L'INTÉGRATION DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

GUIDE D'IMPLANTATION D'UN SYSTÈME DE SOINS APPLIQUÉ AU DÉPISTAGE ET AU SUIVI DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE EN MILIEU CLINIQUE

FASCICULE 3

MISE À JOUR 2010

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Québec

10-272-06W

Le *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique*, Fascicule 3, document de la Collection sur l'intégration de pratiques cliniques préventives, a été produit par la Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique en collaboration avec la Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Coordination des travaux
Christine Pakenham, Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique

Auteure – Mise à jour 2010
Huguette Bélanger, médecin-conseil, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Secrétariat – Mise à jour 2010
Manon Lévesque, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Référence suggérée : BÉLANGER, H. *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique*, Fascicule 3, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 138 p. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives)

Édition produite par
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux
Ce document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux qui peuvent le consulter sur le site suivant : www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.

Lorsque le contexte s'y prête, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Note : Les recommandations de ce fascicule sont issues du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH-2010) qui peut être consulté en ligne à www.hypertension.ca. Les recommandations mises à jour sont indiquées en rouge dans le texte.

Édition :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-61093-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2011

FASCICULE 3

LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE SOINS APPLIQUÉ AU DÉPISTAGE ET AU SUIVI DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Mise jour 2010

Table des matières

Une démarche de systématisation 1

Six étapes et leurs outils vous sont proposés 1

Étape 1 : Passer à l'action : l'heure des choix 5

Objectifs 5

Prêt pour le changement ? 5

Qui sera le porteur de dossier ? 5

Quels seront les mécanismes de fonctionnement ? 6

Qui fait quoi ? 6

Étape 2 : Établir le portrait des pratiques actuelles 11

Objectifs 11

Portrait des interventions 11

Évaluation de l'environnement de la clinique 12

Qui fait quoi? 12

GRILLE POUR L'ÉVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT DU MILIEU CLINIQUE 13

Étape 3 : Élaborer un protocole de soins préventifs 19

Objectifs 19

But 25

Définition 25

Objectifs généraux 26

Objectifs spécifiques 26

Rôles et responsabilités de l'infirmière en milieu clinique 26

Rôles et responsabilités du médecin en milieu clinique 26

Étape 4 : Planifier la prestation des services 72

Objectifs 72

Réflexion sur l'organisation des services 72

Interdisciplinarité et collaboration interprofessionnelle 72

Description de l'organisation des services actuels 73

GRILLE POUR LE PORTRAIT DE L'ORGANISATION DES SERVICES 75

Algorithmes des activités à réaliser pour le diagnostic et le suivi de l'HTA 76

Qui fait quoi ? 76

Étape 5 : Bien s'outiller pour bien travailler 92

Objectifs 92

L'environnement, facilitant pour le professionnel 92

L'environnement, supportant pour le patient *92*
Outils pour les cliniciens *93*
Outils pour les patients *94*
Qui fait quoi ? *94*
Étape 6 : Réexaminer, réajuster, peaufiner **132**
Objectifs *132*
Réexaminer *132*
Peaufiner l'organisation *133*
Qui fait quoi ? *133*

Une démarche de systématisation

- Le GMF, tout comme les autres milieux cliniques, peut intervenir à différents moments du continuum de soins pour l'hypertension artérielle (HTA) chez sa clientèle :
- Prévention→counselling sur les habitudes de vie
- Dépistage →mesure de la pression artérielle (PA)
- Diagnostic et investigation → en deux à cinq visites
- Traitement non pharmacologique et pharmacologique→ meilleur contrôle de la PA
- Prise en charge et suivi systématique
- Meilleure observance au traitement

Pour améliorer le dépistage de l'HTA et son suivi, il faut non seulement avoir des connaissances, mais aussi prévoir un « système » où, quelque soit la raison de consultation, la PA du patient pourra être vérifiée et une prise en charge instaurée, si nécessaire. Ce système permet d'augmenter la qualité des soins et l'efficience tout en assurant une meilleure cohérence des messages et des actions de tous les professionnels exerçant dans la même clinique. Il améliore la satisfaction des professionnels et génère un impact positif sur la santé de la clientèle.

Six étapes et leurs outils vous sont proposés

Dans un premier temps, le contenu de chacune des six étapes est décrit. Sont ensuite présentés, pour chacune des six étapes, les outils nécessaires à la prise de décision et au soutien à l'action. Les outils marqués du pictogramme A peuvent être adaptés selon les besoins du milieu clinique. Ces outils apparaissent sous le format Word ou Excel dans la liste des outils en ligne.

Étape 1

Passer à l’action :
l’heure des choix

Étape 1 : Passer à l'action : l'heure des choix

Objectifs

1. Déterminer si le milieu est prêt à mettre en place un système de soins préventifs afin d'optimiser les interventions visant le dépistage et le suivi de l'HTA.
2. Désigner un porteur de dossier ou un petit groupe responsable du projet.
3. Établir les mécanismes de fonctionnement pour la démarche.

Prêt pour le changement ?

La mise en place d'un système de soins préventifs afin de systématiser le dépistage et le suivi de l'HTA nécessite forcément des changements au niveau des pratiques. Par conséquent, avant de commencer la démarche de systématisation, il est primordial de s'assurer que tous les membres du milieu clinique (le personnel, les professionnels et les médecins) sont prêts à s'engager dans ce changement.

En l'absence de consensus ou d'une forte majorité, l'outil n° 1 *Prêt pour un changement* peut-être utilisé comme instrument de mesure. Il s'agit d'un questionnaire à faire compléter par tout le personnel du milieu clinique, y compris par exemple, les techniciens et les secrétaires. Par la suite, la synthèse des résultats est présentée à l'équipe afin de déterminer si la majorité est prête ou non à s'engager dans un changement des pratiques reliées à l'HTA.

Qui sera le porteur de dossier ?

Il est important que le milieu clinique désigne un responsable de dossier qui agit au sein de l'équipe de soins et qui s'assure de l'exécution de la démarche aux différentes étapes de l'implantation. La création d'un comité de projet peut également être utile. Il est souhaitable que le responsable du projet soit une personne capable de susciter le changement à l'interne, alors que les membres du comité devraient posséder des aptitudes professionnelles et personnelles susceptibles de faciliter l'implantation du projet (Gosselin et coll., 2010)[1]

[1] Chantal Gosselin, Diane Villeneuve, Hawa Sissoko, Chantal Lacroix, Mark Andrew Stefan**, Guide pour l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique clinique des professionnels et un exemple d'application : le soutien à la cessation tabagique,** Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal avec la collaboration du Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé, Mai 2010, 120 p.

Quels seront les mécanismes de fonctionnement ?

Le responsable ou les membres du comité responsable de la mise en place de la démarche de systématisation devraient convenir de modalités de fonctionnement :

- définir les rôles et responsabilités de chacun dans l'implantation de cette pratique préventive;
- déterminer la fréquence et la durée des rencontres;
- déterminer les mécanismes de prise de décision;
- mettre en place des conditions qui facilitent l'implication de tous les membres pour l'avancement des travaux (libération des professionnels pour effectuer des tâches en lien avec la démarche, inscription à des formations, reconnaissance de leur participation).

Il est aussi souhaitable que le comité conserve des notes brèves ou comptes-rendus des rencontres afin de pouvoir s'y référer au besoin. De plus, ces documents seront fort utiles lors de l'appréciation du projet.

Qui fait quoi ?

- GMF ou autre milieu clinique : choisit un ou des responsables et décide de la façon de fonctionner pour la mise en œuvre de la démarche.
- DSP en collaboration avec le CSSS : présente le système de soins appliqué à l'HTA et peut aider à compiler les résultats du questionnaire (outil n° 1) et les communiquer à l'équipe.

OUTIL N^{O} 1	Prêt pour un changement	A

Pour chacun des 16 énoncés, encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre opinion, 1 signifiant pas du tout en accord et 7 très en accord.

Pas du tout en accord 1	Très peu en accord 2	Un peu en accord 3	Moyennement en accord 4	Assez en accord 5	Beaucoup en accord 6	Très en accord 7

1. La prévention est un aspect important de la pratique de notre clinique	1 2 3 4 5 6 7
2. La prévention devrait avoir plus de place dans notre pratique	1 2 3 4 5 6 7
3. Notre clinique compte parmi ses membres une personne qui a le leadership, la vision et l'autorité nécessaires pour améliorer la prévention.	1 2 3 4 5 6 7
4. Les infirmières et les médecins de notre clinique considèrent qu'il est important de prendre du temps pour faire du counselling ou de l'éducation à la santé auprès des patients rencontrés individuellement.	1 2 3 4 5 6 7
5. Les infirmières considèrent l'éducation du patient comme une de leurs tâches principales	1 2 3 4 5 6 7
6. Les médecins considèrent l'éducation du patient comme une de leurs tâches principales.	1 2 3 4 5 6 7
7. Notre clinique est d'accord pour consacrer des ressources (temps, formation, personnel) à l'implantation d'un système de soins préventifs	1 2 3 4 5 6 7
8. La communication interne est très bonne entre les membres du personnel, les infirmières et les médecins de notre clinique.	1 2 3 4 5 6 7
9. Il existe un esprit d'équipe entre les membres du personnel et les médecins de notre clinique.	1 2 3 4 5 6 7
10. Notre clinique a déjà implanté ou tenté d'implanter des programmes spécifiques de prévention. (ex. : en matière de tabagisme, de cancers, etc.).	1 2 3 4 5 6 7
11. Nous avons les mécanismes de références nécessaires pour que les patients obtiennent les tests de dépistage que nous n'offrons pas (ex : laboratoire, mammographie, etc.).	1 2 3 4 5 6 7
12. Nous avons les mécanismes de référence permettant à nos patients de recevoir un counselling sur les changements de comportement (ex. : centre d'abandon du tabac).	1 2 3 4 5 6 7
13. Nous assurons le suivi de nos patients lorsqu'ils sont orientés vers d'autres services.	1 2 3 4 5 6 7
14. Nous pouvons accorder suffisamment de temps à la prévention dans notre clinique.	1 2 3 4 5 6 7
15. Nous avons un système d'assurance de la qualité afin d'évaluer et d'améliorer notre prestation de service.	1 2 3 4 5 6 7
16. La clinique a un système d'information permettant de connaître le nombre de patients admissibles qui reçoivent les tests préventifs nécessaires (dépistage du cancer du col, vaccination, mammographie de dépistage, etc.).	1 2 3 4 5 6 7

RÉSULTATS

1. Le calcul du résultat se fait en additionnant chaque chiffre encerclé. Le score maximal possible, par questionnaire, est de 112 points, soit les 16 énoncés tous notés 7 par un même répondant. On établira le score de passage, pour la clinique, à 50, 60 ou 70 % (soit 56, 67 ou 78 points). Pour avoir la note de passage, la clinique devra donc afficher, en divisant le total des points accordés aux énoncés par le nombre de répondants, entre 56 et 78 points.

SCORE

2. Il est aussi très intéressant d'analyser les résultats sur la base du score total obtenu pour chaque énoncé. L'analyse met alors en évidence les forces de la clinique et les aspects à améliorer. Par exemple dans une clinique comptant 10 répondants, le score maximal pour chaque énoncé est de 70 points et le score minimal, de 10; ainsi les énoncés tendant le plus vers 70 représentent les forces et ceux tendant davantage vers 10, les aspects à améliorer.

Énoncé	Score	Énoncé	Score
1		**9**	
2		**10**	
3		**11**	
4		**12**	
5		**13**	
6		**14**	
7		**15**	
8		**16**	

Source : adapté du Put Prevention into Practice, 2002

Étape 2

Établir le portrait des pratiques actuelles

Étape 2 : Établir le portrait des pratiques actuelles

Objectifs

1. Dresser le portrait des pratiques déjà existantes en matière de dépistage et de suivi de l'HTA.
2. Dresser un portrait de l'environnement de la clinique en lien avec le dépistage et le suivi de l'HTA.
3. Permettre une appréciation et une rétroaction sur la démarche entreprise en réutilisant les mêmes outils après quelques mois de mise en œuvre.

Portrait des interventions

Partir de ce qui existe déjà dans le milieu clinique peut faciliter l'intégration des nouvelles pratiques. Plus spécifiquement, cette étape permet de décrire les interventions visant le dépistage et le suivi de l'HTA qui sont offertes aux patients et les éléments reliés à l'environnement du milieu clinique qui facilitent ces interventions.

La description peut se faire à partir des notes au dossier (audit). Cette méthode est reconnue efficace bien qu'elle puisse sous évaluer le travail des cliniciens qui peuvent effectuer des interventions sans toutefois les inscrire au dossier des patients.

À l'aide de l'outil n° 2, *Grille d'observation des notes sur la mesure de la PA et sur les habitudes de vie dans 30 dossiers de patients adultes non hypertendus,* on peut vérifier, dans ce nombre de dossiers pris au hasard parmi des patients adultes vus au cours de la dernière année, combien contiennent des notes sur la mesure de la PA et sur les habitudes de vie.

À l'aide de l'outil n° 3, *Grille d'observation des notes sur les facteurs de risque de MCV, l'investigation de base et le traitement non pharmacologique dans 30 dossiers de patients adultes hypertendus*, on poursuit la démarche en sélectionnant un nombre de dossiers pris au hasard, chez les patients adultes hypertendus vus dans la dernière année, afin de relever la présence de notes sur :

- facteurs de risque de MCV ;
- traitement non pharmacologique (counselling sur les habitudes de vie, références à des ressources pertinentes) ;
- résultats du bilan de base d'investigation de l'HTA.

Évaluation de l'environnement de la clinique

Il a été démontré que lorsque certaines conditions facilitantes sont présentes dans l'environnement du milieu clinique, les cliniciens sont plus susceptibles de poser des actions préventives auprès de leurs patients, et ces derniers sont plus réceptifs aux messages qu'on leur transmet. Dans ce sens, la personne responsable ou le petit groupe de travail peut avoir recours à la grille proposée à la page suivante pour faire l'évaluation de l'environnement du milieu clinique (adaptation de Gossellin et coll., 2010).

Qui fait quoi?

- GMF ou autre milieu clinique : sélectionne les dossiers et informe ses collègues des résultats; complète la grille ou participe à l'évaluation de l'environnement du milieu clinique.
- DSP en collaboration avec le CSSS : peut compléter les outils et dresser le bilan des pratiques en cours dans le milieu clinique; complète la grille d'évaluation de l'environnement du milieu clinique ou collabore à son analyse.

GRILLE POUR L'ÉVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT DU MILIEU CLINIQUE

Les usagers ont accès à :		
Outils d'information générale sur l'HTA	**Salle d'attente**	**Bureau de consultation**
Affiches	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Dépliants et brochures	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
DVD	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Outils d'informations spécifiques sur l'HTA et les maladies qu'elle peut engendrer	**Salle d'attente**	**Bureau de consultation**
Maladie coronarienne	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Infarctus du myocarde	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Insuffisance cardiaque	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Accident vasculaire cérébral	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Maladie rénale chronique	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Maladie artérielle périphérique	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Diabète	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Listes de ressources de soutien (associations, ressources dans la communauté)	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non

OUTIL N^{O} 2	**Grille d'observation des notes sur la mesure de la PA et sur les habitudes de vie dans 30 dossiers de patients adultes non hypertendus** A

No dossier	Mesure de la PA	Habitudes de vie						
		Statut tabagique	Conseils cessation tabagique	Conseils nutritionnels				Activité physique intensité modérée 4 à 7 jrs/sem.
				Consommation de sel (1 c à thé)/jr	Consommation d'alcool<2/jr	Au moins 5 fruits-légumes/jr	+ de fibres - de gras	
n° 1								
n° 2								
n° 3								
n° 4								
n° 5								
n° 6								
n° 7								
n° 8								
n° 9								
n° 10								
n° 11								
n° 12								
n° 13								
n° 14								
n° 15								
n° 16								
n° 17								
n° 18								
n° 19								
n° 20								
n° 21								
n° 22								
n° 23								
n° 24								
n° 25								
n° 26								
n° 27								
n° 28								
n° 29								
n° 30								

RÉSULTATS : Pour chacune des colonnes, calculer le nombre de dossiers avec notes sur le nombre total de dossiers révisés (en %).

OUTIL N^{O} 3	**Grille d'observation des notes sur les facteurs de risque de MCV, l'investigation de base et le traitement non pharmacologique dans 30 dossiers de patients adultes hypertendus** A

No du dossier	Dépistage des facteurs de risque									Investigation de base			
	Ant. pers. : MCV, âge homme >55 ans Femme >65 ans	Ant. fam. : MCV, précoce (homme<55 ans femme<65 ans)	Habitudes de vie : tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité					IMC>30kg/m^2 Tour de taille homme>94 cm femme>80 cm	Diabète ou intolérance au glucose	Na+, K+ Créatinine, Analyse d'urine	Glycémie à jeun	Bilan lipidique à jeun	ECG
			Statut Tabac	Sel	Fruits Légumes +fibres -gras	Alcool <2/jr	Activité physique						
n° 1													
n° 2													
n° 3													
n° 4													
n° 5													
n° 6													
n° 7													
n° 8													
n° 9													
n° 10													
n° 11													
n° 12													
n° 13													
n° 14													
n° 15													
n° 16													
n° 17													
n° 18													
n° 19													
n° 20													
n° 21													
n° 22													
n° 23													
n° 24													
n° 25													
n° 26													
n° 27													
n° 28													
n° 29													
n° 30													

RÉSULTATS : pour chacune des colonnes, calculer le nombre de dossiers avec notes sur le nombre total de dossiers révisés (en %)

Traitement non pharmacologique								
No du dossier	**Tabac**			**Conseils nutritionnels**				**Activité physique**
	Cessation tabagique	Aides pharmacologiques	Référence à une ressource ext.	Cons. sel <1 c à thé/jr	Au moins 5 fruits légumes/jr	+ de fibres - de gras	Alcool<2cons/jr	Intensité modérée au moins 30 min/jr. 4 à 7 jrs/sem.
n° 1								
n° 2								
n° 3								
n° 4								
n° 5								
n° 6								
n° 7								
n° 8								
n° 9								
n° 10								
n° 11								
n° 12								
n° 13								
n° 14								
n° 15								
n° 16								
n° 17								
n° 18								
n° 19								
n° 20								
n° 21								
n° 22								
n° 23								
n° 24								
n° 25								
n° 26								
n° 27								
n° 28								
n° 29								
n° 30								

RÉSULTATS : pour chacune des colonnes, calculer le nombre de dossiers avec notes sur le nombre total de dossiers révisés (en %).

Étape 3

Élaborer un protocole de soins préventifs

Étape 3 : Élaborer un protocole de soins préventifs

Objectifs

1. Mettre à jour les connaissances sur le dépistage et le suivi de l'HTA selon les lignes directrices 2010 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH).
2. Élaborer un protocole de soins pour le dépistage et le suivi de l'HTA.
3. S'entendre sur une ordonnance collective pour initier des analyses de laboratoire et les examens recommandés en lien avec le dépistage et le suivi de l'HTA, si pertinent.

Qui fait quoi ?

- GMF ou autre milieu clinique : élabore le protocole
- DSP : en collaboration avec le CSSS : peut offrir un accompagnement pour l'élaboration du protocole, fournir la mise à jour des recommandations cliniques (guides de pratiques) et offrir des formations et des ateliers au besoin

OUTIL N^{O} 4 A

CSSS ou GMF_____

PROTOCOLE (OU DIRECTIVE)
POUR LE DÉPISTAGE ET LE SUIVI DE
L'HTA
PECH 2010

Date d'**adoption** du protocole (ou directive) : _____

Date de **révision** du protocole (ou directive) : _____

Responsable de la **diffusion** du protocole (ou directive) : _____

Responsable de la **révision** du protocole (ou directive) : _____

TABLE DES MATIÈRES

But *25*
Définition *25*
Objectifs généraux *26*
Objectifs spécifiques *26*
Rôles et responsabilités de l'infirmière en milieu clinique *26*
Rôles et responsabilités du médecin en milieu clinique *26*

1re partie **27**

1. Clientèle ciblée par le dépistage de l'HTA **28**

2. Types de mesure de la PA **29**
2.1 Valeurs de référence selon le type de mesure de la PA *29*
2.2 Mesure de la PA en clinique *30*
2.3 Indications de MAPA et d'automesure à domicile *33*
2.4 Enseignement sur l'automesure *34*

2e PARTIE **37**

3. Classification des valeurs de PA chez les adultes **38**

4. Diagnostic de l'HTA **39**
4.1 Algorithme diagnostique *39*
4.2 Urgence hypertensive *40*

5. Évaluation du patient **42**
5.1 Évaluation de base *42*
5.1.1. Questionnaire et examen physique *42*
5.1.2. Recherche de l'atteinte des organes cibles *43*
5.1.3. Recherche de facteurs de risque cardiovasculaire d'athérosclérose *45*
5.1.4. Évaluation du risque cardiovasculaire *46*
5.1.5. Tests diagnostiques de base *46*
5.2 Évaluation complémentaire chez le patient hypertendu *48*

3e PARTIE **49**

6. Traitement de l'HTA **50**
6.1 Valeurs cibles *50*
6.2 Traitement non pharmacologique *51*
6.3 Traitement pharmacologique *53*

Tableau 1 : Recommandations du PECH 2010 pour le traitement pharmacologique selon les valeurs de la PA, l'atteinte des organes cibles et la présence d'autres facteurs de risques 53
Tableau 2 : Recommandations pharmacologiques selon la condition clinique 54
Tableau 3 : Association optimale de médicaments antihypertenseurs 56

7. Suivi de l'HTA 57

7.1 Fréquence des suivis 57
Figure 1 : Recommandations relatives au suivi 57
Figure 2 : Démarche proposée lorsque les valeurs cibles du traitement ne sont pas atteints 59
7.2 Observance du traitement 60
7.3 Documentation à remettre au patient 61

8. Signataires du protocole (directive) 62

4e PARTIE 63

9. Ordonnance collective : Initier des analyses de laboratoire et des examens recommandés en lien avec le dépistage et le suivi de l'hypertension titre de l'ordonnance 65

But

Ce protocole (ou directive) vise à **harmoniser** les pratiques sur le dépistage et le suivi de lHTA entre les professionnels (infirmières, médecins, pharmaciens, nutritionnistes, etc.) et permet de s'assurer que le patient qui consulte dans la clinique reçoive des services et messages cohérents et complémentaires de la part des différents professionnels du milieu.

Définition

Le protocole est un **outil clinique** qui permet d'assurer une **intervention systématisée de haute qualité**. Le protocole s'appuie sur les normes reconnues, les recommandations du Programme Éducatif Canadien sur l'Hypertension artérielle (PECH). Les changements de la dernière mise à jour apparaissent **en rouge** dans le texte.

Les **différents éléments** d'un protocole sont :

- La situation clinique visée : HTA
- Les intervenants concernés : infirmière et médecin
- La ou les clientèles visées : adultes
- Les conditions d'application : formation, limites à respecter
- Les instructions pour la décision ou l'intervention : indications, contre-indications, conduite à tenir selon les normes reconnues
- L'adoption et les mises à jour :
  - les instances consultées ;
  - les instances qui approuvent ;
  - les dates de l'adoption et des révisions.
- Des documents complémentaires : outils, ordonnance collective, plan standardisé de soins, références, etc.

Objectifs généraux

Standardiser dans la mesure du possible, les pratiques en lien avec le dépistage, le suivi et le traitement de l'HTA au sein du milieu clinique.

Instaurer un suivi interdisciplinaire de la clientèle hypertendue, dans le but d'améliorer le contrôle de l'HTA, la qualité des services et leur coordination.

Objectifs spécifiques

- Assurer le dépistage de l'HTA chez la clientèle visée.
- Assurer un suivi standardisé à la clientèle hypertendue, basé sur les lignes directrices en vigueur.
- Atteindre les valeurs cibles de la PA et les maintenir.
- Favoriser l'adoption de saines habitudes de vie.
- Favoriser l'observance du traitement.
- Favoriser l'autoprise en charge des patients, en encourageant la participation de l'individu et de sa famille.

Rôles et responsabilités de l'infirmière en milieu clinique[2]

- Adhère à une pratique préventive en lien avec l'HTA, par la mesure de la PA à chacune des visites des patients adultes.
- Applique les recommandations thérapeutiques et initie les examens diagnostiques requis selon l'ordonnance collective.
- Vérifie que les examens et les analyses de laboratoire sont faits.
- Informe le médecin traitant ou le médecin désigné de tout résultat hors norme ou de toute complication.
- Discute avec le médecin traitant des objectifs thérapeutiques.
- Assure l'enseignement et les soins spécifiques compte tenu du protocole sur le dépistage et le suivi de l'HTA.
- Assure le soutien et la coordination des soins et des services auprès de la clientèle hypertendue qui lui a été référée.

Rôles et responsabilités du médecin en milieu clinique[3]

- Exerce les activités diagnostiques et thérapeutiques.
- Assure la prise en charge et le suivi, conjointement avec l'infirmière.

---

[2] OIIQ-FMOQ, Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables, OIIQ-FMOQ, 2005, ISBN 2-89229-358-8

[3] OIIQ-FMOQ, Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables, OIIQ-FMOQ, 2005, ISBN 2-89229-358-8

1re partie

1. Clientèle ciblée par le dépistage de l’HTA

2. Types de mesure de la PA

1. Clientèle ciblée par le dépistage de l'HTA

RECOMMANDATIONS – PECH
La PA devrait être mesurée chez TOUS LES ADULTES lors de chaque visite appropriée. **Connaître la PA de tous nos patients.**

Dans notre clinique, le dépistage de l'HTA sera fait auprès de la clientèle :

☐ de 18 ans et plus

☐ de 21 ans et plus

Le dépistage de l'HTA sera effectué pour la clientèle (un ou plusieurs choix) :

☐ avec un **rendez-vous infirmier**

☐ avec un **rendez-vous médical**

☐ **sans rendez-vous**

☐ vue **au triage**

☐ autre (spécifier) : _____

Le dépistage de l'HTA sera fait par :

☐ l'infirmière

☐ le médecin

☐ l'infirmière et le médecin

2. Types de mesure de la PA

2.1 Valeurs de référence selon le type de mesure de la PA

Dans notre clinique, les valeurs de référence de la PA seront :

☐ celles proposées par le PECH

☐ autre (préciser) : _____

Types de mesure	Valeurs de référence	Notes
En cabinet Méthode auscultatoire en l'absence de diabète ou de maladie rénale **Mesure automatisée** Si diabète ou maladie rénale	**PA ≥ 140/90 mm Hg** **PA ≥ 135/85 mm Hg *** **PA ≥ 130/80 mm Hg**	• Mesurer aux deux bras, choisir le bras où la mesure est la plus élevée. • Si anormal, prendre 2 mesures et faire la moyenne. • 20 à 35 % « hypertension de sarrau blanc », donc autres méthodes utiles.
MAPA	État de veille : **PAS ≥ 135 mm Hg** ou **PAD ≥ 85 mm Hg** Moyenne des 24 heures : **PAS ≥ 130 mm Hg** ou **PAD ≥ 80 mm Hg**	Durant le sommeil, une baisse de PA inférieure à 10 % est associée à un **risque accru** d'événements cardiovasculaires («non dipper»).
À domicile par le patient En l'absence de diabète ou de maladie rénale	**PAS ≥ 135 mm Hg** ou **PAD ≥ 85 mm Hg**	**Équivalent à** **PAS ≥ 140 mm Hg ou** **PAD ≥ 90 mm Hg mesurée en cabinet** Important pour détecter « l'hypertension masquée »

* Les seuils d'interprétation de la mesure automatisée en cabinet demeurent indéterminés et, présentement, aucune étude ne permet de relier directement les valeurs de la mesure automatisée et le risque d'événements cardiovasculaires. Une seule étude a rapporté une association entre les lectures de mesure automatisée en cabinet et l'atteinte des organes cibles.

2.2 Mesure de la PA en clinique

Le PECH a proposé une méthode standardisée de mesure de la PA et en 2010, une mesure automatisée.

