alimentaires
- consommation excessive de sodium (sel) et d'alcool
- obésité
- sédentarité

Symptômes d'atteinte des organes cibles

- cerveau et yeux : céphalée, vertiges, troubles de vision, troubles de la parole, symptômes de déficit moteur ou sensitif (faiblesse, engourdissement, perte de sensibilité)
- cœur : palpitations, douleur thoracique, dyspnée, oedème périphérique
- rein : polyurie, nycturie, hématurie
- artères périphériques : extrémités froides, claudication intermittente

Indices d'hypertension artérielle secondaire

- prise de médicaments /substances : contraceptifs oraux, sympathomimétiques (décongestionnants), stéroïdes, anti-inflammatoires non stéroïdiens, cocaïne, amphétamines
- ronflements, apnée pendant le sommeil (information provenant du partenaire)

Examen physique

Mesure de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque

Statut pondéral :

- indice de masse corporelle (IMC)
 - surpoids = IMC entre 25 et 29,9 kg/m²
 - obésité = IMC > 30 kg/m²
- tour de taille (position debout)
 - 80-88 cm pour les femmes et 94-102 cm pour les hommes*

Signes d'atteinte des organes cibles :

- cerveau : déficits neurologiques moteurs ou sensitifs (faiblesse, perte de sensibilité)
- cœur et vaisseaux :
 - œdème périphérique
 - artères périphériques : extrémités froides, lésions ischémiques de la peau, absence/réduction/asymétrie des pouls, indice cheville/bras (tibio-huméral) < 0,9

* Les recommandations concernant le tour de taille varient selon les organismes consultés. En effet, l'American Heart Association, PECH et Santé Canada recommandent actuellement d'utiliser les valeurs de : 88 cm pour les femmes et 102 cm pour les hommes. Par ailleurs, La Fédération internationale du diabète de même que la Société canadienne de cardiologie dans ses recommandations pour le diagnostic des dyslipidémies proposent des valeurs inférieures, alléguant nos origines européennes. Ainsi les valeurs, au-delà desquelles on considère que le risque cardiovasculaire augmente, seraient, selon ces associations : 80 cm pour les femmes et 94 cm pour les hommes.

Examens paracliniques

En plus du questionnaire et de l'examen physique, on complétera l'évaluation par des examens de laboratoire qui auront également pour but de :

- vérifier si l'hypertension a atteint certains organes
- déceler des facteurs de risque pouvant aggraver la maladie
- trouver des causes (autres qu'héritaires)
- surveiller les changements métaboliques pouvant être induits par la prise de certains médicaments

Examens demandés pour l'évaluation des patients nouvellement pris en charge

- électrolytes ou ions (sodium, potassium, chlorure)
- urée, créatinine
- glycémie à jeun
- bilan lipidique à jeun (cholestérol-total, C-HDL, C-LDL et triglycérides)
- analyse d'urine ou sommaire microscopique des urines (SMU)
- ECG standard au repos si aucun ECG n'a été fait au cours de la dernière année

Examens demandés pour le suivi des patients

Lors du diagnostic et une fois par année par la suite, si elle ne retrouve pas les résultats des analyses de laboratoire au dossier du client, l'infirmière planifiera les analyses de laboratoire suivantes :

- électrolytes ou ions (sodium, potassium, chlorure)
- urée, créatinine
- glycémie à jeun
- bilan lipidique à jeun (cholestérol-total, C-HDL, C-LDL et triglycérides)

Lors du début de la thérapie médicamenteuse par un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA) ou un inhibiteur direct de la rénine (IDR), si elle ne retrouve pas les résultats des analyses de laboratoire datant de moins de 3 mois au dossier du client, l'infirmière planifiera les analyses de laboratoire suivantes :

- électrolytes ou ions (sodium, potassium, chlorure)
- urée, créatinine

Dix à quatorze jours après le début de la thérapie médicamenteuse par un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA) ou un inhibiteur direct de la rénine (IDR) et lors de l'augmentation de certains médicaments (IECA, ARA, diurétique, IDR), l'infirmière planifiera les analyses de laboratoire suivantes :

- électrolytes ou ions (sodium, potassium, chlorure)
- urée, créatinine

Examens complémentaires lors du diagnostic ou du suivi

- microalbuminurie chez les patients diabétiques (rapport albumine/créatinine à partir d'un échantillon d'urine ou albuminurie à partir du recueil des urines de nuit)
- protéinurie et créatininurie à partir du recueil des urines de 24 heures chez les patients ayant une maladie rénale, une protéinurie à l'analyse d'urine (SMU), un résultat d'albuminurie (RAC) > 20 mg/mmol chez l'homme et > 28 mg/mmol chez la femme sur un échantillon d'urine ou > 200 µg/min sur une collecte de nuit (homme et femme)

Examens complémentaires qui devraient également être planifiés à la demande du médecin

- échographie rénale chez les patients ayant une élévation de la créatininémie
- échographie cardiaque chez les patients ayant une suspicion ou un diagnostic d'insuffisance cardiaque ou de valvulopathie

Les résultats seront acheminés au médecin traitant.

Tableau 3. Examens paracliniques

Le tableau 3 présente le résumé des principaux examens ainsi que les moments privilégiés pour les réaliser

TESTS	INDICATIONS
Électrolytes/ions (sodium, potassium, chlorure), urée et créatinine	Au diagnostic Une fois par année Moins de 3 mois avant le début de la thérapie médicamenteuse par un IECA/ARA/diurétique/IDR 10-14 jours après le début de la thérapie médicamenteuse par un IECA/ARA/IDR Après augmentation de la dose d'un IECA/ARA/diurétique/IDR
Glycémie à jeun	Au diagnostic Une fois par année
Bilan lipidique à jeun	Au diagnostic Une fois par année
Analyse d'urine (SMU)	Au diagnostic Une fois par année
Microalbuminurie	Chez tous les patients diabétiques : au diagnostic de diabète et une fois par année
Collecte d'urine de 24 h : <ul style="list-style-type: none"> protéinurie créatininurie 	Chez les patients ayant une maladie rénale chronique, une protéinurie à l'analyse d'urine (SMU), un ratio albuminurie/créatinurie (RAC > 20 mg/mmol chez l'homme et > 28 mg/mmol chez la femme) sur un échantillon d'urine ou > 200 µg/min sur une collecte de nuit (homme et femme)
Electrocardiogramme (ECG)	Au diagnostic

IECA : inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine

ARA : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine

IDR : inhibiteur direct de la rénine

Évaluation du risque cardiovasculaire

Plusieurs modèles de prédiction du risque de maladie cardiovasculaire ont été élaborés à partir d'études épidémiologiques. Il faut noter quelques caractéristiques de ces outils de prédiction. La majorité de ces modèles ne s'appliquent qu'à des personnes n'ayant pas d'antécédent ni de manifestation de maladie cardiovasculaire (prévention primaire). De plus, il existe plusieurs versions de ces outils. Certains ne prédisent que les événements coronariens tandis que d'autres prédisent une combinaison d'événements cardiovasculaires. Enfin, certains prédisent tous les événements, tant mortels que non-mortels, tandis que d'autres ne prédisent que les événements mortels.

Nous présentons ici les tables de Framingham et le modèle SCORE Canada qui sont tous deux recommandés par le PECH.

Framingham

Les tables d'évaluation du risque, élaborées par les chercheurs de l'étude de Framingham, prédisent le risque de mortalité et de morbidité d'origine cardiovasculaire, c'est-à-dire d'origines cardiaque et cérébrale, à dix ans. Elles sont recommandées dans les lignes directrices de 2009 de la Société canadienne de cardiologie pour le diagnostic et le traitement de la dyslipidémie.

Table de Framingham pour les hommes

MCV - Points pour les hommes (Identifier, pour chacun des facteurs de risque, le nombre de points correspondant à l'âge et aux résultats du patient).

POINTS	ÂGE	C-HDL MMOL/L	CHOLESTÉROL TOTAL	HTA NON TRAITÉE	HTA TRAITÉE	FUMEUR	DIABÉTIQUE
-2		> 1,6		< 120			
-1		1,3 - 1,6					
0	30-34	1,2 - 1,3	< 4,1	120 - 129	< 120	NON	NON
1		0,9 - 1,2	4,1 - 5,2	130 - 139			
2	35-39	< 0,9	5,2 - 6,2	140 - 159	120 - 129		
3			6,2 - 7,2	160 et +	130 - 139		OUI
4			> 7,2		140 - 159	OUI	
5	40-44				160 et +		
6							
7	45-49						
8	50-54						
9							
10	55-59						
11	60-64						
12							
13	65-69						
14	70-74						
15	75 et +						
Points alloués							
							TOTAL

MCV - Risque cardiovasculaire pour les hommes (Additionner les points alloués et rechercher le % de risque de mortalité et de morbidité cardiovasculaire à dix ans du patient).

POINTS	RISQUE	POINTS	RISQUE	POINTS	RISQUE
-3 ou moins	< 1 %	5	3,9 %	13	15,6 %
-2	1,1 %	6	4,7 %	14	18,4 %
-1	1,4 %	7	5,6 %	15	21,6 %
0	1,6 %	8	6,7 %	16	25,3 %
1	1,9 %	9	7,9 %	17	29,4 %
2	2,3 %	10	9,4 %	18 et +	> 30 %
3	2,8 %	11	11,2 %		
4	3,3 %	12	13,3 %		

Table de Framingham pour les femmes

MCV - Points pour les femmes (Identifier, pour chacun des facteurs de risque, le nombre de points correspondant à l'âge et aux résultats de la patiente).

POINTS	ÂGE	C-HDL MMOL/L	CHOLESTÉROL TOTAL	HTA NON TRAITÉE	HTA TRAITÉE	FUMEUR	DIABÉTIQUE
-3				< 120			
-2		> 1,6					
-1		1,3 - 1,6			< 120		
0	30-34	1,2 - 1,3	< 4,1	120 - 129		NON	NON
1		0,9 - 1,2	4,1 - 5,2	130 - 139			
2	35-39	< 0,9		140 - 149	120 - 129		
3			5,2 - 6,2		130 - 139	OUI	
4	40-44		6,2 - 7,2	150 - 159			OUI
5	45-49		> 7,2	>160	140 - 149		
6					150 - 159		
7	50-54				160 et +		
8	55-59						
9	60-64						
10	65-69						
11	70-74						
12	75 et +						
Points alloués							
							TOTAL

MCV - Risque cardiovasculaire pour les femmes (Additionner les points alloués et rechercher le % de risque de mortalité et de morbidité cardiovasculaire à dix ans de la patiente).

POINTS	RISQUE	POINTS	RISQUE	POINTS	RISQUE
-2 ou moins	< 1 %	6	3,3 %	14	11,7 %
-1	1,0 %	7	3,9 %	15	13,7 %
0	1,2 %	8	4,5 %	16	15,9 %
1	1,5 %	9	5,3 %	17	18,51 %
2	1,7 %	10	6,3 %	18	21,5 %
3	2,0 %	11	7,3 %	19	24,8 %
4	2,4 %	12	8,6 %	20	27,5 %
5	2,8 %	13	10,0 %	21 et +	> 30 %

Référence : (12,13)

SCORE Canada

Le modèle SCORE, **S**ystematic **C**erebrovascular and **c**Oronary **R**isk **E**valuation, prédit le risque de mortalité d'origine cardiovasculaire, c'est-à-dire d'origines cardiaque et cérébrale, au cours des 10 prochaines années. Le modèle a été adapté en fonction de la prévalence des facteurs de risque et des taux de mortalité enregistrés au Canada.

Il n'existe pas de table de risque spécifique pour les diabétiques. Cependant, une évaluation approximative du risque de maladie cardiovasculaire chez les diabétiques est possible. Le risque est au moins deux fois plus élevé chez les hommes diabétiques et jusqu'à quatre fois plus élevé chez les femmes diabétiques que celui indiqué dans les tables.

Tables SCORE Canada

SCORE Canada (Systematic Cerebrovascular and cOronary Risk Evaluation)

Évaluation du risque de décès par maladie vasculaire dans les 10 ans

À propos de SCORE Canada

La table SCORE Canada, c'est la table d'évaluation permettant d'estimer et de stratifier le risque cardiovasculaire (cérébral et coronarien) chez les individus asymptomatiques d'âge adulte.

C'est la première étape (**Quel est le risque?**) du programme SCORE Canada : l'outil de gestion du risque CV, basé sur les recommandations des sociétés canadiennes (**Quelles sont les cibles? Comment y parvenir?**)

Plusieurs facteurs de risque favorisent le développement de l'athérosclérose et de la maladie vasculaire. Ces facteurs interagissent, parfois en se multipliant. SCORE Canada prend en considération des variables telles que l'âge, le sexe, le tabagisme, la pression artérielle systolique et le rapport Cholestérol total/C-HDL.

Contrairement à l'échelle de Framingham qui est basée sur des données de mortalité américaines, SCORE Canada a été conçu à partir de données épidémiologiques canadiennes. De plus en plus d'organismes de santé au Canada utilisent SCORE en remplacement de l'échelle de Framingham.



Utilisation du tableau SCORE

Cette table d'évaluation du risque peut être utilisée sur demande et pour toute personne adulte d'âge moyen présentant un ou plusieurs facteurs de risque de maladies cardiovasculaires ou une histoire familiale positive de maladie cardiovasculaire prématurée.

Il ne faut pas utiliser cette table pour les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire, les personnes diabétiques avec atteinte d'organe cible, les personnes avec un facteur de risque très anormal nécessitant une intervention médicale ou les personnes de 70 ans et plus.

Pour les personnes de moins de 40 ans, la technique d'évaluation du risque relatif doit être utilisée.

1. Choisir la case la plus près des valeurs correspondant aux différents facteurs de risque

- Âge
- Sexe
- Tabagisme
- Pression artérielle systolique
- Rapport Cholestérol total/C-HDL

2. Ceci vous donnera une estimation du risque de décès par maladie vasculaire dans les 10 années suivantes

Le chiffre indiqué dans la case représente le pourcentage de risque de décès par maladie vasculaire au cours des 10 prochaines années.

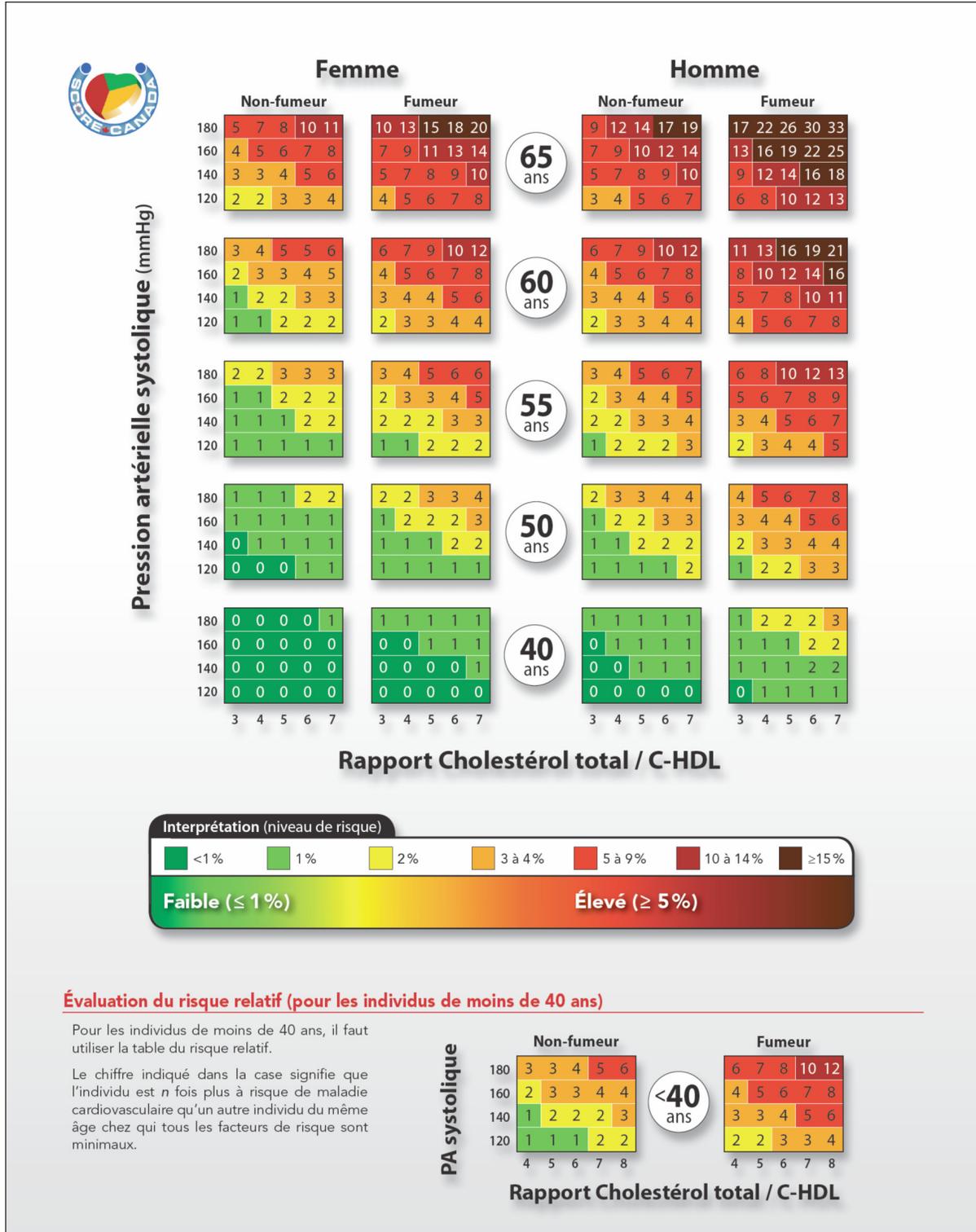
Faible ($\leq 1\%$) Moyen (2 à 4%) Élevé ($\geq 5\%$)

