



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

DATASET HTA

**Outil de mise en œuvre de la fiche
mémo « Prise en charge de
l'hypertension artérielle de l'adulte »
adoptée par le Collège de la HAS le 7
septembre 2016**

Juin 2017

L'argumentaire scientifique de cette évaluation est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service documentation – Information des publics
5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Contenu

1. Contenu métier DataSet HTA	4
1.1 Objectifs principaux	4
1.2 Composantes du DataSet HTA	4
1.2.1 Données clé	4
1.2.2 Thèmes des mémos	6
1.2.3 « Tableau de synthèse du suivi de l'HTA »	7
1.2.4 Données à transmettre dans le volet de synthèse médicale	9
1.2.5 Indicateurs de pratique clinique	9
1.3 Mémos et alertes du DataSet HTA	10
1.3.1 Séquence 1 : diagnostic d'HTA	10
1.3.2 Séquence 2 : Plan de soins initial (6 premiers mois)	17
1.3.3 Séquence 3 : Plan de soins à long terme (après 6 mois)	21
ANNEXE 1. Aide au codage du diagnostic HTA	25
ANNEXE 2. Consultation d'information et d'annonce	26

1. Contenu métier DataSet HTA

1.1 Objectifs principaux

- Utiliser une mesure de PA en dehors du cabinet médical (automesure ou MAPA) pour confirmer le diagnostic de l'hypertension lorsque la pression artérielle mesurée au cabinet médical est supérieure ou égale à 140/90 mmHg, mais aussi lors du suivi de l'hypertendu traité, en particulier lorsque la PA n'est pas contrôlée en consultation
- Améliorer le contrôle de la PA chez les hypertendus « confirmés »
- Améliorer le dépistage de la maladie rénale chronique chez les patients hypertendus
- Instauration des médicaments antihypertenseurs conformément à la Fiche mémo HTA (HAS).

Séquences retenues :

- Séquence 1
 - Confirmation du diagnostic
 - Bilan initial : Repérer les situations complexes (HTA secondaires, anomalie rénale, cardiaque, métabolique, etc.) et les principes de prise en charge de ces situations (Fiche mémo) lors du diagnostic d'une hypertension artérielle.
- Séquence 2 : Plan de soins initial (les 6 premiers mois)
- Séquence 3 : Plan de soins à long terme (après 6 mois) PA contrôlée/PA non contrôlée

1.2 Composantes du DataSet HTA

1.2.1 Données clé

	Données devant être renseignées sous format standardisé ¹	Type de rubrique contenant les données ²	Type de données et jeu de valeur
PA	Pression artérielle en consultation PAs : mmHg PAd : mmHg PAs debout (la plus basse des 3 premières minutes) : FC Cibles tensionnelles : PAS/PAD : .../... mmHg ¹	Examen clinique > signes vitaux	Saisie manuelle ⁴ des valeurs
PA	Pression artérielle en dehors du cabinet : – Automesure tensionnelle PAs moyenne : PAd moyenne :	Examen Clinique > signes vitaux	Saisie manuelle ⁴ des valeurs
PA	– MAPA sur 24 h PAs moyenne : PAd moyenne : en période diurne PAs moyenne : PAd moyenne : en période nocturne	Examens complémentaires ?	Saisie manuelle ⁴ des valeurs

¹ Proposer un menu déroulant des cibles

	PAs moyenne : PAd moyenne :		
	Hypertension artérielle (CISP2 ou CIM10)	Pathologie en cours ou Antécédents personnels ³	Saisie manuelle ⁴ avec la CISP2 et/ou CIM10le DataSet propose une aide au codage
Rein	Créatininémie mg/L DFG estimé* : ml/min/1,73m ² Clairance créatinine (cockroft et gault) :ml/min Protéinurie : ... g/l Na K	Résultats de biologie	Si possible incrémentation automatique à partir de la réception des résultats adressés par les laboratoires de biologie médicale ; à défaut saisie manuelle du résultat
EAL	LDL-c : ... g/L HDL-c : ... g/L	Résultats de biologie	Idéalement incrémentation automatique à partir de la réception des résultats adressés par les laboratoires de biologie médicale ; à défaut saisie manuelle du résultat
	Glycémie à jeun : ... g/L (ou mmol/l)	Résultats de biologie	Idéalement incrémentation automatique à partir de la réception des résultats adressés par les laboratoires de biologie médicale ; à défaut saisie manuelle du résultat
	ECG	Examens complémentaires	Saisie manuelle ⁴ du résultat en texte libre ²
	Poids : ...kg IMC : ... kg/m ²	Examen clinique > signes vitaux	Saisie manuelle ⁴ pour le poids Calcul automatique de l'IMC à partir du poids et de la taille

* MDRD ou CKD EPI selon le choix du médecin. si nécessaire calcul automatique : <http://www.sfnat.org/sn/eservice/calcul/eDFG.htm>

1. Les intitulés et les résultats devront être exploitables, excepté pour les résultats de l'ECG qui ne seront renseignés qu'en texte libre. Dans la partie technique, figureront les terminologies et codes à utiliser.

2. Ici est proposé le type de rubrique dans laquelle la donnée est renseignée. Les éditeurs feront, à partir de là, le lien avec la rubrique correspondante de leur logiciel.

3. NB : la rubrique « Pathologie en cours » correspond à celle dans laquelle sont renseignées les pathologies connues nécessitant une prise en charge régulière au long cours, comme par exemple les pathologies chroniques. En pratique courante, en France, la rubrique « Antécédents personnels » est parfois utilisée dans ce contexte.

4. « Saisie manuelle » dans le sens où il ne s'agit pas d'une « incrémentation automatique »

5. Compte tenu de la complexité du codage en CIM10 des pathologies en lien avec la prévention CV secondaire (Maladie coronarienne avérée et ATCD d'AVC), le codage pour ces pathologies n'a finalement pas été retenu dans le cadre du DataSet diabète. Si les valeurs sont saisies dans le

² Certains ECG ont des « interprétations » automatisées qui s'incrémentent directement dans le dossier (ex Eolys pour Weda)

module « consultation » elles doivent se retrouver automatiquement dans le plan de soins.

Par ailleurs, d'autres éléments déjà structurés peuvent être pris en compte :

- ceux habituellement structurés dans les logiciels métiers : sexe, médicaments
- ceux structurés via les DataSets précédents : tabac, exercice physique.

Rappel : Une donnée clé répond à plusieurs des critères suivant :

- aisée à renseigner de façon structurée dans le flux de la consultation
- utile pour le suivi au long cours
- utile au professionnel de santé pour ses prises de décision
- utile à partager avec d'autres professionnels de santé (via le DMP) (points critiques)
- utile pour appeler des mémos ou générer des alertes
- utile pour mesurer des indicateurs de pratique clinique
- utile pour identifier des sous populations.

