

S'attaquer au fardeau de l'hypertension au Canada

Encourager les soins en collaboration

Ann Thompson Norm R. Campbell MD Lyne Cloutier IA PhD Jo-Anne Costello IA MScN IPA Martin Dawes MBBS MD FRCGP
John Hickey MD Janusz Kaczorowski MA PhD Richard Z. Lewanczuk MD PhD William Semchuk MSc PharmD FCSHP
Ross T. Tsuyuki MSc PharmD FCSHP FACC

Du groupe de travail sur la mise en œuvre du Programme éducatif canadien sur l'hypertension

Le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) a pour mandat de réduire le fardeau des maladies cardiovasculaires au Canada par une meilleure prise en charge de l'hypertension. Le processus du dépistage, du diagnostic, du traitement et de la surveillance sur une base continue de l'hypertension génère à lui seul le plus grand nombre de visites au cabinet des médecins de famille au Canada - plus de 20 millions par année¹. C'est une lourde charge de travail pour les médecins. Ce qui complique la situation, c'est le fait qu'environ 15 % de la population canadienne n'a actuellement pas de médecin de famille. De plus, la prévalence de l'hypertension diagnostiquée est à la hausse: environ 1 Canadien sur 4 en souffre, et on s'attend à ce que ce nombre augmente. Selon une récente analyse de la population canadienne, la prévalence de l'hypertension chez les personnes de plus de 50 ans s'élève à plus de 50 %². Dans un sondage national effectué entre 1986 et 1992, seulement une minorité de patients atteints d'hypertension étaient identifiés, traités et contrôlés pour atteindre leur objectif recommandé de pression artérielle³.

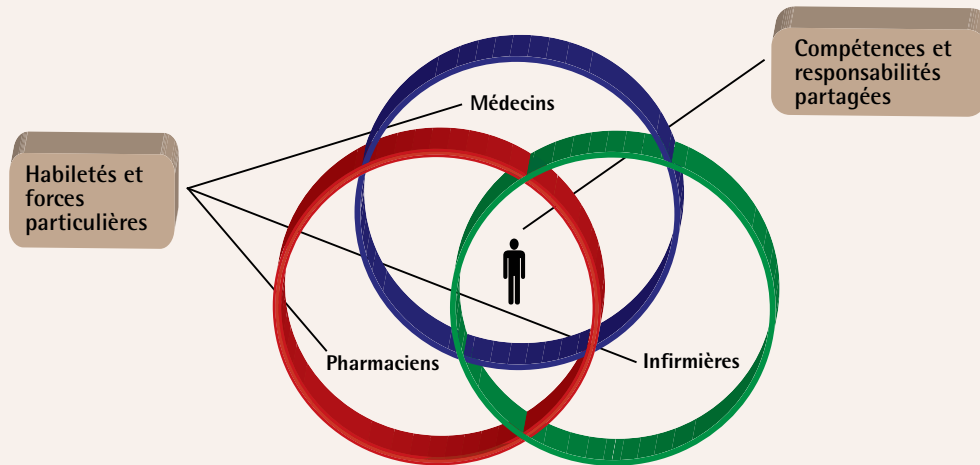
Les taux de maîtrise de l'hypertension se sont améliorés, selon un récent sondage en Ontario, mais au moins 30 % des Ontariens de 18 ans et plus n'étaient toujours pas contrôlés ni identifiés⁴. C'est pourquoi le Groupe de travail chargé de la mise en œuvre du PECH était d'avis qu'il serait bénéfique de reconnaître les lacunes de soins existantes dans la prise en charge de l'hypertension et d'encourager les professionnels de la santé de première ligne à intégrer et à coordonner davantage leurs efforts dans le but ultime de réduire le fardeau des maladies cardiovasculaires. Étant donné la prévalence de l'hypertension et les grandes demandes de soins de la part des patients déjà exercées sur les médecins de famille, l'une des solutions pour le dépistage et les soins aux patients hypertendus est de tirer profit au maximum des connaissances, des habiletés et des capacités spéciales des autres membres de l'équipe de soins de santé.

