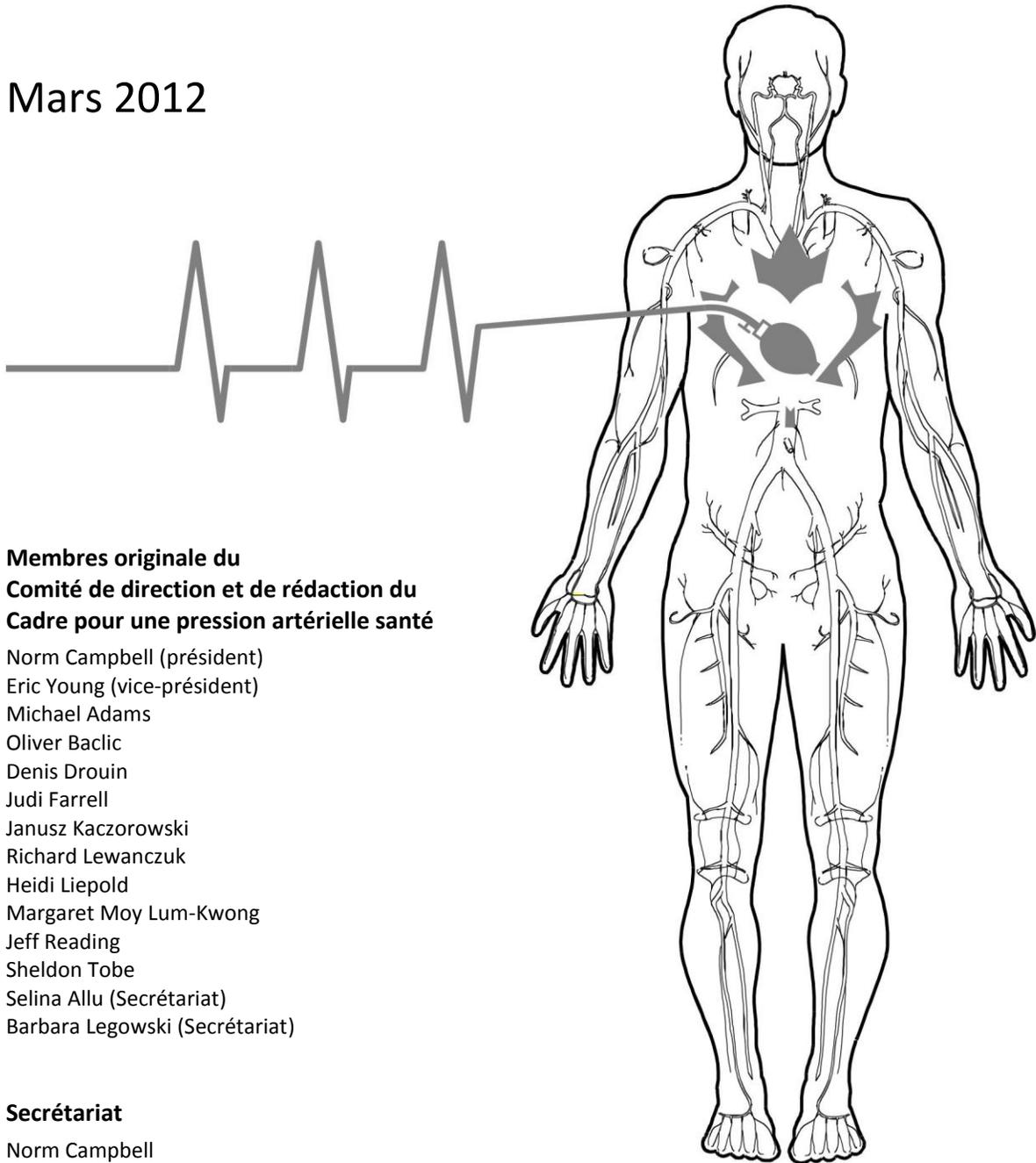


Cadre Pancanadien pour la prévention et le contrôle de la pression artérielle: Document de discussion pour l'avenir

Mars 2012



Membres originale du Comité de direction et de rédaction du Cadre pour une pression artérielle santé

Norm Campbell (président)
Eric Young (vice-président)
Michael Adams
Oliver Baclic
Denis Drouin
Judi Farrell
Janusz Kaczorowski
Richard Lewanczuk
Heidi Liepold
Margaret Moy Lum-Kwong
Jeff Reading
Sheldon Tobe
Selina Allu (Secrétariat)
Barbara Legowski (Secrétariat)

Secrétariat

Norm Campbell
Tara Duhaney
Judi Farrell
Jocelyne Bellerive
Eric Young

La préparation de ce document a bénéficié de support financier de l'Agence de santé publique du Canada, de la Chaire de recherche en santé pour la prévention et le contrôle de l'hypertension de la Fondation canadienne des maladies du cœur (FCMC) et de l'Institut de recherche en santé du Canada (IRSC) sous les auspices de Hypertension Canada. Les informations de ce document reflètent les opinions des auteurs et ne sont pas officiellement approuvées par le gouvernement du Canada.

Le cadre de référence d'une pression artérielle santé a été développé en 2010/2011 avec une phase de rétroaction et de consultation de mars à décembre 2011. Ce cadre pourrait ne pas avoir été mené à bien sans les efforts et le soutien de nombreuses personnes, d'organisations nationales et non gouvernementales.

Nous tenons à remercier l'Agence de santé publique du Canada pour le financement de la traduction française du projet; Denis Drouin, Jocelyne Bellerive et Guy Tremblay pour la traduction française de la version finale; et Tara Duhaney pour la mise à jour du contenu en fonction des commentaires reçus lors de la consultation.

Le cadre est prévu pour recevoir des commentaires en continu avec des révisions formelles ayant lieu tous les 2 ans.

Utilisation de cette ressource

Les membres de la direction et de la rédaction du Cadre de référence pour une pression artérielle santé au Canada vous remercient de votre intérêt et votre appui à ce rapport. Nous permettons de copier, distribuer ou faire référence au travail.

Homologation

Parce que ce document représente un plan à long terme sur la prévention, le contrôle et la gestion de l'hypertension au Canada, la diffusion de ce cadre pour approbation par les décideurs nationaux, les décideurs gouvernementaux, les leaders des organisations non gouvernementales est encouragée.

Citation suggérée

Le directeur et le Comité de rédaction (2012) du document : *Cadre Pancanadien pour la prévention et le contrôle de la pression artérielle: 2011-2012*

Messages clés

En 2006-2007, près de 6 millions de personnes ont reçu un diagnostic d'hypertension au Canada. Ce nombre devrait s'accroître puisque les efforts consentis à l'échelle de la population pour prévenir la maladie n'ont pas vraiment porté leurs fruits, ce qui a rendu l'hypertension presque inévitable avec l'âge.

Les systèmes de soins de santé canadiens consacrent des milliards de dollars au traitement de l'hypertension et des maladies qui y sont directement attribuées – la deux tiers des AVC et la moitié de toutes les maladies du cœur – ou qui y sont associées – démence et insuffisance rénale. Près de la moitié des Canadiens de plus de 60 ans prennent des médicaments pour contrôler leur pression artérielle. En 2003, les médicaments antihypertenseurs coûtaient à eux seuls plus de 1,7 milliard de dollars, et l'utilisation de ces substances s'est accrue au cours de chacune des années subséquentes. Environ la moitié de tous les coûts médicaux directs des maladies cardiovasculaires sont attribuables à l'hypertension et aux maladies connexes. Malgré cet investissement, ces maladies demeurent la principale cause de mortalité prématurée. Ce ne devrait pourtant pas être le cas : l'hypertension peut très bien être évitée.

Un mode de vie sain est au cœur d'une pression artérielle saine : il peut prévenir la hausse de la pression artérielle et réduire l'hypertension. Il repose sur une alimentation riche en fruits et légumes, faible en sodium et en gras saturés, combinée à de l'activité physique pratiquée régulièrement, à un poids santé, à l'absence de tabac et à la consommation modérée, voire absente, d'alcool. Mais l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie présentent un énorme défi pour bon nombre de gens; ceux-ci n'ont parfois que peu ou pas d'emprise sur certains aspects de la vie et de l'environnement qui, ensemble, ont une incidence sur la santé, notamment la pression artérielle.

En 2000, la communauté canadienne de la lutte contre l'hypertension a élaboré la Stratégie nationale de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle. Dix ans plus tard, grâce à un partenariat interdisciplinaire solide et constant entre les professionnels de la santé, les scientifiques et les chercheurs, les organismes gouvernementaux et les organisations non gouvernementales ainsi que le secteur privé, le Canada dispose d'un processus rigoureux, systématique et transparent pour l'élaboration et la diffusion de recommandations en matière de prise en charge de l'hypertension, et il présente les taux de traitement et de contrôle de la maladie les plus élevés au monde.

Il faut poursuivre les efforts, car il reste beaucoup à faire. Certaines avenues s'offrent aux efforts de promotion de la santé auprès de la population pour améliorer et maintenir la santé vasculaire, ce qui devrait à la fois faire épargner des milliards de dollars en soins de santé et améliorer la santé et la qualité de vie de la population canadienne. En outre, les communautés diversifiées et difficiles à joindre peuvent tirer profit des mesures qui se sont avérées efficaces pour prendre en charge l'hypertension.

