

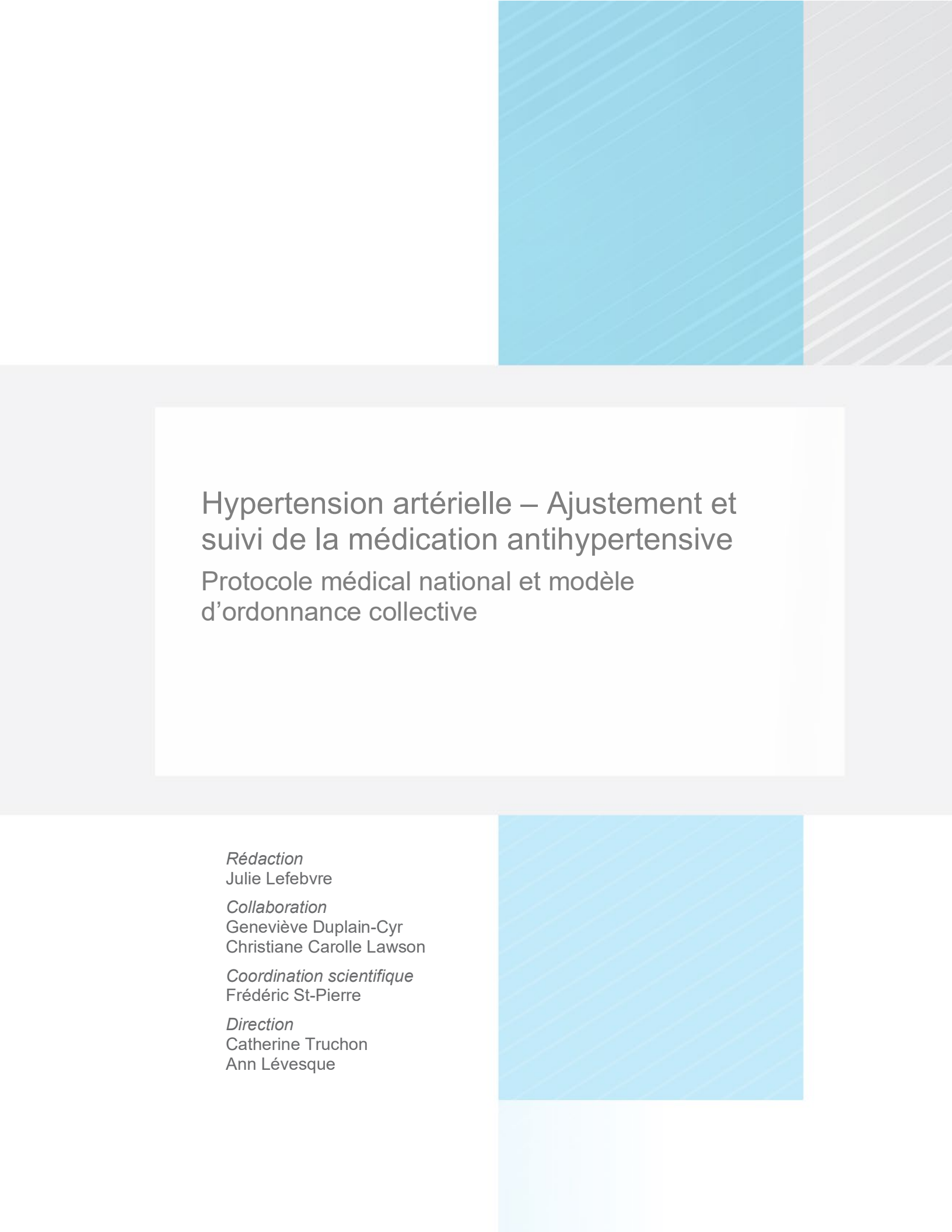
GUIDES ET NORMES

Hypertension artérielle – Ajustement et suivi de la médication antihypertensive

Protocole médical national et modèle d'ordonnance collective

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé



Hypertension artérielle – Ajustement et suivi de la médication antihypertensive

Protocole médical national et modèle d'ordonnance collective

Rédaction

Julie Lefebvre

Collaboration

Geneviève Duplain-Cyr

Christiane Carolle Lawson

Coordination scientifique

Frédéric St-Pierre

Direction

Catherine Truchon

Ann Lévesque

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteure principale

Julie Lefebvre, Ph. D.

Collaboratrices internes

Geneviève Duplain-Cyr, B. Pharm., M. Sc.

Christiane Carolle Lawson, M. Sc.

Coordonnateur scientifique

Frédéric St-Pierre, Ph. D.

Directrice adjointe

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Repérage de l'information scientifique

Karine Bélanger, M.S.I.

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Bureau – Méthodes, données et éthique

Joël Brabant, B. A. A., M. Sc.

Soutien administratif

Théodore Dubois

Laura Guiol

Équipe de l'édition

Jean Talbot

Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de

Gilles Bordage, révision linguistique

Josée De Angelis, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

ISBN 978-2-550-84442-6 (PDF) (1^{re} édition – juillet 2019)

ISBN 978-2-555-04404-3 (PDF) (2^e édition – août 2026)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2026

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2026). Hypertension artérielle – Ajustement et suivi de la médication antihypertensive - Protocole médical national et modèle d'ordonnance collective (mise à jour). Québec, Qc : INESSS. 57 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité consultatif sont :

Mireille Aylwin, médecin de famille, Santé Québec Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal - Universitaire, CLSC Verdun

Gabriel Dallaire, pharmacien en établissement, Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal - Universitaire, Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal

Richard Godoy, interniste, Santé Québec - Institut de cardiologie de Montréal

Marie-Ève Piché, cardiologue, Santé Québec - Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval

Sébastien Savard, néphrologue, Santé Québec - CHU de Québec – Université Laval, Hôtel-Dieu-de-Québec

Isabelle Vaillant, infirmière praticienne spécialisée, Santé Québec - Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Lectrice et lecteur externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

Christophe Augé, pharmacien communautaire, Familiprix Ascot-Corner, Estrie, Université de Montréal

Caroline Rhéaume, médecin de famille, GMF-UMF Laval-Québec, Centre de recherche de Santé Québec - Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval

Patients, usagers, proches aidants et citoyens

Pour ce rapport, les patients, usagers, proches aidants et citoyens sont :

Michel Bazinet

Martin Bédard

Mélanie Boily

Nicole Boutin

Jessica Dubé

Aimé-Robert LeBlanc

Sarah Monette

Louis-Émile Vromet

Ainsi que cinq autres participants qui ont préféré ne pas être nommés.

Autres contributions

L'Institut tient à aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

Rémi Goupil, néphrologue, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Université de Montréal

Pour ce rapport, les futurs utilisateurs et les futures utilisatrices qui ont participé à la révision des outils cliniques sont :

Bintou Batily, infirmière, GMF Santé Ste-Angélique, Santé Québec Montérégie-Ouest

Marie-Claude Bellegarde, infirmière, GMF Coop de Santé Robert-Cliche, Santé Québec Chaudière-Appalaches

Suzanne Côté, infirmière, SC Santé, Saguenay

Marie-Claude Dugas, infirmière, CLSC RLS Haut-Richelieu Rouville et RLS Champlain, Santé Québec Montérégie-Centre

Marie Dunn, pharmacienne, pharmacie Louis-Alexis Porlier

Amine-Alshok Elwan, pharmacien, pharmacie Jean Coutu

Fayeza Jahan, infirmière, conseillère-cadre en soins infirmiers pour le volet première-ligne, Direction des soins infirmiers de Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal - Universitaire

Marie-Noël Lachambre, infirmière, Centre Intégré de cancérologie de Laval, Hôpital Cité-de-la-Santé, Santé Québec Laval

Mylène Leclerc, infirmière, GMF-UMF Notre-Dame, Santé Québec Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal - Universitaire

Geneviève Ledoux, infirmière, GMF du Suroît, Santé Québec Montérégie-Ouest

Ariane Lesieur, infirmière, prévention et gestion intégrée des maladies chroniques et des groupes de médecine familiale, Santé Québec Mauricie-et-du-Centre-du-Québec - Universitaire

Élisabeth Pineiro, infirmière, conseillère en soins infirmiers pour la Direction des soins infirmiers Première Ligne, Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal - Universitaire

Frédéric Poitras, pharmacien, directeur des services professionnels, équipe des pharmacies Pierre-Olivier Bertrand

Emmanuel Thibaudeau, pharmacien, Pharmacie Amine Ben Abdennabi et Emmanuel Thibaudeau

Christine Vignola, infirmière, GMF Maska, Santé Québec Montérégie-Est

Geneviève Vincent, infirmière, Santé Québec Laurentides

Déclaration d'intérêts

Gabriel Dallaire est co-auteur d'une étude observationnelle sur les habitudes de prescription des anti-hypertenseurs au Québec publiée en 2024 dans le *Canadien Journal of Kidney health and disease*.

Sébastien Savard est responsable scientifique et présentateur aux Journées de formation clinique de la Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA) – Mise à jour de la prise en charge de l'hypertension artérielle – depuis 2016.

Caroline Rhéaume a reçu du financement de recherche publique pour réaliser une étude sur l'optimisation de la prise en charge de l'hypertension artérielle par les saines habitudes de vie en soins primaires. Elle a également obtenu du financement de divers organismes publiques (Fond de recherche du Québec en santé, agence spatiale canadienne, VITAM, département de médecine de famille et de médecine d'urgence) et privés (Diex recherche, phase II et III) pour réaliser des protocoles de recherche clinique.

Les autres parties prenantes consultées ainsi que les membres de l'équipe de projet n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt en lien avec les travaux.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	IV
SIGLES ET ACRONYMES	VII
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE SOMMAIRE	2
1.1 Questions clés d'évaluation	2
1.2 Mobilisation des savoirs.....	3
1.3 Description des documents retenus	4
2 ARGUMENTAIRE, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS	6
2.1 Protocole médical national	8
2.1.1 Titre	8
2.1.2 Situation clinique ou clientèle et indications à l'application du protocole	9
2.1.3 Contre-indications à l'application de ce protocole	10
2.1.4 Généralités	12
2.1.5 Appréciation de la condition de santé	12
2.1.6 Analyses de laboratoire.....	17
2.1.7 Conduite thérapeutique	19
2.1.8 Information à transmettre	29
2.1.9 Modalités de suivi.....	32
2.1.10 Limites du PMN.....	34
2.2 Ordonnance collective	35
2.3 Aide-mémoire sur les saines habitudes de vie et le soutien pharmacologique de l'hypertension artérielle primaire chez l'adulte	36
2.3.1 Définition de l'hypertension artérielle	38
2.3.2 Approche thérapeutique	39
2.3.3 Traitement pharmacologique.....	42
2.3.4 Information à transmettre	45
FORCES ET LIMITES	46
CONSIDÉRATIONS ENTOURANT LA MISE EN ŒUVRE ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX	47
MISE À JOUR.....	48
RÉFÉRENCES.....	49
ANNEXE A.....	52
Information incluse dans les annexes du PMN.....	52
ANNEXE B.....	56
Information complémentaire	56

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Modifications issues des travaux publiés en 2026	6
Tableau 2	Cible thérapeutique recommandée selon les documents retenus.....	19
Tableau 3	Classification de l'impact environnemental des antihypertenseurs inclus dans le PMN	27
Tableau 4	Analyse d'impact budgétaire de l'application des nouvelles lignes directrices d'Hypertension Canada	37
Tableau B-1	Coût des médicaments remboursés par le régime général d'assurance médicaments.....	56

RÉSUMÉ

Introduction

Au Québec, l'hypertension artérielle touche près de 20 % des personnes de 20 ans et plus, soit plus de 1,6 million de personnes. Non traitée, cette condition chronique augmente le risque de maladies cardiovasculaires, d'accidents vasculaires cérébraux et de maladies rénales chroniques. Il est donc primordial d'assurer une prise en charge optimale des personnes atteintes d'hypertension artérielle.

Plusieurs lignes directrices, dont celles d'Hypertension Canada, ont récemment été mises à jour. Ces mises à jour ont mené à des changements importants dans la définition de l'hypertension artérielle ainsi que dans la prise en charge pharmacologique de celle-ci, notamment l'amorce du traitement d'emblée avec une combinaison de deux classes d'antihypertenseurs plutôt qu'une seule. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a donc entrepris une actualisation de son protocole médical national (PMN) ainsi que de l'ordonnance collective et du tutoriel qui y sont associés.

Méthodologie

Une revue systématique des lignes directrices, guides de pratique clinique et autres documents avec recommandations sur la prise en charge des personnes hypertendues a été réalisée conformément aux normes usuelles de l'Institut. L'information recueillie a été analysée et contextualisée à la pratique québécoise grâce à la participation d'un comité consultatif composé de cliniciennes et cliniciens québécois qui ont une expertise dans le traitement et le suivi de l'hypertension artérielle. Des aspects législatifs, réglementaires et organisationnels propres au Québec ont également été pris en considération. Une analyse économique sommaire visant à évaluer l'impact budgétaire potentiel des nouvelles lignes directrices sur le régime général d'assurance médicaments du Québec a aussi été effectuée. De plus, des personnes qui suivent un traitement antihypertenseur ont été consultées afin de connaître l'information pertinente à leur transmettre durant leurs rendez-vous de suivi. Enfin, la qualité globale des travaux, leur acceptabilité et leur applicabilité ont été appréciées par des lecteurs externes spécialistes du domaine d'intérêt ainsi que par de futurs utilisateurs qui n'avaient pas participé aux travaux.

Principaux constats

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information colligée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les constats et messages clés qui suivent ont été considérés comme porteurs pour soutenir l'harmonisation de la pratique clinique et mieux outiller les professionnels de la santé dans la prise en charge des personnes hypertendues.

L'adoption et le maintien de saines habitudes de vie : une mesure centrale pour le contrôle de la pression artérielle

L'adoption et le maintien de saines habitudes de vie constituent le pilier central de la prise en charge de l'hypertension artérielle, tant en mesure préventive qu'en mesure thérapeutique complémentaire au traitement pharmacologique. Le suivi des habitudes de vie est donc mis de l'avant dans le PMN à chaque étape du suivi pour l'ajustement de la médication antihypertensive, avec quelques exemples concrets d'éléments à surveiller, soit :

- une alimentation riche en fruits et en légumes et faible en sel;
- une réduction ou la cessation de la consommation d'alcool, de nicotine et de drogues;
- une augmentation de l'activité physique;
- une optimisation du sommeil (en qualité et en quantité);
- une réduction du stress.

L'atteinte rapide des cibles thérapeutiques : un élément clé de la prise en charge des personnes hypertendues

La volonté de contrer l'inertie thérapeutique et d'assurer un contrôle rapide de la pression artérielle a motivé en grande partie les changements apportés aux lignes directrices et a été transposée tant dans le PMN que dans l'aide-mémoire. La cible de pression artérielle à viser a été précisée de même que l'intervalle de temps optimal pour y arriver. Puisque la majorité des personnes hypertendues auront besoin d'une combinaison de médicaments pour assurer un contrôle optimal de leur pression artérielle, les nouvelles lignes directrices recommandent d'amorcer d'emblée une thérapie combinée de deux classes de médicaments antihypertenseurs. Ce changement d'approche thérapeutique a été intégré au PMN grâce à une actualisation des tableaux d'ajustement des médicaments qui incluent désormais des directives pour encadrer l'ajustement plutôt qu'une série de paliers posologiques pour chaque médicament. La liste des médicaments inclus a été revue et la spironolactone a été ajoutée au PMN afin d'en élargir l'applicabilité. Ces modifications devraient permettre une approche standardisée qui vise l'atteinte rapide des cibles thérapeutiques. Par ailleurs, la fréquence des bilans lipidiques et de la glycémie à jeun a été réduite et harmonisée avec les autres recommandations de l'INESSS.

Un aide-mémoire pour promouvoir les meilleures pratiques

La modification des lignes directrices devrait entraîner une augmentation du nombre de personnes avec un diagnostic d'hypertension. Cette augmentation pourrait avoir un impact financier significatif sur le régime général d'assurance médicaments du Québec, particulièrement si les nouvelles recommandations ne sont pas suivies adéquatement puisque ce ne sont pas toutes les personnes hypertendues qui ont besoin d'un traitement

pharmacologique. Pour assurer une prescription judicieuse des antihypertenseurs, l'INESSS a donc élaboré un aide-mémoire destiné aux prescripteurs.

Les principaux rappels jugés pertinents sont :

- la nouvelle définition de l'hypertension artérielle établie à 130/80 mm Hg;
- l'importance de promouvoir l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie dans l'approche thérapeutique;
- les indications pertinentes pour l'amorce d'un traitement pharmacologique;
- les classes de médicaments recommandées pour l'amorce et l'ajustement de la pharmacothérapie;
- l'information à transmettre aux personnes hypertendues.

Il est pertinent de noter que l'optimisation des habitudes de vie est la seule thérapie requise pour les personnes qui n'ont pas de facteurs de risque de maladie cardiovasculaire élevé et dont la pression artérielle systolique est entre 130 et 139 mm Hg. De plus, les bêtabloquants ne font pas partie des médicaments recommandés en première ligne pour une hypertension non compliquée, mais s'adressent plutôt à des personnes avec des comorbidités.

Conclusions

Cette mise à jour du PMN pour l'ajustement de la médication antihypertensive et du modèle d'ordonnance collective associée pour initier des mesures diagnostiques ainsi que l'élaboration d'un aide-mémoire destiné aux prescripteurs de première ligne sont fondées sur l'information clinique issue des documents avec recommandations repérés dans la littérature. Celle-ci a été bonifiée grâce au savoir expérientiel des parties prenantes consultées ainsi que par des aspects contextuels propres au Québec. La mobilisation de l'ensemble de l'information recueillie a permis de statuer sur la pertinence de maintenir, de retirer ou de modifier l'information parue dans la version précédente et d'ajouter l'information manquante requise, le cas échéant. La mise à jour vise la prise en charge optimale des personnes hypertendues dans le contexte d'un suivi conjoint par les différents intervenants de la première ligne et, ainsi, une amélioration de l'expérience de soins des personnes qui suivent un traitement antihypertenseur.

Mise à jour

La pertinence de mettre à jour les recommandations incluses dans ce PMN sera évaluée dans quatre ans à partir de la date de publication de ces travaux, selon l'avancement des données scientifiques, l'introduction de nouvelles molécules, de nouvelles combinaisons de médicaments en monocomprimés ou de nouvelles modalités d'ajustement des antihypertenseurs et les changements dans les besoins du réseau de la santé et des services sociaux.

SUMMARY

Hypertension – Antihypertensive Medication Adjustment and Monitoring

Introduction

In Quebec, hypertension affects nearly 20% of individuals aged 20 and older, representing more than 1.6 million individuals. If left untreated, this chronic condition increases the risk of cardiovascular disease, stroke, and chronic kidney disease. It is therefore essential to ensure optimal care for individuals with hypertension.

Several clinical practice guidelines, including those of Hypertension Canada, have recently been updated. These updates have led to important changes in the definition of hypertension and its pharmacological management, including the recommendation to initiate treatment with a combination of two antihypertensive drug classes from the outset. The Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) has updated its National Medical Protocol (NMP) along with the associated collective prescription and tutorial.

Method

A systematic review of clinical practice guidelines, guideline documents, and other publications with recommendations on the management of individuals with hypertension was conducted in accordance with the Institute's standard methods. The evidence was analyzed and contextualized in Quebec clinical practice with input from an advisory committee of Quebec clinicians with expertise in the treatment and monitoring of hypertension. Quebec-specific legislative, regulatory and organizational considerations were also considered. A brief economic analysis was conducted to assess the potential budgetary impact of the updated clinical practice guidelines on Quebec's public drug insurance plan. In addition, individuals receiving antihypertensive therapy were consulted to identify the information most relevant to communicate during follow-up visits. Finally, the overall quality, acceptability and applicability of the work were assessed by external reviewers with expertise in the field, as well as by prospective end users who had not participated in its development.

Results

Following the analysis of all the evidence gathered and the iterative consultation process with the advisory committee, the following findings and key messages were identified as key to supporting the harmonization of clinical practice and strengthening health professionals' capacity to manage the care of individuals with hypertension.

Adopting and Maintaining Healthy Lifestyle Habits: A Cornerstone of Blood Pressure Control

The adoption and maintenance of healthy lifestyle habits constitute a cornerstone in the management of hypertension, both as a preventive measure and as an adjunct to pharmacological treatment. Monitoring lifestyle habits is therefore emphasized in the NMP at every stage of monitoring antihypertensive medication adjustment, with specific examples of elements to be monitored, namely:

- a diet rich in fruits and vegetables and low in salt;
- reduction or cessation of alcohol, nicotine, and drug use;
- increased physical activity;
- optimization of sleep (both quality and duration);
- stress reduction.