1.2.2 Thèmes des mémos

► Rappel

MÉMOS *Un mémo* contient les éléments de bonnes pratiques sous la forme d'une information très courte, lisible en un coup d'œil en cours de consultation. Il est lié à une donnée structurée dans un champ spécifique du logiciel métier et aux caractéristiques du patient (âge, sexe, comorbidité). Il est accessible via un infobouton (accès volontaire). Il est stocké sur un serveur externe permettant une mise à jour indépendamment des éditeurs (seule la règle d'activation de l'infobouton est en local). Il renvoie sur le référentiel source.

ALERTES *Une alerte* contient un message très court orienté professionnel de santé, présentant une action à faire. Elle est liée à la présence d'une donnée de santé anormale (ou d'une combinaison de données anormales) dans les données structurées gérées par le logiciel métier. Elle s'affiche directement sur l'écran (ex. infobulle). Elle est stockée en local (règle d'activation et contenu de l'alerte).

► Aperçu de la liste de l'ensemble des mémos

Séquence 1

Mémo 1 : Suspicion d'HTA : à confirmer par auto-mesure ou MAPA

Mémo 2 : Conditions optimales pour mesure de la PA en consultation

Mémo 3 : Mesure de la PA en auto-mesure ou MAPA : indications et valeurs cibles

Mémo 4 : Auto-mesure tensionnelle au domicile

Mémo 5 : HTA blouse blanche

Mémo 6 : Diagnostic d'HTA : bilan initial

Mémo 7 : Analyse du bilan initial : HTA essentielle, secondaire ou compliquée

Mémo 8 : Mesures hygiéno-diététiques

Mémo 9 : Consultation d'information et d'annonce

Mémo 10 : Hypotension orthostatique

Séquence 2

Mémo 11 : Cibles tensionnelles à 6 mois < 80 ans

Mémo 12 : Cibles tensionnelles à 6 mois $\geq$ 80 ans

Mémo 13 : Par quel traitement débiter ?

Mémo 14 : Choix de la classe thérapeutique en fonction des comorbidités associées

Mémo 15 : Adaptation du traitement au cours des 6 premiers mois

Mémo 16 : S'assurer de la bonne tolérance des médicaments antihypertenseurs

Séquence 3

Mémo 17 : HTA essentielle contrôlée : Organisation de suivi après 6 mois de prise en charge

Mémo 18 : PA non contrôlée à 6 mois du diagnostic ou au-delà

Mémo 19 : PA non contrôlée sous Trithérapie anti-hypertensive optimale

Mémo 20 : Favoriser l'adhésion aux thérapeutiques anti-hypertensives

Mémo 21 : HTA masquée : (PA en dehors du cabinet (élevé) et PA au cabinet (normale).

1.2.3 « Tableau de synthèse du suivi de l'HTA »

Le fait de renseigner HTA (en CIM10 ou CISP2) dans pathologie en cours amène un tableau de synthèse dans le champ « pathologie en cours » dont le contenu viendrait s'incrémenter automatiquement à partir des champs de saisie usuels de ces données.

Hypertension artérielle (en CIM10 ou CISP2)		Date du diagnostic :.././....
Cible PA :	menu déroulant : - PAS/PAD $\leq$140/90 en consultation, $\leq$ 135/85 en dehors du cabinet - PAS $\leq$ 150 en consultation, $\leq$ 145 en dehors du cabinet	Date .././....
PA en Cs (1 à 3 valeurs) ¹ :	Pas/Pad : .././...mmHg Pas/Pad : .././...mmHg Pas/Pad : .././...mmHg	Date .././.... Date .././.... Date .././....
PA en position debout (la plus basse des 3 premières minutes)	PAS/PAD : .././...mmHg	Date .././....
PA au domicile (dernière valeur) :	Pression artérielle en dehors du cabinet: – Automesure tensionnelle PAS moyenne : PAD moyenne : – MAPA sur 24 h ² en période diurne PAS moyenne : PAD moyenne :	Date .././.... Date .././....

rein	Créatininémie : ... mg/L (2 dernières valeurs) DFG (MDRD ou CKD EPI) : ml/min/1,73 m ² (2 dernières valeurs) Protéinurie : ... g/l Na K	Date .././.... Date .././.... Date .././.... Date .././.... Date .././....
Risque cardiovasculaire (RCV)	Tabac ³ LDL-c : ... g/L HDL-c : ... g/L Glycémie à jeun : ... g/L (ou mmol/l) ³ ECG ⁴	Date .././.... Date .././.... Date .././.... Date .././....
- Intervention brève sur Mesure hygiénodététique	Fait/non fait	Date .././....
Activité Physique ⁵	Résultat du jeu de données cliniques ₅	Date .././....
Faits remarquables	Évènements indésirables Dosages médicamenteux Associations médicamenteuses	

1. Si possible : faire apparaître dans la consultation une info bulle avec les résultats des 3 dernières mesures tensionnelles en consultation, sinon mettre ces 3 dernières valeurs dans cette partie
2. Ne faire apparaître que si un résultat de MAPA est renseigné dans les examens complémentaires
3. Les résultats de l'ECG étant en texte libre, ils ne s'incrémenteront pas automatiquement.
4. Intégrer le jeu de valeur tabac issu du Data Set BPCO :

Fumez-vous actuellement ?	fumeur	Ex fumeur	Non-fumeur
Actuellement nbre de cigarettes/j			
Age de début			
Nbre cigarettes /j en moyenne (depuis que vous fumez)			
Age d'arrêt			
Nbre de paquets années au total	CA	CA	

CA = calcul automatique = (nbre cig par j en moyenne/20) x (âge actuel [ou arrêt] - âge de début)

5. Intégrer la mesure de l'activité physique selon le jeu de données cliniques ci =-dessous :

³ Le fait de coder diabète ou hypercholestérolémie en CIM10 ou CISP dans les pathologies en cours devrait pouvoir alimenter ce tableau

Mesure de l'activité physique

Proposition pour renseigner de façon simple et faisable l'activité dans les logiciels métiers et en mesurer l'évolution (issue de *IOM (Institute of Medicine). 2014. Capturing social and behavioral domains and measures in electronic health records: Phase 2. Washington, DC: The National Academies Press. page 182)*

Activité physique	Date .J./J....
A. En moyenne, combien de jours par semaine faites-vous de l'exercice à un niveau modéré à vigoureux (comme marcher vite, courir, jogging, danser, nager, faire du vélo, ou autres activités qui entraînent une sudation légère ou importante)	Réponse A entre 7 et 0 (par exemple sous forme de menu déroulant)
B. En moyenne combien de minutes faites-vous de cet exercice à ce niveau quand vous le pratiquez ?	Réponse B entre 0 et 150 par tranche de 10 (par exemple sous forme de menu déroulant)
Total : Nombre de minutes par semaine d'activité modérée à vigoureuse	Calcul automatique (A x B)
Interprétation	Interprétation automatique (selon règle ci-dessous*)
Commentaires	

Règle pour interprétation

si 0 minute par semaine alors complètement inactif

si < 150 minutes par semaine alors insuffisamment actif

si ≥ 150 minutes par semaine alors suffisamment actif

1.2.4 Données à transmettre dans le volet de synthèse médicale

Les données retenues dans le DataSet devraient pouvoir enrichir le volet de synthèse médicale (VSM):

- PA en Cs (3 dernières valeurs)
- PA en dehors du cabinet (dernière valeur)
- Biologie (DFG, kaliémie, Na)

(NB les traitements chroniques font partie du volet de synthèse médicale)

1.2.5 Indicateurs de pratique clinique

Définir des exemples des indicateurs pertinents pour la pratique clinique.