3. Le risque global de décès par maladie vasculaire peut être plus élevé qu'indiqué par le tableau si :

- La personne approche de la catégorie d'âge suivante
- L'athérosclérose préclinique est déjà démontrée
- L'histoire familiale est chargée en maladie vasculaire à un jeune âge ($\times 1,4$)
- Obésité, IMC ≥ 30 kg/m², tour de taille ≥ 102 cm (homme) ou ≥ 88 cm (femme)
- Sédentarité
- Diabète: multiplier le risque par **2** pour un homme et par **4** pour une femme
- Taux élevé de triglycérides
- Taux élevé de protéine C-Réactive, fibrinogène, homocystéine, apolipoprotéine B ou Lp(a)

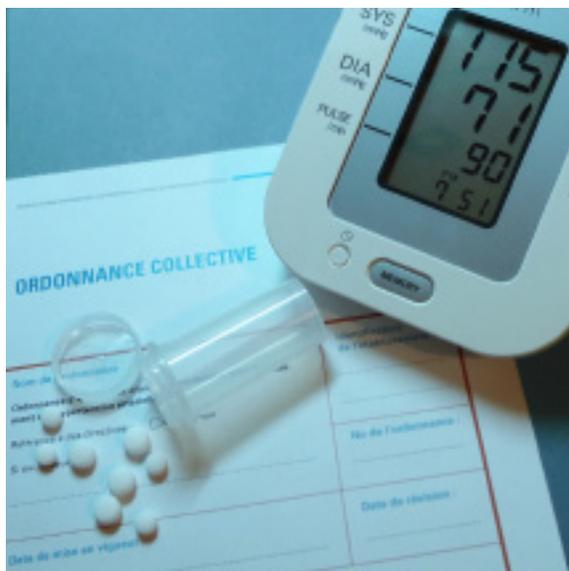
Le tableau SCORE doit être utilisé en aide et non à la place du jugement clinique





ORDONNANCES COLLECTIVES
EXAMENS ET ANALYSES DE LABORATOIRE
AJUSTEMENT DE LA THÉRAPIE MÉDICAMENTEUSE

ORDONNANCES COLLECTIVES



La section qui suit concerne les deux modèles d'ordonnance collective. Dans les deux modèles, plusieurs cas de figures ont été présentés afin de faciliter l'individualisation. Ainsi, une équipe pourrait choisir d'utiliser une seule des ordonnances mais, à tous les patients inscrits, alors qu'une autre équipe pourrait choisir d'utiliser les deux ordonnances mais, seulement si les patients se sont engagés dans le suivi conjoint des professionnels de la santé.

Au Québec, selon les lois en vigueur, il n'est pas obligatoire pour les infirmières et les pharmaciens de suivre une formation spécifique pour appliquer les ordonnances collectives. Toutefois, la Société québécoise d'hypertension artérielle reconnaît l'intérêt de plusieurs professionnels de la santé de vouloir développer

leurs compétences concernant la prise en charge des personnes atteintes d'hypertension artérielle. Dans le respect des exigences de leur code de déontologie respectif, il paraît pertinent de participer à une formation spécifique et de bénéficier d'un accompagnement clinique.

La formation est à déterminer par les professionnels impliqués. La SQHA estime que celle-ci devrait inclure minimalement les éléments précisés à l'annexe 1. Un projet de formation en ligne est, au moment de la parution de ce document, en cours d'élaboration.

Quant à l'accompagnement clinique, il est aussi à déterminer par les professionnels impliqués. La SQHA estime que celui-ci devrait comporter minimalement les éléments précisés à l'annexe 2.

Les rédacteurs du document de prise en charge sont d'avis que les ressources actuellement disponibles dans le système de santé pourraient être utilisées de façon encore plus efficace. La littérature abonde, entre autres, du rôle accru que peuvent exercer les infirmières et les pharmaciens. À l'heure actuelle, la Loi sur la pharmacie prévoit que les pharmaciens peuvent recourir aux analyses de laboratoire pour réaliser l'ajustement de la thérapie médicamenteuse, dans la mesure où l'ordonnance du médecin le prévoit. Des équipes pourraient, de ce fait, envisager de les intégrer davantage. Par ailleurs, les modalités d'application sont peu explorées à l'heure actuelle et mériteraient certainement une attention particulière.

ORDONNANCE COLLECTIVE POUR LES EXAMENS ET LES ANALYSES DE LABORATOIRE

Nom de l'ordonnance collective :

.....

Demander les examens et les analyses de laboratoire recommandés en lien avec le dépistage, le traitement et le suivi des personnes atteintes d'hypertension artérielle.

Cette ordonnance collective peut être utilisée dans le cadre du dépistage, du traitement ou du suivi. La combinaison de deux ou trois des éléments précités est également possible.

Identification de l'établissement :

.....

.....

No de l'ordonnance :

.....

Date d'entrée en vigueur :

.....

Date de révision :

.....

Professionnels habilités :

Infirmières

Secteurs d'activités :

Au besoin, préciser le ou les secteurs spécifique(s) ou encore le ou les lieu(x) d'application de l'ordonnance collective.

On retrouvera par exemple « les infirmières du GMF X du site A ».

Clientèle, catégories de clientèles ou situation clinique visées :

Le choix de la clientèle visée par l'ordonnance collective dépend des professionnels de chaque établissement et va de toute la clientèle inscrite au GMF à seulement un type de clientèle d'un seul médecin. Plusieurs choix intermédiaires peuvent être faits.

Les choix qui sont présentés ici, le sont selon une approche liée au fait que la personne est connue ou non pour hypertension artérielle :

- clientèle avec une pression artérielle élevée sans diagnostic établi d'hypertension artérielle
- clientèle dont la pression artérielle n'est pas optimale
- clientèle pour qui un diagnostic d'hypertension artérielle a été posé et qui est en suivi conjoint médecin-infirmière-pharmacien
- clientèle suivie pour l'hypertension artérielle et qui n'a pas eu d'analyses de laboratoire depuis un an
- clientèle présentant une hypertension artérielle pour qui le médecin a prescrit une médication antihypertensive nécessitant des analyses de laboratoire lors du début ou durant la phase d'ajustement de la médication

Activités réservées :

Infirmières

En vertu de l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers, l'infirmière peut :

- évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
- initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance
- effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes
- exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier

Indications et conditions pour la réalisation de l'ordonnance collective :

Les examens et les analyses de laboratoires peuvent être effectués pour la clientèle :

- qui se présente à un rendez-vous infirmier
- qui se présente à un rendez-vous médical
- qui se présente au sans rendez-vous médical
- ou
- le médecin oriente la personne vers les infirmières pour une prise en charge conjointe en utilisant un formulaire de demande de services professionnels
- ou
- après la deuxième consultation infirmière, si les valeurs de pression artérielle sont au-dessus des valeurs cibles

Limites / Orientation vers le médecin :

- la personne qui présente une hypertension artérielle de $\geq 180/110$ mm Hg
- grossesse ou allaitement
- les personnes de moins de 18 ans

Directives pour les examens et les analyses de laboratoire :

Tous les résultats seront transmis au médecin traitant, s'il est signataire de l'ordonnance collective ou, au médecin répondant. Chaque médecin ou clinique doit établir une procédure afin d'assurer ses responsabilités de suivi.

INDICATIONS					
TESTS	Au diagnostic	Moins de 3 mois avant le début d'un IECA/ARA/diurétique/IDR	10-14 jours après le début d'un IECA/ARA/IDR	Après augmentation d'un IECA/ARA/diurétique/IDR	Une fois par année
Électrolytes/ions : sodium, potassium, chlorure	✓	✓	✓	✓	✓
Urée et créatinine	✓	✓	✓	✓	✓
Glycémie à jeun	✓				✓
Lipides à jeun	✓				✓
Analyse d'urine (SMU)	✓				✓
Electrocardiogramme au repos (ECG)	✓				

Sources: *Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) 2010 (2,3)*
Guide thérapeutique de la Société québécoise d'hypertension artérielle (6) - 3^e édition

IECA : inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine - ARA : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine
 IDR : inhibiteur direct de la rénine

Processus d'élaboration :**Rédigée par :**-----
Identification de la personne-----
Date**Personnes consultées :**-----
Identification de la personne-----
Date-----
Identification de la personne-----
Date-----
Identification de la personne-----
Date**Validée par :**-----
Identification de la personne
(ex. : chef du service de santé, directrice
des soins infirmiers (en établissement))-----
Date**Processus d'approbation* :****Approuvée par :**-----
Identification de la personne
(ex. : médecin(s) ou président du CMDP)-----
Date

* En établissement : l'ordonnance collective doit être approuvée par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et porter la signature du président du CMDP

ORDONNANCE COLLECTIVE POUR L'AJUSTEMENT DE LA THÉRAPIE MÉDICAMENTEUSE

Nom de l'ordonnance : Ordonnance d'ajustement d'un antihypertenseur pour le traitement de l'hypertension artérielle Référence à un protocole* : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, lequel ? 	Identification de l'établissement : No de l'ordonnance :
Date d'entrée en vigueur : 	Date de révision :
Professionnels habilités : Infirmières ou pharmaciens communautaires offrant des services professionnels aux patients du (des) médecin(s) signataire(s) de l'ordonnance collective et répondant aux conditions suivantes : Infirmières Pharmaciens	
Secteurs d'activités : Au besoin, préciser le ou les secteurs spécifique(s) ou encore le ou les lieu(x) d'application de l'ordonnance collective. On retrouvera par exemple « les infirmières du GMF X du site A ».	

* Protocole : description des procédures, méthodes, limites ou normes applicables pour une conduite particulière dans un établissement (Loi médicale L.R.Q., c. M-9, a. 19, 1^{er} al., par. d section 1, 3^e par.)

Clientèle, catégories de clientèles ou situation clinique visées :

Le choix de la clientèle visée par l'ordonnance collective dépend des professionnels de chaque établissement et va de toute la clientèle inscrite au GMF à seulement un type de clientèle d'un seul médecin. Plusieurs choix intermédiaires peuvent être faits.

Les choix qui sont présentés ici, le sont selon une approche liée au fait que la personne est connue ou non pour hypertension artérielle :

- clientèle avec une pression artérielle élevée sans diagnostic établi d'hypertension artérielle
- clientèle dont la pression artérielle n'est pas optimale
- clientèle pour qui un diagnostic d'hypertension artérielle a été posé et qui est en suivi conjoint médecin-infirmière-pharmacien
- clientèle présentant une hypertension artérielle pour qui le médecin a prescrit une médication antihypertensive nécessitant des analyses de laboratoire lors du début ou durant la phase d'ajustement de la médication

Activités réservées :

Infirmières

En vertu de l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers, l'infirmière peut :

- évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
- initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance
- effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes
- effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance
- administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance
- exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier

Pharmaciens

En vertu de l'article 17 de la Loi sur la pharmacie, le pharmacien peut :

- émettre une opinion pharmaceutique
- préparer des médicaments
- surveiller la thérapie médicamenteuse
- initier ou ajuster, selon une ordonnance, la thérapie médicamenteuse en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire appropriées

Objectif :

Maintenir les valeurs de pression artérielle inférieures aux cibles suivantes (en vigueur lors de la rédaction du présent document), selon la situation* :

Lorsque mesurée par méthode auscultatoire (mercure ou anéroïde)

- 140/90 mm Hg
- 130/80 mm Hg si diabète ou maladie rénale

Lorsque mesurée par méthode automatisée (ex. BpTRU) ou à domicile par le patient

- 135/85 mm Hg

* Le professionnel assurant l'ajustement du traitement doit prendre les moyens nécessaires pour valider et annoter au dossier la cible de pression artérielle visée pour chacun des patients visés par l'ordonnance

Indication :

Chez un patient **débutant un nouvel agent antihypertenseur**, en monothérapie ou en association avec un ou plusieurs autres antihypertenseurs, **ou traité avec un agent antihypertenseur pour lequel la dose maximale/optimale n'est pas atteinte**, ajuster la dose de l'agent antihypertenseur graduellement en vue d'atteindre les valeurs cibles de pression artérielle et minimiser les effets indésirables.

Conditions pour la réalisation de l'ordonnance collective :

Le professionnel visé par l'ordonnance peut appliquer la présente ordonnance collective à condition :

- qu'il détienne une copie à jour de tous les médicaments (dossier pharmacologique) pris par le patient; si le professionnel visé par l'ordonnance est un pharmacien, il doit détenir l'ordonnance individuelle lui permettant de préparer et de servir le médicament faisant l'objet de l'ajustement
- qu'il reçoive les résultats d'analyses de laboratoire requises pour le suivi de la médication
- qu'il valide les résultats de pression artérielle qui seront utilisés dans l'ajustement du traitement
- que le client demeure inscrit et que l'antihypertenseur n'a pas été cessé par le médecin

Les personnes répondant à un ou plusieurs des critères suivants sont exclues de l'application de cette ordonnance collective :

- diagnostic établi d'insuffisance rénale ou hépatique
- valeurs de pression artérielle systolique supérieures à 179 mm Hg ou diastolique supérieures à 109 mm Hg
- grossesse ou allaitement
- inobservance à la médication régulièrement notée

Limites / Orientation vers le médecin :

- si les cibles de pression artérielle ne sont pas atteintes avec, soit la dose maximale selon le protocole, soit la dose maximale tolérée par le patient ou, soit la dose maximale au-delà de laquelle aucune diminution de la pression artérielle n'est observée
- si le patient ne tolère pas l'antihypertenseur utilisé
- si la pression artérielle systolique est > 179 mm Hg ou diastolique > 109 mm Hg
- si un résultat d'analyse de laboratoire est en-dehors de l'écart considéré normal, tel que spécifié dans le protocole
- lorsque le patient rapporte l'apparition ou l'aggravation de signes ou symptômes évoquant une atteinte des organes cibles, notamment :
 - yeux et cerveau : céphalées, vertiges, troubles de vision, troubles de la parole, symptômes de déficit moteur ou sensitif tels faiblesse, engourdissement ou perte de sensibilité
 - cœur : palpitations, douleur thoracique, dyspnée ou œdème (ex. au niveau des membres inférieurs)
 - reins : polyurie, nycturie, hématurie
 - artères périphériques : extrémités froides, claudication intermittente

Processus d'élaboration :**Rédigée par :**.....
Identification de la personne.....
Date**Personnes consultées :**.....
Identification de la personne.....
Date.....
Identification de la personne.....
Date.....
Identification de la personne.....
Date**Validée par :**.....
Identification de la personne
(ex. : chef du service de santé, directrice
des soins infirmiers (en établissement)).....
Date**Processus d'approbation* :****Approuvée par :**.....
Identification de la personne
(ex. : médecin(s) ou président du CMDP).....
Date

* En établissement : l'ordonnance collective doit être approuvée par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et porter la signature du président du CMDP

Médecins signataires de l'ordonnance collective* :

Nom, prénom	No de permis	Signature	Téléphone	Télécopieur

Dans l'éventualité où le professionnel de la santé qui exécute l'ordonnance collective a des questions ou des problèmes, il communiquera avec le médecin répondant (mécanisme pour identifier le médecin répondant à préciser)

* Hors établissement ou cabinets médicaux : l'ordonnance collective doit être signée par tous les médecins et doit comporter le nom, le numéro de téléphone, le numéro de permis

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE



La prochaine section fait état des différents éléments nécessaires à l'élaboration du protocole pour l'ajustement de la thérapie médicamenteuse et le suivi de la pharmacothérapie. Le professionnel de la santé pourra donc y retrouver des informations sur les différentes classes thérapeutiques de première intention soit le mécanisme d'action, les contre-indications, les principaux effets indésirables, les principales interactions médicamenteuses, les éléments de suivi et les précautions ainsi que certaines particularités.

Il est à noter que le professionnel qui applique la présente ordonnance collective doit s'assurer d'obtenir et de documenter les résultats de mesure de pression artérielle au dossier (pour l'infirmière) ou encore dans un registre élaboré

à cet effet pour le pharmacien. La dose du nouvel antihypertenseur prescrit doit être ajustée selon la fréquence déterminée à la section « Objectif » de l'ordonnance collective. Le professionnel doit également assurer le suivi requis avec le patient pour vérifier l'atteinte des objectifs de traitement ainsi que la tolérance au médicament antihypertenseur prescrit. Le médecin traitant doit être informé conformément aux modalités de la présente ordonnance collective ou selon le jugement professionnel.

Pour le pharmacien, il est important de tenir un registre complet et un calendrier à jour des valeurs de pression artérielle, des ajustements posologiques, des valeurs d'analyses de laboratoire et de toute note pertinente à l'état du patient, notamment la tolérance au médicament prescrit et la présence de signes ou symptômes décrits à la section intitulée « Limites / Orientation vers le médecin » de l'ordonnance collective. Les situations nécessitant de diriger le patient vers le médecin traitant ou de communiquer avec celui-ci seront également notées. Les infirmières, quant à elles, consigneront ces informations directement au dossier du patient.

À titre d'information, le professionnel de la santé pourra trouver les principales indications concomitantes ou possibles, les contre-indications ainsi que les précautions concernant les agents antihypertenseurs de première intention (voir annexe 4). De plus, des algorithmes de traitement suggérés (voir annexes 5.1, 5.2, 5.3), ainsi que les noms commerciaux et les dosages disponibles sont présentés (voir annexes 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5).

Il est à noter que ces algorithmes reflètent la pratique de certains experts dans le domaine de l'hypertension artérielle mais ne sauraient primer sur le jugement et l'expertise clinique.

