

Exclusivement sur le web

# Recommandations pour le dépistage de l'hypertension chez les adultes canadiens

Patrice Lindsay PhD Sarah Connor Gorber PhD Michel Joffres MD MPH PhD Richard Birtwhistle MD MSc CCFP FCFP  
Donald McKay PhD Lyne Cloutier RN PhD

## Résumé

**Objectif** Présenter des recommandations concernant le dépistage de l'hypertension chez les adultes de 18 ans et plus qui n'ont pas reçu antérieurement de diagnostic d'hypertension.

**Qualité des données** Les données probantes sont tirées d'une recension systématique dans MEDLINE, EMBASE et la base de données des synthèses systématiques de la Collaboration Cochrane (EBM Reviews), de janvier 1985 à septembre 2011. Les types d'études retenues se limitaient aux études randomisées contrôlées, aux synthèses systématiques et aux études observationnelles avec groupes témoins.

### POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- On recommande de mesurer la pression artérielle à toutes les consultations en soins primaires qui s'y prêtent. Parmi ces visites appropriées, on peut mentionner l'examen médical périodique et d'autres consultations au cours desquelles le médecin de soins primaires juge approprié de vérifier la pression artérielle. Il n'est pas nécessaire de mesurer la pression artérielle de chaque patient à chaque visite en cabinet.
- Il faut mesurer la pression artérielle selon les techniques récentes décrites dans les recommandations du Programme éducatif canadien sur l'hypertension pour la mesure de la pression artérielle en cabinet et en soins ambulatoires.
- Lorsque le dépistage permet d'observer une pression artérielle élevée chez une personne, il y a lieu d'appliquer les critères du Programme éducatif canadien sur l'hypertension pour l'évaluation et le diagnostic de l'hypertension afin de déterminer si le patient répond aux critères diagnostiques de l'hypertension.

**Message principal** Trois fortes recommandations se sont dégagées de données probantes de qualité modérée. Il est recommandé de mesurer la pression artérielle à toutes les consultations appropriées en soins primaires, conformément aux techniques actuelles décrites dans les recommandations du Programme éducatif canadien sur l'hypertension pour la mesure de la pression artérielle en cabinet et en soins ambulatoires. Les critères du Programme éducatif canadien sur l'hypertension pour l'évaluation et le diagnostic de l'hypertension devraient s'appliquer aux personnes chez qui on observe une pression artérielle élevée.

**Conclusion** À la suite d'un examen des plus récentes données probantes, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs continue de recommander la mesure de la pression artérielle lors des consultations périodiques auprès du médecin.

Environ 4,6 millions de Canadiens âgés de 20 ans et plus (19 % de la population) font de l'hypertension<sup>1</sup> qui compte parmi les facteurs de risque d'un AVC, d'un infarctus et de d'autres maladies. Chez une proportion additionnelle de 20 % de la population, on constate des taux normaux élevés de pression artérielle, définis comme une pression sanguine systolique se situant entre 120 et 139 mm Hg ou une pression sanguine diastolique entre 80 et 89 mm Hg (on utilise aussi le mot *préhypertension* pour décrire ce groupe)<sup>1</sup>. La prévalence de l'hypertension est semblable chez les hommes et les femmes, quoique la présence d'une pression artérielle normale élevée soit plus fréquente chez les hommes<sup>1</sup>. L'obésité est l'un des plus importants facteurs de risque de l'hypertension<sup>2</sup> et même une pression artérielle normale élevée augmente le risque de maladies cardiovasculaires<sup>3</sup>. Si la prévalence de l'hypertension est demeurée stable au cours des dernières années, le degré de sensibilisation à ce problème, son traitement et son contrôle se sont améliorés<sup>4</sup>. Au début des années 1990, seulement 57 % des Canadiens connaissaient leur problème d'hypertension mais, en 2009, cette proportion avait augmenté à 83 %. Durant la même période, le pourcentage de Canadiens ayant une hypertension contrôlée avait augmenté de 13 % à 65 %<sup>4</sup>.



This article is eligible for Mainpro-M1 credits. To earn credits, go to [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) and click on the Mainpro link.

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the September 2013 issue on page 927.

Le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) recommande que «la pression artérielle devrait être mesurée chez tous les patients adultes, à toutes les consultations appropriées, par des professionnels de la santé ayant reçu une formation particulière pour mesurer précisément cette valeur afin d'établir le risque de maladie cardiovasculaire et de faire le suivi du traitement antihypertenseur»<sup>5</sup>, quoiqu'il ne précise pas d'intervalles définis entre les dépistages. Les personnes dont la pression artérielle est normale élevée devraient être réévaluées chaque année<sup>6</sup>. Les données scientifiques concernant les bienfaits d'un traitement servent de fondement à cette recommandation, mais aucun fait probant spécifique à propos des avantages du dépistage n'est cité.

Des synthèses critiques canadiennes<sup>7-9</sup> et américaines antérieures<sup>10,11</sup> ont insisté sur les données factuelles indirectes étayant les bienfaits d'un traitement et aucune n'a résumé les effets directs du dépistage de l'hypertension sur la réduction des conséquences cardiovasculaires ou en matière de pression artérielle. Nous avons cherché à déterminer s'il y avait des données probantes directes sur l'efficacité du dépistage de l'hypertension au moyen de la mesure de la pression artérielle chez les adultes en cabinet et ailleurs. La mesure de la pression artérielle à domicile dans ce contexte n'est pas considérée comme un test de dépistage en soins primaires; par ailleurs, cette démarche pourrait être utilisée comme auxiliaire dans le processus du diagnostic. Aux fins des présentes lignes directrices sur l'hypertension, la maladie et la morbidité cardiovasculaires incluent l'AVC, la cardiopathie, la néphropathie, les maladies vasculaires périphériques et les maladies de la rétine.