Un indicateur ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) porte spécifiquement sur l'HTA.

Indicateur ROSP	Objectif cible	Données à structurer
Nombre de patients MT traités par antihypertenseurs dont la pression artérielle est ≤ à 140/90 mm Hg, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antihypertenseurs	≥ 60 %	HTA Date PA en cs Date PA en dehors du cabinet

1.3 Mémos et alertes du DataSet HTA

1.3.1 Séquence 1 : diagnostic d'HTA

► Règle de décision

La règle de décision prise en compte est :

En consultation, une pression artérielle supérieure ou égale à 140/90 mmHg, persistante dans le temps, fait suspecter une HTA et doit conduire à :

- Confirmer le diagnostic, avec mesures tensionnelles en dehors du cabinet médical
- Réaliser le bilan initial
- Repérer les situations complexes nécessitant le recours à des avis spécialisés
 - Suspicion d'HTA secondaire
 - En cas d'atteinte rénale
 - En cas d'anomalie cardiaque
- Expliquer les mesures hygiéno-diététiques
- Réaliser une consultation d'information et d'annonce

► Liste des mémos et alertes liés à la séquence 1 : Diagnostic d'HTA

Données nécessaires pour que les mémos soient accessibles	Titre des mémos et fiches patient
- Donnée principale à laquelle ils sont rattachés : - PA en consultation dans le champ Examen clinique - Données complémentaires modulant leur accessibilité : - Pas ≥ 140 et/ou Pad ≥ 90 mmHg - Absence de diagnostic d'HTA dans pathologie en cours (ou ATCD perso) (1) - Âge < 80 ans	Suspicion d'HTA : à confirmer par automesure ou MAPA
- Donnée principale à laquelle ils sont rattachés : - PA en consultation dans le champ Examen clinique - Données complémentaires modulant leur accessibilité : - Pas ≥ 140 et/ou Pad ≥ 90 mmHg (2)	- Conditions pour une mesure optimale de la PA en consultation - Diagnostic d'HTA : bilan initial* - Analyse du bilan initial : HTA essentielle, secondaire ou compliquée ?* - Mesures hygiénodietétiques[#] - Mesure de la PA en automesure ou MAPA : indications et valeurs cibles - Automesure tensionnelle au domicile - HTA blouse blanche - Hypotension orthostatique
- Donnée principale à laquelle ils sont rattachés : - Mesure de PA en dehors du cabinet dans le champ examen clinique - Données complémentaires modulant leur accessibilité	- Mesure de la PA en automesure ou MAPA : indications et valeurs cibles - Automesure tensionnelle au domicile - HTA blouse blanche - HTA masquée (PA en dehors du cabinet élevée et PA au cabinet normale)
- Donnée principale à laquelle ils sont rattachés : - HTA dans pathologie en cours (ou ATCDs perso) - Données complémentaires modulant leur accessibilité - Âge (si valeurs seuils différentes chez la personne âgée) Codes permettant d'appeler ces mémos[†] : HTA essentielle (CISP2 : K86 ; CIM10 : I10) HTA secondaire (CISP2 K87 ; CIM10 : I15.x) HTA compliquée (CISP2 K87 ; CIM10 : I11.x ou I12.x ou I13.x)	- Diagnostic d'HTA : bilan initial* - Analyse du bilan initial : HTA essentielle, secondaire ou compliquée ?* - Consultation-d'information et d'annonce - Mesures hygiénodietétiques[#] - Mesure de la PA en automesure ou MAPA : indications et valeurs cibles - Automesure tensionnelle au domicile - HTA blouse blanche - Hypotension orthostatique

(1) les mémos ne s'affichent qu'en l'absence de diagnostic d'HTA ; cela évite que le titre de ce mémo s'affiche au niveau de l'infobutton pour un patient hypertendu connu.

(2) les titres de ces mémos s'affichent au niveau de l'infobutton qu'il y ait ou non un diagnostic d'HTA et quel que soit l'âge

* les mémos avec une étoile seraient accessibles soit à partir de PA $\geq 140/90$ soit à partir du diagnostic d'HTA ; en effet, suite à la discussion lors du GT il apparaît que le médecin pourrait renseigner le diagnostic d'HTA après confirmation par automesure et avant la réalisation du bilan.

ce mémo serait disponible autant sur la donnée PA $\geq 140/90$ que sur le diagnostic d'HTA

† les titres de ces mémos seraient affichés quel que soit le type d'HTA (cf. * ci-dessus)

► **Professionnels destinataires : médecins généralistes et autres professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers, etc.)**

ALERTES	
Règle d'activation de l'alerte	
▶ Si PAS $\geq$ 140 et/ou PAD $\geq$ 90 sur 3 mesures consécutives ▶ ET absence de diagnostic d'HTA dans pathologie en cours	Suspicion d'HTA : à confirmer par automesure ou MAPA
▶ Si pas de mesure de la PA depuis au moins 3 ans chez les plus de 18 ans	Conditions pour une mesure optimale de la PA

► **Contenu des mémos**

Contexte : PA $\geq$ 140/90 en consultation sans diagnostic d'HTA connu

Mémo 1 : Suspicion d'HTA : à confirmer par auto-mesure ou MAPA

Si en consultation, PA $\geq$ 140/90 mmHg persistant dans le temps

Proposer mesure en dehors du cabinet médical par auto-mesure ou MAPA

Sauf en cas d'urgence hypertensive (PA $\geq$ 180/110 mm Hg)

Critères diagnostiques

- Auto-mesure tensionnelle : **PA moyenne $\geq$ 135 / 85 mmHg**
- MAPA : PA moyenne $\geq$ 130 / 80 mmHg sur 24 h

PA moyenne $\geq$ 135 / 85 mmg en période diurne

PA moyenne $\geq$ 120 / 70 mmHg en période nocturne

* voir mémo conditions optimales de la mesure de la PA [\(memo 2\)](#)