DIURÉTIQUES THIAZIDIQUES

Considérations générales

Mécanisme d'action

- Inhibition du symporteur Na-Cl dans la partie proximale du tubule distal, donc diminution de la réabsorption de NaCl et diurèse
- Effet vasodilatateur par action directe sur les muscles lisses des vaisseaux

Indication

- Hypertension artérielle

Contre-indications

- Anurie
- Hypersensibilité connue aux diurétiques thiazidiques

Effets indésirables les plus fréquemment rencontrés

- Hyperuricémie
- Hypokaliémie, hyponatrémie, hypomagnésémie
- Dysfonction sexuelle
- Déshydratation
- Insuffisance rénale
- Photosensibilité

Interactions médicamenteuses

- *AINS (coxibs et non-coxibs)* :
 - ↓ effet antihypertenseur
- *Lithium* :
 - ↑ lithémie (risque de toxicité accrue)
- *Hypoglycémiantes oraux* :
 - ↑ possible de la glycémie
- *Corticostéroïdes* :
 - ↑ risque d'hypokaliémie
- *Calcium* :
 - ↓ de l'excrétion rénale du Ca et
 - ↑ de la libération du Ca osseux

- Bronchodilatateurs β 2-agonistes :
 - ↑ risque d'hypokaliémie

Avant le début du traitement et lors de l'ajustement de doses

- Électrolytes (ions), urée, créatinine
- Acide urique (optionnel)

Précautions

- Goutte (surveillance recommandée de l'acide urique et des symptômes)
- Possibilité d'allergie croisée avec sulfas, ex. TMP/ SMX (Bactrim, Septra)

Ajustement des doses

- Ajustement aux intervalles de 4 semaines

Particularités

- Les diurétiques thiazidiques peuvent être utilisés chez tout patient hypertendu qui ne présente aucune contre-indication à leur utilisation
- Les diurétiques de l'anse ne sont pas de bons antihypertenseurs (ex. furosémide). Ils ne devraient être utilisés que chez les patients pour lesquels une hypervolémie est présente ou lorsque la clairance de la créatinine est < 0.5 ml/sec (30 ml/min)
- Les diurétiques épargneurs de potassium (ex. spironolactone) ne devraient être utilisés que dans des circonstances particulières (hypertension résistante ou hypokaliémie) et faire l'objet d'une surveillance étroite des paramètres biochimiques, particulièrement de la kaliémie

Tableau d'ajustement proposé des doses de diurétiques

DIURÉTIQUES	NOM COMMERCIAL	AJUSTEMENT DES DOSES
DIURÉTIQUES THIAZIDIQUES OU APPARENTÉS		
Chlorthalidone	Apo-Chlorthalidone	12.5 → 25 mg DIE
Hydrochlorothiazide (HCTZ)	*	12.5 → 25 mg DIE
Indapamide	Lozide*	1.25 → 2.5 mg DIE
DIURÉTIQUES DE L'ANSE		
Furosémide	Lasix*	20 → 40 → 60 → 80 mg DIE ou BID
DIURÉTIQUES ÉPARGNEURS DE POTASSIUM		
Amiloride	Apo-amiloride	2.5 → 5 → 7.5 → 10 mg DIE
Amiloride/ HCTZ	*	2.5/25 → 5/50 mg DIE
Triamtérène/ HCTZ	*	25/12.5 → 50/25 mg DIE
ANTAGONISTE DE L'ALDOSTÉRONE		
Spirolactone	Aldactone*	12.5 → 25 mg DIE
Spirolactone / HCTZ	Aldactazide *	12.5/12.5 → 25/25 mg DIE

N.B. Lorsque 50 % de la dose maximale est atteinte, il faut penser associer un agent d'une autre classe thérapeutique

* de nombreuses formulations génériques sont disponibles

INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)

Considérations générales

Mécanisme d'action

- Inhibition de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
- Pro-médicament (sauf captopril)

Indications

- Hypertension légère (grade 1)
- Hypertension modérée à sévère (grades 2 et 3) en association avec d'autres agents anti-hypertenseurs

Contre-indications

- Hypersensibilité ou antécédent d'angioedème relié à un traitement antérieur avec un IECA ou un ARA
- Grossesse et allaitement
- Sténose bilatérale des artères rénales ou sténose unilatérale sur un rein unique

Effets indésirables les plus fréquemment rencontrés

- Toux
- Étourdissements
- Hyperkaliémie
- Angioedème (rare mais sérieux)

Interactions médicamenteuses

- *AINS (coxibs et non-coxibs)* :
↓ l'effet antihypertenseur
- *Lithium* :
↑ lithémie (risque de toxicité accrue)

Avant le début du traitement et lors de l'ajustement de doses

- Électrolytes (ions), urée, créatinine avant traitement, 10-14 jours post début et après
↑ dose

- Une augmentation maximale de 30 % de la créatinine peut généralement être tolérée

Élimination

- Principalement rénale :
bénazépril, captopril, cilazapril, énalapril, lisinopril, périndopril
- Principalement hépatique :
quinapril, ramipril, trandolapril
- Rénale / hépatique :
fosinopril

Précautions

- Attention à l'hyperkaliémie surtout chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique, prenant des diurétiques épargneurs de potassium ou des suppléments potassiques
- Réévaluation de la posologie si l'instauration de l'IECA induit une augmentation de la créatinine de base de plus de 30 % ou en présence d'insuffisance rénale sévère (aviser médecin)

Ajustement des doses

- Ajustement aux intervalles de 4 semaines
- Si cible non atteinte suite à l'introduction de la dose de départ, il est suggéré d'ajouter un agent d'une autre classe thérapeutique (ex. diurétique thiazidique) et d'ajuster au besoin

Tableau d'ajustement proposé des doses des IECA

IECA	NOM COMMERCIAL	AJUSTEMENT DES DOSES
Bénazépril	Lotensin*	5 → 10 → 20 → 40 mg DIE
Captopril	Capoten*	25 → 37.5 → 50 mg BID → 50 mg TID
Cilazapril	Inhibace*	2.5 → 5 → 10 mg DIE
Énalapril	Vasotec*	5 → 10 → 20 → 40 mg DIE ou 20 mg BID
Fosinopril	Monopril*	10 → 20 → 40 mg DIE
Lisinopril	Prinivil, Zestril*	10 → 20 → 40 → 80 mg DIE
Périndopril	Coversyl	4 → 8 mg DIE
Quinapril	Accupril	10 → 20 → 40 mg DIE
Ramipril	Altace*	2.5 → 5 → 10 → 20 mg DIE ou 10 mg BID
Trandolapril	Mavik	1 → 2 → 4 → 8 mg DIE

N. B. Des doses de départ plus faibles peuvent être utilisées chez les personnes âgées ou chez celles avec une fonction rénale diminuée, ou prenant un diurétique

Lorsque 50 % de la dose maximale est atteinte, il faut penser associer un agent d'une autre classe thérapeutique

* de nombreuses formulations génériques sont disponibles

BLOQUANTS OU ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II (BRA OU ARA)

Considérations générales

Mécanisme d'action

- Blocage du récepteur AT₁ de l'angiotensine II

Indications

- Hypertension légère (grade 1)
- Hypertension modérée à sévère (grades 2 et 3) en association avec d'autres agents antihypertenseurs

Contre-indications

- Hypersensibilité ou antécédent d'angioedème relié à un traitement antérieur avec un ARA ou un IECA
- Grossesse et allaitement
- Sténose bilatérale des artères rénales ou sténose unilatérale sur un rein unique

Effets indésirables les plus fréquemment rencontrés

- Étourdissements
- Céphalées
- Hyperkaliémie
- Angioedème (rare mais sérieux)

Interactions médicamenteuses

- *AINS (coxibs et non-coxibs)* :
↓ l'effet antihypertenseur
- *Lithium* :
↑ lithémie (risque de toxicité accrue)

Avant le début du traitement et lors de l'ajustement de doses

- Électrolytes (ions), urée, créatinine avant traitement, 10-14 jours post début et après ↑ dose
- Une augmentation maximale de 30 % de la créatinine peut généralement être tolérée

Élimination

- Tous les ARA sont éliminés principalement (60-95 %) par voie hépatique et faiblement (10-40 %) par voie rénale

Précautions

- Attention à l'hyperkaliémie surtout chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique, prenant des diurétiques épargneurs de potassium ou des suppléments potassiques
- Réévaluation de la posologie si l'instauration de l'ARA induit une augmentation de la créatinine de base de plus de 30 % ou en présence d'insuffisance rénale sévère (aviser médecin)

Ajustement des doses

- Ajustement aux intervalles de 4 semaines
- Si cible non atteinte suite à l'introduction de la dose de départ, il est suggéré d'ajouter un agent d'une autre classe thérapeutique (ex. diurétique thiazidique) et d'ajuster au besoin

Tableau d'ajustement proposé des doses des BRA ou ARA

ARA	NOM COMMERCIAL	AJUSTEMENT DES DOSES
Candésartan	Atacand	8 → 16 → 32 mg DIE
Éprosartan	Teveten	400 → 600 → 800 mg DIE
Irbésartan	Avapro	150 → 300 mg DIE
Losartan	Cozaar	50 → 100 mg DIE
Olmésartan	Olmetec	20 → 40 mg DIE
Telmisartan	Micardis	40 → 80 mg DIE
Valsartan	Diovan	80 → 160 → 320 mg DIE

N. B. Des doses de départ plus faibles peuvent être utilisées chez les personnes âgées ou chez celles avec une fonction rénale diminuée, ou prenant un diurétique

Lorsque 50 % de la dose maximale est atteinte, il faut penser associer un agent d'une autre classe thérapeutique

BLOQUANTS DES RÉCEPTEURS β -ADRENERGIQUES (β -BLOQUANTS)

Considérations générales

Mécanisme d'action

- Blocage des récepteurs β -adrénergiques, cardiosélectif (β -1) ou non cardiosélectif (β -1 et β -2)

Cardiosélectivité

- *Cardiosélectifs* : acébutolol, aténolol, bisoprolol, métoprolol
- *Non cardiosélectifs* : autres β -bloquants

Indications

- Hypertension légère (grade 1)
- Hypertension modérée à sévère (grades 2 et 3) en association avec d'autres agents antihypertenseurs

Contre-indications

- Bradycardie sinusale d'origine diverse
- Blocs AV du 2e et du 3e degré
- Maladie du sinus
- Insuffisance cardiaque non maîtrisée
- Asthme
- Hypersensibilité connue au produit

Effets indésirables les plus fréquemment rencontrés

- Bronchospasme
- Défaillance cardiaque
- Bradycardie, bloc AV
- Exacerbation de maladie ou syndrome de Raynaud
- Effets sur le système nerveux central (dépression, cauchemars, insomnie)
- Dysfonction sexuelle

Interactions médicamenteuses

- Clonidine (hypertension rebond si arrêt brusque de la clonidine, bradycardie)
- Antiarythmiques (prolongation de la conduction SA et AV)

- Bloqueurs des canaux calciques non-DHP (prolongation de la conduction SA et AV)
- Digoxine (\downarrow exagérée de la fréquence cardiaque)

Avant le début du traitement et lors de l'ajustement de doses

- Fréquence cardiaque
- Rythme cardiaque

Élimination

- Principalement rénale : aténolol, nadolol
- Principalement hépatique : métoprolol, propranolol, timolol
- Rénale/ hépatique : acébutolol, bisoprolol, pindolol

Précautions

- Antécédents d'insuffisance cardiaque
- Bradycardie excessive
- Bloc AV du 1er degré
- Troubles graves de la circulation artérielle périphérique
- Diabète (peut masquer certains signes d'hypoglycémie)

Ajustement des doses

- Ajustement aux intervalles de 3 à 4 semaines (jusqu'à maîtrise de la pression artérielle si la fréquence cardiaque demeure égale ou supérieure au seuil déterminé par le médecin)
- Si cible non atteinte suite à l'introduction de la dose de départ, il est suggéré d'ajouter un diurétique thiazidique (ou un BCC-DHP) et d'ajuster au besoin
- Ces médicaments ne sont pas recommandés chez les personnes de plus de 60 ans en monothérapie initiale sauf si indication formelle (ex. angine)

Tableau d'ajustement proposé des doses des β -bloquants

β -BLOQUANTS	NOM COMMERCIAL	AJUSTEMENT DES DOSES
Acébutolol	Monitan, Sectral*	100 → 200 → 400 mg DIE ou 100 → 200 → 400 mg BID
Aténolol	Ténormin*	25 → 50 → 100 → 200 mg DIE
Bisoprolol	Monacor*	2.5 → 5 → 10 → 20 mg DIE
Labétalol	Trandate*	100 → 200 → 400 mg BID
Métoprolol	Lopressor SR* (forme longue action)	100 → 200 mg DIE
Nadolol	*	20 → 40 → 80 → 120 → 160 mg DIE
Pindolol	Visken*	5 → 7.5 → 10 mg BID
Propranolol	Inderal LA* (forme longue action)	60 → 80 → 120 → 160 → 180 mg DIE
Timolol	Apo-timol*	5 → 7.5 → 10 → 15 mg BID

N. B. Des doses de départ plus faibles peuvent être utilisées chez les personnes âgées ou chez celles avec une fonction rénale diminuée, ou prenant un diurétique

Lorsque 50 % de la dose maximale est atteinte, il faut penser associer un agent d'une autre classe thérapeutique

* De nombreuses formulations génériques sont disponibles

BLOQUANTS DES CANAUX CALCIFIQUES (BCC)

Considérations générales

Mécanisme d'action

- Blocage des canaux calciques responsables de la diffusion transmembranaire des ions calcium dans le muscle cardiaque et le muscle lisse vasculaire

2 types de BCC

- *Dihydropyridinique (DHP)* : amlodipine, félodipine, nifédipine
- *Non-dihydropyridinique (non-DHP)* : diltiazem, vérapamil

Indications

- Hypertension légère (grade 1)
- Hypertension modérée à sévère (grades 2 et 3) en association avec d'autres agents antihypertenseurs

Contre-indications

- Blocs AV du 2e et du 3e degré (BCC non-DHP)
- Maladie du sinus (BCC non-DHP)
- Dysfonction ventriculaire gauche sévère i.e fraction d'éjection inférieure à 35 % (BCC non-DHP)
- Hypersensibilité connue au produit

Effets indésirables les plus fréquemment rencontrés

BCC DHP

- Œdème des membres inférieurs
- Céphalées
- Tachycardie réflexe
- Bouffées vasomotrices
- Étourdissements

BCC non-DHP

- Bradycardie
- Céphalées
- Bloc AV

- Oedème des membres inférieurs
- Constipation (surtout vérapamil)
- Étourdissements

Interactions médicamenteuses

- Interactions médicamenteuses avec autres Rx éliminés par CYP-450 3A4 (à vérifier avec le pharmacien)
- Digoxine (augmentation du taux sérique par diminution de l'élimination produite par vérapamil ou diltiazem)

Avant le début du traitement et lors de l'ajustement de doses

- ECG (BCC non-DHP)

Élimination

- Hépatique

Précautions

- Attention au jus de pamplemousse avec BCC DHP car peut augmenter significativement l'effet antihypertenseur (sauf amlodipine)

Ajustement des doses

- Ajustement aux intervalles de 3 à 4 semaines

Tableau d'ajustement proposé des doses des bloqueurs des canaux calciques

MÉDICAMENTS	NOM COMMERCIAL	AJUSTEMENT DES DOSES
BCC-DHP		
Amlodipine	Norvasc*	2.5 → 5 → 7.5 → 10 mg DIE
Félodipine	Renedil, Plendil*	2.5 → 5 → 7.5 → 10 → 15 → 20 mg DIE
Nifédipine	Adalat XL*	20 → 30 → 60 → 90 mg DIE
BCC NON-DHP		
Diltiazem	Cardizem, Tiazac*	120 → 180 → 240 → 360 → 480 mg DIE
Vérapamil	Isoptin SR*	En <i>continuum</i> : 120 → 240 mg DIE 240 mg AM et 120 mg PM 240 mg BID

N.B. Lorsque 50 % de la dose maximale est atteinte, il faut penser associer un agent d'une autre classe thérapeutique

* de nombreuses formulations génériques sont disponibles

INHIBITEURS DIRECTS DE LA RÉNINE (ALISKIRÈNE)

Considérations générales

Mécanisme d'action

- Inhibition directe de la rénine
- Diminution de l'activité de la rénine plasmatique
- Diminution de la production de l'angiotensine I à partir de l'angiotensinogène, et donc d'angiotensine II

Indication

- Hypertension essentielle

Contre-indications

- Hypersensibilité ou antécédent d'angioedème relié à un traitement antérieur avec un IECA ou un ARA
- Grossesse et allaitement
- Sténose bilatérale des artères rénales ou sténose unilatérale sur un rein unique

Effets indésirables les plus fréquemment rencontrés

- Étourdissements
- Hyperkaliémie
- Effets digestifs (diarrhée, constipation)

Interactions médicamenteuses

- *AINS (coxibs et non-coxibs)* :
↓ l'effet antihypertenseur
- *Lithium* :
↑ lithémie (risque de toxicité accrue)

Avant le début du traitement et lors de l'ajustement de doses

- Électrolytes (ions), urée, créatinine avant Rx, 10-14 jours post début et après ↑ doses
- Une augmentation maximale de 30 % de la créatinine peut généralement être tolérée

Élimination

- Essentiellement par les selles (élimination rénale très faible)

Précautions

- Attention à l'hyperkaliémie surtout chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique, prenant des diurétiques épargneurs de potassium ou des suppléments potassiques
- Réévaluation de la posologie si l'instauration du traitement induit une augmentation de la créatinine de base de plus de 30 % ou en présence d'insuffisance rénale sévère (aviser médecin)

Ajustement des doses

- Ajustement aux intervalles de 4 semaines (150 → 300 mg DIE)
- Si cible non atteinte suite à l'introduction de la dose de départ, il est suggéré d'ajouter un agent d'une autre classe thérapeutique (ex. diurétique thiazidique) et d'ajuster au besoin

Dosages disponibles

- *Aliskirène* : Rasilez 150 mg et 300 mg
- *Aliskirène avec hydrochlorothiazide* : Rasilez HCT 150/12.5 mg et Rasilez 300/25 mg

MODIFICATIONS DES HABITUDES DE VIE

MODIFICATIONS DES HABITUDES DE VIE



Certaines habitudes de vie ont un impact sur le risque de développer une hypertension artérielle, peuvent en influencer la gravité et, modifier la réponse au traitement pharmacologique.