Timely Achievement of Therapeutic Targets: A Key Element in Hypertension Management

The need to overcome therapeutic inertia and achieve prompt blood pressure control was a key driver of the revisions to the clinical practice guidelines and has been reflected both in the NMP and the accompanying reference tool. The recommended blood pressure target have been further specified, along with the optimal timeframe for achieving it. Since most individuals with hypertension will require combination therapy to achieve optimal blood pressure control, the updated guidelines recommend initiating therapy with a combination of two antihypertensive drug classes from the outset. This change in therapeutic approach has been incorporated into the NMP through an updated medication adjustment framework which now include guidelines to support dose titration rather than stepwise dosing schedules for each individual medication. The list of included drugs has been revised, and spironolactone was added to the NMP to broaden its applicability. These changes are expected to support a standardized approach that aims at achieving therapeutic targets quickly. In addition, the frequency of lipid tests and fasting blood glucose has been reduced and harmonized with other INESSS recommendations.

A practice guide to promote best practices

The updated clinical practice guidelines are expected to increase the number of individuals diagnosed with hypertension. This increase could have a significant financial impact on Quebec's public drug insurance plan, particularly if the new recommendations are not appropriately followed, as not all individuals with hypertension require pharmacological treatment. To support appropriate prescribing of antihypertensive agents, INESSS has developed a reference tool for prescribers.

The key reminders considered relevant are:

- the new definition of hypertension established at 130/80 mm Hg;

- the importance of promoting the adoption and maintenance of healthy lifestyle habits within the therapeutic approach;
- appropriate indications for initiating pharmacological therapy;
- the recommended drug classes for initiating and adjusting pharmacotherapy;
- information to be provided to individuals with hypertension.

It is important to note that optimization of lifestyle habits alone is the recommended therapy for individuals without risk factors for high cardiovascular disease and with a systolic blood pressure between 130 and 139 mm Hg. In addition, beta-blockers are not recommended as first-line treatment for uncomplicated hypertension, but rather they are indicated for individuals with comorbidities.

Conclusions

This update of the NMP for antihypertensive medication adjustment, the associated collective prescription model for initiating diagnostic measures, and the development of a reference tool for primary care prescribers are based on clinical evidence from the guideline documents identified in the literature. This evidence was strengthened by the experiential knowledge of consulted stakeholders as well as by Quebec-specific contextual considerations. The integration of all evidence collected made it possible to determine whether content from the previous version should be maintained and adding any missing information where necessary. This update aims to optimize care for individuals with hypertension in the context of joint monitoring by primary care providers, thereby improving the care experience of individuals receiving antihypertensive treatment.

Update

The need to update the recommendations included in this NMP will be evaluated four years after the publication of this document, taking into account the evolution of scientific data, the introduction of new drug molecules, new fixed-dose combination therapies or new approaches to antihypertensive dose titration, and changes in the needs of the health and social services network.

SIGLES ET ACRONYMES

ACC	American College of Cardiology
AGREE	Appraisal of guidelines for research and evaluation
AHA	American Heart Association
ARA	Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II
BCC	Bloquants des canaux calciques
CMQ	Collège des médecins du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DER	Direction de l'évaluation des médicaments et des technologies à des fins de remboursement
DFGe	Débit de filtration glomérulaire estimé
eCPS	electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties
EBM	Evidence-based Medicine
ECG	Électrocardiogramme
ESC	European Society of Cardiology
ESH	European Society of Hypertension
ÉTS	Évaluation des technologies de la santé
GMF	Groupe de médecine de famille
GPC	Guide de pratique clinique
HbA _{1c}	Hémoglobine glyquée
HCTZ	Hydrochlorothiazide
IECA	Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MAPA	Mesure ambulatoire de la pression artérielle
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OC	Ordonnance collective
OMS	Organisation mondiale de la santé
PA	Pression artérielle
PMN	Protocole médical national
RAC	Rapport albumine/créatinine

RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RGAM	Régime général d'assurance médicaments
SQHA	Société québécoise d'hypertension artérielle

INTRODUCTION

Problématique

L'hypertension artérielle constitue l'un des problèmes de santé chroniques les plus répandus au Québec. En 2023-2024, environ 20 % des personnes âgées de 20 ans et plus étaient atteintes d'hypertension artérielle, soit plus de 1,6 million de personnes (Institut national de santé publique du Québec, 2025). La prévalence augmente avec l'âge et passe de 2,5 % chez les 20 à 44 ans à 57,4 % chez les 65 ans et plus (INSPQ, 2025). L'hypertension artérielle est un facteur de risque majeur pour plusieurs pathologies, notamment les maladies cardiovasculaires (infarctus, insuffisance cardiaque), les accidents vasculaires cérébraux et les maladies rénales chroniques (Goupil *et al.*, 2025; Organisation mondiale de la santé, 2021).

La gestion de l'hypertension repose sur une approche multimodale combinant des modifications du mode de vie et, si nécessaire, des traitements pharmacologiques à base d'antihypertenseurs. Un suivi régulier avec un professionnel de la santé est alors crucial pour contrôler la pression artérielle et ajuster le traitement au besoin. La sensibilisation et l'éducation des patients jouent un rôle clé pour encourager l'adhésion aux traitements et aux changements de style de vie, afin de réduire les risques associés à cette condition chronique (Goupil *et al.*, 2025).

Au Québec, l'élargissement dans les dernières années des champs d'exercice professionnels et des activités réservées dans le domaine de la santé a favorisé la prise en charge interprofessionnelle. Certaines de ces activités sont toutefois conditionnelles à l'obtention d'une ordonnance, soit collective ou individuelle. Depuis la fin de l'année 2014, le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à l'INESSS le mandat d'héberger et de mettre à jour les protocoles médicaux nationaux et les modèles d'ordonnances collectives en vigueur, ainsi que de réaliser d'autres protocoles *de novo*. Le 1^{er} mai 2017, le Collège des médecins du Québec (CMQ) publiait son guide sur les ordonnances collectives (CMQ, 2017). Le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* auquel fait référence ce guide prévoit l'obligation de recourir intégralement aux protocoles médicaux publiés par l'INESSS lorsque l'ordonnance réalisée au sein d'un établissement porte sur une condition clinique visée par un tel protocole.

Contexte de l'amorce des travaux

Depuis la révision en 2019 du protocole médical national (PMN) concernant l'ajustement de la médication antihypertensive de première intention, plusieurs organisations professionnelles, notamment Hypertension Canada, ont actualisé leurs lignes directrices en matière de pratique clinique. Compte tenu des orientations des nouvelles lignes directrices, une mise à jour du PMN ainsi que des documents connexes s'imposait.

1 MÉTHODOLOGIE SOMMAIRE

Dans l'optique de répondre aux objectifs poursuivis par les présents travaux, l'évaluation se concentrera sur la question décisionnelle suivante :

Est-ce que les recommandations de bonnes pratiques cliniques relatives au suivi de l'hypertension artérielle non compliquée et à l'ajustement de la médication antihypertensive de première intention ont changé depuis janvier 2019?

1.1 Questions clés d'évaluation

Les questions d'évaluation ont été formulées, de manière générale, en tenant compte des éléments du modèle PIPOH, soit la population à qui s'adresse l'intervention, les interventions d'intérêt, les professionnels à qui s'adressent les travaux, les paramètres d'intérêt (*outcomes*) ainsi que le milieu et le contexte clinique de l'intervention (*healthcare setting*).

Protocole médical national

Les recommandations de bonnes pratiques cliniques et les informations cliniques qui ciblent les personnes âgées de 18 ans ou plus atteintes d'hypertension artérielle non compliquée ont-elles évolué depuis les travaux de 2019? Plus particulièrement, est-ce que de nouvelles recommandations ou informations cliniques ont été publiées depuis concernant :

1. Les étapes préalables à la prescription d'un antihypertenseur que le prescripteur doit avoir suivies et qui sont utiles à connaître pour le suivi de l'hypertension et l'ajustement de la médication antihypertensive?
2. Les éléments à considérer lors de l'appréciation de la condition de santé au moment du suivi pour l'ajustement de la médication antihypertensive?
3. Les examens et les analyses de laboratoire recommandés pour le suivi de la médication antihypertensive, leur fréquence et les situations cliniques les justifiant?
4. Les objectifs de traitement et les cibles thérapeutiques de la médication antihypertensive?
5. Les informations générales (contre-indications, précautions, effets indésirables et interactions médicamenteuses) sur la médication antihypertensive nécessaires à connaître lors de l'ajustement posologique?
6. Les modalités d'ajustement posologique de la médication antihypertensive?
7. Les rappels, les consignes et l'information à transmettre à la personne?
8. Les situations exigeant une attention particulière, une réévaluation ou une exploration supplémentaire (p. ex. les situations où un professionnel qui applique le protocole doit obligatoirement consulter le prescripteur)?

Autres aspects documentés en cours de projet

- L'impact environnemental et économique de l'utilisation des analyses de laboratoire recommandées pour le suivi des traitements antihypertenseurs, si pertinent.
- Les coûts associés à l'usage des antihypertenseurs dans le régime public d'assurance médicaments.
- Les modalités de soutien à l'utilisation du PMN.

1.2 Mobilisation des savoirs

La méthodologie utilisée pour mener à terme ces travaux est détaillée dans les *Annexes complémentaires* (INESSS, 2026a).

En résumé, la revue de littérature effectuée lors des travaux de 2019 a été mise à jour. Pour documenter les modalités de pratique et l'information clinique relative à l'ajustement de la médication antihypertensive, une recherche systématique de la littérature scientifique publiée entre 2020 et 2025 a été effectuée, en collaboration avec un conseiller en information scientifique (bibliothécaire), dans les bases de données MEDLINE et Embase. Une recherche manuelle de la littérature grise a également été réalisée en consultant, entre autres, les sites Internet :

- de sociétés savantes spécialisées dans le domaine de la cardiologie et de la santé vasculaire;
- des agences réglementaires, de santé publique ou d'évaluation des technologies de la santé (ÉTS);
- des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux;
- de regroupements ou de communautés de pratique;
- d'associations, de fédérations et d'ordres professionnels du Québec.

Les références des publications retenues ont aussi été consultées afin de répertorier d'autres documents pertinents, y compris des revues systématiques en appui aux recommandations publiées dans les guides de pratique clinique. La sélection des documents, selon les critères prédéfinis, et l'évaluation de la qualité méthodologique ont été effectuées de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques. L'extraction, l'analyse et la synthèse de l'information colligée ont été réalisées par une professionnelle, puis validées par une seconde.

En complément, des ouvrages de références médicales et des sources tertiaires en pharmacologie ont aussi été consultés de même que les monographies officielles des traitements homologués par Santé Canada. Les listes de médicaments et les critères de remboursement des médicaments du régime général d'assurance médicaments du Québec ont été examinés. De même, les outils cliniques élaborés par des établissements de santé au Québec et disponibles ont aussi été consultés. Pour les aspects

professionnels, les lois professionnelles ont été consultées par le biais du site Web de LégisQuébec. Les normes, règlements et guides d'exercice sur la formation continue des médecins, infirmières et pharmaciens, ainsi que la télémédecine ou toute autre thématique jugée pertinente pour les travaux ont été repérés par le biais des sites Web des ordres professionnels ou du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Des données et des statistiques de santé propres au Québec et au Canada ont été recherchées notamment par l'intermédiaire de banques de données clinico-administratives, de registres ou de documents publiés par des organismes qui les colligent.

Pour recueillir la perspective des parties prenantes, un comité consultatif formé de professionnels de la santé de différentes spécialités et expertises a été créé. L'identification des repères cliniques clés et la formulation des recommandations basées sur l'appréciation de l'ensemble de la preuve tenant compte des dimensions populationnelle, clinique et organisationnelle ont été faites en collaboration avec les membres du comité consultatif. De plus, des personnes atteintes d'hypertension artérielle ont été consultées afin de contextualiser les travaux en fonction de leurs valeurs, de leurs préférences et de leurs besoins en matière d'information. Enfin, la qualité globale des travaux, leur acceptabilité et leur applicabilité ont été appréciées par des lecteurs externes spécialistes du domaine d'intérêt et par de futurs utilisateurs des outils cliniques qui n'ont pas participé aux travaux.

La composition du comité consultatif ainsi que la liste des lecteurs externes, des futurs utilisateurs et des patients qui ont été consultés durant les travaux sont détaillées dans les pages liminaires du présent rapport.

1.3 Description des documents retenus

La recherche de la littérature a permis de repérer 921 documents uniques (doublons exclus). Après le processus de sélection, six documents ont été retenus pour l'évaluation de la qualité méthodologique dont quatre ont été jugés de qualité adéquate pour en extraire l'information et pour les inclure dans l'analyse. Les quatre documents retenus sont les suivants :

- *Guide de pratique clinique en soins de première ligne d'Hypertension Canada pour le diagnostic et le traitement de l'hypertension artérielle chez les adultes* (Goupil et al., 2025);
- *2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults* (Jones et al., 2025);
- *2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension* (Mancia et al., 2023);
- *Hypertension in adults: diagnosis and management* (NICE, 2023b).

Les documents de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2021) et de l'European Society of Cardiology (ESC, 2024) ont été conservés pour consultation seulement puisque leurs recommandations ont déjà été prises en compte et adaptées au contexte canadien pour l'élaboration du guide d'Hypertension Canada (Goupil *et al.*, 2025) inclus dans la présente évaluation. Vingt-trois documents qui traitaient de sous-populations spécifiques ou qui n'abordaient pas le traitement pharmaceutique ou son ajustement ont aussi été retenus pour fournir de l'information clinique complémentaire lorsque cela s'avérait pertinent.

Par ailleurs, étant donné que la version précédente du protocole s'appuyait fortement sur l'information fournie par la Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA) pour contextualiser les recommandations au contexte québécois, la page Web de l'organisation a également été consultée (2026).

L'information détaillée sur la sélection et l'évaluation de la qualité méthodologique des documents est respectivement présentée aux annexes III et IV des *Annexes complémentaires* (INESSS, 2026a) au présent rapport.

2 ARGUMENTAIRE, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Cette section présente la synthèse de l'information et des recommandations cliniques tirées de la littérature consultée, des éléments contextuels et de la perspective des parties prenantes interrogées. L'entièreté du rapport a été révisée et mise à jour. Les modifications apportées au protocole médical national depuis sa précédente version publiée en 2020 sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1 Modifications issues des travaux publiés en 2026

Sections	Modifications
Gabarit	L'ensemble de l'information a été transposée dans le gabarit en vigueur.
Titre	Le segment « de première intention » a été retiré du titre.
Situation clinique ou clientèle	Puisque ce ne sont pas toutes les personnes avec un diagnostic d'hypertension artérielle qui ont besoin d'un traitement antihypertenseur, la situation clinique a été précisée comme suit : « Adulte atteint d'hypertension artérielle primaire qui requiert un traitement pharmacologique antihypertenseur ». Une référence à l'aide-mémoire a aussi été incluse.
Indications à l'application de ce protocole	Section ajoutée
Contre-indications à l'application de ce protocole	Section mise à jour La contre-indication pour les personnes avec une pression artérielle de 180/110 mm Hg a été précisée pour n'exclure du PMN que l'urgence hypertensive : - hypertension artérielle sévère (généralement supérieure à 180/110 mm Hg) ET - atteinte d'organes cibles qui menace le pronostic vital (p. ex. symptômes neurologiques focaux, confusion soudaine, douleur rétrosternale, dyspnée soudaine). L'insuffisance rénale chronique avec débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) inférieur à 30 ml/min/1,73 m² a aussi été ajoutée.
Appréciation de la condition de santé	Section ajoutée

Sections	Modifications
Analyses de laboratoire	Section mise à jour Les intervalles pour le bilan lipidique et la glycémie à jeun ou HbA_{1c} ont été harmonisés avec les autres protocoles de l'INESSS. Les analyses nécessaires au diagnostic ont été retirées.
Conduite thérapeutique	Section mise à jour. L'adoption de saines habitudes de vie est mise de l'avant. Une cible de pression artérielle systolique inférieure à 130 mm Hg a été ajoutée pour les cas où une valeur cible ne serait pas inscrite sur l'ordonnance individuelle de la personne. Les principes généraux de l'ajustement ont été ajoutés. Les tableaux d'ajustement ont été révisés pour présenter les comprimés de combinaisons à dose fixe en début de tableau. Les présentations de doses en palier ont été modifiées. Les tableaux ont maintenant une colonne avec les teneurs disponibles généralement utilisées pour l'hypertension artérielle, la dose maximale permise pour le PMN et les modalités d'ajustement de la médication sous forme de directives. Les combinaisons amlodipine/telmisartan et amlodipine/périndopril ont été ajoutées. Les bloqueurs des canaux calciques non dihydropyridiniques ont été retirés. La section sur l'ajustement des bêtabloquants a été retirée et une note explicative a été ajoutée en début de protocole, après les généralités. La classe des inhibiteurs des minéralocorticoïdes ou antagonistes des récepteurs de l'aldostérone (spironolactone) a été ajoutée. L'ordre d'apparition des classes de médicaments dans le PMN a été modifié pour refléter l'ordre de préférence recommandé dans les guides de pratique clinique. L'information concernant les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II a été regroupée dans un seul tableau étant donné que ces deux classes ne peuvent pas être administrées de façon combinée.
Information à transmettre	Section ajoutée
Modalités de suivi	Section ajoutée

Sections	Modifications
Situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire	Section mise à jour La détection d'une apparition ou d'une aggravation de l'atteinte des organes cibles a été retirée pour être remplacée par la détection de l'urgence hypertensive qui doit mener à une consultation urgente. L'augmentation de la créatinine devant mener à une consultation a été fixée à 30 % plutôt que 20 % conformément aux nouvelles recommandations.
Ordonnance collective	Document mis à jour Les indications ont été modifiées pour retirer la restriction d'une ordonnance qui arrive à échéance dans moins de trois mois pour les personnes dont l'ordonnance individuelle n'inclut pas l'ajustement de la médication antihypertensive. La situation clinique, les contre-indications et les limites ou situations qui exigent une consultation obligatoire ont été harmonisées avec celles du protocole médical national.
Aide-mémoire à l'attention des prescripteurs	Section ajoutée pour ce nouvel outil clinique

2.1 Protocole médical national

2.1.1 Titre

L'INESSS a reçu des commentaires du réseau selon lesquels l'élément « de première intention » dans le titre du protocole médical national publié en 2020 « Ajustement de la médication antihypertensive de première intention » portait à confusion puisque certains médicaments peuvent être utilisés en deuxième, troisième ou même quatrième intention et tout de même nécessiter un ajustement qui serait aussi fait par des professionnels de la santé de première ligne.

Le titre a donc été simplifié avec l'accord des membres du comité consultatif.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – TITRE

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de conclure que le titre du PMN devrait être le suivant :

- Ajustement et suivi de la médication antihypertensive

2.1.2 Situation clinique ou clientèle et indications à l'application du protocole

La version de 2020 du protocole n'apportait pas de précisions supplémentaires à la population cible qui incluait tous les adultes atteints d'hypertension artérielle.

Selon les nouvelles lignes directrices d'Hypertension Canada et de l'ACC/AHA (Goupil *et al.*, 2025; Jones *et al.*, 2025), une pression artérielle égale ou supérieure à 130/80 mm Hg mesurée à l'aide d'un dispositif validé dans des conditions idéales, confirmée par plusieurs mesures prises à la maison ou par des mesures ambulatoires de pression artérielle (MAPA), devrait mener à un diagnostic d'hypertension artérielle. Les lignes directrices moins récentes du NICE (2023b) et de l'ESH (2023) établissent plutôt le seuil diagnostique à une pression artérielle clinique de 140/90 mm Hg ou à 135/85 mm Hg lorsque la mesure est prise en milieu ambulatorio ou à la maison (NICE, 2023b). Les parties prenantes consultées soulignent que la pratique au Québec s'appuie principalement sur les recommandations émises par Hypertension Canada (Goupil *et al.*, 2025), mieux adaptées aux contextes canadien et québécois. Ces recommandations sont aussi promues par la SQHA (2026). Ainsi, par souci d'harmonisation et de continuité des pratiques, les parties prenantes sont d'avis que le protocole médical national devrait s'appuyer principalement sur ces recommandations.