Source :
Date rédaction mémo :
Auteur :

[Retour sommaire](#) ; [retour sommaireSeq1](#)

Contexte : PA $\geq$ 140/90 en consultation

Mémo 2 : Conditions optimales pour mesure de la PA en consultation

- o Utiliser de préférence un appareil au bras, électronique et validé (1)
- o Effectuer au minimum 2 mesures avec un brassard adapté à la circonférence du bras
- o Mesurer la PA la première fois aux deux bras (2) (considérer le bras où la mesure est la plus haute) et mesurer la fréquence cardiaque (FC)
- o Effectuer les mesures chez un patient en position assise ou allongée, au repos durant au moins 3 à 5 mn, dans le calme et sans parler
- o Lors de la mesure initiale et au cours du suivi : il faut rechercher une hypotension orthostatique (3) après 1 et 3 mn au moins en position debout

(1) Voir liste des appareils validés sur ANSM [ANSM Liste des autotensiometres](#)

(2) Si différence de PA > 20 mmHg entre les deux bras : penser de principe à rechercher une sténose de l'artère sous clavière),

(3) Hypotension orthostatique : diminution de la PAS d'au moins 20 mm Hg et/ou de la PAD d'au moins 10 mm Hg survenant dans les 3 minutes suivant un passage en position debout. [SFHTA Consensus d'experts HypoTA orthostatique 2014](#)

Source :
Date rédaction mémo :
Auteur :

[Retour sommaire](#) ; [retour sommaireSeq1](#)

Contexte : PA $\geq$ 140/90 mmHg ou HTA connue

Mémo 3 : Mesure de la PA en automesure ou MAPA : indications et valeurs cibles Méthode

- Auto-mesure : plus adaptée en soins primaires, favorise l'implication du patient dans sa prise en charge. (Modalités : voir mémo : Auto-mesure Tensionnelle au domicile)

Indications

- Confirmation du diagnostic d'HTA
- Au cours du suivi de l'HTA, pour préciser le niveau tensionnel (trop élevé ou trop bas)
- Avant toute modification thérapeutique

Cibles tensionnelles

- Auto-mesure tensionnelle : **PA moyenne < 135 / 85 mmHg**
- MAPA : PA moyenne < 130 / 80 mmHg sur 24 h
PA moyenne < 135 / 85 mmHg en période diurne
PA moyenne < 120 / 70 mmHg en période nocturne

Chez le patient $\geq$ 80 ans :

- Auto-mesure tensionnelle : PAS moyenne < 145 mmHg
- MAPA : PA moyenne < 145 mmHg en période diurne

Source :
Date rédaction mémo :
Auteur :

[Retour sommaire](#) ; [retour sommaireSeq1](#)

Fiche patient

Mémo 4 : Automesure tensionnelle au domicile

- o Utiliser un appareil validé CE et de préférence avec un brassard huméral
- o Former le patient à la technique de l'auto-mesure tensionnelle (et si besoin son entourage)
- o Prendre les mesures en position assise, au repos avec l'avant-bras posé sur la table
- o Effectuer 3 mesures le matin avant le petit-déjeuner et la prise de médicaments, 3 mesures avant le coucher, 3 jours de suite (« règle des 3 »), en espaçant les mesures de quelques minutes (1)
- o Demander au patient de noter par écrit les valeurs de PA (systolique et diastolique) et de la FC observées

- o Moyenne des valeurs de PA en AMT ou en MAPA (diurne) correspondant à un HTA : PAS $\geq$ 135 mmHg et/ou PAD $\geq$ 85 mmHg
- o Relevé auto-mesure :
- ✓ http://www.comitehta.org/wp-content/uploads/downloads/2012/01/CFLHTA_Automesure_Releve.pdf
- ✓ <http://www.cjhta.org/wp-content/uploads/2015/12/automesureCJHv7.pdf>

Sources :
Auteur :

[Retour sommaire](#) ; [retour sommaireSeq3](#)

Contexte : PA $\geq$ 140/90 mmHg et pas de diagnostic d'HTA

Mémo 5 : HTA blouse blanche

- PA élevée en consultation mais PA moyenne < 135/85 mmHg en auto-mesure ou en MAPA diurne,
- Ne nécessite pas habituellement le recours à des antihypertenseurs mais une surveillance de la PA en dehors du cabinet médical.

Source :
Date rédaction mémo :
Auteur :

[Retour sommaire](#) ; [retour sommaireSeq1](#)

Contexte : diagnostic d'HTA

Mémo 6 : Diagnostic d'HTA : bilan initial

- o Objectif : rechercher à l'examen clinique et biologique :
 - . une atteinte vasculaire, cardiaque, cérébrale ou rénale associée
 - . des facteurs de risque cardiovasculaire associés et évaluer le risque cardio-vasculaire
 - . **une HTA secondaire et des facteurs aggravants**⁴
- o Bilan biologique :
 - Na, K plasmatiques, créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG), glycémie à jeun, exploration d'une anomalie lipidique à jeun, recherche d'une protéinurie
- o ECG de repos
- Programmer une nouvelle consultation dans le mois pour interpréter le bilan et réaliser la consultation d'information et d'annonce.

Source :
Date rédaction mémo :
Auteur :

[Retour sommaire](#) ; [retour sommaireSeq1](#)

⁴ Principaux facteurs pouvant aggraver une HTA : alcool, réglisse, certains médicaments (corticoïdes, antidépresseurs, AINS, anti-VEGF), utilisation prolongée de vasoconstricteurs nasaux, contraception œstrogénique, toxiques (par exemple cannabis), SAHOS (syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil), consommation de sel élevée, surpoids, obésité

Contexte : diagnostic d'HTA

Mémo 7 : Analyse du bilan initial : HTA essentielle, secondaire ou compliquée

- Suspicion d'HTA secondaire
 - o HTA sévère (PAS > 180 ou PAD > 110 mmHg) d'emblée
 - o HTA avant l'âge de 30 ans
 - o HTA avec hypokaliémie
 - o autres situations cliniques évocatrices d'HTA secondaire⁵

Nécessite le recours à un médecin spécialisé dans l'HTA pour un complément d'exploration

En cas de :

- Découverte d'une créatininémie élevée et/ou d'une protéinurie : contrôle à 1 mois, si persistance :
 - o avis d'un néphrologue,
 - o si insuffisance rénale, adapter la posologie des médicaments au DFG estimé et éviter les médicaments néphrotoxiques (noter le DFG sur l'ordonnance)
- Découverte d'une anomalie cardiaque à l'interrogatoire, à l'examen physique ou à l'ECG
 - o prise en charge adaptée par un cardiologue

Source :
Date rédaction mémo :
Auteur :