Les facteurs modifiables sont les suivants :

- excès de poids corporel
- manque d'activité physique (sédentarité)
- consommation excessive de sel (sodium)
- consommation excessive d'alcool
- stress
- tabagisme

Plus les facteurs de risque sont nombreux, plus les possibilités de développer de l'hypertension et des complications cardiovasculaires sont grandes. La diminution de pression artérielle obtenue par la modification des habitudes de

vie est souvent équivalente à celle produite par une monothérapie médicamenteuse c'est-à-dire une diminution de 4 à 8 %. Parce que le degré de réduction de la pression augmente généralement avec la valeur de la pression au départ, cette réduction de 4 à 8 % peut se traduire par une diminution de pression artérielle systolique de 5 à 13 mm Hg et de pression artérielle diastolique de 3 à 8 mm Hg chez les hypertendus.

La modification des habitudes de vie :

- constitue la pierre angulaire du traitement de l'hypertension artérielle
- s'inscrit souvent comme traitement initial
- doit être maintenue même lorsqu'une médication s'avère nécessaire
- doit 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 cardiovasculaire
- comporte peu d'effets secondaires
- est peu coûteuse

Avec le support des autres professionnels de la clinique, l'infirmière ou le pharmacien évalue la situation du patient et réalise l'enseignement au regard des modifications de ses habitudes de vie. Ils doivent aussi motiver le patient à adopter les changements nécessaires.

Principes de base

Certains principes de bases concernant les modifications des habitudes de vie doivent être pris en considération dans l'enseignement offert aux patients. Le changement doit se faire de manière à favoriser l'adoption de nouvelles habitudes et viser leur maintien à long terme. Le problème réside dans le fait que même si la population en général reconnaît l'importance d'une alimentation saine, de l'activité physique, de la cessation tabagique et d'une gestion des stressseurs quotidiens, l'observance thérapeutique est sous-optimale (entre 30 et 70 % d'inobservance selon le traitement prescrit). Des interventions interdisciplinaires ont démontré leur efficacité à soutenir les patients dans la modification de leurs habitudes de vie, mais le maintien des habitudes de vie doit se faire de manière progressive afin de maintenir le processus à long terme.

Contrôle et maintien du poids

La perte de poids est une des façons les plus efficaces pour réduire la pression artérielle et prévenir les maladies cardiovasculaires. La combinaison d'exercices physiques pratiqués régulièrement et d'une alimentation saine et équilibrée peut permettre d'atteindre un poids santé.

Une perte de poids de 5 à 10 % du poids initial peut être suffisante pour diminuer le risque de développer des maladies cardiovasculaires même si le poids «santé» n'est pas atteint.

L'alimentation de type DASH ou les recommandations du Guide alimentaire canadien sont fortement recommandées (riches en légumes et fruits, incluant des produits laitiers écrémés, des produits à grains entiers, des légumineuses, quelques portions de viande maigre et très peu de sucres); ce sont des modèles reconnus pour l'atteinte des cibles de pression artérielle.

Une attention particulière doit être portée sur les régimes « miracles » populaires stricts car ceux-ci n'ont pas démontré de bénéfices à long terme sur la perte de poids et sur le risque de développer des maladies cardiovasculaires.

Augmentation de l'activité physique

Une pratique régulière d'activité physique prévient l'hypertension artérielle. Non seulement permet-elle de réduire les facteurs de risque, mais elle facilite la gestion du stress et du contrôle du poids.

L'exercice seul fait baisser la pression; toutefois, son effet est maximisé lorsque il est accompagné d'une perte de poids.

De 30 à 60 minutes d'exercice dynamique à une intensité modérée, à raison de 4 à 7 jours par semaine sont recommandées.

Si la pression artérielle au repos est inférieure à 160/100 mm Hg et, si le patient n'est pas atteint de maladies cardiovasculaires, l'exercice aérobie d'intensité moyenne est sécuritaire. Cependant, au delà de 160/100 mm Hg, en présence de maladies cardiovasculaires ou de symptômes, de même qu'avant de pratiquer une activité physique d'intensité moyenne à vigoureuse, le patient doit consulter le médecin.

Diminution de la consommation de sodium (sel)

Diminuer de moitié la consommation actuelle de sodium permettrait à un adulte sur trois de prévenir l'hypertension artérielle.

Le sodium est omniprésent dans l'alimentation. Outre, le sel ajouté (salière = environ 10 %) et le sel naturellement présent dans les aliments (environ 10 %), l'utilisation souvent abusive du sodium par l'industrie alimentaire lors de la préparation et la transformation des aliments (près de 80 %) contribuent à dépasser la consommation tolérable quotidienne. Les Canadiens consomment en moyenne plus de 3 000 mg de sodium par jour, soit deux fois plus que l'apport souhaitable recommandé et ce, sans compter le sodium ajouté à la table ou durant la cuisson (Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2004).

L'apport en sodium recommandé par jour :

	Apport souhaitable (mg)	Apport maximal toléré (mg)
14 à 50 ans	1 500	2 300
51 à 70 ans	1 300	2 300
71 ans et +	1 200	2 300

1 500 mg = 6 ¼ sachets de sel

2 300 mg = 9 ½ sachets de sel

Diminution de la consommation d'alcool

La consommation excessive d'alcool est associée à une élévation de la pression artérielle et à une augmentation des triglycérides, sans compter qu'elle peut augmenter l'apport calorique quotidien. Elle devrait se limiter à 14 consommations ou moins par semaine chez l'homme et à 9 ou moins par semaine chez la femme, à raison de 2 consommations ou moins par jour.

Une consommation correspond à :

1 bière (12 oz ou 340 ml)

5 oz (150 ml) de vin

1 ½ oz (45 ml) d'alcool fort

Meilleure gestion du stress

Le stress peut provoquer une augmentation de la pression artérielle.

Différentes approches cognitivo-comportementales personnalisées jumelées à des techniques de relaxation peuvent être suggérées.

Arrêt tabagique

Le tabagisme est associé à une élévation transitoire de la pression artérielle. L'arrêt complet ou, tout au moins, une réduction du nombre de cigarettes fumées dans une journée est bénéfique pour la santé en général.

Moyens d'intervention

Les patients présentant différents facteurs de risque cardiovasculaire et nécessitant des interventions multidisciplinaires ont besoin, entre autres, de plus d'informations et de support pour développer et maintenir de saines habitudes de vie. Les intervenants de première ligne, quant à eux, ont besoin d'outils précis pour venir en aide à ces patients.

Trousse Éducoeur-en-route©

La trousse Éducoeur-en-route© est issue d'un projet de recherche conçu par un groupe spécialisé en prévention et traitement de l'hypertension artérielle, provenant de l'Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM) et, formé de médecins spécialistes, d'omnipraticiens, d'infirmières, de nutritionnistes, de kinésiologues et de psychologues (14). Ce projet de recherche a bénéficié d'un support financier provenant de Pfizer Canada inc.

Ce qui a été décrit précédemment dans ce document a pour objectifs d'évaluer, d'identifier et d'intervenir sur les facteurs de risque cardiovasculaire. Le questionnaire et les dépliants (outils) Éducoeur-en-route© viennent supporter ces objectifs.

Le questionnaire qui comporte plusieurs volets (alimentation, activité physique, motivation et état d'esprit, médicaments, tabagisme) et auquel doit répondre la personne atteinte d'hypertension artérielle, permet à l'infirmière de cibler certains comportements à risque et d'aider à structurer l'approche de patients qui participeraient à ce programme.

Une série de 61 dépliants (outils) informatifs et éducatifs, ciblés selon les réponses données et fournissant de l'information et des pistes de solutions pratiques, peuvent être distribués aux patients.

Ces dépliants (outils) sont :

- simples
- adaptés à des besoins spécifiques

Ces dépliants (outils) peuvent ainsi être à la source d'échange fructueux et de plan d'actions concrets au regard des modifications des habitudes de vie (voir annexe 7).

ORGANISATION DU SUIVI

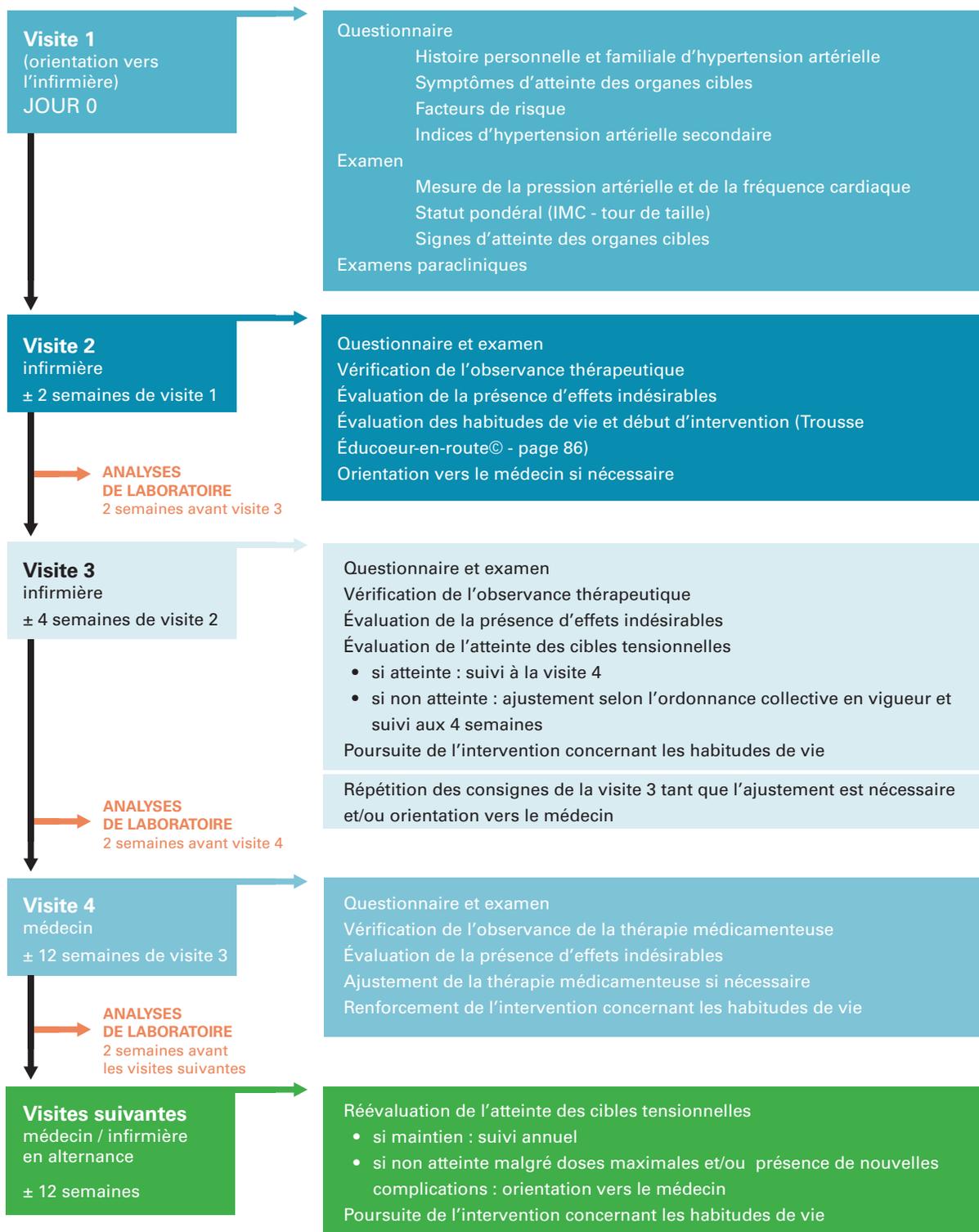
ORGANISATION DU SUIVI



Dans le but de faciliter le suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique, une **trajectoire de suivi** a été élaborée, à titre d'exemple. Celle-ci se veut un guide pour l'équipe des professionnels de la santé afin de procéder à un suivi conjoint structuré, permettant à chacun de jouer un rôle clé et, ainsi, de guider le patient vers l'atteinte des cibles tensionnelles.

- À partir de la description du rôle des différents acteurs impliqués (voir page 12), chaque milieu peut adapter l'organisation du suivi à sa propre pratique.
 - Les modalités de visites (rencontre individuelle – rencontre téléphonique – rencontre médecin-infirmière – rencontre de groupe) sont laissées à la discrétion de chaque milieu.
- L'utilisation de l'enseignement de groupe est une stratégie d'éducation pertinente pour plusieurs clientèles; celle-ci apporte une valeur ajoutée.

Tableau 4. Organisation du suivi



RÉFÉRENCES ET OUTILS
ANNEXES
INDEX
REMERCIEMENTS

RÉFÉRENCES ET OUTILS

1. **Wilkins K, Campbell NRC, Joffres MR, McAlister FA, Nichol M, Quach S, et al.** Blood pressure in Canadian adults. *Health Reports*. 2010; 21(1):37-46.
2. **Hackam D, Khan N, Hemmelgarn B, Rabkin S, Touyz R, Campbell N, et al.** The 2010 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: part 2 - therapy. *Canadian Journal of Cardiology*. 2010;26(5):249-258.
3. **Quinn RR, Hemmelgarn BR, Padwal RS, Myers MG, Cloutier L, Bolli P, et al.** The 2010 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: part 1 - blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk. *Canadian Journal of Cardiology*. 2010; 26(5):241-8.
4. **Bélanger H.** (2008). *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. www.hypertension.qc.ca/onglets: Professionnels de la santé / Guide du ministère.
5. **Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al.** 2007 ESH-ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Blood Pressure*. 2007; 16(3):135-232.
6. **Drouin D, Milot A.** éd. *Hypertension : Guide thérapeutique*. Montréal : Société Québécoise d'hypertension artérielle; 2007.
7. **Wright JM, Mattu GS, Perry Jr TL, Gelferc ME, Strange KD, Zorn A, et al.** Validation of a new algorithm for the BPM-100 electronic oscillometric office blood pressure monitor. *Blood Pressure Monitoring*. 2001;6(3):161-5.
8. **White WB, Anwar YA.** Evaluation of the overall efficacy of the Omron office digital blood pressure HEM-907 monitor in adults. *Blood Pressure Monitoring*. 2001;6(2):107-10.
9. **Myers MG, Valdivieso M, Kiss A.** Use of automated office blood pressure measurement to reduce the white coat response. *Journal of Hypertension*. 2009;27(2):280-6.
10. **Beckett L, Godwin M.** The BpTRU automatic blood pressure monitor compared to 24 hour ambulatory blood pressure monitoring in the assessment of blood pressure in patients with hypertension. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2005;5(1):18.

11. **Myers MG, Valdivieso M, Kiss A.** Consistent relationship between automated office blood pressure recorded in different settings. *Blood Pressure Monitoring*. 2009;14(3):108-11.
12. **Genest J, McPherson R, Frohlich J, Anderson T, Campbell N, Carpentier A, et al.** 2009 Canadian Cardiovascular Society / Canadian guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease in the adult - 2009 recommendations. *The Canadian Journal of Cardiology*. 2009;25(10):567-79.
13. **D'Agostino RB, Sr., Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al.** General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2008;117(6):743-53.
14. **Perreault V.** Implantation d'une trousse d'outils de prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire dans des groupes de médecine familiale au Québec. L'étude Éducoeur-en-route. *Les actualités du coeur - Le bulletin de l'Alliance québécoise pour la santé du coeur*. 2010; 13(3):6-7.
15. **Feldman RD, Zou GY, Vandervoort MK, Wong CJ, Nelson SA, Feagan BG.** A simplified approach to the treatment of uncomplicated hypertension: a cluster randomized, controlled trial. *Hypertension*. 2009;53(4):646-53.

Sites Internet

Société québécoise d'hypertension artérielle www.hypertension.qc.ca

Société canadienne d'hypertension www.hypertension.ca

Camet d'enseignement - Dépliants - Guides

Blais C, Raymond E. *Diète DASH - Les aliments que nous mangeons influencent l'apparition et le traitement...* Dépliant. Société québécoise d'hypertension artérielle. Montréal. 2007.

Blais C, Raymond E. *Le sel - Élément de haute pression.* Dépliant. Société québécoise d'hypertension artérielle. Montréal. 2010.

Blais C, Jobin C, Raymond E, Thériault H-A. *Mon guide pour prévenir et traiter l'hypertension artérielle*, Drouin D, Milot A. éd. Société québécoise d'hypertension artérielle. Montréal. 2005. ISBN 2-9806257-4-4

Cloutier L, Leblanc M-È. *Mesurer sa pression artérielle à domicile - L'apprentissage de la mesure de la pression artérielle à domicile.* Carnet d'enseignement. Société québécoise d'hypertension artérielle. Montréal. 2010.

Drouin D, & Milot, A éd. *Questions et réponses, mon guide pour maîtriser l'hypertension artérielle.*

Société québécoise d'hypertension artérielle. Montréal. 2005. 70 pages. ISBN 2-9806257-3-6

L'Abbé C, Mathieu M-È, Perrault V. *L'activité physique dans la prévention et le traitement de l'hypertension artérielle.* Dépliant. Société québécoise d'hypertension artérielle. Montréal. 2010.