Ces lignes directrices ont pour but d'offrir des recommandations sur le dépistage de l'hypertension chez les adultes de 18 ans et plus qui n'ont pas reçu de diagnostic antérieur d'hypertension. Les recommandations s'appliquent à la population en général, y compris les adultes qui ont une pression artérielle moyenne standard et ceux qui ont un risque plus élevé que la moyenne d'hypertension et de maladies cardiovasculaires. Le présent document constitue une mise à jour des lignes directrices antérieures du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP), dont la dernière révision remonte à 1994<sup>8</sup>.

En ce qui a trait aux directives sur les méthodes les plus appropriées pour mesurer la pression artérielle et diagnostiquer l'hypertension, le GECSSP s'en remet aux conseils actuels donnés par le PECH pour éviter la duplication des efforts. Les recommandations du PECH ont fait l'objet d'une évaluation critique par le GECSSP dans le but d'évaluer la qualité du processus d'élaboration du guide de pratique et elles se conforment à nos critères de rigueur dans l'élaboration de lignes directrices.

## Qualité des données

Le groupe de travail du GECSSP a dirigé l'élaboration des présentes recommandations, en collaboration avec le PECH et l'Agence de la santé publique du Canada. Seuls les membres du GECSSP ont participé au vote final sur ces recommandations.

Le groupe de travail a défini les questions de recherche (*Méthodes détaillées*)\* et le cadre analytique (**Figure 1**) servant à produire les lignes directrices. Les données probantes proviennent d'une recension systématique de 3 bases de données électroniques, notamment MEDLINE, EMBASE et la base de données de la Collaboration Cochrane des synthèses systématiques (EBM Reviews), qui ciblait les articles publiés en français et en anglais de janvier 1985 à septembre 2011. Au total, on a extrait et trié 13283 citations et, de ce nombre, 205 publications répondaient aux critères pour qu'ils soient inclus dans l'examen de leur texte intégral. Les genres d'études retenues se limitaient aux études randomisées contrôlées, aux synthèses systématiques et aux études observationnelles avec groupes témoins. Des études de modélisation ont aussi été examinées pour répondre à la question clé 1 (**Figure 1**). La synthèse systématique à l'appui de ces lignes directrices est publiée dans le site web du GECSSP<sup>12</sup>. Des renseignements détaillés au sujet des méthodes du GECSSP ont été publiés ailleurs<sup>13</sup> et de l'information spécifique concernant ces lignes directrice se trouve en anglais dans **CFPlus**\*.

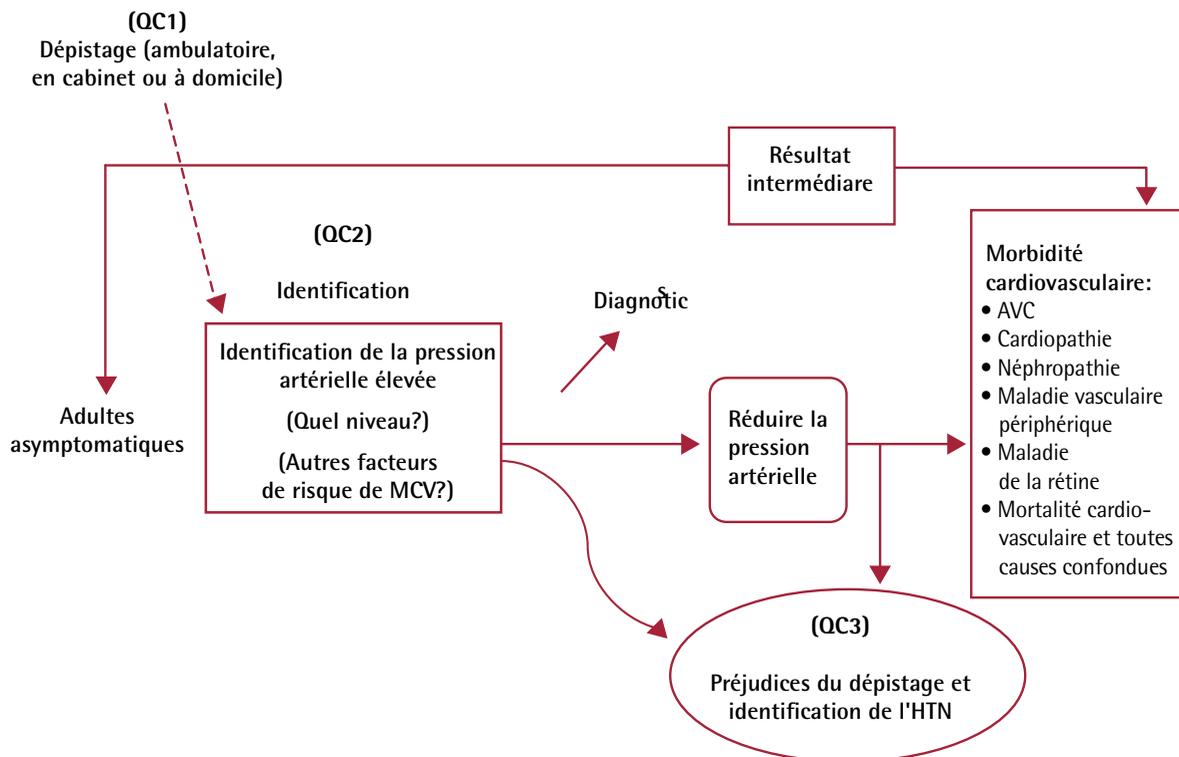
Les recommandations du PECH ont été évaluées en fonction du processus d'évaluation critique du GECSSP\*, qui est conçu pour examiner et évaluer de manière critique le processus d'élaboration de directives suivi par d'autres organisations.

