

Quoi de neuf?

2017

Guide de pratique clinique
d'Hypertension Canada sur la prise en
charge de l'hypertension artérielle





À propos de la brochure

La brochure met en lumière des éléments importants et durables du Guide de pratique clinique d'hypertension Canada, le recueil national des lignes directrices cliniques sur la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA), ainsi que les progrès considérables, réalisés en la matière. Élaboré par un réseau d'experts bénévoles, le guide repose sur des données probantes, fait l'objet d'un examen rigoureux et est mis à jour tous les ans afin que les professionnels de la santé soient au courant des pratiques exemplaires en matière de prise en charge de l'hypertension artérielle au Canada. La brochure sert d'ouvrage de référence rapide aux professionnels de la santé, mais il est aussi possible de consulter la version intégrale du guide, avec les références à l'appui, à <guidelines.hypertension.ca>.

But principal : la prévention

Les professionnels de la santé devraient continuer à mesurer la pression artérielle (PA) chaque fois qu'il convient de le faire en clinique. La modification des comportements liés à la santé peut abaisser la pression artérielle et prévenir l'hypertension. Par ailleurs, les fournisseurs de soins de santé devraient promouvoir l'abandon tabagique, l'activité physique, une alimentation saine, la diminution de la consommation de sodium et une augmentation de l'apport de potassium alimentaire. Ils devraient aussi promouvoir la prévention et la maîtrise de l'hypertension par la diminution de l'exposition aux facteurs de risque comportementaux, environnementaux et sociaux.

But principal : l'atteinte des cibles thérapeutiques

Chez les personnes atteintes d'hypertension avérée, il est essentiel d'atteindre les valeurs cibles afin de prévenir les complications vasculaires cardiaques et vasculaires cérébrales

(p. 11). Aussi la cible devrait-elle être, chez la plupart des patients hypertendus, < 140/90 mm Hg. Chez les patients fortement prédisposés, il faudrait envisager une cible systolique ≤ 120 mm Hg. Chez les patients diabétiques, une cible < 130/80 mm Hg est recommandée. Pour y parvenir, il faudra recourir aux modifications du mode de vie et, au besoin, aux médicaments (p. 9-11).

Quoi de neuf en 2017?

Les seuils de traitement ne reposent plus sur l'âge

Chez les adultes sans signe d'atteinte macrovasculaire ou de lésion des organes cibles, le traitement médical devrait être envisagé lorsque la pression diastolique (PD) est ≥ 100 mm Hg ou lorsque la pression systolique (PS) est ≥ 160 mm Hg, et ce, quel que soit l'âge. Lorsqu'il y a des signes d'atteinte macrovasculaire ou de lésion des organes cibles, le traitement médical devrait être envisagé lorsque la PD est ≥ 90 mm Hg ou lorsque la PS est ≥ 140 mm Hg.

Les diurétiques à action prolongée et les associations de médicaments sous forme de monocomprimé sont recommandés comme traitement de première intention chez les adultes atteints d'hypertension sans complications.

Les diurétiques thiazidiques ou de type thiazidique restent, avec les IC, les IECA, les ARA et les bêta-bloquants pour les moins de 60 ans, les médicaments de première intention chez les adultes atteints d'hypertension sans complications, mais les diurétiques à action prolongée (chlorthalidone et indapamide) sont à privilégier afin de diminuer le risque d'accident cardiovasculaire et d'atteindre des réductions encore plus importantes de la pression artérielle (PA). Les associations de médicaments

sous forme de monocomprimé à faible dose sont également à privilégier en traitement de première intention afin d'abaisser la PA et de prévenir les accidents cardiovasculaires par rapport à la monothérapie, et de diminuer les risques d'effets indésirables.

Autres nouvelles lignes directrices

- Les lignes directrices sur le dépistage et le traitement de la dysplasie fibromusculaire (DFM) sont maintenant établies.
- Il faudrait faire preuve de prudence chez les personnes atteintes d'une coronaropathie ou d'une hypertrophie ventriculaire gauche afin d'éviter une baisse trop importante de la PD, ce qui pourrait accroître le risque d'ischémie myocardique.
- Il n'est pas recommandé d'abaisser la PS à des valeurs < 140 mm Hg chez les patients ayant subi une hémorragie intracérébrale aiguë.