<table>
<tr><th colspan="2">Méthode standardisée de mesure de la PA - PECH</th></tr>
<tr><td>Appareil de mesure de la PA calibré</td><td>• Les mesures devraient être prises avec un sphygmomanomètre en bon état de fonctionnement.
• Un appareil anéroïde ou un appareil électronique récemment calibré ou validé peut être utilisé. L'appareil anéroïde ou la colonne de mercure doit être clairement visible au niveau des yeux de l'observateur.</td></tr>
<tr><td>Positionnement du patient</td><td>• Mesurer dans un endroit calme, après 5 minutes de repos, en silence, sans prise de café ni de tabac dans les 30 dernières minutes ni de produits adrénergiques, sans inconfort vésical ou abdominal.
• Le patient doit être assis confortablement avec le dos appuyé et les deux pieds au sol.
• Le bras devrait être dénudé et supporté avec le pli du coude au niveau du cœur parce qu'une position plus basse du bras donnera des mesures faussement plus élevées de pression artérielle systolique et diastolique.
• Il faut rester silencieux pendant la mesure.
• La PA devrait aussi être mesurée en position debout après 2 minutes (le bras étant soutenu) lorsque le patient rapporte des symptômes suggestifs d'hypotension orthostatique.</td></tr>
<tr><td>Choix et positionnement du brassard</td><td><table><tr><th>Circonférence du bras (cm)</th><th>Largeur du brassard (cm)</th></tr><tr><td>De 18 à 26</td><td>9 x 18 (enfant)</td></tr><tr><td>De 26 à 33</td><td>12 x 23 (modèle standard adulte)</td></tr><tr><td>De 33 à 41</td><td>15 x 33 (large)</td></tr><tr><td>Plus de 41</td><td>18 x 36 (extra large, obèse)</td></tr></table>• Lorsqu'on utilise un sphygmomanomètre électronique, on doit choisir la taille du brassard recommandée par le fabricant.
• Placer le brassard de façon à ce que son rebord inférieur soit à 3 cm au-dessus du pli du coude et que son centre soit placé sur l'artère brachiale.</td></tr>
<tr><td>Méthode auscultatoire</td><td>• Augmenter rapidement la pression du brassard jusqu'à 30 mm Hg au-dessus du niveau auquel le pouls radial disparaît de façon à exclure la possibilité d'un trou auscultatoire systolique.
• Placer la cloche ou le diaphragme du stéthoscope sur l'artère brachiale de façon délicate et soutenue.
• Ouvrir la valve de façon à ce que la vitesse de décompression du brassard soit d'environ 2 mm Hg par battement cardiaque.
• La chute de pression à la vitesse de 2 mm Hg par battement est nécessaire pour estimer de façon précise la pression systolique ou diastolique.
• Noter le niveau systolique à l'apparition du premier bruit de battement clair (phase 1 Korotkoff) et le niveau diastolique lorsque le bruit disparaît (phase V Korotkoff).</td></tr>
</table>

Méthode standardisée de mesure de la PA - PECH	
Méthode auscultatoire (suite)	• **Continuer l'auscultation au moins jusqu'à 10 mm Hg sous la Phase V pour exclure un trou auscultatoire diastolique.** • Si les bruits de Korotkoff persistent jusqu'à un niveau près de 0 mm Hg, le point d'amortissement du son (phase IV Korotkoff) est utilisé pour indiquer la pression diastolique. • En cas d'arythmie, des mesures additionnelles sont requises pour estimer les pressions systolique et diastolique moyennes. Les extrasystoles isolées devraient être ignorées. • Laisser le brassard gonflé partiellement trop longtemps causera un remplissage du système veineux et rendra les sons difficiles à entendre. Pour éviter la congestion veineuse, il est recommandé **d'attendre au moins 1 minute entre deux lectures.**
Lectures de la PA	• Inscrire la mesure de la PA **à 2 mm Hg** près si prise sur un manomètre (ou à 1 mm Hg près sur un appareil électronique) ainsi que le **bras utilisé** et la **position** du patient, assise, debout ou couchée. • Éviter d'arrondir les chiffres vers le haut ou vers le bas. • Inscrire la fréquence cardiaque et s'il y a arythmie. • À la **première visite**, la PA devrait être prise au moins une fois aux **deux bras** et si un bras donne une lecture plus élevée de façon répétitive, on devrait noter ce fait, en informer le patient et se servir de ce bras par la suite pour la prise de la PA et son interprétation. • Prendre **au moins trois** lectures, **à une minute d'intervalle, sur le même bras, avec le patient dans la même position,** éliminer la première mesure et inscrire la moyenne des deux autres lectures au dossier.
Utilisation des lectures	• La mesure de la PA en **position assise** est utilisée pour déterminer le traitement de l'hypertension et pour en faire le suivi. • La mesure de la PA en **position debout** après 2 (**1 à 5)** minutes, (le bras étant soutenu) est utilisée pour évaluer l'hypotension orthostatique laquelle, si présente, peut modifier le traitement. À effectuer chez les patients > 65 ans, avec diabète, avec symptômes d'hypotension orthostatique • La mesure de la PA en **position couchée** peut être utile dans l'évaluation des patients âgés ou diabétiques.

N.B. Les instructions s'appliquent à la prise de PA avec un sphygmomanomètre et un stéthoscope; plusieurs étapes ne s'appliquent pas si on utilise un appareil électronique.

Mesure automatisée de la PA en cabinet -PECH
• Patient assis dans un endroit calme (sans période de repos spécifique) • Appareil ajusté pour prendre des mesures aux 1 ou 2 minutes • Première mesure prise par le professionnel pour valider la bonne position du brassard et la validité de la mesure • Patient ensuite laissé seul • L'appareil élimine la 1ère mesure et fait la moyenne des autres mesures (au moins 5 autres) • La méthode serait comparable à la MAPA de jour, résultat anormal si la PA ≥ 135/85 mm Hg

Dans notre clinique, nous adoptons :

☐ la méthode auscultatoire de mesure de la PA

☐ la méthode automatisée de mesure de la PA

☐ autre (préciser) :_____

Une session de formation sur la méthode standardisée de mesure de la PA à partir du DVD (Lyne Cloutier, *Mesure de la pression artérielle*, SQHA et UQTR, 2008) sera offerte aux professionnels :

☐ Oui

☐ Non

Le tableau qui suit présente les erreurs les plus fréquentes et leur incidence sur les valeurs de PA

Sources d'erreur	**Effets en mm Hg**	
	PAS	**PAD**
Vient de fumer	+6	+5
Vient de boire un café	+11	+5
Vient de prendre de l'alcool	+8	+8
Vessie distendue (envie d'uriner)	+15	+10
Mesure prise en parlant	+7	+8
Brassard trop petit	-8 à +10	+2 à +8
Brassard posé sur les vêtements	+ 5 à + 50	---
Bras du patient non soutenu	+1 à +7	+5 à +11
Dos du patient non soutenu	+6 à +10	---
Trou auscultatoire manqué	-10 à -50	---
Arrondissement à -5 ou -10	-10	---

Source: Reeves, Richard, *Does this patient have hypertension? : How to measure blood pressure*, JAMA, vol. 273 (15), 19 April 1995, pp 1211-1218

2.3 Indications de MAPA et d'automesure à domicile

Pour notre clinique, les indications pour utiliser la MAPA ou l'automesure à domicile sont :

☐ celles proposées par le PECH

☐ autre (préciser) :_____

RECOMMANDATIONS - PECH	
MAPA	**Automesure à domicile**
• Poser le diagnostic d'HTA après mesures élevées constatées en clinique. • Confirmer l'hypertension de « sarrau blanc » détectée par l'automesure à domicile. • Chez les patients traités qui présentent : ▪ résistance apparente au traitement pharmacologique ; ▪ symptômes d'hypotension ; ▪ variations dans les mesures prises en cabinet. • Toujours utiliser des appareils validés. *N.B. : Durant le sommeil, une baisse de PA inférieure à 10 % est associée à un **risque accru** d'événements cardiovasculaires.*	• Poser le diagnostic d'HTA après 2 mesures élevées constatées en clinique ou suspicion « d'hypertension de **sarrau blanc** » ou « **d'hypertension masquée** » (PA < 140/90 mm Hg au cabinet, 3 mesures prises au cours de 2 visites, et PA > 135/85 mm Hg à domicile, 3 mesures prises matin et soir pendant 2 jours). • Améliorer la normalisation de la PA. • Suivre les patients hypertendus (la mesure du matin doit être faite avant la prise du médicament), en particulier : ▪ Diabète ; ▪ maladie rénale chronique ; ▪ inobservance au traitement soupçonnée; ▪ « hypertension de sarrau blanc » confirmée ; ▪ hypertension masquée. • **Encourager** les patients hypertendus à utiliser un appareil **approuvé** et une **technique adéquate**. • Les appareils doivent être vérifiés régulièrement. • La **mesure de la PA à domicile** est un **indicateur** prévisionnel plus étroitement lié au **pronostic de maladie cardiovasculaire** que la mesure de la PA en cabinet. *N.B. Une vidéo sur l'enseignement de l'automesure peut être téléchargée à www.hypertension.ca*

La décision de recommander la MAPA ou l'automesure sera prise par :

☐ l'infirmière

☐ le médecin

☐ l'infirmière et le médecin

Les endroits pour orienter les patients pour une MAPA sont :

☐ la clinique

☐ autre : _____ Téléphone :_____

2.4 Enseignement sur l'automesure

Marche à suivre pour le diagnostic de l'HTA par automesure à domicile

- 2 mesures le matin ;
- 2 mesures le soir ;
- durant 7 jours ;
- éliminer les valeurs du jour 1 ;
- calculer la moyenne des valeurs des autres jours.

Conseils et enseignement au patient

- Enseigner au patient la technique de mesure de la PA et la réviser régulièrement.
- Renseigner le patient sur l'interprétation des résultats.
- Vérifier régulièrement en clinique la précision de l'appareil du patient avec un appareil calibré.
- Recommander l'achat d'un appareil de mesure de la PA répondant aux normes.

L'enseignement au patient sera fait par :

☐ l'infirmière

☐ le médecin

☐ l'infirmière et le médecin

☐ autre (préciser : pharmacien, nutritionniste, clinique ambulatoire, etc.) _____

Un carnet sera remis au patient pour y inscrire ses valeurs de PA :

☐ Oui

☐ Non

L'outil « *Conseil sur l'achat et l'utilisation d'un sphygmomanomètre à domicile pour automesure* – Mise à jour 2010 » (voir page suivante) sera remis au patient :

☐ oui

☐ non

Si oui, par :

☐ l'infirmière

☐ le médecin

☐ l'infirmière et le médecin

Conseils sur l'achat et l'utilisation d'un sphygmomanomètre à domicile pour automesure – PECH

Pourquoi mesurer soi-même sa PA ?

Dans certaines circonstances, on préfère vérifier soi-même sa PA. C'est votre cas si :

- vous désirez jouer un plus grand rôle dans le contrôle de votre HTA ;
- vous croyez que votre PA est élevée uniquement lorsque vous êtes dans le cabinet du médecin ou à la clinique ;
- vous croyez que votre PA est élevée uniquement lorsque vous êtes à l'extérieur du cabinet du médecin ;
- votre professionnel de la santé vous conseille de procéder ainsi.

Comment choisir et utiliser un appareil de mesure pour usage personnel ?

1. Avant d'acheter un appareil, discutez-en avec votre professionnel de la santé qui saura vous conseiller sur le type d'appareil correspondant à vos besoins (ex : conseils concernant la taille du brassard).
2. Choisissez un appareil de mesure automatisée de la PA (appareil électronique).

Appareils recommandés par le Programme Éducatif Canadien sur l'Hypertension

On retrouve un logo sur l'emballage des modèles qui répondent aux normes internationales* de mesure précise de la PA.

Fabricant	Modèles
A&D® ou LifeSource®	705, 767, 767PAC, 767Plus, 774, 774AC, 779, 787W, 787AC
Omron®	HEM-705 PC, HEM-711, HEM-741CINT
Microlife® ou Thermor®	BP 3BTO-A, BP 3AC1-1 PC, BP 3AC1-1 PC, BP 3AC1-2, BP 3AG1, BP 3BTO-1, BP 3BTO-A(2), BP 3BTO-AP, RM 100, BP A100 Plus, BP A 100

- Lisez attentivement le guide d'emploi. Demandez à votre professionnel de la santé de vous apprendre à bien l'utiliser et questionnez-le sur la marche à suivre si vos résultats sont anormaux.
- Apportez votre nouvelle acquisition à votre professionnel de la santé qui pourra déterminer si l'appareil vous donne des mesures semblables à celles que vous obtenez au bureau de votre médecin.

Mesure de la PA

Afin d'obtenir une mesure fiable, il faut :

- éviter de fumer et de boire du café au moins 30 minutes avant de prendre votre PA ;
- vider votre vessie et aller à la selle, si nécessaire; avant de prendre votre PA ;
- éviter de porter des manches serrées au moment de la prise de la PA ;
- vous asseoir tranquillement pendant au moins cinq minutes avant de commencer ;
- utiliser un brassard de la bonne taille ;
- être adossé à une chaise, avoir le bras soutenu de manière à ce qu'il soit à la hauteur du cœur ;
- avoir les pieds au sol et éviter de croiser les jambes ;
- rester silencieux avant et pendant la mesure ;
- mesurer au moins deux fois la PA à une minute d'intervalle.

Si vous vous sentez malade, stressé ou anxieux, ou qu'un événement particulier vient de se produire, si vous prenez des médicaments sans ordonnance, comme des sirops contre le rhume ou la toux, notez-le dans votre carnet avec votre résultat.

*Association pour l'avancement de l'instrumentation médicale (*Association for the Advancement of Medical Instrumentation-AAMI*), la Société britannique de l'hypertension artérielle (*British Hypertension Society-BHS*) et la Société européenne de l'hypertension artérielle (*European Society of Hypertension-ESH*).

2e PARTIE

3. Classification des valeurs de PA chez les adultes

4. Diagnostic d’HTA

5. Évaluation du patient

3. Classification des valeurs de la PA chez les adultes

Notre clinique retient la classification des valeurs de PA :

☐ proposée par le WHO-ISH (1999) et adoptée par le PECH

☐ autre (préciser) :_____

RECOMMANDATIONS WHO – ISH 1999*, adoptées par le PECH		
Classification des valeurs de la PA		
Catégorie	**PAS** mm Hg**	**PAD** mm Hg**
Optimale	< 120	< 80
Normale	< 130	< 85
Normale élevée	130-139	85-89
Hypertension Grade 1 (légère) Sous-groupe : limite	140-159 140-149	90-99 90-94
Hypertension Grade 2 (modérée)	160-179	100-109
Hypertension Grade 3 (sévère)	≥ 180	≥ 110
Hypertension systolique isolée Sous-groupe : limite	≥ 140 140-149	< 90 < 90

* *SUBCOMMITTEE OF THE WORLD HEALTH ORGANISATION - INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION (WHO-ISH),« 1999 World Health Organisation-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension », Journal of Hypertension, vol. 17, no 2, 1999, p. 151-183.*

** ***Quand la pression systolique et la pression diastolique d'un patient sont de catégories différentes, la catégorie la plus élevée devrait s'appliquer***

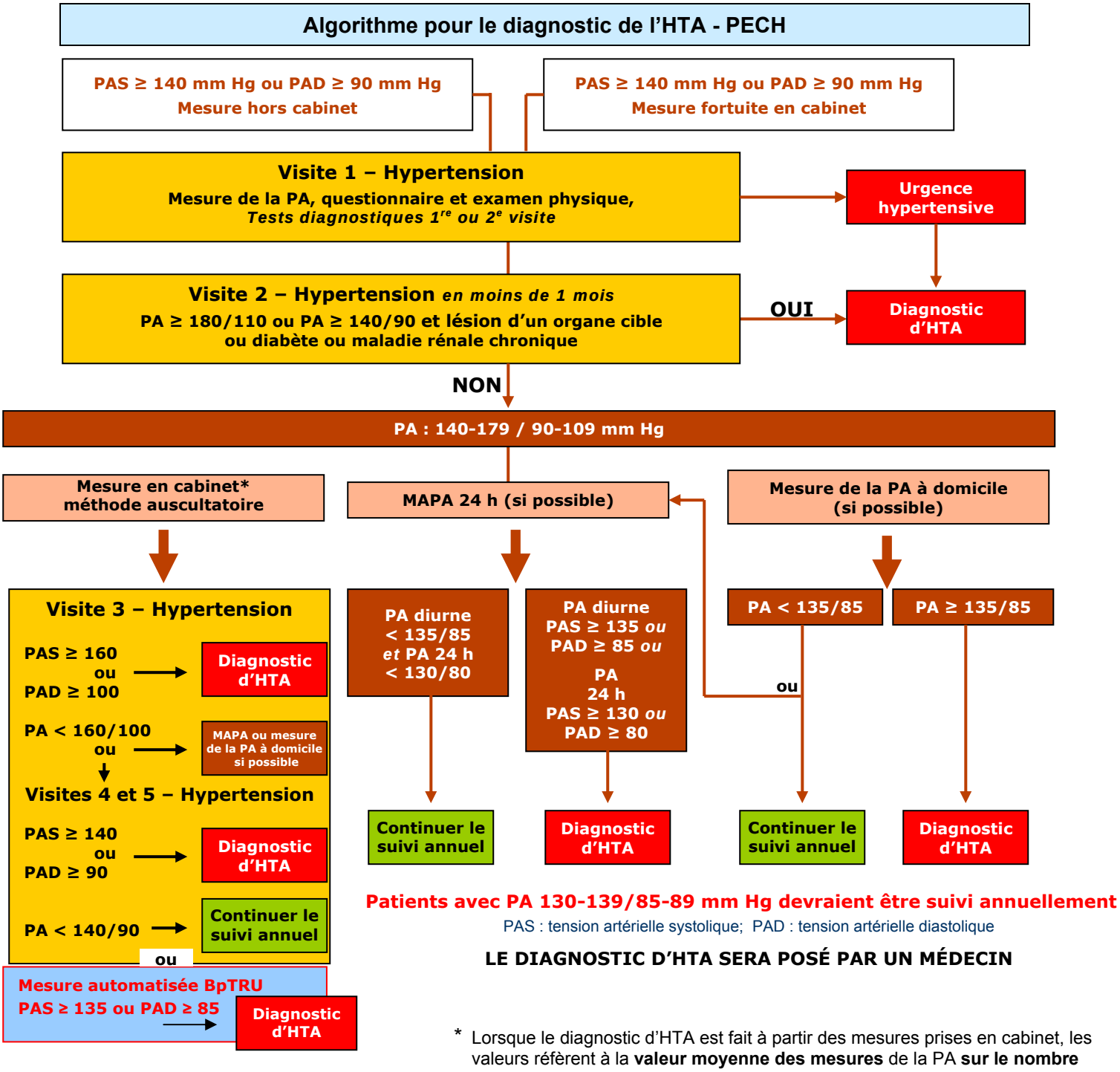
4. Diagnostic de l'HTA

4.1 Algorithme diagnostique

Notre clinique retient, comme procédure diagnostique :

☐ l'algorithme proposé par le PECH

☐ autre (préciser) : _____



* Lorsque le diagnostic d'HTA est fait à partir des mesures prises en cabinet, les valeurs réfèrent à la **valeur moyenne des mesures** de la PA **sur le nombre total des visites** et non seulement aux valeurs de la dernière visite.

Source : Recommandations 2010 du Programme Éducatif Canadien sur l'Hypertension

4.2 Urgence hypertensive

Conditions associées à l'urgence hypertensive selon PECH

Exemples de crises hypertensives et de situations d'urgence.

- PAD asymptomatique ≥ 130 mm Hg
- Encéphalopathie hypertensive
- Dissection aigüe de l'aorte
- Insuffisance ventriculaire gauche aigüe
- Ischémie aigüe du myocarde

Définitions d'urgence hypertensive et conduite en fonction des valeurs de PA*				
Diagnostic	**PAS mm Hg**		**PAD mm Hg**	**Conduite**
Hypertension grave	≥ 180	et/ou	≥ 110	Patients asymptomatiques : • faire investigation ; suivi dans les jours prochains et faire voir au médecin de garde pour commencer le traitement à la 2e visite, post tests de laboratoire. Patients symptomatiques ou avec atteinte d'organes cibles, faire voir au médecin de garde.
Hypertension accélérée ou maligne**	> 210-230	et/ou	> 120-130	Si complications aigües ou imminentes des organes cibles, **urgence hypertensive véritable :** transfert hospitalier, aux soins intensifs si possible. Si pas d'évidence de complications aigües ou imminentes des organes cibles, **urgence hypertensive relative :** transfert hospitalier. **Une fois la PA stabilisée, compléter l'investigation.**

* Les valeurs varient en fonction de l'atteinte d'organes cibles.

** L'HTA est maligne si le fond d'œil présente un papillœdème accompagné d'exsudats et d'hémorragies; elle est accélérée s'il y a exsudats et hémorragies sans papillœdème.

Source : Hypertension Guide thérapeutique, SQHA, 2007

Approche recommandée selon *Hypertension* Guide thérapeutique, SQHA, 2007

- **Hypertension grave et *patient asymptomatique***
  - Faire l'évaluation de base décrite au point 5 du protocole (directive) concernant l'évaluation du patient.
- **Hypertension accélérée ou maligne ou HTA grave et *patient symptomatique***
  - Pour chacun des éléments suivants, cocher la case appropriée afin de préciser « qui fait quoi » :

« I » pour l'infirmière **« M »** pour le médecin **« I et M »** pour l'infirmière et le médecin

Mesures générales : si PAS > 210-230 mm Hg et PAD > 120-130 mm Hg	**I**	**M**	**I et M**
Coucher le patient dans un endroit calme avec lumière tamisée (si disponible)	☐	☐	☐
Prévenir le médecin de garde	☐	☐	☐
Donner de l'oxygène 100 % avec masque (si disponible)	☐	☐	☐
Procéder au transfert en ambulance	☐	☐	☐
Questionnaire	**I**	**M**	**I et M**
Histoire d'HTA	☐	☐	☐
Médicaments prescrits et non prescrits, antihypertenseur, arrêt ou oubli récent, anti-inflammatoires non-stéroïdiens, amphétamines, décongestionnants, drogues (cocaïne, PCP, etc.), alcool	☐	☐	☐
Histoire d'atteinte d'organes cibles : infarctus du myocarde, AVC, etc.	☐	☐	☐
Symptômes récents de détérioration de l'atteinte des organes cibles	☐	☐	☐
Symptômes présents : ICT, douleur rétrosternale, dyspnée, orthopnée	☐	☐	☐
Autre : crises d'anxiété aiguë ou de panique, douleur importante, etc.	☐	☐	☐
Examen physique	**I**	**M**	**I et M**
Signes vitaux : pouls, PA, RR, T°	☐	☐	☐
Prise de la PA aux deux bras de façon répétée, en position assise ou couchée	☐	☐	☐
Fond d'œil : œdème papillaire, exsudats, hémorragie	☐	☐	☐
Examen neurologique sommaire	☐	☐	☐
Examen cardio-pulmonaire : arythmie, souffles	☐	☐	☐
Examen vasculaire : souffles carotidiens, abdominal et fémoraux, pouls périphériques	☐	☐	☐
Tests	**I**	**M**	**I et M**
ECG	☐	☐	☐
Radiographie pulmonaire	☐	☐	☐
Créatinine, électrolytes	☐	☐	☐
FSC (hémolyse sur frottis)	☐	☐	☐
LDH	☐	☐	☐
Analyse d'urine et microscopie	☐	☐	☐
Autre(s)	☐	☐	☐

Pour la marche à suivre en cas d'urgence hypertensive, notre clinique retient :

☐ les recommandations de *Hypertension* Guide thérapeutique- SQHA 2007

☐ autre (préciser) :_____

5. Évaluation du patient

5.1 Évaluation de base

L'évaluation de base comporte cinq éléments :

1. questionnaire et examen physique ;
2. recherche de l'atteinte des organes cibles ;
3. recherche de facteurs de risque cardiovasculaire d'athérosclérose ;
4. calcul du risque cardiovasculaire ;
5. tests diagnostiques de base .

5.1.1. Questionnaire et examen physique

Pour chacun des éléments suivants, cocher la case appropriée afin de préciser « qui fait quoi » :

« I » pour l'infirmière **« M »** pour le médecin **« I et M »** pour l'infirmière et le médecin

Questionnaire	**I**	**M**	**I et M**
Symptômes	☐	☐	☐
Antécédents personnels et familiaux	☐	☐	☐
Habitudes de vie : consommation de sel, d'alcool, de matières grasses, tabagisme, activité physique, gain de poids	☐	☐	☐
Consommation de médicaments ou présence d'autres facteurs susceptibles de provoquer ou aggraver la PA	☐	☐	☐
Évaluation des facteurs psychosociaux et environnementaux	☐	☐	☐
Autre (préciser)	☐	☐	☐

Exemples de facteurs exogènes pouvant provoquer ou aggraver l'HTA - PECH	
Médicaments d'ordonnance	• Anti-inflammatoires non stéroïdiens • Corticostéroïdes et stéroïdes anabolisants • Contraceptifs oraux et hormones sexuelles • Vasoconstricteurs/décongestionnants sympathomimétiques • Inhibiteurs de la calcineurine (cyclosporine, tacrolimus) • Érythropoïétine et substances analogues • Antidépresseurs : IMAO, ISRS, IRSN* • Midodrine
Autres substances ou problèmes	• Racine de réglisse • Stimulants, dont la cocaïne • Sel • Quantités excessives d'alcool/abus d'alcool

*IMAO : inhibiteurs de la monoamine oxydase ; ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ; IRSN : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline.

Pour chacun des éléments suivants, cocher la case appropriée afin de préciser « qui fait quoi » :

« I » pour l'infirmière **« M »** pour le médecin **« I et M »** pour l'infirmière et le médecin

Examen physique	**I**	**M**	**I et M**
Mesure de la PA	☐	☐	☐
Examen pulmonaire	☐	☐	☐
Fond d'œil	☐	☐	☐
Examen de l'abdomen	☐	☐	☐
IMC et tour de taille	☐	☐	☐
Palpation des pouls	☐	☐	☐
Recherche de souffles	☐	☐	☐
Examen neurologique sommaire	☐	☐	☐
Examen cardiovasculaire	☐	☐	☐

5.1.2. Recherche de l'atteinte des organes cibles

Notre clinique retient, pour la recherche d'atteinte des organes cibles :

☐ le modèle proposé par le PECH

☐ autre (préciser) :_____

Exemples de lésions d'organes cibles – PECH

Maladie vasculaire cérébrale
 	
• Accidents vasculaires :
  o Accident ischémique et ischémie cérébrale transitoire
  o Hémorragie intracérébrale
  o Hémorragie anévrysmale sous arachnoïdienne
• Démence :
  o Démence vasculaire
  o Démence vasculaire mixte et démence de type Alzheimer
 	
Rétinopathie hypertensive
 	
Dysfonctionnement ventriculaire gauche
 	
• Hypertrophie ventriculaire gauche
 	
Coronaropathie
 	
• Infarctus du myocarde,
• angine de poitrine,
• insuffisance cardiaque
 	
Néphropathie chronique
 	
• Néphropathie hypertensive (TFG*<60ml/min/1,73 m2)
• Albuminurie
 	
Maladie artérielle périphérique
 	
• Claudication intermittente
• Index tibio-huméral ≤ 0,9
 	
* TFG : taux de filtration glomérulaire

La recherche de l'atteinte des organes cibles sera faite par :

☐ l'infirmière

☐ le médecin

☐ l'infirmière et le médecin

5.1.3. Recherche de facteurs de risque cardiovasculaire d'athérosclérose

Facteurs de risque cardiovasculaire d'athérosclérose- PECH
3 facteurs de risque non modifiables • Vieillissement, âge ≥ 55 ans • Sexe masculin • Antécédents familiaux de MCV prématurée (< 55 ans chez les hommes et < 65 ans chez les femmes) **7 facteurs de risque modifiables** • Sédentarité • Mauvaises habitudes alimentaires • Obésité abdominale • Dysglycémie (Intolérance au glucose ou diabète) • Tabagisme • Dyslipidémie • Stress • Non observance **Atteinte des organes cibles** • Hypertrophie ventriculaire gauche • Microalbuminurie ou protéinurie • Néphropathie chronique (taux de filtration glomérulaire <60 ml/min/1,73m^2) **Présence de maladie vasculaire athérosclérotique** • AVC ou ICT antérieurs • Maladie coronarienne • Maladie artérielle périphérique

La recherche des facteurs de risque sera faite par :

☐ l'infirmière

☐ le médecin

☐ l'infirmière et le médecin

5.1.4. Évaluation du risque cardiovasculaire

Pour l'évaluation du risque cardiovasculaire, notre clinique retient :

☐ les recommandations du PECH

☐ autre (préciser) :_____

Évaluation du risque cardiovasculaire - PECH
• Le risque cardiovasculaire global devrait être évalué. Des modèles multifactoriels d'évaluation du risque peuvent être utilisés pour prédire de façon plus précise le risque cardiovasculaire global d'un patient et pour optimiser le traitement antihypertenseur. (Exemple : grille de Framingham, SCORE) • Attention à l'interprétation : le risque calculé peut être influencé par divers autres facteurs : âge du patient près d'une autre catégorie, évidence préclinique d'athérosclérose à l'imagerie, histoire familiale sévère (risque x 1,4), obésité et tour de taille ≥ 102 cm (H) et ≥ 88 cm (F), diabète (risque x 2 chez H et x 4 chez F), triglycérides ↑, niveau élevé de protéine C réactive, fibrinogène, homocystéine, Apolipoprotéine B ou Lp(a). • Le patient devrait être informé de son risque global pour améliorer l'efficacité des mesures de modifications des facteurs de risque. • La mesure de l'index tibio-huméral augmente la précision de l'évaluation du risque cardiovasculaire.