[Retour sommaire](#) ; [retour sommaireSeq1](#)

Contexte : PA $\geq$ 140/90 ou HTA connue

Mémo 8 : Mesures hygiéno-diététiques

À proposer à tous les hypertendus, elles contribuent à la réduction des chiffres tensionnels :

- Pratiquer une activité physique régulière et adaptée aux possibilités du patient (par exemple 30 mn/j au moins 3 fois /semaine en endurance)
- Réduire le poids en cas de surcharge pondérale
- Supprimer ou réduire la consommation d'alcool : une consommation journalière supérieure à 3 verres chez l'homme et 2 verres chez la femme doit entraîner une prise en charge adaptée
- Normaliser l'apport sodé (6-8 g/jour de sel au maximum (soit une natriurèse d'environ 100 à 150 mmol/jour)
- Privilégier la consommation de fruits et de légumes et d'aliments peu riches en graisse saturées
- Arrêter le tabac

Source :
Date rédaction mémo :
Auteur :

[Retour sommaire](#) ; [retour sommaireSeq1](#)

⁵ Principales causes d'HTA secondaire : Toxiques ou médicaments⁸, maladies rénales, hyperaldostérionisme primaire, phéochromocytome, sténose de l'artère rénale, syndrome de Cushing

Contexte : diagnostic d'HTA

Mémo 9 : Consultation d'information et d'annonce

Information et un temps éducatif : consultation dédiée

La prise en charge d'un patient hypertendu nécessite une information et un temps éducatif, débuté au mieux dans le cadre d'une consultation dédiée, afin :

- D'informer le patient :
 - o des risques liés à l'HTA
 - o des bénéfices démontrés du traitement antihypertenseur
 - o de fixer les objectifs du traitement
 - o et d'établir un plan de soin
- D'initier les mesures hygiéno-diététiques

Lien vers : [HAS « Décision médicale partagée »](#) et **recommandations 2013 SFHTA**
[« Consultation d'annonce »](#)

Source :
Date rédaction mémo :
Auteur :

[Retour sommaire ; retour sommaireSeq1](#)

Voir [annexe 2](#) pour contenu de la consultation d'information et d'annonce

Contexte : PA $\geq$ 140/90 en consultation

Mémo 10 : Hypotension orthostatique

Diminution de la PAS d'au moins 20 mm Hg et/ou de la PAD d'au moins 10 mmHg survenant dans les 3 minutes suivant un passage en position debout.

Recherche recommandée chez :

- Tous les patients hypertendus,
- Plus fréquemment chez les patients :
 - o diabétiques,
 - o parkinsoniens
 - o âgés

[http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/07/Consensus d experts decembre 2014 SFHTA.pdf](http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/07/Consensus_d_experts_decembre_2014_SFHTA.pdf)

Source :
Date rédaction mémo :
Auteur :

[Retour sommaire ; retour sommaireSeq1](#)

1.3.2 Séquence 2 : Plan de soins initial (6 premiers mois)

► Règles de décision

Les règles de décisions prises en compte sont :

- 1) Objectif principal : contrôle de la pression artérielle dans les 6 premiers mois.
- 2) Privilégier quatre classes d'antihypertenseurs qui ont démontré une prévention des complications cardiovasculaires chez les hypertendus.
- 3) Choix individualisé du premier traitement antihypertenseur, tenant compte notamment de la persistance.
- 4) Privilégier les bithérapies (fixes) en cas d'échec de la monothérapie, puis une trithérapie si nécessaire.
- 5) S'assurer de la bonne tolérance.

Plan de soin initial de 0 à 6 mois : HTA non compliquée (plan fiche mémo HTA)

Plan de soin initial : consultation d'information et d'annonce

Plan de soin initial : place des mesures hygiéno-diététiques

Plan de soin initial : définition d'une cible tensionnelle à atteindre à 6 mois

Plan de soin initial : par quelle classe médicamenteuse débiter ?

Plan de soin initial : les éléments à prendre en compte dans le choix initial des médicaments

Plan de soin initial : adaptation du traitement au cours des 6 premiers mois

► Liste des mémos et alertes liés à la séquence 2 : plan de soin initial

Données clés	Titre des mémos Séquence 2 plan de soin initial
- Donnée principale à laquelle ils sont rattachés : - HTA dans pathologie en cours (ou ATCDs perso) - Données complémentaires modulant leur accessibilité - Âge (< ou ≥ 80ans) ¹	- Plan de soin initial : définition d'une cible tensionnelle à atteindre à 6 mois (patient < 80 ans) - Plan de soin initial : définition d'une cible tensionnelle à atteindre à 6 mois (patient ≥ 80 ans) - Plan de soin initial : par quelle classe médicamenteuse débiter ? - Choix de la classe thérapeutique en fonction des comorbidités associées - Adaptation du traitement au cours des 6 premiers mois - S'assurer de la bonne tolérance des médicaments antihypertenseurs

- ¹ l'âge fait varier la version du mémo « Plan de soin initial : définition d'une cible tensionnelle à atteindre à 6 mois »

ALERTES ¹	
Règle d'activation de l'alerte	
- Si 2 mesures consécutives de PA ≥ 140/90 mmHg OU Si PA ≥ 135/85 (mmHg hors cabinet médical) - ET âge < 80 ans - ET date du diagnostic d'HTA dans pathologie en cours > 6 mois	PA non contrôlée à 6 mois du diagnostic ou au-delà
- Si PAS ≥ 150 mmHg ou PAS ≥ 145 mmHg en dehors du cabinet médical - ET âge ≥ 80 ans - ET date du diagnostic d'HTA dans pathologie en cours > 6 mois	PA non contrôlée à 6 mois du diagnostic ou au-delà

► Contenu des mémos

Contexte : HTA essentielle et patient < 80 ans : plan de soin initial (6 premiers mois)

Mémo 11 : Cibles tensionnelles à atteindre à 6 mois

- o Au cabinet médical :
 - PA systolique comprise entre 130 et 139 mm Hg
 - ET PA diastolique < 90 mm Hg,
 - ET/OU par une mesure de la PA au domicile du patient : (PA diurne en AMT ou en MAPA < 135/85 mmHg)
- **Consultation mensuelle**, jusqu'à l'obtention de la cible tensionnelle pour :
 - o évaluer la tolérance (cf. [mémo 16](#)), l'adhésion du patient (cf. [mémo 20](#)) et l'efficacité des traitements proposés (auto-mesure ou MAPA)
 - o renforcer les messages éducatifs et parfaire l'information du patient

Source :
Date rédaction mémo :
Auteur :

[Retour sommaire](#) ; [retour sommaireSeq2](#)

Contexte : HTA essentielle et patient ≥ 80 ans : plan de soin initial (6 premiers mois)