Société québécoise d'hypertension artérielle. *Hypertension artérielle - Questions Réponses.* Dépliant. Montréal. 2008.

ANNEXES

1. Description de la formation destinée aux professionnels de la santé
2. Description de l'accompagnement clinique
3. Formulaire de liaison de l'infirmière au pharmacien
4. Agents antihypertenseurs de première intention
5. Algorithmes de traitement suggérés
 - 5.1 Patients de moins de 60 ans avec hypertension artérielle non compliquée lorsque l'écart entre la pression artérielle mesurée et la pression artérielle ciblée est $\geq 20/10$ mm Hg de mercure
 - 5.2 Patients de moins de 60 ans avec hypertension artérielle non compliquée lorsque l'écart entre la pression artérielle mesurée et la pression artérielle ciblée est $< 20/10$ mm Hg de mercure
 - 5.3 Patients de plus de 60 ans avec hypertension artérielle non compliquée
6. Noms commerciaux et dosages disponibles
 - 6.1 Diurétiques
 - 6.2 Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) et combinaisons à doses fixes avec diurétiques
 - 6.3 Bloquants ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (BRA ou ARA) et combinaisons à doses fixes avec diurétiques
 - 6.4 Bloquants des récepteurs β -adrénergiques ou β -bloquants (BB)
 - 6.5 Bloquants des canaux calciques (BCC)
7. Trousse Éducoeur-en-route©
8. Publications de la Société québécoise d'hypertension artérielle

Annexe 1. Formation destinée aux professionnels de la santé

La SQHA reconnaît que les professionnels de la santé exerçant au Québec ont reçu une formation initiale solide et qu'ils sont soucieux de maintenir leurs compétences à jour. Par ailleurs, il est souhaitable qu'ils acquièrent des compétences spécifiques au regard de la clientèle atteinte d'hypertension artérielle. C'est pour cette raison que la SQHA est actuellement à mettre sur pied une formation en ligne afin de favoriser le développement et le maintien de leurs connaissances et de leurs habiletés.

Notions fondamentales sur l'hypertension artérielle

- Définition
- Notions d'anatomie, de physiologie et de pathologie
- Classification de l'hypertension artérielle
- Prévalence et incidence

Évaluation de la personne atteinte d'hypertension artérielle

Questionnaire

- Histoire personnelle et familiale d'hypertension artérielle
- Durée
- Valeurs antérieures de pression artérielle
- Traitement antihypertenseur antérieur
- Facteurs de risque
- Symptômes d'atteinte des organes cibles
- Indices d'hypertension secondaire

Mesures de la pression artérielle

- Mesures en clinique
- Mesures à domicile
- Monitoring ambulateur (MAPA)

Examen physique

- Fréquence cardiaque
- Statut pondéral
- Signes d'atteintes des organes cibles

Examens paracliniques

- Électrolytes /ions, urée, créatinine, glycémie, bilan lipidique, analyse d'urine (SMU)
- Microalbuminurie, protéinurie, créatininurie
- ECG
- Autres examens (échographie rénale, échographie cardiaque)

Évaluation du risque cardiovasculaire

- Tables de Framingham
- SCORE Canada

Traitements

Ajustement de la thérapie médicamenteuse (principales classes de médicaments)

- Mécanisme d'action
- Indications
- Contre-indications
- Effets indésirables les plus fréquemment rencontrés
- Interactions médicamenteuses les plus fréquemment rencontrées
- Élimination
- Précautions
- Ajustement des doses

Modifications des habitudes de vie

Principes de base

- Contrôle et maintien du poids
- Augmentation de l'activité physique
- Diminution de la consommation de sodium (sel)
- Diminution de la consommation d'alcool
- Meilleure gestion du stress
- Arrêt tabagique

Observance et motivation

Annexe 2. Accompagnement clinique

Introduction

L'accompagnement clinique est une composante essentielle de l'acquisition des compétences nécessaires aux infirmières et aux pharmaciens pour la prise en charge de la clientèle atteinte d'hypertension artérielle. Il est souhaitable que l'infirmière et le pharmacien soient exposés aux pratiques de l'ensemble des médecins faisant partie de l'équipe de travail. Il n'est pas possible de déterminer un nombre d'heures précises pour l'accompagnement clinique car il est fonction de la formation de base du professionnel visé.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de la période d'accompagnement clinique, le cas échéant, **selon l'ordonnance collective en vigueur**, les compétences de chacun et leurs activités réservées, l'infirmière et/ou le pharmacien seront en mesure de :

- recueillir une histoire de santé pertinente
- procéder à l'évaluation du risque cardiovasculaire
 - o faire le calcul du risque
 - o rédiger la note d'observation
 - o transmettre l'information au patient
- effectuer l'examen physique pertinent
- sélectionner les examens paracliniques indiqués
- réaliser les mesures de pressions artérielles auscultatoires ou automatisées (BpTRU)
- procéder à l'enseignement de la mesure à domicile, à l'installation du MAPA ainsi qu'à l'enseignement pertinent
- assurer le suivi au regard des examens de laboratoires, de l'observance thérapeutique
- appliquer l'ajustement de la thérapie médicamenteuse, le cas échéant

Dans le cadre de la pratique infirmière, pour chacun des objectifs, et à chaque étape, les équipes de travail pourront choisir de faire des périodes d'observation où l'infirmière aura l'occasion d'accompagner le médecin, une infirmière plus expérimentée ou une infirmière praticienne spécialisée. De la même façon, les pharmaciens pourront se doter de processus permettant de côtoyer médecins et pharmaciens plus expérimentés.

Un mécanisme d'adaptation au changement de personnel peut aussi être mis en vigueur à l'intérieur de l'équipe de travail.

Annexe 3. Formulaire de liaison de l'infirmière au pharmacien

<p>Identification de l'établissement</p> <p>Ordonnance collective en vigueur : no</p> <p>Date de l'ordonnance aaaa / mm / jj</p> <p>Nom du médicament et posologie de départ</p> <p>.....</p>		<p>No de dossier</p> <p>.....</p> <p>Nom</p> <p>.....</p> <p>Prénom</p> <p>.....</p> <p>Date de naissance</p> <p>..... aaaa / mm / jj</p>																	
		Identification du patient																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%; padding: 5px;">Pharmacie</th> <th style="width: 25%; padding: 5px;">Téléphone</th> <th style="width: 25%; padding: 5px;">Télécopieur</th> <th style="width: 25%; padding: 5px;">Fait</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				Pharmacie	Téléphone	Télécopieur	Fait	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Pharmacie	Téléphone	Télécopieur	Fait																
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>																
<p>Date aaaa / mm / jj</p> <p>Pression artérielle en clinique : <input type="checkbox"/> auscultatoire <input type="checkbox"/> automatisée</p> <p>À la suite de mon évaluation et, selon l'ordonnance collective d'hypertension artérielle en vigueur, (no d'ordonnance :)</p> <p>j'ajuste la médication à la posologie : Validité de l'ordonnance :</p> <p>Nom de l'infirmière : caractères d'imprimerie No de permis :</p> <p>Signature de l'infirmière :</p> <p>Tél. de l'infirmière : Horaire de disponibilité :</p> <p>Nom du médecin traitant : No de permis :</p>																			
Canevas de formulaire de liaison de l'infirmière au pharmacien inspiré de celui provenant du GMF Etchemins et, adapté selon les recommandations du Collège des médecins du Québec (Ménard C. <i>Ajustement d'un médicament par une infirmière</i> . Le Collège; Automne 2010; 50(4):21).																			

Annexe 4.

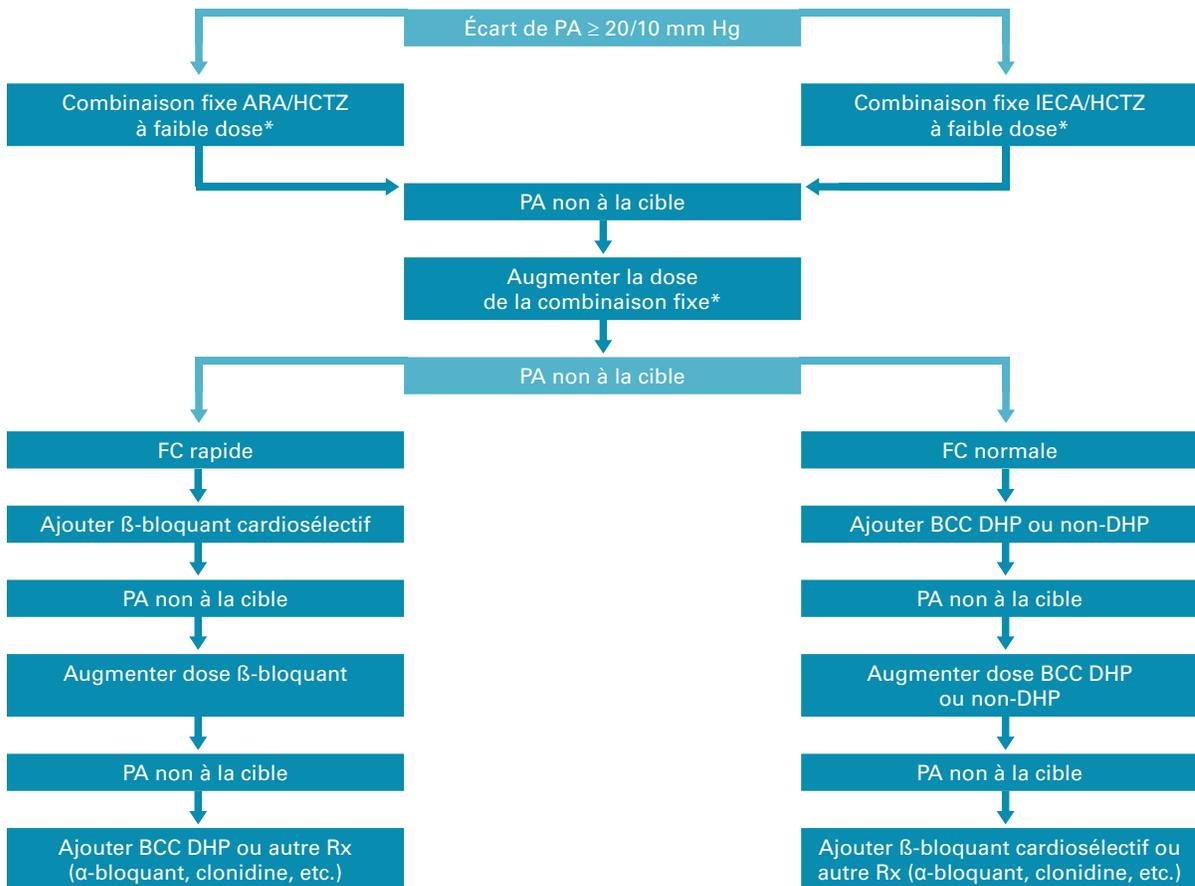
AGENTS ANTIHYPERTENSEURS DE PREMIÈRE INTENTION**Indications concomitantes ou possibles, contre-indications et précautions**

CLASSE THÉRAPEUTIQUE	INDICATIONS CONCOMITANTES	INDICATIONS POSSIBLES	PRÉCAUTIONS	CONTRE-INDICATIONS
Diurétiques	HTA systolique isolée Insuffisance cardiaque Prévention secondaire AVC/ICT (combiné à un IECA)			Goutte
β-bloquants	Infarctus du myocarde Angine Dysfonction ventriculaire gauche systolique (bisoprolol, carvedilol, métoprolol)		Insuffisance cardiaque Maladie vasculaire périphérique grave Diabète	Asthme MPOC Bloc cardiaque
IECA	Insuffisance cardiaque Dysfonction ventriculaire gauche systolique Maladie cardiovasculaire établie Post infarctus Néphropathie diabétique Prévention secondaire AVC/ICT (combiné à un diurétique)	Maladie rénale chronique	Insuffisance rénale	Grossesse (contraception recommandée chez femmes en âge de procréer) Maladie rénovasculaire bilatérale ou sur rein unique
ARA	Insuffisance cardiaque Dysfonction ventriculaire gauche systolique si IECA non toléré Maladie cardiovasculaire établie Post infarctus Néphropathie diabétique HTA systolique isolée	Maladie rénale chronique	Insuffisance rénale	Grossesse (contraception recommandée chez femmes en âge de procréer) Maladie rénovasculaire bilatérale ou sur rein unique
BCC DHP	HTA systolique isolée	Angine		
BCC non-DHP	Angine			Bloc cardiaque Insuffisance cardiaque

Annexe 5.1

ALGORITHME DE TRAITEMENT SUGGÉRÉ

**PATIENTS DE MOINS DE 60 ANS AVEC HYPERTENSION ARTÉRIELLE NON COMPLIQUÉE
LORSQUE L'ÉCART ENTRE LA PRESSION ARTÉRIELLE MESURÉE ET LA PRESSION ARTÉRIELLE
CIBLÉE EST $\geq 20/10$ mm Hg**



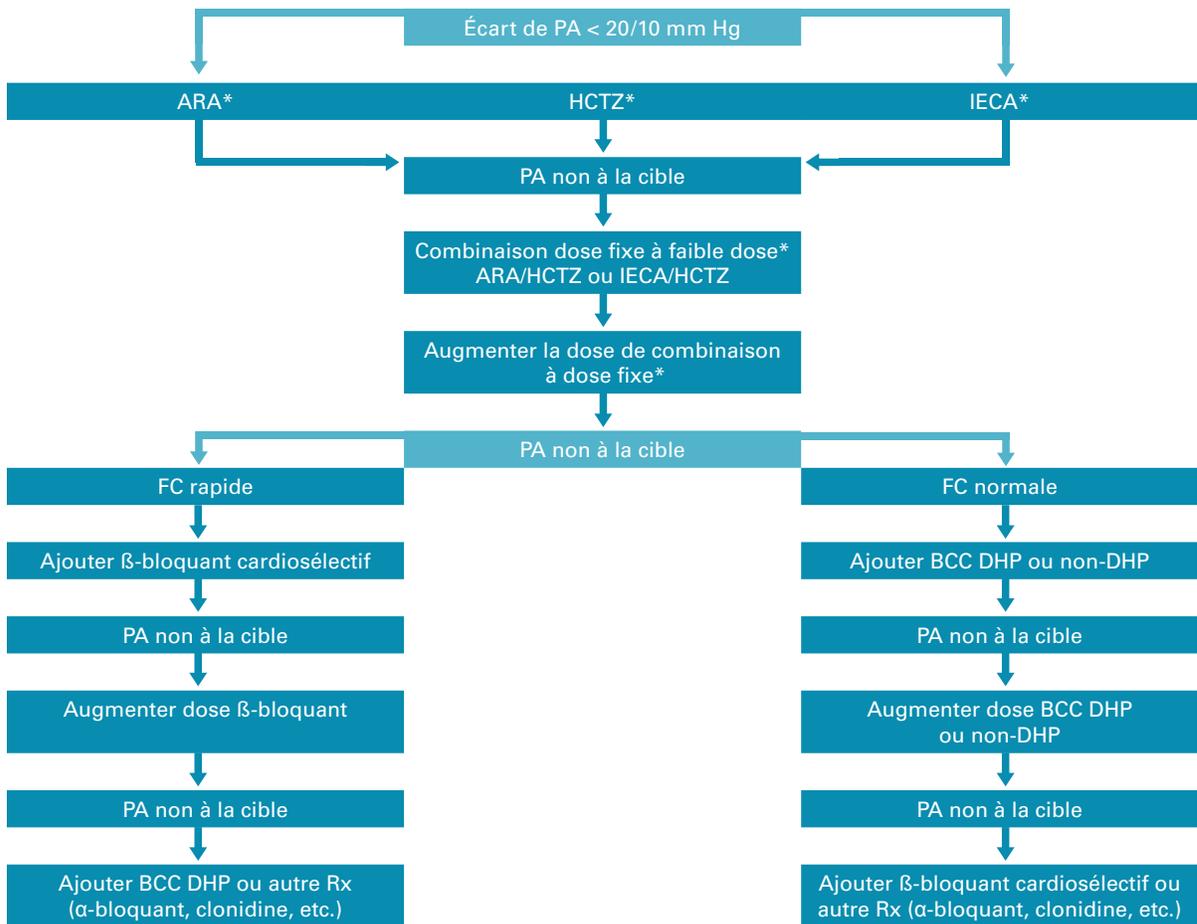
* N.B. Cet algorithme, inspiré de l'étude STITCH (15), est ajouté à titre d'exemple et ne se veut pas l'unique stratégie thérapeutique à être utilisée chez le patient hypertendu. Le jugement du clinicien doit toujours s'appliquer dans de telles circonstances. Le lecteur est invité à se référer aux différents tableaux faisant état des doses de départ et doses maximales suggérées.

Dans certaines circonstances, telle une fréquence cardiaque élevée, l'utilisation d'un β -bloquant pourra faire l'objet d'un traitement de première intention.