## Message principal

Une synthèse systématique a été effectuée pour examiner l'efficacité du dépistage de l'hypertension en soins primaires dans le but de réduire le risque d'issues importantes chez les patients sur les plans de la morbidité cardiovasculaire et de la mortalité due à des causes cardiovasculaires ou toutes causes confondues. L'efficacité du dépistage pour la réduction de la pression artérielle (un indicateur de résultat intermédiaire) et un examen des éléments négatifs du dépistage faisaient aussi l'objet de l'étude. Le GECSSP a procédé à l'évaluation critique des recommandations du PECH concernant les méthodes de dépistage de l'hypertension.

\*Vous trouverez en anglais le tableau décisionnel pour étayer les recommandations sur le dépistage de l'hypertension, les résultats de l'évaluation critique et les méthodes détaillées à [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca). Allez au texte intégral de l'article en ligne, puis cliquez sur **CFPlus** dans le menu du coin supérieur droit de la page.

**Figure 1. Cadre analytique de l'hypertension:** Ce cadre n'inclut pas la prise en charge de l'hypertension diagnostiquée, puisqu'elle ne fait pas partie de la portée du mandat du GECSSP.



#### Questions clés

**QC1:** Le dépistage de l'hypertension en soins primaires réduit-il le risque de morbidité cardiovasculaire\*, de mortalité cardiovasculaire et de mortalité toutes causes confondues? Permet-il d'obtenir des réductions soutenues de la pression artérielle?

**QC2:** Comment pouvons-nous détecter le plus efficacement possible les personnes chez qui une réduction de l'hypertension pourrait être bénéfique?

- QC2a: Quelle méthode de mesure de la pression artérielle (ambulatoire, en cabinet ou à domicile) est la plus efficace pour identifier les patients susceptibles de bénéficier d'un traitement)?†
- QC2b: Quels sont la fréquence et les moments optimaux pour le dépistage (y compris l'âge du début du dépistage) pour identifier les patients susceptibles de bénéficier d'un traitement? Y a-t-il des critères spécifiques pour déclencher une augmentation de la fréquence du dépistage?

**QC3:** Exclusion faite des préjudices directement reliés au traitement de l'hypertension, quels sont les inconvénients associés au dépistage pour identifier l'hypertension?

#### Questions contextuelles

**QC01:** Y a-t-il des données probantes à l'effet qu'il y a des différences dans le fardeau de la maladie, le ratio risque-avantage ou la méthode optimale de dépistage chez les personnes d'origine sud-asiatique, d'origine africaine, les populations autochtones ou les femmes ayant des antécédents d'hypertension durant la grossesse?

**QC02:** Y a-t-il des données probantes à l'effet que l'accès au dépistage est différent pour les populations autochtones ou celles des régions rurales et éloignées?

**QC03:** Quelles sont les répercussions sur le plan des ressources et de la rentabilité de mesurer la pression artérielle au Canada?

**QC04:** Quelles sont les valeurs et les préférences des patients concernant le dépistage de l'hypertension?

**QC05:** Quelles sont les mesures (indicateurs) du rendement des processus et des résultats identifiées dans les ouvrages spécialisés pour évaluer et surveiller les effets du dépistage sur l'hypertension?

**QC06:** Y a-t-il des données probantes à l'effet que l'utilité du dépistage au travail, à une foire de la santé ou dans une pharmacie est différente de celui effectué au cabinet d'un médecin de famille?

GECSSP—Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, HTN—hypertension, MCV—maladie cardiovasculaire, PECH—Programme éducatif canadien sur l'hypertension, QC—question clé, QCO—question contextuelle.

\*La morbidité cardiovasculaire inclut l'AVC, la cardiopathie, la néphropathie, les maladies vasculaires périphériques et les maladies de la rétine.

†Dans les recommandations, nous nous en remettons au PECH pour la description des processus précis pour prendre les mesures de la pression artérielle en cabinet, à domicile et en soins ambulatoires.

### Recommandations pour les adultes de 18 ans et plus sans diagnostic antérieur d'hypertension

1. Nous recommandons la mesure de la pression artérielle à toutes les consultations appropriées en soins primaires: Les consultations «appropriées» pourraient inclure l'examen médical périodique, une consultation d'urgence au cabinet pour des problèmes d'ordre neurologique ou cardiovasculaire, une visite pour renouvellement des ordonnances ou d'autres visites au cours desquelles le médecin de soins primaires juge pertinent de vérifier la pression artérielle. Il n'est pas nécessaire de mesurer la pression artérielle de chaque patient à chaque consultation.

La fréquence de la mesure de la pression artérielle et le moment du dépistage peuvent varier selon le patient. Le risque de pression artérielle élevée et le risque d'AVC ou de cardiopathie changent naturellement tout au long de la vie d'une personne et augmentent avec l'âge, la comorbidité et la présence d'autres facteurs de risque. Par conséquent, la fréquence du dépistage pourrait augmenter en fonction de ces facteurs, surtout chez les patients qui ont plus de 1 facteur de risque cardiovasculaire. Les adultes identifiés comme appartenant à un groupe ethnique à risque élevé (Asiatiques du Sud-Est, Autochtones ou ascendance africaine) pourraient bénéficier d'une surveillance plus fréquente. La présence de mesures normales constantes de la pression artérielle peut réduire la nécessité d'une surveillance fréquente, tandis qu'une tendance à avoir des résultats normaux élevés pourrait indiquer qu'il y a lieu de surveiller la pression plus souvent.

Il s'agit d'une recommandation forte, appuyée par des données probantes de qualité modérée (**Encadré 1**)<sup>14</sup>. La classification des données probantes se fonde sur un ensemble substantiel de données factuelles indirectes, ainsi que de qualité modérée, tirées de 1 étude randomisée contrôlée<sup>15</sup>.