Mémo 12 : Cibles tensionnelles à atteindre à 6 mois

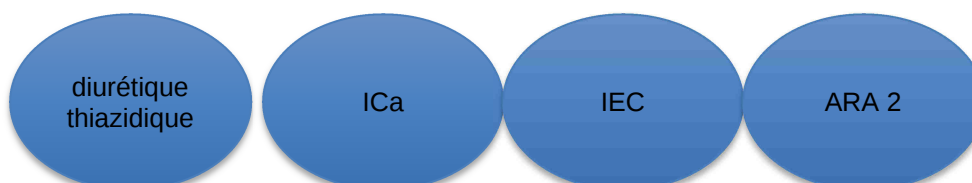
- **Au cabinet médical :**
 - o PA systolique < 150 mm Hg
 - o ET/OU par une mesure de la PA au domicile du patient : (PAS diurne en AMT ou en MAPA < 145 mmHg)
 - o sans hypotension orthostatique
 - o ne pas dépasser dans la plupart des cas 3 molécules anti-hypertensives après 80 ans (lutte contre la iatrogénie).
- **Consultation mensuelle**, jusqu'à l'obtention de l'objectif tensionnel pour :
 - o évaluer la tolérance (cf. [mémo 16](#)) et l'adhésion du patient (cf. [mémo 20](#)) et l'efficacité des traitements proposés (auto-mesure ou MAPA)
 - o renforcer les messages éducatifs et parfaire l'information du patient

Source :
Date rédaction mémo :
Auteur :

Contexte : HTA essentielle : plan de soin initial (6 premiers mois)

Mémo 13 : Par quel traitement débiter ?

- Dans tous les cas : mesures hygiéno-diététiques
- En cas d'HTA sévère confirmée (PAS > 180 et/ou PAD > 110), il est recommandé d'instaurer sans délai un traitement pharmacologique.
- Débiter par une monothérapie au mieux en monoprise (si HTA de découverte récente et chiffres de PA peu élevés) parmi :



- Les bêta-bloquants peuvent être utilisés mais semblent moins protecteurs vis-à-vis du risque d'accident vasculaire cérébral
- La persistance* du traitement est plus élevée avec les ARA2 ou les IEC, moindre avec les ICa et plus faible avec les diurétiques thiazidiques et les bêta-bloquants.

*persistance : action de continuer le traitement sur une certaine durée selon la prescription initiale

Source :
Date rédaction mémo :
Auteur :

[Retour sommaire ; retour sommaireSeq2](#)

Contexte : HTA essentielle ET (diabète, insuffisance rénale, microalbuminurie ou protéinurie, insuffisance cardiaque, atteinte coronarienne ou post AVC) : plan de soin initial (6 premiers mois)

Mémo 14 : Choix de la classe thérapeutique en fonction des comorbidités associées

Adapter le choix thérapeutique en fonction des comorbidités associées

Comorbidités	Choix préférentiel
Patient diabétique à partir du stade microalbumi-nurie ou d'insuffisance rénale:	IEC ou ARA2
Patient avec une insuffisance rénale ou une pro-téinurie	IEC ou ARA2
Patient insuffisant cardiaque	IEC (sinon ARA2), bêta bloquants ayant l'AMM dans cette indication, diurétiques
Patient coronarien	IEC, bêta bloquants
Patient post AVC	diurétiques thiazidiques, IEC (sinon ARA2), et inhibi-teurs calciques

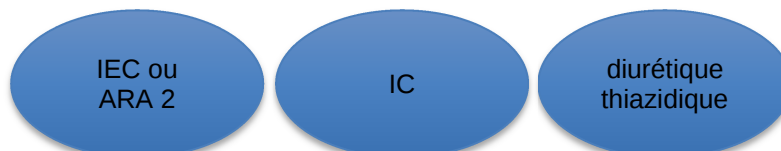
Source :
Date rédaction mémo :
Auteur :

[Retour sommaire ; retour sommaireSeq2](#)

Contexte : HTA essentielle : Plan de soin initial (6 premiers mois)

Mémo 15 : Adaptation du traitement au cours des 6 premiers mois

- Mesurer la PA tous les mois jusqu'à obtention de l'objectif tensionnel
- ET AMT ou MAPA recommandée avant chaque modification thérapeutique.
- À 1 mois, si l'objectif tensionnel n'est pas atteint, avec une monothérapie
Passer à une bithérapie (plutôt que de changer de monothérapie ou d'augmenter la posologie de la monothérapie) parmi



- En cas **d'objectif tensionnel non atteint essayer une ou** plusieurs combinaisons de bithérapie
- **Puis, en cas d'objectif tensionnel non atteint**
Passer à une trithérapie qui comporte un IEC ou ARA 2, un inhibiteur calcique et un diurétique thiazidique

NB : L'association de 2 bloqueurs du système rénine angiotensine (IEC, ARA2, inhibiteur de la rénine) n'est pas recommandée.

Source :
Date rédaction mémo :
Auteur :

[Retour sommaire ; retour sommaireSeq2](#)

Contexte : Patient hypertendu et traitement antihypertenseur

Mémo 16 : S'assurer de la bonne tolérance des médicaments antihypertenseurs

- Mesure tensionnelle à domicile nécessaire pour évaluer l'efficacité du traitement, recommandée avant chaque modification thérapeutique.
 - S'assurer de l'absence d'hypotension orthostatique.
 - Après introduction ou adaptation posologique des IEC ou ARA 2 ou diurétiques : doser Na, K, créatininémie dans un délai de une à quatre semaines
 - En cas d'évènement intercurrent; notamment chez la personne âgée :
 - o diurétiques, IEC, ARA2 peuvent être arrêtés transitoirement
 - o doser Na, K, créatininémie et **recherche de protéinurie**
 - Certains médicaments peuvent aggraver l'HTA ou favoriser l'hypotension orthostatique :
 - AINS, corticoïdes *
 - Certaines interactions médicamenteuses doivent être recherchées, par ex. :
 - o association de médicaments bradycardisants avec les bêtabloquants
 - o AINS avec les IEC (ou les ARAII) ou les diurétiques: risque d'insuffisance rénale aiguë
- * SFHTA 2015 Hypertensions artérielles d'origine médicamenteuse ou toxique [SFHTA 2015 Hypertensions artérielles d'origine médicamenteuse ou toxique](#)

Source :
Date rédaction mémo :
Auteur :

[Retour sommaire ; retour sommaireSeq2](#)

1.3.3 Séquence 3 : Plan de soins à long terme (après 6 mois)

► Règles de décision

Les règles de décision prises en compte sont :

- 1) HTA non contrôlée à 6 mois sous trithérapie: avis spécialisé après avoir vérifié la bonne observance et l'HTA en dehors du cabinet médical.
- 2) En cas d'HTA contrôlée, visite tous les 3 à 6 mois.
- 3) Dépister la mauvaise adhésion aux traitements antihypertenseurs.
- 4) Favoriser la pratique de l'automesure tensionnelle.