Annexe 5.2

ALGORITHME DE TRAITEMENT SUGGÉRÉ

PATIENTS DE MOINS DE 60 ANS AVEC HYPERTENSION ARTÉRIELLE NON COMPLIQUÉE LORSQUE L'ÉCART ENTRE LA PRESSION ARTÉRIELLE MESURÉE ET LA PRESSION ARTÉRIELLE CIBLÉE EST < 20/10 mm Hg



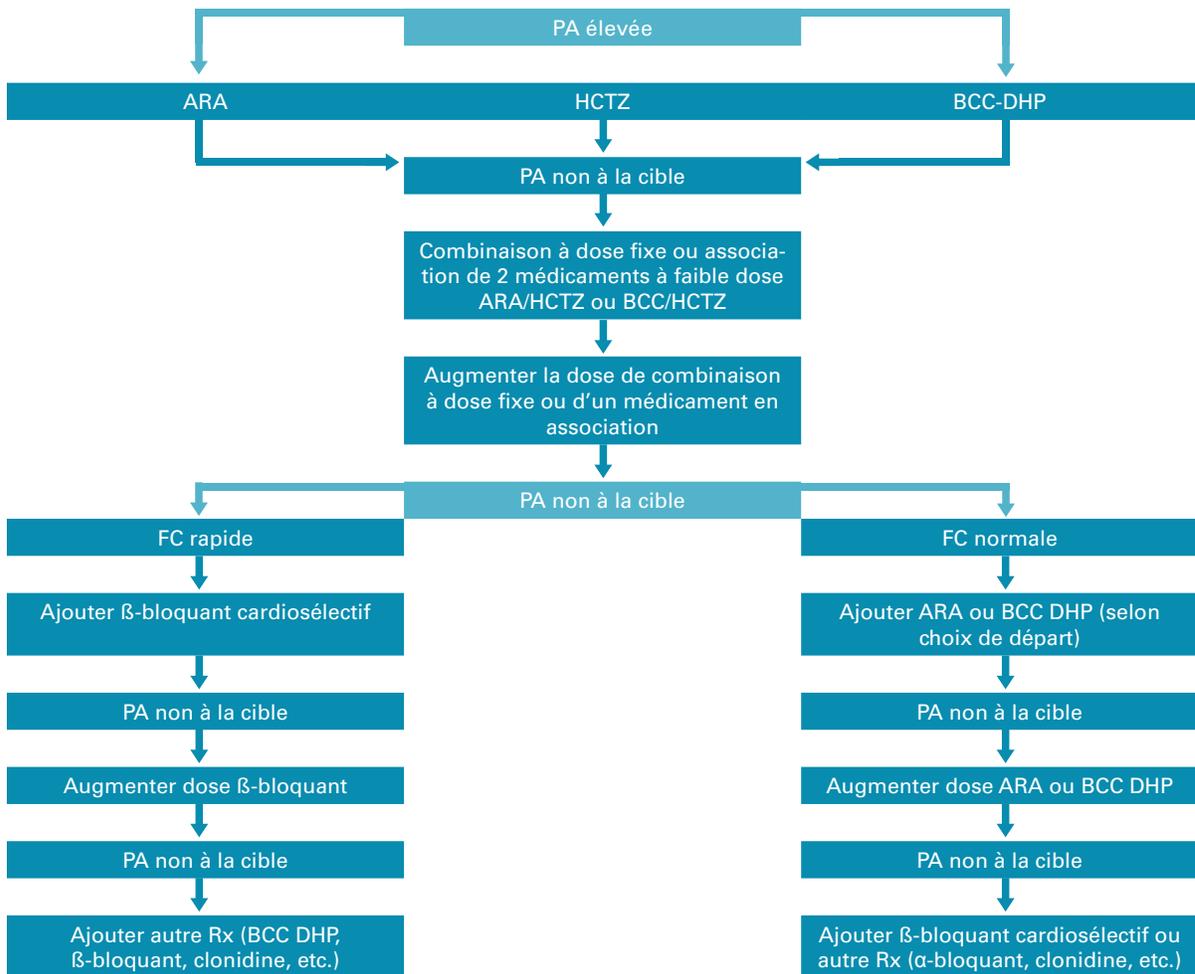
* N.B. Cet algorithme, inspiré de l'étude STITCH (15), est ajouté à titre d'exemple et ne se veut pas l'unique stratégie thérapeutique à être utilisée chez le patient hypertendu. Le jugement du clinicien doit toujours s'appliquer dans de telles circonstances. Le lecteur est invité à se référer aux différents tableaux faisant état des doses de départ et doses maximales suggérées.

Dans certaines circonstances, telle une fréquence cardiaque élevée, l'utilisation d'un β-bloquant pourra faire l'objet d'un traitement de première intention.

Annexe 5.3

ALGORITHME DE TRAITEMENT SUGGÉRÉ

PATIENTS DE PLUS DE 60 ANS AVEC HYPERTENSION ARTÉRIELLE NON COMPLIQUÉE



* N.B. Cet algorithme, inspiré de l'étude STITCH (15), est ajouté à titre d'exemple et ne se veut pas l'unique stratégie thérapeutique à être utilisée chez le patient hypertendu. Le jugement du clinicien doit toujours s'appliquer dans de telles circonstances. Le lecteur est invité à se référer aux différents tableaux faisant état des doses de départ et doses maximales suggérées.

Dans certaines circonstances, telle une fréquence cardiaque élevée, l'utilisation d'un β-bloquant pourra faire l'objet d'un traitement de première intention.

Annexe 6.1

TABLEAU DES DIFFÉRENTS DIURÉTIQUES (NOMS COMMERCIAUX ET DOSAGES DISPONIBLES)

DIURÉTIQUES	NOM COMMERCIAL	DOSAGES DISPONIBLES
DIURÉTIQUES THIAZIDIQUES OU APPARENTÉS		
Chlorthalidone	Apo-Chlorthalidone	50 mg
Hydrochlorothiazide (HCTZ)	*	12.5; 25 mg
Indapamide	Lozide*	1.25; 2.5 mg
DIURÉTIQUES DE L'ANSE		
Furosémide	Lasix*	10; 20; 40 et 80 mg
DIURÉTIQUES ÉPARGNEURS DE POTASSIUM		
Amiloride	Apo-amiloride	5 mg
Amiloride/ HCTZ	*	5/50 mg
Triamtérène/ HCTZ	*	50/25 mg
ANTAGONISTE DE L'ALDOSTÉRONÉ		
Spironolactone	Aldactone*	25; 100 mg
Spironolactone / HCTZ	Aldactazide *	25/25 mg; 50/50 mg

* De nombreuses formulations génériques sont disponibles

Annexe 6.2

TABLEAU DES DIFFÉRENTS INHIBITHEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA) ET DES COMBINAISONS À DOSES FIXES AVEC DIURÉTIQUES

(NOMS COMMERCIAUX ET DOSAGES DISPONIBLES)

IECA	NOM COMMERCIAL	DOSAGES DISPONIBLES	IECA ET DIURÉTIQUE	NOM COMMERCIAL	DOSAGES DISPONIBLES
Bénazépril	Lotensin*	5; 10; 20 mg		NON DISPONIBLE	
Captopril	Capoten*	6.25; 12.5; 25; 50; 100 mg			
Cilazapril	Inhibace*	1; 2.5; 5 mg	+ HCTZ	Inhibace plus*	5/12.5 mg
Énalapril	Vasotec*	2.5; 5; 10; 20 mg	+ HCTZ	Vaseretic*	5/12.5 mg; 10/25 mg
Fosinopril	Monopril*	10; 20 mg		NON DISPONIBLE	
Lisinopril	Prinivil, Zestril*	5; 10; 20 mg	+ HCTZ	Prinzide, Zestoretic*	10/12.5 mg; 20/12.5 mg; 20/25 mg
Périndopril	Coversyl	2; 4; 8 mg	+ Indapamide	Coversyl plus	4/1.25 mg; 8/2.5 mg
Quinapril	Accupril	5; 10; 20; 40 mg	+ HCTZ	Accuretic	10/12,5 mg; 20/12.5 mg; 20/25 mg
Ramipril	Altace*	1.25; 2.5; 5; 10; 15 mg	+ HCTZ	Altace HCT	2.5/12.5 mg, 5/12.5 mg; 5/25 mg; 10/12.5 mg; 10/25 mg
Trandolapril	Mavik	0.5; 1; 2; 4 mg		NON DISPONIBLE	

* De nombreuses formulations génériques sont disponibles

Annexe 6.3

TABLEAU DES DIFFÉRENTS ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II (ARA) ET DES COMBINAISONS À DOSES FIXES AVEC DIURÉTIQUES

(NOMS COMMERCIAUX ET DOSAGES DISPONIBLES)

ARA	NOM COMMERCIAL	DOSAGES DISPONIBLES	ARA ET DIURÉTIQUE	NOM COMMERCIAL	DOSAGES DISPONIBLES
Candésartan	Atacand	8; 16; 32 mg	+ HCTZ	Atacand plus	16/12.5 mg; 32/12.5 mg; 32/25 mg
Éprosartan	Teveten	400; 600 mg	+ HCTZ	Teveten Plus	600/12.5 mg
Irbésartan	Avapro	75; 150; 300 mg	+ HCTZ	Avalide	150/12.5 mg; 300/12.5 mg; 300/25 mg
Losartan	Cozaar	25; 50; 100 mg	+ HCTZ	Hyzaar, Hyzaar DS	50/12.5 mg; 100/12.5 mg; 100/25 mg
Olmésartan	Olmetec	20; 40 mg	+ HCTZ	Olmetec Plus	20/12.5 mg; 40/12.5 mg; 40/25 mg
Telmisartan	Micardis	40; 80 mg	+ HCTZ	Micardis Plus	80/12.5 mg; 80/25 mg
Valsartan	Diovan	40; 80; 160; 320 mg	+ HCTZ	Diovan HCT	80/12.5 mg; 160/12.5 mg; 160/25 mg; 320/12.5 mg; 320/25 mg

Annexe 6.4

TABLEAU DES DIFFÉRENTS β -BLOQUANTS

(NOMS COMMERCIAUX ET DOSAGES DISPONIBLES)

β -BLOQUANTS	NOM COMMERCIAL	DOSAGES DISPONIBLES
Acébutolol	Monitan, Sectral*	100; 200; 400 mg
Aténolol	Ténormin*	25; 50; 100 mg
Bisoprolol	Monocor*	5; 10 mg
Labétalol	Trandate*	100; 200 mg
Métoprolol	Lopressor* (forme courte action) Lopressor SR* (forme longue action)	25; 50; 100 mg 100; 200 mg
Nadolol	*	40; 80; 160 mg
Pindolol	Visken*	5; 10; 15 mg (aussi disponible en association avec HCTZ, Viskazide 10/25 mg)
Propranolol	Inderal* (forme courte action) Inderal LA (forme longue action)	10; 20; 40; 80 mg 60; 80; 120; 160; 180 mg
Timolol	Apo-timol*	5; 10; 15; 20 mg

* De nombreuses formulations génériques sont disponibles

Annexe 6.5

TABLEAU DES DIFFÉRENTS BLOQUANTS DES CANAUX CALCIQUES (BCC)
(NOMS COMMERCIAUX ET DOSAGES DISPONIBLES)

MÉDICAMENTS	NOM COMMERCIAL	DOSAGES DISPONIBLES
BCC-DHP		
Amlodipine	Norvasc*	2.5; 5; 10 mg
Féلودipine	Renedil, Plendil*	2.5; 5; 10 mg
Nifédipine	Adalat XL*	20; 30; 60 mg
BCC NON-DHP		
Diltiazem	Cardizem CD, Tiazac* Tiazac XC	120; 180; 240; 300; 360 mg (à prendre AM) 120; 180; 240; 300 mg (à prendre HS)
Vérapamil	Isoptin SR* (forme longue action)	120; 180; 240 mg

* De nombreuses formulations génériques sont disponibles

Annexe 7. Trousse Éducoeur-en-route©*

La trousse Éducoeur-en-route© peut être utilisée par l'infirmière pour l'aider à identifier et à intervenir sur des comportements à risque chez des patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire.

La trousse contient un questionnaire d'évaluation des habitudes de vie et 61 dépliants (outils) informatifs et éducatifs.

Méthode suggérée d'utilisation de la trousse Éducoeur-en-route©

Lors de la rencontre initiale avec le patient et, selon qu'elle s'adresse à un patient ayant nouvellement reçu un diagnostic d'hypertension artérielle ou à un patient déjà connu, l'infirmière jugera du moment opportun pour débiter l'intervention avec la trousse Éducoeur-en-route©. Dans certains cas, le questionnaire peut être distribué au patient dès la visite initiale; dans d'autres cas, il est préférable d'attendre à la deuxième visite ou à une visite ultérieure.

Les dépliants (outils) remis au patient seront en lien avec les réponses obtenues au questionnaire.

Déroulement d'une intervention avec la trousse Éducoeur-en-route©

Visite initiale

- L'infirmière :
 - remet au patient un questionnaire d'évaluation de ses habitudes de vie dans le but d'identifier ses comportements à risque
 - le patient, seul, ou avec l'aide d'une personne de son entourage, ou avec l'aide de l'infirmière, répond au questionnaire d'évaluation
 - s'assure que toutes les réponses aux questions sont complétées
 - tente d'évaluer, à la lumière des réponses et, avec le patient, la volonté de changement de celui-ci
 - identifie avec le patient certains objectifs à atteindre à court, moyen et long termes
 - choisit les dépliants d'intervention (outils) appropriés aux réponses données
 - explique et remet au patient les dépliants pertinents
 - un dépliant (outil) de chaque section (alimentation, activité physique, motivation et état d'esprit) peut être remis lors d'une visite
 - un seul dépliant (outil) peut aussi être expliqué et d'autres peuvent être remis pour lecture à la maison
 - pour certains patients, l'approche interdisciplinaire lors d'une visite peut être mise de l'avant
 - pour d'autres patients, l'intervention avec un objectif à la fois peut être la meilleure approche
 - inscrit les paramètres de base (bilan < 3 mois - mesures anthropométriques, prise de pression artérielle et analyses de laboratoire), la nature de l'intervention et les numéros des dépliants (outils) remis sur les notes d'observation du patient
 - fixe un rendez-vous pour la visite de suivi (environ 1 mois)

Visites de suivi

- L'infirmière :
 - fait un retour sur les changements effectués et, au besoin, introduit de nouveaux dépliants (outils)
 - note la nature de l'intervention, les dépliants (outils) remis au patient, ainsi que les changements dans la médication
 - définit, conjointement avec le patient, la fréquence et le délai entre les visites de suivi durant la période d'intervention
 - procède, selon le stade d'évolution du patient, à une nouvelle évaluation dans le but de comparer les résultats initiaux et de connaître l'évolution du patient :
 - questionnaire complété par le patient
 - mesures anthropométriques
 - mesures de pression artérielle
 - analyses de laboratoire
- Le médecin :
 - prend connaissance, lors de visite médicale, de l'intervention de l'infirmière
 - renforce l'intervention auprès du patient

Questionnaire et dépliants (outils) informatifs et éducatifs

Le contenu de la trousse Éducoeur-en-route©, incluant le questionnaire et les 61 dépliants (outils) informatifs et éducatifs, est disponible sur le site Internet de la SQHA.

www.hypertension.qc.ca/priseencharge-oc

* La trousse Éducoeur-en-route© est issue d'un projet de recherche conçu par un groupe spécialisé en prévention et traitement de l'hypertension artérielle, provenant de l'Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM) et, formé de médecins spécialistes, d'omnipraticiens, d'infirmières, de nutritionnistes, de kinésologues et de psychologues. Ce projet de recherche a bénéficié d'un support financier provenant de Pfizer Canada inc.

Questionnaire



ÉDUCŒUR-EN-ROUTE



Questionnaire sur les habitudes de vie

Ce questionnaire est conçu pour aider vos intervenants à connaître vos habitudes de vie dans le but d'améliorer votre santé. Répondez à toutes les questions sans trop y réfléchir puisque la première impression est souvent la meilleure.

ÉDUCŒUR-EN-ROUTE



1 - Section alimentation

Voici une liste de questions qui tente d'évaluer votre mode de vie.
Pour chacune d'entre-elles, encerclez la réponse qui représente le mieux vos habitudes **actuelles** :

VOS CHOIX ALIMENTAIRES CONSTITUENT-ILS UN RISQUE CARDIOVASCULAIRE?

Questionnaire rapide pour évaluer la saine alimentation

AVEZ-VOUS DÉJÀ RENCONTRÉ UNE DIÉTÉTISTE DANS LE PASSÉ ? Oui (année _____) Non

SUIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ? Oui Non

Si oui, lequel ? _____

QUESTIONS	A	B	C	OUTILS
Combien de repas prenez-vous par jour ?	3 repas/j	Je mange souvent un 4 ^e repas	1-2 repas/jour	1
Mangez-vous entre les repas ?	Non/ je mange une collation au besoin	Je mange généralement en soirée	Je grignote très souvent entre les repas	1, 2, 18
À quelle fréquence mangez-vous au restaurant ? (sandwicheries, fast food, pizza, rôtisserie, mets chinois...)	Moins de 1 fois/sem	1-2/sem	3 repas et +/- sem	3, 4
Consommez-vous des mets prêt-à-servir ? (mets congelés, pizza, mets italiens ou chinois, riz et pâtes alimentaires assaisonnés...)	< 1/sem -	1-2/sem	> 3/sem	4
Combien de légumes consommez-vous ? 1 portion = 1 légume moyen, ½ tasse légumes frais, surgelés ou en conserve, 1 tasse de laitue, ½ tasse jus de légumes	4/jour	2-3/jour	≤ 1/jour	6 - GAC
Combien de fruits consommez-vous ? 1 portion = 1 fruit moyen, ½ tasse fruits frais, surgelés, en conserve ou en purée, ½ tasse jus de fruits	> 3/jour	2/jour	≤ 1/jour	6 - GAC
Quelle est la grosseur de votre portion de viande par repas ? 1 portion = 100g ou 3 onces ou l'équivalent d'un paquet de 52 cartes à jouer	1 paquet de cartes ou moins	Entre 1 et 2 paquets de cartes	2 paquets de cartes ou plus	5, 16 - GAC
Mangez-vous la peau du poulet ou le gras visible des viandes ?	Jamais	À l'occasion	Toujours	5, 13
Mangez-vous des charcuteries ou des viandes grasses ? (bacon, saucisse, saucisson de Bologne, salami, pepperoni, pâté de foie, cretons, ailes de poulet, croquettes, côtes levées, viandes hachées)	Moins de 1 fois /sem	1-2/sem	3 fois et +/- sem	4, 5, 16
Mangez-vous du poisson non pané ?	≥ 2 fois/sem	1 fois/sem	Rarement	7
Mangez-vous du fromage ? 1 portion = 30g ou 1 once, fromage en tranches (1-2), fromage à la crème (30 ml ou 2 c. à table). Exclure le fromage écrémé ou le cottage.	≤ 2/sem	3-4/sem	≥ 5/sem	5, 8, 16
Quel type de produits laitiers (lait et yogourt) consommez-vous ?	Moins de 2 % de m.g.	2 % m.g.	> 3 % m.g./Je n'en consomme pas	5, 8 - GAC
Quels types de matières grasses utilisez-vous le plus souvent ? (pour la cuisson, pour tartiner, pomme de terre, sauces...) *NH : non-hydrogénée	Huile végétale ou margarine *NH	Huile, margarine ou beurre	Beurre, crème, lard, shortening, margarine régulière	5, 10

ÉDUCÉUR-EN-ROUTE



1 - Section alimentation

Voici une liste de questions qui tente d'évaluer votre mode de vie.