Le comité du Groupe de travail compte 3 sous-groupes de première ligne: des médecins de famille, des infirmières et des pharmaciens. À la réunion annuelle du Groupe de travail, en septembre 2007, on a révélé que le manque de clarté dans les rôles de chaque groupe de professionnels de la santé dans la prise en charge des patients atteints d'hypertension peut nuire à leur collaboration. Étant donné la nature multidisciplinaire du PECH et du Groupe de travail, nous avons jugé important d'endosser la collaboration interdisciplinaire et d'examiner comment l'améliorer. Il existe présentement peu de données pour démontrer si ou comment les soins en collaboration influencent les résultats chez le patient; par ailleurs, on peut déduire par intuition que la maîtrise de l'hypertension peut être améliorée si les compétences spéciales de chaque membre de l'équipe peuvent être utilisées pleinement. Le médecin de famille a traditionnellement été au centre de la coordination des soins; cependant, la portée de la pratique des infirmières, des infirmières praticiennes et des pharmaciens s'élargit, et favorise leur plus grande participation à la prise en charge des maladies chroniques. De plus, le nombre croissant de patients hypertendus combiné aux pressions exercées sur les médecins de famille portent à conclure que la collaboration dans les soins est essentielle. Même s'il existe des équipes interdisciplinaires (comme les réseaux de soins primaires ou les équipes de santé familiale), ou si elles sont en voie d'être créées pour intégrer d'autres professionnels de la santé dans les soins primaires, ce concept n'en est qu'à ses débuts et ne touche qu'une minorité de patients atteints d'hypertension. C'est plutôt au niveau de la pratique familiale traditionnelle que se donnent les soins, là où l'infrastructure et les ressources financières pour faciliter des soins interdisciplinaires systématiques sont insuffisantes.

Cet article a pour but de susciter la discussion concernant la façon dont nous pouvons améliorer en collaboration les soins dans nos communautés respectives en nous partageant les responsabilités, dans le but commun d'améliorer la prise en charge de l'hypertension au Canada. Ce faisant, nous espérons identifier les lacunes dans notre savoir actuel, ce qui pourrait aider les

This article is also in English on [page 1659](#).

Figure 1 : Soins partagés pour les patients hypertendus: Chevauchement des compétences et des responsabilités avec les habiletés et les forces particulières.



chercheurs. En donnant notre aval à la collaboration interdisciplinaire, nous espérons que d'autres recherches seront effectuées, visant à déterminer si cette collaboration produit de meilleurs résultats chez les patients hypertendus. Nous reconnaissons l'existence de chevauchements dans les rôles des médecins, des infirmières et des pharmaciens; ce document mettra en évidence le profil de compétences uniques de chaque groupe, qui peuvent améliorer la prise en charge des patients (Figure 1).

Soins partagés

Il importe d'insister sur le fait que tous les groupes de professionnels de la santé doivent travailler à optimiser la prévention et la détection de l'hypertension, les changements au mode de vie, le traitement et le respect des consignes. La coordination des services dans le large éventail de milieux communautaires où les soins aux patients peuvent être fournis le plus efficacement est la façon la plus probable de produire les meilleurs résultats chez le patient; cela renforce l'importance d'intégrer les habiletés et les connaissances des infirmières, des pharmaciens et des médecins. Ces profils de compétences qui se chevauchent dans chaque profession peuvent faciliter une utilisation optimale des ressources en soins de santé en permettant diverses options de prestation des soins.

Chaque professionnel de la santé a une formation lui permettant d'apporter une contribution unique aux décisions en matière de soins aux patients; il y a lieu d'épouser le concept selon lequel «le tout est plus grand que la somme de ses parties». Les médecins,

les infirmières et les pharmaciens sont tous capables d'obtenir une mesure exacte de la pression artérielle, mais le plan de prise en charge d'un patient en particulier dépend souvent d'une variété d'autres facteurs. Chaque praticien peut jouer un rôle important dans l'identification et la communication du plan de traitement collectif et en assumer la responsabilité. On s'attend à ce que les renseignements influençant le plan thérapeutique soient bien documentés et communiqués à tous les membres de l'équipe. Le PECH appuie et encourage la responsabilité partagée pour les patients qui font de l'hypertension ou à risque d'en faire.

Le **Tableau 1** met en évidence certains des profils de compétences dans les groupes de professionnels de la santé; quoique cette liste ne se veuille pas exhaustive, elle représente un point de départ pour amorcer les discussions dans le milieu des soins primaires. Nous croyons qu'il importe de donner des messages uniformes, adaptés à chaque patient et à ses attentes, et de communiquer efficacement les préoccupations concernant les soins continus aux patients que nous avons en commun.

Pierres d'assise

Le fardeau de l'hypertension, détectée et non détectée, est trop lourd pour que les professionnels de la santé s'abstiennent de travailler ensemble, et ce, dans l'intérêt des patients que nous servons tous. La détection insuffisante, les problèmes d'observance par les patients et l'inertie clinique, ainsi que la complexité du traitement en présence d'autres maladies nuisent à notre capacité d'améliorer les taux de maîtrise à l'échelle nationale. En partageant la responsabilité avec d'autres professionnels

Tableau 1. Caractéristiques particulièrement associées à chaque groupe de professionnels de la santé: Médecins, infirmières, infirmières praticiennes et pharmaciens

GROUPE DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	CARACTÉRISTIQUES
Médecins	<ul style="list-style-type: none"> • ont des relations à long terme bien établies avec les patients • connaissent les maladies concomitantes, les circonstances sociales et les antécédents pertinents • font l'investigation diagnostique pour trouver les causes secondaires de l'hypertension • prennent les arrangements pour les analyses diagnostiques et de laboratoire sur une base continue une fois le diagnostic posé • identifient l'existence et la nécessité de traiter des facteurs de risque multiples • élaborent des plans thérapeutiques, y compris l'intégration de la prise en charge de l'hypertension à la gestion d'autres risques et maladies concomitantes • savent quand demander une consultation auprès d'un spécialiste
Infirmières et infirmières praticiennes	<ul style="list-style-type: none"> • sont accessibles dans les milieux de soins primaires, les cliniques spécialisées et en milieu hospitalier • dépistent les patients à risque dans tous les milieux • renseignent les patients sur le traitement pharmacologique et les modifications au mode de vie, en accordant plus de temps au renforcement des concepts importants et en encourageant la prise en charge autodirigée • prennent une bonne mesure de la pression artérielle et montrent aux patients les techniques appropriées de mesure à domicile • les infirmières praticiennes posent le diagnostic d'hypertension primaire chez les patients, évaluent et surveillent la pharmacothérapie antihypertensive et donnent des conseils à cet égard
Pharmaciens	<ul style="list-style-type: none"> • sont très accessibles et présents dans la plupart des collectivités • dépistent les patients à risque (approche de santé publique) • règlent les dispositifs de mesure de la pression artérielle et assurent que seuls les appareils approuvés sont vendus aux patients et que ceux-ci s'en servent correctement • ont l'expertise en matière de médicaments, en ce qui a trait à la sélection et à la surveillance de la pharmacothérapie, aux causes d'hypertension reliées aux médicaments, au counseling des patients, aux interactions médicamenteuses et à la rentabilité des traitements • évaluent l'observance du traitement, renforcent son importance et partagent cette information avec les membres de l'équipe; fournissent au besoin des emballages facilitant la médication • peuvent identifier proactivement les patients dont l'hypertension est mal maîtrisée et d'autres problèmes, et les dirigent vers d'autres professionnels de la santé

de la santé, comme les infirmières et les pharmaciens, on peut soulager les médecins d'une partie de ce fardeau de soins. De fait, une récente étude méthodique fait valoir que l'approche en équipe dans le traitement de l'hypertension est à elle seule l'intervention la plus efficace pour améliorer la qualité des soins⁵.

Les pharmaciens, les infirmières et les autres professionnels de la santé concernés doivent être prêts et disposés à accepter des responsabilités additionnelles, mais ils doivent aussi se sentir habilités à assumer ces tâches supplémentaires. De plus, il faut expliquer aux patients ce qu'ils peuvent attendre des divers professionnels de la santé et comment ces groupes peuvent exercer un rôle plus important et plus de responsabilités dans leurs soins. Le but ultime est de permettre aux patients de devenir les ambassadeurs de la prise en charge de leur propre hypertension et de s'adresser au professionnel de la santé approprié pour obtenir soutien et information au besoin et sur une base continue.