Qu'y a-t-il de vraiment important encore en 2017?

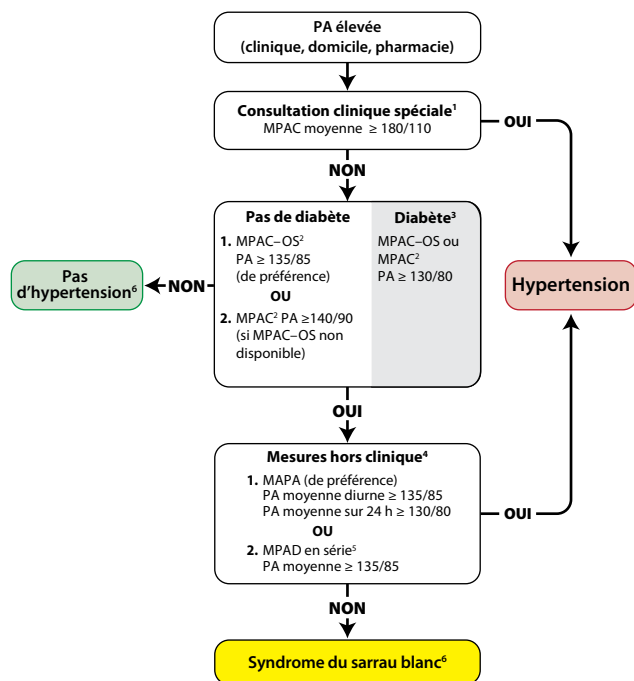
- La modification des comportements liés à la santé est un élément essentiel à la prévention et à la prise en charge de l'HTA.
- L'étape la plus importante de la prescription du traitement antihypertenseur est l'obtention de l'« assentiment » du patient.
- L'évaluation et la réduction la plus grande possible du risque global de maladie cardiovasculaire sont des mesures importantes chez tous les patients hypertendus.

Tenez-vous au courant!

Pour être bien informé sur la prise en charge de l'hypertension artérielle et sur les progrès réalisés en la matière, abonnez-vous gratuitement au bulletin *eINFO* d'hypertension Canada, au <www.hypertension.ca>.



Algorithme de diagnostic de l'hypertension



Notes:

1. Si l'on utilise la MPAC-OS, il faut inscrire la moyenne calculée par l'appareil, affichée à l'écran. Si l'on utilise la MPAC (voir note 2), il faut prendre au moins trois mesures, écarter la première et faire la moyenne des 2 autres. Il faudrait aussi procéder à une anamnèse et à un examen physique, en plus de demander des examens complémentaires.
2. MPAC-OS : mesure de la pression artérielle en clinique – oscillométrique en série; elle s'effectue en laissant le patient seul dans un endroit retiré. MPAC : mesure de la pression artérielle en clinique; effectuée à l'aide d'un appareil électronique au bras par le professionnel de la santé, dans la salle d'examen.
3. Les seuils de diagnostic de la PA mesurée selon la MPAC-OS, le MAPA ou la MPAD chez les diabétiques ne sont pas encore établis (et pourraient être inférieurs à 130/80 mm Hg).
4. On peut procéder à des mesures de la PA en clinique réparties sur 3 à 5 consultations si l'on ne peut avoir recours au MAPA ou à la MPAD.
5. Pour la MPAD en série, il faut prendre 2 mesures tous les matins et tous les soirs pendant 7 jours (28 au total), rejeter celles de la première journée et faire la moyenne des mesures des 6 autres journées.
6. Il est recommandé de procéder à des mesures annuelles de la PA afin de détecter toute évolution vers l'hypertension.