Le calcul du risque cardiovasculaire sera évalué à l'aide de l'outil suivant :

☐ Évaluation du risque d'événement coronarien : Grille de Framingham

☐ Évaluation du risque de mortalité par MCV : SCORE

☐ autre (préciser) :_____

L'évaluation du risque cardiovasculaire sera faite par :

☐ l'infirmière

☐ le médecin

☐ l'infirmière et le médecin

5.1.5. Tests diagnostiques de base

Pour notre clinique nous retenons :

☐ les recommandations du PECH

☐ autre (préciser) :_____

Tests diagnostiques de base - PECH
• Analyse d'urine • Chimie sanguine (potassium, sodium, créatinine) • Glycémie à jeun • Bilan lipidique à jeun : cholestérol total, HDL, LDL, triglycérides • ECG standard à 12 dérivations **En présence de diabète** • Dosage de l'albumine urinaire *N.B. - La FSC n'est plus recommandée depuis 2007.* *- L'échographie cardiaque n'est pas recommandée systématiquement. Si suspicion de dysfonction ventriculaire gauche, maladie coronarienne ou insuffisance cardiaque, évaluation en échographie ou en médecine nucléaire.* **Pour le suivi :** • **Répéter les tests de laboratoire** suivant la **condition** clinique du patient. • **Surveiller tous les patients hypertendus pour une nouvelle apparition du diabète.** Le diabète se développe chez 1 à 3 %/an des hypertendus avec traitement pharmacologique**.** Risque plus élevé si obésité, sédentarité, glycémie à jeun plus élevée, mauvaises habitudes alimentaires, traités avec diurétiques ou BB. Répéter la glycémie à jeun plus fréquemment selon le cas**.**

Les tests diagnostiques seront demandés par :

☐ l'infirmière, selon une ordonnance collective

☐ le médecin

☐ l'infirmière et le médecin

Voir la 4e partie du protocole sur l'**Ordonnance collective** : Initier des analyses de laboratoire et des examens recommandés en lien avec le dépistage et le suivi de l'HTA.

5.2 Évaluation complémentaire chez le patient hypertendu

Tests diagnostiques pour la recherche de causes identifiables d'hypertension secondaire - PECH	
HYPERTENSION RÉNOVASCULAIRE	
Indices cliniques (au moins 2)	**Tests**
- Apparition ou aggravation soudaines après 55 ans ou avant 30 ans - Présence d'un souffle abdominal - Résistance au traitement pharmacologique même avec polypharmacie (≥ 3 agents) - Élévation du taux de créatinine ≥ 30 % associée à l'usage d'un I-ECA* ou d'un ARA** - Autre maladie athéroscléreuse chez patients fumeurs ou avec dyslipidémie - Oedème pulmonaire récurrent associé à des hausses subites de PA	- Scintigraphie rénale au captopril si TFG > 60 ml/min/1,73m^2 - Échographie Doppler - Angiographie par résonance magnétique - Angiographie sous tomographie si fonction rénale normale (à éviter dans le cas des patients ayant une maladie rénale chronique en raison des risques de toxicité des produits de contraste (i.e. TFG < 60 ml/min/1,73 m^2)
HYPERTENSION ENDOCRINIENNE	
Phéochromocytome	
Indices cliniques	**Tests**
- HTA paroxystique ou grave et prolongée (PA ≥ 180/110 mm Hg), rebelle au traitement antihypertenseur habituel - Symptômes évoquant un excès de catécholamines : céphalées, palpitations, transpirations, crises de panique, pâleur - HTA induite par bêtabloquants, IMAO***, mictions ou modification de pression abdominale - HTA associée à masse surrénalienne découverte fortuitement, polyadénomatose endocrinienne 2A ou 2B, neurofibromatose ou angiomatose de von Hippel-Lindau N.B. Patient devrait être référé dans un centre spécialisé en HTA.	- Dosage des métanéphrines totales et créatinine dans les urines de 24 heures et rapport métanéphrines/créatinine - Dosage catécholamines et métanéphrines totales et fractionnées plasmatiques (dans peu de laboratoire) - Dosage de l'AVM : inadéquat En présence de résultats douteux, répéter les tests ou faire le test de suppression à la clonidine. En présence de tests positifs, localiser le phéochromocytome par l'un des tests suivants : 1. imagerie par résonnance magnétique (préférable) 2. Tomographie 3. Scintigraphie à l'Iode 131
Hyperaldostéronisme	
Indices cliniques	**Tests**
- HTA avec hypokaliémie spontanée (K^+ < 3,5 mmol/L) - HTA et forte hypokaliémie induite par diurétique (K^+ < 3 mmol/L) - HTA résistante au traitement associant au moins 3 antihypertenseurs - HTA avec diagnostic fortuit d'adénome surrénalien	- Dosage de l'aldostérone plasmatique et de l'activité de la rénine plasmatique (cesser les antihypertenseurs suivants : antagonistes de l'aldostérone, bloquants des récepteurs de l'angiotensine, bêtabloquants et clonidine) - Si positif, démontrer hypersécrétion inappropriée par manœuvres spécifiques (test de suppression au captopril ou avec fludrocortisone, test de surcharge saline, etc.) - Si positif, localiser la lésion par tomographie ou résonnance magnétique

*I-ECA : inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine.
**ARA : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine.
***IMAO : inhibiteur de la monoamine oxydase

3e PARTIE

6. Traitement de l'HTA

- 6.1 Valeurs cibles
- 6.2 Traitement non pharmacologique
- 6.3 Traitement pharmacologique

7. Suivi de l'HTA

- 7.1 Fréquence des suivis
- 7.2 Observance du traitement
- 7.3 Documentation à remettre au patient

6. Traitement de l'HTA

6.1 Valeurs cibles

Notre clinique retient les valeurs cibles en fonction des conditions cliniques particulières :

☐ proposées par le PECH

☐ autre (préciser) :_____

RECOMMANDATIONS - PECH	
Valeurs cibles selon des conditions cliniques particulières	
Conditions	**Valeurs cibles en mm Hg**
Hypertension systolique	< 140
Hypertension diastolique	< 90
Diabète	< 130/80
Néphropathie	< 130/80

Les valeurs cibles à atteindre seront discutés avec chaque patient :

☐ oui

☐ non

Cette discussion sera conduite par :

☐ l'infirmière

☐ le médecin

☐ l'infirmière et le médecin

Les valeurs à atteindre seront inscrites au dossier du patient et dans son carnet par :

☐ l'infirmière

☐ le médecin

☐ l'infirmière et le médecin

6.2 Traitement non pharmacologique

Modifications des habitudes de vie et effets sur la PA - PECH			
Sujet	**Objectif**	**Recommandation**	**Réduction de la PA***
Saine alimentation	Diète de type DASH : • Régime alimentaire riche en fruits et en légumes frais, en produits laitiers faibles en gras, riche en fibres alimentaires solubles et en grains entiers, en protéines d'origine végétale (ex : soya) et en aliments à faible teneur en gras saturés et en cholestérol tel que recommandé par le **Guide alimentaire canadien.**	À prescrire aux patients hypertendus et normotendus en vue de prévenir et de traiter l'hypertension.	-11,4/-5,5 mm Hg pour les hypertendus -3,6/-1,8 mm Hg pour les normotendus
Consommation réduite en sodium	Limiter l'apport en sodium à : -1500 mg/j chez les 19-50 ans (65 mmol) -1300 mg/j de 51 à 70 ans (57 mmol) -1200mg/j de 71 ans et + (52 mmol) 2300 mg de sodium = 6 g de sel **= 1 c. à thé de sel**	À prescrire aux patients hypertendus et normotendus en vue de prévenir et de traiter l'hypertension.	Réduction de 1800 mg de sodium = -5,1/-2,7mmHg Réduction de 2300 mg de sodium = -7,2/3,8mmHg
Accroissement de l'activité physique	Au total, accumulation de 30 à 60 minutes d'exercice dynamique, d'intensité modérée (ex : marche, bicyclette et natation), 4 à 7 jours par semaine, en plus des activités de la vie quotidienne. Un exercice plus intense n'est pas plus efficace pour réduire la PA mais peut par contre entraîner d'autres bienfaits cardiovasculaires.	À prescrire aux patients hypertendus et normotendus en vue de prévenir et de traiter l'hypertension.	-4,9/-3,7 mm Hg
Perte de poids	Déterminer l'IMC chez tous les adultes. Atteinte/maintien d'un **IMC santé** = 18,5 à 24,9 kg/m^2). **Tour de taille** • **Caucasiens, Africains sub-sahariens, population du Moyen-Orient :** H < 94 cm et F< 80 cm. • **Asiatiques du sud, Chinois, Japonais :** H < 90 cm et F < 80 cm.	Il faut recommander une perte de poids à tous les patients hypertendus qui ont un surplus de poids. Favoriser une démarche multidisciplinaire de perte de poids, notamment en amenant le patient à mieux s'alimenter, à être plus actif physiquement, en utilisant une approche cognitivo-comportementale.	par kilo perdu, -1,1/-0,9 mm Hg
Modération de la consommation d'alcool	Limiter à 2 consommations standard par jour ou moins ; H < 14 consommations/semaine et F < 9 consommations/semaine. Une consommation d'alcool équivaut à : - 150 ml (5 oz) de vin à 12 % d'alcool; - 340 ml (12 oz) de bière à 5 % d'alcool; - 45 ml (1,5 oz) de spiritueux à 40 % d'alcool	À prescrire aux patients hypertendus et normotendus en vue de prévenir et de traiter l'hypertension.	Réduction de 3,6 consommations par jour = -3,9/-2,4 mm Hg
Diminution du stress	Les interventions cognitivo-comportementales personnalisées donnent de meilleurs résultats lorsque s'y greffent des techniques de relaxation.	Techniques de gestion du stress pour certains patients.	
Abandon du tabac	S'abstenir de fumer. Vivre dans un milieu sans fumée.	Stratégie de réduction du risque cardiovasculaire global.	

* Padwal et al, CMAJ, sept.27, 2005; 173 (7): 749-751

Dans notre clinique, l'information et la recommandation visant la modification des habitudes de vie comme traitement initial de l'HTA seront assurées par :

☐ l'infirmière

☐ le médecin

☐ l'infirmière et le médecin

Les patients seront informés des habitudes de vie à modifier et de l'incidence que celles-ci peuvent avoir sur leur PA. Ils seront encouragés à choisir une habitude de vie à modifier (une à la fois) et seront soutenus pour maintenir le changement :

☐ oui

☐ non

La motivation du patient au regard des changements à apporter dans ses habitudes de vie sera évaluée. L'évaluation sera faite par :

☐ l'infirmière

☐ le médecin

☐ l'infirmière et le médecin

Le soutien sera assuré par :

☐ l'infirmière

☐ le médecin

☐ l'infirmière et le médecin

☐ autres ressources (ex. : nutritionniste, kinésiologue, etc.)

_____

Des outils seront offerts aux patients en fonction de leur choix :

☐ oui

☐ non

6.3 Traitement pharmacologique

Notre clinique retient les recommandations pharmacologiques :

☐ formulées par le PECH et présentées dans le tableau 1

☐ autre (préciser) :_____

Tableau 1 : Recommandations de traitement pharmacologique selon les valeurs de la PA, l'atteinte des organes cibles et la présence d'autres facteurs de risques - PECH	
Valeurs de PA, facteurs de risque ou atteinte des organes cibles	**Recommandations**
Patient à **faible risque** avec PA **140-159/90-99 mm Hg**	Changement des **habitudes de vie**
Patient à **faible risque** avec PA ≥ **160/**≥ 100 **mm Hg**	Changement des **habitudes de vie** et **pharmacothérapie**
Patient **avec autres facteurs de risque de MCV** (90% des Canadiens) et **PA 140-159/90-99 mm Hg**	Changement des **habitudes de vie** et **pharmacothérapie**
Patient **avec atteinte d'organes** cibles et **PA 140-159/90-99 mm Hg**	Changement des **habitudes de vie** et **pharmacothérapie**
Patient avec **diabète** ou **maladie rénale chronique** et **PA ≥ 130/80 mm Hg**	Changement des **habitudes de vie** et **pharmacothérapie** jusqu'à **l'atteinte des valeurs cibles**

*N.B. Tous les patients dont la PA répond aux critères mentionnés plus haut doivent être traités **quelque soit leur âge.***

Considérer une **combinaison de 2 médicaments de première intention** si la PA systolique est supérieure à la valeur cible **systolique** de **20 mm Hg** ou **diastolique** de **10 mm Hg**. Attention à l'hypotension orthostatique, en particulier chez les personnes âgées.

Les tableaux 2 et 3 sont présentés à titre informatif. Le tableau 2 résume les recommandations du PECH pour les traitements pharmacologiques en fonction de diverses conditions cliniques et le tableau 3 souligne les associations optimales des médicaments antihypertenseurs.

Tableau 2 : Recommandations pharmacologiques selon la condition clinique -PECH

Facteurs à considérer pour l'individualisation du traitement antihypertenseur	Traitement initial	Traitement de deuxième intention	Remarques et mises en garde
HYPERTENSION SANS MALADIE COEXISTANTE Cible : < 140/90 mm Hg			
Hypertension diastolique +/- systolique	Diurétiques thiazidiques, bêtabloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (I-ECA), antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA) ou bloquants des canaux calciques (BCC) à longue durée d'action (envisager l'AAS et les statines chez certains patients). Envisager, dès le départ, un traitement par association de deux médicaments de première intention si la PA systolique est ≥ 20 mm Hg ou si la PA diastolique est ≥ 10 mm Hg au-dessus des valeurs cibles.	Association de médicaments de première intention	Les bêtabloquants ne sont pas recommandés en monothérapie initiale pour les patients âgés de 60 ans ou plus. Pour les patients prenant des diurétiques en monothérapie, l'hypokaliémie doit être évitée par l'utilisation d'agents d'épargne potassique. Les I-ECA ne sont pas recommandés pour les patients de race noire. Les I-ECA, les ARA et les inhibiteurs directs de la rénine sont possiblement tératogènes et il faut faire preuve de prudence chez les femmes en âge de procréer. La combinaison d'un I-ECA et d'un ARA est spécifiquement non recommandée. La prudence est de mise dans le cas des patients chez lesquels un traitement d'association initial serait susceptible d'entraîner une chute de pression importante ou chez ceux qui pourraient mal le tolérer (p. ex., les personnes âgées).
Hypertension systolique isolée	Diurétiques thiazidiques, ARA ou BCC de type dihydropyridine à longue durée d'action.	Association de médicaments de première intention.	Mêmes remarques que pour l'hypertension diastolique +/- systolique.
DIABÈTE cible : < 130/80 mm Hg			
Diabète avec albuminurie*	I-ECA ou ARA	Ajout de diurétiques thiazidiques, bêtabloquants cardiosélectifs, BCC à longue durée d'action.	Si le taux de créatinine sérique est > 150 µmol/L, substituer un diurétique de l'anse aux diurétiques thiazidiques à faible dose, en cas d'hypervolémie.
Diabète sans albuminurie*	I-ECA, ARA, BCC de type dihydropyridinique ou diurétiques thiazidiques.	Association de médicaments de première intention ou, si les médicaments ne sont pas tolérés, ajout de bêtabloquants cardiosélectifs et/ou BCC à action prolongée non dihydropyridiniques.	La combinaison d'un I-ECA et d'un ARA est spécifiquement non recommandée.

*Albuminurie est défini comme un ratio persistant albumine/créatinine >2,0mg/mmol chez H et > 2,8mg/mmol chez F

Tableau 2 : Recommandations pharmacologiques selon la condition clinique (suite)

MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET CÉRÉBROVASCULAIRES cible : < 140/90 mm Hg			
Angine	I-ECA ou ARA sauf chez les patients à faible risque. Bêtabloquants pour patients avec angine stable.	BCC à longue durée d'action. Pour patients à risque élevé, si combinaison, IECA et BCC dihydropyridinique.	Éviter la nifédipine à courte durée d'action. La combinaison d'un I-ECA et d'un ARA est spécifiquement non recommandée.
Antécédents d'infarctus du myocarde	Bêtabloquants et I-ECA (ARA en cas d'intolérance aux I-ECA).	BCC à longue durée d'action dihydropyridinique.	La combinaison d'un I-ECA et d'un ARA est spécifiquement non recommandée.
Insuffisance cardiaque	I-ECA (ARA en cas d'intolérance aux I-ECA) et bêtabloquants. Spironolactone chez les patients présentant des symptômes d'insuffisance cardiaque de classe III ou IV selon la classification de la NYHA.	ARA en plus d'IECA. Combinaison de hydralazine/dinitrate d'isosorbide Diurétiques thiazidiques ou diurétiques de l'anse comme traitement d'appoint.	Adapter la posologie de manière à administrer les mêmes doses d'I-ECA ou d'ARA que celles utilisées dans les essais cliniques. Éviter les BCC de type non dihydropyridinique (diltiazem, verapamil). Si un I-ECA est administré en association avec un ARA, il faut surveiller le taux de potassium et la fonction rénale.
Hypertrophie ventriculaire gauche	Aucune influence sur les recommandations concernant le traitement initial.	Association d'agents additionnels.	L'hydralazine et le minoxidil peuvent augmenter l'hypertrophie ventriculaire gauche et ne doivent pas être utilisés.
Antécédents d'AVC ou d'ICT	Association d'I-ECA et diurétique.	Association d'agents additionnels.	La recommandation ne s'applique pas aux accidents vasculaires cérébraux en phase aiguë. L'abaissement de la PA diminue le risque de récidive d'AVC chez les patients stabilisés. La combinaison d'un I-ECA et d'un ARA est spécifiquement non recommandée.
NÉPHROPATHIE CHRONIQUE NON DIABÉTIQUE cible : <130/80 mm Hg			
Insuffisance rénale chronique non diabétique avec protéinurie (protéines urinaires > 500 mg/24 h ou RAC > 30 mg/mmol)	I-ECA (ARA si intolérance aux I-ECA). Diurétiques thiazidiques en traitement d'appoint.	Association d'agents additionnels.	Les I-ECA ou les ARA sont déconseillés en cas de sténose bilatérale des artères rénales ou de sténose unilatérale sur un rein unique. Suivre de près les taux de créatinine et de potassium sérique chez les patients sous I-ECA ou ARA. La combinaison d'un I-ECA et d'un ARA est spécifiquement non recommandée chez les personnes ayant une insuffisance rénale sans protéinurie.
Maladie rénovasculaire	Aucune influence sur les recommandations concernant le traitement initial	Association d'agents additionnels	I-ECA et ARA sont déconseillés en cas de sténose bilatérale des artères rénales ou de sténose unilatérale sur un rein unique.
AUTRES MALADIES cible : <140/90 mm Hg			
Maladie artérielle périphérique	Aucune influence sur les recommandations concernant le traitement initial.	Association d'agents additionnels.	Éviter les bêtabloquants en cas de maladie grave.
Dyslipidémie	Aucune influence sur les recommandations concernant le traitement initial.	Association d'agents additionnels.	
Protection vasculaire globale	• **Statines** pour les patients présentant **3 facteurs** de risque cardiovasculaires ou plus, ou atteints d'une maladie athérosclérotique. • AAS à faible dose chez les patients hypertendus dont la PA est maîtrisée.		Considérer les facteurs de risque suivants : sexe masculin, HVG, autres anomalies à l'ECG, maladie artérielle périphérique, AVC antérieur ou ICT, microalbuminurie ou protéinurie, diabète type 2, tabagisme, histoire familiale précoce, ratio chol. tot/HDL chol ≥ 6. Il faut se montrer prudent avec AAS si la PA n'est pas maîtrisée.

Tableau 3 : Associations optimales de médicaments antihypertenseurs	
Associer un agent de la colonne 1 à un agent de la colonne 2	
Colonne 1	**Colonne 2**
Diurétique thiazidique	I-ECA
BCC à longue durée d'action*	Bêtabloquant * ARA
*La prudence s'impose quand un BCC ne faisant pas partie de la classe des dihydropyridines est associé à un bêtabloquant.	

*N.B. Combinaison d'un BB, IECA. ARA ou antagoniste de rénine **n'ajoute pas d'effets hypotenseurs.***
*Combinaison d'un IECA et ARA ne diminue pas les événements CV davantage qu'un **IECA seul et présente plus d'effets adverses, donc non recommandée*** **(PECH 2010)**

L'ajustement du dosage des médicaments antihypertenseurs sera fait par :

☐ l'infirmière, selon une ordonnance collective

☐ le médecin

☐ l'infirmière et le médecin

7. Suivi de l'HTA

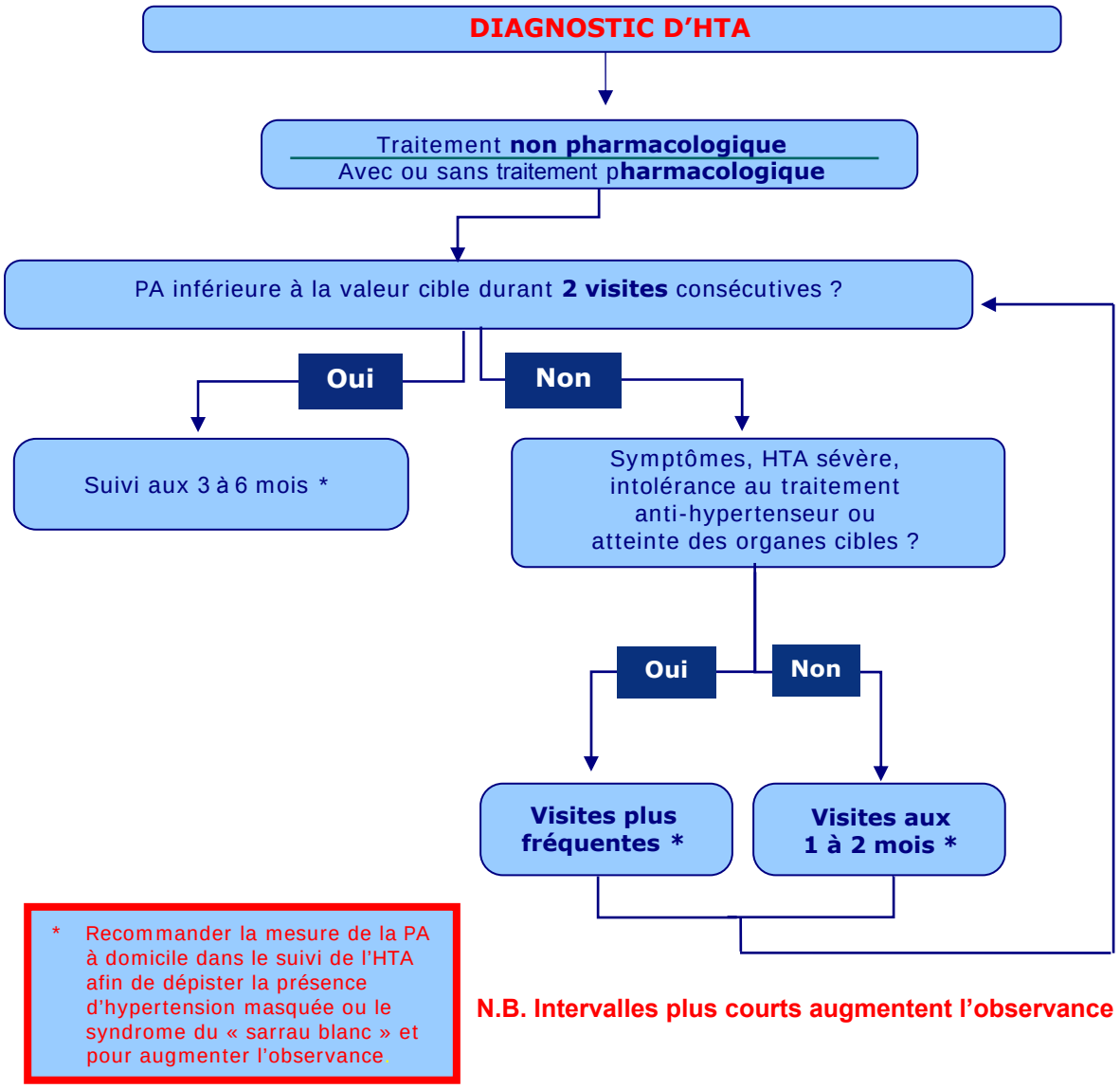
7.1 Fréquence des suivis

Pour la fréquence des suivis, notre clinique retient :

☐ recommandations du PECH présentées à la figure 1

☐ autre (préciser) :_____

Figure 1 : Recommandations relatives au suivi



Source : PECH 2010

Raisons pouvant expliquer une piètre réponse aux traitements* - PECH
Non-observance Alimentation Médicament **Caractéristiques associées** Obésité Tabagisme Consommation excessive d'alcool Apnée du sommeil Douleur chronique et/ou maladie mentale **Interactions médicamenteuses** Anti-inflammatoires non stéroïdiens (incluant les inhibiteurs de la cyclo-oxygénase [COX 2]) Contraceptifs oraux Corticoïdes et stéroïdes anabolisants Agents sympathomimétiques et décongestionnants, cocaïne Amphétamines Érythropoïétine Cyclosporine, tacrolimus Réglisse Suppléments alimentaires en vente libre (p. ex. : éphédra, extrait de Ma Haung, orange amère) IMAO, ISRS, IRSN **Schémas thérapeutiques sous-optimaux** Dose trop faible Association inappropriée d'antihypertenseurs **Surcharge volémique** Consommation excessive de sel Rétention sodique rénale (pseudo-tolérance) **Hypertension secondaire** Insuffisance rénale Maladie rénovasculaire Hyperaldostéronisme primaire Maladie thyroïdienne Phéochromocytome et autres troubles endocriniens rares Apnée du sommeil obstructive

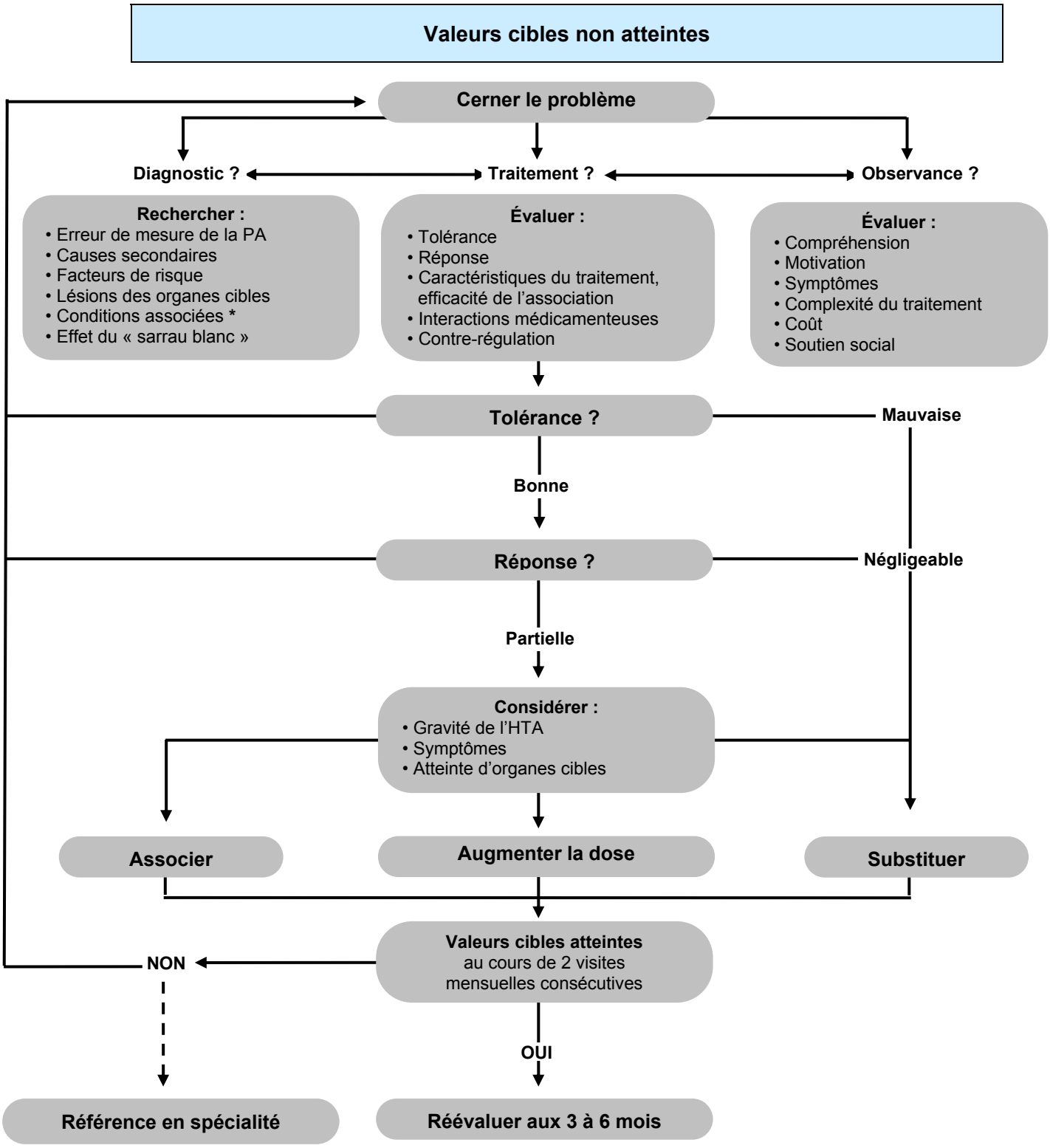
* Réimpression autorisée par le PECH

Pour les cas où les valeurs cibles du traitement ne sont pas atteintes, notre clinique retient la démarche proposée par PECH telle que présentée à la figure 2 :

☐ oui

☐ non

Figure 2 : Démarche proposée lorsque les valeurs cibles du traitement ne sont pas atteintes



- Exemples de conditions associées : obésité, tabagisme, consommation excessive d'alcool, apnée du sommeil, douleur chronique, maladie mentale

Source : PECH 2010

Le suivi des patients **hypertendus** sera fait par :

☐ l'infirmière

☐ le médecin

☐ l'infirmière et le médecin

7.2 Observance du traitement

Notre clinique retient, pour améliorer l'observance du traitement :

☐ les recommandations formulées par le PECH

☐ autre (préciser) :_____

Recommandations pour améliorer l'observance du traitement - PECH
1. Aider le patient à observer son traitement par : - l'adaptation de l'**horaire des prises de médicaments** aux habitudes de vie du patient ; - la **simplification** du schéma thérapeutique à une posologie uniquotidienne ; - le remplacement de 2 antihypertenseurs **par une association** si existante et appropriée ; - l'utilisation de piluliers contenant plusieurs médicaments à prendre en même temps ; - l'observance peut être améliorée par l'utilisation **d'une approche en équipe multidisciplinaire**. **2. Amener le patient à participer davantage à son traitement par :** - la promotion d'une responsabilisation/autonomie accrue du patient dans le contrôle de leur HTA et dans l'ajustement de leur traitement ; - la sensibilisation du patient et des membres de sa famille à la maladie et à son traitement (importance de l'enseignement). **3. Améliorer les soins dans le cabinet et <u>à l'extérieur</u> par :** - l'évaluation de l'observance du traitement non pharmacologique et pharmacologique **à chaque visite ;** - l'encouragement de l'observance au traitement par des communications à l'extérieur du cabinet (téléphoniques ou postales), surtout dans les premiers mois de traitement ; - la coordination avec les professionnels des milieux de travail ou de la communauté (pharmaciens) ; - l'utilisation de dispositifs électroniques d'aide à l'observance.