Le rapport Romanow⁶, publié en 2002, identifiait 4 pierres d'assise essentielles dans la prestation des soins de santé primaires. Il s'agissait de la continuité des soins, de la détection et de l'intervention précoces, de meilleurs renseignements sur les besoins et les résultats, et d'approches et de mesures incitatives plus fortes pour que les professionnels de la santé participent aux soins primaires. Le rapport insistait aussi sur l'importance des équipes et réseaux en collaboration dans les futurs modèles de soins primaires. Il nous incombe maintenant collectivement de le

Pensez à ces questions...

Réfléchissez à votre façon de donner des soins et posez-vous les questions suivantes:

- Est-ce que je fais un dépistage systématique de l'hypertension chez tous mes patients?
- Est-ce que je fais un dépistage systématique de l'hypertension chez les patients à risque élevé connu (p. ex. patients diabétiques, ayant des antécédents de coronaropathie)?
- Est-ce que je discute systématiquement des importantes modifications au mode de vie pour réduire le risque d'hypertension?

Posez-vous les questions suivantes quand vous traitez des patients hypertendus:

- Les objectifs du traitement sont-ils documentés?
- Mes patients savent-ils comment bien mesurer leur tension artérielle à la maison?
- Mon patient observe-t-il la médication et les recommandations sur le mode de vie?
- Les objectifs du traitement sont-ils maintenus à long terme?

concrétiser efficacement. Nous devons arrêter d'en parler et commencer à agir.

Chaque année, le PECH a fait un excellent travail dans la mise à jour annuelle des recommandations sur le dépistage, le diagnostic et le traitement de l'hypertension. En outre, le PECH a endossé l'élaboration de lignes directrices spécifiques aux professions pour la prise en charge de l'hypertension avec les médecins de famille^{7,8}, les pharmaciens⁹ et les infirmières¹⁰. On a aussi produit des recommandations fondées sur des données probantes pour aider les patients à comprendre et à prendre en charge l'hypertension¹¹. Ces lignes directrices favorisent le partage des soins et des responsabilités, et fournissent des renseignements exacts et opportuns à l'appui de bonnes décisions pour la prise en charge de nos patients. Le site Web du PECH au www.hypertension.ca présente de nombreuses ressources à l'intention des professionnels de la santé et des patients. L'utilisation de ces outils et leur intégration dans votre pratique procurent un excellent cadre pour de nombreuses discussions pertinentes.

En bout de ligne

Dans la mise à jour annuelle des lignes directrices du PECH en 2008, on préconise la responsabilisation des patients pour qu'ils participent davantage à la prise en charge de leur propre hypertension. Pour réussir, il faut des efforts concertés de tous les professionnels de soins primaires. La communication entre les membres de l'équipe sera d'importance primordiale, de manière à ce que les objectifs du traitement soient bien compris, concordants et renforcés par tous les membres de l'équipe. Nous encourageons les groupes locaux, y compris les autres professionnels de la santé, comme les diététistes, les travailleurs sociaux et les thérapeutes en réadaptation, à amorcer ce dialogue. Il est important de mettre au point des techniques de communication adaptées à chaque milieu. Nous vous mettons au défi de réfléchir à la façon dont vous donnez des soins pour voir si vous optimisez les avantages d'une approche multidisciplinaire en collaboration à la prise en charge de l'hypertension.

M^{me} **Thompson** est responsable de la pratique clinique des Services régionaux de pharmacie du Capital Health à Edmonton, en Alberta. D^r **Campbell** est professeur au Département de médecine de l'University of Calgary, en Alberta. M^{me} **Cloutier** est professeure au Département de sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières. M^{me} **Costello** est infirmière praticienne responsable de l'Équipe de médecine familiale de Guelph, en Ontario. D^r **Dawes** est professeur agrégé et directeur du Département de médecine familiale à l'Université McGill à Montréal, au Québec. D^r **Hickey** exerce la médecine familiale au St Martha's Regional Hospital à Antigonish, en Nouvelle-Écosse. D^r **Kaczorowski** est professeur et directeur de la recherche au Département de pratique

familiale de l'University of British Columbia, à Vancouver. D^r **Lewanczuk** est professeur au Département de médecine de l'University of Alberta à Edmonton. M. **Semchuk** est gestionnaire des Services de pharmacie clinique de la Régie régionale de santé de Regina Qu'Appelle, en Saskatchewan. D^r **Tsuyuki** est professeur de médecine à la Faculté de médecine et d'art dentaire de l'University of Alberta et directeur du Centre EPICORE, à Edmonton. Tous les auteurs sont membres, et D^{rs} **Kaczorowski** et **Lewanczuk** sont coprésidents, du Groupe de travail chargé de la mise en œuvre du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH). D^r **Campbell** est président du Comité directeur et du Comité de direction du PECH.