MAPA : monitoring ambulatoire de la PA

MPAC : mesure la PA en clinique

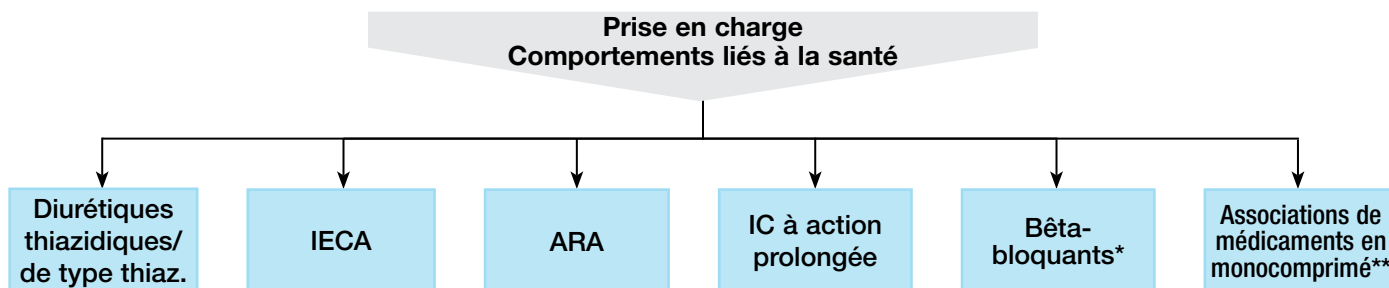
MPAC-OS : mesure la PA en clinique – oscillométrique en série

MPAD : mesure de la PA à domicile



Cible < 135/85 mm Hg (mesures oscillométriques en série de la PA)

Traitement initial



*Les bêta-bloquants ne sont pas indiqués en traitement de 1^{re} intention chez les patients de 60 ans et plus.

****Les associations de médicaments en monocomprimé (AMM) recommandées sont celles qui se composent d'un IECA et d'un IC, d'un ARA et d'un IC ou encore d'un IECA ou d'un ARA et d'un diurétique.**

Les inhibiteurs du système rénine-angiotensine sont contre-indiqués en cas de grossesse, et la prudence s'impose chez les femmes en âge de procréer.

Polythérapie

Atteinte des cibles tensionnelles idéales

- Il est souvent nécessaire de prescrire plusieurs médicaments pour atteindre les cibles tensionnelles, tout particulièrement chez les patients atteints de diabète de type 2.
- Il convient de remplacer la prise de plusieurs antihypertenseurs par des associations de médicaments en monocomprimé.
- De faibles doses de plusieurs médicaments peuvent être plus efficaces et mieux tolérées que de fortes doses d'un nombre moindre de médicaments.
- Il faut réévaluer au moins tous les 2 mois les patients chez qui la PA n'est pas maîtrisée.
- L'association de deux médicaments de première intention peut également être envisagée en traitement initial.
- Il est déconseillé d'associer un inhibiteur de l'ECA et un ARA.

Présomption d'hypertension réfractaire

- Envisagez la possibilité du syndrome du sarrau blanc, de l'effet du sarrau blanc ou d'inobservance thérapeutique.
- Il serait bon de prescrire des diurétiques si ce n'est pas déjà fait ou s'il n'y a pas de contre-indication.
- Il n'a pas été démontré que les bêta-bloquants avaient un effet cliniquement important sur la pression artérielle lorsqu'ils sont utilisés en association avec des inhibiteurs de l'ECA ou des ARA.
- Il faut surveiller le taux de potassium et de créatinine dans les cas d'association de diurétiques d'épargne potassique, d'inhibiteurs de l'ECA et/ou d'ARA.
- Il faudrait envisager d'adresser le patient à un spécialiste de l'hypertension si un traitement composé de trois antihypertenseurs ne parvient pas à maîtriser la pression artérielle.

AAS : acide acétylsalicylique
ARA : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine
ECA : enzyme de conversion de l'angiotensine
IC : inhibiteur calcique

**Examens préliminaires chez les patients hypertendus**

1. Analyse d'urine
2. Analyse biochimique du sang (potassium, sodium, créatinine)
3. Glycémie à jeun et/ou hémoglobine glycosylée (HbA_{1c})
4. Cholestérol total à jeun, cholestérol à lipoprotéines de haute densité [HDL], cholestérol à lipoprotéines de basse densité [LDL], triglycérides
5. ECG ordinaire, à 12 dérivations

Les données actuelles ne permettent pas de procéder à la recherche systématique de microalbuminurie chez les personnes atteintes d'hypertension mais exemptes de diabète ou d'une néphropathie.