Les recommandations pour améliorer l'observance du traitement par le patient seront appliquées par :

☐ l'infirmière

☐ le médecin

☐ l'infirmière et le médecin

7.3 Documentation à remettre au patient

Recommandation - PECH
La remise de documentation constitue une valeur ajoutée au traitement et en favorise l'observance

Le choix des outils sera fait par :

☐ l'infirmière

☐ le médecin

☐ l'infirmière et le médecin

Dans notre clinique, la documentation sera remise par :

☐ l'infirmière

☐ le médecin

☐ l'infirmière et le médecin

8. Signataires du protocole (directive)

Le protocole (ou directive) s'applique au dépistage et au suivi de l'HTA par les médecins et les infirmières.

Inscrire les noms des médecins et infirmières de la clinique ou du CSSS qui adhèrent au protocole (directive).

	Nom	Signature	N° de permis
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

Le protocole (ou directive) ne remplace en aucun cas le jugement clinique des médecins et des infirmières.

4e PARTIE

9. Ordonnance collective : Initier des analyses de laboratoire et des examens recommandés en lien avec le dépistage et le suivi de l'HTA.

9. Ordonnance collective : initier des analyses de laboratoire et des examens recommandés en lien avec le dépistage et le suivi de l'HTA

Logo du CSSS

OU

ORDONNANCE COLLECTIVE
Numéro : (en CSSS) _____

Nom du GMF : _____

ACTIVITÉ(S) RÉSERVÉE(S)

- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.
- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.

DESTINATAIRES

Services cliniques du CSSS : _____
nom

ou

Groupes de médecine de famille (GMF) : _____
nom

Date d'entrée en vigueur : _____	**Révisée le :** _____

CETTE ORDONNANCE RÉFÈRE AU PROTOCOLE (DIRECTIVE) :

Titre : Protocole (Directive) pour le dépistage et le suivi de l'HTA

Numéro : (en CSSS) _____

Professionnelle(s) visée(s) par l'ordonnance :

Les infirmières habilitées du CSSS _____
nom

ou

Les infirmières habilitées du GMF _____
nom

Clientèle visée / ou situation clinique visée par l'ordonnance :

Toutes les personnes de 18 ans et plus du GMF _____
ou du CSSS _____ dépistées pour l'HTA ou atteints d'HTA.

Indications et condition(s) d'initiation

Dépister les personnes atteintes d'HTA et en assurer le suivi périodique, selon les lignes directrices de pratique clinique. Pour ce faire, le dépistage de l'HTA peut être effectué pour la clientèle :

- qui se présente avec un rendez-vous infirmier ;
- qui se présente avec un rendez-vous médical ;
- qui se présente sans rendez-vous ;
- qui sera vu au triage.

Intentions thérapeutiques

D'initier des analyses de laboratoire **et assurer le suivi des résultats en lien avec le dépistage et le suivi de l'HTA comme indiqué au Protocole pour le dépistage et le suivi de la clientèle hypertendue.**

D'initier ou de planifier un ECG au repos**, en prévision de la visite du patient à son médecin dans le cadre du dépistage et du suivi de l'HTA.**

Afin de pouvoir :

- **évaluer l'atteinte des organes cibles ;**
- **déterminer le risque cardiovasculaire global et**
- **déterminer les données de base avant d'entreprendre un traitement ou pour suivre l'influence du traitement sur les électrolytes et la fonction rénale.**

Contre-indications

- La clientèle qui présente une valeur de PA optimale, normale ou normale élevée.
- La clientèle qui présente une urgence hypertensive.
- Les personnes âgées de moins de 18 ans.
- Autre : _____

La prestation de soins et services peut être suspendue ou arrêtée, dans le cas ou :

- les soins et services ne sont plus requis ;
- la personne signe un refus de traitement ;
- la personne est hospitalisée ou hébergée dans un centre d'hébergement ;
- la personne présente une urgence hypertensive.

Limites / référence au médecin

- **Tous les résultats sont intégrés au dossier du patient.**
- **L'infirmière réfère au médecin traitant ou au médecin de garde lorsque ceux-ci sont anormaux.**

Directives (selon le protocole (directive) adopté)

Bilan de base (si non fait au courant de la dernière année)

- Analyse d'urine
- Glycémie à jeun
- Chimie sanguine : potassium, sodium, créatinine
- Bilan lipidique à jeun, incluant C-total, C-HDL, C-LDL et triglycérides
- ECG standard à 12 dérivations
- Autre : _____

En présence de diabète :

- Dosage de l'albumine excrétée dans les urines

PROCESSUS D'ÉLABORATION (si applicable)	
Rédigée par :	Date :
Instances consultées et signatures	
	Date :
Chef de département clinique	Date :
Directeur des services professionnels	Date :
Directrice des soins infirmiers	Date :
Gestionnaire des professionnels concernés	

PROCESSUS D'APPROBATION EN CSS	
Approuvée par :	Date :
Président du CMDP	Date :
Autre (responsable du GMF)	

PROCESSUS D'APPROBATION EN GMF

Cette ordonnance collective a été adoptée par les médecins du GMF
(ajouter les coordonnées du GMF)

Nom _____
Adresse _____
Ville _____
Province _____
Téléphone _____

Médecins signataires de l'ordonnance		
Noms	**N° permis**	**Signature**

Étape 4

Planifier
la prestation des services

Étape 4 : Planifier la prestation des services

Objectifs

1. Questionner le partage des tâches en lien avec le dépistage et le suivi de l'HTA.
2. Déterminer la meilleure personne qui pour chacune des différentes tâches en lien avec le dépistage et le suivi de l'HTA.
3. Adopter les algorithmes des activités à réaliser pour le diagnostic et le suivi conjoint de l'HTA.

Réflexion sur l'organisation des services

À cette étape, l'équipe revoit la façon dont elle donne les services de dépistage et de suivi à sa clientèle. Chacun des membres est amené à se questionner sur la façon de donner les services relatifs à l'HTA.

Interdisciplinarité et collaboration interprofessionnelle

La valeur ajoutée du travail de différents professionnels de la santé autour d'un même patient fait l'unanimité depuis déjà plusieurs années. Wagner l'a démontré dès 1996 dans son modèle de prise en charge des maladies chroniques et depuis, la littérature abonde dans le même sens tant pour les soins curatifs que préventifs.

En 2005, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ont produit un rapport sur les activités partageables entre les médecins et les infirmières et les modalités à respecter; des exemples de suivis conjoints y sont présentés en annexe.[4]

Le Groupe de soutien à l'implantation des GMF a aussi proposé des rôles et responsabilités pour chacun des membres d'un GMF dans le guide d'accompagnement pour le soutien à l'implantation des GMF[5]

---

[4] ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC et FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC, *Rapport du groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin en première ligne et les activités partageables*, OIIQ, FMOQ, Montréal, 2005, 210 p.

[5] GROUPE DE SOUTIEN À L'IMPLANTATION DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE, *Devenir un GMF. Guide d'accompagnement. Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin,* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, octobre 2003, 70 p.

Le commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), dans son rapport 2010, encourage une prestation plus systématique de pratiques cliniques préventives (PCP) afin d'avoir un effet de renforcement important sur l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements favorables à la santé[6]. Le CSBE y souligne l'importance de soutenir **l'interdisciplinarité et la collaboration** des **professionnels de la santé**, autres que les médecins, dans la prestation des services préventifs afin d'avoir un impact notable sur la population. « *Ultimement, ce sont la fréquence et la durée des PCP qui apportent un changement de comportements chez le patient.* »

Description de l'organisation des services actuels

Le responsable ou le petit groupe de travail de l'implantation de la systématisation des soins en HTA peuvent amorcer une réflexion en tentant de répondre aux questions de la grille à la page suivante :

La grille proposée à la page suivante peut documenter les procédures et les outils disponibles, préciser les membres de la clinique impliqués pour évaluer les besoins et offrir du soutien aux patients hypertendus.

[6] Levesque, J-F., Cleret de Langavant, G., Gagné, V. Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010. Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications. Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. Avril 2010. Disponible en ligne : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010_RapportAppreciation/CSBE_T2-EtatSituationMaladiesChroniques-052010.pdf

GRILLE POUR LE PORTRAIT DE L'ORGANISATION DES SERVICES

Description de l'organisation des services actuels	Disponibilité	Personnel/ professionnel impliqué
Les patients qui consultent à notre clinique profitent-ils d'une procédure qui permet le dépistage-le diagnostic-la prise en charge de l'HTA de façon systématique ?	☐ oui ☐ non	
Les rôles entre les différents membres du personnel et professionnels sont-ils définis clairement de telle façon que le travail de l'un n'est pas répété par un autre ?	☐ oui ☐ non	
A-t-on une ordonnance collective visant l'évaluation initiale des patients avec une PA anormale ?	☐ oui ☐ non	
Les patients qui présentent de l'HTA sont-ils référés à des ressources externes (CSSS, communautaires) ?	☐ oui ☐ non	
Comment assure-t-on le suivi des patients? Qui donne les rendez-vous et décide de la fréquence ?	☐ rendez-vous infirmier ☐ suivi téléphonique par l'infirmière ☐ rendez-vous médical	
Procédures et outils disponibles	**Disponibilité**	**Personnel/ professionnel impliqué**
A l'accueil, la clinique a défini des procédures pour évaluer systématiquement la PA de la clientèle.	☐ oui ☐ non	☐ réceptionniste ☐ infirmière
Au premier rendez-vous, il existe des outils (algorithmes) pour définir les activités à réaliser pour le dépistage de l'HTA auprès des patients.	☐ oui ☐ non	☐ médecin ☐ infirmière
Lors des rendez-vous subséquents, il existe des outils (algorithmes) pour définir les activités à réaliser pour le dépistage de l'HTA auprès des patients.	☐ oui ☐ non	☐ médecin ☐ infirmière
Il existe des procédures et des outils pour évaluer les besoins et **offrir du soutien** aux **patients hypertendus.**	☐ oui ☐ non	☐ médecin ☐ infirmière

Distribution des tâches entre les membres du milieu clinique

Chaque membre de l'équipe réfléchit sur la façon dont les tâches sont réparties et désigne la personne qu'il croit la meilleure pour accomplir les tâches prévues au protocole à partir de l'outil n° 5 *Distribution des tâches entre les membres du milieu clinique et activités à réaliser pour la systématisation des soins*

Algorithmes des activités à réaliser pour le diagnostic et le suivi de l'HTA

L'outil n° 6 *Algorithmes des activités à réaliser pour le diagnostic et le suivi de l'HTA* précise pour l'infirmière et le médecin les activités détaillées pour chacune des visites en fonction des **valeurs de la PA** selon les recommandations du PECH 2010.

Qui fait quoi ?

- DSP en collaboration avec le CSSS : peut aider à compiler les résultats de l'outil n° 5 et les communiquer à l'équipe ; peut animer la rencontre pour adopter les algorithmes d'activités ; peut valider le contenu des algorithmes adoptés par la clinique.
- GMF ou autre milieu clinique : les membres de l'équipe s'entendent sur la répartition des tâches entre eux.

OUTIL N^{O} 5 — Distribution des tâches entre les membres du milieu clinique et activités à réaliser pour la systématisation des soins A

Pour chacune des tâches, considérer :

Quelle est la meilleure personne pour remplir ce rôle dans notre clinique et pourquoi ?

	Actions	Secrétaire/ Réceptionniste	Technicienne en administration	Infirmière	Médecin
1.	Être responsable de l'ensemble de la démarche de systématisation des soins et du suivi				
2.	Assurer l'adoption et la révision du protocole (directive) et de l'ordonnance collective				
3.	Distribuer le protocole (directive) HTA à tous				
4.	Voir à ce que les nouveaux membres du personnel reçoivent la formation nécessaire à l'application du protocole (directive)				
5.	Voir à l'adaptation et à l'adoption des algorithmes				
6.	Voir à la réalisation du portrait des pratiques, présenter les résultats aux membres du personnel, choisir une pratique à améliorer				
7.	Procéder au choix des outils				
8.	Commander les outils (feuilles, dépliants, affiches, etc.); assurer leur disponibilité				
9.	Déterminer l'emplacement des outils des cliniciens et des patients				
10.	Vérifier la présence d'un diagnostic HTA au dossier et placer les outils dans le dossier				
11.	Revoir la disposition et faire la mise à jour des outils (dépliants, affiches, vidéo) retrouvés dans la salle d'attente				
12.	Faire l'inventaire des sphygmomanomètres et assurer l'entretien préventif et la calibration des sphygmomanomètres				
13.	Assurer l'accès à un bottin des ressources locales (nutritionniste, kinésiologue, médecins spécialistes, CAT, autres programmes)				
14.	Assurer la révision de la démarche et avec le groupe, décider des changements à apporter, si nécessaire				
	Autres tâches :				

OUTIL N°5	Distribution des tâches entre les membres du milieu clinique et activités à réaliser pour la systématisation des soins

1. ACTIVITÉS PRÉALABLES AU DÉPISTAGE

- **Technicien en administration**
- **Autre** _____ (préciser)

- Distribuer le protocole (directive) HTA à tous.
- Faire l'inventaire des sphygmomanomètres et s'assurer de leur bon positionnement. S'assurer de leur qualité (aiguille dans le rectangle du zéro; pas de fuite dans le ballon, la valve ou le tube).
- Inventorier les outils choisis par tous les membres du personnel et leur localisation, assurer leur disponibilité.
- S'assurer que tous les membres du personnel ont eu les informations/formations nécessaires.
- Inventorier les ressources de la communauté, professionnelles et autres : groupes d'entraide, municipales, nutritionniste, kinésiologue, interniste, cardiologue, ophtalmologiste, centre d'abandon du tabac, autres programmes ou ressources du CSSS, en faire la liste et en distribuer une copie par bureau.

2. ACTIVITÉS INITIANT CHACUNE DES VISITES

- **Secrétaire réceptionniste**
- **Autre** _____ (préciser)

- Vérifier au dossier s'il y a une mesure de la PA.
- Vérifier/placer feuille de mesure de la PA.
- Faire asseoir le patient à l'endroit déterminé pour la mesure de la PA.

OUTIL N° 6 - ALGORITHMES DES ACTIVITÉS À RÉALISER POUR LE DIAGNOSTIC ET LE SUIVI DE L'HTA

INFIRMIÈRE – 1re VISITE

- Mesurer la PA aux deux bras, retenir le bras où la PA est la plus élevée
- Prendre 3 mesures, éliminer la première mesure et retenir la moyenne des deux autres
- Faire le questionnaire et l'examen physique

Zone normale

PA 130-139/ 85-89 mm Hg

- Vérifier les H de V* et les facteurs de risque MCV**

- **Saines H de V* et sans facteur de risque :** Recommander une nouvelle mesure de la **PA dans 1 an**

ou

H de V* à modifier ou avec facteur de risque :
- Faire le counselling approprié
- Offrir soutien/référence
- Fournir documentation

PA < 130/ 80 mm Hg

- Faire recommandation : nouvelle mesure de PA dans 2 ans

Zone anormale

PA 140-179/90-109 mm Hg

- Vérifier les H de V* et les facteurs de risque MCV**
- Rechercher l'atteinte d'organes cibles*** par le questionnaire
- Demander bilan de base suivant ordonnance collective
- Faire counselling approprié selon H de V* à modifier et facteurs de risque MCV**. Offrir documentation, soutien et/ou référer à des ressources appropriées
- Planifier 2e visite ≤ 1 mois

Zone critique

Urgence hypertensive****

DIAGNOSTIC D'HTA

Faire voir au md de garde **ou** transférer à l'hôpital

PA > 180/110 mm Hg :

- Questionner facteurs de risque de MCV**
- Rechercher l'atteinte d'organes cibles*** par le questionnaire
- Demander le bilan de base suivant l'ordonnance collective
- Faire counselling approprié selon les H de V* à modifier et les facteurs de risque
- Offrir soutien/référence
- Fournir documentation
- Planifier 2e visite ≤ 1 mois et faire voir au médecin de garde

* Habitudes de vie (H de V): cessation tabagique, activité physique régulière, maintien d'un poids normal, consommation modérée d'alcool, saine alimentation (moins de lipides, plus de fibres, plus de fruits et légumes, moins de sel).

** Facteurs de risque : Homme > 55 ans, femme > 65 ans, tabagisme, obésité (IMC > 30 kg/m^2), ratio cholestérol total/C-HDL > 4 mmol/L ou C-LDL > 2 mmol/L si risque MCV élevé (>20%) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL > 5,0 mmol/L ou C-LDL > 3,5 mmol/L si risque MCV modéré (> 10 à 19%) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL > 6 mmol/L ou C-LDL > 5 mmol/L si risque MCV faible (<10%) selon échelle de Framingham, C-HDL < 1 mmol/L homme, < 1,3 mmol/L femme, antécédents familiaux d'angiopathie précoce (< 55 ans homme, < 65 ans femme), sédentarité, diabète.

*** Atteinte d'organes cibles : MC, HVG, Insuffisance cardiaque, ICT, AVC, maladie vasculaire périphérique, maladie rénale chronique, rétinopathie.

**** Exemples de conditions : pression artérielle diastolique ≥ 130 mm Hg, encéphalopathie hypertensive, dissection aigüe de l'aorte, insuffisance ventriculaire gauche aigüe, ischémie aigüe du myocarde.

Mise à jour 2010

ALGORITHMES DES ACTIVITÉS À RÉALISER POUR LE DIAGNOSTIC ET LE SUIVI DE L'HTA

INFIRMIÈRE – 2e VISITE

- Mesurer la PA selon méthode standardisée, prendre 2e mesure de PA et calculer la moyenne
- Faire le questionnaire et l'examen physique

PA 130-139/85-89 mm Hg

- Vérifier les H de V* et les facteurs de risque MCV**
- **Saines H de V* et sans facteur de risque :** Recommander une nouvelle mesure de **PA dans 1 an**

ou

H de V* à modifier ou avec facteurs de risque :

- Faire le counselling approprié
- Offrir soutien/référence
- Fournir documentation

PA 140-179/90-109 mm Hg

- Vérifier les H de V* et déterminer les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires**. Faire le counselling
- Mesurer poids et taille, calculer IMC, mesurer tour de taille
- Demander ou vérifier résultats du bilan de base suivant ordonnance collective
- Calculer le risque de MCV sur 10 ans et en informer le patient
- Vérifier l'atteinte d'organes cibles***

Sans atteinte d'organes cibles, continuer l'évaluation de PA par l'une des trois façons suivantes :

1. **Suivi en cabinet** : fixer 3 visites additionnelles durant les 5 prochains mois (au maximum) ou mesure automatisée avec BPTru
2. **MAPA** : expliquer au patient la façon de procéder et fixer une 3e visite pour lui communiquer les résultats.
3. **Automesure à domicile** : obtenir prescription pour sphygmomanomètre, remettre outil sur les *conseils pour l'achat*, faire l'enseignement, remettre *carnet pour inscrire les mesures de PA*, puis fixer 3e visite

ou

Avec atteinte d'organes cibles ou diabète ou maladie rénale chronique :

DIAGNOSTIC HTA

- Faire voir au médecin traitant ou au médecin de garde (< 1 sem). Ensuite faire étapes 7 à 12

PA ≥ 180/110 mm Hg

DIAGNOSTIC HTA

Les chiffres de PAS et PAD réfèrent à la moyenne des lectures des 2 visites

1. Vérifier H de V* et déterminer facteurs de risque de MCV**
2. Rechercher si atteinte d'organes cibles***
3. Mesurer poids et taille, calculer IMC, mesurer tour de taille
4. Calculer le risque de MCV sur 10 ans et en informer le patient
5. Demander ou vérifier les résultats du bilan de base suivant ordonnance collective
6. Faire voir au médecin traitant ou au médecin de garde
7. Après consultation avec le médecin, faire l'enseignement sur l'HTA
8. Établir valeurs de PA à atteindre après discussion avec le médecin
9. Enseigner l'automesure de la PA, remettre prescription pour sphygmomanomètre et prévoir rendez-vous infirmier pour vérifier l'utilisation adéquate
10. Donner documentation au patient : carnet pour y inscrire ses valeurs de PA, information sur HTA
11. Débuter le traitement non pharmacologique : choisir habitude de vie à changer, établir stade comportemental, assurer le soutien ou référer
12. Fixer un rendez-vous de suivi selon fréquence prévue, Voir *algorithme de suivi conjoint*

* Habitudes de vie (H de V) : cessation tabagique, activité physique régulière, maintien d'un poids normal, consommation modérée d'alcool, saine alimentation (moins de lipides, plus de fibres, plus de fruits et légumes, moins de sel).

** Facteurs de risque : Homme > 55 ans, femme > 65 ans, tabagisme, obésité (IMC > 30 kg/m^2), ratio cholestérol total/C-HDL > 4 mmol/L ou C-LDL > 2 mmol/L si risque MCV élevé (>20%) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL > 5,0 mmol/L ou C-LDL > 3,5 mmol/L si risque MCV modéré (> 10 à 19%) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL > 6 mmol/L ou C-LDL > 5 mmol/L si risque MCV faible

ALGORITHMES DES ACTIVITÉS À RÉALISER POUR LE DIAGNOSTIC ET LE SUIVI DE L'HTA

INFIRMIÈRE – 3e VISITE

- Mesurer la PA selon méthode standardisée, prendre 2e mesure de PA et calculer la moyenne
- Faire le questionnaire et l'examen physique

PA < 160/100 mm Hg

- Vérifier les H de V*, déterminer les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires** et faire le counselling approprié
- Mesurer poids et taille, calculer IMC, mesurer tour de taille
- Demander ou vérifier résultats du bilan de base suivant ordonnance collective
- Calculer le risque de MCV sur 10 ans et en informer le patient
- Vérifier l'atteinte d'organes cibles***

Sans atteinte d'organes cibles, continuer l'évaluation de PA par l'une des trois façons suivantes :

4. **Suivi en cabinet** : fixer 2 visites additionnelles durant les 5 prochains mois (au maximum)
5. **MAPA** : expliquer au patient la façon de procéder et fixer une 4e visite pour lui communiquer les résultats
6. **Automesure à domicile** : obtenir prescription pour sphygmomanomètre, remettre outil sur les *conseils pour l'achat*, faire l'enseignement, remettre *Carnet pour inscrire les mesures de PA*, puis fixer 4e visite

ou

Avec atteinte d'organes cibles ou diabète ou maladie rénale chronique :

DIAGNOSTIC HTA

- Faire voir au médecin traitant ou au médecin de garde
- Ensuite faire étapes 7 à 12

PAS ≥ 160 mm Hg ou PAD ≥ 100 mm Hg

DIAGNOSTIC D'HTA

Les chiffres de PAS et PAD réfèrent à la moyenne des lectures des 3 visites

1. Vérifier H de V* et déterminer facteurs de risque de MCV**
2. Rechercher si atteinte d'organes cibles***
3. Mesurer poids et taille, calculer IMC, mesurer tour de taille
4. Demander ou vérifier les résultats du bilan de base suivant ordonnance collective
5. Calculer le risque de MCV sur 10 ans et en informer le patient
6. Faire voir au médecin traitant ou au médecin de garde
7. Après consultation avec le médecin, faire l'enseignement sur l'HTA
8. Établir valeurs de PA à atteindre après discussion avec le médecin
9. Enseigner l'automesure de la PA, remettre prescription pour sphygmomanomètre et prévoir rendez-vous infirmier pour vérifier l'utilisation adéquate
10. Donner documentation au patient : carnet pour y inscrire ses valeurs de PA, information sur HTA
11. Débuter le traitement non pharmacologique : choisir H de V* à changer, établir stade comportemental, assurer le soutien ou référer
12. Fixer un rendez-vous de suivi selon fréquence prévue, Voir *Algorithme de suivi conjoint*

* Habitudes de vie (H de V) : cessation tabagique, activité physique régulière, maintien d'un poids normal, consommation modérée d'alcool, saine alimentation (moins de lipides, plus de fib plus de fruits et légumes, moins de sel).

** Facteurs de risque : Homme > 55 ans, femme > 65 ans, tabagisme, obésité (IMC > 30 kg/m^2), ratio cholestérol total/C-HDL > 4 mmol/L ou C-LDL > 2 mmol/L si risque MCV élevé (>20% échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL > 5,0 mmol/L ou C-LDL > 3,5 mmol/L si risque MCV modéré (> 10 à 19%) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HD mmol/L ou C-LDL > 5 mmol/L si risque MCV faible (<10%) selon échelle de Framingham, C-HDL < 1 mmol/L homme, < 1,3 mmol/L femme, antécédents familiaux d'angiopathie précoce

INFIRMIÈRE – 4e ET 5e VISITES

- Mesurer la PA selon méthode standardisée, prendre 2e mesure de PA et calculer la moyenne
- Faire le questionnaire et l'examen physique

PA 130-139/85-89 mm Hg

- Vérifier les H de V*, les facteurs de risque MCV** et faire le counselling approprié

- **Saines H de V* et sans facteur de risque :** Recommander une nouvelle mesure de **PA dans 1 an**

ou

H de V* à modifier ou avec facteurs de risque :

- Faire le counselling approprié
- Offrir soutien/référence
- Fournir documentation

PAS ≥ 140 mm Hg

ou

PAD ≥ 90 mm Hg

DIAGNOSTIC D'HTA

les chiffres de PAS et PAD réfèrent à la moyenne des lectures des 5 visites

1. Vérifier H de V* et déterminer facteurs de risque de MCV**
2. Rechercher si atteinte d'organes cibles***
3. Mesurer poids et taille, calculer IMC, mesurer tour de taille
4. Demander ou vérifier les résultats du bilan de base suivant ordonnance collective
5. Calculer le risque de MCV sur 10 ans et en informer le patient
6. Faire voir au médecin traitant ou au médecin de garde
7. Après consultation avec le médecin, faire l'enseignement sur l'HTA
8. Établir valeurs de PA à atteindre après discussion avec le médecin
9. Enseigner l'automesure de la PA, remettre prescription pour sphygmomanomètre et prévoir rendez-vous infirmier pour vérifier l'utilisation adéquate
10. Donner documentation au patient : carnet pour y inscrire ses valeurs de PA, information sur HTA
11. Débuter le traitement non pharmacologique : choisir H de V* à changer, établir stade comportemental, assurer le soutien ou référer
12. Fixer un rendez-vous de suivi selon fréquence prévue, Voir *Algorithme de suivi conjoint*

* Habitudes de vie (H de V) : cessation tabagique, activité physique régulière, maintien d'un poids normal, consommation modérée d'alcool, saine alimentation (moins de lipides, plus de fibres, plus de fruits et légumes, moins de sel).