Une équipe de spécialistes de la santé et de l'hypertension des quatre coins du Canada a élaboré le présent Cadre pour une pression artérielle saine, dont la portée est vaste et qui présente les progrès accomplis jusqu'à présent. Le document s'adresse aux membres de la communauté canadienne des soins de santé, aux échelons national et local, qui peuvent s'en servir pour guider les discussions sur les deux voies à suivre quant aux interventions à venir : d'abord auprès de la population pour promouvoir la santé vasculaire et la pression artérielle saine, puis auprès des personnes souffrant d'hypertension pour améliorer la prise en charge de leur pression artérielle.

Sommaire

Près de 6 millions de personnes au Canada, soit environ 1 adulte sur 5, vivaient avec de l'hypertension en 2006-2007, c'est-à-dire avec une pression systolique égale ou supérieure à 140 mm Hg ou une pression diastolique égale ou supérieure à ≥ 90 mm Hg. C'est sans compter les quelques 15 % de jeunes adultes de moins de 39 ans et environ 2 % d'enfants et d'adolescentes de moins de 19 ans qui présentent déjà une pression artérielle normale élevée : ils courent un très grand risque de devenir hypertendus à leur tour en vieillissant.

Au fil des ans, l'augmentation de la pression artérielle est associée à l'athérosclérose, le principal facteur de risque d'une mort prématurée (avant l'âge de 65 ans). Elle mène également à une foule de maladies vasculaires, la plus fréquente étant l'hypertension, qui est elle-même un facteur de risque d'accident vasculaire cérébral (AVC), d'insuffisance cardiaque et rénale et de démence. Les systèmes de soins de santé canadiens consacrent des milliards de dollars au traitement de l'hypertension. En 2003, l'hypertension coûtait au système de soins de santé canadien une somme estimée à 2,4 milliards (73 dollars par habitant) en frais de professionnels, de médicaments sur ordonnance et frais d'examen de laboratoire. Il s'agit de la maladie cardiovasculaire la plus coûteuse, qui entraîne des dépenses de santé directes totales semblables à celles des AVC, des crises cardiaques et des autres cardiopathies ischémiques réunis. En 2003, les médicaments antihypertenseurs coûtaient à eux seuls plus de 1,7 milliard de dollars, et l'utilisation de ces substances s'est accrue au cours de chacune des années subséquentes.

Grâce à la recherche, nous savons que dans les sociétés « occidentalisées » comme le Canada, l'hypertension et la pression artérielle élevée sont facilement évitables. Une partie importante de la prévalence de l'hypertension actuelle est attribuée à des facteurs de risque modifiables, autrement dit le mode de vie. Un mode de vie sain est au cœur d'une pression artérielle saine : il peut prévenir la hausse de la pression artérielle et réduire l'hypertension. Il équivaut à une alimentation riche en fruits et légumes (à teneur élevée en potassium et en fibres), faible en sodium et en gras saturés, combinée à de l'activité physique pratiquée régulièrement, à un poids santé et l'arrêt de la consommation de tabac et / ou la consommation excessive d'alcool.

L'adoption et le maintien de saines habitudes de vie présentent un énorme défi pour bon nombre de gens. Certains aspects de l'environnement sont difficiles ou impossibles à contrôler et ont des effets néfastes sur la santé, notamment sur la pression artérielle. Il suffit de constater les tendances alarmantes liées à la mauvaise alimentation et au manque d'activité physique qui contribuent partout dans le monde à la hausse de la pression artérielle, tant chez les adultes que chez les enfants. Ajoutons que près d'un jeune adulte sur quatre fume au Canada, que près de 30 % des adultes de moins de 39 ans présentent un taux de lipide nuisible pour la santé et que le diabète apparaît de plus en plus fréquemment chez les jeunes, en partie à cause d'un surplus de poids. Dans certains groupes ethniques et culturels canadiens: les peuples autochtones et aussi les

Chinois, Sud-Asiatiques, Philippins et les noirs, le taux de prévalence est encore plus élevé. On peut s'attendre à ce que les taux d'incidence et de prévalence des MCV montent en flèche si aucune mesure n'est prise pour aider les gens à maintenir une pression artérielle saine. *Nous pouvons faire mieux.*

Une intervention à l'échelle de la population est impérative. En mettant l'accent sur la mauvaise alimentation et le manque d'activité physique, la promotion d'une pression artérielle saine rejoint d'autres initiatives en cours ou prônées au Canada à l'échelon fédéral, provincial ou territorial, que ce soit pour la promotion de la santé, le mode de vie sain, la santé du cœur ou la prévention du cancer, du diabète et des maladies rénales. Toutes ces initiatives communiquent le même message : il faut intervenir en amont et dans les milieux de vie des gens. Un ensemble complexe de facteurs socioéconomiques sont en jeu tout au long de la vie et influent sur la façon de vivre des gens et les choix qu'ils font, lesquels diffèrent grandement. Au Canada, vu l'ampleur de la diversité géographique et culturelle, il est encore plus important de tenir compte de certains facteurs particuliers, comme le fait de vivre dans une région rurale ou éloignée et l'ethnicité. Chez les peuples autochtones, il existe des facteurs sociaux, économiques et culturels qui influent sur les disparités en santé, y compris la prévalence des maladies cardiovasculaires, entre les Canadiens autochtones et non autochtones.

En même temps, certaines réussites méritent d'être célébrées. Depuis 2000, année du lancement de la dernière Stratégie nationale de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle, le Canada est devenu un chef de file du dépistage précoce, du traitement et de la prise en charge globale de l'hypertension. De solides partenariats établis entre le gouvernement, les organisations non gouvernementales et le secteur privé ont permis au Canada de présenter les taux de traitement et de contrôle de l'hypertension les plus élevés au monde, selon les données nationales rapportées. Nous pouvons tirer profit de ces accomplissements.

La réussite du Canada à cet égard repose sur le fait que la pression artérielle peut faire l'objet de mesures objectives et qu'une pression artérielle élevée se traite très facilement. Ces faits ont amené la communauté canadienne de la lutte contre l'hypertension à s'associer au Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH), un programme d'application des connaissances destiné à l'origine aux praticiens en soins primaires, qui présente chaque année des recommandations normalisées et actualisées et des recommandations pour la pratique clinique afin de dépister, de traiter et de contrôler l'hypertension. Maintenant à sa 12^e année d'existence, le PECH a élargi sa portée de façon pour rejoindre et à renseigner divers professionnels de la santé incluant les pharmaciens, les infirmières et les diététistes dans les milieux cliniques et communautaires. Le PECH et ses partenaires, notamment les associations de professionnels de la santé, les organismes gouvernementaux et les organisations non gouvernementales, collaborent également à mieux sensibiliser le public à l'importance de la pression artérielle, et ils ont joué un rôle de premier plan dans la promotion et l'élaboration de la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada.

Il reste encore beaucoup à faire pour prendre en charge l'hypertension. Près d'une personne souffrant d'hypertension sur trois ne parvient pas à contrôler sa pression artérielle; certaines données probantes donnent à penser que les professionnels de la santé ne parviennent toujours pas à bien diagnostiquer l'hypertension, et près d'un hypertendu sur cinq n'est pas conscient de sa condition.

Le présent cadre offre aux membres de la communauté canadienne des soins de santé, aux échelons national et local, une base qui leur permettra d'amorcer les discussions en vue de l'élaboration d'un plan d'action élargi pour une pression artérielle saine. Il résume les données qui expliquent pourquoi l'hypertension est un problème de santé publique aussi alarmant, décrit les progrès accomplis jusqu'à présent au Canada en matière de prévention et de contrôle de l'hypertension, indique ce qui en est des habitudes de vie et des déterminants de la santé pertinents pour la pression artérielle et présente les domaines d'intervention à venir. Le document se conclut par une vision, neuf objectifs pour 2020 et sept grandes recommandations. Parmi les tâches que devront mener les personnes qui prendront part au processus de consultation devant se tenir au milieu de 2011, il faudra accorder la priorité aux mesures proposées dans le présent cadre pour en faire un plan de mise en œuvre.

Vision

Les citoyens du Canada présentent la courbe de distribution de la pression artérielle la plus saine, la prévalence de l'hypertension la plus faible et les taux de sensibilisation, de traitement et de contrôle les plus élevés au monde.

Objectifs pour 2020

1. Au Canada, la prévalence de l'hypertension chez les adultes est réduite à 13 %.
2. Au Canada, 90 % des adultes connaissent les risques associés au développement de l'hypertension ainsi que les aspects du mode de vie qui influent sur la pression artérielle.
3. Au Canada, 85 % des adultes savent que l'hypertension augmente le risque de maladies vasculaires graves (accident vasculaire cérébral, crise cardiaque, démence, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque).
4. Au Canada, 95 % des personnes qui souffrent d'hypertension sont conscientes de leur condition.
5. Parmi les personnes souffrant d'hypertension, 90 % tentent de suivre les recommandations relatives au mode de vie sain.
6. Parmi les Canadiens ayant reçu un diagnostic d'hypertension, 40 % deviendront normotendus en modifiant leur mode de vie.
7. Parmi les personnes ne parvenant pas à traiter leur hypertension en modifiant leur mode de vie, 87 % prennent les médicaments appropriés.
8. Parmi les personnes prenant des médicaments, 78 % parviennent à contrôler leur hypertension.
9. Les populations autochtones présentent des taux semblables à ceux de la population en général en ce qui concerne les indicateurs de santé liés à la pression artérielle.
10. Les populations à risque plus élevé ont des taux similaires pour les indicateurs de pression artérielle santé que la population en générale.