Examens de suivi chez les patients hypertendus

Pendant la phase d'entretien du traitement antihypertenseur, les examens devraient être répétés (électrolytes, créatinine, glucose/HbA_{1c}, lipides à jeun, etc.) à une fréquence reflétant l'état clinique.

Chaque année, de 1 à 3 % des personnes hypertendues, traitées par les médicaments deviennent diabétiques. Le risque est plus élevé chez celles qui présentent au moins l'un des facteurs suivants : un traitement par les diurétiques ou les bêta-bloquants, une intolérance au glucose ou une hyperglycémie modérée à jeun, de l'obésité (surtout abdominale), de la dyslipidémie, un mode de vie sédentaire et une mauvaise alimentation. Il faudrait vérifier la glycémie à jeun, chaque année, chez les patients hypertendus, et suivre les recommandations relatives au dépistage.

Prise en charge du diabète : *Can J Diabetes* 2013;37 (suppl):S1-S212.



Objectif	Recommandation	Remarque
Augmentation de l'activité physique	Total de 30 à 60 minutes d'exercice dynamique, d'intensité modérée (ex. : marche, bicyclette, natation), 4 à 7 jours par semaine, en plus des activités courantes de la vie quotidienne; exercices plus intenses : pas plus efficaces pour abaisser la PA mais peuvent procurer d'autres bienfaits cardiovasculaires. Chez les personnes non hypertendues ou atteintes d'hypertension de stade 1, l'entraînement contre résistance ou l'entraînement aux poids (ex. : levée de charges libres ou de charges fixes, ou entraînement au crispateur) n'ont pas d'effet néfaste sur la PA	Prescrire aux personnes hypertendues et normotendues pour prévenir et traiter l'hypertension
Perte de poids	IMC (18,5 – 24,9 kg/m ²) et tour de taille santé (hommes : < 102 cm; femmes : < 88 cm) recommandés chez les personnes normotendues pour prévenir l'hypertension et chez les personnes hypertendues pour abaisser la PA	Favoriser une démarche pluridisciplinaire pour perdre du poids, notamment par des renseignements sur une alimentation saine, l'augmentation de l'activité physique et des modifications du comportement
Consommation modérée d'alcool	Limitation de la prise d'alcool : 0–2 cons. normales par jour Hommes : < 14 cons./sem. Femmes : < 9 cons./sem.	Prescrire aux personnes hypertendues et normotendues pour prévenir et traiter l'hypertension
Alimentation saine	Régime de type DASH <ul style="list-style-type: none"> • Riche en fruits frais, légumes, fibres alimentaires, protéines de source non animale (ex. : soya) et produits laitiers à faible teneur en matières grasses; pauvre en graisses saturées et en cholestérol • Augmentation de l'apport de potassium alimentaire pour ↓ la PA chez les hypertendus 	Régime de type DASH : prescrire aux personnes hypertendues et normotendues pour prévenir et traiter l'hypertension
Relaxation	Interventions cognitivo-comportementales personnalisées : plus susceptibles de donner de bons résultats lorsqu'elles sont associées à des techniques de relaxation	Appliquer chez les patients chez qui le stress joue un rôle dans l'élévation de la PA
Abandon tabagique	Conseiller aux fumeurs de renoncer au tabac et leur offrir un traitement médicamenteux pour les aider. Ne pas fumer; vivre dans un milieu sans fumée	Appliquer dans le cadre d'une stratégie de diminution du risque global de maladie cardiovasculaire



Équipe interprofessionnelle de soins

- Le soutien d'une équipe interdisciplinaire améliore l'observance thérapeutique.

Importance de la modification des comportements liés à la santé

- L'adoption efficace de nouveaux comportements liés à la santé nécessite de l'enseignement, de la détermination de la part du patient et un soutien longitudinal.
- Il faut évaluer les habitudes de vie chez toutes les personnes vivant avec l'hypertension et leur donner un soutien continu afin qu'elles adoptent de nouvelles habitudes de vie et qu'elles les gardent.

Traitement insuffisant chez les jeunes et difficulté d'atteindre les cibles tensionnelles chez les femmes âgées

- Il faudrait instaurer sans tarder la pharmacothérapie chez les adultes atteints d'hypertension qui présentent plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire, en plus des modifications des habitudes de vie.
- Il convient, en particulier, d'atténuer les facteurs de risque chez les fumeurs qui ne peuvent renoncer au tabac.