** Facteurs de risque : Homme > 55 ans, femme > 65 ans, tabagisme, obésité (IMC > 30 kg/m^2), ratio cholestérol total/C-HDL > 4 mmol/L ou C-LDL > 2 mmol/L si risque MCV élevé (>20%) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL > 5,0 mmol/L ou C-LDL > 3,5 mmol/L si risque MCV modéré (> 10 à 19%) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL > 6 mmol/L ou C-LDL > 5 mmol/L si risque MCV faible (<10%) selon échelle de Framingham, C-HDL < 1 mmol/L homme, < 1,3 mmol/L femme, antécédents familiaux d'angiopathie précoce (< 55 ans homme, < 65 ans femme), sédentarité, diabète.

ALGORITHMES DES ACTIVITÉS À RÉALISER POUR LE DIAGNOSTIC ET LE SUIVI DE L'HTA

INFIRMIÈRE – AUTRES TYPES DE MESURE : MAPA et automesure à domicile

MAPA
Voir indications au verso

Si PA moyenne à l'état de veille :
< 135/85 mm Hg
OU
PA moyenne sur 24 heures
< 130/80 mm Hg

AUTOMESURE
à domicile
Voir indications au verso

PA < 135/85 mm Hg

- Continuer suivi :
  1) si PA 130-139/85-89 mm Hg, recommander nouvelle mesure de la **PA dans un an**
  2) si H de V* à modifier, établir stade comportemental, assurer soutien ou référer

MAPA
Voir indications au verso

DIAGNOSTIC D'HTA

PA moyenne à l'état de veille :
PAS ≥ 135 mm Hg ou
PAD ≥ 85 mm Hg
OU
moyenne sur 24 heures :
PAS ≥ 130 mm Hg ou
PAD ≥ 80 mm Hg

AUTOMESURE
à domicile
Voir indications au verso

DIAGNOSTIC D'HTA

PAS ≥ 135 mm Hg
OU
PAD ≥ 85 mm Hg

1. Vérifier H de V* et déterminer facteur de risque de MCV**
2. Rechercher si atteinte d'organes cibles***
3. Mesurer poids et taille, calculer IMC, mesurer tour de taille
4. Calculer le risque de MCV sur 10 ans et en informer le patient
5. Demander ou vérifier les résultats du bilan de base suivant ordonnance collective
6. Faire voir au médecin traitant ou au médecin de garde
7. Après consultation avec le médecin faire l'enseignement sur l'HTA
8. Établir valeurs de PA à atteindre après discussion avec le médecin
9. Enseigner l'automesure de la PA au patient, remettre prescription pour sphygmomanomètre et prévoir rendez-vous infirmier pour vérifier l'utilisation adéquate
10. Donner documentation au patient : carnet pour y inscrire ses valeurs de PA, information sur HTA
11. Débuter le traitement non pharmacologique : choisir H de V* à changer, établir le stade comportemental, assurer soutien ou référer
12. Fixer un rendez-vous de suivi selon fréquence prévue, Voir *Algorithme de suivi conjoint*

* Habitudes de vie (H de V) : cessation tabagique, activité physique régulière, maintien d'un poids normal, consommation modérée d'alcool, saine alimentation (moins de lipides, plus de fibres, plus de fruits légumes, moins de sel).

** Facteurs de risque : Homme > 55 ans, femme > 65 ans, tabagisme, obésité (IMC > 30 kg/m^2), ratio cholestérol total/C-HDL > 4 mmol/L ou C-LDL > 2 mmol/L si risque MCV élevé (>20%) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL > 5,0 mmol/L ou C-LDL > 3,5 mmol/L si risque MCV modéré (> 10 à 19%) selon échelle de Framingham, ratio cholestérol total/C-HDL > 6 mmol/L ou C-LDL > 5 mmol/L si risque MCV faible (<10%) selon échelle de Framingham, C-HDL < 1 mmol/L homme, < 1,3 mmol/L femme, antécédents familiaux d'angiopathie précoce (< 55 ans homme, < 65 ans femme),

INFIRMIÈRE – AUTRES TYPES DE MESURE : MAPA et automesure à domicile

INDICATIONS PECH 2010

MAPA	Automesure à domicile

• Poser le diagnostic d'HTA après 2 mesures élevées constatées en clinique
• Confirmer l'hypertension de « sarrau blanc » détectée par l'automesure à domicile
• Chez les patients traités qui présentent :
  • Résistance apparente au traitement pharmacologique
  • Symptômes d'hypotension
  • Variations dans les mesures prises en cabinet
	• Poser le diagnostic d'HTA après 2 mesures élevées constatées en clinique ou suspicion « d'hypertension de sarrau blanc » ou « d'hypertension masquée »
	• Suivre les patients hypertendus particulièrement ceux présentant :
	  • Diabète
	  • Maladie rénale chronique
	  • Inobservance au traitement soupçonnée
	  • « Hypertension de sarrau blanc » confirmée
	  • « Hypertension masquée » (PA < 140/90 mm Hg au cabinet, 3 mesures prises au cours de 2 visites, et PA ≥ 135/85 mm Hg à domicile, 3 mesures prises matin et soir pendant 2 jours)

N.B. *Durant le sommeil, une baisse de la PA inférieure à 10% est associée à un risque accru d'événements cardiovasculaires*	**N.B. -** ***Encourager*** *les patients hypertendus à utiliser un appareil* ***approuvé*** *et une* ***technique adéquate*** - *La* ***mesure de la PA à domicile*** *est un* ***indicateur*** *prévisionnel plus étroitement lié au* ***pronostic de maladie cardiovasculaire*** *que la mesure de la PA en cabinet*

Mise à jour 2010

ALGORITHMES DES ACTIVITÉS À RÉALISER POUR LE DIAGNOSTIC ET LE SUIVI DE L'HTA

MÉDECIN – VISITES 1 À 5

1RE VISITE

- **PA 140-179/90-109 mm Hg**
  - Le médecin ne voit pas le patient. L'infirmière voit le patient suivant l'*Algorithme Infirmière - visite 1*
- **PA ≥ 180/110 mm Hg**
- **Si URGENCE HYPERTENSIVE**
  (ex. : pression artérielle diastolique ≥ 130 mm Hg, encéphalopathie hypertensive, dissection aigüe de l'aorte, insuffisance ventriculaire gauche aigüe, ischémie aigüe du myocarde

  → **DIAGNOSTIC D'HTA**
  - Voir notes infirmières sur : questionnaire, examen physique, H de V*, facteurs de risque de MCV**, atteinte d'organes cibles***, calcul du risque de MCV
  - Prescrire bilan de base (si non fait par l'infirmière) et examens complémentaires le cas échéant
  - Renforcer message infirmier sur l'importance du traitement non pharmacologique
  - Prescrire le traitement pharmacologique, si nécessaire
  - Fixer 2e rendez-vous < 1 mois ou transfert hospitalier

2E VISITE

- **PA 140-179/90-109 mm Hg**
  - Asymptomatique sans atteinte d'organes cibles*** ou diabète ou maladie rénale chronique : le médecin ne voit pas le patient. L'infirmière voit le patient suivant l'*Algorithme - Infirmière visite 2*
- **PA ≥ 180/110 mm Hg**
  OU
  PA ≥ 140/90 mm Hg
  avec atteinte d'organes cibles*** ou diabète ou maladie rénale chronique

  → **DIAGNOSTIC D'HTA**
  - Confirmer le **diagnostic d'HTA** et établir valeurs cibles de PA à atteindre avec le patient
  - Voir notes infirmières sur : questionnaire, examen physique, H de V*, facteurs de risque de MCV**, atteinte d'organes cibles***, calcul du risque de MCV
  - Prescrire bilan de base (si non fait par l'infirmière) et examens complémentaires le cas échéant
  - Renforcer message infirmier sur l'importance du traitement non pharmacologique
  - Prescrire le traitement pharmacologique, si nécessaire
  - Fixer rendez-vous, voir *Algorithme de suivi conjoint*

3E VISITE

- **PA< 160/100 mm Hg**
  - Asymptomatique sans atteinte d'organes cibles*** ou diabète ou maladie rénale chronique : le médecin ne voit pas le patient. L'infirmière voit le patient suivant l'*Algorithme - Infirmière visite 3*
- **PA ≥ 140/90 mm Hg**
  avec atteinte d'organes cibles*** ou diabète ou maladie rénale chronique
  OU
  PAS ≥ 160 mm Hg
  OU
  PAD ≥ 100 mm Hg

  → **DIAGNOSTIC D'HTA**
  - Confirmer le **diagnostic d'HTA** et établir valeurs de PA à atteindre avec le patient
  - Voir notes infirmières sur : questionnaire, examen physique, H de V*, facteurs de risque de MCV**, atteinte d'organes cibles***, calcul du risque de MCV
  - Renforcer message infirmier sur l'importance du traitement non pharmacologique
  - Prescrire le traitement pharmacologique, si nécessaire
  - Fixer rendez-vous, voir *Algorithme de suivi conjoint*

4E ET 5E VISITES

- **PA 130-139/85-89**
  - Suivi annuel
- **PAS ≥ 140 mm Hg**
  OU
  PAD ≥ 90 mm Hg
  les chiffres de PAS et PAD réfèrent à la moyenne des lectures des 5 visites

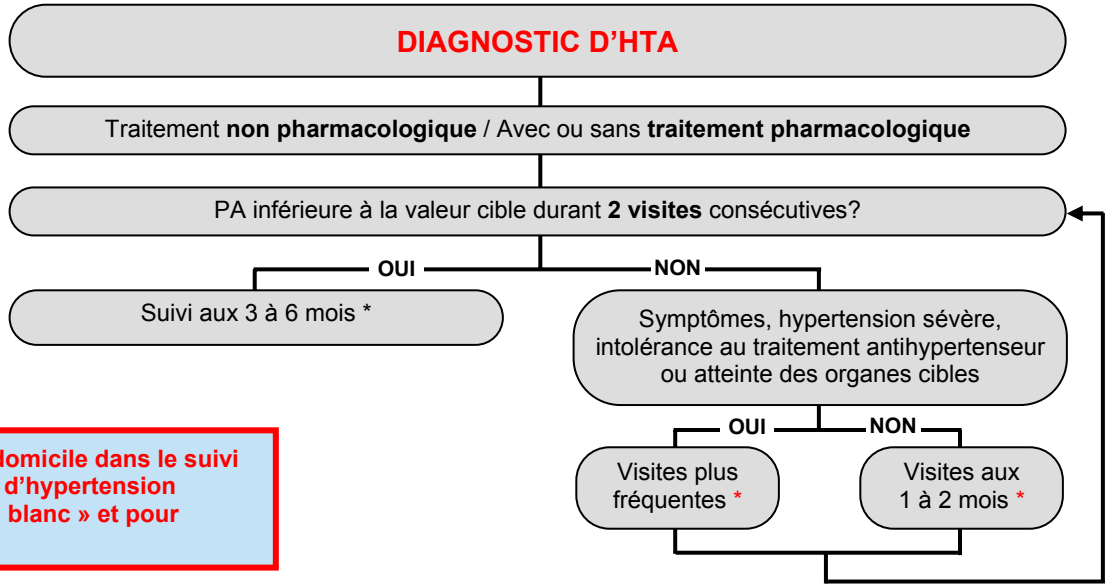
  → **DIAGNOSTIC D'HTA**
  - Confirmer le **diagnostic d'HTA** et établir valeurs de PA à atteindre avec le patient
  - Voir notes infirmières sur : questionnaire, examen physique, H de V*, facteurs de risque de MCV**, atteinte d'organes cibles***, calcul du risque de MCV
  - Renforcer message infirmier sur l'importance du traitement non pharmacologique
  - Prescrire le traitement pharmacologique, si nécessaire
  - Fixer rendez-vous, voir *Algorithme de suivi conjoint*

* Habitudes de vie (H de V) : cessation tabagique, activité physique régulière, maintien d'un poids normal, consommation modérée d'alcool, saine alimentation (moins de lipides, plus de fibres, plus de fruits et légumes, moins de sel).

** Facteurs de risque : Homme > 55 ans, femme > 65 ans, tabagisme, obésité (IMC > 30 kg/m^2), ratio cholestérol total/C-HDL > 4 mmol/L ou C-LDL > 2 mmol/L si risque MCV élevé (>20%) selon échelle de

ALGORITHME DE SUIVI CONJOINT DE L'HTA

RECOMMANDATIONS RELATIVES AU SUIVI



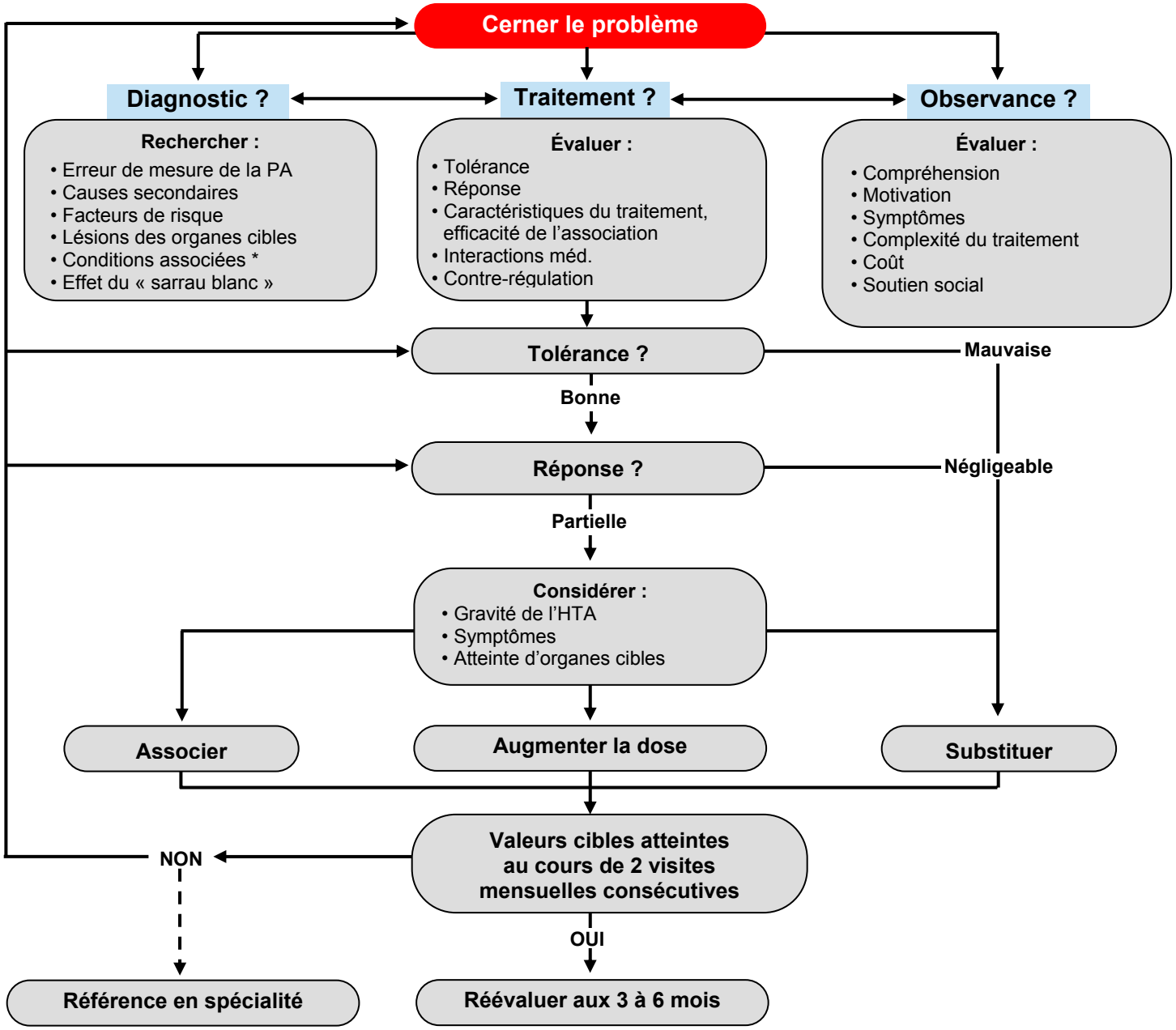
*** Recommander la mesure de la PA à domicile dans le suivi de l'HTA afin de dépister la présence d'hypertension masquée ou le syndrome du « sarrau blanc » et pour augmenter l'observance.**

N.B. Intervalles plus courts augmentent l'observance

Source : PECH 2010

Mise à jour 2010

ALGORITHME DE SUIVI CONJOINT DE L'HTA
VALEURS CIBLES NON ATTEINTES



* Exemples de conditions associées : obésité, tabagisme, consommation excessive d'alcool, apnée du sommeil, douleur chronique, maladie mentale

Étape 5

Bien s’outiller
pour bien travailler

Étape 5 : Bien s'outiller pour bien travailler

Objectifs

1. Choisir les outils qui soutiendront le travail des professionnels de la clinique.
2. Choisir les outils à utiliser auprès des patients.
3. Prévoir leur emplacement et le mode d'approvisionnement.

Cette étape-ci demande un temps particulier afin de :

- Recenser tous les outils relatifs à l'HTA dont dispose la clinique (habitudes de vie, HTA, maladies cardiovasculaires)
- Choisir les outils à conserver et ceux à se procurer (feuilles de suivi, protocole, système de rappel, dépliants d'information aux patients, etc.)
- Préciser l'utilisation, la distribution et l'emplacement des outils (bureaux des médecins, bureaux des infirmières, salle d'attente, pharmacie, le cas échéant)
- Prévoir un mode d'approvisionnement (commandes)

En plus de faciliter le travail de chacun, cette étape harmonise davantage les pratiques et ajoute à la cohérence des messages diffusés aux patients.

L'environnement, facilitant pour le professionnel

Il est bien reconnu que l'environnement peut être un facteur facilitant pour le travail de tous les professionnels de la santé et des membres du personnel. L'organisation de la clinique (bureaux, salle d'attente, comptoir d'accueil) doit faciliter la mise en œuvre de chacune des actions prévues au protocole (directive) et soutenir les activités à réaliser par les professionnels auprès de la clientèle en dépistage ou hypertendus.

L'environnement, supportant pour le patient

Au terme d'une consultation, il est connu que les patients retiennent peu les informations fournies par les professionnels. Lorsqu'un dépliant leur est remis, ils le consultent davantage et peuvent ainsi être plus impliqués dans la démarche de prise en charge de leur problème de santé.

Certains des outils proposés à cette étape peuvent être disponibles auprès de différentes organisations ou peuvent être téléchargés en ligne à partir du site du ministère de la santé

http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/f587272e58c8acb685257464006ece73?OpenDocument

Outils pour les cliniciens

Outil n° 7 : Feuille de suivi HTA – Antécédents et facteurs de risque

Outil n° 8 : Feuille de suivi conjoint HTA – Visites cliniques

Outil n° 9 : Brochure « Questions et réponses, mon guide pour maîtriser l'hypertension artérielle » Guide de la société québécoise d'hypertension artérielle

Outil n° 10 : Algorithme pour le diagnostic de l'HTA **PECH 2010**

Outil n° 11 : Grille de calcul de l'IMC et tour de taille **PECH 2010**

Outil n° 12a : Évaluation du risque Coronarien : Grille de Framingham

Outil n° 12b : Évaluation du risque de mortalité par MCV : SCORE

Outil n° 13 : Méthode standardisée de mesure de la PA, **PECH 2010**

Outil n° 14 : Principales sources d'erreur associées à la mesure de la PA

Outil n° 15 : Sphygmomanomètres : positionnement des appareils muraux, calibrage et remplacement des appareils au mercure

Outil n° 16 : Conseils sur l'achat et l'utilisation d'un sphygmomanomètre à domicile pour automesure, **PECH 2010**

Outil n° 17 : Registre des prêts

Outil n° 18 : Ordonnance collective : initier des analyses de laboratoire et des examens recommandés en lien avec le dépistage et le suivi de l'HTA

Outil n° 19 : Prescription de l'activité physique : Votre ordonnance « vert » l'action

Outil n° 20 : Formulaire de référence - Centre d'abandon du tabagisme (CAT)

Outil n° 21 : Sites Internet pour les cliniciens

Outils pour les patients

Outil n° 22 : Brochure Acti-Menu « Bien manger – Pour contrôler sa tension artérielle »

Outil n° 23 : Brochure Acti-Menu « L'hypertension artérielle, Attention! Zone de haute pression »

Outil n° 24 : Brochure Acti-Menu « Bougez plus, vivez mieux! »

Outil n° 25 : Brochure Acti-Menu « Votre poids pèse-t-il sur votre santé? »

Outil n° 26 : Brochure Acti-Menu « Bien manger – Pour contrôler son cholestérol »

Outil n° 27 : Brochure Acti-Menu « Avez-vous bon cœur? »

Outil n° 28 : Évaluation du stade comportemental pour le patient

Outil n° 29 : Normalisez sa tension artérielle grâce au régime DASH

Outil n° 30a : Carnet de surveillance de la PA

Outil n° 30b : Carnet : Mesurer sa pression artérielle à domicile (SQHA)

Outil n° 31 : Effets des modifications dans les habitudes de vie sur la PA

Outil n° 32 : Conseils sur l'achat et l'utilisation d'un sphygmomanomètre à domicile pour automesure

Outil n° 33 : Sites Internet pour les patients

Qui fait quoi ?

- GMF ou autre milieu clinique : choisit les outils à conserver et ceux à se procurer.
- DSP en collaboration avec le CSSS : télécharge et rend disponible des outils ou peut valider le contenu de nouveaux outils.

OUTIL N° 7	FEUILLE DE SUIVI HTA - ANTÉCÉDENTS ET FACTEURS DE RISQUE

Nom : _____

No. dossier : _____

D.D.N. : _____ Âge : _____

Sexe : _____

Antécédent familial de MCV précoce : ☐ < 55 ans ♂ ☐ < 65 ans ♀

Antécédents médicaux :

☐ Infarctus du myocarde ☐ Maladie ischémique du coeur ☐ Diabète ☐ Néphropathie _____

☐ Maladie artérielle périphérique ☐ Hypertension artérielle ☐ Dyslipidémie ☐ Dysf.ventric. Gche

☐ **Fibrillation auriculaire** ☐ Maladie vasculaire cérébrale ☐ Rétinopathie HTA ☐ Allergie : _____ ☐ Autres : _____

☐ Résultat du calcul du risque de coronapathie après 10 ans (Grille de Framigham) : _____ ☐ Résultat du calcul du risque de MCV mortelle dans 10 ans (SCORE) : _____

Facteurs de risque et recommandations	Statut initial Date de consultation :	Objectifs de l'usager Date :	Suivi Date de consultation :	Date de consultation :	Date de consultation :
Tension artérielle • < 140/90 mmHg chez les adultes • < 130/80 mmHg chez les diabétiques Grandeur du brassard • Fréquence cardiaque	Br.D _____ /_____ mmHg Br.G _____ /_____ mmHg P - M - L - XL _____ /min		Br.D _____ /_____ mmHg Br.G _____ /_____ mmHg P - M - L - XL _____ /min	Br.D _____ /_____ mmHg Br.G _____ /_____ mmHg P - M - L - XL _____ /min	Br.D _____ /_____ mmHg Br.G _____ /_____ mmHg P - M - L - XL _____ /min
Obésité Poids : • Taille :< • IMC = 18,5 - 24,9 Kg/m^2 (18-65 ans) • Tour de taille : ♂ < 102 cm ♀ < 88 cm • Origine sud-asiatique ou chinoise : Tour de taille : ♂ < 90 cm ♀ < 80 cm	Poids santé ou baisse de 5 à 10% _____ kg _____ cm _____ Kg/m^2 _____ cm _____ cm		_____ kg _____ cm _____ Kg/m^2 _____ cm _____ cm	_____ kg _____ cm _____ Kg/m^2 _____ cm _____ cm	_____ kg _____ cm _____ Kg/m^2 _____ cm _____ cm
Alimentation • réduire l'apport sodique • augmenter les fibres alimentaires • fruits/légumes 8 à 10 / jour • réduire l'apport en gras • produits laitiers faible en gras 2-3/ jour (≤ 1 % lait / < 20 % fromage)	• Sel à la table O / N • Aliments conserve / - sachet _____ / sem. • Céréales à grains entiers O/N • Fruits, légumes _____ /jr • Charcuterie / saucisse ____ / jr • Viande rouge _____ / jr • Lait, yogourt _____ / jr • Fromages rég. _____ / sem.				
Activité physique • activité physique modérée pendant 30 minutes cumulées/jour • 5 - 7 fois / semaine	Durée : _____ min. Fréquence : _____ x sem.		Durée : _____ min. Fréquence : _____ x sem.	Durée : _____ min. Fréquence : _____ x sem.	Durée : _____ min. Fréquence : _____ x sem.
Tabagisme • cessation complète • exposition à la fumée secondaire	☐ Fumeur _____ cig./jour ☐ Ex fumeur ☐ Non fumeur ☐ oui ☐ non		☐ Fumeur _____ cig./jour ☐ Ex fumeur ☐ Non fumeur ☐ oui ☐ non	☐ Fumeur _____ cig./jour ☐ Ex fumeur ☐ Non fumeur ☐ oui ☐ non	☐ Fumeur _____ cig./jour ☐ Ex fumeur ☐ Non fumeur ☐ oui ☐ non
Alcool • 0 à 2 consommations / jour • ♂ < 14 consommations / sem. • ♀ < 9 consommations / sem. consommations = 12 on. de bière ou 5 on. de vin ou 1.5 on. de spiritueux	Consom. / semaine • Bière : _____ • Vin : _____ • Spiritueux : _____		Consom. / semaine • Bière : _____ • Vin : _____ • Spiritueux : _____	Consom. / semaine • Bière : _____ • Vin : _____ • Spiritueux : _____	Consom. / semaine • Bière : _____ • Vin : _____ • Spiritueux : _____
Facteurs psychosociaux • gestion du stress • relaxation - sommeil • réseau de soutien	Technique de relaxation : _____ ou autre : _____ Hres de sommeil / jour _____ ☐ oui ☐ non		Technique de relaxation : _____ ou autre : _____ Hres de sommeil / jour _____ ☐ oui ☐ non	Technique de relaxation : _____ ou autre : _____ Hres de sommeil / jour _____ ☐ oui ☐ non	Technique de relaxation : _____ ou autre : _____ Hres de sommeil / jour _____ ☐ oui ☐ non
Matériel éducatif : dépliants	☐ oui ☐ non Lesquels : _____		☐ oui ☐ non Lesquels : _____	☐ oui ☐ non Lesquels : _____	☐ oui ☐ non Lesquels : _____
Références aux organismes communautaires	☐ oui ☐ non Nom : _____		☐ oui ☐ non Nom : _____	☐ oui ☐ non Nom : _____	☐ oui ☐ non Nom : _____
	Signature : _____		Signature : _____	Signature : _____	Signature : _____

OUTIL N° 8	FEUILLE DE SUIVI CONJOINT HTA - VISITES CLINIQUES

Nom : _____

No. dossier : _____

D.D.N. : _____ Âge : _____

Sexe : _____

Informations	Statut initial	Suivi		
	Date de consultation :	Date de consultation :	Date de consultation :	Date de consultation :
Symptômes				
Signes				
Laboratoire				
Glycémie				
Analyse d'urine				
Électrolyte				
Créatinine				
Lipides				
FSC				
Autres:				
ECG				
Imagerie				
Médicaments actuels HTA				
Observance				
Médicaments autres que HTA				
Observance				
Références médicales				
Recommandations				
	Signature : _____	Signature : _____	Signature : _____	Signature : _____