L'amorce d'un traitement pharmacologique pour le contrôle de l'hypertension artérielle est recommandée par l'ensemble des documents retenus (Goupil *et al.*, 2025; Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023; NICE, 2023b) pour :

- toutes les personnes avec une pression artérielle égale ou supérieure à 140/90 mm Hg;
- les personnes avec une pression artérielle égale ou supérieure à 130/80 mm Hg qui présentent des facteurs de risque cardiovasculaire.

Le NICE (2023b) et l'ESH (2023) définissent toutefois un seuil d'amorce de traitement plus élevé pour les personnes âgées de 80 ans ou plus. Le jugement clinique devrait être employé pour décider de l'amorce d'un traitement chez les personnes fragiles ou avec comorbidités multiples (NICE, 2023b). Finalement, les lignes directrices états-uniennes recommandent d'entreprendre un traitement pharmacologique chez les personnes qui ont une pression artérielle égale ou supérieure à 130/80 mm Hg sans facteurs de risque cardiovasculaire élevé si aucune amélioration n'est observée après six mois d'une approche basée sur l'amélioration des habitudes de vie (Jones *et al.*, 2025). Hypertension Canada (Goupil *et al.*, 2025) prône plutôt de maintenir des suivis et de continuer les efforts visant la modification des habitudes de vie tant que la pression artérielle systolique demeure sous 140 mm Hg.

Donc, des personnes pourraient avoir un diagnostic d'hypertension artérielle sans recevoir de traitement pharmacologique. Ainsi, les parties prenantes consultées ont jugé adéquat de préciser que la clientèle visée par le PMN est celle atteinte d'hypertension artérielle qui requiert un traitement pharmacologique antihypertenseur.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – SITUATION CLINIQUE ET INDICATIONS

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de conclure que les recommandations contenues dans le PMN devraient s'adresser à la situation clinique et aux indications qui suivent.

Situation clinique

Adulte atteint d'hypertension artérielle primaire qui requiert un traitement pharmacologique antihypertenseur.

Indications à l'application de ce protocole

- ▶ Personne de 18 ans ou plus
ET
- ▶ Qui suit un traitement antihypertenseur pour la maîtrise de l'hypertension artérielle

2.1.3 Contre-indications à l'application de ce protocole

Les recommandations d'Hypertension Canada (Goupil *et al.*, 2025) ne couvrent pas les enfants, les femmes enceintes ou celles qui souhaitent le devenir. Le NICE (2023b) exclut également ces populations de même que les personnes qui ont une maladie chronique des reins classée A3 ou plus, ou classée A2 ou plus accompagnée d'un diabète de type 2, les personnes avec un diabète de type 1, les personnes avec une cause secondaire d'hypertension ainsi que celles avec une maladie cardiovasculaire établie. Les recommandations de l'ESH (Mancia *et al.*, 2023) ne couvrent pas les personnes avec une maladie coronarienne chronique, une insuffisance cardiaque, une fibrillation auriculaire, une valvulopathie, une maladie aortique ou une maladie artérielle périphérique. Selon les parties prenantes consultées, les personnes avec une insuffisance rénale chronique dont le débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) est inférieur à 30 ml/min/1,73 m² devraient être exclues du protocole puisque l'ajustement de la médication antihypertensive est plus compliqué.

L'allaitement mentionné dans la version de 2020 du PMN n'est pas nommé dans les exclusions des documents retenus. Les parties prenantes consultées jugeaient toutefois que les femmes qui allaitent ont besoin d'un suivi plus personnalisé que celui qui peut être détaillé dans un PMN d'ajustement.

La version de 2020 du protocole excluait également la prise en charge des personnes avec une pression artérielle systolique égale ou supérieure à 180 mm Hg ou une pression artérielle diastolique égale ou supérieure à 110 mm Hg. Les parties prenantes consultées ont souligné qu'une pression artérielle élevée seule ne devrait pas suffire à exclure un ajustement de la médication dans le cadre du PMN. Selon les cliniciens consultés, ces personnes sont celles qui ont le plus besoin d'un ajustement de leur médication, particulièrement si elles sont autrement en bonne santé. L'exclusion de ces personnes mènerait à des consultations en cabinet ou même à des visites à l'urgence inutiles. Selon les parties prenantes consultées, seules les personnes avec une

hypertension sévère combinée à l'atteinte d'organes cibles devraient être exclues du protocole et orientées vers l'urgence.

Cette orientation serait en accord avec les recommandations des documents retenus. Hypertension Canada n'aborde pas l'hypertension sévère dans son document récent (Goupil *et al.*, 2025), mais le document plus complet publié en 2020 (Rabi *et al.*, 2020) propose un diagnostic d'hypertension lorsque la pression artérielle est de 180 mm Hg / 110 mm Hg, peu importe la méthode de mesure utilisée. Ce n'est toutefois pas une condition à exclure d'un suivi. Le NICE (2023b) et l'ACC/AHA (Jones *et al.*, 2025) définissent l'hypertension sévère à 180 mm Hg / 120 mm Hg et incluent cette condition dans les situations qui nécessitent des investigations supplémentaires ou même une orientation immédiate vers l'urgence en présence de lésions aiguës d'un organe cible ou de conditions impérieuses comme une dissection aortique. La SQHA (2026) définit l'urgence hypertensive comme une hypertension artérielle sévère associée à l'atteinte d'un organe cible (artère, cerveau, cœur, rein ou rétine) qui menace le pronostic vital. Pour faciliter le repérage de ce type d'atteinte par l'utilisateur du PMN, les cliniciens consultés ont énuméré des exemples de symptômes à inclure comme des symptômes neurologiques focaux, une confusion soudaine, une douleur rétrosternale ou une dyspnée soudaine.

Le NICE (2023b), l'ACC/AHA (Jones *et al.*, 2025) et l'ESH (2023) recommandent également de diriger vers un spécialiste l'hypertension résistante ou l'hypertension de stade 2 ou 3 chez les personnes de moins de 40 ans. Étant donné que le PMN est principalement conçu pour accompagner une ordonnance individuelle d'ajustement chez des personnes déjà évaluées par un médecin, les parties prenantes consultées jugent inutile de mettre plus de contre-indications au protocole.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – CONTRE-INDICATIONS À L'APPLICATION DE CE PROTOCOLE

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de conclure que les recommandations contenues dans le PMN devraient exclure les situations qui suivent.

- ▶ Grossesse ou allaitement
- ▶ Urgence hypertensive :
 - hypertension artérielle sévère (généralement supérieure à 180/110 mm Hg)
- ET**
- atteinte d'organes cibles qui menace le pronostic vital (p. ex. symptômes neurologiques focaux, confusion soudaine, douleur rétrosternale, dyspnée soudaine)
- ▶ Insuffisance rénale chronique avec débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) inférieur à 30 ml/min/1,73 m²

2.1.4 Généralités

Durant les consultations avec des personnes qui suivent un traitement antihypertenseur, plusieurs ont exprimé qu'elles auraient aimé être davantage impliquées dans le choix de la médication à prendre, en tenant compte des effets indésirables probables et des avantages des différents traitements. D'ailleurs, les recommandations européennes mettent l'accent sur l'importance de la décision partagée et de l'autonomisation des patients dans le contrôle de l'hypertension artérielle (ESH, 2023; NICE, 2023b).

Par ailleurs, quelques personnes n'avaient pas été informées de l'importance de modifier leurs habitudes de vie pour réduire leur pression artérielle ni de la cible de pression artérielle visée malgré le rôle central qu'accordent les lignes directrices à l'adoption de saines habitudes de vie dans le traitement de l'hypertension artérielle (voir la [section 2.1.5.3](#)).

En cohérence avec les recommandations de pratique clinique, les parties prenantes consultées ont jugé pertinent d'inclure un rappel en début de protocole sur l'importance :

- d'optimiser les habitudes de vie de façon concomitante au traitement antihypertenseur;
- de prescrire des antihypertenseurs dans un contexte de prise de décision partagée.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – Généralités

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de conclure que l'information clinique qui suit devrait être incluse au PMN.

- ▶ Avant d'amorcer un traitement pharmacologique antihypertenseur, **et tout au long du traitement**, il est important de mettre l'accent sur l'optimisation des habitudes de vie pour réduire la pression artérielle et diminuer le risque cardiovasculaire.
- ▶ La prescription d'un traitement antihypertenseur est faite préférentiellement dans le cadre d'une prise de décision partagée qui inclut :
 - une discussion sur les risques et les avantages des différentes options de traitement;
 - l'établissement d'objectifs de traitement qui tiennent compte du risque cardiovasculaire, des comorbidités et de la fragilité de la personne.

2.1.5 Appréciation de la condition de santé

2.1.5.1 Signes et symptômes

Les documents retenus (Goupil *et al.*, 2025; Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023; NICE, 2023b) énumèrent principalement les signes et symptômes à rechercher durant l'appréciation globale initiale de l'état de santé de la personne pour établir le diagnostic et choisir la

médication à prescrire. Ceux-ci sont principalement liés à l'évaluation de l'atteinte des organes cibles et à l'évaluation des causes secondaires d'hypertension.

Selon les parties prenantes consultées, cette évaluation devrait être faite avant de rédiger l'ordonnance individuelle d'ajustement et il ne serait pas pertinent de refaire cette appréciation chaque fois que la médication doit être ajustée. Étant donné que le PMN encadre l'ajustement de la médication, seuls les signes et symptômes associés aux effets indésirables de la médication devraient être évalués, y compris l'hypotension orthostatique. L'ACC/AHA (Jones *et al.*, 2025) et l'ESH (2023) recommandent d'ailleurs de rechercher les signes d'hypotension orthostatique, particulièrement chez les personnes âgées.

2.1.5.2 Histoire de santé et médicamenteuse

Dans le cadre de l'ajustement de la médication antihypertensive ou du suivi de la personne traitée pour l'hypertension artérielle, le NICE (2023b), l'ACC/AHA (Jones *et al.*, 2025) et l'ESH (2023) recommandent d'évaluer l'adhésion au traitement et de réviser la médication de la personne afin de s'assurer que celle-ci est prise aux doses optimales tolérées. En cas de non-adhésion au traitement, ils recommandent que les troubles de santé mentale, y compris le stress, la dépression et l'anxiété, soient dépistés et que le niveau de littératie en santé soit pris en compte afin de fournir de l'information complémentaire adaptée à la personne (Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023).

Une évaluation de la prise d'autres médicaments sur ordonnance ou en vente libre, de drogues ou de produits de santé naturels devrait aussi être faite pour repérer les substances qui peuvent influencer la pression artérielle ou l'efficacité des médicaments. Les documents retenus contenaient peu d'information sur les aliments ou produits de santé naturels qui peuvent affecter la pression artérielle (Jones *et al.*, 2025; Mancia *et al.*, 2023). Toutefois, des documents d'information destinés aux patients produits par la SQHA (Blais *et al.*, 2025) et la clinique Mayo aux États-Unis (2025) ont été consultés afin de bonifier l'information et de fournir des exemples en annexe du protocole. L'information concernant les interactions médicamenteuses qui était présentée dans la version de 2020 du PMN a été mise à jour et transférée dans les annexes pour alléger le contenu du protocole. Ces éléments ont été inclus au PMN avec l'accord des parties prenantes consultées.

Par ailleurs, l'ACC/AHA (Jones *et al.*, 2025) et l'ESH (2023) soulignent l'importance d'évaluer la santé sexuelle des personnes traitées pour l'hypertension artérielle puisqu'elle peut être affectée négativement par les antihypertenseurs. Il a été jugé que cet aspect serait couvert durant la recherche des effets indésirables de la médication à la section sur l'appréciation des signes et symptômes ([section 2.1.5.1](#)).

L'information incluse dans les annexes du protocole est présentée à l'[annexe A](#) du présent rapport.

2.1.5.3 Habitudes de vie

L'ensemble des documents retenus mettent l'accent sur l'importance de l'adoption de saines habitudes de vie en tant que première ligne de traitement à mettre en place chez les personnes hypertendues (Goupil *et al.*, 2025; Jones *et al.*, 2025; Mancia *et al.*, 2023; NICE, 2023b). De saines habitudes de vie pourraient réduire ou même éliminer le recours à un traitement pharmacologique (Goupil *et al.*, 2025).

Les recommandations recensées dans les documents retenus concernant les saines habitudes de vie ciblent principalement :

- l'alimentation (sel, potassium, diète, caféine);
- la consommation d'alcool et de tabac;
- la perte de poids;
- l'activité physique;
- le stress.

Les différents aspects ont été discutés avec les parties prenantes. Ainsi, l'adoption de saines habitudes de vie devrait être renforcée à chaque suivi et le protocole devrait rappeler les éléments à promouvoir auprès des personnes atteintes d'hypertension artérielle. Des exemples précis devraient être présentés afin d'aiguiller les professionnels de la santé dans leur évaluation, comme la réduction des aliments transformés, la pratique de 150 minutes d'activité physique modérée ou un sommeil d'une durée entre 7 et 9 heures. La possibilité d'orienter les personnes vers des ressources complémentaires comme des nutritionnistes, des kinésiologues et des psychologues a aussi été mentionnée.

Un hyperlien vers l'outil clinique de l'INESSS (2025) sur les interventions de cessation tabagique a également été ajouté.

Impact environnemental positif de la promotion de saines habitudes de vie

La promotion de l'adoption de saines habitudes de vie pourrait également contribuer à diminuer l'impact environnemental associé au traitement de l'hypertension en réduisant l'empreinte carbone associée à :

- l'alimentation, en encourageant une diète enrichie en fruits et en légumes (CASCADES);
- la production d'alcool et de tabac, et indirectement à l'utilisation des soins de santé qu'ils causent (CASCADES), en promouvant la réduction de leur consommation;
- la pharmacothérapie, en améliorant le contrôle de l'hypertension par des mesures non pharmacologiques qui permettraient d'éviter ou de réduire la consommation de médicaments (CASCADES; Park et Miller, 2025).

2.1.5.4 Examen physique

L'ensemble des documents retenus formulent des recommandations concernant l'examen physique à effectuer durant l'évaluation initiale d'une personne avec une pression artérielle élevée dans le but d'établir un diagnostic, notamment la mesure de la pression artérielle à l'aide d'une méthode standardisée et la prise d'un électrocardiogramme (ECG) à 12 dérivations (Goupil *et al.*, 2025; Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023; NICE, 2023b). Les examens à réaliser dans le cadre de rendez-vous de suivi ne sont toutefois pas précisés.

Selon les parties prenantes consultées, seul un examen physique ciblé qui inclut la mesure de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque est requis pour permettre l'ajustement sécuritaire de la médication antihypertensive. Il faudrait toutefois s'assurer que la mesure de la pression artérielle est prise adéquatement et un hyperlien vers une ressource qui décrit la technique optimale devrait être inclus.

Pour la mesure de la pression artérielle au bureau du professionnel de la santé, l'environnement doit être propice et calme. L'ensemble des GPC recommandent d'éviter la consommation de caféine ou de tabac et l'exercice physique au moins 30 minutes avant les mesures qui devraient être prises avec un brassard de taille adéquate après une période de 5 minutes de repos (Goupil *et al.*, 2025; Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023; NICE, 2023b). L'utilisation d'une moyenne de trois lectures prises à des intervalles d'une minute est également recommandée dans certains GPC (Goupil *et al.*, 2025; Jones *et al.*, 2025). Le NICE (2023b) souligne que les appareils automatisés pourraient ne pas fournir une mesure précise si le pouls de la personne est irrégulier. Dans ce cas, il précise que la pression artérielle devrait être mesurée manuellement par une auscultation directe. La SQHA (2026) fournit également des rappels sur les mesures adéquates de la pression artérielle.

Pour les personnes qui prennent leur pression à domicile ou en milieu ambulatoire (p. ex. à la pharmacie), les parties prenantes consultées soulignent l'importance que le professionnel ou la professionnelle de la santé qui applique le protocole vérifie que les mesures qui ont été prises par la personne sont valides.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – APPRÉCIATION DE LA CONDITION DE SANTÉ

! Ne se substituent pas au jugement du clinicien.

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que l'appréciation de la condition de santé devrait inclure les éléments qui suivent.

Signes et symptômes

- ▶ Rechercher les signes d'hypotension orthostatique, particulièrement chez les personnes âgées.
- ▶ Recenser et objectiver les effets indésirables rapportés par la personne depuis l'amorce du traitement.

Histoire de santé et médicamenteuse

- ▶ Vérifier l'observance au traitement antihypertenseur.
- ▶ Documenter les changements récents dans la prise de nouveaux médicaments ou de produits naturels qui pourraient influencer sur le traitement.

Habitudes de vie

- ▶ Se renseigner sur les plus récentes modifications apportées aux habitudes de vie.
- ▶ Renforcer l'adoption de saines habitudes de vie lors de chaque suivi et promouvoir :
 - une alimentation riche en fruits et en légumes et faible en sel (p. ex. réduction de la consommation d'aliments transformés et de sel ajouté);
 - l'activité physique régulière (p. ex. au moins 150 minutes d'activité physique modérée par semaine);
 - la réduction ou l'élimination de la consommation de nicotine, d'alcool et de drogues récréatives, y compris le cannabis;
 - un sommeil adéquat (durée de 7 à 9 heures par jour et de qualité);
 - une réduction du stress.
- ▶ Définir ou réviser les objectifs de modifications des habitudes de vie.
- ▶ Au besoin, orienter la personne vers les ressources interdisciplinaires pertinentes (p. ex. nutritionniste, kinésologue, psychologue).

Examen physique ciblé

- ▶ Mesurer la pression artérielle et la fréquence cardiaque
Consulter le guide *Prise en charge des adultes atteints d'hypertension artérielle*, élaboré par la Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA), pour les méthodes de mesure de la pression artérielle.
- ▶ Prendre connaissance des valeurs et mesures de pression artérielle antérieures, y compris celles prises par la personne à la maison ou en milieu ambulatorio (p. ex. à la pharmacie). Il est important d'en vérifier la validité en s'informant sur :
 - le lieu et le contexte de la mesure (environnement calme);
 - le temps de repos préalable (au moins 5 minutes, idéalement 10 minutes);
 - la position (assis dos appuyé et pieds décroisés à plat au sol);
 - la position du brassard (au-dessus du coude, brassard de la bonne taille);
 - le tensiomètre utilisé.

2.1.6 Analyses de laboratoire

Puisque les analyses à effectuer au diagnostic n'influencent pas les analyses à faire pour l'ajustement de la médication antihypertensive, elles n'ont pas été incluses au PMN. Celles-ci sont plutôt énumérées dans l'aide-mémoire destiné aux prescripteurs (voir la [section 2.3](#)).

Pour les analyses à répéter durant le suivi, Hypertension Canada précise que la kaliémie devrait être surveillée chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale et chez celles qui prennent des médicaments susceptibles d'augmenter les taux de potassium sanguin, et deux à quatre semaines après l'introduction de la spironolactone ou de tout ajustement de dose (Goupil *et al.*, 2025). De plus, la rénine et l'aldostérone devraient être mesurées avant l'introduction de la spironolactone (Goupil *et al.*, 2025).

Le NICE (2023b) recommande de mesurer le sodium et le potassium sanguin ainsi que la fonction rénale un mois après l'ajout de diurétiques pour le traitement de l'hypertension résistante, puis au besoin. L'ACC/AHA (Jones *et al.*, 2025) recommande de répéter le bilan de base au moins annuellement ou lorsque des signes cliniques le justifie, y compris pour mesurer les effets indésirables potentiels des traitements. L'ESH (2023) juge acceptable de répéter les examens de laboratoire annuellement chez les personnes à faible risque. Elle ajoute qu'un bilan métabolique de base devrait être effectué deux à quatre semaines après l'amorce ou l'ajustement de dose d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, d'un bloqueur du récepteur de l'angiotensine ou d'un antagoniste du récepteur minéralocorticoïde. De même, la créatinine devrait aussi être mesurée deux à quatre semaines après l'amorce ou l'ajustement d'une médication antihypertensive pour le calcul du DFG_e (ESH, 2023).

Après révision de l'information issue des documents retenus avec les parties prenantes consultées, aucune autre analyse n'a été jugée nécessaire à l'ajustement de la médication antihypertensive. Étant donné que l'analyse de la rénine et de l'aldostérone proposée avant l'amorce de la spironolactone vise le dépistage des causes secondaires d'hypertension par le prescripteur et n'aurait aucun impact sur l'ajustement du médicament, il a été jugé préférable de ne pas inclure cette information dans le tableau d'analyses, mais d'ajouter une note informative avec l'information générale liée aux inhibiteurs des minéralocorticoïdes ou des antagonistes des récepteurs de l'aldostérone (voir la [section 2.1.7.2](#)).