Association d'un inhibiteur de l'ECA et d'un ARA

- Réévaluez l'état de tous les patients ainsi traités.
- Envisagez d'autres associations.

Tensiomètres électroniques (oscillométriques) de bras préférables aux appareils d'auscultation

Autres ressources



Hypertension Canada guidelines.hypertension.ca

- Guide de pratique clinique d'Hypertension Canada en version intégrale, et applications
- Diaporamas et vidéos aux fins d'enseignement
- Ressources didactiques à l'intention des patients

Autres sites Web

Association canadienne du diabète
www.guidelines.diabetes.ca

Société canadienne de cardiologie
www.ccsguidelineprograms.ca

- Lignes de conduite sur la dyslipidémie, la fibrillation auriculaire, l'insuffisance cardiaque et d'autres maladies cardiovasculaires

Facteurs à tenir compte dans la personnalisation du traitement antihypertenseur* 9

	Traitement initial	Traitement de 2 ^e intention	Remarques ou mises en garde
Hypertension sans autre indication impérative de médicaments particuliers			
Hypertension diastolique avec ou sans hypertension systolique	Monothérapie ou AMM – Méd. recommandés en mono : diurétiques thiazidiques ou de type thiazidique (de préférence, à action prolongée), bêta-bloquants, IECA, ARA ou IC à action prolongée. AMM recommandées : IECA + IC, ARA + IC, IECA/ARA + diurétique. (Envisager AAS et statines chez certains patients.)	Adjonction d'autres médicaments de 1 ^{re} intention	Médicaments non recommandés en monothérapie : les alpha-bloquants, les bêta-bloquants chez les patients âgés de ≥ 60 ans et les IECA chez les Noirs. Il faudrait veiller à éviter l'hypokaliémie chez les patients prenant des diurétiques. Les IECA, les ARA et les inhibiteurs directs de la rénine sont potentiellement tératogènes; la prudence est donc de mise quand on prescrit ces médicaments à des femmes en âge de procréer. L'association d'un IECA et d'un ARA n'est pas recommandée.
Hypertension systolique isolée, sans autre indication impérative	Diurétiques thiazidiques et de type thiazidique, ARA ou IC dihydropyridiniques à action prolongée	Association de médicaments de 1 ^{re} intention	Mêmes remarques que pour l'hypertension diastolique ± systolique.
Diabète sucré			
Diabète sucré en présence de : microalbuminurie*, néphropathie, MCV ou autres facteurs de risque de MCV	Inhibiteurs de l'ECA ou ARA	Addition d'IC dihydropyridiniques, préférable aux diurétiques thiazidiques ou de type thiazidique	Un diurétique de l'anse pourrait être envisagé chez les hypertendus atteints d'une néphropathie chronique, accompagnée d'une surcharge liquidienne extracellulaire.
Diabète sucré en l'absence des affections mentionnées ci-dessus	Inhibiteurs de l'ECA, ARA, IC dihydropyridiniques ou diurétiques thiazidiques et de type thiazidique	Association de médicaments de 1 ^{re} intention. Si association d'un inhibiteur de l'ECA envisagée : IC dihydropyridiniques préférables aux diurétiques thiazidique et de type thiazidique	Rapport microalbumine/créatinine urinaire normal : < 2,0 mg/mmol.