Mise à jour 2010

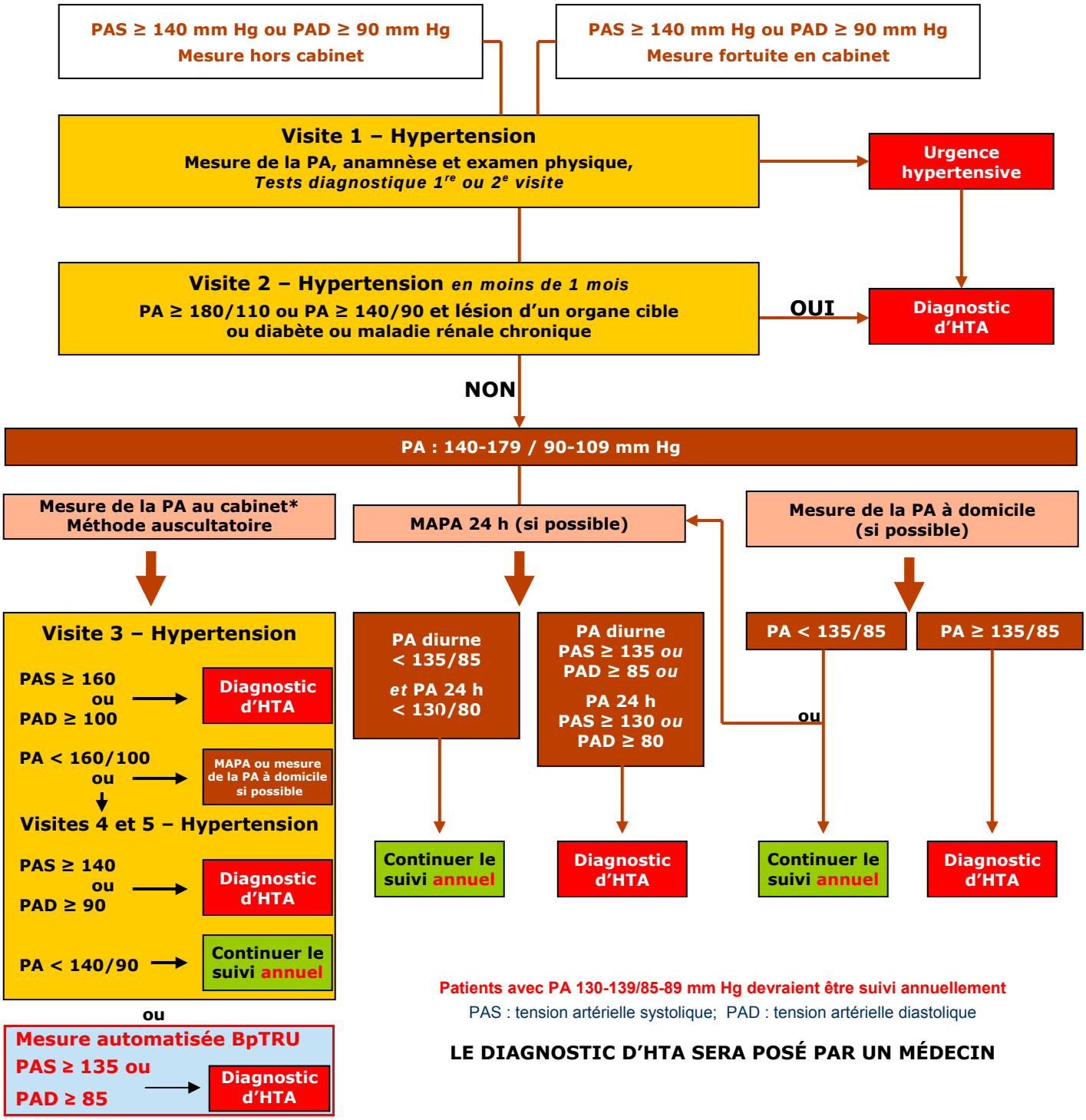
OUTIL N° 9	Questions et réponses : mon guide pour maîtriser l'hypertension artérielle

Enseignement sur l'HTA

PUBLICATION DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Document disponible
Librairie Médicale et Scientifique Inc.
Téléphone: (450) 464-3166
Télécopieur: (450) 464-7288
Courrier: LMS@videotron.ca
Site Internet: www.LMSBOOK.com
Version anglaise aussi disponible

OUTIL N° 10 | **Algorithme pour le diagnostic de l'HTA - PECH**



Patients avec PA 130-139/85-89 mm Hg devraient être suivi annuellement

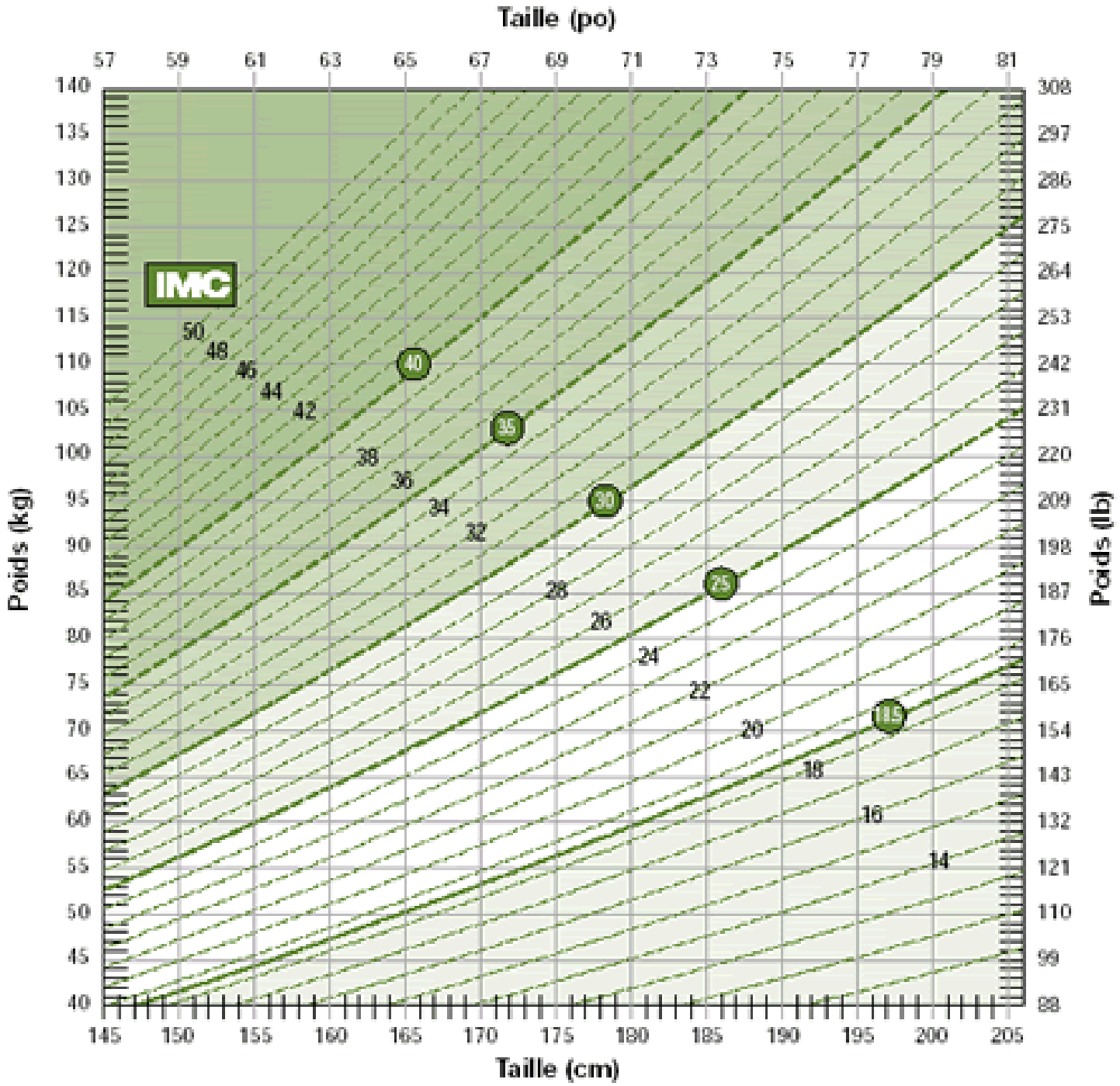
PAS : tension artérielle systolique; PAD : tension artérielle diastolique

LE DIAGNOSTIC D'HTA SERA POSÉ PAR UN MÉDECIN

* Lorsque le diagnostic d'HTA est fait à partir des mesures prises en cabinet, les valeurs réfèrent à la valeur moyenne des mesures de la PA sur le nombre total des visites et non seulement aux valeurs de la dernière visite.

Source : Recommandations 2010 du Programme d'Éducatif Canadien sur l'Hypertension

OUTIL N° 11	Grille de calcul IMC et tour de taille- PECH



Tour de taille	cm	pouce
Caucasiens, Africains sub-sahariens, Moyen-Orient		
Femme	< 80 cm	31,5 po
Homme	< 94 cm	37 po
Asiatiques du sud, Chinois, Japonais		
Femme	< 80 cm	31,5 po
Homme	< 90 cm	35,5 po

OUTIL N° 12a — Évaluation du risque coronarien : Grille de Framingham

Modèles d'estimation du risque de coronaropathie après 10 ans, chez un patient ne souffrant pas de diabète et ne présentant pas de signes cliniques manifestes de maladie cardiovasculaire, à l'aide des données issues de l'étude Framingham Heart*

Hommes

Facteur de risque	Points pour évaluer le risque
Groupe d'âge	
20-34 ans	-9
35-39 ans	-4
40-44 ans	0
45-49 ans	3
50-54 ans	6
55-59 ans	8
60-64 ans	10
65-69 ans	11
70-74 ans	12
75-79 ans	13

Taux de cholestérol total (mmol/L)

	Groupe d'âge (ans)				
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
< 4,14	0	0	0	0	0
4,15-5,19	4	3	2	1	0
5,20-6,19	7	5	3	1	0
6,20-7,20	9	6	4	2	1
≥7,21	11	8	5	3	1

Fumeur					
Non	0	0	0	0	0
Oui	8	5	3	1	1

Taux de cholestérol HDL (mmol/L)

≥1,55	-1
1,30-1,54	0
1,04-1,29	1
< 1,04	2

Pression systolique (mm Hg)

	Non traitée	Traitée
< 120	0	0
120-129	0	1
130-139	1	2
140-159	1	2
≥160	2	3

Total des points	Risque après 10 ans (%)
< 0	< 1
0-4	1
5-6	2
7	3
8	4
9	5
10	6
11	8
12	10
13	12
14	16
15	20
16	25
≥17	≥30

Risque après 10 ans : _____%

Femmes

Facteur de risque	Points pour évaluer le risque
Groupe d'âge	
20-34 ans	-7
35-39 ans	-3
40-44 ans	0
45-49 ans	3
50-54 ans	6
55-59 ans	8
60-64 ans	10
65-69 ans	12
70-74 ans	14
75-79 ans	16

Taux de cholestérol total (mmol/L)

	Groupe d'âge (ans)				
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
< 4,14	0	0	0	0	0
4,15-5,19	4	3	2	1	1
5,20-6,19	8	6	4	2	1
6,20-7,20	11	8	5	3	2
≥7,21	13	10	7	4	2

Fumeuse					
Non	0	0	0	0	0
Oui	9	7	4	2	1

Taux de cholestérol HDL (mmol/L)

≥1,55	-1
1,30-1,54	0
1,04-1,29	1
< 1,04	2

Pression systolique (mm Hg)

	Non traitée	Traitée
< 120	0	0
120-129	1	3
130-139	2	4
140-159	3	5
≥160	4	6

Total des points	Risque après 10 ans (%)
< 9	< 1
9-12	1
13-14	2
15	3
16	4
17	5
18	6
19	8
20	11
21	14
22	17
23	22
24	27
≥25	≥30

Risque après 10 ans : _____%

Source : adapté de CMAJ, Oct. 28, 2003; 169 (9)

SCORE Canada

Évaluer le risque CV global

L'évaluation du risque global de décès dans les 10 ans par maladie vasculaire coronarienne et cérébrovasculaire est indiquée en prévention primaire

pour toutes les personnes, surtout pour la majorité des personnes

- de 40 à 60 ans apparemment en bonne santé
- ayant un ou plusieurs facteurs de risque CV leur donnant un indice de risque élevé de 5% ou plus
- à risque élevé, de mourir de maladie CV dans les 10 prochaines années, selon à l'âge actuel ou extrapolé à l'âge de 60 ans

Cette évaluation n'est cependant pas nécessaire quand le risque est déjà connu comme haut ou très haut:

- Maladie cardiovasculaire déjà connue
- Niveau très élevé d'un facteur de risque (Cholestérol total ≥ 8 mmol/L, LDL ≥ 6 mmol/L, TA ≥ 180/110)
- Diabète avec atteinte d'organe cible

Comment se servir du tableau SCORE

1. Choisir la case correspondant aux facteurs suivants :

- Genre
- Âge (utiliser la section de 60 ans si la personne a moins de 40 ans)
- Tabagisme
- Pression artérielle systolique
- Rapport Cholestérol total / Cholestérol HDL

2. Ceci vous donnera un estimé du risque mortel par maladie CV

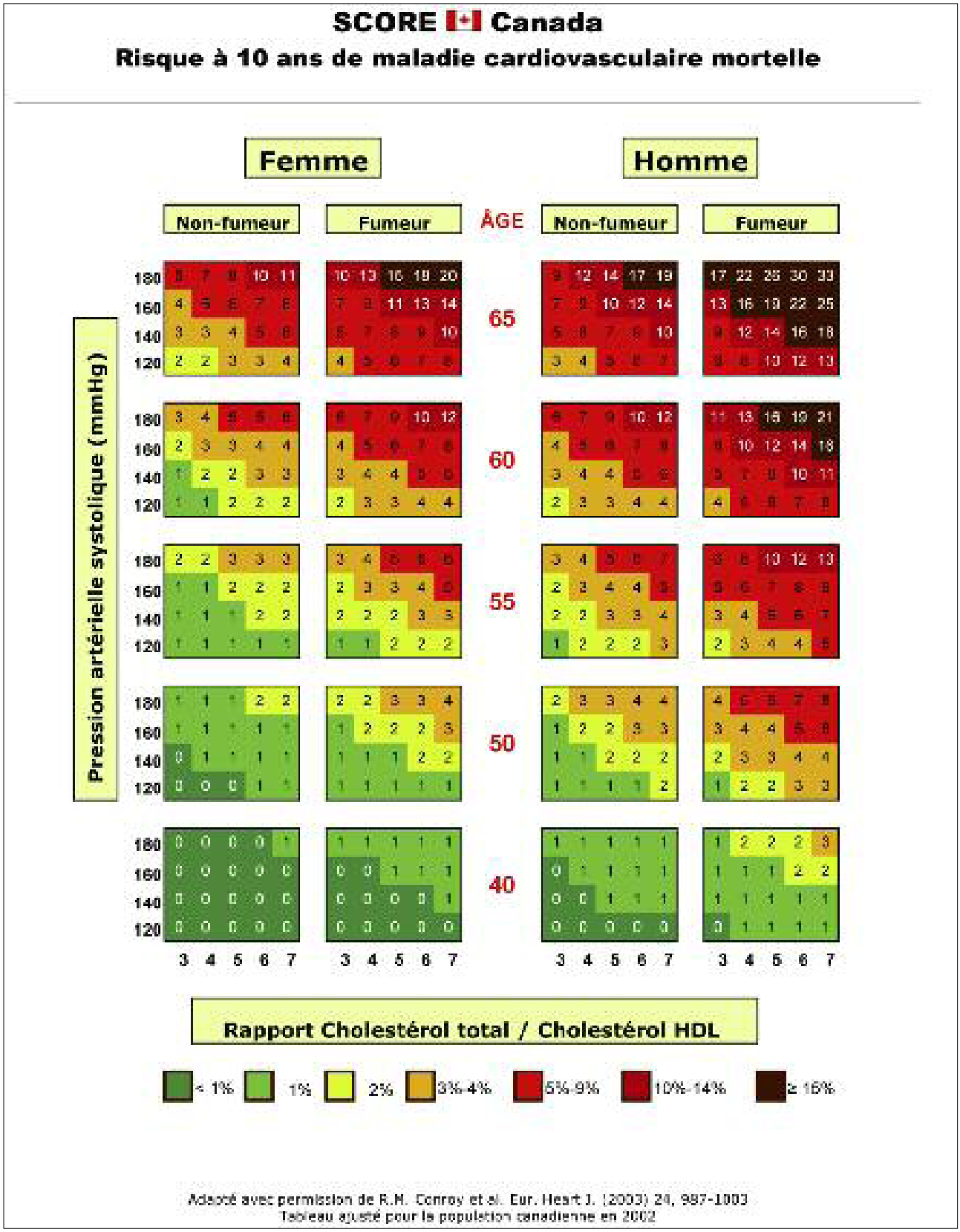
Élevé	≥ 5 %
Moyen	2 à 4 %
Bas	≤ 1 %

3. Le risque global de décès par maladie CV peut être plus élevé que ce qu'indique le tableau si:

- La personne approche de la catégorie d'âge suivante
- L'athérosclérose pré-clinique est démontrée (tomodensitométrie, ultrasonographie,)
- Histoire familiale chargée en maladie CV à un jeune âge
- Obésité
- IMC ≥ 30 kg/m2,
- Tour de taille ≥ 102 cm (homme) et ≥ 88 cm (femme)
- Sédentarité
- Diabète: multiplier le risque par 2.9 pour un homme et par 5.4 pour une femme
- Taux élevé de triglycerides
- Taux élevé de protéine C-Réactive, fibrinogène, homocystéine ou apolipoprotéine B ou Lp(a)

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

SCORE Canada par René Gagnon M.D. et Guy Tremblay M.D., Jan. 2007



N.B. Un risque de 5% ou plus est considéré comme un risque élevé.

OUTIL N° 13	Méthode standardisée de mesure de la PA - PECH 2010

Appareil de mesure de la PA calibré	• Les mesures devraient être prises avec un sphygmomanomètre en bon état de fonctionnement; • Un appareil anéroïde ou un appareil électronique récemment calibré ou validé peuvent être utilisés. L'appareil anéroïde ou la colonne de mercure doit être clairement visible au niveau des yeux de l'observateur.
Positionnement du patient	• Mesurer dans un endroit **calme**, après un **repos de 5** minutes, en **silence**, sans prise de **café** ni **tabac** dans les **30** dernières minutes **ni produit adrénergique**, sans inconfort **vésical** ou **abdominal.** • Le patient doit être **assis** confortablement avec le **dos appuyé** et les **deux pieds au sol.** • Le **bras** devrait être **dénudé** et **supporté** avec le pli du coude au niveau du cœur parce qu'une position plus basse du bras donnera des mesures faussement plus élevées de pression artérielle systolique et diastolique. • Il faut rester silencieux pendant la mesure. • La PA devrait aussi être mesurée en **position debout** après 2 minutes (le bras étant soutenu) lorsque le patient rapporte des symptômes suggestifs d'hypotension orthostatique.
Choix et positionnement du brassard	**Circonférence du bras (cm)** / **Largeur du brassard (cm)** De 18 à 26 — 9 x 18 (enfant) De 26 à 33 — 12 x 23 (modèle standard adulte) De 33 à 41 — 15 x 33 (large) Plus de 41 — 18 x 36 (extra large, obèse) • **Lorsqu'on utilise un sphygmomanomètre électronique, on doit choisir la taille du brassard recommandée par le fabricant.** • Placer le brassard de façon à ce que son rebord inférieur soit à **3 cm au-dessus du pli du coude** et que son centre soit **placé sur l'artère brachiale.**
Méthode auscultatoire	• Placer la cloche ou le diaphragme du stéthoscope sur l'artère brachiale de façon délicate et soutenue. • Augmenter rapidement la pression du brassard **jusqu'à 30 mm Hg au-dessus du niveau auquel le pouls radial disparaît** de façon à **exclure la possibilité d'un trou auscultatoire systolique**. • Ouvrir la valve de façon à ce que la vitesse de décompression du brassard soit d'environ **2 mm Hg par battement cardiaque.** • La chute de pression à la vitesse de 2 mm Hg par battement est nécessaire pour estimer de façon précise la pression systolique ou diastolique. • Noter le niveau systolique à l'apparition du premier bruit de battement clair (phase 1 Korotkoff) et le niveau diastolique lorsque le bruit disparaît (phase V Korotkoff).

N.B. Les instructions s'appliquent à la prise de PA avec un sphygmomanomètre et un stéthoscope; plusieurs étapes ne s'appliquent pas si on utilise un appareil électronique.

Méthode auscultatoire (suite)	• **Continuer l'auscultation au moins jusqu'à 10 mm Hg sous la Phase V pour exclure un trou auscultatoire diastolique.** • Si les bruits de Korotkoff persistent jusqu'à un niveau près de 0 mm Hg, le point d'amortissement du son (phase IV Korotkoff) est utilisé pour indiquer la pression diastolique. • En cas d'arythmie, des mesures additionnelles sont requises pour estimer les pressions systolique et diastolique moyennes. Les extrasystoles isolées devraient être ignorées. Laisser le brassard gonflé partiellement trop longtemps causera un remplissage du système veineux et rendra les sons difficiles à entendre. Pour éviter la congestion veineuse, il est recommandé **d'attendre au moins 1 minute entre deux lectures.**
Lectures de la PA	• Inscrire la mesure de la PA **à 2 mm Hg** près si prise sur un manomètre (ou à 1 mm Hg près sur un appareil électronique) ainsi que le **bras utilisé** et la **position** du patient, assise, debout ou couchée; • Éviter d'arrondir les chiffres vers le haut ou vers le bas; • Inscrire la fréquence cardiaque et s'il y a arythmie; • À la **première visite**, la PA devrait être prise au moins une fois aux **deux bras** et si un bras donne une lecture plus élevée de façon répétitive, on devrait noter ce fait, en informer le patient et se servir de ce bras par la suite pour la prise de la PA et son interprétation; • Prendre **au moins trois** lectures, **à une minute d'intervalle, sur le même bras, avec le patient dans la même position,** éliminer la première lecture et inscrire la moyenne des deux autres lectures au dossier.
Utilisation des lectures	• La mesure de la PA en **position assise** est utilisée pour déterminer le diagnostic et le traitement de l'hypertension et pour en faire le suivi; • La mesure de la PA en **position debout** après 2 (1 à 5) minutes, (le bras étant soutenu) est utilisée pour évaluer l'hypotension orthostatique laquelle, si présente, peut modifier le traitement. À faire chez les patients > 65 ans, avec diabète, avec symptômes d'hypotension orthostatique; • La mesure de la PA en **position couchée** peut être utile dans l'évaluation des patients âgés ou diabétiques.

OUTIL N° 14 Principales sources d'erreur associées à la mesure de la PA

Sources d'erreur	PA systolique	PA diastolique
Vient de fumer	+6	+5
Vient de boire un café	+11	+5
Vient de prendre de l'alcool	+8	+8
Vessie distendue (envie d'uriner)	+15	+10
Mesure prise en parlant	+7	+8
Brassard trop petit	-8 à +10	-2 à +8
Brassard posé sur les vêtements	+5 à +50	-
Bras du patient non soutenu	+1 à +7	+5 à +11
Dos du patient non soutenu	+6 à +10	-
Trou auscultatoire manqué	-10 à -50	-
Arrondissement à -5 ou -10	-10	-10

Source: Reeves, Richard, Does this patient have hypertension? : How to mesure blood pressure, JAMA, vol. 273 (15), 19 April 1995, pp 1211-1218

OUTIL N° 15	Sphygmomanomètres : positionnement des appareils muraux, calibrage et remplacement des appareils au mercure

POSITIONNEMENT DES APPAREILS MURAUX

*N.B. La mesure de la PA lorsque le patient est **assis sur la table d'examen** est une **pratique à modifier**.*

INFLUENCE DE LA POSITION DU PATIENT SUR LES RÉSULTATS DE LA MESURE DE LA PA[1,2]

Position du patient	PAS mm Hg	PAD mm Hg
Bras non supporté	+ 1 à + 7	+ 5 à + 11
Dos non supporté	+ 6 à + 10	-
Pieds non appuyés au sol	Valeur augmentée	Valeur augmentée

1. Reeves RA. Does this patient have hypertension ? How to measure blood pressure. JAMA 1995; 273 :1211-1218.
2. Perloff D, Grim C, Flack J , et al. Human blood pressure determination by sphygmomanometry. Circulation 1993; 88:2460-2470.

POSITIONNEMENT DU PATIENT

Selon PECH, le patient doit :

- être assis (ailleurs que sur la table d'examen) ;
- le dos appuyé ;
- le bras supporté au niveau du cœur ;
- les pieds touchant le sol.

VÉRIFICATION DES APPAREILS

RECOMMANDATIONS DU PECH

Fréquence de vérification : Tous les appareils de mesure de PA doivent être soumis à une vérification au moins une fois par année. Cependant, les appareils anéroïdes seront plus fiables s'ils sont vérifiés aux six mois.

Méthode :

Les sphygmomanomètres à petits cadrans peuvent être vérifiés de la façon suivante:

1. L'aiguille doit revenir à la position 0 (centre du petit rectangle à la base du cadran) lorsque la valve est en position ouverte et qu'il n'y a plus de pression dans le brassard. Le rectangle représente la marge d'erreur acceptable du manomètre.
2. La valve en position fermée, pressuriser le brassard à 200 mm Hg et observer le maintien de la pression pendant quelques secondes. Une baisse indique une fuite d'air dans le ballon, la valve ou le tube. Ces pièces peuvent être remplacées.
3. Ouvrir légèrement la valve comme lors de la mesure de la PA et observer que l'aiguille redescend librement sans soubresaut jusqu'à la position 0. Si ce test échoue, il faut remplacer le manomètre (cadran).

REMPLACEMENT DES APPAREILS AU MERCURE

RECOMMANDATIONS DU PECH

L'exposition toxique au mercure (évaporation) et le risque de déversement accidentel dans l'environnement amènent la nécessité de procéder au remplacement des appareils au mercure en clinique par d'autres appareils.

OUTIL N° 16	Conseils sur l'achat et l'utilisation d'un sphygmomanomètre à domicile pour automesure - PECH

Pourquoi mesurer soi-même sa PA ?

Dans certaines circonstances, on préfère vérifier soi-même sa PA. C'est votre cas si :

- vous désirez jouer un plus grand rôle dans le contrôle de votre HTA ;
- vous croyez que votre PA est élevée uniquement lorsque vous êtes dans le cabinet du médecin ou à la clinique ;
- vous croyez que votre PA est élevée uniquement lorsque vous êtes à l'extérieur du cabinet du médecin ;
- votre professionnel de la santé vous conseille de procéder ainsi.

Comment choisir et utiliser un appareil de mesure pour usage personnel ?

1. Avant d'acheter un appareil, discutez-en avec votre professionnel de la santé qui saura vous conseiller sur le type d'appareil correspondant à vos besoins (ex : conseils concernant la taille du brassard).
2. Choisissez un appareil de mesure automatisée de la PA (appareil électronique).

Appareils recommandés par le Programme Éducatif Canadien sur l'Hypertension

On retrouve un logo sur l'emballage des modèles qui répondent aux normes internationales* de mesure précise de la PA.

Fabricants	Modèles
A&D® ou LifeSource®	705, 767, 767PAC, 767Plus, 774, 774AC, 779, 787W, 787AC
Omron®	HEM-705 PC, HEM-711, HEM-741CINT
Microlife® ou Thermor®	BP 3BTO-A, BP 3AC1-1 PC, BP 3AC1-1 PC, BP 3AC1-2, BP 3AG1, BP 3BTO-1, BP 3BTO-A(2), BP 3BTO-AP, RM 100, BP A100 Plus, BP A 100

- Lisez attentivement le guide d'emploi. Demandez à votre professionnel de la santé de vous apprendre à bien l'utiliser et questionnez-le sur la marche à suivre si vos résultats sont anormaux.
- Apportez votre nouvelle acquisition à votre professionnel de la santé qui pourra déterminer si l'appareil vous donne des mesures semblables à celles que vous obtenez au bureau de votre médecin.

Mesure de la PA

Afin d'obtenir une mesure fiable, il faut :

- éviter de fumer et de boire du café au moins 30 minutes avant de prendre votre PA ;
- vider votre vessie et aller à la selle, si nécessaire; avant de prendre votre PA ;
- éviter de porter des manches serrées au moment de la prise de la PA ;
- vous asseoir tranquillement pendant au moins cinq minutes avant de commencer ;
- utiliser un brassard de la bonne taille ;
- être adossé à une chaise, avoir le bras soutenu de manière à ce qu'il soit à la hauteur du cœur ;
- avoir les pieds au sol et éviter de croiser les jambes ;
- rester silencieux avant et pendant la mesure ;
- mesurer au moins deux fois la PA à une minute d'intervalle.