Recommandations générales

Se doter d'une politique publique favorable à la santé

Élaborer une stratégie globale multisectorielle dont le but est d'amener les Canadiens à se conformer aux valeurs de référence recommandées à l'échelle nationale en ce qui concerne l'activité physique et l'alimentation (y compris les apports nutritionnels de référence recommandés relativement aux nutriments et surtout au sodium).

Réorienter ou restructurer le mode de prestation des services de santé

Adopter une approche favorisant les équipes interdisciplinaires intégrées en soins de santé primaires qui mettent l'accent sur un mode de vie sain pour prendre en charge les maladies chroniques. Au Canada, grâce aux nombreux partenariats en place et au continuum de promotion de la santé, de prévention des maladies, de dépistage précoce, de traitement et de contrôle, l'adoption d'un modèle de saine prise en charge de la pression artérielle ou de l'hypertension constitue un modèle de pratiques exemplaires quant à la façon de prévenir et de contrôler les autres conditions et maladies chroniques, comme le diabète.

Nouer des partenariats pour créer des milieux favorables et faire évoluer le système de santé

Maintenir et élargir les partenariats dont l'apport fait partie intégrante des réussites canadiennes en matière de réduction de la pression artérielle et de contrôle de l'hypertension. Nouer de nouveaux partenariats afin de mieux intégrer la prise en charge des maladies à la promotion de la santé auprès de la population, en sollicitant tous les ordres de gouvernement, les organisations sanitaires et les professionnels de la santé, les organisations non gouvernementales, les universités, ainsi que les institutions et entreprises pertinentes.

Renforcer l'action communautaire

Planifier, exécuter et évaluer des programmes qui soutiennent l'action communautaire dans la définition des priorités locales et qui développent le sens du contrôle et la résilience des individus pour la prévention, le contrôle et la gestion de l'hypertension dans les milieux où ils vivent, travaillent et se divertissent. Consulter et engager les membres de la communauté et les organisations à adopter une promotion de la santé fondée sur les preuves et les services structurés de prévention des maladies.

Parfaire les compétences personnelles pour une meilleure prise en charge personnelle

Veiller à ce que tous les Canadiens disposent des ressources, des connaissances et des capacités dont ils ont besoin pour prévenir, détecter et contrôler l'hypertension de manière optimale, en reconnaissant cependant que cette recommandation est grandement tributaire de la mise en place et du maintien de milieux favorables.

Améliorer les mécanismes de soutien à la prise de décisions

Favoriser une culture axée sur les cycles d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité pour la collecte de données sur les principaux indicateurs relatifs à la prévention, au dépistage, au traitement et au contrôle de l'hypertension, de même qu'évaluer la mise en application des conclusions – pour vérifier que les connaissances sur les processus et les résultats des interventions font une différence.

Optimiser les systèmes d'information

Exploiter les systèmes d'information et la technologie de l'information en constante évolution afin d'appliquer les connaissances aux façons d'améliorer la prévention, le dépistage, le traitement et le contrôle de l'hypertension.

Table des matières

1	L'importance de l'hypertension pour la santé publique.....	3
	Le fardeau des maladies attribuables à l'hypertension artérielle	5
	Maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires	5
	Insuffisance rénale.....	5
	Démence.....	5
	Le profil de l'hypertension artérielle au Canada	6
2	Progrès de la prise en charge de l'hypertension au cours des dix dernières années	9
	Résultats pour la santé.....	9
	Processus de prise en charge de l'hypertension.....	11
	Partenariats renforcés et élargis.....	14
	Hypertension Canada	15
	Fondations des maladies du cœur	17
	Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires	18
	Chaire du Canada pour le contrôle et la prévention de l'hypertension	18
	Gouvernement du Canada	19
	Groupe de travail multi-intervenants sur la réduction du sodium alimentaire.	20
	Élaboration d'un système national de surveillance	20
3	Aspects du mode de vie influant sur les maladies vasculaires : situation, tendances et initiatives	23
	Régime alimentaire	23
	Activité physique.....	25
	Tabac	25
	Alcool.....	26
	Stress	27
	Poids.....	27
	Dyslipidémie.....	28
	Diabète.....	29
	Intervenir sur les aspects du mode de vie	30
	Politiques et lois (1997-2007).....	30
	Collaboration et coordination entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.....	30
	Autres initiatives nationales	31
4	Déterminants sociaux et hypertension	33

5	Efforts en vue d’obtenir une pression artérielle saine chez tous les Canadiens	35
	Cadre d’intervention élargi	35
	Évaluation et recherche stratégiques en équipe	37
	Obtention des ressources et du soutien nécessaires	40
	Un rôle à l’échelle internationale pour le Canada	40
	Lacunes et possibilités en matière de recherche, d’application des connaissances et d’intervention	41
	Se doter d’une politique publique favorable à la santé	41
	Réorienter ou restructurer le mode de prestation des services de santé	42
	Créer des milieux favorables	44
	Renforcer l’action communautaire	46
	Améliorer les mécanismes de soutien à la prise de décisions	49
	Optimiser les systèmes d’information	51
6	Vers une pression artérielle saine.....	52
	Vision.....	52
	Objectifs pour 2020.....	52
	Recommandations	56
	Se doter d’une politique publique favorable à la santé	57
	Réorienter ou restructurer le mode de prestation des services de santé	58
	Nouer des partenariats pour créer des milieux favorables et faire évoluer le système des soins de santé	59
	Renforcer l’action communautaire	60
	Parfaire les compétences personnelles pour une meilleure prise en charge personnelle.....	61
	Améliorer les mécanismes de soutien à la prise de décisions	62
	Favoriser une culture axée sur les cycles d’évaluation et d’amélioration continue de la qualité pour la collecte de données sur les principaux indicateurs relatifs à la prévention, au dépistage, au traitement et au contrôle de l’hypertension, de même qu’évaluer la mise en application des conclusions – pour vérifier que les connaissances sur les processus et les résultats des interventions font une différence.	62
	Optimiser les systèmes d’information	64
	Annexe 1 : Perspective internationale.....	76
	Annexe 2 : Aperçu historique de la prévention, du dépistage, du traitement et du contrôle de l’hypertension artérielle au Canada.....	89
	Annexe 3 : Programme éducatif canadien sur l’hypertension (PECH)	111

1 L'importance de l'hypertension pour la santé publique

La santé de la circulation sanguine – du système vasculaire – influence celle du corps dans son ensemble et de chacun de ses organes. Bien que le risque de voir apparaître des dommages vasculaires et, avec eux, plusieurs types de maladies ait déjà été attribué à une pression artérielle « critique » de 140/90 mm Hg chez les adultes, il est maintenant convenu que ce risque apparaît dès que la pression artérielle dépasse les 115/75 mm Hg et augmente de manière progressive et linéaire au même rythme que la pression artérielle s'élève. Comparée à une personne présentant une pression artérielle optimale, une personne dont la pression artérielle normale est élevée est trois fois plus susceptible de souffrir un jour d'hypertension et environ deux fois plus susceptible de souffrir d'une maladie cardiovasculaire (MCV) (indépendamment de l'hypertension) (1).

En 2000, 26 % des adultes de la planète souffraient d'hypertension. Cette proportion devrait atteindre les 42 % d'ici 2025 puisque les gens vivent plus longtemps (2). L'hypertension est la première cause de mortalité prématurée dans le monde et est à l'origine de 13 % des décès. En tenant compte de son incidence sur la mortalité et l'invalidité, l'hypertension est responsable de 6 % de toutes les années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) perdues à l'échelle du globe; plus de la moitié de cette perte d'années de vie frappe des gens d'âge moyen vivant dans les pays développés et en développement (3).

Mais le plus alarmant est que même si l'on comprend de mieux en mieux les causes de l'hypertension et que l'on sait qu'elle est inexistante dans certaines sociétés (4), la prévention dans l'ensemble s'est avérée en grande partie inefficace au Canada, ce qui a fait de l'hypertension une maladie quasi inévitable avec l'âge. Aux États-Unis, où la situation n'est pas plus reluisante, la Framingham Heart Study a conclu en 2002 que le risque à vie d'hypertension est d'environ 90 % chez les hommes et les femmes de 55 à 65 ans qui ne sont pas hypertendus. L'étude révèle que 50 % des personnes de 65 ans et plus dont la pression artérielle se situe entre 130-139/ 85-89 mm Hg seront hypertendues dans quatre ans et que, au cours de la même période, 26 % des personnes présentant une pression artérielle de 120-129/80-84 mm Hg souffriront d'hypertension (5).