10

	Traitement initial	Traitement de 2 ^e intention	Remarques ou mises en garde
Maladies cardiovasculaires			
Coronaropathie	IECA ou ARA; bêta-bloquants ou IC à action prolongée chez les patients souffrant d'angine stable	Dans la polythérapie, chez les patients à risque élevé : préférable d'associer un inhibiteur de l'ECA et un IC dihydropyridinique	Il faut éviter la nifédipine à action brève. L'association d'un IECA et d'un ARA est expressément non recommandée. La prudence s'impose dans l'abaissement de la PS jusqu'à l'atteinte de la cible tensionnelle si la PD est ≤ 60 mm Hg.
Infarctus du myocarde récent	Bêta-bloquants et inhibiteurs de l'ECA (ARA si intolérance aux inhibiteurs de l'ECA)	IC à action prolongée si bêta-bloquants contre-indiqués ou inefficaces	Les IC non dihydropyridiniques ne devraient pas être utilisés en cas d'insuffisance cardiaque concomitante.
Insuffisance cardiaque	Inhibiteurs de l'ECA (ARA si intolérance aux inhibiteurs de l'ECA) et bêta-bloquants. Adjonction possible d'antagonistes de l'aldostérone (antagonistes des récepteurs des minéralocorticoïdes) chez les patients ayant été hospitalisés pour une affection cardiovasculaire récente, ayant subi un infarctus aigu du myocarde, ayant un taux élevé de BNP ou de NT proBNP ou présentant des symptômes d'insuffisance cardiaque de classe II à IV selon la NYHA	Association d'inhibiteurs de l'ECA et d'ARA; association d'hydalazine et de dinitrate d'isosorbide si inhibiteurs de l'ECA ou ARA contre-indiqués ou non tolérés Diurétiques thiazidiques et de type thiazidique ou diurétiques de l'anse : recommandés en traitement additionnel; IC dihydropyridiniques également possibles	Prescrire les inhibiteurs de l'ECA et les ARA à la même posologie que celle utilisée dans les essais cliniques. Surveiller de près le taux de potassium et le fonctionnement rénal si association d'un inhibiteur de l'ECA, d'un ARA et/ou d'un antagoniste de l'aldostérone, quels qu'ils soient.
Hypertrophie ventriculaire gauche	Inhibiteurs de l'ECA, ARA, IC à action prolongée ou diurétiques thiazidiques ou de type thiazidique	Association d'autres médicaments	Il ne faudrait pas utiliser l'hydalazine ou le minoxidil.
Antécédents d'AVC ou d'AIT	Association d'un IECA et d'un diurétique thiazidique ou de type thiazidique	Association d'autres médicaments	Le traitement de l'hypertension ne devrait pas être entrepris systématiquement durant la phase aiguë d'un AVC, sauf en cas de PA extrêmement élevée. L'association d'un inhibiteur de l'ECA et d'un ARA est non recommandée.
Néphropathie chronique non diabétique			
Néphropathie chronique non diabétique avec protéinurie [†]	Inhibiteurs de l'ECA (ARA si intolérance aux inhibiteurs de l'ECA) en présence de protéinurie. Diurétiques en traitement additionnel	Association d'autres médicaments	Il faudrait surveiller étroitement le fonctionnement rénal et le taux de potassium chez les patients prenant un IECA ou un ARA. Les associations d'un IECA et d'un ARA ne sont pas recommandées chez les patients exempts de protéinurie.
Maladie rénovasculaire	Aucune incidence sur les recommandations relatives au traitement initial. Sténose athéroscléreuse des artères rénales : traitement avant tout d'ordre médical; dysplasie fibromusculaire rénale : revascularisation à envisager	Association d'autres médicaments	Les IECA et les ARA sont à utiliser avec prudence dans les cas de sténose bilatérale des artères rénales ou d'une affection unilatérale chez les porteurs d'un seul rein. L'angioplastie des artères rénales et la pose d'endoprothèses rénales pourraient être envisagées s'il y a sténose des artères rénales et hypertension non maîtrisée, avec complications.

	Traitement initial	Traitement de 2 ^e intention	Remarques ou mises en garde
Autres affections			
Artériopathie oblitérante périphérique	Aucune incidence sur les recommandations relatives au traitement initial	Association d'autres médicaments	Les bêta-bloquants sont à éviter en cas de maladie grave.
Dyslipidémie	Aucune incidence sur les recommandations relatives au traitement initial	Association d'autres médicaments	
Protection vasculaire globale	Statines chez les patients ayant au moins 3 facteurs de risque de MCV ou une affection athéroscléreuse. AAS à faible dose chez les patients hypertendus, âgés de ≥ 50 ans. Donner des conseils sur l'abandon tabagique et recourir à la pharmacothérapie si besoin est.		La prudence est de mise dans l'application de la recommandation sur l'AAS si la pression artérielle n'est pas maîtrisée.