Plan de soins ultérieur chez le patient dont la PA est contrôlée à 6 mois

Organisation du suivi après 6 mois de suivi

Adaptation de l'ensemble des traitements du patient hypertendu après 6 mois

Prise en charge de l'HTA masquée

Plan de soins ultérieur chez le patient dont la PA n'est pas contrôlée à 6 mois

Vérification du contrôle tensionnel au dehors du cabinet médical

Réévaluation de l'efficacité, des facteurs de résistance et de la tolérance du traitement antihypertenseur

Adaptation du traitement antihypertenseur (spironolactone)

HTA secondaire et situations nécessitant un recours aux spécialistes de l'HTA

Évaluation et utilisation de technologies nouvelles (dénervation rénale, stimulation du barorécepteur carotidien, etc.) dans des centres référents.

► Liste des mémos et alertes liés à la séquence 3 : plan de soin à long terme

Données clés	Titre des Mémos Séquence 3 plan de soin à long terme
• Donnée principale à laquelle ils sont rattachés : - HTA dans pathologie en cours (ou ATCDs perso) • Données complémentaires modulant leur accessibilité - Âge (< ou ≥ 80ans) ¹	• HTA essentielle contrôlée : Organisation de suivi après 6 mois de prise en charge • PA non contrôlée à 6 mois du diagnostic ou au-delà • PA non contrôlée à 6 mois : Trithérapie anti-hypertensive optimale • Favoriser l'adhésion aux thérapeutiques anti-hypertensives

► Contenu des mémos

Contexte : HTA essentielle contrôlée : plan de soin à long terme (> 6 premiers mois)

Mémo 17 : HTA essentielle contrôlée : Organisation de suivi après 6 mois de prise en charge

- Prévoir une visite tous les 3 à 6 mois :
 - o évaluer le niveau tensionnel (favoriser l'automesure tensionnelle), et rechercher des symptômes cardiovasculaires
 - o **recherche d'une hypotension orthostatique**
 - o évaluer la tolérance au traitement (cf mémo 16)
 - o évaluer l'adhésion (cf. mémo 20) au traitement médicamenteux et aux mesures hygiéno-diététiques.
 - o **rappeler les buts et les objectifs de la prise en charge**
- **tous les 1 à 2 ans**: Na, K, créatininémie et protéinurie¹
- **tous les trois ans** : Glycémie à jeun et EAL²
- **tous les 3 à 5 ans** : ECG

¹ plus fréquemment en cas de diabète, d'insuffisance rénale, de protéinurie, d'HTA mal contrôlée, de décompensation cardiaque ou d'autres événements intercurrents et chez le sujet âgé

² En l'absence de diabète ou de dyslipidémie,

Source :
Date rédaction mémo :
Auteur :

[Retour sommaire ; retour sommaire Seq3](#)

Contexte : HTA essentielle depuis au moins 6 mois ET PA $\geq$ 140/90 mmHg en consultation (plan de soin à long terme)

Mémo 18 : PA non contrôlée à 6 mois du diagnostic ou au-delà

- Mesurer la pression artérielle en dehors du cabinet médical au domicile (automesure ou MAPA)
- Majoration du traitement jusqu'à une trithérapie antihypertensive à posologie optimale : IEC ou ARA 2, Inhibiteurs calciques, et Diurétique thiazidique

Évaluer la bonne adhésion aux traitements et aux mesures hygiéno-diététiques (cf. mémo 20. Favoriser l'adhésion aux thérapeutiques anti-hypertensives)

- Rechercher des facteurs de résistance au traitement : apport sodé excessif identifié par une natriurèse > 200 mmol/j, consommation excessive d'alcool, dépression, etc.
- Certains médicaments peuvent aggraver l'HTA: AINS, corticoïdes, contraception oestro-progestative, etc.
- Rechercher SAHOS (Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil)

➔ **Après vérification de tous ces éléments, le recours à un avis spécialisé est recommandé en présence d'HTA résistante.**

* *Définition HTA résistante* : Une HTA résistante est définie par une PA non contrôlée malgré les mesures hygiéno-diététiques et une trithérapie comportant un diurétique thiazidique à dose optimale.

Source :
Date rédaction mémo :
Auteur :

[Retour sommaire ; retour sommaire Seq3](#)

Contexte : HTA essentielle ET trithérapie anti-hypertensive

Mémo 19 : PA non contrôlée sous Trithérapie anti-hypertensive optimale

- La trithérapie antihypertensive doit comporter à doses optimales:
 - o un diurétique thiazidique
 - o un IEC ou ARA 2
 - o un inhibiteur calcique

En cas de résistance au traitement : le recours à un spécialiste de l'HTA ou un centre de référence est recommandé : http://www.sfhta.eu/carte_centres_excel_sfhta.html

D'autres classes pharmacologiques peuvent être utilisées en cas d'intolérance ou d'indications préférentielles

- En cas d'insuffisance rénale stades 4 et 5 (DFG estimé < 30 ml/min/1,73 m²),
 - o le diurétique thiazidique doit être remplacé par un diurétique de l'anse prescrit à une posologie adaptée à la fonction rénale et à l'état d'hydratation du patient
- En cas de persistance d'une HTA résistante et après avoir éliminé une HTA secondaire, chez les patients de moins 80 ans, un quatrième médicament anti-hypertenseur peut être ajouté :
 - o habituellement la spironolactone (12,5 à 50 mg/jour), sauf en cas d'insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min/1,73m²) à arrêter en cas de risque de déshydratation, avec une surveillance du Na et du K plasmatiques et de la créatinine plasmatique.
 - o À défaut ce médicament peut être un bêtabloquant.