Le traitement pharmacologique de l'hypertension est dispendieux. Il s'agit de la MCV la plus coûteuse, entraînant des dépenses de santé directes totales semblables à celles des accidents vasculaires cérébraux (AVC), des crises cardiaques et des autres cardiopathies ischémiques réunis. En additionnant les coûts directs des maladies causées par

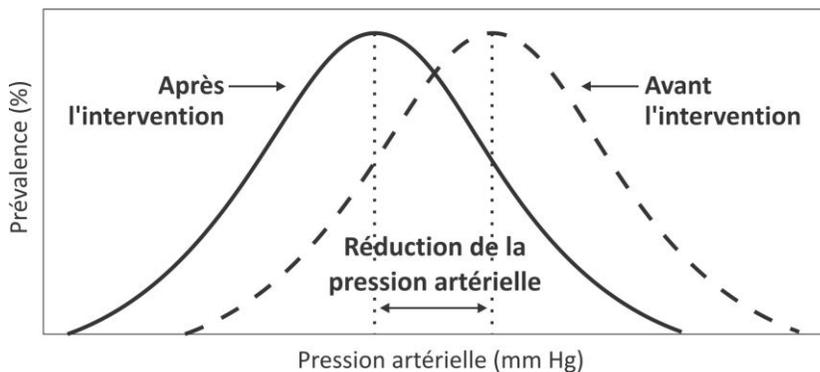
Catégorie	Pression artérielle (mm Hg)
Apparition d'un risque	Systolique \geq 115 et diastolique \geq 75
Pression artérielle normale élevée	Systolique de 130 à 139 ou diastolique de 85 à 89
Hypertension	Systolique \geq 140 ou diastolique \geq 90
Hypertension, stade 1	Systolique de 140 à 159 ou diastolique de 90 à 99
Hypertension, stade 2	Systolique \geq 160 ou diastolique \geq 100
Hypertension chez les personnes souffrant de diabète ou d'une maladie rénale	Systolique \geq 130 ou diastolique \geq 80

Tiré de : Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (6)

l'hypertension à ceux de la maladie même, l'hypertension représente en tout, près de la moitié de toutes les dépenses de santé directement liées aux MCV (7). Seulement en 2001, les frais médicaux directs attribuables dans le monde entier à la pression artérielle élevée se chiffraient à au moins 370 milliards de dollars (US), soit environ 10 % des coûts de soins de santé des pays développés. Si l'on ajoute les coûts indirects, notamment les baisses du niveau de vie en raison d'une mort prématurée, cette somme pourrait atteindre un niveau 20 fois supérieur (8). Au Canada, les coûts qu'a entraîné l'hypertension en visites chez le médecin, en analyses de laboratoire et en médicaments en 2003 sont estimés à près de 2,4 milliards de dollars (9).

Pourtant, il est possible de modifier la pression artérielle à l'échelle de la population (10). Par exemple, la Finlande s'est dotée de stratégies globales, comprenant des règlements, afin d'encourager un meilleur style de vie et de restreindre la consommation de sodium alimentaire, ce qui a permis d'abaisser avec succès la pression artérielle moyenne de plus de 10 mm Hg en 30 ans au sein de la population (11). Même une légère baisse de la pression artérielle peut alléger de beaucoup le fardeau que représentent les maladies liées à l'hypertension, comme l'illustre la figure 1.

FIGURE 1 : Modification de la distribution de la pression artérielle dans la population et réduction prévue (en %) du taux de décès liés aux MCV



Réduction de la PA (mm Hg)	Réduction de la mortalité (%)		
	AVC	Coronaropathie	TOTAL
2	-6	-4	-3
3	-8	-5	-4
5	-14	-9	-7

Source : P.K. Whelton, J. He, L.J. Appel, J.A. Cutler, S. Havas, T.A. Kotchen, E.J. Roccella, R. Stout, C. Vallbona, M.C. Winston, J. Karimbakas; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee, « Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program », *JAMA*, n° 288, 2002, p. 1882-1888.

Le fardeau des maladies attribuables à l'hypertension artérielle

Maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires

L'hypertension artérielle cause l'athérosclérose, la principale cause des maladies vasculaires, les plus fréquentes étant la maladie cardiovasculaire – cardiopathie ischémique, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque– et la maladie cérébrovasculaire – AVC. Une simple hausse de 20 mm Hg de la pression systolique ou de 10 mm Hg de la pression diastolique double le taux de mortalité en cas de cardiopathie ischémique et d'AVC (12; 13). Une pression artérielle accrue (> 115/75 mm Hg) est à l'origine de 54 % des AVC et de 49 % des infarctus du myocarde qui se produisent dans le monde (14–16).

Bien que le taux de mortalité à la suite d'une cardiopathie ischémique et d'un AVC ait chuté au Canada ces dernières années, les maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires demeurent une cause importante de décès, étant responsables de près du tiers d'entre eux. En 2007, cela représentait quelque 76 000 décès, dont près de 33 000 chez les personnes âgées de plus de 85 ans et presque autant chez les adultes de 45 à 64 ans (17). Chez les peuples autochtones du Canada, le risque de développer une cardiopathie ou un AVC et d'en mourir est deux fois plus élevé que dans le reste de la population (13).

Insuffisance rénale

Les maladies vasculaires nuisent aussi aux reins : 27 % des cas d'insuffisance rénale sont attribuables à l'hypertension artérielle. Seul le diabète est à l'origine d'un plus grand nombre de cas (45 %) (18). Cependant, chez les personnes souffrant de diabète, la moitié des cas d'insuffisance rénale s'explique par l'hypertension et, contrairement à l'abaissement du glucose, il a été démontré que l'abaissement de la pression artérielle réduit la progression de l'insuffisance rénale (19–21). Comme dans le cas d'autres formes de maladie rénale, l'hypertension se trouve souvent au cœur de la perte de fonction progressive menant à l'insuffisance rénale (18).

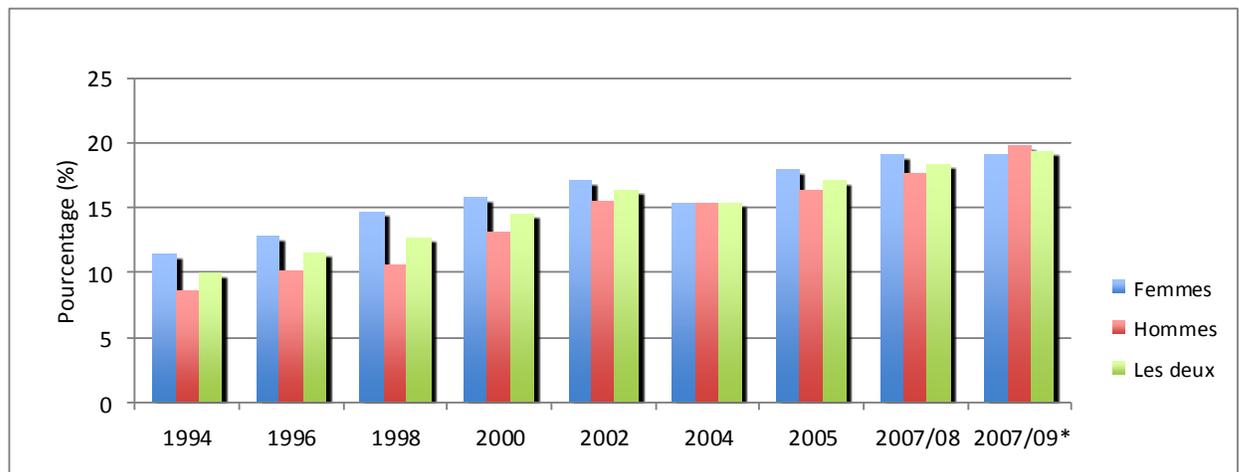
Démence

Les personnes présentant une pression artérielle systolique élevée sont prédisposées aux maladies cérébrovasculaires, lesquelles représentent un risque important de démence. Au Canada, la Société Alzheimer estime que l'incidence des cas de démence sera plus de deux fois supérieure en 2038 qu'elle ne l'était en 2008 (22–24). Certaines données préliminaires donnent à penser que le traitement de l'hypertension peut prévenir ou ralentir la progression de la démence (25).

Le profil de l'hypertension artérielle au Canada

En 2006-2007, près de 6 millions de personnes ont reçu un diagnostic d'hypertension artérielle au Canada (prévalence) (26). Comme l'illustre la figure 2, la prévalence de l'hypertension s'est lentement accrue au cours des dernières années (27). Cependant, les médecins connaissant mieux la maladie et les gens vivant en général plus longtemps, cette prévalence devrait s'accroître. Ajoutons à cette équation le taux élevé, surtout chez les jeunes adultes, des principaux facteurs de risque de l'hypertension artérielle – manque d'activité physique, surplus de poids et régime alimentaire malsain (5) –, et la prévalence ne peut que s'accroître. Déjà en 2003, il en coûtait plus de 1,7 milliard de dollars en médicaments antihypertenseurs aux systèmes des soins de santé canadiens, et ce chiffre a augmenté de façon linéaire à chacune des années subséquentes. Près de la moitié de tous les citoyens canadiens âgés de plus de 60 ans prennent des médicaments pour contrôler leur pression artérielle élevée (28;9;29).

FIGURE 2 : Pourcentage de la population âgée de 20 ans et plus ayant reçu un diagnostic d'hypertension artérielle au Canada, selon le sexe et l'année, entre 1994 et 2007-2009 (30)



* Wilkins, K., N.R.C. Campbell, M.R. Joffres, F.A. McAlister, M. Nichol, S. Quach S et coll., « pression artérielle des adultes au Canada », *Rapports sur la santé*, vol. 21, 2010, p. 1-10.

Source : Division de la surveillance des maladies chroniques, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada. Données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne (diverses années) et de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009 (Statistique Canada).