* Microalbuminurie : définie comme un rapport albumine/créatinine (RAC) persistant, > 2,0 mg/mmol chez les hommes et chez les femmes.

† Protéinurie : définie comme un taux de protéines urinaires > 500 mg/24 h ou un rapport albumine/créatinine (RAC) > 30 mg/mmol.

AAS : acide acétylsalicylique
AIT : accident ischémique transitoire
AMM : association de médicaments en monocomprimé
ARA : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine
ECA : enzyme de conversion de l'angiotensine
IAM : infarctus aigu du myocarde
IC : inhibiteur calcique; insuffisance cardiaque
IECA : inhibiteur de l'ECA
MCV : maladie cardiovasculaire
NC : néphropathie chronique
NYHA : New York Heart Association

Pression artérielle – Cibles thérapeutiques

Milieu	Type de mesure ou affection	Cible	
		PS (mm Hg)	PD (mm Hg)
Domicile	MPAD ou MAPA diurne*	< 135/85	< 85
	Risque élevé**	≤ 120	s.o.
Clinique	Diabète	< 130	< 80
	Toutes les autres affections (y compris une néphropathie chronique)	< 140	< 90

* MAPA : monitoring ambulatoire de la pression artérielle
 MPAD : mesure de la pression artérielle à domicile

**Risque élevé : présence d'au moins l'un des facteurs suivants

a) Maladie cardiovasculaire clinique ou subclinique; b) néphropathie chronique (néphropathie non diabétique; protéinurie < 1 g/d; débit de filtration glomérulaire estimé : 20-59 ml/min/1,73 m²); c) risque global estimé de MCV sur 10 ans selon la table de Framingham > 15 %; OU d) âge ≥ 75 ans.

Interventions susceptibles d'améliorer l'observance thérapeutique



Amélioration de l'observance thérapeutique par une approche diversifiée

- 1) À chaque consultation, aidez le patient à respecter le traitement en :
 - a) simplifiant la prise de médicaments et en l'adaptant à ses habitudes de vie;
 - b) prescrivant des associations de médicaments en monocomprimé;
 - c) utilisant des emballages à prise unitaire comme les plaquettes alvéolaires.
- 2) Encouragez le patient à jouer un rôle plus actif dans le traitement en :
 - a) favorisant son autonomie ou sa responsabilisation dans la surveillance de la pression artérielle et la consignation des résultats, si bien que vous pouvez modifier le traitement en conséquence.
- 3) Améliorez la prise en charge en clinique et ailleurs en :
 - a) renseignant le patient et ses proches sur l'hypertension et son traitement;
 - b) informant le patient sur son risque global, par des images comme l'âge vasculaire ou l'âge cardiovasculaire, afin d'améliorer l'efficacité de la modification des facteurs de risque;
 - c) faisant appel à des équipes interprofessionnelles pour favoriser le respect du traitement antihypertenseur.



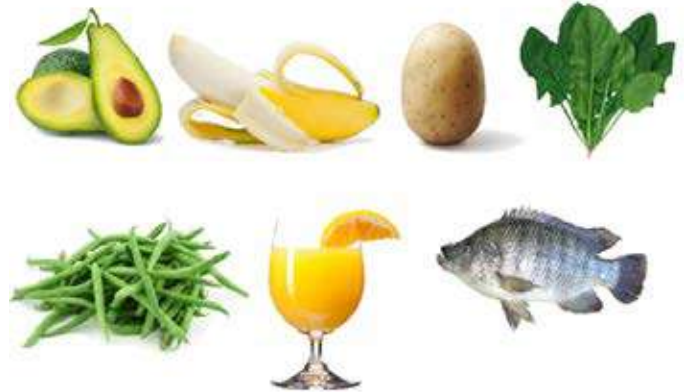
Préconisez une alimentation riche en fruits frais, en légumes, en fibres alimentaires, en protéines de source non animale (ex. : soya) et en produits laitiers à faible teneur en matières grasses; et pauvre en graisses saturées et en cholestérol.



À bas le sel!