L'intervalle proposé de deux à quatre semaines après l'introduction ou l'ajustement de la médication pour mesurer la créatinine et le potassium n'a pas été retenu. Selon les cliniciens consultés, l'effet de la médication sur ces paramètres est généralement rapide et peut être critique dans la prise de décision d'ajuster ou de changer un médicament prescrit. L'allongement de l'intervalle ne ferait que retarder cette prise de décision et pourrait entraîner de la confusion dans le milieu puisque la pratique usuelle est d'effectuer ces analyses de 10 à 14 jours après l'amorce ou l'ajustement d'un diurétique, d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) ou de la spironolactone.

Par ailleurs, dans le but d'assurer un suivi et un dépistage adéquats des facteurs de risque cardiovasculaire, il a été jugé pertinent de conserver la glycémie à jeun ou HbA_{1c} et le bilan lipidique dans les analyses à effectuer. Les parties prenantes consultées étaient en accord avec l'harmonisation des intervalles proposés pour ces analyses avec le protocole *Dépistage du diabète de type 2 et évaluation du risque cardiovasculaire* (INESSS, 2026b).

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – ANALYSES DE LABORATOIRE

! Ne se substituent pas au jugement du clinicien.

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information recueillie et du processus délibératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations qui suivent sur les analyses de laboratoires ont été formulées pour le suivi de l'ajustement des diverses classes de médicaments antihypertenseurs (à l'exception de celles qui ont déjà été réalisées au cours des délais indiqués).

- Prendre connaissance des résultats des analyses de laboratoire disponibles (dossier médical ou Dossier santé Québec).
- Confirmer auprès de la personne que les analyses nécessaires selon le tableau ci-dessous n'ont pas déjà été demandées par un autre professionnel de la santé.
- Prévoir les analyses de laboratoire nécessaires à l'ajustement ou à son suivi et, lorsque requis, rédiger la requête appropriée.

ANALYSES DE LABORATOIRE					
Analyses	Avant le début du traitement ⁽¹⁾	10 à 14 jours après l'amorce d'un médicament ⁽²⁾	10 à 14 jours après l'augmentation de la dose ou le changement d'un médicament ⁽²⁾	Une fois par année	Une fois tous les 5 ans
Médicaments	Diurétiques, IECA, ARA, inhibiteurs des minéralocorticoïdes			Tous	
Ions : sodium,	✓	✓	✓	✓	
Créatinine (DFGe)	✓	✓	✓	✓	
Glycémie à jeun ou				⚠ ⁽³⁾	
Bilan lipidique					✓ ⁽⁴⁾

ARA, antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II; DFGe, débit de filtration glomérulaire estimé; ECG, électrocardiogramme; HbA_{1c}, hémoglobine glyquée; IECA, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine; RAC, rapport albumine/créatinine

(1) Les résultats d'analyses, si celles-ci ont été effectuées au cours des 3 derniers mois, peuvent être utilisés.

(2) Ces analyses sont requises **avant de procéder à un ajustement**.

(3) Selon le pointage [FINDRISC](#), répéter tous les 5 ans pour 15 à 20 points (inclusivement) et tous les ans pour plus de 20 points. Selon le pointage [CANRISK](#), répéter tous les 5 ans pour 33 à 42 points (inclusivement) et tous les ans pour plus de 42 points.

(4) Pourrait être envisagé avant 5 ans en cas de changement significatif dans la condition de santé de la personne (p. ex. prise de poids importante), selon le jugement clinique.

Légende : Recommandé ✓ Peut être envisagé ⚠

2.1.6.1 Impact environnemental des analyses de laboratoire

Les changements apportés à l'intervalle pour répéter le bilan lipidique et la glycémie à jeun ou l'hémoglobine glyquée ainsi que l'ajout de la directive qui vise à s'assurer que les analyses n'ont pas été demandées par un autre professionnel de la santé devraient contribuer à réduire le nombre d'analyses réalisées inutilement. Bien que ces deux modifications aient été effectuées dans une optique de pertinence des analyses, celles-ci auront également pour effet d'en limiter l'impact environnemental et figurent parmi les actions promues par le groupe CASCADES - Créer un système de santé canadien durable face à la crise climatique (CASCADES; Park et Miller, 2025).

2.1.7 Conduite thérapeutique

Comme discuté précédemment (voir la [section 2.1.5.3](#)), l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie font partie intégrante de la thérapie antihypertensive. Un rappel à ce sujet a donc été ajouté au début de cette section du PMN.

2.1.7.1 Objectifs de traitement

Les cibles thérapeutiques divergent entre les documents retenus. Les recommandations nord-américaines les plus récentes visent une pression artérielle systolique inférieure à 130 mm Hg pour tous les adultes, alors que les recommandations européennes de 2023 ajustent les cibles en fonction de l'âge des personnes. Elles sont résumées dans le [tableau 2](#).

Les cibles thérapeutiques de pression artérielle à atteindre n'étaient pas incluses au protocole de 2020 étant donné que celles-ci doivent être établies par le prescripteur. Il était toutefois mentionné d'atteindre les valeurs cibles afin de prévenir les complications cardiovasculaires et cérébrovasculaires.

Tableau 2 Cible thérapeutique recommandée selon les documents retenus

Société savante / groupe	Âge (ans)	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Hypertension Canada 2025	Adultes	< 130	aucune
ACC/AHA 2025	Adultes	< 130*	< 80
NICE 2023	< 80	< 140	< 90
	≥ 80	< 150	< 90
ESH 2023	18 à 64	< 130	< 80
	65 à 79	< 140 [†]	< 80
	≥ 80	140 à 150 [‡]	n.d.

ACC/AHA : American College of Cardiology/American Heart Association; ESH : European Society of Hypertension; HSI : Hypertension systolique isolée; n.d. : non défini; NICE : National Institute of Clinical Excellence; PAD : pression artérielle diastolique; PAS : pression artérielle systolique.

* Encourager l'atteinte de < 120 mm Hg.

[†] Considérer un abaissement de la cible à < 130 mm Hg si la médication est bien tolérée.

[‡] Une réduction entre 130 et 139 mm Hg devrait être envisagée si la PAD n'est pas déjà < 70 mm Hg.

Selon les parties prenantes consultées, la cible thérapeutique visée n'est pas toujours inscrite sur les ordonnances individuelles qui font référence au PMN pour l'ajustement. Ainsi, l'ajout d'une cible générale serait utile pour orienter les professionnels de la santé qui appliquent le protocole. Les cibles proposées par Hypertension Canada (Goupil *et al.*, 2025) ont été largement adoptées au Québec, y compris par la SQHA (2026). Elles devraient donc être utilisées dans le PMN. Il est important de noter que ces lignes directrices ne fixent aucune cible de pression artérielle diastolique puisque le risque cardiovasculaire demeurerait faible entre 70 et 90 mm Hg, une décision qui s'appuie sur l'étude SPRINT (Beddhu *et al.*, 2018). Pour éviter tout doute, une note qui précise l'absence de cible de pression artérielle diastolique a été ajoutée.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES

! *Ne se substituent pas au jugement du clinicien.*

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que les objectifs thérapeutiques devraient être les suivants :

- ▶ Atteindre les cibles de pression artérielle fixées par le prescripteur afin de prévenir les complications cardiovasculaires et cérébrovasculaires.
- ▶ S'il n'y a pas de cible définie, viser l'atteinte d'une pression artérielle systolique inférieure à 130 mm Hg.

NOTE : Il n'est pas nécessaire de viser une pression artérielle diastolique précise lorsque la cible de pression artérielle systolique est atteinte.



La cible thérapeutique pourrait être ajustée dans certaines situations (p. ex. fragilité, risque de chute), selon le jugement clinique du prescripteur.

2.1.7.2 Médication antihypertensive à inclure au protocole médical national

La liste des médicaments inclus au protocole a été revue en tenant compte des documents retenus, de l'information disponible sur le site Web de la SQHA (2026) et de l'information contextuelle et expérientielle des parties prenantes consultées. Hypertension Canada (Goupil *et al.*, 2025) et l'ESH (2023) ne recommande pas les β -bloquants en première intention de traitement sauf pour des indications cliniques particulières, par exemple pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque ou d'angine, à la suite d'un infarctus du myocarde ou pour le contrôle de la fréquence ou du rythme cardiaque. Ainsi, il a été convenu de ne plus permettre l'ajustement de cette classe de médicaments dans le cadre du PMN. La section des β -bloquants a été retirée du protocole et une note qui précise ce changement a été ajoutée au début du protocole.



Les médicaments de la classe des β -bloquants ne sont plus recommandés en tant que traitement de première intention pour l'hypertension artérielle non compliquée. Ils pourraient toutefois être utilisés pour les personnes avec des indications particulières (p. ex. angine ou insuffisance cardiaque).

Si l'ajustement d'un β -bloquant est requis pour l'hypertension artérielle, confirmer les modalités d'ajustement avec le prescripteur.

Les bloqueurs des canaux calciques non dihydropyridiniques ont également été retirés du protocole puisque ces médicaments sont généralement utilisés pour traiter des comorbidités qui peuvent être présentes chez des personnes atteintes d'hypertension artérielle. L'ajustement de ces médicaments ne devrait donc pas être effectué dans le cadre du présent PMN.

Par ailleurs, la combinaison amlodipine/telmisartan avait été exclue de la version de 2020 du PMN parce qu'il avait été conclu que cette combinaison ne serait introduite qu'après avoir déterminé les doses optimales de chacune des composantes et donc que l'ajustement ne serait pas nécessaire. Étant donné que les nouvelles lignes directrices recommandent l'amorce d'une thérapie combinée dès le début du traitement, il a été convenu que l'ajout de cette combinaison au protocole pourrait être utile. Les parties prenantes ont par ailleurs jugé pertinent d'ajouter dans le PMN des précisions concernant l'ajustement de cette combinaison en fonction du profil d'effets indésirables.

Finalement, les lignes directrices canadiennes (Goupil *et al.*, 2025) introduisent la spironolactone en quatrième ligne de traitement et les parties prenantes consultées jugeaient approprié d'inclure la classe des inhibiteurs des minéralocorticoïdes et antagonistes des récepteurs de l'aldostérone. Cette classe comprend deux médicaments indiqués pour le traitement de l'hypertension essentielle : la spironolactone et l'éplérénone. L'éplérénone fait partie des médicaments d'exception de la RAMQ pour les personnes ayant subi un infarctus du myocarde et pour celles atteintes d'insuffisance cardiaque chronique (INESSS, 2013), mais pas pour l'hypertension essentielle. Puisque ce médicament est plutôt utilisé pour des personnes avec des conditions cardiovasculaires ou pour celles qui seraient intolérantes à la spironolactone, il n'a pas été jugé pertinent de l'inclure au PMN. Étant donné que la spironolactone affecte le système rénine-angiotensine-aldostérone, Hypertension Canada recommande de mesurer les niveaux sanguins de la rénine et de l'aldostérone avant d'administrer ce médicament pour permettre l'évaluation des causes secondaires potentielles de l'hypertension (Goupil *et al.*, 2025). Les parties prenantes ont souligné que l'omission d'effectuer ces analyses avant l'administration de la spironolactone entraînerait la nécessité d'arrêter le traitement plusieurs semaines avant de pouvoir refaire les tests. Une note de rappel à ce sujet a donc été ajoutée au PMN sur la page des inhibiteurs des minéralocorticoïdes et antagonistes des récepteurs de l'aldostérone.



Cette classe pourrait être ajoutée par un prescripteur lorsque la combinaison d'un IECA ou d'un ARA, d'un diurétique et d'un BCC ne suffit pas pour atteindre les cibles thérapeutiques. Des analyses de laboratoire pour la rénine et l'aldostérone devraient être envisagées avant l'amorce de cette classe de médicaments.

L'ordre d'apparition des différentes classes dans le PMN a également été revu pour mieux correspondre à la hiérarchie recommandée dans les lignes directrices, soit :

- 1) les IECA et les ARA;
- 2) les diurétiques thiazidiques et apparentés;
- 3) les bloqueurs des canaux calciques;
- 4) les inhibiteurs des minéralocorticoïdes ou antagonistes des récepteurs de l'aldostérone.

2.1.7.3 Ajustement de la médication antihypertensive

Les aspects à prendre en considération pour choisir la médication antihypertensive à prescrire sont décrits plus en détail à la [section 2.3.3](#). La plupart des documents retenus recommandent d'amorcer le traitement pharmacologique chez les adultes hypertendus avec une combinaison de deux classes de médicaments (Goupil *et al.*, 2025; Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023). Selon les parties prenantes consultées, cette approche est également celle à préconiser au Québec et promue par la SQHA (2026). Ainsi, dans la majorité des cas, un ajustement de plusieurs médicaments ou l'ajout d'un médicament sera nécessaire dans le cadre du PMN. Dans ce contexte, la prise de médication une seule fois par jour et l'utilisation de pilules uniques combinées permettraient d'améliorer l'adhésion au traitement (Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023). Puisque les médicaments disponibles en monocomprimés sont souvent à un prix comparable à celui des deux comprimés séparés (voir le [tableau B-1](#)), il n'y aurait probablement pas un grand impact économique lié à cette mesure.

Lorsque la pression artérielle demeure au-dessus de la cible fixée malgré un traitement par association d'un IECA ou d'un ARA et d'un diurétique thiazidique ou de type thiazidique aux doses maximales tolérées, il convient d'ajouter un bloqueur des canaux calciques dihydropyridinique à longue durée titré à la plus haute dose tolérée (Goupil *et al.*, 2025; Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023). Les personnes chez qui la triple thérapie à des doses maximales tolérées est insuffisante devraient être évaluées pour confirmer une hypertension résistante avant l'ajout de la spironolactone (Goupil *et al.*, 2025; ESH, 2023; NICE, 2023b).

Hypertension Canada (Goupil *et al.*, 2025) fournit des modalités d'ajustement divisées en quatre étapes :

- 1) 150/12,5 mg par jour d'irbésartan/HCTZ (½ comprimé d'irbésartan/HCTZ 300/25 mg);
- 2) 300/25 mg par jour d'irbésartan/HCTZ (1 comprimé combiné);
- 3) Ajout de l'amlodipine à 5 mg par jour et ajustement au besoin à 10 mg par jour;
- 4) Ajout de la spironolactone à 12,5 mg par jour et ajustement à 25 mg au besoin, ou orientation vers un spécialiste ou les deux.

L'intervalle auquel les ajustements devraient être effectués n'est toutefois pas mentionné dans les documents retenus, mais Hypertension Canada (Goupil *et al.*, 2025) recommande des suivis à intervalle d'un à trois mois tant que les cibles ne sont pas atteintes. La SQHA (2026) fournit davantage d'information sur les paliers d'ajustement des divers médicaments pour chacune des classes thérapeutiques et l'intervalle recommandé pour les ajustements est de quatre semaines.

Selon les parties prenantes consultées, la mise à jour du protocole devrait refléter adéquatement le changement de pratique apporté par les nouvelles recommandations des sociétés savantes. Ainsi, une approche qui combine deux classes de médicaments, si possible administrés en monocomprimé, devrait être mise de l'avant. Les cliniciens consultés ont également souligné l'importance d'éviter l'inertie thérapeutique et jugeaient que les cibles thérapeutiques devraient être atteintes dans les trois à six mois qui suivent l'amorce du traitement.

Par ailleurs, les parties prenantes ont aussi mentionné qu'il est important de préciser que la décision d'ajuster ou non la médication devrait s'appuyer sur une moyenne de plusieurs mesures et non sur une seule mesure prise au moment du suivi. Cela est particulièrement important si une personne a un diagnostic d'hypertension de la blouse blanche ou d'hypertension masquée.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – PRINCIPES GÉNÉRAUX DE L'AJUSTEMENT

! Ne se substituent pas au jugement du clinicien.

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que l'ajustement devrait être effectué en tenant compte des éléments suivants :

- ▶ Les associations de médicaments en monocomprimé devraient être privilégiées.
- ▶ Les ajustements ou les ajouts de médicaments, combinés à l'adoption de saines habitudes de vie, visent l'atteinte des cibles dans un délai de 3 à 6 mois.
- ▶ Le régime posologique des médicaments antihypertenseurs devrait être ajusté graduellement pour éviter les hypotensions et les effets indésirables (voir les sections 3.2.1 à 3.2.5 [du protocole médical national]).

- ▶ Si la cible de pression artérielle n'est pas atteinte au moment du suivi, ajuster **la médication prescrite** selon les modalités d'ajustement de la médication présentées aux sections 3.2.1 à 3.2.5 [du protocole médical national]. La décision d'ajuster la médication antihypertensive devrait s'appuyer sur une moyenne de plusieurs mesures, par exemple :
 - trois mesures prises à intervalles d'une minute;
 - les automesures prises quotidiennement matin et soir durant sept jours.
-  En présence d'hypertension de la blouse blanche ou d'hypertension masquée, privilégier les automesures de la pression artérielle.
- ▶ En cas d'intolérance ou d'hypotension après une augmentation de dose, revenir au palier d'ajustement précédent et, le cas échéant,
 - ajouter un autre médicament si déjà prévu sur l'ordonnance individuelle
 - consulter un prescripteur
- ▶ Le choix du médicament antihypertenseur à ajouter se fait selon des considérations cliniques relatives à la personne et selon son mécanisme d'action (afin qu'il soit différent de celui des antihypertenseurs déjà administrés).

Les tableaux d'ajustement posologique ont également été revus afin de mieux traduire l'approche de thérapie combinée maintenant privilégiée. Selon les parties prenantes consultées, les tableaux de la version de 2020 du protocole qui présentaient une succession de doses séparées par des flèches (p. ex. 4 → 8 → 12 → 16 mg PO die) laissaient croire que celles-ci représentaient des paliers obligatoires. Dans cet exemple, trois ajustements devraient être effectués avant d'ajouter un autre médicament, ce qui contribuerait selon les cliniciens consultés à une inertie thérapeutique en prolongeant le délai d'atteinte des cibles. Selon leur expérience clinique, l'augmentation de la dose d'un médicament donné n'aurait qu'un effet mineur sur la réduction de la pression artérielle comparativement à l'ajout d'une autre classe de médicaments. Une étude publiée dans *The Lancet* (Wang *et al.*, 2025) propose d'ailleurs un outil en ligne¹ qui permet de constater cet effet. Au lieu de présenter des paliers d'ajustement pour chacun des médicaments, une colonne qui contient des directives sur la façon d'ajuster le traitement a été ajoutée et permet d'encourager le passage d'une monothérapie vers une bithérapie, puis vers une trithérapie et finalement vers l'ajout de la spironolactone en quatrième ligne de traitement. Cette approche est en phase avec les recommandations d'Hypertension Canada (Goupil *et al.*, 2025) présentées précédemment où la dose d'une combinaison de médicaments est doublée une fois avant de passer à l'introduction d'un troisième médicament et ainsi de suite.

Pour mieux refléter la préférence pour les monocomprimés, les médicaments disponibles en combinaisons à doses fixes ont été placés en début de tableau pour chacune des classes incluses dans le protocole.

¹ <https://www.bpmodel.org/>

Les doses de départ habituelles ont été fournies à titre indicatif, mais celles-ci dépendront du choix du prescripteur sur l'ordonnance individuelle. La première ou les deux premières doses présentées dans les tableaux de la version de 2020 du protocole ont été utilisées à cette fin. Les doses maximales proposées dans les tableaux peuvent être inférieures aux doses maximales recommandées dans les monographies de chaque médicament. Celles-ci n'ont pas été modifiées comparativement à la version de 2020 du protocole et correspondent aux doses proposées par la SQHA (2026) pour la prise en charge de l'hypertension chez l'adulte. L'utilisation de doses maximales plus faibles que celles indiquées dans les monographies vise à limiter l'inertie thérapeutique et à mener plus rapidement à une combinaison de médicaments comme promu dans les nouvelles lignes directrices (Goupil *et al.*, 2025). L'intervalle d'ajustement de trois à quatre semaines proposé dans la version de 2020 du PMN a été jugé adéquat et conservé pour la mise à jour. Selon les parties prenantes consultées et en accord avec les lignes directrices d'Hypertension Canada (Goupil *et al.*, 2025), les doses et les modalités d'ajustement proposées devraient convenir à la majorité des personnes hypertendues et limiter l'inertie thérapeutique. Toutefois, celles-ci pourraient être adaptées dans certaines situations comme en cas de fragilité. Une note à ce sujet a donc été ajoutée aux tableaux.