Cette recommandation s'appuie en partie sur des données scientifiques directes provenant d'une étude randomisée contrôlée qui a démontré qu'un programme de dépistage communautaire comportant une évaluation exhaustive du risque cardiovasculaire et une séance d'information réduisait la mortalité de cause cardiovasculaire par rapport à la pratique habituelle (**Tableau 1**)<sup>15</sup>. Après ajustements en fonction des taux d'hospitalisation durant l'année précédant l'intervention, les communautés visées par le programme comptaient 3 admissions à l'hôpital de moins pour maladies cardiovasculaires par 1 000 personnes de 65 ans et plus par rapport aux communautés témoins. Le risque d'admission pour infarctus (risque relatif [RR] de 0,87, IC à 95 % de 0,79 à 0,97,  $P=,008$ ) et pour insuffisance cardiaque congestive (RR de 0,90, IC à 95 % de 0,81 à 0,99,  $P=,029$ ), était réduit et des tendances à la baisse non significatives étaient observées en ce qui a trait à la mortalité due à un AVC et de causes cardiovasculaires. Les résidents des communautés visées par l'in-

#### Encadré 1. Classification des recommandations

Les recommandations sont classées selon le système GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)<sup>14</sup>, selon lequel elles sont fortes ou faibles. La classification des recommandations se fonde sur la qualité des données probantes à l'appui; le degré d'incertitude entourant l'équilibre entre les effets souhaitables et indésirables; le degré d'incertitude ou de variabilité dans les valeurs et les préférences; et le degré d'incertitude à savoir si l'intervention représente une utilisation judicieuse des ressources.

- Les recommandations fortes sont celles à propos desquelles le groupe d'étude a confiance que les effets souhaitables d'une intervention sont supérieurs à ses effets indésirables (forte recommandation en faveur d'une intervention) ou que ses effets indésirables sont supérieurs à ses effets souhaitables (forte recommandation contre une intervention). Une forte recommandation sous-entend que la plupart des personnes seront le mieux servies par la façon de procéder recommandée.
- Les recommandations faibles sont celles dans lesquelles les effets souhaitables sont probablement supérieurs aux effets indésirables (faible recommandation en faveur d'une intervention) ou que ses effets indésirables sont probablement supérieurs à ses effets souhaitables (faible recommandation contre une intervention), mais il reste une incertitude appréciable. Une faible recommandation sous-entend que la plupart des personnes voudraient la façon de procéder recommandée, mais qu'un bon nombre s'y opposerait. Pour les cliniciens, cela signifie qu'ils doivent reconnaître que des choix différents seront appropriés selon chaque personne et qu'ils doivent aider chacune d'entre elle à en arriver à une décision de prise en charge conforme à ses valeurs et à ses préférences. L'élaboration de politiques exigera beaucoup de délibérations et l'implication de divers intervenants. On en arrive à une faible recommandation lorsque l'écart entre les effets souhaitables et indésirables est mince, que la qualité des données probantes est moins bonne ou qu'il y a plus de variabilité dans les valeurs et les préférences des patients.
- La qualité des données probantes est classée comme étant élevée, modérée, basse ou très basse, selon qu'il est probable ou non que d'autres projets de recherche changeront notre degré de confiance envers l'estimation des effets.

tervention avaient aussi plus tendance à commencer une thérapie antihypertensive (RR de 1,10, IC à 95 % de 1,02 à 1,20,  $P=,02$ ) que ceux des collectivités témoins chez qui on appliquait les pratiques usuelles de dépistage.

Cette recommandation se fonde aussi sur la quantité considérable de données probantes indirectes qui démontrent les bienfaits de traiter l'hypertension diagnostiquée, qu'elle soit légère ou grave<sup>16-18</sup>. Une méta-analyse concernant l'efficacité du traitement de l'hypertension (portant sur 147 études) a fait valoir

**Tableau 1. Résumé des données probantes sur les bienfaits associés au dépistage de l'hypertension:** La durée moyenne du suivi était de 1 an. Chaque paramètre a été évalué à l'aide des taux moyens d'hospitalisation tirés de 1 ERC<sup>15</sup>. Il n'y avait pas de risques sérieux de partialité dans cette étude. Il n'y a pas de préoccupations entourant l'absence d'insu, parce que l'insu fait partie de l'intervention et qu'il n'y a donc pas de risques de partialité. Il n'y avait pas d'incohérences graves, étant donné qu'une seule étude a été utilisée (l'incohérence n'est pas applicable). La nature indirecte de l'étude était considérable, étant donné qu'elle ciblait une population de > 65 ans (même si on ne refusait pas aux patients plus jeunes d'y participer); par conséquent, il n'est pas possible de généraliser les résultats de l'étude aux populations en général. En plus du dépistage de l'hypertension, l'intervention incluait une évaluation exhaustive des risques cardiovasculaires et des séances d'information. L'efficacité du dépistage de l'hypertension à lui seul n'était pas directement évaluée. On n'a observé aucune imprécision grave dans l'étude. Il y avait un nombre insuffisant d'études pour évaluer la partialité de la publication. L'étude était de qualité modérée et d'importance cruciale.

PARAMÈTRE	PATIENTS, N (%)		EFFETS RELATIFS (IC À 95 %)*	NOMBRE ABSOLU PAR 1 000 000 (IC À 95 %)
	QC1 DU DÉPISTAGE (N = 69 942)	CONTRÔLE, NOMBRE DE DÉPISTAGES (N = 75 499)		
Paramètres composés	1 951 (2,8) <sup>†</sup>	2 275 (3,0) <sup>†</sup>	RR 0,91 (0,86 à 0,97)	2 712 de moins (904 de moins à 4 219 de moins)
Infarctus aigu du myocarde	667 (1,0) <sup>†</sup>	816 (1,1) <sup>†</sup>	RR 0,87 (0,79 à 0,97)	1 405 de moins (324 de moins à 2 270 de moins)
Insuffisance cardiaque congestive	735 (1,1) <sup>†</sup>	923 (1,2) <sup>†</sup>	RR 0,90 (0,81 à 0,99)	1 223 de moins (122 de moins à 2 323 de moins)
AVC	550 (0,8) <sup>†</sup>	536 (0,7) <sup>†</sup>	RR 0,99 (0,88 à 1,12)	71 de moins (852 de moins à 852 de plus)
Mortalité, toutes causes confondues	2 377 (3,4) <sup>†</sup>	2 608 (3,5) <sup>†</sup>	RR 0,98 (0,92 à 1,04)	684 de moins (2 618 de moins à 1 368 de plus)

ERC—étude randomisée contrôlée, QC1—question clé 1, RR—risque relatif.