Source :
Date rédaction mémo :
Auteur :

[Retour sommaire ; retour sommaireSeq3](#)

Contexte : HTA essentielle et traitement médicamenteux

Mémo 20 : Favoriser l'adhésion aux thérapeutiques antihypertensives

Rechercher une mauvaise adhésion :

- Par des informations recueillis auprès du patient, du pharmacien, des autres professionnels de soins (infirmier, etc.) et de l'entourage du patient
- Au moyen de questionnaires dédiés (précisant les difficultés de prise, recherchant les effets secondaires du traitement),
- En recherchant un ralentissement de la fréquence cardiaque sous bêtabloquant ou calcium-bloquant bradycardisant,
- Chez le sujet de 75 ans ou plus, effectuer un repérage de troubles cognitifs : faire une MMSE et si besoin prévoir une supervision de la prise médicamenteuse (par l'accompagnant ou par une infirmière)

Mettre en place des stratégies adaptées à chacun permettant d'améliorer l'adhésion :

- Simplification du schéma thérapeutique
- Préférer des combinaisons d'associations fixes
- Arrêt des traitements mal tolérés
- Usage de piluliers
- Favoriser l'usage de l'auto-mesure tensionnelle
- Démarche éducative

Sources :
(1) Date rédaction mémo :
Auteur :

[Retour sommaire](#) ; [retour sommaireSeq3](#)

Contexte : HTA essentielle et dissociation entre PA au cabinet (normale) et PA en dehors du cabinet (anormale)

Mémo 21 : HTA masquée : (PA en dehors du cabinet (élevée) et PA au cabinet (normale))

Définie par une PA normale au cabinet médical et élevée en AMT ou en MAPA

- Plus fréquent chez le patient diabétique
- Associée à un risque cardiovasculaire accru par rapport au patient normo-tendu
- Prise en charge non consensuelle
- Nécessite souvent un avis spécialisé, notamment en cas d'atteinte d'un organe cible (protéinurie ou -
- Hypertrophie ventriculaire gauche par exemple)

Source :
Date rédaction mémo :
Auteur :

[Retour sommaire](#) ; [retour sommaireSeq3](#)

ANNEXE 1. Aide au codage du diagnostic HTA

Diagnostics liés au risque cardiovasculaire	CISP2	CIM10
Dans champ diagnostic de la section pathologie en cours/antécédents personnels		
Hypertension artérielle non compliquée	Hypertension non compliquée (K86)	Hypertension essentielle (primitive) (I10)
Hypertension artérielle Secondaire	Hypertension compliquée (K87)	Hypertension secondaire (I15) - Hypertension vasculorénale (I15.0) - Hypertension secondaire à d'autres atteintes rénales (I15.1) - Hypertension secondaire à des atteintes endocriniennes (I15.2) - Autres hypertensions secondaires (I15.8) - Hypertension secondaire, sans précision (I15.9)
Hypertension artérielle Compliquée (atteinte cardiaque ou rénale due à l'HTA)	Hypertension compliquée (K87)	Hypertension compliquée - Cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive) (I11.0) - Cardiopathie hypertensive, sans insuffisance cardiaque congestive (I11.9) - Néphropathie hypertensive, avec insuffisance rénale (I12.0) - Néphropathie hypertensive, sans insuffisance rénale (I12.9) - Cardionéphropathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive) (I13.0) - Cardionéphropathie hypertensive, avec insuffisance rénale (I13.1) - Cardionéphropathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive) et rénale (I13.2) - Cardionéphropathie hypertensive, sans précision (I13.9)

Rappel

- HTA essentielle (CISP2 : K86 ; CIM10 : I10)
- HTA compliquée : (CISP2 : K87 ; CIM10 : I11.x ou I12.x ou I13.x)
 - . cardiopathie hypertensive : atteinte cardiaque due à l'HTA (CISP2 : K87 ; CIM10 : I11.x)
 - . néphropathie hypertensive : atteinte rénale due à l'HTA (CISP2 : K87 ; CIM10 : I12.x)
 - . cardio-néphropathie hypertensive : atteinte cardio-rénale ou cardio-vasculorénale due à l'HTA (CISP2 : K87 ; CIM10 : I13.x)
- HTA secondaire (CISP2 : K87 ; CIM10 : I15.x)

Pour les HTA compliquées, il a été rappelé qu'en pratique :

- Il est souvent difficile de déterminer si la néphropathie et ou la cardiopathie est due à l'HTA ou vice versa.
- Les médecins généralistes peuvent coder d'une part HTA et d'autre part la pathologie cardiaque ou rénale associée.

ANNEXE 2. Consultation d'information et d'annonce

Fiche patient	Commentaires	Interventions ponctuelles sur certains items	
		Commentaires	Commentaires
Date et nom du professionnel intervenant			
1 - Définition de l'hypertension artérielle (HTA) L'HTA correspond à une augmentation de la pression artérielle (PA) dans les artères Elle est définie par une PA > 140 mm Hg pour la maxima et/ou > 90 mm Hg pour la minima La PA doit être mesurée au repos à plusieurs reprises pour confirmer le diagnostic d'HTA			
2 - Origine de l'hypertension artérielle L'HTA est différente du stress et de la tension nerveuse. L'HTA peut avoir plusieurs causes (maladie de la paroi des artères, anomalies des reins, etc.)			
3 - Conséquences de l'hypertension artérielle Même si cette maladie est le plus souvent sans symptôme, elle est associée à une augmentation du risque cardiovasculaire. Les hypertendus ont un risque accru de présenter un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral, un anévrisme, une insuffisance cardiaque, une insuffisance rénale			
4 - Réversibilité du risque attribuable Les essais thérapeutiques ont clairement démontré que la réduction de la PA était associée à une réduction substantielle du risque cardiovasculaire			
5 - Moyens thérapeutiques Il y a plusieurs moyens efficaces pour réduire les chiffres de pression artérielle : – les moyens non médicamenteux : • la réduction de la consommation de sel, d'alcool • la réduction pondérale • l'activité physique • la modification de l'alimentation avec une alimentation riche en fruits et en légumes. – les médicaments antihypertenseurs,			
6 - Schémas thérapeutiques Chaque patient hypertendu justifie d'une personnalisation de son traitement antihypertenseur, parfois seulement des mesures non médicamenteuses, souvent des médicaments, le plus souvent des deux Les médicaments antihypertenseurs peuvent s'accompagner d'effets secondaires, comme tous les autres médicaments ; ces effets secondaires sont dans l'immense majorité des cas réversibles à l'arrêt du traitement Le but du traitement est qu'il soit à la fois efficace mais aussi bien toléré			

Date et nom du professionnel intervenant			
7 – Temporalité Un traitement antihypertenseur est un traitement au long cours ; dans l'immense majorité des cas, on sait traiter l'HTA mais on ne peut guérir les patients que très rarement de l'HTA			
8 - Objectifs L'objectif principal du traitement est la normalisation de la PA pour éviter les complications cardiovasculaires de l'HTA			
9 - Balance décisionnelle Il convient ensuite de recueillir le point de vue du patient afin de comprendre sa balance décisionnelle personnelle. Quels sont les avantages et inconvénients perçus par le patient à suivre le traitement antihypertenseur (médicamenteux et non médicamenteux) ? Quels sont les avantages et inconvénients perçus par le patient à ne pas suivre ce traitement ?			
10 - Approfondissement Cette dernière partie a pour but, après la partie d'échange précédente, de reprendre un ou plusieurs points qui n'auraient pas été bien compris par le patient, mais aussi de l'aider à renforcer sa motivation en s'appuyant sur les éléments personnels qu'il aura lui-même avancés en faveur du traitement			



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr