

## > Énoncé des objectifs

À la fin de l'étude de ce cours, le lecteur pourra :

1. discuter des taux de prévalence de l'hypertension au sein de la population canadienne;
2. décrire le taux actuel de maîtrise de l'hypertension au Canada;
3. décrire les avantages de la maîtrise de l'hypertension artérielle;
4. examiner des modèles mathématiques appliqués au traitement tels que proposés par la Société canadienne d'hypertension (CHS) et passer en revue le fondement de ces recommandations, ainsi que les nouvelles données susceptibles de les affecter;
5. discuter des taux d'observance des traitements antihypertenseurs et des possibilités d'amélioration de l'observance.

## > Instructions

1. Après avoir lu cette leçon attentivement, étudiez chaque question, puis choisissez une seule réponse correcte. Encercliez la lettre correspondante sur la carte-réponse ci-jointe.
2. Remplissez la carte-réponse et postez-la, ou télécopiez-la au (416) 764-3937.
3. Une note sera accordée à votre carte-réponse et vous serez informé(e) de vos résultats par une lettre des Éditions Rogers.
4. La note minimale pour recevoir les crédits est de 70 % (ou 14 réponses correctes sur 20). Si vous réussissez, vos crédits seront enregistrés auprès de l'Ordre provincial pertinent. (Remarque : dans certaines provinces, il incombe aux pharmaciens eux-mêmes de notifier l'Ordre).



Le Canadian Council on Continuing Education in Pharmacy a accordé 1,0 unités de FC à cette leçon.

N° de dossier : 971-0403



# HYPERTENSION ET OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE

Wm. Semchuk, M.Sc., Pharm.D., FCSHP  
Regina Qu'Appelle Health Region

## INTRODUCTION

L'HYPERTENSION OU L'ÉLEVATION DE LA tension artérielle (TA) est une maladie courante qui touche un segment important de la population au Canada. On estime que c'est le troisième facteur de risque principal contribuant à la mortalité dans le monde, mais aussi l'une des principales causes de consultation du médecin de famille<sup>1</sup>. Les lésions des organes terminaux, notamment celles touchant le cœur, les yeux, le rein, le cerveau et les gros vaisseaux font partie des complications de l'hypertension. L'hypertension est aussi un facteur de risque important pour la maladie cérébrovasculaire, la coronaropathie et l'insuffisance cardiaque globale, ainsi que pour l'insuffisance rénale et les affections vasculaires périphériques. La probabilité de mort pré-

maturée due à l'une de ces causes accroît avec l'augmentation de la TA systolique ou diastolique. De nombreuses complications de l'hypertension peuvent être évitées grâce à l'emploi de moyens pharmacologiques et non pharmacologiques.

### Prévalence de l'hypertension au Canada

Selon les données provenant du *Canadian Heart Health Survey*, un sondage évaluant entre 1986 et 1992 les facteurs de risque cardiovasculaire au sein d'un échantillon de 23 129 adultes canadiens hors-établissement âgés de 18 à 74 ans et sélectionnés au hasard, près de 4,1 millions de Canadiens seraient hypertendus. Parmi les 22 % de Canadiens souffrant d'hypertension, 42 % ignoraient être hypertendus, 19 % se

savaient hypertendus mais ne suivaient pas de traitement et leur hypertension n'était pas maîtrisée, l'hypertension étant traitée mais non maîtrisée chez un autre 23 %, cette affection n'étant traitée et maîtrisée que chez 16 % d'entre eux seulement<sup>2</sup>.

Bien que l'on ne dispose pas de données canadiennes plus récentes, les données provenant des essais NHANES aux États-Unis indiquent qu'on a assisté dans la population américaine à une diminution de la sensibilisation, du traitement et de la maîtrise de l'hypertension entre 1991 et 1994 par rapport à la période précédente de 1988 à 1991<sup>3</sup>. Ces données correspondent à celles obtenues à travers le monde, indiquant que moins de 30 % des patients hypertendus ont leur tension artérielle réduite au-dessous de 140/90 mm Hg<sup>4</sup>. Par opposition à ces conclusions, des données non publiées indiquent que la prescription d'agents appartenant aux classes principales d'antihypertenseurs au Canada a subi une augmentation importante. Cette augmentation du volume d'ordonnances coïncide avec la publication des recommandations annuelles de la CHS. Cela peut être le reflet d'une amélioration des taux de traitement, mais on ignore toujours si l'augmentation du volume d'ordonnances est effectivement le signe d'une amélioration du traitement<sup>5</sup>.

### *Définition et diagnostic de l'hypertension artérielle*

Par définition, l'hypertension consiste généralement en une élévation permanente au cabinet médical de la tension artérielle (TA) à une valeur égale ou supérieure à 140 mm Hg ou plus de la TA systolique, et à 90 mm Hg ou plus de la TA diastolique. D'après les recom-

mandations canadiennes actuelles, le diagnostic de l'hypertension peut être posé sur le champ si le patient fait une crise aiguë d'hypertension, après trois visites en présence de lésions des organes cibles (yeux, cœur, reins ou système vasculaire) chez les patients stables sur le plan clinique, et après cinq visites en l'absence de lésions manifestes des organes cibles et si la TA initiale est inférieure à 180/105 mm Hg<sup>6</sup>.

### *Conséquences de l'hypertension et avantages du traitement*

Le risque de complications cardiovasculaires accroît parallèlement à l'augmentation de la TA systolique et diastolique, sans une valeur seuil bien définie séparant les patients chez lesquels le traitement sera bénéfique et ceux pour lesquels il n'offre pas d'avantages<sup>7</sup>. Bien que les avantages thérapeutiques absolus varient largement en fonction du profil individuel de risque, les avantages thérapeutiques relatifs (de 25 % à 30 % selon le résultat particulier considéré) sont similaires quel que soit le risque initial ou le traitement antihypertenseur préliminaire, du moins dans les cas d'une hypertension diastolique supérieure à 90 mm Hg<sup>8</sup>. Un certain nombre d'essais cliniques et de méta-analyses montrent que, par rapport au placebo, le traitement de l'hypertension par des substances actives produit généralement une différence de 5 à 6 mm Hg à long terme au niveau de la TA diastolique. Cette baisse de la TA diastolique entraîne une réduction de l'incidence des AVC de 35 % à 40 % et une diminution de l'incidence de la maladie coronarienne de 8 % à 14 %<sup>9</sup>. Dans le cadre d'une méta-analyse d'essais récents auxquels ont pris part

des personnes âgées (généralement de plus de 70 ans), on a observé une baisse allant jusqu'à 50 % des complications associées aux AVC, et à une diminution de 30 à 40 % des complications cardiovasculaires avec une diminution de la TA systolique de 8 à 9 mm Hg<sup>10</sup>.

## TRAITEMENT

LES RECOMMANDATIONS DE LA CHS comportent des directives destinées aux praticiens leur indiquant quand il faut instaurer le traitement et quels types de traitement offrir. Ces recommandations se fondent sur les résultats et dépendent des valeurs particulières aux patients. Quel que soit le traitement pharmacologique offert, il faut informer tous les patients hypertendus des moyens non pharmacologiques de traitement de l'hypertension. On peut envisager de recourir au traitement pharmacologique si les mesures non pharmacologiques n'ont pas réussi à normaliser la TA ou commencer les deux en même temps<sup>6</sup>.

Voici les indications actuelles pour le traitement pharmacologique chez les adultes âgés de moins de 60 ans :

### ***Envisager de prescrire un médicament dans les cas suivants :***

- TA diastolique systématiquement  $\geq 90$  mm Hg OU
- hypertension systolique isolée de  $\geq 160$  mm Hg ET
- absence d'autres facteurs de risque

### ***Prescrire en présence :***

- de lésions d'organes cibles ou de maladie cardiovasculaire, OU
- d'autres affections, comme le diabète sucré ou
- d'autres facteurs de risque cardiovasculaire
- d'une TA diastolique moyenne  $\geq 100$  mm Hg, indépendamment des autres facteurs.

Dans des populations particulières, ces recommandations diffèrent légèrement comme suit :

- Chez les adultes âgés de plus de 60 ans, il faut prescrire dans les cas suivants :
  - tension systolique  $\geq 160$  mm Hg
  - tension diastolique  $\geq 105$  mm Hg
- Chez les diabétiques ne présentant pas de lésions des organes terminaux, il faut prescrire dans les cas suivants :
  - TA  $\geq 140/90$  mm Hg
- Chez les diabétiques présentant des lésions des organes terminaux, il faut prescrire dans les cas suivants :
  - TA  $\geq 130/80$  mm Hg

### OBJECTIFS DU TRAITEMENT

SELON LES RECOMMANDATIONS DE LA CHS, les objectifs du traitement dépendent des caractéristiques du patient. Chez les patients âgés de 18 à 80 ans présentant une hypertension isolée diastolique ou systolique ou chez ceux âgés de 60 à 80 ans et souffrant d'hypertension chronique à la suite d'un AVC, l'objectif du traitement est d'atteindre une TA inférieure à 140/90 mm Hg. En cas de néphropathie diabétique ou non diabétique, l'objectif du traitement consiste à abaisser la TA au-dessous de 130/80 mm Hg. En cas de protéinurie supérieure à 1 g/24 h, l'objectif du traitement est d'obtenir une TA inférieure à 125/75 mm Hg.<sup>6</sup>

#### Stratégies de traitement non pharmacologique

Les stratégies de traitement non pharmacologique pour réduire et maîtriser la TA comprennent un régime alimentaire sain conforme au Guide alimentaire canadien, un apport réduit des

TABLEAU 1

### Modifications du style de vie en vue d'éviter ou de traiter l'hypertension<sup>12</sup>

| Modification  | Commentaires   |
|---|--|
| Maintien d'un poids corporel idéal  | Baisse de la TA de 1,6/1,1 mm Hg pour chaque kilo perdu                                |
| Participation à une activité d'aérobie (de 30 à 45 minutes par jour, la plupart des jours de la semaine)  | Peut entraîner une baisse de la TA allant jusqu'à 13/8 mm Hg                           |
| Consommation en abondance de fruits, légumes et produits laitiers allégés; réduction de la consommation de graisses saturées et de la consommation totale de graisses | Peut entraîner une baisse de la TA allant jusqu'à 11,4/5,5 mm Hg au bout de 8 semaines |
| Limiter l'apport en sodium à 100 mmol par jour au maximum (2,4 g de sodium ou 6 g de chlorure de sodium).   | Peut abaisser la TA de 3,7 à 4,8/ 0,9-2,5 mm Hg  |
| Maintenir un apport suffisant en potassium (environ 90 mmol par jour)   |  |
| Maintenir un apport suffisant en calcium et en magnésium alimentaires   |  |
| Limiter l'apport d'alcool à 30 mL par jour tout au plus (la moitié pour les femmes et les personnes de faible poids corporel)   |  |
| Cesser de fumer   |  |

additifs sodiques et des aliments riches en sel, une perte de poids en cas d'embonpoint, la pratique régulière d'une activité physique, une consommation modérée d'alcool et le renoncement au tabac<sup>11</sup>. Le tableau 1 dresse la liste des traitements par modification des habitudes de vie et les avantages de certaines interventions.

#### Traitement pharmacologique de l'hypertension

La plupart des antihypertenseurs réduisent la TA de 10 % à 15 %. La monothérapie est efficace chez 30 % à 50 % d'un échantillon aléatoire de patients, mais une augmentation de la TA de base accroît la nécessité de prendre

plus d'un médicament<sup>13</sup>. Malgré la multitude d'essais disponibles sur l'hypertension, on n'a mené que peu d'essais comparant les diverses classes pharmacologiques dont l'envergure était suffisante et la méthodologie suffisamment rigoureuse pour mettre en évidence leurs similitudes et leurs différences en termes de morbidité et de mortalité. Ainsi, les organismes émettant des recommandations aux praticiens doivent évaluer une multitude d'essais pour fournir des directives. La plupart du temps, le choix d'un traitement chez un sujet donné est fondé sur les caractéristiques propres à cet individu, notamment son âge, son état pathologique, son appartenance raciale et ses autres caractéristiques patho-

physiologiques. Il faut également prendre en considération si l'agent s'est avéré capable de réduire la mortalité globale. En comparaison du placebo, les diurétiques et les bêtabloquants se sont avérés capables de réduire les AVC, les coronaropathies et la mortalité totale chez les patients ne présentant pas initialement de maladie coronarienne, de diabète sucré ou de protéinurie<sup>14</sup>. On montré que, par rapport au placebo, les inhibiteurs de l'ECA réduisent les AVC, la coronaropathie, les accidents cardiovasculaires, la mort d'origine cardiovasculaire et les décès de toutes causes<sup>15</sup>. Les inhibiteurs calciques, comparés au placebo, réduisent le risque d'accidents cardiovasculaires majeurs et de mort d'origine cardiovasculaire<sup>15</sup>. Il est difficile d'établir si un agent est meilleur qu'un autre dans un milieu clinique ; toutefois, une méta-analyse suggère l'existence de différences notables<sup>16</sup>.

Tous les ans, la CHS met à jour ses recommandations pour le traitement de l'hypertension. Ces recommandations, fondées sur un examen approfondi de toutes les données provenant des essais cliniques sur le traitement de l'hypertension, servent de directives aux cliniciens. La dernière série complète de recommandations correspond à la troisième année de publication de recommandations exhaustives<sup>6</sup>. On s'attend à ce que la quatrième série de recommandations complètes, comprenant toutes les données provenant des essais cliniques disponibles à la fin de l'année 2002, soient publiées au milieu de l'été 2003 sous le nom de Recommandations 2002. En plus d'être largement publiées dans de nombreuses revues médicales, ces recommandations pourront être consultées sous forme de diapositives sur le site Web de la Société canadienne de l'hypertension

artérielle à [www.chs.md](http://www.chs.md) et seront ainsi mises à la disposition des professionnels de la santé et du public.