\*Ces résultats représentent les effets du Cardiovascular Health Awareness Program. Les mesures des paramètres signalés ont été ajustées en fonction des taux d'admission à l'hôpital durant l'année précédant l'intervention.

<sup>†</sup>Les calculs se fondent sur les admissions cumulatives moyennes.

<sup>‡</sup>Les calculs se fondent sur le nombre d'admissions uniques.

Données tirées de Kaczorowski et collab.<sup>15</sup>

que la réduction de la pression artérielle à raison de 10/5 mm Hg (l'équivalent de prendre 1 médicament à la dose standard) pouvait prévenir 22 % des incidents liés aux coronaropathies et 41 % des AVC chez les personnes de 60 à 69 ans<sup>19</sup>. Les conseils antérieurs<sup>20,21</sup> se basaient aussi sur des données probantes indirectes démontrant que l'hypertension peut être diagnostiquée efficacement par des mesures de la pression artérielle en cabinet<sup>11</sup> et que le traitement d'une pression artérielle élevée pouvait réduire les incidents cardiovasculaires comme fondements à leurs recommandations.

Le groupe de travail a identifié les inconvénients cliniquement importants associés au dépistage suivants et a fait une recension à leur sujet dans les ouvrages spécialisés: faux positifs, faux négatifs, anxiété, effets psychologiques et coûts sur le plan financier comme absence du travail ou perte d'admissibilité à l'assurance. Nous n'avons trouvé aucune donnée probante indiquant que l'un ou l'autre de ces inconvénients cliniquement pertinents résultait du dépistage de l'hypertension<sup>12</sup>, quoique nous reconnaissons que l'absence de preuve convaincante de préjudice n'assure pas qu'ils n'existent pas. De récentes informations scientifiques font valoir que, même si une pharmacothérapie pour une hypertension

précoce peut avoir des effets secondaires communs, ses effets indésirables sérieux sont rares<sup>10</sup>. L'examen des préjudices du traitement de l'hypertension n'était pas inclus dans le cadre de notre révision. Même si nous n'avons pas cerné d'études sur les valeurs et les préférences des patients entourant le dépistage de l'hypertension, selon ce qu'en a jugé le GECSSP, la mesure de la pression artérielle est une intervention préventive acceptable pour les patients canadiens. L'expérience vécue dans le Cardiovascular Health Awareness Program<sup>15</sup>, qui n'a pas eu de problèmes à recruter des bénévoles, laisse aussi croire que ce genre de dépistage est acceptable pour la population en général.

**Intervalle de dépistage.** Nous n'avons pas trouvé de données probantes à l'appui d'un intervalle précis entre les dépistages, quoique la mesure de la pression artérielle d'un patient presque à chaque visite médicale soit devenue partie intégrante de la pratique clinique courante pour les patients qui pourraient être considérés à risque plus élevé d'hypertension en fonction de l'âge et des maladies concomitantes existantes. Étant donné les bienfaits potentiels de détecter l'hypertension, l'absence de données convaincantes indiquant des préjudices

substantiels associés au dépistage et la nature non invasive de la mesure de la pression artérielle, le GECSSP préconise d'évaluer la pression artérielle lors de toutes les consultations où il est convenable de le faire et de vérifier au moins annuellement la pression artérielle des Canadiens dont les résultats sont normaux élevés. Ces recommandations concordent avec celles du PECH<sup>6</sup>.

### Recommandations concernant les méthodes de dépistage de l'hypertension

2. Nous recommandons de mesurer la pression artérielle conformément aux techniques actuelles décrites dans les recommandations du PECH pour la mesure en cabinet et en dehors du cabinet<sup>6</sup>. Le GECSSP a procédé à une évaluation critique des recommandations du PECH de 2012 pour mesurer la pression artérielle en cabinet et en soins ambulatoires afin de déterminer la qualité du processus d'élaboration des lignes directrices et il a jugé qu'elles répondaient à ses critères en ce qui a trait à la rigueur de l'élaboration (voir *Critical Appraisal Results* pour des renseignements plus détaillés)\*.

Il s'agit d'une forte recommandation fondée sur des données probantes de qualité modérée. Les recommandations du PECH ont été évaluées selon les critères AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation)<sup>22</sup> et non pas en fonction de l'échelle GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)<sup>23</sup>. Le GECSSP a déterminé la qualité des données probantes en se fondant sur sa confiance à l'endroit des estimations et de la rigueur du processus d'élaboration de lignes directrices.

3. On devrait appliquer les critères du PECH pour l'évaluation et le diagnostic de l'hypertension aux personnes dont la pression artérielle est élevée durant le dépistage pour déterminer si ces patients répondent aux critères de diagnostic de l'hypertension<sup>6</sup>. Le GECSSP a procédé à une évaluation critique des recommandations du PECH de 2012 pour l'évaluation et le diagnostic de l'hypertension dans le but de déterminer la qualité du processus d'élaboration des lignes directrices et il a jugé qu'elles répondaient à ses critères en ce qui a trait à la rigueur de l'élaboration (voir *Critical Appraisal Results* pour des renseignements plus détaillés)\*.

Il s'agit d'une forte recommandation fondée sur des données probantes de qualité modérée. Les recommandations du PECH ont été évaluées selon les critères AGREE II<sup>22</sup> et non pas en fonction de l'échelle GRADE<sup>23</sup>. Le GECSSP a déterminé la qualité des données probantes en se fondant sur sa confiance à l'endroit des estimations et de la rigueur du processus d'élaboration de lignes directrices.