Par souci de concision, seules les directives sur les modalités d'ajustement à inclure au PMN sont présentées dans l'encadré ci-après. On peut consulter le [protocole médical national](#) pour voir l'ensemble des modifications apportées aux tableaux. De plus, pour faciliter le choix des doses à prescrire pour l'ajustement, les teneurs ou formats de médicaments couramment utilisés en hypertension sont présentés en annexe du protocole (voir [l'annexe A](#)).

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – AJUSTEMENT DE LA MÉDICATION ANTIHYPERTENSIVE

! Ne se substituent pas au jugement du clinicien.

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de conclure que l'ajustement de la médication antihypertensive devrait être effectué comme suit :

Combinaisons à doses fixes

Étape 1 : Doubler simultanément la dose de chacune des composantes de la combinaison sans dépasser la dose maximale.

Pour la combinaison telmisartan/amlodipine ou périndopril arginine/amlodipine

Si œdème périphérique, doubler seulement le telmisartan ou le périndopril.

Si hyperkaliémie, doubler seulement l'amlodipine.

Étape 2 : Si prévu à l'ordonnance individuelle, ajouter un médicament d'une autre classe et l'ajuster **OU** contacter un prescripteur.

Médicaments simples

En monothérapie

Étape 1 : Si prévu à l'ordonnance individuelle, ajouter un médicament d'une autre classe **OU** contacter un prescripteur.

Étape 2 : Doubler simultanément la dose de chacune des composantes du traitement sans dépasser la dose maximale.

En polythérapie

Étape 1 : Doubler simultanément chacune des composantes du traitement sans dépasser la dose maximale.

Étape 2 : Si prévu à l'ordonnance individuelle, ajouter un médicament d'une autre classe et l'ajuster **OU** contacter un prescripteur.

2.1.7.4 Impact environnemental des antihypertenseurs

La revue narrative a permis de repérer le *Guide sur l'impact environnemental des médicaments* (Bouchard *et al.*, 2025). Ce document produit par des étudiantes en pharmacie de l'Université Laval fournit une synthèse de l'impact environnemental des médicaments selon quatre critères principaux : la persistance du médicament dans l'environnement, la bioaccumulation (soit l'accumulation du médicament dans les organismes vivants), la toxicité du médicament et le risque (qui est évalué selon le niveau de dangerosité estimé du médicament). Pour ce faire, les auteures ont effectué une revue de littérature qui inclut entre autres des études comparatives, la consultation du site Web suédois *Janusinfo region Stockholm*² et la liste de surveillance européenne

² <https://janusinfo.se/beslutsstod/lakemedelochmiljo/pharmaceuticalsandenvironment.4.7b57ecc216251fae47487d9a.html>

des polluants chimiques des eaux de surface et des écosystèmes³. Un système de pointage a été élaboré pour générer un score à partir duquel les auteures ont classé en sept catégories l'impact environnemental des différents médicaments évalués. Les principales limites rapportées par les auteures sont que l'information utilisée provient en grande partie de la Suède, ce qui pourrait restreindre l'extrapolation au contexte canadien, et qu'aucune donnée n'était disponible pour un grand nombre de médicaments (Bouchard *et al.*, 2025). Néanmoins, il a été convenu avec les parties prenantes consultées qu'il serait souhaitable de fournir de l'information générale sur l'impact environnemental potentiel des médicaments prescrits pour favoriser la prise de conscience et permettre d'orienter le choix lorsque deux médicaments équivalents sur le plan clinique sont envisagés. Pour simplifier le contenu, il a été jugé préférable de n'inclure que l'information pour les médicaments qui ont l'impact environnemental catégorisé comme faible ou élevé (Bouchard *et al.*, 2025). De plus, étant donné l'incertitude associée à l'évaluation, il a été convenu de parler d'un impact environnemental « potentiellement » plus faible ou plus élevé. Parmi les antihypertenseurs évalués dans le guide, l'information présentée au [tableau 3](#) a été incluse au PMN.

Tableau 3 Classification de l'impact environnemental des antihypertenseurs inclus dans le PMN

Impact environnemental	Potentiellement plus faible 	Potentiellement plus élevé 
Classe	Médicaments	
ARA	▪ Candésartan ▪ Losartan ▪ Valsartan	▪ s. o.
BCC	▪ Amlodipine	▪ Félodipine
Diurétiques thiazidiques et apparentés	▪ HCTZ	▪ s. o.
IECA	▪ Énalapril ▪ Lisinopril	▪ s. o.

ARA : antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II; BCC : bloquants des canaux calciques; IECA : inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine; PMN : protocole médical national ; s. o. : sans objet.

³ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32025D0439>

2.1.7.5 Effets indésirables, contre-indications et précautions de la médication antihypertensive

Quelques effets indésirables associés au traitement antihypertenseur sont rapportés dans les documents retenus, dont un faible risque d'hypotension, de syncope, de chutes avec blessures, d'anomalies électrolytiques, de lésions rénales aiguës ou d'insuffisance rénale aiguë (Goupil *et al.*, 2025). Les femmes rapporteraient davantage d'effets indésirables que les hommes malgré le fait qu'elles prennent moins de médicaments, et auraient 50 % plus de risque d'expérimenter des effets indésirables que les hommes (ESH, 2023). Par exemple, celles qui prennent des diurétiques seraient plus sujettes à l'hypokaliémie et à l'hyponatrémie, mais moins à la goutte. Une plus grande incidence de toux induite par les IECA et d'œdème des chevilles induit par les bloqueurs de canaux calciques aurait également été observée chez les femmes (ESH, 2023). Les effets indésirables sont une cause majeure de non-observance ou d'arrêt de traitement (ESH, 2023).

Les diurétiques et les bêtabloqueurs, sauf le nébivolol, seraient plus communément associés à la dysfonction érectile chez les hommes alors que les bêtabloqueurs seraient aussi associés à une détérioration des fonctions sexuelles chez les femmes (Jones *et al.*, 2025). L'ensemble des documents retenus soulignent que la médication antihypertensive peut causer des troubles électrolytiques en sodium et en potassium ainsi que des anomalies liées à la créatinine (Goupil *et al.*, 2025; Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023; NICE, 2023b).

Hypertension Canada souligne aussi qu'une plus grande incidence de vertige a été observée avec les associations en monocomprimé qu'avec la monothérapie et qu'il est plus difficile d'identifier le médicament responsable des effets indésirables lorsqu'ils sont combinés dans un seul comprimé (Goupil *et al.*, 2025).

Des effets indésirables peuvent également survenir en cas d'arrêt subit du traitement et varient selon la classe de médicaments (ESH, 2023).

En ce qui concerne les contre-indications, les documents retenus mentionnent que la combinaison de médicaments qui agissent sur le système rénine-angiotensine (IECA, ARA et inhibiteurs de la rénine) n'est pas recommandée pour le traitement de l'hypertension en raison des risques d'effets indésirables associés (Goupil *et al.*, 2025; Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023; NICE, 2023b).

La révision des monographies des médicaments de chacune des classes, de l'information diffusée par la SQHA (2026) et la consultation des parties prenantes ont mené à quelques modifications des tableaux qui présentent les contre-indications, les précautions et les principaux effets indésirables qui étaient présents dans la version de 2020 du PMN et à l'ajout du tableau pour les inhibiteurs des minéralocorticoïdes et antagonistes des récepteurs de l'aldostérone.

Pour les ARA et les IECA, la contre-indication pour les personnes avec une sténose bilatérale des artères rénales ou une sténose unilatérale sur un rein unique a été déplacée dans les précautions. Cette condition se trouve généralement dans la section

Mises en garde et précautions des monographies, sauf dans le cas du trandolapril (Apotex Inc., 2019) où elle est mentionnée dans les contre-indications. Selon l'expérience clinique des parties prenantes consultées, les essais cliniques n'ont révélé aucun effet qui justifierait d'emblée de ne pas administrer ces médicaments aux personnes avec une sténose. Il faudrait toutefois faire preuve d'une plus grande vigilance pour repérer les effets indésirables du traitement. Les monographies mentionnent également une contre-indication liée à l'administration concomitante avec un inhibiteur direct de la rénine. Celle-ci a toutefois été retirée dans la mise à jour du PMN puisque le seul médicament de cette classe, l'aliskirène, n'est plus commercialisé au Canada⁴.

Pour les BCC, l'information relative aux médicaments de la classe des BCC non dihydropyridiniques a été retirée et une précaution pour les personnes avec insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite – inférieure à 40 % – pour la nifédipine a été ajoutée (Bayer Inc., 2023).

2.1.8 Information à transmettre

Les documents retenus abordent peu l'information pertinente à transmettre aux personnes qui suivent un traitement antihypertenseur. Hypertension Canada recommande d'informer les hommes qui prennent de la spironolactone des risques de gynécomastie causés par les effets antiandrogéniques du médicament (Goupil *et al.*, 2025). Le NICE (2023b) propose d'offrir un accompagnement pour l'adoption d'un style de vie sain et de fournir du matériel audiovisuel en soutien. Il ajoute que les personnes devraient également être dirigées vers des ressources locales par des professionnels de la santé ou des groupes de soutien de patients. Pour les personnes qui choisissent de suivre leur pression artérielle à la maison, une formation et des conseils pour l'utilisation des appareils devraient être offerts avec de l'information sur la marche à suivre lorsque les cibles ne sont pas atteintes (NICE, 2023b). Une discussion sur les préférences de traitement, les risques et les bénéfices du traitement antihypertenseur et les risques cardiovasculaires est encouragée afin d'impliquer la personne dans sa thérapie (ESH, 2023; NICE, 2023b). Les mesures de pression artérielle prises en cabinet devraient être fournies à la personne verbalement et par écrit (Jones *et al.*, 2025).

Les consultations effectuées auprès de 13 personnes qui suivent un traitement antihypertenseur ont permis d'explorer l'information que ces personnes auraient aimé recevoir durant la prise en charge de leur hypertension ou qu'elles jugent importante. L'information qui devrait être transmise plus particulièrement au moment du diagnostic ou de l'amorce du traitement sera abordée à la [section 2.3.4](#). L'information la plus importante selon les personnes consultées vise à répondre à quatre grandes questions.

⁴ <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/base-donnees-produits-pharmaceutiques.html>

Pourquoi traiter et quel est l'objectif du traitement?

Les participants auraient aimé être davantage informés des conséquences d'une tension artérielle élevée qui n'est pas traitée, comme les risques d'infarctus ou d'accident vasculaire cérébral. Selon eux, cette information pourrait aider à l'observance du traitement. De plus, peu de participants connaissaient la cible visée par leur traitement.

Quelles sont les causes de l'hypertension artérielle et qu'est-ce qui peut être fait pour l'améliorer sans médicaments?

Davantage d'information sur les facteurs de risque qui peuvent mener à l'hypertension, particulièrement ceux sur lesquels il est possible d'agir, était souhaitée. Plusieurs personnes consultées n'avaient eu aucune information ou n'avaient obtenu que de l'information générique (sans évaluation personnalisée) sur l'importance d'adopter de saines habitudes de vie.

Quelle est la médication reçue et quels sont les effets indésirables qu'elle provoque?

Un manque d'information a été constaté sur la médication reçue et les effets indésirables qu'elle peut entraîner, y compris les effets sur la fonction sexuelle qui seraient peu abordés. Plusieurs personnes voulaient être davantage impliquées dans le choix de leur médication en prenant en considération les effets indésirables potentiels qui seraient les plus acceptables pour elles.

Quelles sont les actions à entreprendre pour le suivi de l'hypertension artérielle?

La majorité des personnes consultées ont exprimé le besoin d'obtenir des trousseaux d'information claire et plus complète sur la prise en charge de leur hypertension qui pourrait être sous différents formats. Les méthodes de mesures de la tension artérielle à domicile ainsi que la fréquence, le moment et l'interprétation des résultats faisaient partie de l'information souhaitée. De plus, plusieurs personnes auraient aimé être mieux encadrées sur la façon de gérer les occurrences d'hypotension ou d'autres symptômes, de même que les oublis de doses.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – Information à transmettre

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de conclure que l'information clinique qui suit devrait être incluse au PMN.

Objectifs de traitement

- Rappeler à la personne la cible de pression artérielle et au besoin :
 - lui fournir cette cible [par écrit](#);
 - lui expliquer la conduite à tenir en cas d'hypotension.
- Discuter périodiquement des complications cardiovasculaires ou cérébrovasculaires

possibles de l'hypertension artérielle si celle-ci est non traitée adéquatement

Facteurs de risque et habitudes de vie

- Discuter avec la personne des facteurs de risque modifiables
- Orienter la personne vers des ressources d'information sur les saines habitudes de vie, par exemple :
 - [Conseil et prévention - Saines habitudes de vie \(Gouvernement du Québec\)](#)
 - [Vivez sainement \(Cœur + AVC\)](#)
 - [Guide alimentaire canadien](#)
 - [Mon guide nutritionnel pour prévenir et traiter l'hypertension artérielle \(SQHA\)](#)
 - [Alcochoix+ | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#)
 - [Québec sans tabac -J'ARRÊTE](#)

Médication

- Rappeler l'importance de l'observance de la médication et de la persistance
 - au besoin, suggérer des méthodes favorisant l'observance (p. ex. : pilulier, alarmes, modification du moment de prise);
 - informer la personne ou lui rappeler la conduite à tenir en cas d'oubli du médicament (p. ex. : prendre la dose si moins de la moitié de l'intervalle entre les doses s'est écoulé, sinon omettre cette dose et attendre la prochaine). Ne jamais doubler la dose.
- Discuter des avantages et des risques de la médication
 - discuter des facteurs qui ont motivé le choix d'un médicament plutôt qu'un autre, si connus et disponibles.
 - rappeler à la personne de demeurer attentive aux effets indésirables et de consulter un professionnel de la santé au besoin.
- Informer la personne sur les possibilités d'interaction entre la médication antihypertensive et d'autres médicaments, des produits de santé naturels ou des constituants alimentaires (p. ex. pamplemousse ou son jus en grande quantité).

Suivi

Pour les personnes qui suivent leur pression artérielle à la maison, rappeler les directives pour la mesure adéquate et présenter des sources d'information disponibles :

- [Mesurer sa pression artérielle à domicile](#) (SQHA)
 - [Comprendre et mesurer votre pression artérielle](#) (Hypertension Canada)
 - [Comment mesurer ma pression artérielle à la maison?](#) (Cœur + AVC)
- Des dépliants qui peuvent être imprimés et remis aux patients sont également fournis sur la [page Web de la SQHA](#).

2.1.9 Modalités de suivi

Pour les personnes qui suivent un traitement antihypertenseur et dont les cibles thérapeutiques ne sont pas atteintes, deux des documents retenus recommandent des suivis mensuels durant la phase d'ajustement et jusqu'à l'atteinte des cibles (Goupil *et al.*, 2025; Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023). Hypertension Canada (Goupil *et al.*, 2025) recommande d'effectuer un suivi tous les 1 à 3 mois après le début de la médication jusqu'à l'atteinte de la cible thérapeutique. Les suivis peuvent ensuite être espacés tous les 6 à 12 mois ou annuellement selon si la personne a une hypertension facile ou difficile à contrôler (Goupil *et al.*, 2025; Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023). Le NICE (2023b) recommande un suivi annuel afin de mesurer la pression artérielle et de réviser les habitudes de vie, les symptômes et la médication.

L'ACC/AHA (Jones *et al.*, 2025) recommande l'utilisation des mesures de pression artérielle à la maison pour effectuer l'ajustement de la médication et le suivi des personnes hypertendues combinée à d'autres interventions comme les conseils aux patients, la télémédecine et les interventions cliniques. Idéalement, des appareils automatiques pour mesurer la pression à la maison avec stockage et possibilité de transfert asynchrone des données devraient être favorisés (ESH, 2023). L'utilisation des appareils sans brassard n'est pas recommandée (Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023). Les suivis devraient inclure une évaluation des dommages aux organes causés par l'hypertension plus fréquemment chez les personnes avec une histoire d'atteinte organique ou à plus long intervalle (p. ex. tous les trois ans) chez celles sans histoire connue (ESH, 2023). L'utilisation des technologies de l'information et de la télémédecine est encouragée pour améliorer les suivis et favoriser l'adhésion thérapeutique (Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023).

Les parties prenantes consultées étaient en accord avec le fait d'effectuer des suivis plus rapprochés jusqu'à l'atteinte des cibles de pression artérielle dont l'intervalle devrait être harmonisé avec l'intervalle d'ajustement de la médication. Des suivis plus espacés, tous les 6 à 12 mois, pourraient être prévus une fois que la cible de pression est atteinte et stable pour au moins 2 suivis. Le professionnel ou la professionnelle de la santé qui applique le protocole devra également prévoir les suivis de la pression artérielle à la maison ou en milieu ambulatoire, au besoin. La possibilité de réaliser certains rendez-vous de suivi à distance devrait aussi être envisagée. D'ailleurs, les personnes qui suivent un traitement antihypertenseur ont affirmé préférer cette modalité de suivi. Finalement, il est important d'assurer que les résultats d'analyses de laboratoire demandées seront lus dès leur réception.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – SUIVI

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de conclure que les modalités de suivi devraient prendre en considération les éléments qui suivent.

- ▶ Prévoir les modalités de la prochaine rencontre de suivi.
 - Effectuer le suivi selon la fréquence indiquée par le prescripteur ou :
 - toutes les 3 à 4 semaines jusqu'à l'atteinte des valeurs cibles de pression artérielle ou jusqu'à l'apparition d'une limite au protocole.
 - considérer un suivi tous les 6 à 12 mois, selon le jugement clinique, pour surveiller l'observance à la médication, le maintien de la pression artérielle égale ou inférieure aux valeurs cibles; l'apparition d'effets indésirables à la médication et l'adoption de saines habitudes de vie selon les objectifs de la personne une fois les valeurs cibles atteintes à deux suivis consécutifs.
 - Prévoir le suivi de la pression artérielle en milieu ambulatorio (p. ex. à la pharmacie) ou à la maison, s'il y a lieu.
 - Évaluer la pertinence d'effectuer certains suivis à distance (téléphone, rencontre virtuelle), par exemple lorsque la pression est surveillée en milieu ambulatorio ou à la maison.
 - Assurer la lecture des résultats d'analyses de laboratoire demandées, s'il y a lieu, dès leur réception.



2.1.9.1 Impact environnemental des modalités de suivi

La promotion de l'autogestion de l'hypertension artérielle et des soins virtuels figure parmi les actions préconisées par le groupe CASCADES - Créer un système de santé canadien durable face à la crise climatique (CASCADES; Park et Miller, 2025).

L'autosurveillance de la tension artérielle par les personnes qui suivent un traitement antihypertenseur, comme le promeut le protocole, pourrait permettre une meilleure adhérence au traitement (Jones *et al.*, 2025; Mancia *et al.*, 2023) qui entraînerait une réduction des coûts des soins de santé et de l'impact environnemental (CASCADES).

Le protocole encourage également un suivi à distance lorsque c'est possible comme recommandé par l'ACC/AHA (Jones *et al.*, 2025) et l'ESH (Mancia *et al.*, 2023). Cette mesure pourrait permettre, selon la trousse produite par CASCADES, de réduire l'empreinte carbone de 4,824 kg CO₂ pour une visite en personne à 0,994 kg CO₂ pour une visite virtuelle (CASCADES). L'économie par visite de 3,83 kg CO₂ serait équivalente à l'économie de 1,7 litre d'essence selon le *Calculateur des équivalences des émissions de gaz à effet de serre*⁵ de Ressources naturelles Canada. Ce chiffre peut paraître petit,

⁵ https://oee.nrcan.gc.ca/organisme/statistiques/bnce/apd/calculateur/calculateur-ges.cfm#input_frame

mais étant donné le nombre de suivis et le nombre de personnes atteintes d'hypertension au Québec, l'impact pourrait être non négligeable.

2.1.10 Limites du PMN

Selon les documents retenus, les situations qui devraient mener à des investigations supplémentaires sont :

- l'hypertension sévère – pression de 180/120 mm Hg ou plus (Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023; NICE, 2023b);
- une apparition soudaine ou une aggravation de l'hypertension alors que la pression était auparavant normale (ESH, 2023);
- la présence de signes ou de symptômes d'atteinte des organes cibles (ESH, 2023; NICE, 2023b);
- un déclin du DFGe qui se maintient > 30 % (Jones *et al.*, 2025).