Entre 2007 et 2009, environ un Canadien sur cinq présentait une pression artérielle normale élevée (30). Une pression artérielle supérieure à celle qui est optimale (soit 120-139/80-89 mm Hg) a même été constatée chez de jeunes adultes – dont environ 15 % ont entre 20 et 39 ans (30). Une pression artérielle élevée est associée à l'apparition de l'athérosclérose coronarienne 20 ans plus tard et à un risque beaucoup plus grand de développer de l'hypertension (31) assez rapidement. En outre, le risque de maladies vasculaires augmente à mesure que la pression artérielle s'accroît, même si elle demeure dans les valeurs normales. Par exemple, environ la moitié des AVC, des

cardiopathies et des maladies rénales sont causés par une hausse de la pression artérielle, par ailleurs toujours normale (3;32) (mais le risque relatif est beaucoup plus élevé dans la portion supérieure de ces valeurs dites « normales » que dans la portion inférieure).

L'hypertension et la pression artérielle normale élevée s'observent également chez les enfants et les adolescents. Un enfant qui présente une pression artérielle systolique normale élevée court de trois à quatre fois plus de risque de développer de l'hypertension une fois adulte, qu'un enfant dont la pression systolique est normale (33). On estime qu'entre 2007 et 2009 au Canada, 0,8 % des enfants et des adolescents âgés de 6 à 19 ans faisaient de l'hypertension et 2 % présentaient une pression normale élevée (34). Toute hausse de la pression artérielle chez les enfants et les adolescents est attribuée à l'inactivité physique, à une alimentation malsaine et à l'obésité ou à l'obésité (35).

Dans le contexte canadien, il est essentiel de reconnaître que les gens d'origine culturelle et ethnique particulière présentent un taux de prévalence différent en ce qui concerne l'hypertension (36). La prévalence de l'hypertension chez les adultes des Premières nations, qui est toujours supérieure à celle des autres adultes au Canada, en est un exemple. Elle atteint presque 8 % chez les Autochtones de 30-39 ans, alors qu'elle n'est que de 4 % chez les autres adultes canadiens de ce groupe d'âge; chez les 40-49 ans, elle est de 16 % par rapport à 10 %, et chez les 50-59 ans, de 31 % par rapport à 22 % (37). La prévalence de l'hypertension est également très différente chez les adultes de race noire : elle est de 49,8 % chez les 40-59 ans vivant en Ontario, alors que celle de la population générale du même groupe d'âge de cette province est de 22,6 % (38).

Puisque l'hypertension et la pression artérielle élevée sont presque toujours la conséquence imprévue du mode de vie, il est très possible de les prévenir. Un diagnostic de pression artérielle normale élevée offre une belle occasion d'apporter dès le début des modifications à son mode de vie afin de réduire la pression et ainsi retarder la progression de la maladie, voire l'éviter complètement. Toutefois, l'adoption et le maintien de nouvelles habitudes présentent un énorme défi. Au Canada, malgré une couverture médiatique continue et des campagnes de sensibilisation, 85 % des adultes ne sont pas suffisamment actifs pour respecter les recommandations gouvernementales en matière d'activité physique (39). Même constat du côté du tabagisme : même si les messages portant sur la cigarette soulignent tous ses effets néfastes, 18 % de la population canadienne de 15 ans et plus se déclarait fumeur actuel (40) en 2008. Même la très connue et efficace diète *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH), recommandée depuis 1997 aux personnes souffrant d'hypertension, ne semble pas faire beaucoup d'adeptes (41). Les obstacles nombreux et complexes à la modification des habitudes personnelles sont notamment l'isolement géographique, le désavantage social, la marginalisation, le manque de motivation et la maladie mentale, pour ne nommer que ceux-là.

Pour assurer une pression artérielle santé au niveau national, il faut mettre en œuvre

deux plans d'action qui se renforcent mutuellement : des interventions à l'échelle de la population et des stratégies soutenues visant les personnes à haut risque pour l'hypertension (42). Ces deux mesures, par diverses approches, doivent s'attarder à au moins deux des principaux facteurs contribuant à l'accroissement de la pression artérielle, soit la mauvaise alimentation et le manque d'activité physique (43).

Bien que l'adoption d'interventions au niveau de la population par le biais des changements de politique et de système (comme dans la lutte antitabac) est essentielle à la prévention et le contrôle de l'hypertension, il est aussi nécessaire d'identifier systématiquement les personnes à «haut risque», définies ici comme celles qui sont particulièrement vulnérables à développer de la haute pression artérielle selon leurs caractéristiques socio-démographiques et / ou celles pour lesquels des programmes de prévention de l'hypertension ne fonctionnent pas.¹ Pour ces groupes, les interventions doivent être adaptées pour tenir compte des divers déterminants de la santé (47) et la façon dont ces déterminants influencent les modes de vie et la prise de décision.

Les individus et les communautés autochtones sont particulièrement parmi les groupes démographiques vulnérables². Comparativement aux canadiens non-autochtones, les personnes autochtones connaissent une prévalence plus élevée de maladies cardiovasculaires et chroniques dont le diabète, l'obésité, le cancer, les maladies cardiaques et l'hypertension (49). L'élaboration de stratégies appropriées visant à la prévention et la gestion des maladies cardiovasculaires dans la population autochtone devra être basée sur une solide compréhension des facteurs uniques: sociaux, économiques et culturels qui ont compromis, et continuent de compromettre la santé des peuples et communautés autochtones.

Avec la prévalence de la pression artérielle qui continue d'augmenter, il y a eu une croissance de la recherche pour une meilleure compréhension et pour une réponse appropriée à l'impact de l'environnement extérieur des individus et sur leur santé. L'approvisionnement alimentaire se trouve au cœur de ces stratégies et revêt une grande importance pour la pression artérielle (50). Il faut assurer la sécurité alimentaire, tout en établissant le prix des aliments de façon à privilégier des choix santé, surtout les produits frais, en éliminant les gras trans et en réduisant le sodium, les sucres simples et les gras saturés dans les aliments transformés et emballés et dans les repas préparés dans les établissements de restauration. L'étude minutieuse de l'environnement bâti est tout aussi importante. À ce chapitre, il faut concevoir des quartiers où il est facile de se déplacer à pied, favoriser le transport actif, donner priorité à des espaces récréatifs publics sécuritaires et répartir équitablement les magasins d'alimentation saine. Ces mesures s'intégreront bien aux stratégies nationales, provinciales et territoriales visant notamment les modes de vie sains et la santé du cœur, et ce, au profit de la santé et du mieux-être de tous les Canadiens.

¹ Inclus dans cette définition sont les personnes d'origine chinoise, sud-asiatiques, les Canadiens de race noire, les Canadiens autochtones, les personnes âgées (<60 ans) et ceux qui vivent dans les régions rurales

/ éloignées (38, 44-46)

² Le terme «autochtone» fait référence à des individus qui s'identifient avec au moins un groupe autochtone, c'est à dire les Premières nations (l'Amérique du Nord), Métis ou Inuit (Esquimaux) et / ou ceux qui déclarent être un Indien des traités ou un Indien inscrit tel que défini par la Loi sur les Indiens du Canada et / ou qui sont membres d'une bande indienne ou une Première nation (48)

2 Progrès de la prise en charge de l'hypertension au cours des dix dernières années

Résultats pour la santé

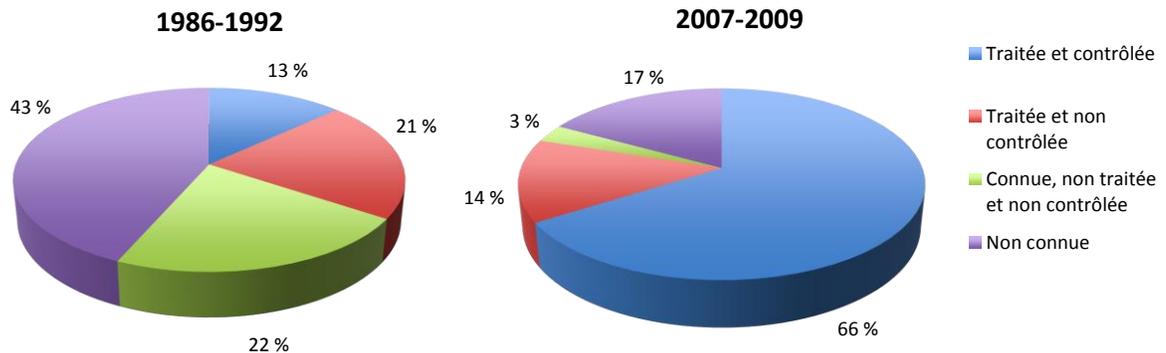
La communauté de la lutte contre l'hypertension a l'avantage de connaître les principales causes de l'hypertension et, dans une grande mesure, les stratégies et tactiques qui permettent de la prévenir. Au Canada, elle est parvenue à mettre en œuvre bon nombre de ces stratégies, comparativement à ce qui se fait dans d'autres pays. Grâce à cela, le Canada présente maintenant le plus haut taux de traitement et de contrôle de l'hypertension au monde. Voici les tout derniers indicateurs clés au Canada et dans trois pays semblables ayant des données comparables. L'annexe 1 explique plus en détail la façon dont la question de l'hypertension est traitée aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie.