Si vous vous sentez malade, stressé ou anxieux, ou qu'un événement particulier vient de se produire, si vous prenez des médicaments sans ordonnance, comme des sirops contre le rhume ou la toux, notez-le dans votre carnet avec votre résultat.

*Association pour l'avancement de l'instrumentation médicale (*Association for the Advancement of Medical Instrumentation-AAMI*), la Société britannique de l'hypertension artérielle (*British Hypertension Society-BHS*) et la Société européenne de l'hypertension artérielle (*European Society of Hypertension-ESH*).

Source : Fondation des maladies du cœur Modes de vie sains, www.fmcoeur.ca

OUTIL N°17	REGISTRE DES PRÊTS

Date	Objet du prêt	Nom du patient	Numéro de téléphone du patient	Date de retour prévue	Signature du patient	Initiales des cliniciens

OUTIL N° 18	Ordonnance collective : initier des analyses de laboratoire et des examens recommandés en lien avec le dépistage et le suivi de l'HTA

Logo du CSSS

OU

Nom du GMF : _____

Ordonnance collective
Numéro : (en CSSS) _____

ACTIVITÉ(S) RÉSERVÉE(S)

- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance
- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique

DESTINATAIRES

Services cliniques du CSSS : _____
nom

ou

Groupes de médecine de famille (GMF) : _____
nom

Date d'entrée en vigueur : _____	**Révisée le :** _____

CETTE ORDONNANCE RÉFÈRE AU PROTOCOLE (DIRECTIVE) :

Titre : Protocole pour le dépistage et le suivi de l'HTA

Numéro : (en CSSS) _____

Professionnelle(s) visée(s) par l'ordonnance :

Les infirmières habilitées du CSSS _____
nom

Les infirmières habilitées du GMF _____
nom

Clientèle visée / ou situation clinique visée par l'ordonnance :

Toutes les personnes de 18 ans et plus du GMF _____
ou du CSSS _____ dépistées pour l'HTA ou atteints d'HTA

Indications et condition(s) d'initiation
Dépister les personnes atteintes d'HTA et en assurer le suivi périodique, selon les lignes directrices de pratique clinique. Pour ce faire, le dépistage de l'HTA peut être effectué pour la clientèle : • qui se présente avec un rendez-vous infirmier ; • qui se présente avec un rendez-vous médical ; • qui se présente sans rendez-vous ; • qui sera vu au triage.
Intentions thérapeutiques
D'initier des analyses de laboratoire **et assurer le suivi des résultats en lien avec le dépistage et le suivi de l'HTA comme indiqué au Protocole pour le dépistage et le suivi de la clientèle hypertendue.** D'initier ou de planifier un ECG au repos**, en prévision de la visite du patient à son médecin dans le cadre du dépistage et du suivi de l'HTA.** **afin de pouvoir :** • **évaluer l'atteinte des organes cibles ;** • **déterminer le risque cardiovasculaire global et** • **déterminer les données de base avant d'entreprendre un traitement ou pour suivre l'influence du traitement sur les électrolytes et la fonction rénale.**
Contre-indications
• La clientèle qui présente une valeur de PA optimale, normale ou normale élevée. • La clientèle qui présente une urgence hypertensive. • Les personnes âgées de moins de 18 ans. • Autre : _____ La prestation de soins et services peut être suspendue ou arrêtée, dans le cas ou : • les soins et services ne sont plus requis ; • la personne signe un refus de traitement ; • la personne est hospitalisée ou hébergée dans un centre d'hébergement ; • la personne présente une urgence hypertensive.

Limites / référence au médecin
• **Tous les résultats sont intégrés au dossier du patient** • **L'infirmière réfère au médecin traitant ou au médecin de garde lorsque ceux-ci sont anormaux**

Directives (selon le protocole (directive) adopté)
Bilan de base (si non fait au courant de la dernière année) **:** • Analyse d'urine • Glycémie à jeun • Chimie sanguine : potassium, sodium, créatinine • Bilan lipidique à jeun, incluant C-total, C-HDL, C-LDL et triglycérides • ECG standard à 12 dérivations • Autre : _____ En présence de diabète : • Dosage de l'albumine excrétée dans les urines.

PROCESSUS D'ÉLABORATION (si applicable)	
Rédigée par :	Date :
Instances consultées et signatures	
	Date :
Chef de département clinique	Date :
Directeur des services professionnels	Date :
Directrice des soins infirmiers	Date :
Gestionnaire des professionnels concernés	

PROCESSUS D'APPROBATION EN CSSS	
Approuvée par :	Date :
Président du CMDP	Date :
Autre (responsable du GMF)	

PROCESSUS D'APPROBATION EN GMF

Cette ordonnance collective a été adoptée par les médecins du GMF

(ajouter les coordonnées du GMF)

Nom _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____

Téléphone _____

Médecins signataires de l'ordonnance		
Nom	N° permis	Signature

Votre ordonnance « *vert* » l'action

Suivez votre ordonnance « vert » l'action et faites d'une pierre deux coups – faites de l'activité physique au grand air et contribuez à un environnement plus sain.

Nom: _____ Date: _____

℞

Prenez la résolution d'améliorer votre santé en effectuant les activités suivantes durant au moins _____ minutes _____ fois par semaine.

- ❍ **Laisser la voiture à la maison et marcher pour se rendre au travail ou à l'école**
- ❍ **Aller au travail ou à l'école à vélo**
- ❍ **Faire du patin à roues alignées**
- ❍ **Faire du patin**
- ❍ **Jardiner (avec des produits biologiques)**
- ❍ **S'amuser au grand air**
- ❍ **Aider à nettoyer un parc ou la cour d'école de votre voisinage**
- ❍ **Faire vos emplettes à pied ou à vélo**
- ❍ **Tondre la pelouse (avec une tondeuse manuelle)**
- ❍ **Planter un arbre**
- ❍ **Faire une randonnée pédestre**
- ❍ **Faire du canot**
- ❍ **Faire de la raquette**
- ❍ **Faire du ski de fond**
- ❍ **Emprunter les escaliers**
- ❍ **Autres** _____

Signé par: _____

Commencer doucement est sans danger pour la plupart des gens. Vous hésitez?
Consultez un professionnel de la santé.

Voir au verso les suggestions pour devenir actifs

The College of Family Physicians of Canada / Le Collège des médecins de famille du Canada — *Vert* l'action www.goforgreen.ca — Health Canada / Santé Canada

Adopter un mode de vie actif sans quitter son quartier

Vous pouvez faire de l'activité physique partout et en tout temps! Explorez le voisinage. Choisissez des endroits où vous vous sentez à l'aise pour faire de l'activité physique et réservez du temps dans votre horaire quotidien ou hebdomadaire.

Aménagements communautaires
- ❍ Arénas _____
- ❍ Sentiers/pistes cyclables _____
- ❍ Terrains de tennis et autres _____
- ❍ Piscines _____
- ❍ Parcs de loisirs _____
- ❍ Gymnases _____
- ❍ Patinoires _____

Programmes
- ❍ École _____
- ❍ Travail _____
- ❍ Centres communautaires _____
- ❍ Centres de conditionnement physique _____
- ❍ Clubs _____
- ❍ Événements spéciaux _____
- ❍ Autres _____

Vous ne savez pas ce qui est offert dans votre voisinage?
Consultez les pages jaunes sous la rubrique:
- ❍ Clubs
- ❍ Conditionnement physique, santé & exercice - Services
- ❍ Centres récréatifs
- ❍ Centres de plein air
- ❍ La section des « Sports et loisirs» donne la liste des centres communautaires, des piscines, des arénas, des centres du patrimoine, des parcs et des pistes cyclables (dans les pages d'introduction)

Vous avez besoin d'aide pour démarrer? Communiquez avec:
- ❍ Votre médecin de famille
- ❍ Un professionnel agréé en conditionnement physique
- ❍ Un professeur d'éducation physique
- ❍ L'unité ou le service local de santé publique
- ❍ Une organisation provinciale de la santé, comme la Fondation des maladies du cœur
- ❍ Le coordonnateur du centre de conditionnement physique ou de la vie active à votre lieu de travail

Aidez vos patients à inclure l'activité physique dans leur vie quotidienne: commandez des exemplaires gratuits du Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine, en composant le 1-888-334-9769 ou en visitant le site Web www.guideap.com.

À l'action contre l'inactivité!
« La stratégie pour l'activité physique et la santé »
du Collège des médecins de famille du Canada
www.cpfc.ca

The College of Family Physicians of Canada / Le Collège des médecins de famille du Canada — *Vert* l'action www.goforgreen.ca — Health Canada / Santé Canada

OUTIL N° 20

Centres d'abandon du tabagisme (CAT) en Montérégie

CSSS Champlain
- CLSC SAINT-HUBERT
  ☎ 450 443-7489
  🖷 450 443-7406
- CLSC SAMUEL-DE-CHAMPLAIN
  ☎ 450 445-4452, poste 2526
  🖷 450 445-7406

CSSS de la Haute-Yamaska
☎ 450 375-1442, poste 6297
🖷 450 375-6607

CSSS de Vaudreuil-Soulanges
☎ 450 455-6171, poste 128
🖷 450 455-6192

CSSS du Haut-Saint-Laurent
☎ 450 264-6108, poste 1102
🖷 450 264-6801

CSSS du Suroît
☎ 450 371-0143, poste 3025
🖷 450 371-2630

CSSS Haut-Richelieu-Rouville
- CLSC DU RICHELIEU
  ☎ 450 658-7563, poste 302
  🖷 450 658-9134
- CLSC DE LA VALLÉE-DES-FORTS
  ☎ 450 358-2578, poste 2288
  🖷 450 349-0644

CSSS Jardins-Roussillon
☎ 450 691-6666, poste 226 ou 227
☎ 1 866 603-7114, poste 226 ou 227
🖷 450 691-5553

CSSS La Pommeraie
☎ 450 266-4342, option 4, poste 4475
🖷 450 263-9404

CSSS Pierre-Boucher
☎ 450 651-8346
🖷 450 646-1719

CSSS Pierre-De Saurel
☎ 450 746-4545, poste 5285
🖷 450 746-1822

CSSS Richelieu-Yamaska
- CLSC DES MASKOUTAINS
  ☎ 450 778-2572, poste 6127
  🖷 450 778-1799
- CLSC DES PATRIOTES

Formulaire de référence
Centre d'abandon du tabagisme (CAT)

COORDONNÉES DE LA PERSONNE RÉFÉRÉE		
Nom à la naissance :		
Prénom :		
N° téléphone :	(rés)	(autre)
Meilleur moment pour appeler ➲		
❑ La personne ci-haut nommée souhaite être contactée par le conseiller du CAT		
COMMENTAIRE DU PROFESSIONNEL (ex. : information clinique pertinente, pharmaco prescrite, ...)		
NOM ET TITRE DU PROFESSIONNEL (médecin ou autres) Inscrire votre nom en caractères d'imprimerie		
❑ Je désire être informé/e du suivi de cette référence		
COORDONNÉES DU PROFESSIONNEL		
N° téléphone :		N° télécopieur :
Adresse électronique :		

Retourner ce formulaire de référence complété, par télécopieur, au CAT du territoire de votre patient

À L'USAGE DU CONSEILLER DU CAT

❑ La personne que vous avez référée accepte :
- o Une intervention téléphonique
- o Un rendez-vous individuel
- o Un rendez-vous de groupe
- o Autres _____

❑ La personne n'est pas prête à recevoir de l'aide maintenant

❑ La personne est impossible à rejoindre

Nom du conseiller du CAT : _____ Date : _____

OUTIL N^{O} 21 Sites Internet pour les cliniciens (Consultés le 13 septembre 2010)

HTA

- ***Programme Éducatif Canadien sur l'Hypertension*** : http://www.hypertension.ca/fr/
- ***Fondation des maladies du cœur du Canada*** : www.fmcoeur.ca
- ***National Heart, Lung, and Blood Institute*** www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/index.htm
  - The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and treatment of High Blood Pressure (JNC 7) (automne 2003)
- ***U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)*** http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm
  Hypertension screening (2003) www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspshype.htm
- ***Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (1994)*** http://www.ctfphc.org/

Habitudes de vie

TABAC

- ***Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (1994)*** www.ctfphc.org
  Prévention des maladies causées par le tabac
- ***U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)*** : Counselling tabagique (2009)
  http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstbac2.htm

NUTRITION

- ***Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (1994)*** www.ctfphc.org
  Prévention de l'obésité chez l'adulte
  Counselling nutritionnel axé sur les habitudes alimentaires indésirables et dépistage de la malnutrition protéinocalorique chez les adultes, texte complet (PDF) (JAMC 1999;160(4):513-25) (Anglais seulement) www.cmaj.ca/cgi/reprint/160/4/513
- ***National Heart, Lung, and Blood Institute*** www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_home.htm
  Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and treatment of overweight and obesity in adults : The Evidence Report
- ***U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)*** http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm
  Counselling nutritionnel (2003) http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsdiet.htm

ACTIVITÉ PHYSIQUE

- ***Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (1994)*** www.ctfphc.org
  recommandations sur l'activité physique
- ***U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)*** http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm
  recommandations sur l'activité physique (2002) http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsphys.htm
- **Avis du Comité scientifique de Kino-Québec** : Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé

http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/SynthQteActivitePhysique.pdf

SITES INTERNET D'INTÉRÊT GÉNÉRAL

- ***Agence de la santé publique du Canada*** http://www.phac-aspc.gc.ca/

Bien manger

Outil N° 22

Pour contrôler sa tension artérielle

Votre médecin vous a appris que votre tension artérielle est à la limite ou est trop élevée. Vous pouvez agir !

- **BIEN MANGER**
- **BOUGER 30 min** LA PLUPART DES JOURS
- MAINTENIR OU RÉDUIRE **SON POIDS**
- **NE PAS FUMER**

Découvrez ici comment BIEN MANGER, une de ces « 4 stratégies gagnantes », peut vous permettre d'améliorer votre tension artérielle et d'éviter ou de réduire la prise de médicaments.

1 Faites des choix gagnants

Il est reconnu que le régime DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) est particulièrement efficace contre l'hypertension, en raison de sa richesse en **potassium**, en **magnésium**, en **calcium**, en **fibres** et en **protéines**.

Cette alimentation met l'accent sur les légumes et les fruits, les produits céréaliers à grains entiers, les produits laitiers à faible teneur en gras, la volaille, le poisson, les légumineuses, le tofu et les noix. Elle limite la consommation de viande rouge, de matières grasses et de sucreries (gâteaux, biscuits, chocolat, boissons gazeuses, sucre, miel, sirops, etc.).

Ce type d'alimentation peut contribuer à une baisse de la tension artérielle. Toutefois, les effets sont encore plus importants lorsqu'on limite aussi sa consommation de sel et d'alcool.

2 Limitez le sel

Bien que le sel (composé de sodium et de chlore) soit nécessaire à la santé, nous en consommons trop, ce qui peut aggraver l'hypertension chez certains individus.

La majorité du sel que nous consommons (77 %) ne provient pas de la salière mais plutôt des aliments transformés dans lesquels se cache souvent une grande quantité de sodium.

À titre d'exemple, six croquettes de poulet avec sauce barbecue ou un sandwich jambon-fromage contiennent chacun environ 1 000 mg de sodium, soit l'équivalent de 2 ml (1/2 c. à thé) de sel. C'est beaucoup étant donné la recommandation en matière de saine alimentation qui suggère un maximum de 2 300 mg de sodium par jour !

Pour manger moins salé

Limitez votre consommation d'aliments riches en sodium tels que :

- **mets du restaurant, « fast-food » et repas prêts-à-manger : pizzas, quiches, mets chinois, plats congelés, etc.**
- **viandes fumées ou salées : bacon, jambon, charcuteries, saucisses, pâtés, viandes en conserve, etc.**
- **poissons fumés ou salés**
- **soupes, sauces et bouillons en conserve ou déshydratés**
- **riz et pâtes assaisonnés en sachet ou en boîte**
- **craquelins salés, croustilles et noix salées**
- **condiments : ketchup, moutarde, sauce soya, sauce Chili, anchois, etc.**
- **jus de tomate ou de légumes**
- **marinades : cornichons, olives, câpres, etc.**
- **fromages : à tartiner, en tranches, bleus et feta**
- **sels d'assaisonnement : sel de céleri ou d'oignon, glutamate monosodique, etc.**

Recherchez les produits « avec moins de sel », « sans sel ajouté » ou « à faible teneur en sodium ». Lisez bien les étiquettes et optez pour les aliments contenant moins de 300 mg de sodium par portion (ou moins de 720 mg pour les repas prêts-à-manger).

Réduisez au maximum l'utilisation de sel (régulier, de mer ou fleur de sel) dans la préparation des aliments et évitez l'usage de la salière à table.

Rehaussez la saveur de vos plats avec les fines herbes (ex. : ciboulette, basilic, origan), les épices (ex. : cumin, muscade), l'ail, le gingembre, le poivre, le zeste et les jus d'agrumes.

Essayez les assaisonnements commerciaux à base d'herbes, en vous assurant qu'ils ne contiennent pas de sel. Si vous optez pour des substituts de sel à base de chlorure de potassium, parlez-en au pharmacien ou à votre médecin car ils peuvent interférer avec vos médicaments.

PROGRAMME SANTÉ ACTI-MENU

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL
Direction de la prévention

La production de ce document a été rendue possible grâce au soutien de : AstraZeneca

Tension artérielle

Outil N° 23

L'hypertension artérielle
Attention ! Zone de haute pression

1 adulte sur 5 au Canada souffre d'hypertension

Plus du tiers des individus qui ont ce problème ne le savent pas, parce qu'ils ne se sentent pas malades. Chez ceux qui connaissent leur état, près de la moitié ne se font pas traiter, souvent parce qu'ils ne ressentent aucun symptôme.

L'hypertension agit sournoisement... jusqu'au jour où les complications surviennent : des complications aussi sérieuses que la crise cardiaque ou l'hémorragie cérébrale.

Mais heureusement, des changements à nos habitudes de vie et, dans certains cas, la prise de médicaments peuvent nous aider à contrôler notre tension artérielle.

Les **hauts** et les **bas** de la **tension**

La tension artérielle correspond à la pression que le sang exerce sur la paroi des vaisseaux sanguins lorsqu'il circule à travers le corps. Une personne souffre d'hypertension lorsque sa tension artérielle est trop élevée.

La tension artérielle se mesure au niveau du bras. Elle s'exprime à l'aide de deux chiffres, 130/85 par exemple. Le premier chiffre, soit le plus élevé, correspond à la pression maximale qui survient lorsque le cœur se contracte pour pousser le sang dans les artères (pression systolique). Le chiffre le moins élevé indique la pression la plus faible, au moment où le cœur se repose entre deux contractions (pression diastolique).

On parle d'hypertension lorsqu'on obtient à plusieurs reprises des mesures dont le premier chiffre est égal ou supérieur à 140 OU que le deuxième chiffre est égal ou supérieur à 90.

Dans certains cas, le médecin peut juger qu'il vaut mieux viser une tension artérielle plus basse ou à l'inverse, il pourra considérer comme acceptable une tension artérielle un peu plus élevée.

Une seule valeur élevée, pas de panique !

Comme la tension varie pour bien des raisons, une seule valeur anormale n'est pas suffisante pour poser un diagnostic d'hypertension. Il sera alors nécessaire d'effectuer au moins de 3 à 5 autres mesures à des moments différents pour vérifier si la tension demeure élevée. Le médecin complétera aussi l'investigation par certaines analyses de laboratoire.

Tension limite !

Si la tension varie entre 130/85 et 139/89, il y a alors un risque de développer une hypertension. On ne prescrit généralement pas de médicaments à ce stade-ci mais on encourage la personne à revoir certaines de ses habitudes de vie qui peuvent prévenir l'apparition de l'hypertension.

PROGRAMME SANTÉ ACTI-MENU

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL
Direction de la prévention

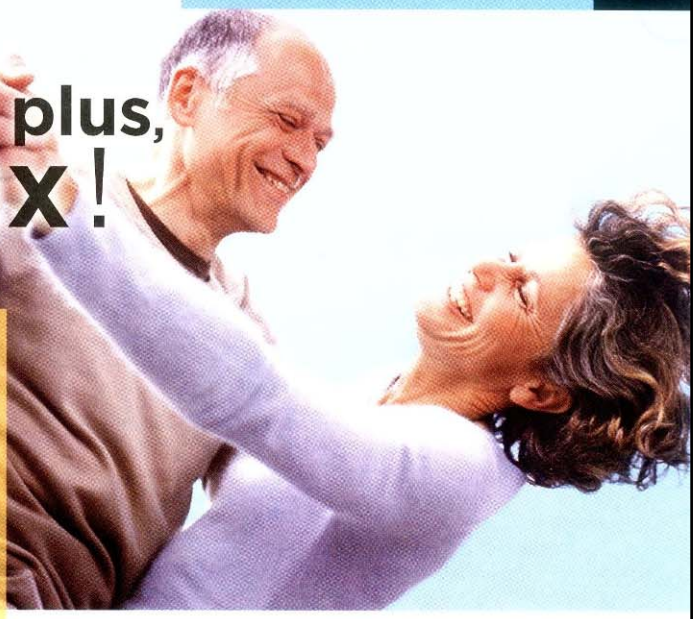
La production de ce document a été rendue possible grâce au soutien de : AstraZeneca

Avec l'appui de :

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
Collège des médecins du Québec
Ordre des pharmaciens du Québec
Association des cardiologues du Québec
Directions de santé publique de la Capitale-Nationale, des Laurentides de la Montérégie et de Montréal
Villes et villages en santé
Centre ÉPIC de l'Institut de Cardiologie de Montréal
Fédération des médecins spécialistes du Québec
Association des médecins de langue française du Canada
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Groupe de recherche sur l'athérosclérose de l'Institut de recherches cliniques de Montréal
Diabète Québec
Fondation des maladies du cœur du Québec

Sédentarité

Bougez plus, vivez mieux !



80 % des gens souhaitent être plus actifs, **mais seulement la moitié d'entre eux passent à l'action.**

Pourquoi sommes-nous si nombreux à être sédentaires alors que nous voudrions être plus actifs ?

Une des raisons est sans aucun doute la vie moderne. Alors qu'autrefois il était nécessaire de bouger, être actif est plutôt devenu un choix. En effet, aujourd'hui, automobiles, ascenseurs, ordinateurs, télévisions, télécommandes et autres technologies nous volent de nombreuses occasions d'être actifs. Il y a aussi notre style de vie à grande vitesse qui nous amène trop souvent à se dire qu'on s'y mettra quand on aura plus de temps !

Résultat : on ne bouge pas assez, et notre santé en prend un coup.

Être inactif est aussi dommageable pour la santé du cœur que de fumer un paquet de cigarettes par jour.

La solution ?

Pour être actif, pas besoin d'être un athlète ou de se lancer dans un programme d'entraînement. Il s'agit plutôt d'intégrer des occasions de bouger dans notre vie quotidienne. Pour y arriver, il faut être imaginatif, motivé et prendre le temps nécessaire. Par exemple, on peut choisir de marcher ou d'utiliser le vélo au lieu de prendre l'automobile pour les courtes distances ou encore de passer moins de temps devant la télévision et l'ordinateur afin d'en avoir plus pour s'activer.

L'objectif à viser

Nous donner des occasions de bouger **au moins 30 minutes chaque jour** peut faire une bonne différence sur notre santé.

En plus de prévenir et de traiter plusieurs maladies, l'activité physique améliore notre bien-être et notre qualité de vie. Elle ne fait pas qu'ajouter des années à la vie, elle ajoute aussi de la vie aux années !

Pourquoi attendre ?

Il n'est pas nécessaire d'attendre que toutes les conditions idéales soient réunies pour passer à l'action. Y aller à notre rythme, en tenant compte de notre réalité et de nos habiletés, est la meilleure façon de commencer.

Pourquoi ne pas considérer l'activité physique comme un moment privilégié pour se faire du bien plutôt que de la voir comme une obligation ?

Alors, si vous êtes prêt à prendre le virage actif, ce dépliant est pour vous. Il vous donnera des idées pour développer l'habitude de bouger... dans le plaisir !

PROGRAMME SANTÉ ACTI-MENU

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL
Direction de la prévention

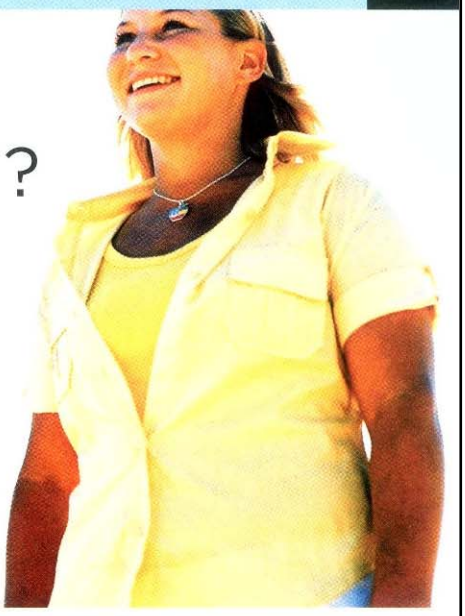
La production de ce document a été rendue possible grâce au soutien de : AstraZeneca

Avec l'appui de :

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
Collège des médecins du Québec
Ordre des pharmaciens du Québec
Association des cardiologues du Québec
Directions de santé publique de la Capitale-Nationale, des Laurentides de la Montérégie et de Montréal
Villes et villages en santé
Centre ÉPIC de l'Institut de Cardiologie de Montréal
Fédération des médecins spécialistes du Québec
Association des médecins de langue française du Canada
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Groupe de recherche sur l'athérosclérose de l'Institut de recherches cliniques de Montréal
Diabète Québec
Fondation des maladies du cœur du Québec

Surplus de poids

Votre poids pèse-t-il sur votre santé ?



Près de 60 % des adultes au Canada

ont un excès de poids (36 %) ou sont obèses (23 %). Cette proportion ne cesse d'augmenter, et le phénomène touche des individus de plus en plus jeunes.

Un surplus de poids augmente de façon importante le risque de souffrir de maladies cardiovasculaires, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de diabète et d'autres maladies. Heureusement, des changements sur le plan de l'activité physique et de l'alimentation peuvent faire la différence. Et on n'a surtout pas besoin de « régimes miracles » ou de produits amaigrissants, souvent nocifs pour la santé, pour mieux contrôler notre poids. Ce dépliant propose des outils pour perdre du poids... et ne plus le reprendre.

Êtes-vous à risque ?

L'indice de masse corporelle (IMC) permet d'évaluer si le poids d'une personne représente un risque pour sa santé. Pour connaître notre IMC, on peut consulter la brochure ***Avez-vous bon cœur?*** de la présente série, se rendre sur le site Internet de Santé Canada au www.santecanada.gc.ca/nutrition, dans la section « Poids santé », ou encore le demander à notre médecin. L'IMC ne s'applique qu'aux personnes de 18 ans et plus. Si on a plus de 65 ans ou que l'on est très musclé, notre IMC peut être légèrement supérieur à 25 sans pour autant augmenter les risques pour notre santé.

Catégories de poids	IMC	Risque d'avoir des problèmes de santé
Poids insuffisant	Moins de 18,5	Augmenté
Poids normal	18,5 – 24,9	Moindre
Surplus de poids		
• Excès de poids	25,0 – 29,9	Augmenté
• Obésité	30,0 et plus	Élevé à très élevé

Source : Santé Canada. Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes, 2003.

Le risque pour la santé est d'autant plus grand si le surplus de poids est localisé au niveau de la taille plutôt qu'ailleurs sur le corps. En effet, un tour de taille de plus de 102 cm (40 po) chez les hommes et de 88 cm (35 po) chez les femmes augmente les risques d'être atteint de maladies.

On prend du poids lorsque le nombre de calories que l'on mange est plus grand que celui que l'on dépense. Le principe est simple, mais comprendre tous les facteurs qui influencent ce déséquilibre est moins évident : consommation trop élevée de calories, activité physique insuffisante, hérédité, comportements problématiques par rapport à la nourriture, arrêt du tabagisme, prise de certains médicaments, **environnement obésogène**...

On dit que l'environnement actuel est obésogène, c'est-à-dire qu'il encourage l'obésité. Des aliments riches en sucre et en gras sont offerts partout et en tout temps ! Des mégaportions sont vendues pour quelques sous de plus. Sans oublier l'automobile, les télécommandes et les escaliers roulants qui nous « volent » de belles occasions de bouger.