Selon le NICE (2023b), une orientation de la personne vers un spécialiste le jour même ou vers l'urgence devrait être envisagée en présence d'une hypertension sévère et :

- d'une hémorragie rétinienne ou d'un papillœdème;
- de symptômes qui portent atteinte à la vie – confusion d'apparition nouvelle, douleur thoracique, insuffisance cardiaque ou insuffisance rénale aigüe.

Une évaluation en spécialité devrait être réalisée le jour même lorsqu'un phéochromocytome est suspecté, soit en présence d'hypotension posturale, d'une céphalée, de palpitations, de pâleur, de douleur abdominale ou de diaphorèse (NICE, 2023b).

Les limites du PMN ont été révisées avec les parties prenantes consultées durant les travaux pour tenir compte des modifications apportées pour cette mise à jour. Étant donné que le protocole prévoit au maximum un ou deux ajustements de dose pour un médicament donné avant de contacter un prescripteur ou d'ajouter un médicament, la limite au protocole pour l'atteinte des cibles thérapeutiques a été ajustée à six mois pour donner le temps d'effectuer ces ajustements. Puisqu'une augmentation de 30 % de la créatinine est tolérée (voir la [section 2.1.7.4](#)) avec les IECA et les ARA, ce nouveau pourcentage a été conservé dans les limites du protocole.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – LIMITES OU SITUATIONS QUI EXIGENT DE CONSULTER UN PRESCRIPTEUR

! Ne se substituent pas au jugement du clinicien.

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que les situations qui suivent devraient mener à une consultation avec un médecin, une infirmière praticienne spécialisée ou un prescripteur.

- ▶ Intolérance à la médication.
- ▶ Apparition d'une contre-indication à l'application du PMN ou à la médication antihypertensive en cours de traitement;
 - En cas d'apparition d'une urgence hypertensive, diriger la personne vers les services d'urgence pour une prise en charge immédiate.
- ▶ Cibles de pression artérielle non atteintes après six mois d'ajustement du traitement.
- ▶ Cibles de pression artérielle non atteintes avec la dose maximale prescrite, inscrite au PMN, ou tolérée.
- ▶ Augmentation de plus de 30 % de la créatinine après l'introduction ou l'ajustement d'un antihypertenseur.
- ▶ Résultat d'analyse de laboratoire en dehors de l'écart des valeurs normales.
- ▶ Hypotension orthostatique symptomatique qui empêche l'ajustement de la médication antihypertensive pour l'atteinte de la cible.
- ▶ Inobservance à la médication régulièrement constatée.

2.2 Ordonnance collective

En 2024, une ordonnance collective a été produite dans le but de faciliter la prescription d'analyses de laboratoire en vue d'un renouvellement d'ordonnance individuelle de médicaments pour les personnes qui ne seraient pas inscrites auprès d'un médecin ou d'une infirmière praticienne spécialisée. L'ordonnance collective visait les personnes dont l'ordonnance individuelle pour leur médication antihypertensive est échue depuis moins de six mois ou celles dont l'ordonnance n'inclut pas l'ajustement de la médication et qui arrive à échéance dans moins de trois mois.

Avec la mise à jour, il était souhaité d'élargir la portée de l'ordonnance collective à toutes les personnes dont l'ordonnance individuelle n'inclut pas l'ajustement de la médication pour faciliter le suivi des personnes traitées en effectuant les analyses de laboratoire nécessaires selon les fréquences déjà recommandées dans le PMN. La restriction de l'échéance dans moins de trois mois a donc été retirée. Cette modification devrait également faciliter les demandes d'analyses requises avant un rendez-vous avec un prescripteur pour un ajustement de médication si celles-ci n'ont pas déjà été prévues.

L'indication qui couvre les personnes dont l'ordonnance individuelle est échue depuis moins de six mois a été conservée telle quelle.

La mise à jour actuelle de l'ordonnance collective a également permis d'harmoniser les différentes sections avec l'information mise à jour du protocole médical national. Ainsi, la situation clinique (voir la [section 2.1.2](#)), les contre-indications (voir la [section 2.1.3](#)) et les limites ou situations qui exigent une consultation obligatoire (voir la [section 2.1.10](#)) ont été reprises telles quelles du protocole.

Il est important de rappeler que l'ordonnance collective ne permet pas l'ajustement de la médication antihypertensive selon le PMN, mais seulement la requête d'analyses de laboratoire. L'ajustement de la médication requiert une ordonnance individuelle sur laquelle il est inscrit que l'ajustement peut être effectué selon le PMN de l'INESSS.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – Indications

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de conclure que l'information clinique qui suit devrait être incluse au PMN.

- ▶ Personne de 18 ans ou plus qui suit un traitement antihypertenseur pour le contrôle de l'hypertension artérielle

ET

- ▶ Dont l'ordonnance individuelle de sa médication antihypertensive :
 - n'inclut pas l'ajustement de la médication
- OU**
- est échue depuis moins de 6 mois

2.3 Aide-mémoire sur les saines habitudes de vie et le soutien pharmacologique de l'hypertension artérielle primaire chez l'adulte

Les nouvelles lignes directrices d'Hypertension Canada apportent un changement important dans la pratique clinique, soit l'abaissement du seuil diagnostique de l'hypertension artérielle pour le faire passer à une pression artérielle égale ou supérieure à 130/80 mm Hg pour toute la population, ce qui s'inscrit dans une volonté d'optimiser les soins de première ligne et de réduire les complications cardiovasculaires à l'échelle populationnelle (Goupil *et al.*, 2025). Le seuil diagnostique recommandé antérieurement était plutôt de 140/90 mm Hg ou de 135/85 mm Hg avec l'utilisation d'un dispositif automatisé, sauf pour les personnes diabétiques pour qui le seuil diagnostique était déjà fixé à 130/80 mm Hg (Rabi *et al.*, 2020).

Il faut toutefois rappeler qu'un diagnostic d'hypertension artérielle selon ces nouvelles lignes directrices ne s'accompagne pas systématiquement d'une prescription de médicaments antihypertenseurs. Hypertension Canada met encore l'accent sur

l'importance de l'adoption de saines habitudes de vie pour toutes les personnes hypertendues et ne recommande un traitement pharmacologique que pour les personnes avec une pression artérielle supérieure ou égale à 140/90 mm Hg ou pour les personnes dont la pression artérielle systolique se situe entre 130 et 139 mm Hg et qui présentent un risque de maladie cardiovasculaire élevé (Goupil *et al.*, 2025).

Pour les personnes avec une pression artérielle systolique entre 130 et 139 mm Hg et qui n'ont pas un risque élevé de maladie cardiovasculaire, le traitement repose uniquement sur l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Ces recommandations sont cohérentes avec l'ensemble des documents retenus (Goupil *et al.*, 2025; Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023; NICE, 2023b).

Selon des données issues de la cohorte québécoise CARTaGENE, il est estimé qu'avec l'application des nouvelles lignes directrices d'Hypertension Canada (Goupil *et al.*, 2025), 9,4 % de personnes supplémentaires (nombre absolu) recevront un diagnostic d'hypertension artérielle⁶. Toutefois, comme ce ne sont que les personnes à risque élevé de maladie cardiovasculaire qui devraient recevoir un traitement pharmacologique, il est estimé que seulement une personne nouvellement diagnostiquée sur sept devrait être médicamentée, soit 1,3 % de personnes de plus.

Ces paramètres ont été utilisés comme scénario de base pour estimer l'impact budgétaire (voir le [tableau 4](#)) sur le régime général d'assurance médicaments (RGAM) de l'application des nouvelles lignes directrices d'Hypertension Canada (Goupil *et al.*, 2025).

Tableau 4 Analyse d'impact budgétaire de l'application des nouvelles lignes directrices d'Hypertension Canada

	An 1	An 2	An 3	Total
Impact brut				
Établissement				<i>Non évalué</i>
RGAM	3 250 000 \$	3 270 000 \$	3 290 000 \$	9 810 000 \$
RAMQ				<i>Non évalué</i>
Total	3 250 000 \$	3 270 000 \$	3 290 000 \$	9 810 000 \$
Nombre de personnes*	41 800	42 000	42 300	42 300
Analyses de sensibilité déterministes	Scénario inférieur ^a			5 758 000 \$
	Scénario supérieur ^b			15 119 000 \$

* Cas prévalents. Les personnes couvertes à l'an 1 peuvent aussi compter l'année suivante.

a. Le scénario inférieur est basé sur une proportion plus faible de personnes hypertendues et traitées selon les nouveaux critères (soit 0,92 %), un coût de traitement plus faible (-17 %) et une adhérence imparfaite (85 %).

b. Le scénario supérieur est basé sur une proportion plus élevée de personnes hypertendues et traitées selon les nouveaux critères (soit 1,76 %), un coût de traitement plus élevé (+14 %) et une adhérence parfaite (100 %).

⁶ Dr Rémi Goupil, communication personnelle.

Des scénarios inférieur et supérieur ont également été analysés sur la base de données présentées dans deux articles canadiens publiés à la suite d'une mise à jour similaire des lignes directrices américaines en 2017 (Garies *et al.*, 2019; Goupil *et al.*, 2018). Selon le profil des personnes assurées par le RGAM, environ la moitié sont âgées de 65 ans et plus (RAMQ, 2025), alors que ce groupe d'âge représente environ 22 % de l'ensemble de la population du Québec (ISQ, 2025). Selon les parties prenantes consultées, le scénario inférieur apparaît plus probable que le scénario supérieur étant donné que les nouveaux critères diagnostiques devraient affecter davantage des personnes plus jeunes. Il faut noter que l'analyse sommaire présentée dans le [tableau 4](#) exclut les coûts liés aux honoraires médicaux ainsi que les coûts engendrés par les analyses de laboratoire (voir la [section 2.1.12.2](#)). De plus, ces estimations supposent une application stricte et fidèle des nouvelles lignes directrices d'Hypertension Canada (Goupil *et al.*, 2025). **Si une plus grande proportion de personnes nouvellement diagnostiquées (voire la totalité) se voyait prescrire un traitement pharmacologique, des coûts jusqu'à 6,2 fois plus élevés pourraient être engagés.**

Pour aider à limiter ce risque et soutenir un usage optimal des antihypertenseurs, l'INESSS a donc produit un aide-mémoire pour rappeler les conditions où l'amorce d'un traitement antihypertenseur est recommandée chez l'adulte.

2.3.1 Définition de l'hypertension artérielle

Comme décrit précédemment, la nouvelle définition de l'hypertension artérielle est une pression artérielle supérieure ou égale à 130/80 mm Hg chez tout adulte. Celle-ci doit être mesurée grâce à un appareil automatisé validé dans des conditions idéales (Goupil *et al.*, 2025). Un lien vers l'information sur les méthodes diagnostiques de mesure de la pression artérielle de la SQHA a été ajouté pour fournir plus de détails à ce sujet. De plus, le diagnostic devrait être confirmé hors du bureau du médecin pour exclure l'hypertension causée par la blouse blanche, soit par des mesures répétées prises par la personne elle-même ou par des MAPA.

Les parties prenantes ont souligné que la confirmation du diagnostic à l'aide de mesures répétées de la pression artérielle hors du cabinet n'était pas toujours effectuée et qu'un rappel serait important pour assurer la prise en charge adéquate des personnes hypertendues.

De plus, un rappel des analyses à effectuer au moment du diagnostic a été intégré à cette section. Les analyses de laboratoire recommandées au moment du diagnostic par l'ensemble des documents retenus (Goupil *et al.*, 2025; Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023; NICE, 2023b) sont les suivantes :

- biochimie sanguine (sodium, potassium et créatinine);
- analyse d'urine et rapport albumine/créatinine (RAC) urinaire;
- hémoglobine glyquée (HbA_{1c}) et/ou glycémie à jeun;
- bilan lipidique à jeun.

En ce qui concerne le bilan lipidique, le NICE (2023b) ne recommande toutefois que le cholestérol total et HDL. L'ACC/AHA (Jones *et al.*, 2025) ajoute le compte sanguin complet et le TSH alors que l'ESH (2023) ajoute l'hémoglobine ou l'hématocrite, l'urémie et la calcémie. D'autres analyses de laboratoire pour évaluer les causes secondaires de l'hypertension ou les dommages aux organes causés par l'hypertension sont également proposées (Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023).

Selon les parties prenantes consultées, le RAC urinaire devrait être ajouté comme proposé dans les documents retenus.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – DÉFINITION DE L'HTA

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de conclure que la définition de l'hypertension artérielle incluse dans l'aide-mémoire devrait être formulée comme suit :

Adulte avec une pression artérielle (PA) supérieure ou égale à 130 / 80 mm Hg mesurée à l'aide d'un tensiomètre automatisé validé et dans des conditions idéales. Pour plus de détails, consultez [SQHA – les méthodes diagnostiques de mesure](#).

Le diagnostic devrait avoir été confirmé par des automesures ou par des mesures ambulatoires de la pression artérielle (MAPA).

⚠ Éviter la caféine, le tabac et l'exercice physique 30 minutes avant la mesure de la PA.

Analyses et examens effectués au diagnostic (liste non exhaustive)

- Ions sodium et potassium, créatinine (DFGe), analyse d'urine ou sommaire, rapport albumine/créatinine (RAC) urinaire, glycémie à jeun ou HbA_{1c}, bilan lipidique, électrocardiogramme (ECG).

2.3.2 Approche thérapeutique

Comme décrit précédemment, l'amorce d'un traitement pharmacologique pour toutes les personnes diagnostiquées avec une hypertension artérielle pourrait avoir un impact financier important sur le RGAM. Un rappel des indications pour lesquelles un traitement pharmacologique est recommandé constitue donc un aspect crucial à inclure à l'aide-mémoire.

Selon les documents retenus, le traitement pharmacologique pour les personnes atteintes d'hypertension artérielle devrait être en appui à l'adoption de saines habitudes de vie, lesquelles devraient d'ailleurs être au premier plan de la thérapie. Selon Hypertension Canada et l'ACC/AHA (Goupil *et al.*, 2025; Jones *et al.*, 2025), l'amorce d'un traitement pharmacologique ne devrait survenir que pour les personnes qui ont une pression artérielle > 140/90 mm Hg ou chez les celles qui présentent des risques cardiovasculaires élevés et qui ont une pression artérielle systolique supérieure à 130 mm Hg.

Pour définir le risque cardiovasculaire élevé, les recommandations d'Hypertension Canada (Goupil *et al.*, 2025), du NICE (2023b) et de l'ACC/AHA (Jones *et al.*, 2025) énumèrent les situations qui suivent :

- une maladie cardiovasculaire établie;
- un diabète de type 1 ou de type 2;
- une maladie rénale chronique.

Hypertension Canada propose d'utiliser un score de Framingham sur 10 ans ≥ 20 % pour juger d'un risque cardiovasculaire élevé (Goupil *et al.*, 2025). D'autres outils de calcul et seuils sont toutefois utilisés; le NICE se sert de l'outil QRISK3 (NICE, 2023a, 2023b) et l'ACC/AHA se réfère à l'étude PREVENT (Jones *et al.*, 2025).

De plus, Hypertension Canada ajoute dans les situations qui représentent un facteur de risque cardiovasculaire élevé un âge de 75 ans ou plus (Goupil *et al.*, 2025).

Les parties prenantes consultées ont également soulevé le fait que les personnes d'origine sud-asiatique, africaine, chinoise et hispanique de même que les personnes des Premières Nations étaient également plus susceptibles d'avoir une maladie cardiovasculaire. Les femmes de plus de 40 ans ou ménopausées et les hommes de plus de 40 ans qui ont d'autres facteurs de risque sont également plus susceptibles d'être atteints d'une maladie cardiovasculaire. Ces facteurs n'ont pas été retenus dans ceux qui devraient mener à un traitement de l'hypertension artérielle lorsque la pression systolique est entre 130 et 139 mm Hg par Hypertension Canada (Goupil *et al.*, 2025). Le groupe de travail s'est appuyé sur l'argumentaire de la European Society of Cardiology (ESC) pour ne retenir que les situations pour lesquelles le risque est suffisamment élevé pour justifier un traitement rapide de l'hypertension artérielle, alors que d'autres facteurs comme les complications de grossesse et l'ethnicité pourraient être utilisés pour raffiner l'évaluation du score de risque, mais ne pas mener systématiquement au traitement pharmacologique de la pression artérielle (ESC, 2024).

Durant les rencontres avec le comité consultatif, les cliniciens ont noté que l'évaluation et la prise en charge de l'apnée du sommeil étaient parfois oubliées dans l'appréciation de la condition de santé globale des personnes hypertendues. Un rappel à ce sujet serait donc un élément utile à ajouter à l'aide-mémoire. Selon les parties prenantes consultées, un lien vers un questionnaire fréquemment utilisé pour faire cette évaluation, le STOP-Bang⁷, pourrait faciliter l'adoption de cette pratique. Puisque l'INESSS n'a pas effectué l'évaluation de ce questionnaire ni comparé celui-ci à d'autres outils qui pourraient être accessibles, une note a été ajoutée pour préciser ce fait.

⁷ <http://www.stopbang.ca/translation/pdf/freca.pdf>

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de conclure que l'approche thérapeutique présentée dans l'aide-mémoire devrait inclure les éléments qui suivent.

- 1- La première ligne de traitement est l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie.
 - Alimentation riche en fruits et légumes et faible en sodium, activité physique régulière, réduction de la consommation d'alcool, de nicotine et de drogues récréatives, sommeil adéquat (qualité et quantité), réduction du stress.
 - Durant l'appréciation de la qualité et de la quantité du sommeil, penser à évaluer l'apnée du sommeil, par exemple avec [STOP-Bang](#)¹.
- 2- Un traitement pharmacologique peut être ajouté, si indiqué

Pression artérielle	Risque de MCV élevé	Adoption de saines habitudes de vie	Traitement pharmacologique
≥ 140/90 mm Hg	Avec et sans	✓	✓
Systolique 130 à 139 mm Hg	Avec	✓	✓
Systolique 130 à 139 mm Hg	Sans	✓	✗

MCV : maladie cardiovasculaire

Conditions associées à un risque de MCV élevé

- Âge de 75 ans ou plus
- MCV établie - p. ex. maladie coronarienne, insuffisance cardiaque, fibrillation auriculaire, maladie vasculaire cérébrale, anévrisme
- Diabète de type 1 ou de type 2
- Maladie rénale chronique (DFGe de moins de 60 ml/min/1,73 m² ou rapport albumine/créatinine urinaire de 3 mg/mmol ou plus)
- Score de Framingham* sur 10 ans de 20 % ou plus.

 *L'évaluation du risque cardiovasculaire peut être faite, par exemple, à l'aide de la [Calculatrice RCV](#) de l'INESSS, qui est basée sur le score de Framingham.

¹ L'INESSS n'émet aucun jugement sur la qualité de ce questionnaire.

Les discussions tenues avec les groupes de personnes qui suivent un traitement antihypertenseur ont révélé l'importance que celles-ci accordent à la prise de décision partagée quant au traitement choisi et aux objectifs de soins. Cette information incluse dans les généralités du PMN (voir la [section 2.1.4](#)) a donc été répétée dans l'aide-mémoire.

2.3.3 Traitement pharmacologique

2.3.3.1 Principe de traitement

Un autre changement important apporté par les nouvelles lignes directrices d'Hypertension Canada réside dans le choix de la pharmacothérapie initiale. En 2020, le choix du médicament à utiliser chez une personne nouvellement diagnostiquée était laissé à la discrétion du prescripteur parmi cinq classes pharmacologiques différentes (Rabi *et al.*, 2020). Étant donné qu'il ne nécessite aucun suivi d'analyses de laboratoire, l'amlodipine était souvent l'agent de premier choix. Les nouvelles recommandations consistent toutefois en l'utilisation d'emblée d'une bithérapie à faible dose, idéalement en monocomprimé pour faciliter l'observance, dans toutes les situations (Goupil *et al.*, 2025), une recommandation également partagée par l'ACC/AHA et l'ESH (Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023). Ces nouvelles recommandations s'appuient sur le fait qu'environ 70 % des personnes adultes hypertendues auront besoin de plus d'une classe de médicaments pour réguler leur pression artérielle. La prise d'un demi-comprimé de la combinaison d'irbésartan et d'hydrochlorothiazide chaque jour est privilégiée dans les lignes directrices canadiennes, mais d'autres médicaments pourraient aussi être envisagés (Goupil *et al.*, 2025). Pour la majorité des options, un suivi de laboratoire des ions sodium et potassium et de la créatinine est toutefois recommandé avant l'amorce et deux semaines après l'amorce ou l'augmentation de la dose du médicament (voir la [section 2.1.6](#)). Ainsi, le changement dans le choix de la pharmacothérapie de départ pourrait entraîner des coûts associés à une augmentation du nombre d'analyses de laboratoire pour les personnes qui n'aurait pas utilisé un ARA, un IECA ou un diurétique.