Messages clés à l'intention des professionnels de la santé

1. L'apport de sodium alimentaire est un facteur important d'hypertension artérielle.
2. L'apport de sodium au Canada dépasse largement les quantités recommandées.
3. La diminution de l'apport de sodium est une mesure favorable en santé publique.
4. Les aliments transformés constituent la principale source de sodium alimentaire.
5. Les professionnels de la santé peuvent jouer un rôle important.



Ligne directrice sur l'apport de sodium

Envisagez de ramener la consommation de sodium à environ 2000 mg par jour afin d'abaisser la pression artérielle.

Ligne directrice sur l'apport de potassium

Chez les patients non prédisposés à l'hyperkaliémie, augmentez l'apport de potassium alimentaire afin d'abaisser la pression artérielle.



Soyez à l'affût des progrès réalisés dans la prise en charge de l'hypertension

14

Fondée par des professionnels pour des professionnels, Hypertension Canada élabore du matériel didactique afin de garder les fournisseurs de soins à la fine pointe des connaissances en matière de prévention, de diagnostic et de traitement de l'hypertension. Vouée à la prévention et à la maîtrise de l'hypertension et de ses complications, l'organisation offre un large éventail de programmes et de ressources :

- Guide de pratique clinique d'Hypertension Canada
- Congrès scientifique annuel, agréé et programme de formation en soins primaires
- Matériel d'apprentissage et d'enseignement à l'intention des professionnels et des patients

Faites partie d'Hypertension Canada

Hypertension Canada forme une communauté de professionnels ayant des champs d'intérêt communs, qui façonne la recherche, la formation de professionnels de la santé et du public ainsi que les politiques publiques. Les membres profitent de précieux avantages tels que des commandes de matériel gratuit pour les patients, une réduction des droits d'inscription à des programmes de formation ou au congrès annuel, des bourses de voyage pour les stagiaires, en plus d'avoir la possibilité de changer les choses en tant que bénévole spécialisé et intervenant. Rendez-vous au <www.hypertension.ca> et joignez les rangs de l'organisation aujourd'hui.



Information à l'intention des patients

Les ressources didactiques sur l'hypertension, élaborées à l'intention du public sont consultables en ligne tant par les patients que par les professionnels de la santé au <www.hypertension.ca>. Les membres peuvent passer des commandes de documents en lots de 25 exemplaires ou plus au <www.hypertension.ca>.

Messages clés 2017

- ✓ Il faudrait mesurer la pression artérielle (PA) chez tous les adultes, chaque fois qu'il convient de le faire en clinique.
- ✓ Les mesures automatiques de la PA sont préférables aux mesures manuelles.
- ✓ En clinique, il est recommandé d'effectuer plusieurs mesures automatiques, en laissant le patient seul.
- ✓ Il faudrait procéder à des mesures hors clinique pour confirmer le diagnostic initial d'hypertension artérielle.
- ✓ La prise en charge optimale de l'HTA exige l'évaluation du risque global de maladie cardiovasculaire ainsi que la communication de ce risque au patient, et ce, à l'aide d'une analogie telle que l'« âge vasculaire ».
- ✓ Il faut déterminer le seuil d'instauration du traitement et traiter l'HTA jusqu'à l'atteinte de la valeur cible.
- ✓ La modification des comportements liés à la santé est un moyen efficace de prévenir l'HTA, de traiter l'HTA et de diminuer le risque de maladie cardiovasculaire.
- ✓ Il est généralement nécessaire de recourir à la fois aux modifications des comportements liés à la santé et aux médicaments pour atteindre les valeurs cibles de PA.
- ✓ La mesure de la pression artérielle à domicile est un bon moyen de surveillance et de prise en charge personnelles.
- ✓ Il faut insister sur le respect du traitement.

La publication de la brochure par Hypertension Canada, à titre de service professionnel, a été rendue possible grâce à l'appui financier du gouvernement du Canada et à l'appui inconditionnel de Servier Canada Inc.

Canada



VIHD00617F

Pour consulter la version intégrale du Guide de pratique clinique de 2017 d'Hypertension Canada, visitez le site Web au < www.hypertension.ca >.

Hypertension Canada

3780 - 14th Avenue, bur. 211
Markham, ON L3R 9Y5

Tél. : 905-943-9400

Télééc. : 905-943-9401

Courriel : info@hypertension.ca

www.hypertension.ca

HCP1030FR