Pour chacune d'entre-elles, encerclez la réponse qui représente le mieux vos habitudes **actuelles** :

QUESTIONS	A	B	C	OUTILS
Quelle proportion les produits céréaliers ou les féculents occupent-ils dans votre assiette ? (pâtes alimentaires, riz, couscous, pomme de terre...)	1/4 de l'assiette	½ de l'assiette	Plus de la ½ de l'assiette	1 - GAC
Choisissez-vous des produits céréaliers faits de grains entiers ? (pain de blé entier, céréales à déjeuner riches en fibres, riz brun...)	Oui, toujours	À l'occasion	Rarement	12 - GAC
À quelle fréquence consommez-vous des produits de boulangerie ? (beignes, brioches, croissants, danoises, muffins). Exclure les muffins maison.	< 1 fois ou moins/sem	2 -3/sem	> 4 ou plus/sem	5, 13
À quelle fréquence consommez-vous des desserts commerciaux ? (en collation ou au repas : barres tendres, biscuits, crème glacée régulière, gâteaux, pâtisseries, tartes, etc.)	< 2 fois ou moins/sem	3 - 4/sem	> 5 ou plus/sem	9, 13, 14
À quelle fréquence consommez-vous des sucreries ? (bonbons, chocolat, sucre de table, miel, confiture...)	< 3 fois ou moins/sem	4-5/sem	Tous les jours	9
Buvez-vous des breuvages sucrés ? (jus ou boisson aux fruits, boisson gazeuse ou énergisante, thé glacé, limonade...)	< 8 oz ou moins/jour	8-16 oz/jour	> 16 oz ou plus/jour	9, 15
Quelle est votre consommation moyenne d'alcool ? 1 consommation = 5 oz de vin, 1 bière, 1 ½ oz de spiritueux	< 1/jour	2/jour	> 2/jour	17
Consommez-vous des soupes, bouillons ou sauces, en sachet ou en conserve ?	< 1/sem	1 - 2/sem	> 3/sem	4
Consommez-vous des aliments enrobés de sel ? (craquelins, croustilles, pop corn, bretzels, noix ou graines salées, etc.)	< 1/sem	2-3/sem	> 4/sem	4, 18
Ajoutez-vous du sel à vos aliments ?	Rarement	Souvent/ avec certains aliments	La plupart du temps	4
Consultez-vous le tableau de valeur nutritive des étiquettes alimentaires ?	Oui et je comprends bien l'information	Souvent, mais je m'y retrouve difficilement	Rarement	14
Désirez-vous perdre du poids ? IMC = _____ <input type="checkbox"/> Poids normal <input type="checkbox"/> Embonpoint <input type="checkbox"/> Obésité	OUI	NON		15

< Moins de
≤ Inférieur ou égal à

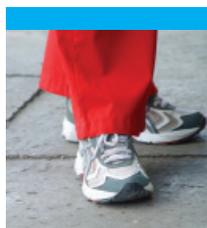
> Plus de
≥ supérieur ou égal à

EST-CE QUE VOUS ESSAYEZ D'AVOIR UNE ALIMENTATION Saine ET ÉQUILIBRÉE DANS LA VIE DE TOUS LES JOURS ?

- A. OUI, et ce depuis plus de 6 mois
 B. OUI, et ce depuis moins de 6 mois
 C. NON, mais j'en ai l'intention dans les 30 prochains jours
 D. NON, mais j'en ai l'intention dans les 6 prochains mois
 E. NON, et je n'en ai PAS l'intention pour les 6 prochains mois

- Maintien
 Action
 Préparation
 Contemplation
 Précontemplation

ÉDUCCEUR-EN-ROUTE



2 - Section activité physique

Voici une liste de questions qui tente d'évaluer votre mode de vie.
Pour chacune d'entre-elles, encerclez la réponse qui représente le mieux vos habitudes **actuelles** :

FAITES-VOUS UN ENTRAÎNEMENT PHYSIQUE RÉGULIER ?

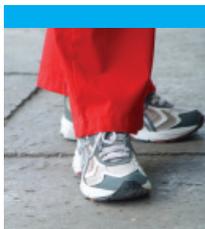
Oui

Non

Description : _____

QUESTIONS	A	B	C	D	OUTILS
À quelle fréquence vous déplacez-vous à pied ou à vélo ?	La plupart du temps	> 3x/sem	1-2x/sem	Rarement	21, 23
À quelle fréquence choisissez-vous d'emprunter les escaliers plutôt que l'ascenseur ?	Toujours	Souvent	À l'occasion	Jamais	21, 23
Combien de fois par semaine faites-vous de l'activité physique pour au moins 30 minutes ?	5-7 x/sem	4x/sem	2-3x/sem	< 1x/sem	21, 22, 24, 25, 26, 27
Habituellement, vous sentez-vous motivé pour faire de l'activité physique ?	Toujours	Souvent	À l'occasion	Jamais	20, 21
Vous reconnaissez-vous dans l'affirmation suivante ? « Présentement, je ne suis pas en forme et je ne sais pas par où commencer pour m'améliorer. »	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Tout à fait	21, 23, 24, 26
Êtes-vous trop fatigué pour faire de l'activité physique ?	Jamais	À l'occasion	Souvent	Toujours	20
Aimez-vous faire de l'activité physique ?			Un peu	Pas du tout	20, 21
Organisez-vous votre emploi du temps de façon à y inclure des périodes d'activité physique ?	Toujours	Souvent	À l'occasion	Jamais	20, 21, 23, 24
Trouvez-vous des solutions alternatives pour demeurer actif lorsque la température extérieure n'est pas clémente et que vous ne désirez pas sortir faire votre activité physique ?	Toujours	Souvent	À l'occasion	Jamais	24, 26, 27
Adaptez-vous votre pratique d'activité physique aux recommandations actuelles en fonction de votre condition cardiovasculaire ?	Toujours	Souvent	À l'occasion	Jamais ou Je ne sais pas	22, 25, 28, 29, 30
Vous reconnaissez-vous dans l'affirmation suivante ? « Je ne fais pas d'activité physique par crainte de me blesser. »	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Tout à fait	31
Lorsque vous avez des problèmes articulaires, trouvez-vous des alternatives pour adapter vos exercices et demeurer actif ? Cochez ici si cette question ne s'applique pas à vous : <input type="checkbox"/>	Toujours	Souvent	À l'occasion	Jamais	31, 32, 33
Mettez-vous en pratique les recommandations en activité physique pour vous aider à perdre du poids ? Cochez ici si cette question ne s'applique pas à vous : <input type="checkbox"/>	Tout à fait	Beaucoup	Un peu	Pas du tout	34
Limitez-vous votre pratique d'activité physique par crainte d'avoir plus faim à la suite d'une séance d'exercices ?	Jamais	À l'occasion	Souvent	Toujours	35
Vous hydratez-vous suffisamment pendant et/ou après une séance d'exercices ?	Toujours	Souvent	À l'occasion	Jamais	36

ÉDUCŒUR-EN-ROUTE



2 - Section activité physique

Voici une liste de questions qui tente d'évaluer votre mode de vie.
Pour chacune d'entre-elles, cochez la réponse qui représente le mieux vos habitudes **actuelles** :

EST-CE QUE VOUS FAITES RÉGULIÈREMENT DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE (C'EST À DIRE UNE ACTIVITÉ D'INTENSITÉ MOYENNE DE 30 MINUTES RÉPARTIE SUR TOUTE LA JOURNÉE À TOUS LES JOURS OU PRESQUE OU UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE RIGOREUSE PRATiquÉE 3 FOIS PAR SEMAINE PENDANT 20 MINUTES CHAQUE FOIS) ?

- | | |
|--|---|
| A. OUI, et ce depuis plus de 6 mois | <input type="checkbox"/> Maintien |
| B. OUI, et ce depuis moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> Action |
| C. NON, mais j'en ai l'intention dans les 30 prochains jours | <input type="checkbox"/> Préparation |
| D. NON, mais j'en ai l'intention dans les 6 prochains mois | <input type="checkbox"/> Contemplation |
| E. NON, et je n'en ai PAS l'intention pour les 6 prochains mois | <input type="checkbox"/> Précontemplation |
| F. Mon médecin m'a recommandé de ne pas faire d'activité physique pour le moment en raison d'une limitation physique importante (exemple : une blessure) | <input type="checkbox"/> Non recommandé |

ÉDUCŒUR-EN-ROUTE



3- Section motivation et état d'esprit

Voici une liste de questions qui tente d'évaluer votre mode de vie.

Pour chacune d'entre-elles, cochez la réponse qui représente le mieux vos habitudes **actuelles** :

QUESTIONS	JAMAIS A	À L'OCCASION B	SOUVENT C	TOUJOURS D	OUTILS
Je suis trop mal à l'aise pour poser des questions à mon médecin et lui dire que je n'arrive pas à suivre ses recommandations					37, 51
Je fais des journées de fou et quand vient le temps de décompresser, j'ai juste le goût de m'écraser devant la TV					39, 40, 41, 52
Quand vient le temps de me prendre en main, je me dis : « J'ai déjà essayé, je n'y arriverai jamais »					39, 42, 49, 57
Ce n'est pas de faire attention aujourd'hui qui va faire une différence sur ma santé					38, 51
J'ai trop de douleur pour faire de l'activité physique					43
Lorsque je fais un excès alimentaire, même léger, je me dis que tout est perdu et je ne respecte plus les règles à suivre					39, 42, 46, 49
Avec moi, c'est tout ou rien, soit je fais de l'activité physique à tous les jours, soit je n'en fait pas de la semaine					42, 46, 52, 57
Je m'en demande beaucoup et je mets la barre bien haute!					39, 46, 57
J'ai essayé souvent de me prendre en main alors je me dis : « En bout de ligne, ça ne marchera pas longtemps »...					42, 46, 49, 57
Je suis trop fatigué pour cuisiner ou faire de l'activité physique					40, 45
Quand je vais au resto ou en visite, je me laisse aller					46, 49
Quand je mange des chips ou des biscuits, il faut que je vois le fond du sac					44, 57
Je voudrais bien manger mais mon conjoint ne fait pas attention					37, 47
Je n'ai personne avec qui faire de l'activité physique					47, 55
Quand je suis frustré, déçu, découragé, ou en colère, je me dis : « Au diable mes bonnes habitudes »					39, 42, 48, 49, 57
Quand je me sens débordé, stressé ou que je m'ennuie, j'ai le goût de tout lâcher					41, 45, 48, 52, 57
Je mange mes émotions					42, 44, 45, 48
Je me récompense en mangeant des cochonneries					41, 44
Je sais que je dois changer mes habitudes de vie, mais je me trouve 1001 raisons au quotidien pour ne pas le faire					39, 41, 52
Je me dis : « Je n'ai pas envie de changer mes habitudes alimentaires (ma diète) »					39, 41, 50
Je me dis : « Je n'ai pas envie de faire de l'activité physique »					39, 41, 50
Je me dis : « Je n'ai pas envie d'arrêter de fumer » Je ne fume pas/plus Non applicable <input type="checkbox"/>					39, 41, 50, 61
Je me sens déprimé					42, 48, 56
Je me sens anxieux					42, 48, 53
Je me sens en colère dans toutes sortes de situations					42, 48, 54
Je me sens seul					37, 55
Je me dis : « Je ne sais pas si je vais être capable de changer suffisamment pour améliorer ma santé à long terme »					38, 47, 57

ÉDUCŒUR-EN-ROUTE



3- Section motivation et état d'esprit

Voici une liste de questions qui tente d'évaluer votre mode de vie.

Pour chacune d'entre-elles, cochez la réponse qui représente le mieux vos habitudes **actuelles** :

EST-CE QUE VOUS ESSAYEZ D'AMÉLIORER VOS HABITUDES DE VIE DANS LA VIE DE TOUS LES JOURS ?

- | | |
|---|---|
| A. OUI, et ce depuis plus de 6 mois | <input type="checkbox"/> Maintien |
| B. OUI, et ce depuis moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> Action |
| C. NON, mais j'en ai l'intention dans les 30 prochains jours | <input type="checkbox"/> Préparation |
| D. NON, mais j'en ai l'intention dans les 6 prochains mois | <input type="checkbox"/> Contemplation |
| E. NON, et je n'en ai PAS l'intention pour les 6 prochains mois | <input type="checkbox"/> Précontemplation |

EST-CE QUE VOUS ESSAYEZ DE RÉDUIRE VOTRE NIVEAU DE STRESS DANS LA VIE DE TOUS LES JOURS ?

- | | |
|---|---|
| A. OUI, et ce depuis plus de 6 mois | <input type="checkbox"/> Maintien |
| B. OUI, et ce depuis moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> Action |
| C. NON, mais j'en ai l'intention dans les 30 prochains jours | <input type="checkbox"/> Préparation |
| D. NON, mais j'en ai l'intention dans les 6 prochains mois | <input type="checkbox"/> Contemplation |
| E. NON, et je n'en ai PAS l'intention pour les 6 prochains mois | <input type="checkbox"/> Précontemplation |

ÉDUCŒUR-EN-ROUTE



4- Section médicaments

Voici une liste de questions qui tente d'évaluer votre mode de vie.
Pour chacune d'entre-elles, cochez la réponse qui représente le mieux vos habitudes **actuelles** :

QUESTIONS	JAMAIS A	À L'OCCASION B	SOUVENT C	TOUJOURS D	OUTILS
J'oublie de prendre mes médicaments					58
Les médicaments que je prends doivent forcément me causer quelques effets secondaires					59
Je pense que je prends trop de médicaments					41, 60

EST-CE QUE VOUS PRENEZ VOS MÉDICAMENTS TELS QUE PRESCRITS PAR VOTRE MÉDECIN ?

- | | |
|---|---|
| A. OUI, et ce depuis plus de 6 mois | <input type="checkbox"/> Maintien |
| B. OUI, et ce depuis moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> Action |
| C. NON, mais j'en ai l'intention dans les 30 prochains jours | <input type="checkbox"/> Préparation |
| D. NON, mais j'en ai l'intention dans les 6 prochains mois | <input type="checkbox"/> Contemplation |
| E. NON, et je n'en ai PAS l'intention pour les 6 prochains mois | <input type="checkbox"/> Précontemplation |
| F. Le médecin ne m'a pas prescrit de médicaments | <input type="checkbox"/> Non applicable |

ÉDUCŒUR-EN-ROUTE



5- Section tabagisme

Ce questionnaire s'adresse à **TOUS**. Veuillez répondre à ces questions. En ce qui concerne la question 1, commencez par choisir la colonne correspondant à votre situation et ne répondez qu'aux questions de cette colonne.

QUESTION : Présentement, comment pourriez-vous décrire votre expérience avec la cigarette ?

OUTIL 61

Je fume tous les jours (1)	Je fume mais pas tous les jours (2)	Je ne fume pas mais j'ai déjà fumé tous les jours (3)	Je ne fume pas mais j'ai déjà fumé à l'occasion (4)	Je n'ai jamais fumé (5)
Combien de cigarettes fumez-vous par jour : _____	Combien de cigarettes fumez-vous par semaine : _____	Combien de cigarettes fumiez-vous par jour : _____	Combien de cigarettes fumiez-vous par semaine : _____	PASSEZ CETTE SECTION
Fumez-vous des cigarettes à bout filtre ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	À quel âge avez-vous commencé à fumer ? _____ ans	À quel âge avez-vous commencé à fumer ? _____ ans	À quel âge avez-vous commencé à fumer ? _____ ans	
À quel âge avez-vous commencé à fumer ? _____ ans		À quel âge avez-vous cessé de fumer ? _____ ans	À quel âge avez-vous cessé de fumer ? _____ ans	

EST-CE QUE VOUS AVEZ CESSÉ DE FUMER LA CIGARETTE ?

- A. OUI, et ce depuis plus de 6 mois (passez à la question 19)
- B. OUI, et ce depuis moins de 6 mois (passez à la question 19)
- C. NON, mais j'en ai l'intention dans les 30 prochains jours
- D. NON, mais j'en ai l'intention dans les 6 prochains mois
- E. NON, et je n'en ai PAS l'intention pour les 6 prochains mois
- F. Je n'ai JAMAIS fumé la cigarette (passez à la question 19)

- Maintien
- Action
- Préparation
- Contemplation
- Précontemplation
- Non applicable

PRÉSENTEMENT, FUMEZ-VOUS LA PIPE ?

- OUI, tous les jours (1) **OUTIL 61**
- OUI à l'occasion (2)
- NON (3)

PRÉSENTEMENT, FUMEZ-VOUS LE CIGARE ?