PROGRAMME SANTÉ ACTI-MENU

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL
Direction de la prévention

La production de ce document a été rendue possible grâce au soutien de : AstraZeneca

Avec l'appui de :

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
Collège des médecins du Québec
Ordre des pharmaciens du Québec
Association des cardiologues du Québec
Directions de santé publique de la Capitale-Nationale, des Laurentides de la Montérégie et de Montréal
Villes et villages en santé
Centre ÉPIC de l'Institut de Cardiologie de Montréal
Fédération des médecins spécialistes du Québec
Association des médecins de langue française du Canada
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Groupe de recherche sur l'athérosclérose de l'Institut de recherches cliniques de Montréal
Diabète Québec
Fondation des maladies du cœur du Québec

Bien manger

Pour contrôler son cholestérol et ses triglycérides

Votre médecin vous a appris que votre niveau de cholestérol dans le sang est trop élevé. Il se peut que votre niveau de triglycérides le soit aussi. Vous pouvez agir !

- **BIEN MANGER**
- **BOUGER 30 min** LA PLUPART DES JOURS
- MAINTENIR OU RÉDUIRE **SON POIDS**
- **NE PAS FUMER**

Découvrez ici comment BIEN MANGER, une de ces « 4 stratégies gagnantes », peut vous permettre d'améliorer vos valeurs et d'éviter ou de réduire la médication.

1 Misez sur des choix gagnants

Une alimentation variée, qui met l'accent sur les **légumes et les fruits**, les **produits céréaliers à grains entiers**, les **produits laitiers moins gras**, les viandes maigres, les volailles et surtout leurs substituts comme les **poissons**, les **légumineuses**, le **tofu**, les **noix** et les **graines**, est reconnue comme étant très efficace pour améliorer les niveaux de cholestérol.

Ce modèle d'alimentation est aussi la base de la diète méditerranéenne réputée bénéfique pour la santé du cœur. Référez-vous au verso pour plus de détails sur les choix gagnants.

2 Gérez les gras

Limitez les gras trans, les gras saturés et le cholestérol alimentaire

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, ce n'est pas principalement le cholestérol contenu dans les aliments qui fait augmenter le cholestérol dans le sang. Une alimentation trop riche en gras trans ou en gras saturés est davantage responsable de cette augmentation.

Les gras trans sont des gras que l'on retrouve dans les produits transformés par l'industrie qui contiennent des huiles partiellement hydrogénées ou du shortening d'huile végétale (produits de boulangerie gras, fritures, grignotines, etc.).

Les gras saturés et le cholestérol se retrouvent surtout dans les produits d'origine animale comme les produits laitiers gras et les viandes grasses. Les abats, les jaunes d'œufs, les crevettes et les calmars sont d'autres sources importantes de cholestérol.

Privilégiez les gras insaturés

En plus d'être essentiels à une bonne santé, les gras insaturés (**mono**insaturés et **poly**insaturés) permettent un meilleur contrôle du niveau de cholestérol dans le sang. Les principales sources sont les huiles, les margarines non hydrogénées, les noix, les graines et l'avocat. Consommez-en régulièrement, mais **avec modération**, surtout si vous devez surveiller votre poids.

Parmi les gras polyinsaturés, ceux de la famille des **oméga-3** méritent une attention particulière pour leurs effets bénéfiques sur la santé du cœur.

Les meilleures sources d'oméga-3 sont les poissons, spécialement ceux qui sont plus gras (ex. : saumon, truite, maquereau, sardines, hareng) et le lin (graines moulues et huile). On en retrouve aussi, mais en moins grande quantité, dans l'huile de canola, les noix de Grenoble, le soya et ses produits dérivés (tofu, boissons de soya, fèves de soya rôties) ainsi que dans certains aliments enrichis en oméga-3 (œufs et breuvages laitiers).

3 Consommez plus d'aliments riches en fibres

Les fibres se trouvent uniquement dans les végétaux comme les produits céréaliers à grains entiers, les légumes, les fruits et les légumineuses.

Certaines fibres, dites « solubles », aideraient à diminuer le niveau de cholestérol dans le sang, lorsqu'elles sont consommées régulièrement. On les retrouve principalement dans le psyllium, les graines de lin moulues, le son et les flocons d'avoine, les légumineuses, l'orge et certains fruits riches en pectine (tomates, pommes, oranges, fraises, poires, etc.).

Et n'oubliez pas de boire régulièrement de l'eau pour permettre aux fibres de bien faire leur travail !

Et si vos triglycérides sont élevés...

- **Diminuez votre consommation d'aliments riches en sucre comme les desserts sucrés (gâteaux, biscuits, pâtisseries, etc.), le chocolat, les boissons gazeuses et les sucreries (bonbons, sucre blanc, miel, sirops, etc.).**
- **Limitez votre consommation d'alcool autant que possible.**
- **Consommez à chaque jour des sources de gras oméga-3.**
- **Réduisez votre poids, si nécessaire.**

PROGRAMME SANTÉ ACTI-MENU

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL
Direction de la prévention

La production de ce document a été rendue possible grâce au soutien de : AstraZeneca

Test

Avez-vous bon **cœur** ?

Environ **1** personne sur **3** **meurt** d'une maladie cardiovasculaire.

En fait, c'est 31 % des hommes et 33 % des femmes qui en meurent. Ces maladies constituent l'ennemi numéro 1 en santé et représentent la principale cause d'invalidité au Canada.

Les maladies cardiovasculaires affectent le cœur (cardio) et les vaisseaux sanguins (vasculaires) pour provoquer l'angine ou l'infarctus (crise cardiaque), mais également les accidents vasculaires cérébraux qui peuvent entraîner des paralysies importantes.

Mais vous pouvez prendre en main la santé de votre cœur.

1 Faites le **test**

2 Évaluez votre **risque**

3 Passez à **l'action**

PROGRAMME SANTÉ ACTI-MENU

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL
Direction de la prévention

La production de ce document a été rendue possible grâce au soutien de : AstraZeneca

Avec l'appui de :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
Fédération des médecins spécialistes du Québec
Collège des médecins du Québec
Association des médecins de langue française du Canada
Ordre des pharmaciens du Québec
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Association des cardiologues du Québec
Groupe de recherche sur l'athérosclérose de l'Institut de recherches cliniques de Montréal
Directions de santé publique de la Capitale-Nationale, des Laurentides de la Montérégie et de Montréal
Villes et villages en santé
Diabète Québec
Centre ÉPIC de l'Institut de Cardiologie de Montréal
Fondation des maladies du cœur du Québec

OUTIL N° 28	ÉVALUATION DU STADE COMPORTEMENTAL POUR LE PATIENT

À QUEL STADE ÊTES-VOUS?

Si oui, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation. ↓	**Préréflexion** « Je ne prévois pas changer dans les 6 prochains mois »	**Réflexion** « Je prévois changer un jour mais pas maintenant »	**Préparation** « Je prévois changer d'ici 4 semaines et j'aimerais savoir comment faire »	**Action** « Je viens tout juste de changer »	**Maintien** « J'ai changé et je voudrais savoir comment maintenir ce changement »
Tabagisme « J'ai fumé au cours de la dernière année » non ❑ oui ❑ →					
Alcool « Je consomme plus de 2 consommations par jour ou plus de 14 par semaine (homme) et plus de 9 par semaine (femme) » non ❑ oui ❑ →					
Alimentation « Je consomme souvent des aliments gras ou à faible teneur en fibres (peu de céréales, de fruits et de légumes) » non ❑ oui ❑ →					
Activité physique « Je ne fais pas d'activité physique (moins de 30 minutes par jour) » non ❑ oui ❑ →					

Source : adapté de Hypertension Guide Thérapeutique, SQHA, 2007, p. 79

Consulter également le Guide alimentaire canadien sur le site de Santé Canada :

http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/food-guide-aliment/print_eatwell_bienmang-fra.pdf

Normaliser sa tension artérielle grâce au régime DASH

L'alimentation influe-t-elle sur la tension artérielle?

Les aliments que l'on consomme (ou que l'on évite) peuvent avoir un effet important sur la tension artérielle. Une alimentation saine peut réduire non seulement le risque d'hypertension, mais également la tension artérielle lorsqu'elle est trop élevée. Comme l'hypertension est l'un des facteurs qui augmentent le risque de maladie cardiovasculaire (comme la crise cardiaque et l'accident vasculaire cérébral), il est important de modifier son alimentation, ne serait-ce que petit à petit, même si l'on prend déjà un médicament pour abaisser la tension artérielle.

Qu'est-ce que le régime DASH?

Le régime DASH (***D**ietary **A**pproaches to **S**top **H**ypertension*) est recommandé pour réduire la tension artérielle. Il s'agit d'un régime riche en fruits et en légumes (4 à 5 portions de chaque groupe par jour) associé à une réduction de l'apport alimentaire en cholestérol et en matières grasses totales (surtout en graisses saturées, qui proviennent principalement de la viande, mais que l'on trouve aussi dans certains produits laitiers comme la crème et le beurre, ainsi que dans certaines huiles végétales comme l'huile de palme et l'huile de coprah [noix de coco]). Au cours d'un essai clinique, les patients qui ont suivi le régime DASH ont réussi à faire baisser leur tension artérielle de façon marquée, dès les deux premières semaines. Une réduction de la tension a été observée tant chez les hypertendus que chez les personnes dont la tension était normale, chez les femmes comme chez les hommes, et ce, sans égard au groupe ethnique auquel le patient appartenait.

Réduire le risque sans perdre le plaisir de manger

Modifier ses habitudes alimentaires ne signifie pas se priver de tous les aliments que l'on aime. Il faut simplement faire des choix de manière à avoir une alimentation saine et équilibrée. On peut tirer du plaisir à tenter de nouvelles expériences culinaires et à en apprendre davantage sur l'alimentation. Les livres de cuisine ou les revues spécialisées et les restaurants qui offrent des menus santé peuvent vous inspirer et vous aider à découvrir de nouvelles recettes.

Comment adapter le régime DASH aux menus quotidiens?

Le tableau ci-après a été conçu pour vous aider à mieux comprendre le régime DASH. Il présente les différents groupes d'aliments ainsi que des recommandations sur la quantité dont on a besoin chaque jour. Notez que les portions peuvent être plus faibles que ce que vous pensiez. Servez-vous de ce tableau pour planifier vos repas à la maison et à l'extérieur.

Groupe d'aliments	Exemples d'aliments dans ce groupe	Pourquoi ce groupe d'aliments est-il important?	Combien de portions par jour?	Qu'est-ce qu'une portion?
Grains*	Pain de blé entier, pâtes de blé entier, muffins anglais, pain pita, bagels, céréales, *grits*, gruau, riz brun, pretzels et maïs soufflé sans sel	Principale source d'énergie et de fibres	6 à 8	• 1 tranche de pain • 30 grammes (1 once) de céréales sèches† • 1/2 tasse de pâtes, de céréales ou de riz cuits
Légumes	Brocoli, carottes, chou, courges, épinards, haricots de Lima, haricots verts, patates douces, pois verts, pommes de terre et tomates	Riches en potassium, en magnésium et en fibres	4 à 5	• 1 tasse de légumes-feuilles crus • 1/2 tasse de légumes en morceaux, crus ou cuits • 1/2 tasse de jus de légumes
Fruits	Abricots, ananas, bananes, dattes, fraises, jus de pamplemousse, mangues, melons, oranges, pamplemousses, pêches, pommes, raisins, raisins secs et tangerines	Source importante de potassium, de magnesium et de fibres	4 à 5	• 1 fruit de taille moyenne • 1/2 tasse de jus de fruit • 1/4 tasse de fruits secs • 1/2 tasse de fruits frais, surgelés ou en conserve
Produits laitiers à teneur réduite en gras ou écrémés	Lait écrémé ou à 1 %, babeurre, fromages maigres et yogourt frais ou glacé, écrémé ou à teneur réduite en matières grasses	Principale source de calcium et de protéines	2 à 3	• 1 tasse de lait ou de yogourt • 45 grammes (1,5 once) de fromage
Viande, volaille et poisson	Ne manger que des viandes, volailles et poissons maigres dont on aura retiré tout le gras visible, grillés, rôtis ou pochés; retirer la peau de la volaille	Bonne source de protéines et de magnésium	Au maximum 6	• 30 grammes (1 once) de viande, de volaille ou de poisson cuits • 1 oeuf‡
Noix, graines et légumineuses	Amandes, arachides, beurre d'arachides, graines de tournesol, haricots secs, lentilles, noisettes, noix, noix mélangées et pois cassés	Bonne source d'énergie, de magnésium, de protéines et de fibres	4 ou 5 par semaine	• 1/3 tasse de noix • 2 c. à soupe de beurre d'arachides • 2 c. à soupe de graines • 1/2 tasse de légumineuses cuites (haricots et pois secs)
Graisses et huiles§	Margarine molle, huile végétale (comme les huiles de canola, de maïs, d'olive et de carthame), mayonnaise à teneur réduite en gras et vinaigrettes allégées	Le régime de l'étude DASH comportait 27 % de calories provenant de gras, y compris le gras dans les aliments et le gras ajouté aux préparations	2 à 3	• 1 c. à thé de margarine molle • 1 c. à soupe de mayonnaise à teneur réduite en gras • 2 c. à soupe de vinaigrette allégée • 1 c. à thé d'huile végétale
Sucre et sucreries	Gélatines parfumées aux fruits, boisson aux fruits, bonbons durs, gelées, sirop d'érable, sorbets et glaces, sucre	Privilégier des friandises faibles en gras	Au maximum 5 par semaine	• 1 c. à soupe de sucre • 1 c. à soupe de gelée ou de confiture • 1/2 tasse de sorbet ou de gélatine • 1 tasse de limonade

D'après *Your Guide to Lowering Your Blood Pressure with DASH*, publié par le National Institute of Health des États-Unis, disponible sur le site www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash/new_dash.pdf. Consulté le 25 février 2008.

* On recommande de consommer la plupart des céréales sous forme de grains entiers, car il s'agit d'une bonne source de fibres et de nutriments.

† Les portions varient entre 1/2 tasse et 1 1/4 tasse selon la sorte de céréales. Consulter l'étiquette nutritionnelle du produit.

‡ Comme le jaune d'œuf est riche en cholestérol, en limiter la consommation à 4 par semaine; 2 blancs d'œuf ont la même teneur en protéines que 30 grammes (1 once) de viande.

§ La teneur en gras influe sur les portions. Par exemple, 1 c. à soupe de vinaigrette ordinaire équivaut à 1 portion; 1 c. à soupe de vinaigrette allégée équivaut à une demi-portion; 1 c. à soupe de vinaigrette sans matières grasses équivaut à 0 portion.

Où puis-je obtenir de plus amples renseignements?

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les modifications de l'alimentation qui contribuent à réduire la tension artérielle, consultez le site Web des organismes suivants :

- Santé Canada (www.hc-sc.gc.ca)
- Fondation des maladies du cœur du Canada (www.fmcoeur.ca)
- Pression artérielle Canada (www.hypertension.ca)

N'oubliez pas : Rome ne s'est pas bâtie en un jour!

Changer ses habitudes alimentaires exige du temps et de la pratique. Apportez les changements qui s'imposent graduellement, et célébrez les petites victoires.

Pfizer
Vers un monde en meilleure santé

© 2008
Pfizer Canada Inc.
Kirkland (Québec)
H9J 2M5

Membre R&D

CA0108CA014F

BLOC DASH

OUTIL N° 30	Carnet : Mesurer sa pression artérielle à domicile (SQHA)

PUBLICATION DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Document disponible
Librairie Médicale et Scientifique Inc.
Téléphone: (450) 464-3166
Télécopieur: (450) 464-7288
Courrier: LMS@videotron.ca
Site Internet: www.LMSBOOK.com
Version anglaise aussi disponible

OUTIL N° 31 Effets des modifications dans les habitudes de vie sur la PA - PECH

Effet des modifications des habitudes de vie sur la PA		
Intervention	**Dosage**	**PA systolique / PA diastolique mm Hg**
Perte de poids	Par kg perdu	-1,1/-0,9 mm Hg
Réduction des aliments riches en sodium	- 1800 mg de sodium/jour - 2300 mg de sodium/jour	-5,1/2,7mm Hg -7,2/3,8 mm Hg
Exercices aérobiques	120-150 minutes/semaine	-4,9/-3,7 mm Hg
Réduction de la consommation d'alcool	- 3,6 consommations standards/jour	-3,9/-2,4 mm Hg
Habitudes alimentaires	Diète DASH chez les hypertendus	-11,4/-5,5 mm Hg

Source : Padwal R. et al. CMAJ SEPT 2005; 173 (7) : 749-751

Recommandations 2010 du Programme Éducatif Canadien sur l'Hypertension

OUTIL N° 32	Conseils sur l'achat et l'utilisation d'un sphygmomanomètre à domicile pour automesure - PECH

Pourquoi mesurer soi-même sa PA?

Dans certaines circonstances, on préfère vérifier soi-même sa PA. C'est votre cas si :

- vous désirez jouer un plus grand rôle dans le contrôle de votre HTA ;
- vous croyez que votre PA est élevée uniquement lorsque vous êtes dans le cabinet du médecin ou à la clinique ;
- vous croyez que votre PA est élevée uniquement lorsque vous êtes à l'extérieur du cabinet du médecin ;
- votre professionnel de la santé vous conseille de procéder ainsi.

Comment choisir et utiliser un appareil de mesure pour usage personnel ?

1. Avant d'acheter un appareil, discutez-en avec votre professionnel de la santé qui saura vous conseiller sur le type d'appareil correspondant à vos besoins (ex : conseils concernant la taille du brassard).
2. Choisissez un appareil de mesure automatisée de la PA (appareil électronique).

Appareils recommandés par le Programme Éducatif Canadien sur l'Hypertension

On retrouve un logo sur l'emballage des modèles qui répondent aux normes internationales* de mesure précise de la PA.

Fabricants	Modèles
A&D® ou LifeSource®	705, 767, 767PAC, 767Plus, 774, 774AC, 779, 787W, 787AC
Omron®	HEM-705 PC, HEM-711, HEM-741CINT
Microlife® ou Thermor®	BP 3BTO-A, BP 3AC1-1 PC, BP 3AC1-1 PC, BP 3AC1-2, BP 3AG1, BP 3BTO-1, BP 3BTO-A(2), BP 3BTO-AP, RM 100, BP A100 Plus, BP A 100

- Lisez attentivement le guide d'emploi. Demandez à votre professionnel de la santé de vous apprendre à bien l'utiliser et questionnez-le sur la marche à suivre si vos résultats sont anormaux.
- Apportez votre nouvelle acquisition à votre professionnel de la santé qui pourra déterminer si l'appareil vous donne des mesures semblables à celles que vous obtenez au bureau de votre médecin.

Mesure de la PA

Afin d'obtenir une mesure fiable, il faut :

- éviter de fumer et de boire du café au moins 30 minutes avant de prendre votre PA ;
- vider votre vessie et aller à la selle, si nécessaire; avant de prendre votre PA ;
- éviter de porter des manches serrées au moment de la prise de la PA ;
- vous asseoir tranquillement pendant au moins cinq minutes avant de commencer;
- utiliser un brassard de la bonne taille ;
- être adossé à une chaise, avoir le bras soutenu de manière à ce qu'il soit à la hauteur du cœur ;
- avoir les pieds au sol et éviter de croiser les jambes ;
- rester silencieux avant et pendant la mesure ;
- mesurer au moins deux fois la PA à une minute d'intervalle.

Si vous vous sentez malade, stressé ou anxieux, ou qu'un événement particulier vient de se produire, si vous prenez des médicaments sans ordonnance, comme des sirops contre le rhume ou la toux, notez-le dans votre carnet avec votre résultat.

- Association pour l'avancement de l'instrumentation médicale (*Association for the Advancement of Medical Instrumentation-AAMI*), la Société britannique de l'hypertension artérielle (*British Hypertension Society-BHS*) et la Société européenne de l'hypertension artérielle (*European Society of Hypertension-ESH*).

Source : Fondation des maladies du cœur Modes de vie sains, www.fmcoeur.ca

OUTIL N° 33 **Sites Internet pour les patients (Consultés le 14 septembre 2010)**

HTA

- ***Santé Canada*** www.hc-sc.gc.ca
- ***Fondation des maladies du cœur du Canada*** www.fmcoeur.qc.ca
- ***National Heart, Lung, and Blood Institute*** www.nhlbi.nih.gov
  Your guide to lowering high blood pressure www.nhlbi.nih.gov/hbp/index.html

HABITUDES DE VIE

TABAC

- ***Santé Canada*** www.hc-sc.gc.ca Vivez sans fumée! :
  http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/index-fra.php
- ***Association pulmonaire du Québec*** www.pq.poumon.ca
  Le service Poumon-9 http://pq.poumon.ca/services/poumon-9/
- ***J'arrête.*** (site pour s'aider à se libérer du tabac) www.jarrete.qc.ca
- ***Méthodes pour cesser de fumer*** http://www.santepub-mtl.qc.ca/tabagie/index.html

NUTRITION

- ***Fondation des maladies du cœur*** www.fmcoeur.qc.ca
  Une saine alimentation :
  http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kpIQKVOxFoG/b.3669895/k.4B6/Mode_de_vie_sain__Une_saine_alimentation.htm
- ***National Heart, Lung, and Blood Institute*** The DASH eating plan (révisé en 2006) 56 p.
  www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash/index.htm :
- ***Santé Canada :*** *Bien manger avec le* ***Guide alimentaire canadien***
  http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php
- ***Les diététistes du Canada : « Manger mieux, c'est meilleur »***
  http://www.dietitians.ca/public/content/eat_well_live_well/french/index.asp
- ***Extenso-Le centre de référence sur la nutrition humaine*** www.extenso.org

ACTIVITÉ PHYSIQUE

- ***Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie :***
  http://www.cflri.ca/fra/index.php
  Un remède naturel contre l'hypertension *http://www.cflri.ca/fra/conseils/1994/hypertension.php*
- ***Santé Canada*** http://www.hc-sc.gc.ca
  Vie saine - activité physique http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/physactiv/index-fra.php
- ***National Heart, Lung, and Blood Institute*** www.nhlbi.nih.gov
  Overweight and Physical Activity
  www.nhlbi.nih.gov/health/public/web/index.htm
- ***Fédération québécoise de la marche*** www.fqmarche.qc.ca
- ***Fédération des kinésiologues du Québec*** www.kinesiologue.com

Étape 6

Réexaminer,
réajuster,
peaufiner

Étape 6 : Réexaminer, réajuster, peaufiner

Objectifs

1. Décider de la date de révision de la démarche.
2. Choisir les outils qui permettent de revoir notre façon d'offrir les services de dépistage et suivi de l'HTA.
3. Compléter la démarche d'appréciation/rétroaction.
4. Adopter des modifications afin d'améliorer la systématisation des soins pour le dépistage et le suivi conjoint de l'HTA.

La rétroaction sur l'organisation des services représente un moteur important pour effectuer et maintenir un changement. Elle peut porter sur les activités de dépistage et de suivi de l'HTA, sur la satisfaction du personnel et celle des patients.

Réexaminer

À cette étape, l'outil n° 34 *Choix de la démarche d'évaluation* permet de prévoir comment notre clinique évaluera la nouvelle organisation des services : choix des moyens, fréquence des révisions, éléments à évaluer.

L'outil n° 35 *Évaluation du système de soins préventifs HTA* révise les différents volets du système de prestation des services (fonctionnement, difficultés, etc.).

On peut aussi reprendre la vérification des pratiques à partir des notes aux dossiers avec au moins trente dossiers à partir des mêmes grilles utilisées au début de la démarche (Étape 2, outils n° 2 et n° 3) et comparer les résultats.

La clinique peut distribuer des questionnaires d'évaluation de la satisfaction de la clientèle, puis en faire la compilation.

Peaufiner l'organisation

Une rencontre d'équipe permet de présenter et discuter de l'ensemble des résultats obtenus sur ces différents volets. Elle propose des façons d'améliorer la pratique. Par la suite, le responsable de l'équipe, avec l'accord du groupe, procède à la mise en œuvre des changements proposés. L'équipe prévoit la prochaine date de révision.

Qui fait quoi ?

- GMF ou milieu clinique : procède à la révision de la démarche, assure la rétroaction auprès des membres et décide des changements à apporter si nécessaire.
- DSP en collaboration avec CSSS : peut participer ou procéder à la révision de la démarche et effectuer la rétroaction auprès du responsable du milieu clinique.

OUTIL N^{O} 34	Choix de la démarche d'évaluation

Quels moyens choisissons-nous pour réexaminer nos changements?

☐ Étape 2, outil n° 2 *Grille d'observation des notes sur la mesure de la pression artérielle et sur les habitudes de vie dans 30 dossiers de patients adultes non hypertendus*

☐ Étape 2, outil n° 3 *Grille d'observation des notes sur les facteurs de risque de MCV, l'investigation de base et le traitement no pharmacologique dans 30 dossiers de patients adultes hypertendus*

☐ Étape 4, outil n° 5 *Distribution des tâches entre les membres du milieu clinique*

☐ Étape 6, outil n° 35 *Évaluation du système de soins préventifs HTA*

Autres moyens pour réexaminer nos changements ?

☐ Questionnaire sur la satisfaction des patients

☐ Autre (préciser)

_____

À quelle fréquence voulons-nous revoir nos changements ?

☐ Six mois

☐ 12 mois

☐ 18 mois

Quels sont les éléments que nous voulons évaluer ?

☐ Notes au dossier sur la mesure de la PA

☐ Notes au dossier sur les habitudes de vie

☐ Notes au dossier sur les facteurs de risque de MCV

☐ Notes au dossier sur l'investigation et sur le traitement non pharmacologique de l'HTA

☐ Utilisation des outils et ressources

☐ Satisfaction du personnel

☐ Satisfaction de la clientèle

SYNTHÈSE DES RÉPONSES

Le ou les responsables présentent les résultats à l'équipe.

DATE DE LA PROCHAINE RÉVISION : _____

Source : adapté du Put Prevention Into Practice, 2002

OUTIL N^{O} 35	Évaluation du système de soins préventifs HTA

1. INFORMATION SUR LES SERVICES OFFERTS

Utiliser l'outil n° 2 : *Grille d'observation des notes sur la mesure de la pression artérielle et sur les habitudes de vie dans 30 dossiers de patients adultes non hypertendus* et l'outil n° 3 : *Grille d'observation des notes sur les facteurs de risque de MCV, l'investigation de base et le traitement no pharmacologique dans 30 dossiers de patients adultes hypertendus* et comparer les résultats.

Les services que nous offrons sont-ils davantage notés au dossier?

_____

_____

Notre mode de fonctionnement correspond-il à nos priorités d'action ? (Étape 4, outil n° 5)

_____

_____

Offrons-nous les services que nous voulions offrir ?

_____

_____

Qu'est-ce qui fonctionne bien? Pourquoi ?

_____

_____

Qu'est-ce qui ne fonctionne pas? Pourquoi ?

_____

_____

Qu'est-ce qui pourrait être fait différemment ?

_____

_____

Comment les patients réagissent-ils aux changements apportés ?

_____

_____

SOULIGNER LES ÉLÉMENTS QUI DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE ATTENTION PARTICULIÈRE

_____

_____

2. LE FONCTIONNEMENT ET LA SATISFACTION DU PERSONNEL	OUI	NON
Le personnel est-il satisfait des changements apportés à l'organisation des services ?		
Clarification des rôles et responsabilités		
Bonne collaboration de chacun		
Nouvelle façon de faire		

SOULIGNER LES ÉLÉMENTS QUI DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE ATTENTION PARTICULIÈRE

3. LE PROTOCOLE (DIRECTIVE) DE SOINS	OUI	NON
Les éléments du protocole de soins (directive)sont-ils respectés ?		
Clientèle ciblée		
Types de mesure de PA		
Classification des valeurs de références		
Diagnostic d'HTA		
Évaluation de base des patients		
Évaluation complémentaire		
Traitement : valeurs cibles		
Traitement non pharmacologique		
Traitement pharmacologique		
Suivi : fréquence des mesures de PA		
Soutien pour améliorer l'observance du traitement		

SOULIGNER LES ÉLÉMENTS QUI DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE ATTENTION PARTICULIÈRE

4. LES OUTILS PROPOSÉS	OUI	NON
Les outils proposés à l'Étape 5 répondent-ils à nos besoins ?		
Devrions-nous modifier nos outils ?		

SOULIGNER LES ÉLÉMENTS QUI DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE ATTENTION PARTICULIÈRE

5. LES ÉLÉMENTS QUE NOUS VOULONS AMÉLIORER

Source : traduit et adapté du Put Prevention Into Practice, 2002

Santé
et Services sociaux
Québec

10-272-06W