Intérêts concurrents

M^{me} **Thompson** a participé aux travaux de comités consultatifs pour Sanofi-Aventis et Astellas Pharma et à un atelier sur l'hypertension de Pharmascience. D^r **Campbell** donne des conférences, siège à des comités consultatifs et offre des services d'expert-conseil pour la plupart des sociétés membres de Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx&D), qui produisent des médicaments antihypertensifs au Canada.

Correspondance

M^{me} **Ann Thompson**, Regional Pharmacy Services, Alberta Health Services, 0G1.01 Walter J. MacKenzie Centre, 8440 -112 St, Edmonton, AB T6G 2B7; téléphone 780 407-7564; télécopieur 780 407-7690; courriel ann.thompson@capitalhealth.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

- Hemmelgarn BR, Chen G, Walker R, McAlister FA, Quan H, Tu K, et al. Trends in antihypertensive drug prescriptions and physician visits in Canada between 1996 and 2006. *Can J Cardiol* 2008;24(6):507-12.
- Tu K, Chen C, Lipscombe LL, Canadian Hypertension Education Program Outcomes Research Taskforce. Prevalence and incidence of hypertension from 1995 to 2005: a population-based study. *CMAJ* 2008;178(11):1429-35.
- Joffres MR, Ghadirian P, Fodor JG, Petrasovits A, Chockalingam A, Hamet P. Awareness, treatment, and control of hypertension in Canada. *Am J Hypertens* 1997;10(Pt 1):1097-102.
- Leenen FH, Dumais J, McInnis NH, Turton P, Stratyckuk L, Nemeth K, et al. Results of the Ontario survey on the prevalence and control of hypertension. *CMAJ* 2008;178(11):1441-9.
- Walsh JM, McDonald KM, Shojania KG, Sundaram V, Nayak S, Lewis R, et al. Quality improvement strategies for hypertension management: a systematic review. *Med Care* 2006;44(7):646-57.
- Romanow RJ. Building on values. *The future of health care in Canada*. Saskatoon, SK: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002. Accessible à: www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/hhr/romanow-eng.pdf. Accédé le 20 mai 2008.
- Padwal RJ, Hemmelgarn BR, Khan NA, Grover S, McAlister FA, McKay DW, et al. The 2008 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: part 1 - blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk. *Can J Cardiol* 2008;24(6):455-63.
- Khan NA, Hemmelgarn B, Herman RJ, Rabkin SW, McAlister FA, Bell CM, et al. The 2008 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: part 2 - therapy. *Can J Cardiol* 2008;24(6):465-75.
- Tsuyuki RT, Semchuk W, Poirier L, Killeen RM, McAlister MA, Campbell N, et al. 2006 Canadian Hypertension Education Program guidelines for the management of hypertension by pharmacists. *CJP* 2006;139(3):Suppl 1. Accessible à: www.hypertension.ca/chep/wp-content/uploads/2007/10/chep-2006-guidelines-for-pharmacists.pdf. Accédé le 28 octobre 2008.
- Fondation des maladies du cœur de l'Ontario, Registered Nurses' Association of Ontario. *Nursing management of hypertension*. Toronto, ON: Fondation des maladies du cœur de l'Ontario et la Registered Nurses' Association of Ontario; 2005. Accessible à: www.mao.org/Storage/11/607_BPG_Hypertension.pdf. Accédé le 12 août 2008.
- Pression artérielle Canada, Fondation des maladies du cœur du Canada, Program éducatif canadien sur l'hypertension, Société canadienne d'hypertension artérielle, Société québécoise d'hypertension artérielle. *Hypertension. 2008 public recommendations*. Accessible à: <http://hypertension.ca/bpc/wp-content/uploads/2008/02/2008publicrecommendations.pdf>. Accédé le 12 août 2008.