- OUI, tous les jours (1) **OUTIL 61**
- OUI à l'occasion (2)
- NON (3)

À QUAND REMONTE VOTRE DERNIÈRE INHALATION (PUFF) ?
_____ JOURS _____ MOIS

PRÉSENTEMENT, FAITES-VOUS USAGE DE TABAC À PRISER OU À CHIQUER ?

- OUI, tous les jours (1) **OUTIL 61**
- OUI à l'occasion (2)
- NON (3)

À PART VOUS, COMBIEN DE PERSONNES FUMENT À LA MAISON ? _____ PERSONNES

UTILISEZ-VOUS PRÉSENTEMENT DES MÉDICAMENTS POUR VOUS AIDER À CESSER DE FUMER ?

OUI NON

AU COURS DES 2 DERNIÈRES ANNÉES, COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS ESSAYÉ, AVEC SUCCÈS OU NON, D'ARRÊTER DE FUMER ?
_____ FOIS

LESQUELS ?

- Timbres transdermiques (patches)
- Gomme à la nicotine
- Zyban (bupropion)

À QUAND REMONTE VOTRE DERNIÈRE CIGARETTE COMPLÈTE ?
_____ JOURS _____ MOIS

ÉDUCŒUR-EN-ROUTE



5- Section tabagisme

Ce questionnaire s'adresse à **TOUS**. Veuillez répondre à ces questions.

En ce qui concerne la question 1, commencez par choisir la colonne correspondant à votre situation et ne répondez qu'aux questions de cette colonne.

Échelle de Fagerstrom (version abrégée)

1. COMBIEN DE TEMPS APRÈS VOTRE RÉVEIL FUMEZ-VOUS VOTRE PREMIÈRE CIGARETTE ?

- Dans les 5 minutes (0)
 De 6 à 30 minutes (1)
 De 31 à 60 minutes (2)
 Après 60 minutes (3)

2. TROUVEZ-VOUS DIFFICILE DE NE PAS FUMER DANS LES ENDROITS OÙ C'EST INTERDIT (PAR EX. CINÉMAS, BIBLIOTHÈQUES) ?

- Oui (0)
 Non (1)

3. À QUELLE CIGARETTE DE LA JOURNÉE VOUS SERAIT-IL LE PLUS DIFFICILE DE RENONCER ?

- La première de la matinée (0)
 Toutes les cigarettes sans distinction (1)

4. COMBIEN DE CIGARETTES FUMEZ-VOUS PAR JOUR, EN MOYENNE ?

- 10 ou moins (3)
 11 à 20 (2)
 21 à 30 (1)
 31 ou plus (0)

5. FUMEZ-VOUS À UN RYTHME PLUS SOUTENU LE MATIN QUE L'APRÈS MIDI ?

- Oui (0)
 Non (1)

6. FUMEZ-VOUS LORSQUE VOUS ÊTES MALADE ET QUE VOUS DEVEZ RESTER AU LIT TOUTE LA JOURNÉE ?

- Oui (0)
 Non (1)

Dépliants (outils) informatifs et éducatifs - Exemples

Section

ALIMENTATION

ÉDUCŒUR-EN-ROUTE

Outil 5 **L'alimentation : au cœur de l'assiette**



Si je reçois ce document, c'est que les aliments gras que je consomme peuvent détériorer mon cholestérol sanguin :

- La grosseur de mes portions de viande
- La peau du poulet et le gras des viandes
- Les charcuteries et les viandes grasses
- Les fromages et produits laitiers gras
- Certains types de matières grasses
- Certains produits de boulangerie

Pour contrôler son taux de cholestérol : partez de l'assiette !

D'ABORD, CONSOMMEZ PLUS DE LÉGUMES ET DE FRUITS

- Pour en retirer tous les bienfaits, choisissez-les : vert foncé, orange, rouge, violet et blanc
- Visez un minimum de 7 portions par jour !
- Frais, congelés, cuits, crus, variez la façon dont vous les mangez

+ autres informations

Section ACTIVITÉ PHYSIQUE

ÉDUCŒUR-EN-ROUTE

Outil 21

Trucs pour bouger au quotidien



Si je reçois ce document, c'est que :

- Je me déplace peu à pied ou à vélo
- J'utilise régulièrement les ascenseurs
- Je fais de l'activité physique moins de 4 X / semaine
- Je manque souvent de motivation pour faire de l'activité physique
- Je n'aime pas faire de l'activité physique
- J'inclus peu de périodes d'activité physique à mon emploi du temps

Faire de l'activité physique ne signifie pas obligatoirement faire du sport, de la marche rapide ou de la course. Il s'agit aussi de dépenser de l'énergie en bougeant à travers différentes activités de notre vie quotidienne. En fait, la notion d'activité physique fait référence à toute activité qui entraîne une dépense d'énergie (faible ou élevée) due à des contractions musculaires volontaires.

L'activité physique peut ainsi être reliée à quatre sphères de notre vie, soient :

- Les loisirs
- Les déplacements
- Le travail
- Les tâches domestiques

Vers un mode de vie plus actif...

Dans un premier temps, vous devriez augmenter votre pratique d'activité physique à l'intérieur de vos activités au travail et à la maison. Ensuite, vous pourrez changer graduellement vos modes de transport pour y inclure des déplacements plus actifs comme la marche, le vélo ou le patin à roues alignées. Ces étapes précédant l'ajout d'activité physique de loisir sont cruciales, car :

- Elles augmentent votre niveau d'activité physique à tous les jours
- Elles ne nécessitent pas de fournir un effort trop important
- Elles concernent des activités déjà intégrées à votre horaire
- Elles faciliteront par la suite l'ajout d'exercices plus intenses

+ autres informations

Section MOTIVATION ET ÉTAT D'ESPRIT

ÉDUCŒUR-EN-ROUTE

Outil 42

S'écouter pour se sentir mieux !



Si je reçois ce document, c'est que :

- J'ai déjà essayé et je n'y arriverai jamais
- Lorsque je fais un excès alimentaire même léger, je me dis que tout est perdu et je ne respecte plus les règles à suivre
- Avec moi, c'est tout ou rien, soit je fais de l'activité à tous les jours, soit je n'en fais pas de la semaine
- J'ai essayé souvent de me prendre en main, alors je me dis : « En bout de ligne, ça ne marchera pas longtemps »
- Quand je suis frustré, déçu, découragé, ou en colère, je me dis : « Au diable mes bonnes habitudes ! »
- Quand je suis débordé, stressé, que je m'ennuie, j'ai le goût de tout lâcher
- Je mange mes émotions

Vous arrive-t-il de vous sentir mal et de ne pas savoir pourquoi ?

Nous avons tous un dialogue intérieur qui défile dans notre tête au cours de la journée. À chaque situation, notre esprit formule des opinions, pensées, jugements et observations de façon automatique au sujet de ce qui se passe. Ce dialogue fait tellement partie de notre vie qu'on en vient à ne plus lui porter attention, à ne plus l'écouter.

EXEMPLE DE DIALOGUE INTÉRIEUR (PENSÉES) :

- Après s'être fait couper par un autre automobiliste : « Quel crétin, il ne sait pas conduire... »
- Après un reproche de notre patron : « Je suis vraiment incompetent d'avoir fait cette erreur »

Les pensées peuvent être positives ou négatives. Ce sont les pensées négatives qui nous jouent des tours. Les pensées « automatiques » négatives ont un impact sur nous...

- **Un impact physique :** mon patron veut me rencontrer, j'imagine le pire (renvoi, conflits), j'ai soudainement mal au ventre
- **Un impact sur nos comportements :** puisque je pense que personne ne va m'écouter, je n'ose pas prendre la parole lors des soupers de famille
- **Un impact sur nos émotions :** je n'ai pas fait mon activité physique, je me dis que je suis paresseux et sans volonté, et je sens conséquemment triste et découragé

Nos pensées peuvent donc affecter la façon dont on se sent physiquement, émotionnellement, ainsi qu'affecter nos actions et nos comportements sans que l'on s'en rende compte puisque nous ne portons pas attention à notre dialogue intérieur.

DONC...

Si je me sens triste mais je ne sais pas pourquoi...

Si je n'ai pas envie de faire mon activité physique et je ne sais pas pourquoi...

Si j'ai envie de manger un sac de croustilles en entier et je ne sais pas pourquoi...

...en portant attention à mon dialogue intérieur (mes pensées), j'en apprendrai beaucoup sur la façon dont je me sens intérieurement et sur la façon dont j'agis. Je serai donc ensuite en meilleure mesure de régler la situation adéquatement.

+ autres informations

Section MÉDICAMENTS

ÉDUCŒUR-EN-ROUTE

Outil 60

Prendre autant de médicaments :
est-ce normal ?



Si je reçois ce document, c'est que :

- Les médicaments que je prends doivent forcément me causer quelques effets secondaires
- Je pense que je prends trop de médicaments

Si vous avez déjà présenté un événement cardiovasculaire (infarctus, dilatation, pontage, AVC, etc.) ou si vous êtes à risque élevé du point de vue cardiovasculaire en raison de vos facteurs de risque (hypertension, tabagisme, cholestérol élevé, diabète, etc.) il est probable que votre médecin vous a prescrit plusieurs médicaments. Vous vous demandez sans doute :

Dois-je prendre tous ces médicaments ?

ou

Est-ce normal de prendre autant de médicaments ? ...nos parents n'en prenaient pas, eux.

+ autres informations

Section TABAGISME

ÉDUCŒUR-EN-ROUTE

Outil 61**Écraser... Je peux y arriver!**

Si je reçois ce document, c'est que :

- Je fume
- Je veux cesser de fumer
- Je sais que je devrais cesser de fumer
- J'ai besoin d'aide pour cesser de fumer

Tabagisme

De plus en plus de fumeurs décident et réussissent à cesser de fumer la cigarette. Fumer développe une dépendance à la nicotine et les fumeurs continuent de fumer parce qu'ils ont développé cette dépendance physique et psychologique qui est la cause de nombreuses maladies.

Fumer des cigarettes, en plus d'être dispendieux et malodorant, est associé à plusieurs maladies :

- **pulmonaire**
 - bronchite
 - pneumonie
 - maladie pulmonaire chronique
 - emphysème
 - cancer des poumons, des bronches, de la bouche
- **cardiaque et vasculaire**
 - infarctus et angine
 - maladie des vaisseaux cérébraux et périphériques (jambes)
- **rénale**
 - cancer des reins et de la vessie
- **maladie de l'enfant par la fumée secondaire**

Annexe 8. PUBLICATIONS DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

www.hypertension.qc.ca / onglet : publications

GUIDES

COMMANDES - Librairie Médicale et Scientifique inc.

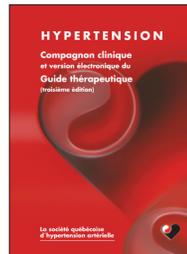
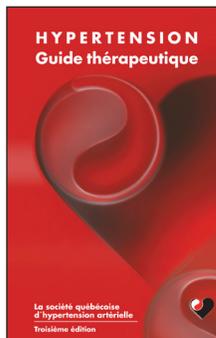
Toutes les publications sont disponibles en versions française et anglaise

Tél. : 450.464.3166

Télé. : 450.464.7288

LMS@videotron.ca

www.LMSBOOK.com



Hypertension Guide thérapeutique 3e édition

Prix: 40,00 \$ - Taxes (TPS) et frais de transport en sus

Compagnon clinique et version électronique du Guide thérapeutique 3e édition

Disponible auprès de certains représentants de
l'industrie pharmaceutique



Questions et réponses pour maîtriser l'hypertension artérielle

Prix: 24,95 \$ - Taxes (TPS) et frais de transport en sus

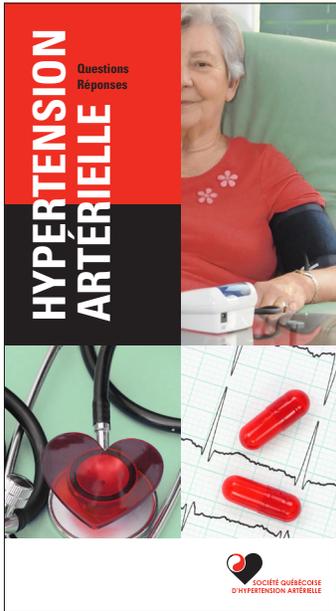


Mon guide nutritionnel: pour prévenir et traiter l'hypertension artérielle

Prix: 24,95 \$ - Taxes (TPS) et frais de transport en sus

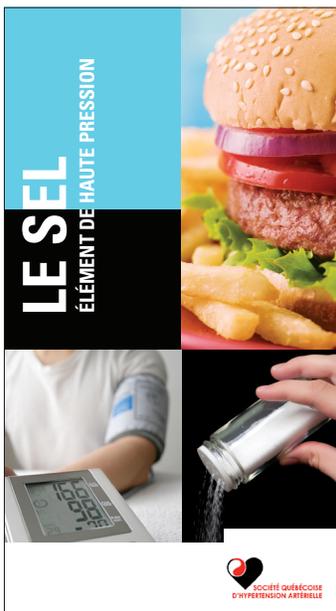
DÉPLIANTS

Distribution gratuite sur demande transmise par courriel : info@hypertension.qc.ca



Questions et réponses
pour maîtriser l'hypertension artérielle

Diète DASH
Les aliments que nous mangeons influencent l'apparition et le traitement de l'hypertension artérielle



Le Sel
Élément de haute pression

L'Activité physique
dans la prévention et le traitement de l'hypertension artérielle

CARNET D'ENSEIGNEMENT

Disponible par téléchargement sur le site Internet

www.hypertension.qc.ca/onglets:info_public/mesures_à_domicile



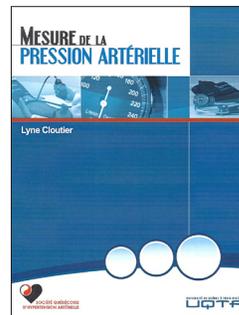
Mesurer sa pression artérielle à domicile

PUBLICATIONS HOMOLOGUÉES PAR LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE



La bonne mesure de la pression artérielle (affiche et carton aide-mémoire)

Pour commander des affiches et des cartons : contactez un représentant local de Merck



Mesure de la pression artérielle (DVD)

Pour commander un DVD / CD-ROM : contactez les librairies - COOP ou www.erpi.com

INDEX

- Accompagnement clinique 10, 34, 75
Activité physique 62, 91, 99, 104
Alcool 23, 63, 90
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) 53, 54, 77-80, 83
Antihypertenseurs, tableaux d'ajustement des doses proposés 49-58
Antihypertenseurs, noms commerciaux 81-85
Bilan lipidique à jeun 25, 26
Bloquants des canaux calciques (BCC) 57, 58, 77-80, 85
Bloquants des récepteurs de l'angiotensine (BRA) 53, 54, 77-80, 83
Bloquants des récepteurs β -adrénergiques (β -bloquants) 55, 56, 77-80, 84
BpTRU 21
Cardiovasculaire, modèles de prédiction 27
Complications 16
Créatinine, créatininurie 25, 26, 37
Crise hypertensive 16
Diète DASH 62, 104
Diurétiques, diurétiques thiazidiques 49, 50, 77, 81-83
Dyslipidémie 23, 27
Échographie cardiaque, rénale 25
Électrolytes 25, 26, 37
Examen physique 24
Examens complémentaires, paracliniques 24-26
Facteurs de risque 23, 27-32
Formation 34, 73
Framingham, tables 27-29
Glycémie à jeun 25, 26, 37
Habitudes de vie, modifications 60-64, 86-102
Hypertension artérielle, classification, critères de diagnostic 15, 17
Hypertension artérielle, histoire personnelle et familiale 23
Hypertension artérielle secondaire, indices 24
Indice de masse corporelle (IMC), poids 24, 62, 90
Inhibiteur direct de la rénine (IDR) 59
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) 51, 52, 77-80, 82
Laboratoire, analyses de, directives 25, 26, 35-40
Lipides 38
Mesure de la pression artérielle, à domicile, auscultatoire, automatisée, équivalences de 15-21, 105
Microalbuminurie 25, 26
Monitoring ambulatoire de la pression artérielle (MAPA), moyenne de jour, moyenne de 24 heures 19, 21
Ordonnance collective pour l'ajustement de la thérapie médicamenteuse 34, 41-46, 48-59
Ordonnance collective pour les examens et les analyses de laboratoire 34-40
Organes cibles, symptômes d'atteinte des 16, 24
Prévalence de l'hypertension artérielle 9, 30
Protéinurie 25, 26
Risque cardiovasculaire, évaluation de 27-32
Rôles des différents acteurs 12-14
Sarrau blanc 19, 21
SCORE Canada, modèle 30-32
Sédentarité 23, 61
Sel 23, 61, 63, 90, 104
Sodium (Na) 25, 26, 38
Stress 61, 64, 93, 94, 100
Suivi, organisation, recommandations, trajectoire de 18, 25, 66, 67
Tabagisme, arrêt 23, 61, 96
Taille, tour de 24
Traitement pharmacologique, algorithmes de 78-80
Trousse Éducoeur-en-route© 64, 86-102
Urgence hypertensive 16
Urine, analyse d', collecte de 24 heures des, sommaire microscopique (SMU) 25, 26, 38

REMERCIEMENTS

La Société québécoise d'hypertension artérielle est très reconnaissante envers ses partenaires pour leur aide financière qui a permis le développement et la diffusion de ce document. Cette reconnaissance ne vise pas à promouvoir quelque produit que ce soit des commanditaires.

ASTRAZENECA Canada
BOEHRINGER INGELHEIM (Canada) Itée
BRISTOL-MYERS SQUIBB Canada
LABORATOIRES ABBOTT Itée
MERCK FROSST Canada Itée
NOVARTIS PHARMA Canada inc.
SANOFI-AVENTIS Canada
SCHERING-PLOUGH Canada inc.
SERVIER Canada inc.