Pays	Année d'enquête	Taux de prévalence dans la population adulte*	Diagnostic connu*	Taux de traitement pharmacologique*	Taux de contrôle pharmacologique*
Canada (45)	2007-2009	19 %	83 %	80 %	66 %
États-Unis (46)	2008	29 %	80 %	72 %	50 %
Angleterre (45)	2006	30 %	66 %	54 %	28 %
France (47)	2007	31 %	52 %	43 %	22 %

* % de la prévalence

Parmi les Canadiens souffrant d'hypertension, les indicateurs relatifs à la prise en charge de la pression artérielle se sont améliorés au cours de la dernière décennie, comme le résume la figure 3.

FIGURE 3 : Profil des Canadiens souffrant d'hypertension de 1986 à 1992 et de 2007 à 2009



Source en 1986-1992 : M.R. Joffres, P. Hamet, D.R. MacLean, G.J. L'Italien, G. Fodor, « Distribution of Blood Pressure and Hypertension in Canada and the United States », *American Journal of Hypertension*, vol. 14, p. 1099-1105, 2001.

Source en 2007-2009 : K. Wilkins, N.R.C. Campbell, M.R. Joffres, F.A. McAlister, M. Nichol, S. Quach, H.L. Johansen, M.S. Tremblay, « pression artérielle des adultes au Canada », *Rapports sur la santé*, vol. 21, p. 1-10, 2010.

En 2000, la Stratégie nationale de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle visait une réduction de 10 % d'ici 2005 de l'incidence et de la prévalence de l'hypertension, ainsi que du nombre de personnes qui ne savent pas qu'ils sont hypertendus ou dont l'hypertension n'est pas traitée ou contrôlée. Dans tous ces cas sauf un (soit l'incidence), les cibles de 2000 pour ces indicateurs ont été atteintes au cours de la décennie 2000-2010 (48). L'état de ces indicateurs et d'autres indicateurs clés avant et après 2000 est précisé dans le tableau suivant. (Une analyse normalisée de la population selon le sexe et l'âge est en cours; bien que les enquêtes menées avant et après 2000 présentent une composition par âge et sexe semblables, il est possible qu'il y ait certains écarts de valeur.)

Indicateur	État et valeurs avant 2000	État et valeurs après 2000; écart (%) par rapport à avant 2000
Incidence de l'hypertension diagnostiquée (48)	1998-1999 : 23,8/1 000	2005-2006 : 22,7/1 000 Diminution de près de 5 %
Prévalence de l'hypertension par mesure physique (48)	1985-1992 : 22 %	2007-2009 : 19 % Diminution de 14 %
Hypertension non connue (48)	1985-1992 : 43 %	2007-2009 : 17 % Diminution de 60 %
Hypertension diagnostiquée autodéclarée, mais non traitée (48;30)	1985-1992 : 65 %	2007-2009 : 21 % Diminution de 68 %
Prescription de médicaments antihypertenseurs (49;50)	L'utilisation de diurétiques et de bloquants des canaux calciques n'a pas augmenté. L'utilisation annualisée de médicaments antihypertenseurs a augmenté de 2 % par année (mais diminué de 0,6 % par année chez les personnes	Le nombre annuel de prescriptions de quatre classes de médicaments recommandées s'est accru de beaucoup, notamment celui des diurétiques et des bloquants des canaux calciques; les diurétiques (abordables et génériques) présentent la plus grande hausse. L'utilisation annualisée de médicaments antihypertenseurs prescrits a augmenté de 10 % par année (et de près de 6 % chez les personnes

Indicateur	État et valeurs	
	avant 2000	après 2000; écart (%) par rapport à avant 2000
	âgées).	âgées).
Hypertension non contrôlée (48;30)	1985-1992 : 87 %	2007-2009 : 34 % Diminution de 60 %
Hospitalisations (50–52)	Diminution du taux d'hospitalisation ajusté en fonction de l'âge et du sexe à la suite d'un AVC et d'une insuffisance cardiaque.	À compter de 1999, hausse de plus de 50 % du taux de diminution annuel d'AVC et d'insuffisance cardiaque (et une corrélation inverse marquée avec la hausse de prescriptions d'antihypertenseurs).
Taux de mortalité (50–52)	Diminution du taux de mortalité ajusté en fonction de l'âge et du sexe à la suite d'un infarctus aigu du myocarde, d'un AVC ou d'une insuffisance cardiaque.	À compter de 1999, la diminution du taux de mortalité ajusté en fonction de l'âge et du sexe à la suite d'un AVC ou d'une insuffisance cardiaque a plus que doublé, alors qu'à la suite d'un infarctus aigu du myocarde, le taux de mortalité a chuté de plus de 50 % (corrélation inverse marquée avec la hausse de prescriptions d'antihypertenseurs de 1992 à 2003).

NOTE : Seules données disponibles sur l'incidence de l'hypertension diagnostiquée, et elles ne sont pas disponibles avant 1998-1999.

Processus de prise en charge de l'hypertension

Les changements positifs survenus au cours des dix dernières années sont attribuables aux importantes améliorations apportées en grande partie par la communauté de la lutte contre l'hypertension aux processus qui permettent la prise en charge de l'hypertension. Ces changements se sont inspirés du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) et ont permis de mettre en place certaines initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies. Ce qui suit est une description des modifications apportées aux principaux éléments des processus, en comparant encore une fois leur état avant et après 2000.

Élément	État avant 2000	État entre 2000 et 2010
<i>Information sur la prise en charge de l'hypertension (29;53)</i>	Aucun message clair communiqué à grande échelle aux praticiens des soins primaires ou au public concernant les éléments d'importance cruciale dans le traitement de l'hypertension.	<ul style="list-style-type: none"> Les messages de base du PECH insistent sur la nécessité de prendre la pression artérielle à chaque visite, d'évaluer le risque global de MCV, de passer par le mode de vie pour prévenir et contrôler l'hypertension chez tous les Canadiens et de traiter les gens souffrant d'hypertension selon les cibles recommandées à l'aide d'une pharmacothérapie variée. Mise à jour annuelle des recommandations en matière de prise en charge de l'hypertension faite de façon très systématique et structurée sous la supervision du groupe de travail du PECH chargé de formuler des recommandations : recherche documentaire systématique annuelle par sous-groupe de sujets (49); acceptation de modèles d'étude par essai contrôlé aléatoire de grande qualité seulement afin de réduire les biais en matière de recommandations pharmacologiques; application d'un modèle d'évaluation perfectionné des données probantes; évaluation des révisions apportées à toutes

Élément	État avant 2000	État entre 2000 et 2010
		<p>les recommandations préliminaires par un comité d'examen central de spécialistes de la méthodologie, puis présentation aux experts nationaux des MCV pour commentaires, et finalement adoption si 70 % des membres du groupe de travail les approuvent.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programme intégré et complet d'application des connaissances sur l'hypertension supervisé par le groupe de travail du PECH chargé de la mise en œuvre des recommandations : composé en grande partie d'experts en éducation sanitaire et de professionnels de la santé offrant des soins primaires de première ligne qui adaptent les recommandations à leur discipline respective; les organismes nationaux de soins primaires, les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux et l'industrie pharmaceutique diffusent activement les recommandations via leurs réseaux professionnels. (Voir les publications sur le PECH à l'annexe.) • Recommandations précises et programmes de mise en œuvre en fonction des lacunes dans les soins qui ont été cernées dans le cadre des activités de surveillance (p. ex. recommandations centrées sur les patients et axées sur les fournisseurs de soins pour le traitement de l'hypertension chez les diabétiques). • Élaboration d'un programme de formation des formateurs ciblant les principaux leaders d'opinion au sein des communautés locales des soins primaires. • Conception d'outils normalisés pour l'éducation par les pairs et les soins primaires.
<i>Surveillance (54–56)</i>	Aucune procédure normalisée pour cerner les lacunes dans le traitement ou évaluer les répercussions des stratégies visant à réduire l'hypertension au Canada.	<ul style="list-style-type: none"> • Système de plus en plus complet pour assurer la surveillance et le contrôle de l'hypertension à l'aide des données existantes et de nouvelles enquêtes : enquêtes nationales sur les mesures physiques de la pression artérielle; analyse des enquêtes transversales et longitudinales sur la santé de la population menées à l'échelle nationale afin d'évaluer les niveaux de diagnostic et de traitement; utilisation de bases de données commerciales pour évaluer les tendances nationales et régionales en matière de pharmacothérapie; évaluation des tendances nationales et régionales en matière de complications de l'hypertension; système national fondé sur les données administratives des provinces sur la santé afin de déterminer l'incidence et la prévalence de l'hypertension, ainsi que sa prise en charge une fois diagnostiquée; surveillance des connaissances, des attitudes et des comportements des Canadiens hypertendus; définition des besoins de formation des professionnels de la santé.
<i>Prévention – consommation de sodium alimentaire (57)</i>	La plupart des documents portant sur le sodium destinés au public et aux professionnels de la santé proviennent	<ul style="list-style-type: none"> • Vaste réseau de professionnels de la santé, de leurs organisations professionnelles respectives et d'organisations non gouvernementales plaident en faveur d'une réduction de la consommation de sodium alimentaire. • Programme particulier d'application des connaissances élaboré pour la