Les recommandations actuelles (recommandations 2001)<sup>6</sup> indiquent que les diurétiques, les inhibiteurs calciques de type dihydropyridine à action prolongée (nifédipine XL, félodipine SR, amlodipine) et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) sont les agents de premier recours à utiliser en cas d'hypertension diastolique ou d'hypertension diastolique et systolique. Les bêtabloquants sont recommandés comme traitement de première intention chez les sujets âgés de moins de 60 ans, mais non chez ceux de plus de 60 ans, car ces agents se sont avérés décevants dans la réduction de la morbidité et de la mortalité chez les patients âgés de plus de 60 ans. Il n'est pas recommandé d'utiliser les alphabloquants comme traitement de premier recours et l'usage des antagonistes calciques à action brève comme antihypertenseurs est déconseillé. En cas d'hypertension systolique isolée, les recommandations initiales pour le traitement comprennent le recours à un diurétique thiazidique à faible dose ou à un inhibiteur calcique dihydropyridinique à action prolongée.

En présence de diabète sucré, les IECA sont recommandés comme traitement de première ligne dans tous les cas. Les diurétiques thiazidiques à faible dose et les inhibiteurs calciques dihydropyridiniques à action prolongée sont recommandés comme agents de rechange de première ligne pour le traitement de l'hypertension systolique isolée. Les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) sont recommandés comme agents de rechange de première intention aux IECA en cas de néphropathie diabétique.

Le tableau 2 indique les points à considérer lors du traitement initial et le traitement ultérieur conformément aux suggestions dans les Recommandations canadiennes pour le traitement de l'hypertension en présence de maladies concomitantes.

Il y a peu de temps encore, le traitement initial de l'hypertension légère non compliquée s'effectuait essentiellement par un seul agent avec une augmentation progressive de la posologie comme stratégie de choix dans l'instauration d'un traitement antihypertenseur. En outre, on recommandait que l'agent soit remplacé par un médicament d'une autre classe si l'agent choisi au départ s'avérait inefficace ou mal toléré. L'ajout d'un deuxième, voire d'un troisième agent si nécessaire, était recommandé lorsque la monothérapie à une dose élevée ou maximale s'était soldée par un échec, rendant impossible la normalisation de la TA. Plus récemment, l'*International Society of Hypertension*/l'Organisation mondiale de la santé (ISH/OMS)<sup>17</sup>, les American Recommendations (JNC VI)<sup>3</sup>, la Société canadienne d'hypertension artérielle<sup>6</sup> et la British Hypertension Society (BHS)<sup>18</sup> recommandaient d'utiliser une association de médicaments, notamment une association déterminée de deux médicaments à faible dose dans le traitement initial de l'hypertension ou d'ajouter un second médicament au lieu d'administrer la dose maximale d'un seul agent. Le concept de polythérapie médicamenteuse a pris de plus en plus d'importance à mesure qu'un certain nombre d'essais cliniques ont clairement mis en évidence que la monothérapie par un seul antihypertenseur permet généralement de maîtriser la TA chez seulement 30 % à 50 % des patients et même moins lorsque les objectifs sont plus stricts, comme chez les sujets diabé-

**TABLEAU 2** Points à considérer dans l'adaptation individuelle du traitement antihypertenseur<sup>6</sup>

| Facteur de risque/maladie                                    | Thérapie initiale  | Deuxième étape du traitement  | Remarques / précautions   |
|--|--|---|---|
| Hypertension non compliquée                                  | Dose faible de diurétiques de type thiazidique, de bêtabloquants, d'IECA ou d'inhibiteurs calciques dihydropyridiniques à action prolongée | Associations d'agents de première ligne   | Alphabloquants déconseillés pour le traitement initial. Bêtabloquants déconseillés pour le traitement initial chez les sujets âgés de plus de 60 ans. Hypokaliémie à éviter par l'emploi d'épargneurs potassiques comme diurétiques |
| Hypertension systolique isolée                               | Dose faible de diurétiques de type thiazidique, ou d'inhibiteurs calciques dihydropyridiniques à action prolongée                          |   | Hypokaliémie à éviter par l'emploi d'épargneurs potassiques comme diurétiques   |
| Diabète sucré avec néphropathie                              | IECA ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA)   | Un ou plusieurs agents diurétiques de type thiazidique à faible dose, bêtabloquants cardiosélectifs, inhibiteurs calciques à action prolongée | Si la créatininémie > 150 mmol/L, remplacer le diurétique de type thiazidique à faible dose par un diurétique de l'anse, lorsque le contrôle volémique s'impose   |
| Diabète sucré sans néphropathie                              | IECA   | Un ou plusieurs ARA, diurétiques de type thiazidique à faible dose, bêtabloquant cardiosélectif, inhibiteur calcique à action prolongée       |   |
| Diabète sucré sans néphropathie avec hypertension systolique | IECA, ou diurétiques de type thiazidique à faible dose, inhibiteurs calciques dihydropyridiniques à action prolongée                       |   |   |
| Angine de poitrine   | Bêtabloquant (envisager un IECA comme traitement d'appoint)  | Inhibiteurs calciques à action prolongée  |   |
| Infarctus du myocarde antérieur                              | Bêtabloquant et/ou IECA  | Associations d'agents supplémentaires   |   |
| Accident cérébrovasculaire ou AIT antérieurs                 | Envisager sérieusement une diminution de la TA après la phase aiguë  |   | Baisse de la TA réduit les récurrences d'AVC  |
| Néphropathie   | IECA (diurétiques comme traitement d'appoint)  | Associations d'agents supplémentaires   | Éviter les IECA en cas de sténose rénale bilatérale   |
| Hypertrophie ventriculaire gauche                            | N'influe pas sur les recommandations pour le traitement initial  | N'influe pas sur les recommandations pour le traitement initial   | Éviter l'hydralazine et le minoxidil  |
| Artériopathie périphérique                                   | N'influe pas sur les recommandations pour le traitement initial  | N'influe pas sur les recommandations pour le traitement initial   | Éviter les bêtabloquants en cas d'affection grave   |
| Dyslipidémie   | N'influe pas sur les recommandations pour le traitement initial  | N'influe pas sur les recommandations pour le traitement initial   |   |
| Trouble systolique   | IECA (diurétiques thiazidiques ou de l'anse, bêtabloquants, spironolactone comme traitement d'appoint)                                     | ARA, hydralazine/ dinitrate d'isosorbide, amlodipine  | Éviter les inhibiteurs calciques non dihydropyridiniques  |

tiques par exemple<sup>19</sup>. L'utilisation d'un traitement combiné offre comme avantages des taux supérieurs d'efficacité, des profils d'effets secondaires moins marqués et potentiellement un plus grand respect du traitement<sup>20</sup>.