**Facteurs à considérer dans la mise en vigueur des recommandations.** Quoiqu'on n'ait pas trouvé de données probantes indiquant que les pratiques de

dépistage devraient changer selon les profils de risque des patients, l'hypertension semble plus fréquente dans certains sous-groupes de la population. La prévalence de l'hypertension et des maladies cardiovasculaires augmente avec l'âge et l'on a observé qu'elle était plus élevée chez les personnes d'origine sud-asiatique et africaine<sup>24,25</sup>, ainsi que dans les populations autochtones, chez qui on trouve aussi une plus forte prévalence de comorbidités<sup>26,27</sup>. Selon l'expérience clinique, les soins de santé préventifs sont aussi moins accessibles dans les populations autochtones<sup>28</sup> et dans les régions rurales et éloignées<sup>12</sup>. L'hypertension est aussi commune durant la grossesse<sup>28</sup>. Par conséquent, ces populations pourraient bénéficier d'une surveillance plus fréquente. On pourrait optimiser les méthodes de dépistage pour les populations dont la langue maternelle n'est pas l'anglais en utilisant des outils de transposition du savoir pour présenter l'information concernant le dépistage de l'hypertension de manière pertinente et adaptée à la culture. Par exemple, l'adaptation de brochures selon divers degrés d'alphabétisation à l'intention de Canadiens d'origine indo-asiatique a amélioré la compréhension de l'hypertension par les utilisateurs en comparaison des versions originales des dépliants en anglais<sup>29,30</sup>.

Les professionnels de la santé devraient demeurer vigilants et saisir les possibilités de faire un dépistage chez les personnes qui fréquentent peu leur pratique ou d'autres qui n'ont pas fait l'objet d'un dépistage récemment. De tels patients sont souvent jeunes, semblent en santé et pourraient ne pas avoir de facteurs de risque d'hypertension ou de maladies cardiovasculaires et, de ce fait, peuvent être oubliés dans les occasions de dépistage.

**Mesures de rendement suggérées pour la mise en œuvre.** Le GECSSP a pour principal objectif de faire adopter nos lignes directrices dans la pratique clinique et de faciliter l'amélioration de la qualité. Pour ce faire, une étape importante de nos lignes directrices est l'identification et la sélection d'un petit ensemble standardisé d'indicateurs clés de la qualité. Ces indicateurs de la qualité sont reliés directement aux recommandations contenues dans ces lignes directrices et sont conçus à l'intention de chaque praticien pour qu'il puisse vérifier s'il s'y conforme, ainsi que son rendement à l'égard du dépistage de l'hypertension. Ils permettront aussi à des groupes de médecins de procéder à des comparaisons dans le but d'apporter des améliorations et d'établir des points de repère (**Tableau 2**)<sup>31</sup>.

**Différences par rapport aux lignes directrices antérieures.** Il n'y a pas de différences par rapport aux lignes directrices antérieures du GECSSP. Depuis 1984, le

GECSSP recommande la mesure de la pression artérielle durant les consultations médicales périodiques. Cette recommandation est reconfirmée dans les présentes lignes directrices qui, de leur côté, sont conformes aux recommandations du PECH et du US Preventive Services Task Force des États-Unis (**Tableau 3**)<sup>5,7-9,17,21</sup>.

## Conclusion

Il existe peu de données probantes permettant de démontrer que le dépistage de l'hypertension entraîne une amélioration de la santé cardiovasculaire ou d'autres paramètres sur le plan de la santé. Toutefois, de considérables données scientifiques indirectes existent

**Tableau 2. Mesures du rendement suggérées pour la mise en œuvre des recommandations concernant le dépistage de la PA élevée chez les adultes canadiens**

INDICATEURS DE RENDEMENT	INCLUSION	NOTES TECHNIQUES
La proportion de patients de 18 ans et plus dans une pratique de soins primaires dont la mesure de la PA est documentée au cours des 24 derniers mois	Inclure <ul style="list-style-type: none"> <li>âge <math>\geq</math> 18 ans et</li> <li>patients ayant une PA normale et ceux ayant des antécédents de PA élevée</li> </ul> Exclure <ul style="list-style-type: none"> <li>patients ayant une hypertension diagnostiquée antérieurement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liens vers la recommandation 1</li> <li>Les valeurs visées fondées sur des données probantes ne sont pas disponibles</li> <li>La définition des valeurs visées devrait reposer sur la population soignée et les cibles pourraient varier selon l'âge et la présence de maladies concomitantes</li> </ul>
La proportion de patients de 18 ans et plus qui avaient une PA élevée lors du dépistage ayant subi une évaluation plus poussée pour déterminer s'ils rencontrent les critères diagnostiques de l'hypertension, tels que définis dans les plus récentes recommandations du PECH sur l'évaluation et le diagnostic de l'hypertension	Inclure <ul style="list-style-type: none"> <li>tous les patients ayant une PA élevée documentée qui n'ont pas reçu de diagnostic officiel d'hypertension</li> </ul> Exclure <ul style="list-style-type: none"> <li>patients ayant une PA normale et</li> <li>patients ayant un diagnostic antérieur d'hypertension</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liens vers les recommandations 2 et 3</li> <li>Les valeurs visées fondées sur des données probantes ne sont pas disponibles</li> <li>Les valeurs visées devraient se rapprocher de 100 % pour tous les patients, parce que cette cohorte n'inclut que des patients ayant une PA élevée</li> <li>Les lignes directrices du PECH indiquent qu'il faudrait prévoir des visites de suivi pour les personnes qui ont une PA élevée, spécifiquement pour mesurer leur PA; à la consultation initiale pour évaluer l'hypertension, si la PAS est <math>&gt;</math> 140 mm Hg ou si la PAD <math>&gt;</math> 90 mm Hg, il faudrait prendre au moins 2 lectures durant la même visite, à l'aide d'un dispositif validé et selon la procédure recommandée pour une mesure précise de la PA</li> </ul>
La proportion de la population ayant un premier diagnostic d'hypertension au cours des 24 derniers mois	Inclure <ul style="list-style-type: none"> <li>âge <math>\geq</math> 18 ans; et</li> <li>patients ayant une PA normale et ceux ayant des antécédents de PA élevée</li> </ul> Exclure <ul style="list-style-type: none"> <li>patients ayant reçu un diagnostic d'hypertension en dehors du cadre de 24 mois précisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Résultat à terme intermédiaire qui est relié aux recommandations 1 et 2</li> <li>Les données actuelles de surveillance de l'Agence de la santé publique du Canada (publiées en 2010)<sup>31</sup> indiquaient qu'il y avait un peu plus que 45 000 nouveaux cas d'AVC en 2006-2007 et que le taux d'incidence ajusté selon l'âge se situait à 25,8 par 1 000 habitants pour 12 mois</li> </ul>

PA—pression artérielle, PAD—pression artérielle diastolique, PAS—pression artérielle systolique, PECH—Programme éducatif canadien sur l'hypertension.

**Tableau 3. Comparaison des lignes directrices nationales et internationales concernant le dépistage de l'hypertension**

ORGANISATION	ÂGE	RECOMMANDATION
Lignes directrices actuelles du GECSSP	18 ans et plus	Mesure de dépistage de la PA à toutes les consultations en soins primaires appropriés
GECSSP de 1994 <sup>8</sup>	Adultes et adultes plus âgés	Mesure de la PA incluse dans les examens médicaux périodiques
GECSSP de 1984 <sup>7</sup>	25 ans et plus	Mesure de la PA à chaque consultation auprès d'un médecin
PECH de 2011 <sup>5</sup>	Tous les adultes	Mesure de la PA à toutes les consultations appropriées auprès d'un médecin
USPSTF de 2007 <sup>21</sup>	18 ans et plus	Dépistage de l'hypertension à chaque 1 ou 2 ans*
Réseau canadien contre les accidents cardiovasculaires en 2010 <sup>9</sup>	Tous les adultes	Tous les patients à risque d'un AVC devraient faire mesurer systématiquement leur PA, idéalement à chaque consultation médicale, mais pas moins d'une fois par année

GECSSP—Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, PA—pression artérielle, PAD—pression artérielle diastolique, PAS—pression artérielle systolique, PECH—Programme éducatif canadien sur l'hypertension, USPSTF—US Preventive Services Task Force.

\*Cet intervalle a été déterminé dans le 6<sup>e</sup> rapport de 2000 du Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure<sup>17</sup>, qui recommande le dépistage aux 2 ans lorsque la PA  $<$  120/80 mm Hg et un dépistage chaque année lorsque la PAS se situe entre 120 et 139 mm Hg ou la PAD entre 80 et 90 mm Hg.

pour démontrer que la mesure de la pression artérielle permet d'identifier les adultes qui sont à risque accru de maladies cardiovasculaires, que le diagnostic de l'hypertension entraîne son traitement et que le traitement, à son tour, produit de meilleurs résultats. La sensibilisation à la pression artérielle au Canada est élevée, ce qui est probablement attribuable au fait que sa mesure est devenue depuis les dernières années une pratique médicale systématique. D'autres projets de recherche devraient se concentrer sur la façon de rejoindre les populations qui ont moins accès aux soins de santé et, de ce fait, sont moins susceptibles d'être conscientes de leur hypertension et de la contrôler de manière appropriée.

**M<sup>me</sup> Lindsay** est directrice des Pratiques exemplaires et du rendement à la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. **M<sup>me</sup> Connor Gorber** est conseillère scientifique auprès du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. **D<sup>r</sup> Joffres** est professeur à la Faculté des sciences de la santé à la Simon Fraser University à Burnaby, en Colombie-Britannique. **D<sup>r</sup> Birtwhistle** est professeur aux départements de Médecine familiale et des Sciences de la santé publique à la Queen's University à Kingston, en Ontario, et vice-président du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. **M. McKay** est professeur de physiologie à la Faculté de médecine de la Memorial University of Newfoundland à St John's, Terre-Neuve. **M<sup>me</sup> Cloutier** est professeure au Département des sciences infirmière de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

#### Collaborateurs

Tous les auteurs ont contribué à l'examen et à l'interprétation des ouvrages scientifiques, ainsi qu'à la préparation du manuscrit aux fins de présentation.

#### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

#### Correspondance

**D<sup>r</sup> Richard Birtwhistle**, Department of Family Medicine, Queen's University, 220 Bagot St, Kingston, ON K7L 5E9; téléphone 613 533-9303, poste 73934; télécopieur 613 533-9302; Courriel [richard.birtwhistle@dfm.queensu.ca](mailto:richard.birtwhistle@dfm.queensu.ca)