L'usage de deux médicaments au lieu d'un dès l'amorce d'un traitement pourrait également augmenter les coûts selon la combinaison de médicaments choisie. Les coûts des médicaments remboursés par la RAMQ (2026) au 4 mars 2026 sont présentés dans le [tableau B-1](#) de l'annexe B. Dans le cas de la combinaison irbésartan/HCTZ recommandée par Hypertension Canada (Goupil *et al.*, 2025), l'irbésartan seul coûte 0,2281 \$ par comprimé générique de 150 ou 300 mg et l'HCTZ coûte 0,0079 \$ ou 0,0157 \$ par comprimé de 12,5 ou 25 mg alors que le comprimé combiné irbésartan/HCTZ est au même coût ou moins cher que l'irbésartan seul. En revanche, la combinaison losartan/HCTZ entraînerait des coûts supplémentaires comparativement au losartan seul de 0,0157 \$ à 0,0946 \$ par jour de traitement selon que les comprimés sont pris séparément ou en un comprimé combiné, respectivement. Une analyse détaillée des coûts associés à cette recommandation n'a toutefois pas été réalisée et les calculs sommaires présentés ici excluent les frais de grossiste et l'honoraire pharmaceutique. Lorsque ceux-ci sont ajoutés, les combinaisons en monocomprimés pourraient être avantageuses comparativement aux médicaments individuels puisqu'elles permettraient d'éviter un service pharmaceutique. Étant donné que les coûts des médicaments antihypertenseurs sont relativement faibles et que la prise de médication une seule fois par jour ou sous forme de pilules uniques combinées permettrait d'améliorer l'adhésion au traitement (Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023), il est raisonnable de croire que la hausse pourrait être minime et potentiellement contrebalancée par une réduction de la

consommation de soins de santé liée aux complications de l'hypertension artérielle si la combinaison de médicaments assure un contrôle plus rapide de cette condition.

Puisque la plupart des gens sous médication antihypertensive auront besoin de plusieurs molécules pour contrôler leur hypertension, les lignes directrices recommandent de démarrer le traitement d'emblée avec un duo de médicaments. Par ailleurs, l'ajustement à la dose maximale tolérée avec ajout d'un troisième médicament si nécessaire fait également partie des principes généraux du traitement antihypertenseur (Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023).

2.3.3.2 Choix du traitement pharmacologique

Hypertension Canada (Goupil *et al.*, 2025), l'ACC/AHA (Jones *et al.*, 2025) et l'ESH (2023) recommandent d'amorcer un traitement pharmacologique chez les adultes hypertendus qui combine deux classes de médicaments parmi :

- 1) les IECA ou les ARA;
- 2) les diurétiques thiazidiques ou de type thiazidique;
- 3) les BCC dihydropyridiniques à longue durée d'action.

L'ensemble des documents retenus ne recommandent plus les bêtabloquants en première intention de traitement, sauf pour des indications cliniques particulières, par exemple pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque ou d'angine, à la suite d'un infarctus du myocarde ou pour le contrôle de la fréquence ou du rythme cardiaque (Goupil *et al.*, 2025; Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023; NICE, 2023b).

Lorsque la trithérapie ne permet pas un contrôle optimal de la pression artérielle, Hypertension Canada recommande d'ajouter la spironolactone et d'envisager une consultation en médecine spécialisée (Goupil *et al.*, 2025). L'ACC/AHA et l'ESH recommandent également l'ajout de la spironolactone en tant que quatrième agent pour une hypertension résistante non contrôlée (Jones *et al.*, 2025; ESH, 2023). Avant d'amorcer la spironolactone, Hypertension Canada (Goupil *et al.*, 2025) recommande d'effectuer des analyses sanguines de la rénine et de l'aldostérone pour éviter d'avoir à arrêter le traitement durant plusieurs semaines (Jones *et al.*, 2025) si celles-ci étaient requises pour un diagnostic différentiel (p. ex. hyperaldostéronisme primaire). Pour soutenir les prescripteurs dans leur choix, une synthèse de ces recommandations a donc été incluse à l'aide-mémoire.

Comme discuté à la [section 2.1.7](#), l'atteinte de la cible thérapeutique recommandée par Hypertension Canada et l'ACC/AHA (Goupil *et al.*, 2025; Jones *et al.*, 2025) dans un court laps de temps (3 à 6 mois) ainsi que l'utilisation d'une combinaison de plusieurs classes de médicaments visent à contrer l'inertie thérapeutique. Les parties prenantes consultées accordaient beaucoup d'importance à ces aspects qui ont donc été inclus dans l'aide-mémoire.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de conclure que l'approche thérapeutique incluse dans l'aide-mémoire devrait inclure les éléments qui suivent.

Principe de traitement

- Dans la majorité des cas¹, amorcer un traitement combiné de deux classes d'antihypertenseurs.
- Favoriser une combinaison en monocomprimé.
- Ajuster le traitement ou ajouter un médicament toutes les 3 à 4 semaines jusqu'à l'atteinte de la cible.
- Éviter l'inertie thérapeutique et viser l'atteinte de la cible dans les 3 à 6 mois.

Cible : PA systolique inférieure à 130 mm Hg

La cible peut être ajustée dans certaines situations (p. ex. fragilité, risque de chute) selon le jugement clinique.

NOTE : Il n'est pas nécessaire de cibler une valeur de PA diastolique si la cible de PA systolique est atteinte.

Choix du traitement pharmacologique²

1^{re} étape de traitement

Amorcer et optimiser

- Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA)

ET

- Diurétique thiazidique ou apparenté.

2^e étape de traitement

Ajouter et optimiser

- Bloqueurs des canaux calciques dihydropyridiniques (BCC-DHP).

3^e étape de traitement

Ajouter et optimiser

- Spironolactone³

Et/ou orienter la personne en spécialité.



Les β -bloquants ne sont plus recommandés pour le traitement de l'hypertension artérielle non compliquée. Ils pourraient toutefois être utilisés pour les personnes avec des indications particulières (p. ex. angine ou insuffisance cardiaque).

¹ Une monothérapie pourrait être favorisée dans certains cas (p. ex. risque élevé d'hypotension symptomatique)

² Traitements généralement recommandés. Le choix devrait être ajusté selon la situation clinique individuelle.

³ Demander les analyses d'aldostérone et de rénine avant l'amorce de la spironolactone.

2.3.4 Information à transmettre

Outre les éléments discutés précédemment pour le PMN (voir la [section 2.1.8](#)), les personnes qui suivent un traitement antihypertenseur et qui ont été consultées dans le cadre des présents travaux ont exprimé le besoin d'obtenir davantage d'information au moment de recevoir leur diagnostic d'hypertension artérielle. Les principaux éléments pour lesquels davantage d'information était souhaitée et qui pourraient, selon elles, améliorer l'observance thérapeutique concernent :

- les changements qui peuvent être apportés dans les habitudes de vie pour améliorer la pression artérielle;
- les raisons qui motivent le choix d'un médicament plutôt qu'un autre dans leur cas spécifique et l'information pertinente concernant ce médicament;
- les causes qui peuvent expliquer leur hypertension artérielle et les conséquences de cette hypertension;
- les produits de santé naturels et leurs effets bénéfiques ou délétères.

Ces différents aspects ont donc été rappelés dans l'aide-mémoire.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – INFORMATION À TRANSMETTRE

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de conclure que l'information clinique qui suit devrait être incluse dans l'aide-mémoire.

Importance des saines habitudes de vie	▪ Fournir ou rappeler les recommandations sur les saines habitudes de vie. ▪ Expliquer que ces mesures peuvent retarder la prise de médication ou s'y combiner
Choix des antihypertenseurs et effets indésirables	▪ Expliquer brièvement les classes de médicaments et la logique du choix thérapeutique (efficacité, comorbidités, interactions, simplicité du schéma). ▪ Décrire les effets indésirables fréquents et ceux qui nécessitent une consultation
Origine et causes possibles de l'hypertension	▪ Préciser les facteurs propres à la personne (p. ex. hérédité, ménopause, stress, conditions médicales, alimentation, prise de produits naturels)
Conséquences de l'hypertension non maîtrisée	▪ Expliquer de façon simple et directe les risques associés à une hypertension non maîtrisée (p. ex. AVC, infarctus, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque)
Alternatives et compléments non pharmacologiques	▪ Clarifier les risques reliés aux produits de santé naturels (p. ex. interactions possibles, absence ou présence de preuves d'efficacité et d'innocuité).

FORCES ET LIMITES

Les travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse qui comprend une recherche systématique de la littérature scientifique et grise ainsi qu'une évaluation critique des documents pertinents par deux professionnelles scientifiques. La méthodologie de ces travaux comprend également une consultation des parties prenantes engagées dans la prise en charge des personnes hypertendues qui ont besoin d'un traitement pharmacologique antihypertenseur. Le comité consultatif mandaté pour valider les aspects scientifiques et fournir les éléments contextuels ou les perspectives cliniques nécessaires aux travaux était constitué de cliniciens de différentes spécialités et expertises, y compris la médecine familiale, la médecine interne, la cardiologie, la néphrologie, la pharmacie et les soins infirmiers. Ce comité a aussi été invité à apprécier les enjeux d'acceptabilité et d'applicabilité des travaux. Des personnes hypertendues ont été consultées afin de mieux connaître leurs besoins et leurs attentes quant à l'information pertinente à recevoir dans le cadre du suivi de leur hypertension. L'inclusion d'aspects environnementaux et économiques dans l'évaluation a également permis d'approfondir l'appréciation globale effectuée pour ce projet.

Par ailleurs, la validation du rapport par des lecteurs externes (un pharmacien communautaire et une médecin de famille) a permis de vérifier en amont de leur publication la qualité globale des travaux, ainsi que de soulever des enjeux d'applicabilité et d'acceptabilité relatifs aux recommandations contenues dans les outils cliniques. Les lieux de pratique des membres du comité consultatif et des lecteurs externes couvrent les régions sociosanitaires de Montréal, de la Capitale-Nationale et de l'Estrie. De futurs utilisateurs du protocole issus des pratiques infirmière et pharmacienne d'une dizaine de régions sociosanitaires ont également eu l'occasion de commenter la clarté, l'applicabilité et la pertinence des outils cliniques pour leur pratique.

Bien que les travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse, certaines limites doivent toutefois être signalées. Parmi les guides de pratique clinique retenus pour réaliser les travaux, certains ont obtenu un score inférieur à 70 % dans le domaine de la rigueur du processus d'élaboration, selon la grille *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE II). Peu de documents présentaient une évaluation des forces et des limites de la preuve scientifique en appui aux recommandations élaborées et il était parfois difficile d'identifier la preuve directe (p. ex. les études primaires) sur laquelle les recommandations étaient basées. Finalement, durant les travaux, la littérature scientifique ou les normes portant sur les aspects économiques, organisationnels, éthiques, d'implantation et de déploiement n'ont pas été consultées. Bien que l'approche qualitative de consultation des parties prenantes ajoute une dimension essentielle à la démarche d'évaluation, elle comprend toujours une part de biais et de risques associés, et elle demeure incomplète à plusieurs égards. La perspective des associations, fédérations et ordres professionnels, par le biais d'un comité de suivi, n'a également pas été recueillie dans le cadre de ces travaux.

CONSIDÉRATIONS ENTOURANT LA MISE EN ŒUVRE ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX

Afin d'en faciliter l'adoption et l'utilisation, le protocole médical national et l'ordonnance collective associée feront l'objet d'un processus de diffusion établi par l'INESSS pour joindre l'ensemble des cliniciens de première ligne qui pourraient être appelés à procéder à un ajustement de la médication antihypertensive dans le cadre de la prise en charge de l'hypertension artérielle. L'Institut sera également engagé dans certaines activités de transfert des connaissances, y compris, notamment, la mise à jour du tutoriel qui accompagne le protocole. Ce dernier permet de faire un survol de l'utilisation du protocole médical national ainsi que du modèle d'ordonnance collective associé au moyen de quelques cas cliniques. De plus, un aide-mémoire destiné aux prescripteurs a été produit pour faciliter l'adoption des nouvelles lignes directrices et assurer une prescription judicieuse des antihypertenseurs aux populations qui en ont réellement besoin.

La présentation de ces outils lors de congrès pertinents sera envisagée pour en augmenter la diffusion et favoriser leur mise en œuvre. Il sera toutefois important que les outils développés soient repris par les différentes organisations qui participent à la prise en charge des personnes hypertendues ainsi que par les principaux programmes de formation sur le sujet afin d'en assurer la diffusion optimale. L'actualisation des pratiques d'ajustement des antihypertenseurs devrait favoriser une prise en charge optimale des personnes hypertendues, en mettant davantage l'accent sur l'importance d'adopter de saines habitudes de vie en parallèle à la prise de la pharmacothérapie. Par ailleurs, des ajustements ont été apportés pour mieux préciser les situations pour lesquelles une réévaluation du bilan lipidique et de la glycémie est réellement nécessaire. Cette modification devrait permettre de diminuer le nombre de demandes de bilans sanguins à faible valeur ajoutée et favoriser ainsi une utilisation plus judicieuse des tests, ce qui diminuerait l'empreinte environnementale associée ainsi que l'impact sur les ressources du réseau de la santé.

À terme, les changements et l'harmonisation de la pratique qui pourraient découler de ces travaux dépendront toutefois :

- de la diffusion de ces outils;
- de l'adhésion à ces changements et de l'appropriation des recommandations par les professionnels de la santé concernés;
- de l'engagement, notamment, des gestionnaires de groupes de médecine familiale à favoriser l'utilisation de ces outils dans leur milieu;
- de la mise en place de conditions gagnantes favorisant le travail interprofessionnel dans les différents milieux de soins, notamment en première ligne.

MISE À JOUR

La pertinence de mettre à jour le protocole médical national sera évaluée quatre ans après sa publication, soit en 2030, selon l'avancement des données scientifiques, l'introduction de nouvelles molécules, de nouvelles combinaisons de médicaments en monocomprimés ou de nouvelles modalités d'ajustement des antihypertenseurs et les changements dans les besoins du réseau de la santé et des services sociaux. Pour ce faire, une revue exploratoire des positions et des recommandations issues de la littérature sera effectuée afin de vérifier si de nouvelles mises à jour sont disponibles. Les parties prenantes qui ont accompagné les travaux pourraient également être consultées, au besoin, pour vérifier si elles jugent nécessaire d'effectuer une mise à jour des documents et des outils.

RÉFÉRENCES

- Apotex Inc. (2019). *PR*APO-Trandolapril.
- Bayer Inc. (2023, 29 juin 2023). *PR*ADALAT® XL®.
- Beddhu, S., Chertow, G. M., Cheung, A. K., Cushman, W. C., Rahman, M., Greene, T., Wei, G., Campbell, R. C., Conroy, M., Freedman, B. I., Haley, W., Horwitz, E., Kitzman, D., Lash, J., Papademetriou, V., Pisoni, R., Riessen, E., Rosendorff, C., Watnick, S. G., . . . Group, S. R. (2018). Influence of Baseline Diastolic Blood Pressure on Effects of Intensive Compared With Standard Blood Pressure Control. *Circulation*, 137(2), 134-143.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.030848>
- Blais, C., Raymond, É., Jobin, C. et Thériault, H. A. (2025). *Mon guide nutritionnel pour prévenir et traiter l'hypertension artérielle* (publication n° ISBN : 978-2-924436-09-7). https://sqha2.hypertension.qc.ca/wp-content/uploads/2025/08/SQHA_Mon-guide-nutritionnel_2025_fr.pdf
- Bouchard, É., Moffa Randazo, S. et Radjabi, Y. (2025). *Guide sur l'impact environnemental des médicaments*.
https://actionnetwork.org/user_files/user_files/000/124/435/original/guide_sur_l_impact_environnemental_des_medicaments_en_pharmacie_communautaire_version_finale_2.pdf
- CASCADES. Santé planétaire pour les soins primaires.
<https://cascadescanada.ca/fr/ressources/trousse-a-outils-pour-des-soins-primaires-durables/>
- Collège des médecins du Québec. (2017). *Les ordonnances collectives - guide d'exercice*. <https://cms.cmq.org/files/documents/Guides/p-1-2017-05-01-fr-ordonnances-collectives.pdf>
- Garies, S., Hao, S., McBrien, K., Williamson, T., Peng, M., Khan, N. A., Padwal, R. S., Quan, H. et Leung, A. A. (2019). Prevalence of Hypertension, Treatment, and Blood Pressure Targets in Canada Associated With the 2017 American College of Cardiology and American Heart Association Blood Pressure Guidelines. *JAMA Netw Open*, 2(3), e190406. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.0406>
- Goupil, R., Lamarre-Cliche, M. et Vallée, M. (2018). The 2017 American College of Cardiology/American Heart Association vs Hypertension Canada High Blood Pressure Guidelines and Potential Implications. *Can J Cardiol*, 34(5), 665-669.
<https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.01.011>
- Goupil, R., Tsuyuki, R. T., Santesso, N., Terenzi, K. A., Habert, J., Cheng, G., Gysel, S. C., Bruneau, J., Leung, A. A., Campbell, N. R. C., Schiffrin, E. L. et Hundemer, G. L. (2025). Guide de pratique clinique en soins de première ligne d'Hypertension Canada pour le diagnostic et le traitement de l'hypertension artérielle chez les adultes. *Canadian Family Physician*, 71(7-8), e167-e184.
<https://doi.org/10.46747/cfp.710708e167>
- Institut de la statistique du Québec. (2025). *Perspectives démographiques du Québec et de ses régions - scénario de référence*.