La CHS suggère d'instaurer le traitement avec un seul agent. Si la monothérapie ne donne que des résultats partiels, il faut utiliser un traitement combiné. Les associations utiles comprennent un diurétique de type thiazidique ou un inhibiteur calcique de type dihydropyridinique en association avec un IECA ou un bêtabloquant. Si la TA n'est toujours pas maîtrisée, ou si des effets indésirables se manifestent, on peut essayer d'autres classes d'hypertenseurs (comme les alphabloquants, les ARA, les agents qui agissent au niveau central ou les inhibiteurs calciques non dihydropyridiniques)<sup>6</sup>.

Le tableau 3 donne des directives aux cliniciens sur l'association de divers traitements médicamenteux. Pour obtenir un effet hypotenseur supplémentaire, il est recommandé d'associer un agent de la colonne 1 avec un agent de la colonne 2<sup>6</sup>.

De nombreux médicaments sont recommandés comme traitement de première intention ou comme agents de rechange pour le traitement de l'hypertension. Pour le clinicien, il est important de connaître parfaitement les agents disponibles, leurs contre-indications et leurs effets secondaires. Ces propriétés peuvent jouer un rôle déterminant dans le choix d'un agent. Le tableau 4 présente des données sur les contre-indications et les effets secondaires d'hypertenseurs appartenant à diverses classes médicamenteux.

Les lignes directrices sur l'hypertension sont fréquemment modifiées en fonction des résultats des essais cliniques. Un certain nombre d'essais

**Tableau 3** Traitements combinés efficaces

| Colonne 1   | Colonne 2    |
|---|--------------|
| Thiazidique à faible dose   | Bêtabloquant |
| Inhibiteurs calciques de type dihydropyridine à action prolongée (nifédipine, félodipine, amlodipine) | IECA         |

cliniques publiés récemment pourraient influencer sur les futures recommandations 2002 de la CHS. Ces essais étaient destinés à fournir des données sur la comparaison des effets entre les différentes classes pharmacologiques et à inclure un nombre suffisant de patients pour mettre en évidence, le cas échéant, les différences au niveau de la morbidité et de la mortalité.

L'étude LIFE (*Losartan Intervention for Endpoint Reduction*) publiée en 2002 a montré que le losartan réduisait plus efficacement que l'aténolol le risque d'AVC dans les populations étudiées. L'essai, comprenant un peu moins de 10 000 patients âgés entre 55 et 80 ans présentant des signes d'hypertrophie ventriculaire gauche, va vraisemblablement donner lieu à des modifications des lignes directrices canadiennes sur l'hypertension. On s'attend à ce que les ARA, comme le losartan, soient recommandés pour le traitement initial en cas d'hypertrophie ventriculaire gauche. À la suite de cet essai, ces agents vont vraisemblablement être ajoutés comme médicaments de première ligne en cas d'hypertension non compliquée.

L'essai ALLHAT (*Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial*), publié récemment, est l'essai randomisé de la plus grande envergure mené à jour et comparant plusieurs antihypertenseurs comme traitement initial. Cet essai montre que chez les patients âgés de plus de 55 ans, les agents diurétiques

sont aussi efficaces que les inhibiteurs calciques ou que les IECA dans la prévention des accidents coronariens majeurs. Les agents diurétiques sont légèrement plus efficaces que les inhibiteurs calciques dans la prévention de l'insuffisance cardiaque et sont plus efficaces qu'un traitement par des IECA dans la prévention de l'AVC et de l'insuffisance cardiaque. Toutefois, il faut noter qu'un pourcentage important de patients inclus dans cet essai était d'origine afro-américaine (35 %) et que l'on pense généralement que la réponse aux IECA chez cette population n'est pas optimale<sup>21</sup>. Cet essai indique apparemment que les diurétiques thiazidiques doivent si possible être inclus dans le traitement antihypertenseur chez les sujets auxquels il est permis de prendre ces agents.

Les résultats de l'étude ANBP2 (*Second Australian National Blood Pressure Study*) ont été publiés tout dernièrement. Cette étude visait à déterminer chez les sujets âgés hypertendus victimes antérieurement de quelques accidents cardiovasculaires quels étaient les avantages potentiels des différents schémas thérapeutiques sur l'issue du traitement antihypertenseur. Cette étude prospective, randomisée, ouverte, avec une évaluation à l'insu des résultats et portant sur 6 083 individus hypertendus âgés entre 65 et 84 ans et suivis durant une période médiane de 4,1 ans, a montré que l'instauration d'un traitement antihyper-

tenseur comprenant des IECA chez les sujets âgés, en particulier chez les hommes, semble mener à de meilleurs résultats que le traitement avec les diurétiques, malgré des réductions similaires de la TA<sup>22</sup>. Cet essai confirme les données relatives aux effets bénéfiques des IECA sur les accidents cardiovasculaires observés dans des essais comme l'essai HOPE (*Heart Outcomes Prevention Evaluation*)<sup>23</sup> et qui ont été examinés dans une certaine mesure dans l'essai ALLHAT. Bien que l'essai HOPE n'était pas un essai sur l'hypertension, il a montré que chez les patients dont le risque est élevé (ayant des antécédents d'affections vasculaires ou de diabète), l'assignation au hasard à recevoir un IECA réduisait de 22 % la mortalité sur 5 ans par rapport au placebo.

### TAUX ACTUELS D'OBSERVANCE

L'OBSERVANCE PEUT ÊTRE DÉFINIE COMME la mesure selon laquelle le patient (en ce qui a trait à la prise de ses médicaments) se conforme aux prescriptions du médecin ou du professionnel de la santé<sup>24, 25</sup>. Le terme « observance » se veut non critique – il s'agit d'établir les faits plutôt que de blâmer le médecin prescripteur, le patient ou le traitement. L'observance thérapeutique est un problème complexe, généralement mal compris. Les questions relatives à l'observance peuvent être particulièrement critiques en cas d'affections asymptomatiques ou chroniques, comme en cas d'hypertension et chez les sujets âgés auxquels on prescrit souvent de nombreux médicaments pour d'autres raisons médicales<sup>26</sup>. De nombreuses études suggèrent que l'observance n'est que très peu liée aux facteurs socio-démographiques, notamment à l'âge, au sexe, à la race, à l'intelligence et à l'éducation<sup>27, 28</sup>. Selon le

**Tableau 4** Contre-indications et effets secondaires des hypertenseurs des différentes classes<sup>12</sup>

| Classes               | Contre-indications   | Effets secondaires  |
|-----------------------|--|---|
| Diurétiques           | Goutte   | Hypokaliémie, hyperuricémie, intolérance au glucose, hypercalcémie (thiazides), hyperlipidémie, hyponatrémie, impuissance (thiazides)                               |
| Bêtabloquants         | Asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive, blocage cardiaque | Bronchospasme, bradycardie, insuffisance cardiaque, trouble de la circulation périphérique, insomnie, fatigue, diminution de la tolérance, hypertriglycéridémie     |
| IECA                  | Grossesse, sténose artérielle rénale bilatérale, hyperkaliémie       | Toux, oedème de Quincke, hyperkaliémie, éruptions cutanées, aguesie, leucopénie   |
| Inhibiteurs calciques | Bloc cardiaque (vérapamil, diltiazem)                                | Céphalées, bouffées vasomotrices, hyperplasie gingivale, oedème; inhibiteurs calciques à durée d'action courte susceptibles de précipiter une ischémie coronarienne |
| Alphabloquants        | Hypotension orthostatique  | Céphalées, somnolence, fatigue, faiblesse, hypotension orthostatique  |
| ARA                   | Grossesse, sténose artérielle rénale bilatérale, hyperkaliémie       | Oedème de Quincke (rare), hyperkaliémie   |

JNC VI, une mauvaise observance demeure un problème thérapeutique majeur qui contribue à une maîtrise inadéquate de l'hypertension chez plus de deux tiers des patients<sup>3</sup>.

L'inobservance peut commencer par le fait de ne pas faire exécuter une ordonnance ou un renouvellement à temps, la prise d'une dose erronée, au mauvais moment, l'oubli d'une dose ou l'arrêt prématuré de la prise du médicament. La prise du médicament à une posologie insuffisante, notamment l'oubli durant 2 ou 3 jours, ou les omissions sont les formes les plus courantes d'inobservation du traite-

ment. Les effets des doses oubliées sur la TA dépendent des propriétés pharmacologiques du médicament utilisé. Le pharmacien doit essayer de caractériser le comportement du patient en ce qui a trait à l'observance au traitement médicamenteux et coopérer avec lui pour résoudre les problèmes d'observance sous-optimale.

Selon certaines données, l'observance du traitement antihypertenseur est généralement inférieure à 50 % au bout d'un an et elle diminue avec le temps<sup>29</sup>. En général, on a noté que l'observance était meilleure avec les agents plus récents, comme les IECA,

les inhibiteurs calciques et les ARA qu'avec les anciens agents<sup>30</sup>. Dans une étude rétrospective sur cinq années récemment publiée utilisant la *Saskatchewan Health Prescription Drug Database*, on a montré que la classe d'anti-hypertenseurs utilisée avait un effet significatif sur la fidélité au traitement. Les patients traités les ARA étaient les plus fidèles à leur traitement, suivis par ceux traités par les IECA, les inhibiteurs calciques, les bêtabloquants et les diurétiques. De nombreux autres essais révèlent que la fidélité au traitement diminue à mesure que l'intervalle augmente<sup>31</sup>.

Les interventions réussies qui favorisent la fidélité au traitement et qui produisent de meilleurs résultats chez les patients sont essentiellement de nature comportementale. Pour une meilleure observance, le patient doit être bien informé, mais ses connaissances sont pratiquement inutiles, si malgré le fait d'être informé, le patient ne passe pas à l'action. Dans les essais cliniques de grande envergure, les interventions approfondies et continues pratiquées par les équipes multidisciplinaires donnent lieu à une meilleure observance. Le JNC VI offre aux praticiens des lignes directrices en vue d'améliorer l'observance. Ces recommandations sont présentées au tableau 5.

Pour améliorer l'observance thérapeutique, il suffit parfois de procéder à de simples changements comme une simplification de la posologie<sup>32, 33</sup>. Le pharmacien qui constate qu'un patient ne respecte pas son traitement peut en discuter avec lui et, si un horaire d'administration trop compliqué semble en être la cause, ils peuvent de concert avec le prescripteur simplifier la posologie. Des études indiquent que des interventions complexes, comme l'apport de soins sur le lieu de travail, l'usa-

**Tableau 5** Les mesures visant à améliorer l'observance des recommandations pour la prévention et le traitement<sup>3</sup>

#### Mesures prises par les patients

- Les patients doivent adopter des comportements fondamentaux quant à la prévention et au traitement. Décider de maîtriser les facteurs de risque.
- Négocier les objectifs avec le fournisseur.
- Développer des aptitudes pour adopter et maintenir les comportements recommandés.
- Surveiller les progrès vers les objectifs.
- Résoudre les problèmes qui empêchent d'atteindre les objectifs.
- Les patients doivent communiquer avec les fournisseurs de soins au sujet de la prévention et des services de traitement.

#### Stratégies particulières

- Comprendre le fondement du traitement, l'importance de la maîtrise de l'hypertension et l'obtention de l'appui du patient dans le cadre du traitement.
- Développer un bon sens de la communication.
- Utiliser un système mnémotechnique (dosettes, emballages-calendriers, etc.).
- Utiliser un système d'auto-surveillance (appareil de mesure de la tension artérielle à domicile).
- Développer des aptitudes pour la résolution de problèmes, utiliser des réseaux sociaux de soutien.
- Définir ses propres besoins en termes d'expérience. Justifier le fondement de la poursuite de l'observance des recommandations.

#### Mesures par les fournisseurs de soins

- Les fournisseurs de soins doivent encourager une bonne communication avec les patients.
- Le message sur l'importance du comportement ou du traitement doit être clair, direct.
- Faire participer le patient à la prise de décision sur la prévention et les objectifs de traitement et les stratégies qui s'y rapportent. Intégrer des stratégies de comportement dans les conseils.
- Documenter et réagir aux progrès des patients vers les objectifs.
- Créer une pratique fondée sur les résultats.
- Évaluer l'observance thérapeutique à chaque visite.
- Mettre au point un système de rappel pour s'assurer de l'identification et du suivi du patient.

#### Stratégies particulières

- Fournir des instructions verbalement et par écrit, notamment une justification des traitements.
- Développer un sens de la communication et du conseil. Recourir à des stratégies personnalisées et non contracting. Négocier les objectifs et un plan.
- S'attendre à des difficultés d'observance thérapeutique et discuter de solutions.
- Écouter activement.
- Faire un suivi par téléphone

ge de récipients spéciaux pour les comprimés, les conseils, les systèmes de rappel, l'auto-surveillance, les groupes de soutien et les commentaires en retour et le renforcement auraient un effet positif à la fois sur l'observance thérapeutique et les résultats cliniques des patients hypertendus<sup>34</sup>. Le cas

échéant, le pharmacien peut coopérer avec le patient en vue de mettre en place un système de rappel adéquat (emballages-calendrier, ou calendriers pour médicaments), un conditionnement par dosettes et un système de soutien, p. ex. par la famille ou les proches du patient.

## RÔLE DU PHARMACIEN

LE PHARMACIEN EST BIEN PLACÉ POUR contribuer au traitement de l'hypertension. Selon le JNC VI aux États-Unis, « il faut encourager en particulier les pharmaciens à surveiller l'usage des médicaments par les patients, à informer ces patients sur les effets indésirables potentiels, et à éviter les interactions médicamenteuses. » Les données

du JNC VI mettent en évidence le rôle du pharmacien dans l'éducation des patients, la surveillance de la TA, la prise en charge du traitement médicamenteux et l'évaluation de l'observance thérapeutique<sup>35-38</sup>. Le pharmacien doit apporter son soutien en ce qui touche à l'observance thérapeutique du traitement antihypertenseur à long terme et notifier le prescripteur lorsque le patient interrompt le traitement. En

informant le patient des avantages du traitement en termes concrets, en lui faisant part des résultats escomptés, des effets secondaires potentiels de ses médicaments et des effets favorables qu'ils peuvent produire, le pharmacien peut contribuer de façon notable au mieux-être des Canadiens et Canadiennes atteints d'hypertension.

## RÉFÉRENCES

- Murray C, Lopez A. Evidence-based health policy: Lessons from the global burden of disease study. *Science*, vol. 274, 1996, p. 740-3.
- Joffres MR, Ghardirian P, Fodor JG, Petrasovits A, Chockalingam A, Hamet P. Awareness, treatment and control of hypertension in Canada. *Am J Hypertens*, vol. 10, 1997, p. 1097-102.
- Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). *Arch Intern Med*, vol. 157, 1997, p. 2413-46.
- McAlister FA, Teo KK, Lewanczuk RZ, Wells G, Montogue TJ. Contemporary practice patterns in the management of newly diagnosed hypertension. *CMAJ*, vol. 157, 1997, p.23-30.
- Campbell N, personal communication.
- McAlister F, Zarnke K, Campbell N, et coll. The 2001 Canadian recommendations for the management of hypertension: Part 2 – Therapy. *Can J Cardiol*, vol. 18(6), 2002, p. 625-41.
- McAlister FA, Levine M, Zarnke K, Campbell NRC, et al, for the Canadian Hypertension Recommendations Working Group. The 2000 Canadian recommendations for the management of hypertension: Part one – Therapy. *Can J Cardiol*, vol. 17, 2001, p. 543-59.
- McAlister FA, Laupacis A. Towards a better yardstick: The choice of treatment thresholds in hypertension. *Can J Cardiol*, vol.14, 1998, p. 47-51.
- McMahon S, Peto R, Cutler J, et coll. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 1, prolonged differences in blood pressure: Prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet*, vol. 335, 1990, p. 765-4.
- Psaty BM, Smith LN, Siscovick D, et coll. Health outcomes associated with anti-hypertensive therapies used as first-line agents: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, vol. 277, 1997, p. 739-45.
- Zarnke K, McAlister F, Campbell N, et coll. The 2001 Canadian recommendations for the management of hypertension: Part 1 – Assessment for diagnosis, cardiovascular risk, causes and lifestyle modification. *Can J Cardiol*, vol. 18(6), 2002, p. 604-24.
- August P. Initial treatment of hypertension. *N Engl J Med*, vol. 348, 2003, p. 610-7.
- Materson BJ, Reda DJ, Cushman W, et coll. Single-drug therapy for hypertension in men: A comparison of six antihypertensive agents with placebo. *N Engl J Med*, vol. 328, 1993, p. 914-21.
- Collins R, Peto R, MacMahon S, et coll. Blood pressure stroke and coronary disease. Part 2: Short-term reductions in blood pressure: Overview of randomized drug trials in their epidemiological context. *Lancet*, vol. 335, 1990, p. 827-38.
- Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists and other blood-pressure lowering drugs: Results of prospectively designed overviews of randomized trials. *Lancet*, vol. 356, 2000, p. 1955-64.
- Psaty B, Smith N, Siscovick D, et coll. Health outcomes associated with anti-hypertensive therapies used as first-line agents: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, vol. 277, 1997, p. 739-45.
- WHO/ISH Hypertension Guidelines Subcommittee. 1999 Who-ISH guidelines for the management of hypertension. *J Hypertens*, vol. 17, 1999, p. 151-83.
- Ramsay L, Williams B, Johnston G, et coll. British Hypertension Society Guidelines for the Management of Hypertension 1999: Summary. *BMJ*, vol. 319, 1999, p. 630-5.
- Hansson L, Zanchetti A, for the HOT Study Group. Effects of intensive blood pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: Principal results of the hypertension optimal treatment (HOT) randomized trial. *Lancet*, vol. 351, 1998, p. 1755-62.
- Ruzicka M, Leenan F. Combination therapy as first-line treatment of arterial

hypertension. *Can J Cardiol*, 2002;18(12), p. 1317-27.

21. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA*, vol. 288, 2002, p. 2981-97.

22. Wing L, Reid C, Ryan P, et coll. A comparison of outcomes with angiotensin converting enzyme inhibitors and diuretics for hypertension in the elderly. *N Engl J Med*, vol. 348, 2003, p. 583-92.

23. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of an angiotensin-converting -enzyme inhibitor ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. *N Engl J Med*, vol. 342, 2000, p. 145-53.

24. Haynes RB. Improving patient adherence: State of the art, with a special focus on medication taking for cardiovascular disorders. Dans : *Compliance in Health Care and Researach*. Burke LE, Ockene IS, Eds. New York, NY: Futura Publishing Co. Inc.;2003, p. 3-21.

25. Haynes RB, McDonald H, Garg A. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane review* 2002.

26. Rogers PG, Bullman WR. Prescription medicine compliance: A review of the baseline of knowledge. A report of the National Council on Patient Information and Education. *J Pharmacoepidmil*, 1995;3, p. 3-36.

27. Houston Miller N, Hill M, Kottke T, et coll. The multilevel compliance challenge: Recommendations for a call to action. *Circulation*, vol. 95, 1997, p. 1085-90.

28. Burke L, Dunbar-Jacobs J, Hill M. Compliance with cardiovascular disease prevention strategies: A review of research. *Ann Behav Med*, vol. 19, 1997, p. 239-63.

29. Caro JJ, Speckman J. Existing treatment strategies: Does noncompliance make a difference? *J Hypertens*, vol. 16, Suppl.1998, p. S31-4.

30. Marentette M, Gerth W, Billings D, Zarnke K. Antihypertensive persistence and drug class. *Can J Cardiol*, vol. 18(6), 2002, p. 649-56.

31. Caro J, Speckman J, Salas M, et coll. Effects of initial drug choice on persistence with antihypertensive therapy: The importance of actual practice data. *CMAJ*, vol. 1999;160, p. 41-6.

32. Baird M, Bentley-Taylor M, Carruthers S, et coll. A study of efficacy, tolerance and compliance of once-daily versus twice-daily metoprolol (Betaloc) in hypertension: Betaloc Compliance Canadian Cooperative Study

Group. *Clin Invest Med*, 1984, vol. 7, p. 95-102.

33. Girvin B, McDermott B, Johnston D. A comparison of enalapril 20 mg once daily vs 10 mg twice daily in terms of blood pressure lowering and patient compliance. *J Hypertens*, vol. 17, 1999, p. 1627-31.

34. McDonnell HP, Garg A, Haynes RB. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions. *JAMA*, vol. 288, 2002, p. 2868-79.

35. McKenney JM, Slining JM, Henderson HR, Devins D, Barr M. The effect of clinical pharmacy services on patients with essential hypertension. *Circulation*, 1973, vol. 48, p. 1104-11.

36. McKenney JM, Brown ED, Necsary R, Reavis HL. Effect of pharmacist drug monitoring and patient education on hypertensive patients. *Contemp Pharm Pract*, 1978; vol. 1, p. 50-6.

37. Park JJ, Kelly P, Carter BL, Burgess PP. Comprehensive pharmaceutical care in the chain setting: Drug therapy monitoring and counseling by pharmacists contributed to improved blood pressure control in study patients. *J Am Pharm Assoc*, 1996, vol 36, p. 443-51.

38. Carter BL, Barnette DJ, Chrischilles E, Maxxotti GJ, Asali ZJ. Evaluation of hypertensive patients after care provided by community pharmacists in a rural setting. *Pharmacotherapy*, vol. 17, 1997, p. 1274-85.

## QUESTIONS

1. En se fondant sur les données canadiennes actuelles, il semble que l'hypertension touche :

- a) moins de 10 % des Canadiens
- b) entre 10 et 20 % des Canadiens
- c) entre 20 et 30 % des Canadiens
- d) plus de 30 % des Canadiens

2. Les données semblent indiquer que :

- a) le taux de maîtrise de l'hyper-

tension au Canada est meilleur que dans le passé;

- b) le taux de maîtrise de l'hypertension pourrait s'améliorer;
- c) l'usage des antihypertenseurs est à la hausse ce qui peut correspondre à une amélioration de la maîtrise de l'hypertension;
- d) l'hypertension ne continue pas à être un problème de santé publique important.

3. Les complications de l'hypertension comprennent les lésions de tous les organes terminaux, sauf :

- a) le cœur;
- b) les yeux;
- c) le foie;
- d) les gros vaisseaux.

4. L'hypertension est un facteur de risque important pour toutes les affections suivantes SAUF :

- a) la maladie cérébrovasculaire;
- b) le diabète;
- c) la coronaropathie;
- d) l'insuffisance rénale.

**5. La maîtrise de la TA systolique (ou une baisse de 8 à 9 mm Hg) résulte en :**

- a) une variation importante en fonction du profil de risque de l'individu;
- b) des avantages similaires peu importe l'âge, la TA de départ et les facteurs de risque;
- c) une réduction des complications de 15 à 50 % environ en fonction de l'issue particulière considérée
- d) un avantage uniquement chez les personnes âgées
- e) a et c

**6. Le traitement efficace de la TA chez les patients à risque a pour résultat :**

- a) Une baisse de 5 à 6 mm Hg de la TA diastolique diminuant la mortalité associée aux AVC de 38 %
- b) Une baisse de 5 à 6 mm Hg de la TA systolique diminuant la mortalité associée à la coronaropathie de 38 %
- c) Une baisse de 5 à 6 mm Hg de la TA diastolique diminuant la mortalité associée à la coronaropathie de 38 %
- d) Une baisse de 5 à 6 mm Hg de la TA systolique diminuant la mortalité associée aux AVC de 38 %.

**7. Selon les recommandations canadiennes sur l'hypertension, il faut instaurer un traitement pharmacologique chez les patients dans toutes les situations suivantes, SAUF :**

- a) la TA diastolique est supérieure à plusieurs reprises à 90 mm Hg et il existe des lésions des organes cibles;
- b) les valeurs moyennes de la TA

diastolique sont supérieures à 95 mm Hg, indépendamment des autres facteurs de risque;

c) les valeurs moyennes de la TA diastolique sont  $\geq 100$  mm Hg indépendamment des autres facteurs de risque;

d) chez les patients diabétiques ne présentant pas de lésions des organes terminaux si la TA  $\geq 140/90$  mm Hg.

**8. Les valeurs cibles du traitement de la tension telles que recommandées par la Société canadienne d'hypertension sont :**

- a) inférieures à 140/90 mm Hg chez les patients âgés de 18 à 80 ans dont la TA diastolique/systolique est élevée, chez ceux âgés de 60 à 80 ans souffrant d'hypertension systolique isolée, ou chez ceux souffrant d'hypertension chronique à la suite d'un AVC;
- b) inférieures à 130/80 mm Hg chez les sujets diabétiques ou non diabétiques présentant une néphropathie;
- c) Inférieures à 125/75 mm Hg chez les patients dont la protéinurie est supérieure à 1 g/24 h;
- d) Toutes les réponses ci-dessus.

**9. Les traitements antihypertenseurs non pharmacologiques au choix comprennent entre autres :**

- a) le renoncement au tabac;
- b) la diminution de l'apport en potassium
- c) une perte de poids chez les sujets obèses
- d) une renonciation totale à l'alcool
- e) a et c

**10. Parmi les agents suivants, lesquels ne sont PAS recommandés comme traitement de première intention dans le traitement de l'hypertension par les guides de**

**pratique canadiennes?**

- a) les diurétiques thiazidiques;
- b) les bêtabloquants;
- c) les IECA;
- d) les alphabloquants;
- e) les inhibiteurs calciques

**11. Tous les exemples suivants sont des traitements combinés initiaux appropriés, SAUF :**

- a) IECA et diurétiques thiazidiques;
- b) IECA et inhibiteurs calciques;
- c) Inhibiteurs calciques et diurétiques thiazidiques;
- d) Diurétiques thiazidiques et bêtabloquants.

**12. Voici le médicament initial de choix pour un patient diabétique souffrant de néphropathie :**

- a) la doxazosine;
- b) l'amlodipine;
- c) l'énalapril;
- d) l'aténolol.

**13. Monsieur A.P. est un homme âgé de 63 ans, ouvrier du bâtiment, chez lequel on a récemment diagnostiqué une hypertension lors de son admission à l'hôpital à la suite d'une pneumonie. Il dit que sa TA est de 140/95 mm Hg environ. Parmi les antihypertenseurs suivants, lesquels ne sont pas à ce stade des agents de rechange acceptables dans son cas?**

- a) Les bêtabloquants
- b) Les inhibiteurs calciques
- c) Les diurétiques thiazidiques
- d) Les IECA

**14. Le médecin a instauré un traitement antihypertenseur chez A.P. Ce dernier revient quatre semaines plus tard à la pharmacie faire renouveler son ordonnance. Durant l'entretien, le pharmacien remarque une dégradation apparente de l'hygiène bucco-dentaire chez**

ce sujet et que ses gencives sont plutôt protubérantes. La classe d'agents la plus vraisemblablement responsable de ce phénomène est celle des:

- a) IECA;
- b) inhibiteurs calciques;
- c) ARA;
- d) diurétiques.

15. Un an plus tard, et après plusieurs changements à son traitement antihypertenseur, Monsieur A.P. dit qu'il ne lui semble toujours pas qu'il est capable de maîtriser sa TA. Il est frustré et inquiet au sujet des effets négatifs sur sa santé. En parlant avec lui, le pharmacien ne détermine qu'à aucun moment ce patient n'a pris plus d'un agent pour sa TA. En se fondant sur cet entretien avec le patient, le pharmacien décide de recommander un traitement combiné au médecin d'A.P. Parmi les traitements suivants lequel peut-on justifier auprès du médecin d'A.P.?

- a) une meilleure efficacité pour un traitement combiné plutôt que des produits seuls
- b) il est extrêmement courant de demander plus d'un traitement pour maîtriser adéquatement la TA

- c) des taux moins élevés d'effets secondaires si on utilise plusieurs agents à une posologie plus faible
- d) tous les traitements ci-dessus

16. Tous les essais récents ont aidé à élucider le rôle de divers agents antihypertenseurs, SAUF :

- a) ALLHAT
- b) ANBP2
- c) LIFE
- d) TOMHS

17. Selon certains, le taux d'observance thérapeutique à un an avec les antihypertenseurs est inférieur au taux suivant :

- a) 80 %
- b) 70 %
- c) 60 %
- d) 50 %

18. Toutes les stratégies des fournisseurs de soins de santé se sont avérées avantageuses dans l'amélioration de l'observance thérapeutique, SAUF :

- a) Pousser une communication efficace avec les patients
- b) Prodiguer des messages clairs, directs sur l'importance du traitement ou du traitement lui-même
- c) Inclure les patients dans la décision sur la prévention et les objectifs du traitement

- d) Menacer les patients d'une mort imminente

19. Toutes les stratégies suivantes sont des stratégies destinées spécifiquement aux patients pour améliorer l'observance thérapeutique, SAUF :

- a) La compréhension du fondement du traitement, de l'importance de la maîtrise de la TA;
- b) L'usage d'un système de rappel (dosettes, calendriers pour les médicaments, etc.);
- c) L'usage de méthodes d'auto-surveillance (mesure de la TA à domicile);
- d) Usage de la volonté uniquement sans autres outils pour maîtriser la TA.

20. Les rôles potentiels du pharmacien dans l'amélioration des résultats thérapeutiques comprennent notamment :

- a) l'identification des patients à risque et leur renvoi à leur médecin pour une évaluation;
- b) la coopération avec le patient et son médecin pour optimiser les régimes de traitements pharmacologiques et non pharmacologiques;
- c) la coopération avec le patient en vue d'améliorer l'observance thérapeutique;
- d) tous les rôles ci-dessus.

## Comité de rédaction

## HYPERTENSION ET OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE

### À PROPOS DE L'AUTEUR

Chef du service de pharmacie clinique du Regina Qu'Appelle Health Region de la Saskatchewan, William Semchuk est également membre du comité de diffusion des lignes directrices de la Société canadienne d'hypertension artérielle. William Semchuk participe en outre activement au soin des personnes exposées aux maladies vasculaires, par l'entremise de la Regina Lipid Clinic, où sont traités les patients hypertendus.

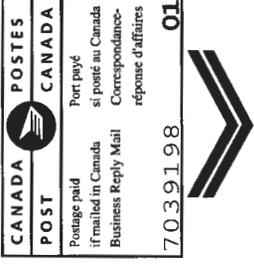
### RÉVISEURS

Toutes les leçons sont révisées par des pharmaciens pour assurer la précision, l'intégralité et la pertinence du contenu conformément à l'exercice actuel de la pharmacie.

### COORDONNATRICE DE LA FC

Heather Howie,  
Toronto (Ontario)

Pour connaître les barèmes de la FC, veuillez communiquer avec Debi Raymond au (416) 764-3861 ou par courriel au draymond@rmpublishing.com. Pour toute autre demande d'information à propos du Centre de FC sur l'observance thérapeutique, veuillez vous adresser directement à Karen Welds au (416) 764-3922 ou au kwelds@rmpublishing.com.



1000012316-M5W1A7-BR01

PHARMACY CONTINUING EDUCATION  
ROGERS MEDIA HEALTHCARE  
AND FINANCIAL SERVICES  
PO BOX 80054 STN BRM B  
TORONTO ON M7Y 5C8



HYPERTENSION ET  
OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE  
Une approche axée sur les pharmaciens  
1 UFC  
1,5 UNITÉS DE FC AU QUÉBEC  
N° de dossier CCCEP : 971-0403  
AOÛT 2003

Non valable pour unités de FC après le 28 février 2006

- |              |               |             |             |
|--------------|---------------|-------------|-------------|
| 1. a b c d   | 6. a b c d    | 11. a b c d | 16. a b c d |
| 2. a b c d   | 7. a b c d    | 12. a b c d | 17. a b c d |
| 3. a b c d   | 8. a b c d    | 13. a b c d | 18. a b c d |
| 4. a b c d   | 9. a b c d e  | 14. a b c d | 19. a b c d |
| 5. a b c d e | 10. a b c d e | 15. a b c d | 20. a b c d |

|   |              |          |  |
|---|--------------|----------|--|
| Nom   | Prénom       |          |  |
| Province octroyant le permis d'exercer  | N° du permis |          |  |
| Province octroyant le permis d'exercer  | N° du permis |          |  |
| Adresse électronique  |              |          |  |
| Adresse ( <input type="checkbox"/> Domicile) ( <input type="checkbox"/> Bureau) | Ville        | Province |  |
| Code postal   | Téléphone    |          |  |

**Cadre d'exercice professionnel**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pharmacie (chaîne)      | <input type="checkbox"/> Propriétaire            |
| <input type="checkbox"/> Pharmacie (indépendant) | <input type="checkbox"/> Employé à temps plein   |
| <input type="checkbox"/> Magasin                 | <input type="checkbox"/> Employé à temps partiel |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____  | Diplôme obtenu en l'an _____                     |

**Commentaires sur cette leçon de formation continue**

- |   |   |                              |
|---|---|------------------------------|
| 1. Avez-vous trouvé cette leçon informative?  | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. L'information contenue dans cette leçon était-elle pertinente pour votre pratique? | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Le questionnaire vous a-t-il aidé à mieux comprendre le cours?                     | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Est-ce que ce cours a amélioré vos connaissances sur le sujet traité?              | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Comment jugez-vous ce cours dans l'ensemble?                                       | <input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Mauvais |                              |