#### Références

- Wilkins K, Campbell NR, Joffres MR, McAlister FA, Nichol M, Quach S et collab. Blood pressure in Canadian adults. *Health Rep* 2010;21(1):37-46.
- Narkiewicz K. Obesity and hypertension—the issue is more complex than we thought. *Nephrol Dial Transplant* 2006;21(2):264-7. Cyberpub. du 25 novembre 2005.
- Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Evans JC, O'Donnell CJ, Kannel WB et collab. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2001;345(18):1291-7.
- McAlister FA, Wilkins K, Joffres M, Leenen FH, Fodor G, Gee M et collab. Changes in the rates of awareness, treatment and control of hypertension in Canada over the past two decades. *CMAJ* 2011;183(9):1007-13. Cyberpub. du 16 mai 2011.
- Programme éducatif canadien sur l'hypertension [site web]. *Accurate measurement of blood pressure*. Markham, ON: Hypertension Canada; 2011. Accessible à: [www.hypertension.ca/accurate-measurement-of-blood-pressure](http://www.hypertension.ca/accurate-measurement-of-blood-pressure). Accédé le 9 mars 2012.
- Programme éducatif canadien sur l'hypertension. *2012 CHEP recommendations for management of hypertension*. Markham, ON: Hypertension Canada; 2012. Accessible à: [www.hypertension.ca/images/stories/dls/2012gl/2012CompleteCHEPRecommendationsEN.pdf](http://www.hypertension.ca/images/stories/dls/2012gl/2012CompleteCHEPRecommendationsEN.pdf). Accédé le 9 mars 2012.
- The periodic health examination: 2. 1984 update. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *CMAJ* 1984;130(10):1278-85.
- Logan AG. Screening for hypertension in young and middle-aged adults. Edmonton, AB: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 1994. Accessible à: [http://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2013/03/Chapter53\\_hypertension\\_adult94.pdf](http://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2013/03/Chapter53_hypertension_adult94.pdf). Accédé le 9 mars 2012.
- Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Phillips S, rédacteurs. *Canadian best practice recommendations for stroke care*. 4<sup>e</sup> éd. Ottawa, ON: Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires; 2012. Accessible à: [www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2012/10/20120BPR\\_Ch2\\_Prevention\\_Final-Version\\_20Sept-2012F-12.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2012/10/20120BPR_Ch2_Prevention_Final-Version_20Sept-2012F-12.pdf). Accédé le 12 août 2013.
- Wolff T, Miller T. Evidence for the reaffirmation of the U.S. Preventive Services Task Force recommendation on screening for high blood pressure. *Ann Intern Med* 2007;147(11):787-91.

- Sheridan S, Pignone M, Donahue K. Screening for high blood pressure: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med* 2003;25(2):151-8.
- Levine M, Neary J, Hammill A, Gauld M, Rice M, Haq M. Screening for hypertension. McMaster Evidence, Review, and Synthesis Centre; 2012. Accessible à: <http://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2012/10/HTN-Screening-Evidence-Review-Final.pdf>. Accédé le 25 juillet 2013.
- Connor Gorber S, Singh H, Pottie K, Jaramillo A, Tonelli M. Process for guideline development by the reconstituted Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2012;184(14):1575-81. Cyberpub. du 13 août 2012.
- Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P et collab. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336(7650):924-6.
- Kaczorowski J, Chambers LW, Dolovich L, Paterson JM, Karwalajtys T, Gierman T et collab. Improving cardiovascular health at population level: 39 community cluster randomised trial of Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP). *BMJ* 2011;342:d442.
- National High Blood Pressure Education Program. *The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. NIH publication 04-5230. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services; 2004. Accessible à: [www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf). Accédé le 18 juillet 2013.
- Ogden LG, He J, Lydick E, Whelton PK. Long-term absolute benefit of lowering blood pressure in hypertensive patients according to the JNC VI risk stratification. *Hypertension* 2000;35(2):539-43.
- Neal B, MacMahon S, Chapman N; Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. *Lancet* 2000;356(9246):1955-64.
- Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ* 2009;338:b1665.
- Feldman RD, Campbell NR, Wyard K. Canadian Hypertension Education Program: the evolution of hypertension management guidelines in Canada. *Can J Cardiol* 2008;24(6):477-81.
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for high blood pressure: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med* 2007;147(11):783-6.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G et collab. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 2010;182(18):E839-42. Cyberpub. du 5 juillet 2010.
- Schünemann H, Brozek J, Oxman A, rédacteurs. *GRADE handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations*. The GRADE Working Group; 2009.
- Leenen FH, Dumais J, McInnis NH, Turton P, Stratyckuk L, Nemeth K et collab. Results of the Ontario survey on the prevalence and control of hypertension. *CMAJ* 2008;178(11):1441-9.
- Liu R, So L, Mohan S, Khan N, King K, Quan H. Cardiovascular risk factors in ethnic populations within Canada: results from national cross-sectional surveys. *Open Med* 2010;4(3):e143-53. Cyberpub. du 10 août 2010.
- First Nations Regional Health Survey. *RHS phase 2 (2008/10) preliminary results*. 2<sup>e</sup> éd. Ottawa, ON: Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations; 2011. Accessible à: [www.rhs-ers.ca/sites/default/files/ENpdf/RHSPreliminaryReport31May2011.pdf](http://www.rhs-ers.ca/sites/default/files/ENpdf/RHSPreliminaryReport31May2011.pdf). Accédé le 18 juillet 2013.
- Santé Canada. *A statistical profile on the health of First Nations in Canada: determinants of health, 1999 to 2003*. Ottawa, ON: Santé Canada; 2009.
- Romundstad PR, Magnusson EB, Smith GD, Vatten LJ. Hypertension in pregnancy and later cardiovascular risk: common antecedents? *Circulation* 2010;122(6):579-84. Cyberpub. du 26 juillet 2010.
- Jones CA, Davachi S, Nanji A, Mawani S, Faris P, Wang X et collab. Indo-Central Asian cardiovascular health and management program (ICA-CHAMP) [abstract 510]. *Can J Cardiol* 2008;24(Suppl SE).
- Jones CA, Mawani S, King KM, Allu SO, Smith M, Mohan S et collab. Tackling health literacy: adaptation of public hypertension educational materials for an Indo-Asian population in Canada. *BMC Public Health* 2011;11:24.
- Agence de la santé publique du Canada. *Report from the Canadian Chronic Disease Surveillance System: hypertension in Canada, 2010*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2010. Accessible à: [www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/ccdss-snsmc-2010/pdf/CCDSS\\_HTN\\_Report\\_FINAL\\_EN\\_20100513.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/ccdss-snsmc-2010/pdf/CCDSS_HTN_Report_FINAL_EN_20100513.pdf). Accédé le 12 août 2013.

\*\*\*