<https://statistique.quebec.ca/vitrine/vieillissement/themes/population/pyramide-ages-animee>

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2013, 3 juin). *Inspra^{MC} - Insuffisance cardiaque chronique*.
<https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/medicaments-evaluation-aux-fins-dinscription/extrait-davis-au-ministre/inspra-2103.html>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2025, 2 décembre). *Interventions de cessation tabagique (y compris le vapotage)*.
<https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/strategies-de-cessation-tabagique.html>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2026a). *Hypertension artérielle - Annexes complémentaires*.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2026b). *Protocole médical national - Dépistage du diabète de type 2 et évaluation du risque cardiovasculaire*. <https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/depistage-du-diabete-de-type-2-et-risque-cv.html>
- Institut national de santé publique du Québec. (2025, 29 juillet). *L'Indicateur de santé publique : Prévalence de l'hypertension artérielle*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/indicateur/maladies-chroniques/hypertension-arterielle>
- Jones, D. W., Ferdinand, K. C., Taler, S. J., Johnson, H. M., Shimbo, D., Abdalla, M., Altieri, M. M., Bansal, N., Bello, N. A., Bress, A. P., Carter, J., Cohen, J. B., Collins, K. J., Commodore-Mensah, Y., Davis, L. L., Egan, B., Khan, S. S., Lloyd-Jones, D. M., Melnyk, B. M., . . . Williamson, J. D. (2025). 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 14, 14.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.05.007>
- Mancia, G., Kreutz, R., Brunstrom, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., Muiesan, M. L., Tsioufis, K., Agabiti-Rosei, E., Algharably, E. A. E., Azizi, M., Benetos, A., Borghi, C., Hitij, J. B., Cifkova, R., Coca, A., Cornelissen, V., Cruickshank, J. K., Cunha, P. G., . . . Kjeldsen, S. E. (2023). 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *Journal of Hypertension*, 41(12), 1874-2071.
<https://doi.org/HJH.0000000000003480>
- Mayo Clinic. (2025). *Medications and supplements that can raise your blood pressure*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/high-blood-pressure/in-depth/blood-pressure/art-20045245>
- McEvoy, J. W., McCarthy, C. P., Bruno, R. M., Brouwers, S., Canavan, M. D., Ceconi, C., Christodorescu, R. M., Daskalopoulou, S. S., Ferro, C. J., Gerdts, E., Hanssen,

- H., Harris, J., Lauder, L., McManus, R. J., Molloy, G. J., Rahimi, K., Regitz-Zagrosek, V., Rossi, G. P., Sandset, E. C., . . . Touyz, R. M. (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *European Heart Journal*, 45(38), 3912-4018. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023a). *Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification* (publication n° 978-1-4731-5636-4). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38564551>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023b). Hypertension in adults: diagnosis and management. *National Institute for Health and Care Excellence*, 11, 21. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547161/>
- Organisation mondiale de la santé. (2021). Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. *World Health Organization. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573631/>
- Park, J. Y. et Miller, F. A. (2025) Pharmacie durable, résiliente au changement climatique et à faible émission de carbone version 1.2. 31 p., article. <https://cascadescanada.ca/fr/ressources/guide-destrategie-de-pharmacie-durable-resiliente-au-changement-climatique-et-a-faible-emission-de-carbone/>
- Rabi, D. M., McBrien, K. A., Sapir-Pichhadze, R., Nakhla, M., Ahmed, S. B., Dumanski, S. M., Butalia, S., Leung, A. A., Harris, K. C., Cloutier, L., Zarnke, K. B., Ruzicka, M., Hiremath, S., Feldman, R. D., Tobe, S. W., Campbell, T. S., Bacon, S. L., Nerenberg, K. A., Dresser, G. K., . . . Daskalopoulou, S. S. (2020). Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *Can J Cardiol*, 36(5), 596-624. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2020.02.086>
- Régie de l'assurance maladie du Québec. (2025). *Outil de recherche de l'information statistique (ORIS)*. https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/lst/CD/CDF_DifsnInfoStats/CDF1_CnsullInfoStatsCNC_iut/DifsnInfoStats.aspx?ETAPE_COUR=2&LANGUE=fr-CA#PosMiddleTab
- Régie de l'assurance maladie du Québec. (2026, 2 mars). *Liste des médicaments*. RAMQ. <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/media/29426>
- Société québécoise d'hypertension artérielle. (2026). *Prise en charge des adultes atteints d'hypertension artérielle*. <https://sqha2.hypertension.qc.ca/prise-en-charge-2/#prise-adultes>
- Wang, N., Salam, A., Pant, R., Kumar, A., Dhurjati, R., Haghdooost, F., Vidyasagar, K., Kaistha, P., Esam, H., Gnanenthiran, S. R., Kanukula, R., Whelton, P. K., Egan, B., Schutte, A. E., Rahimi, K., Berwanger, O. et Rodgers, A. (2025). Blood pressure-lowering efficacy of antihypertensive drugs and their combinations: a systematic review and meta-analysis of randomised, double-blind, placebo-controlled trials. *Lancet*, 406(10506), 915-925. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00991-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00991-2)

ANNEXE A

Information incluse dans les annexes du PMN

Aliments et substances qui influencent la pression artérielle

Exemples d'aliments, de suppléments à base de plantes, de médicaments et d'autres substances qui peuvent influencer la pression artérielle (liste non exhaustive)

Aliments et suppléments qui peuvent modifier la pression artérielle

- Alcool
- Aliments riches en sel (sodium) : plats préparés, charcuteries, produits en conserve, collations salées (chips, bretzels, craquelins), condiments (ketchup, sauce soja), nouilles instantanées (ramen)
- Boissons gazeuses, boissons énergisantes et autres boissons contenant de la caféine
- Café ou thé
- Comprimés de caféine
- Herbes médicinales et suppléments à base de plantes : actée à grappes noires, arnica (prise orale), éphédra, ginseng, guarana, Ma Hang (Huang), réglisse, thé du Paraguay
- Autres : ail, queues de cerise, millepertuis, ortie, pissenlit, fleurs de sureau

Médicaments qui peuvent modifier la pression artérielle

- Anti-inflammatoires non stéroïdiens : indométhacine, naproxène, piroxicam, ibuprofène
- Décongestionnants : pseudoéphédrine, phényléphrine (par exemple présents dans des médicaments en vente libre contre le rhume)
- Antidépresseurs : inhibiteurs de la monoamine oxydase, antidépresseurs tricycliques, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
- Antipsychotiques
- Contraceptifs oraux combinés
- Médicaments biologiques : bevacizumab, gefitinib, imatinib, pazopanib, ramucirumab
- Immunosuppresseurs : cyclosporine, tacrolimus
- Stimulants : méthylphénidate, amphétamines (qui peuvent être présents dans des médicaments pour le TDAH - trouble du déficit de l'attention/hyperactivité).

Drogues récréatives

- Amphétamines, y compris la méthamphétamine
- Cocaïne
- Ecstasy (MDMA)
- Kétamine

Interactions médicamenteuses

Tableau A-1 Interaction médicamenteuses les plus significatives selon la classe de médicament

CLASSE DES IECA ET ARA
Agents causant une ↑ additive des taux de potassium sérique (p. ex. : supplément de potassium, diurétiques épargneurs de potassium, succédanés de sel, héparine en perfusion i.v., triméthoprine)
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS; coxibs et non-coxibs) : ↓ de l'effet antihypertenseur, ↑ de la créatinine
Lithium : ↑ de la lithémie (risque de toxicité accrue).
Sacubitril (avec IECA) : ↑ risque d'angio-œdème – un intervalle minimal de 36 heures entre la cessation du sacubitril et l'amorce d'un IECA est requis.
CLASSE DES DIURETIQUES THIAZIDIQUES ET APPARENTES
AINS (coxibs et non-coxibs) : ↓ de l'effet antihypertenseur et ↑ créatinine
Corticostéroïdes : ↑ du risque d'hypokaliémie et ↓ de l'effet antihypertenseur
Digoxine : ↑ du risque de toxicité à la digoxine relié aux perturbations électrolytiques
Hypoglycémiant oraux et insuline : ↑ possible de la glycémie
Lithium : ↑ de la lithémie (risque de toxicité accrue)
Inhibiteur du SGLT2 : peut accroître le risque de déshydratation et/ou d'hypotension.
CLASSE DES BCC DHP
Médicaments qui inhibent le CYP-450 3A4 (p. ex. clarithromycine) : ↑ possible des concentrations plasmatiques des BCC et, par conséquent, les effets indésirables.
CLASSE DES INHIBITEURS DES MINERALOCORTICOÏDES
Médicaments qui augmentent le K (ex. : triméthoprine, suppléments de K, autres diurétiques épargneurs de K, IECA/ARA). Les substituts de sel sont aussi riches en K.

Teneurs disponibles des médicaments antihypertenseurs

Les tableaux ci-après présentent les listes non exhaustives des teneurs ou formats disponibles généralement utilisés pour le traitement de l'hypertension artérielle pour chaque médicament et combinaison en monocomprimé. Les doses présentées **ne sont pas des paliers d'ajustement** et ne devraient pas être interprétées comme tels.

CLASSE DES ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II (ARA)	
Combinaisons à dose fixe avec ARA	Teneurs disponibles ⁽¹⁾
Azilsartan / Chlorthalidone ⁽¹⁾	40/12,5 • 40/25 mg
Candésartan / HCTZ	16/12,5 • 32/12,5 • 32/25 mg
Irbésartan / HCTZ	150/12,5 • 300/12,5 • 300/25 mg
Losartan / HCTZ	50/12,5 • 100/12,5 • 100/25 mg
Olmésartan / HCTZ	20/12,5 • 40/12,5 • 40/25 mg
Telmisartan / HCTZ	80/12,5 • 80/25 mg
Valsartan / HCTZ	80/12,5 • 160/12,5 • 320/12,5 • 160/25 • 320/25 mg
Telmisartan / Amlodipine	40/5 • 40/10 • 80/5 • 80/10 mg
Médicaments simples ARA	Teneurs disponibles ⁽¹⁾
Azilsartan ⁽¹⁾	40 • 80 mg
Candésartan	4 • 8 • 16 • 32 mg
Irbésartan	75 • 150 • 300 mg
Losartan	25 • 50 • 100 mg
Olmésartan	20 • 40 mg
Telmisartan	40 • 80 mg
Valsartan	80 • 160 • 320 mg

(1) Non remboursé par le régime public d'assurance médicaments.

CLASSE DES DIURÉTIQUES THIAZIDIQUES ET APPARENTÉS	
Médicaments simples ⁽¹⁾	Teneurs disponibles ⁽²⁾
Chlorthalidone	12,5 • 25 mg
Hydrochlorothiazide (HCTZ)	12,5 • 25 mg
Indapamide	1,25 • 2,5 mg

- (1) Des combinaisons à dose fixe avec des ARA ou IECA sont également disponibles (voir ci-dessus)
 (2) Les teneurs présentées sont celles généralement utilisées en polythérapie.

CLASSE DES INHIBITEURS DES MINÉRALOCORTICOÏDES OU ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ALDOSTÉRONE	
Médicament	Teneurs disponibles
Spironolactone	25 mg ⁽¹⁾

(1) Le comprimé est sécable pour produire des doses de 12,5 mg.

CLASSE DES INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)	
Combinaisons à dose fixe avec IECA	Teneurs disponibles
Cilazapril / HCTZ	5/12,5 mg
Énalapril / HCTZ	5/12,5 • 10/25 mg
Lisinopril / HCTZ	10/12,5 • 20/12,5 • 20/25 mg
Périndopril / Indapamide	2/0,625 • 4/1,25 • 8/2,5 mg
Périndopril arginine / Amlodipine ⁽¹⁾	3,5/2,5 • 7/5 • 14/10 mg
Quinapril / HCTZ	10/12,5 • 20/12,5 • 20/25 mg
Ramipril / HCTZ	2,5/12,5 • 5/12,5 • 5/25 • 10/12,5 • 10/25 mg
Médicaments simples IECA	Teneurs disponibles
Bénazépril	5 • 10 • 20 mg
Captopril	12,5 • 25 • 50 mg
Cilazapril	2,5 • 5 mg
Énalapril	5 • 10 • 20 mg
Fosinopril	10 • 20 mg
Lisinopril	10 • 20 mg
Périndopril	2 • 4 • 8 mg
Quinapril	10 • 20 • 40 mg
Ramipril	2,5 • 5 • 10 mg
Trandolapril	1 • 2 • 4 mg

(1) Non remboursé par le régime public d'assurance médicaments.

CLASSE DES BLOQUEURS DES CANAUX CALCIFIQUES DIHYDROPYRIDINIQUES	
Combinaison à doses fixes	Teneurs disponibles
Amlodipine / Telmisartan	5/40 • 10/40 • 5/80 • 10/80 mg
Amlodipine / Périndopril arginine ⁽¹⁾	2,5/3,5 • 5/7 • 10/14 mg
Médicaments simples	Teneurs disponibles
Amlodipine	2,5 • 5 • 10 mg
Félodipine (libération prolongée)	2,5 • 5 • 10 mg
Nifédipine (libération prolongée)	30 • 60 mg

(1) Non remboursé par le régime public d'assurance médicaments.

Algorithme décisionnel pour l'ajustement et le suivi de la médication antihypertensive prescrite

EN BREF

Contre-indications

- Urgence hypertensive
- Grossesse ou allaitement
- Insuffisance rénale chronique (DFGe < 30 ml/min)

Appréciation de la condition de santé

- Effets indésirables
- Histoire de santé et médicamenteuse
- Habitudes de vie
- Pression artérielle et fréquence cardiaque

Analyses de laboratoire

- ions sodium et potassium
- créatinine

Requises 10-14 jours après l'amorce ou l'augmentation d'un ARA, IECA, diurétique ou de la spironolactone

Promotion des saines habitudes de vie

⌚ Ajustement de la médication

À intervalles de **3 à 4 semaines** jusqu'à l'atteinte de la cible

Atteinte de la cible dans un délai de 3 à 6 mois

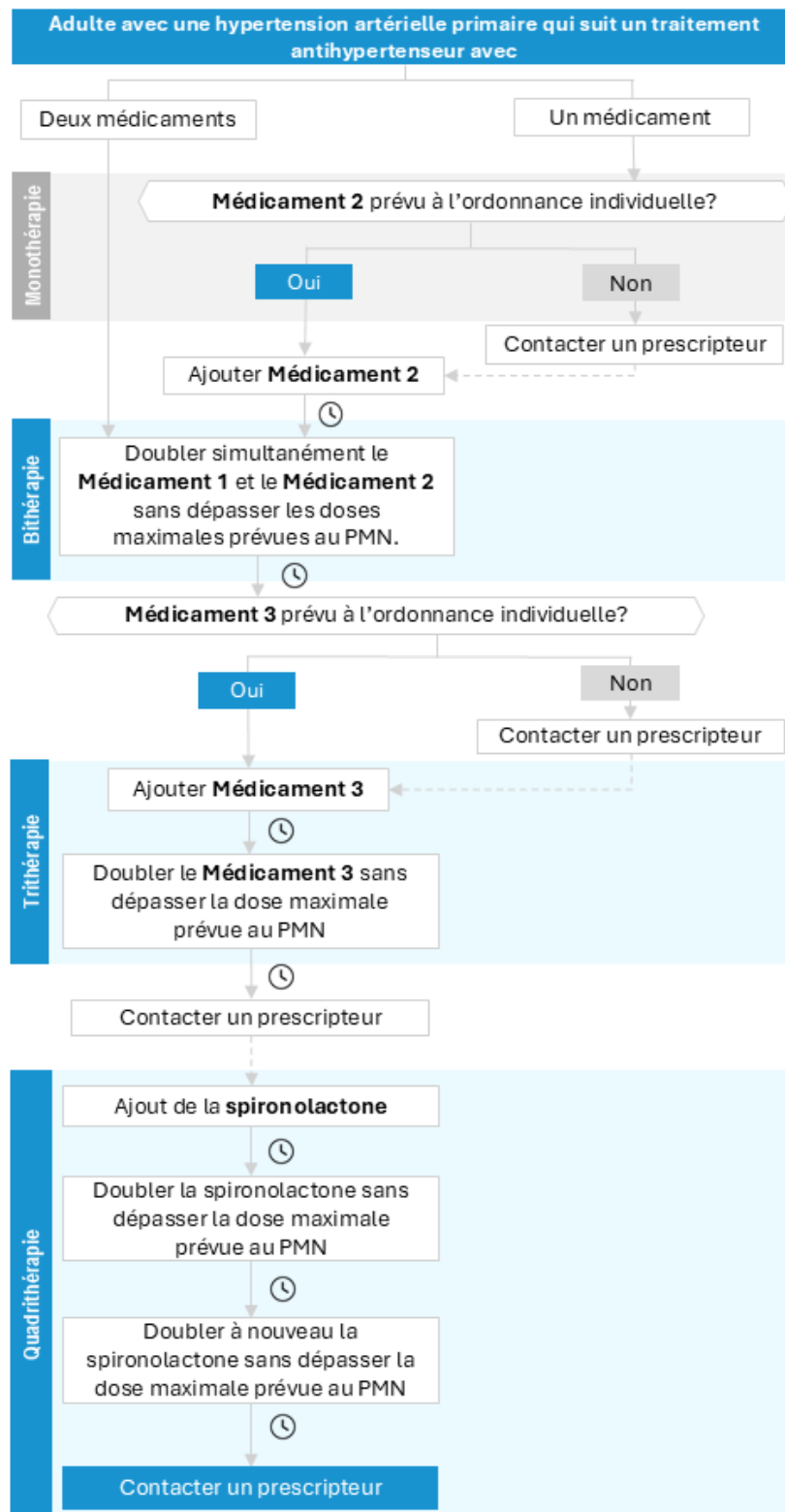
- Cible précisée sur l'ordonnance individuelle
- Sinon, pression systolique inférieure à 130 mm Hg

Suivi

- 3-4 semaines jusqu'à l'atteinte de la cible
- 6-12 mois après atteinte de la cible, selon le jugement clinique

🔴 Limites

- Intolérance à la médication
- Apparition d'une contre-indication
- Cibles non atteintes
 - après 6 mois d'ajustement
 - à la dose maximale prescrite, prévue au PMN ou tolérée
- Augmentation de la créatinine supérieure à 30 %
- Résultats d'analyse hors normes
- Hypotension orthostatique
- Inobservance à la médication



À titre indicatif seulement. L'ajustement de la médication devrait être modulé selon les effets indésirables présents et les modalités d'ajustement pourraient être adaptées selon le jugement clinique dans certaines conditions.

ANNEXE B

Information complémentaire

Tableau B-1 Coût des médicaments remboursés par le régime général d'assurance médicaments

Médicaments	Teneurs (mg)	Coût par comprimé en \$
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)		
Bénézapril	5	0,5577
	10	0,6595
	20	0,7567
Captopril	12,5	0,1060
	25	0,15
	50	0,2795
Cilazapril	2,5	0,1795 / 0,7323
	5	0,2085 / 0,8508
Énalapril	5	0,2203 / 0,4471
	10	0,2647 / 0,5371
	20	0,3195 / 0,6479
Fosinopril	10	0,2177
	20	0,2619
Lisinopril	10	0,1619 / 0,6723
	20	0,1945 / 0,8078
Périndopril	2	0,1632
	4	0,2042
	8	0,2830 / 1,1017
Quinapril	10	0,2278
	20	0,4642
	40	0,4642
Ramipiril	2,5	0,0817 / 0,8066
	5	0,0817 / 0,8066
	10	0,1034 / 1,0216
Trandolapril	1	0,1762 / 0,67
	2	0,2025 / 0,77
	4	0,2498 / 0,95
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA)		
Candésartan	8	0,2258 / 1,184
	16	0,2258 / 1,184
	32	0,2258 / 1,184
Irbésartan	150	0,2281 / 1,1926
	300	0,2281 / 1,1926
Losartan	25	0,1616 / 1,1707
	50	0,1616 / 1,1707
	100	0,1616 / 1,1707
Olmésartan	20	0,2763 / 1,0163
	40	0,2763 / 1,0163
Telmisartan	40	0,2161 / 1,1296
	80	0,2161 / 1,1296
Valsartan	80	0,2159 / 1,1239
	160	0,2159 / 1,1239
	320	0,2098 / 1,1239
Combinaisons à doses fixes avec IECA		
Cilazapril / HCTZ	5 - 12,5	0,6306 / 0,8507
Énalapril / HCTZ	10 – 25	1,0066 / 1,0596
Lisinopril / HCTZ	10 - 12,5	0,2083 / 0,8654
	20 - 12,5	0,2503 / 1,04
	20 – 25	0,2503 / 1,04
Périndopril / Indapamide	4 – 1,25	0,2556 / 0,9763
	8 – 2,5	0,2859 / 1,0920
Quinapril /HCTZ	10 – 12,5	0,2393
	20 – 12,5	0,4786
	20 – 25	0,2301

Médicaments	Teneurs (mg)	Coût par comprimé en \$
Ramipiril / HCTZ	2,5 – 12,5	0,1495 / 0,2989
	5 – 12,5	0,2011 / 0,3829
	5 – 25	0,1915 / 0,3829
	10 – 12,5	0,1317 / 0,4875
	10 – 25	0,1317 / 0,4875
Combinaisons à doses fixes avec ARA		
Candésartan / HCTZ	16 – 12,5	0,2156 / 1,17
	32 – 12,5	0,2156 / 1,17
	32 – 25	0,2443 / 1,17
Irbésartan / HCTZ	150 – 12,5	0,2281 / 1,1926
	300 – 12,5	0,2281 / 1,1926
	300 – 25	0,2184
Losartan / HCTZ	50 – 12,5	0,2719 / 1,1707
	100 – 12,5	0,3082 / 1,1673
	100 – 25	0,2719 / 1,1707
Olmésartan / HCTZ	20-12,5	0,3019 / 1,0163
	40-12,5	0,3019 / 1,0163
	40-25	0,3019 / 1,0163
Telmisartan / HCTZ	80 – 12,5	0,2098 / 1,1296
	80 – 25	0,2098 / 1,1296
Valsartan / HCTZ	80 – 12,5	0,2213 / 1,1486
	160 – 12,5	0,2240 / 1,1464
	160 – 25	0,2238 / 1,1425
	320 – 12,5	0,2235 / 1,1246
	320 – 25	0,2231 / 1,1246
Telmisartan / Amlodipine	40 – 5	0,6096 / 0,6818
	40 – 10	0,447 / 0,6818
	80 – 5	0,5472 / 0,3648
	80 – 10	0,5472 / 0,3648
Diurétiques thiazidiques et apparentés		
Chlorthalidone	12,5	0,1121
	25	0,1180
HCTZ	12,5	0,0079
	25	0,0157
Indapamide	1,25	0,0745
	2,5	0,1182
Bloquants des canaux calciques		
Amlodipine	2,5	0,0767
	5	0,1343
	10	0,1993
Félodipine (libération prolongée)	2,5	0,3815 / 0,5090
	5	0,3398 / 0,68
	10	0,5098 / 1,0207
Nifédipine (libération prolongée)	30	0,6171
	60	0,9373
Antagoniste des récepteurs de l'aldostérone		
Spironolactone	25	0,0405

(RAMQ, 2026)

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