Élément	État avant 2000	État entre 2000 et 2010
	directement ou indirectement de l'industrie alimentaire et des fabricants de sel.	<p>population canadienne et les professionnels de la santé sur le sodium alimentaire par un vaste regroupement de professionnels de la santé, de leurs organisations respectives et d'organisations non gouvernementales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deux sites Web ont été conçus pour diffuser de l'information sur le sodium auprès du public et des professionnels de la santé. • Vaste couverture médiatique de l'incidence sur la santé d'une alimentation riche en sodium au moyen de communiqués de presse diffusés sous la direction du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et la Fondation des maladies du cœur. • Groupe de travail multi-intervenants sur la réduction du sodium alimentaire chargé par le ministre fédéral de la Santé d'élaborer une stratégie détaillée afin de réduire la consommation de sodium au Canada en fonction des niveaux recommandés. • Recommandation de cibles provisoires par le Groupe de travail multi-intervenants sur la réduction du sodium alimentaire afin de réduire la consommation moyenne de sodium à 2 300 mg par jour d'ici 2016 au Canada, appuyée par le ministre fédéral de la Santé et ses homologues provinciaux.
<i>Sensibilisation du public</i> (54;57;58)	Un programme pilote en vue de mener une campagne de sensibilisation publique sur l'hypertension a peu d'incidence. Une trousse sur la santé du cœur et un dépliant de la Fondation des maladies du cœur sur l'importance de connaître sa pression artérielle « par cœur » ont été conçus pour aider les gens souffrant d'hypertension, mais le matériel n'est pas mis à jour ou réimprimé. Un guide sur l'hypertension à l'intention des patients est élaboré par la Société canadienne d'hypertension artérielle. Très peu d'information non commerciale actualisée et normalisée sur	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un programme complet d'application des connaissances sur l'hypertension par un groupe de travail chargé de l'éducation du public mis sur pied par Pression artérielle Canada à l'intention des gens souffrant d'hypertension ou à risque. • Diffusion de l'information directement au public ainsi que par l'entremise du programme complet d'application des connaissances sur les soins primaires du PECH; de nombreux outils d'application des connaissances sont élaborés et distribués aux personnes souffrant d'hypertension afin d'améliorer leur auto-efficacité en matière de prévention et de prise en charge de l'hypertension. • Les recommandations destinées au public et les outils éducatifs destinés aux patients, qui se fondent sur les recommandations des professionnels de la santé, sont mis à jour tous les ans. • Les gens peuvent s'inscrire à www.hypertension.ca pour être régulièrement informés des nouvelles ressources en matière d'hypertension, et la mise sur pied d'une association nationale des personnes hypertendues est en cours. • Enquête spécialement élaborée pour évaluer les connaissances, les attitudes et le degré de sensibilisation des Canadiens et des personnes hypertendues en ce qui concerne l'hypertension (65).

Élément	État avant 2000	État entre 2000 et 2010
	l'hypertension à l'intention du public et des patients est diffusée ou disponible.	
<i>Élaboration et défense d'une politique</i>	Recours limité à la défense de la cause afin de prévenir et de contrôler l'hypertension par l'entremise de Pression artérielle Canada.	<ul style="list-style-type: none"> • Chaire sur l'hypertension en guise de nouveau poste de leadership. • Programme de réduction du sodium en guise de programme de défense de la cause par l'entremise de Pression artérielle Canada, 2006 (66). • Création d'un comité de la politique publique en 2010 par Hypertension Canada (63). • La Fondation des maladies du cœur et le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires défendent la cause en mettant l'accent sur le sodium alimentaire et la pression artérielle.

Partenariats renforcés et élargis

La Stratégie nationale de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle de 2000, bien qu'elle n'ait été endossée par aucun gouvernement au Canada (fédéral ou provincial), a tout de même servi de modèle de plan d'action. Le milieu des soins de santé canadien y a réagi : il a formé des partenariats entre les secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux qui ont stratégiquement orienté les ressources, pour la plupart existantes, et consenti gratuitement du temps à des projets de collaboration.

Ainsi, trois partenariats, composés en partie des mêmes membres, ont été au cœur des progrès faits jusqu'à maintenant : la Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle (la Coalition) et le PECH. Mise sur pied en 1984 et devenue pression artérielle Canada (PAC) en 2005, la Coalition fait maintenant partie d'Hypertension Canada, un organisme de bienfaisance bénévole à but non lucratif réunissant des organismes nationaux de professionnels de la santé, les gouvernements, l'industrie et d'autres organismes bénévoles, la Société Canadienne d'Hypertension; et, ultérieurement à 2000, PECH - un regroupement d'experts et de scientifiques du domaine de l'hypertension, dont la création a été officialisée en 2000, qui sert maintenant d'organisme de formation clinique dans le cadre d'Hypertension Canada. Au sein de ces deux grands regroupements, des groupes de partenaires se sont attribué certains rôles précis, en fonction de leurs mandats respectifs, afin d'appuyer l'atteinte des grands objectifs du regroupement.

Il est essentiel de nouer, de maintenir et de coordonner des partenariats plus vastes et plus solides au Canada, afin de faire progresser la recherche, la pratique clinique ainsi que les interventions visant les communautés et la population en général et d'atteindre

les prochains objectifs pour une pression artérielle saine.

Les paragraphes suivants décrivent brièvement les initiatives et contributions des divers partenaires de la prévention et de la prise en charge de l'hypertension. Fait important à souligner, bon nombre des activités des partenaires ont été intégrées aux programmes du PECH et de PAC ou coordonnées avec eux. L'annexe 2 donne un aperçu historique et une description plus détaillée des rôles de chaque partenaire et l'annexe 3, une description plus complète du PECH.

Hypertension Canada

Hypertension Canada était important dans la plupart des efforts de gestion de l'hypertension avant 2000 et a été mis sur pied en 2010 par la fusion des ressources et de l'expertise en formation, en politiques et en recherche de trois organismes, soit Pression artérielle Canada, la Société canadienne d'hypertension artérielle (SCHA) et le PECH. Sur le plan de la formation, l'organisme a approfondi le PECH (décrit plus en détail ci-dessous) et défend activement l'idée d'intégrer les recommandations en matière de prise en charge de l'hypertension à celles portant sur la prévention des MCV dans le cadre du projet C-Change (*Canadian Cardiovascular HARmonization of National Guidelines Endeavour*). C-Change est un projet des Instituts de recherche en santé du Canada [IRSC] pour créer un ensemble de recommandations communes pour la pratique clinique en prévention et en thérapeutique cardiovasculaire.

Ayant la responsabilité de la recherche en la matière, Hypertension Canada verra à instaurer des mécanismes afin d'améliorer et d'intégrer les quatre piliers de la recherche menée aux IRSC (soit la recherche biomédicale, la recherche clinique, les recherches sur les services de santé et axées sur la population) relative à la pression artérielle. Il poursuit également les travaux d'élaboration d'une politique publique, précédemment réalisés par PAC, par l'entremise d'un comité sur la politique publique, pour examiner les questions touchant la santé de la population, les services de soins de santé, les programmes communautaires et les populations vulnérables, ainsi que pour évaluer ces politiques.

Pression artérielle Canada (PAC)

Avant d'être intégré à Hypertension Canada, l'organisme PAC a eu une vaste et constante incidence sur la prise en charge de l'hypertension au Canada. Au cours des dix dernières années, il a mené le processus pour l'élaboration de la Stratégie nationale de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle de 2000, de même que fait partie intégrante du regroupement des partenaires pour élaborer les recommandations de pratique clinique normalisées pour la prise en charge de l'hypertension, qui ont jeté les bases du PECH et mené au projet de Chaire du Canada pour le contrôle et la prévention de l'hypertension. PAC est devenu la division d'éducation publique de cette chaire, dès la confirmation de celle-ci en 2006. Il a instauré un processus visant à mettre en œuvre les recommandations de prise en charge de la pression artérielle, parallèlement aux efforts du PECH, mais en les adaptant à un auditoire public et en

offrant une foule de ressources pour aider les gens à mieux prévenir et à mieux prendre en charge l'hypertension.

À l'échelle nationale, PAC a également été le chef de file non gouvernemental de la réduction de la consommation de sodium alimentaire. Il a pris une part active aux efforts visant à revoir le *Guide alimentaire canadien* pour qu'y soit traitée plus abondamment la question du sodium alimentaire. En outre, il a élaboré, en collaboration avec d'autres organismes nationaux de la santé, un énoncé de politique qui est devenu le porte-étendard de la lutte menée par les organismes non-gouvernementaux (ONG) pour réduire la consommation de sodium alimentaire. PAC a poursuivi son action en mettant sur pied le Groupe de travail sur le sodium avec plus de 30 professionnels de la santé afin d'élaborer des outils et des ressources à l'intention de leurs associations et de la population. Il a été l'un des organismes centraux du Comité de planification stratégique du sodium (CPSS) et a fait partie du comité directeur du Groupe de travail sur le sodium.

Société canadienne d'hypertension artérielle (SCHA)

La Société canadienne d'hypertension artérielle (SCHA) a joué un rôle important dans la plupart des efforts de gestion de l'hypertension avant 2000. Il a été l'un des membres fondateurs du PECH et a été une organisation directrice au sein de PAC. Elle a en partie financé la Chaire du Canada pour le contrôle et la prévention de l'hypertension, tenu les réunions annuelles du PECH et offert un soutien essentiel au PECH et à PAC. La SCHA se compose de chercheurs et de cliniciens ayant un intérêt marqué pour l'hypertension.

Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH)

Le PECH, qui en est à sa 12^e année d'existence, est un partenariat réunissant plus de 150 experts multidisciplinaires de l'hypertension – professionnels et scientifiques du domaine de la santé travaillant au sein de gouvernements, d'organisations non gouvernementales et d'organisations sanitaires et scientifiques – qui ont fait preuve de constance et contribué volontairement à la mise à jour annuelle et systématique des recommandations pour la prise en charge de l'hypertension, afin d'aider les praticiens en soins primaires et les patients à prendre en charge l'hypertension. Les améliorations constatées dans les processus de prise en charge de l'hypertension après 2000 sont en grande partie attribuables au PECH. Au cours de la même période, les modifications positives survenues dans les principaux indicateurs de santé en ce qui concerne l'hypertension peuvent également être étroitement liées à l'existence du PECH. L'annexe 3 fournit plus d'information sur l'historique et les activités actuelles du PECH.

Au cœur de la réussite du PECH se trouve la mise en œuvre efficace de ses recommandations aux professionnels de la santé et au public. Cette mise en œuvre est assurée par un réseau d'organismes partenaires dans la diffusion des recommandations, soit la Société canadienne de cardiologie, le Conseil canadien des infirmières(iers) en nursing cardiovasculaire, l'Association canadienne du diabète, l'Association des pharmaciens du Canada, l'Association canadienne de santé publique, la Société canadienne de médecine interne, la Société canadienne de néphrologie, le Collège des

médecins de famille du Canada, Les diététistes du Canada, la Fondation des maladies du cœur du Canada (et la Fondation des maladies du cœur de chaque province), la Fondation canadienne du rein, l'Association canadienne de réhabilitation cardiaque, le Réseau canadien d'insuffisance cardiaque, l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires ainsi que l'Agence de la santé publique du Canada et plusieurs programmes des gouvernements provinciaux.

Le PECH a pu mettre à profit les fonds et les subventions sans restrictions que lui ont versés les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (santé circulatoire et respiratoire), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), la Fondation des maladies du cœur du Canada (FMCC) et l'industrie pharmaceutique.

« [Traduction] Le PECH demeure l'exemple parfait de la transposition des connaissances en actions, puisqu'il utilise les nouvelles données probantes issues de la recherche pour en faire la synthèse à l'intérieur d'un ensemble complet de recommandations à mettre en œuvre chaque année. En outre, il adapte ces recommandations pour en faire des outils à l'intention des patients et des fournisseurs de soins et sollicite leurs commentaires pour pouvoir améliorer le processus l'année suivante. Enfin, l'incidence du PECH est surveillée par le Groupe de travail des résultats de recherche, au moyen de bases de données administratives nationales et provinciales et d'une expertise méthodologique et statistique. »

Rapport du PECH 2010 (59)

La Fondation des maladies du cœur

Également membre fondateur du PECH, la Fondation des maladies du cœur du Canada (FMCC) a pris part aux premiers efforts visant à réduire la consommation de sodium alimentaire à titre de membre du Groupe de travail multi-intervenants sur le sodium et du Comité de planification stratégique du sodium (CPSS). Elle intervient à la fois dans la prise en charge clinique de l'hypertension et dans la sensibilisation du public.

- Collaboration avec les professionnels de la santé en vue d'élaborer des modèles pour améliorer la prise en charge de l'hypertension au sein d'équipes de soins de santé (principalement en Ontario et au Québec), notamment par de la formation interprofessionnelle.
- Distribution des documents de PAC et du PECH, dont une trousse de lutte contre l'hypertension pour les professionnels et de l'information sur la pression artérielle pour sensibiliser le public.

La FMCC a été et continue d'être un partenaire actif de la communauté de la lutte contre l'hypertension, ayant souvent apporté une contribution allant bien au-delà de son mandat dans chaque province. À titre d'exemple, la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario a :

- collaboré avec l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario à l'élaboration, en 2005, d'une directive sur les meilleures pratiques en soins infirmiers pour les cas d'hypertension, intitulée *Nursing Management of Hypertension*, qui respecte les recommandations du PECH et a été appuyée par lui;
- effectuée, en 2006, une enquête sur la prévalence et le contrôle de l'hypertension en Ontario, en partenariat avec l'Institut de cardiologie d'Ottawa et Statistique Canada. Cette mise à jour de la question a, pour la toute première fois, inclus une enquête sur les mesures physiques de l'hypertension chez les principaux groupes ethniques du Canada;
- créé un outil interactif de cybersanté appelé *My Heart & Stroke Blood Pressure Action Plan* qui aide les gens à se prendre en charge en leur offrant un soutien par courriel, en leur permettant de suivre et de surveiller leurs progrès en vue d'apporter des changements durables à leur mode de vie pour conserver une pression artérielle saine, ainsi qu'en leur offrant la possibilité de télécharger et d'imprimer un rapport à l'intention de leur fournisseur de soins de santé;
- consacré ses investissements à la recherche sur l'hypertension.

La Fondation des maladies du cœur du Québec, a quant à elle :

- édité à chaque année, de 2002 à 2011, un bulletin intitulé "Les Actualités du Cœur" dont le mandat était de favoriser le transfert des connaissances en s'associant à la diffusion des guides de pratique sur le diabète et les maladies cardiovasculaires, incluant le résumé des recommandations annuelles du PECH et un outil aide-mémoire pour faciliter la prise de décision clinique.
- distribué de l'information aux professionnels de la santé pour aider à éduquer les patients (et les professionnels de la santé) à la bonne technique de mesure de la pression artérielle.

Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires

Depuis 2006, le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires (RCCACV) participe aux efforts visant à réduire le sodium alimentaire surtout en sensibilisant davantage le public au lien qui existe entre consommation de sodium et pression artérielle au moyen d'une vaste série d'activités médiatiques. Il a conçu des ressources d'éducation publique, des guides sur la consommation de sodium, de nombreux articles et exposés ainsi qu'un populaire site Web (www.sodium101.ca). Le Réseau faisait partie du Groupe de travail sur le sodium et du CPSS.

Chaire du Canada pour le contrôle et la prévention de l'hypertension

En juillet 2006, grâce aux fonds provenant de la SCHA et des IRSC ainsi que d'une subvention sans restrictions de la société pharmaceutique Sanofi-Aventis, un projet pilote a été mis en œuvre en vue d'établir la Chaire du Canada pour le contrôle et la prévention de l'hypertension, nouveau poste universitaire qui devait être occupé jusqu'en juin 2011. Le tout premier à occuper cette chaire, soit le D^r Norm Campbell de l'Université de Calgary, a eu le mandat de voir et de collaborer à l'établissement d'activités visant à prévenir et à contrôler l'hypertension, notamment l'amélioration du

PECH, l'amélioration des systèmes de surveillance servant à faire le suivi et l'évaluation des interventions, la sensibilisation accrue du public, l'élaboration et la défense d'une politique pour réduire la consommation de sodium alimentaire, ainsi qu'une meilleure reconnaissance de la réussite du Canada en matière de prise en charge de l'hypertension sur la scène internationale. Le poste a été renouvelé grâce au soutien de la FMCC et des IRSC.

Gouvernement du Canada

Avant la création de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) en 2004, Santé Canada était le ministère fédéral responsable de la prévention et du contrôle de l'hypertension. Maintenant, par l'entremise de l'ASPC, le gouvernement fédéral soutient le PECH et des projets communautaires pour assurer le dépistage et la prévention de l'hypertension. Ses principaux rôles sont de favoriser et de renforcer les partenariats et de coordonner les activités des divers ministères fédéraux et des gouvernements provinciaux et territoriaux. À l'heure actuelle, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, mis sur pied par l'ASPC, aide à combler les lacunes dans le dépistage de l'hypertension.

Le gouvernement fédéral a participé à un certain nombre d'initiatives visant à promouvoir la santé et à prévenir la maladie, notamment la Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et plan d'action (2010), la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada (2010), la Stratégie canadienne sur le diabète (renouvelée en 2005) et la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains (2005). Ces stratégies s'attaquent aux facteurs de risque communs à un certain nombre de maladies chroniques et qui s'appliquent à l'hypertension.

En ce qui a trait au développement des connaissances nécessaires aux politiques, le gouvernement fédéral a soutenu l'examen systématique des ouvrages de référence portant sur l'hypertension et voit, par l'entremise de Statistique Canada, des IRSC et de l'ASPC, à mettre en place les composantes d'un système de surveillance complet afin de recueillir des mesures physiques, des déclarations auprès des patients et des données administratives.

Instituts de recherche en santé du Canada

Au cours de la dernière décennie, les IRSC ont investi plus de 100 millions de dollars par année à la recherche sur les maladies cardiovasculaires, dont l'hypertension. Ils ont également financé des projets nationaux qui ont facilité la prise en charge de l'hypertension, par exemple les réunions du PECH, la surveillance de l'hypertension et l'intégration des recommandations du PECH au projet C-CHANGE, participé au Groupe de travail multi-intervenants sur la réduction du sodium alimentaire et financé en partie la Chaire du Canada pour le contrôle et la prévention de l'hypertension, comme mentionné plus haut.

Groupe de travail multi-intervenants sur la réduction du sodium alimentaire

Les partenaires non gouvernementaux de la communauté de la lutte contre l'hypertension ont donné l'élan à ce qui allait devenir la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada de 2010 (67). Ils ont commencé leurs actions en 2006 en tant que lobby de dix ONG nationales et sont d'abord parvenus à accroître la visibilité de la question du sodium alimentaire et à améliorer le contenu du *Guide alimentaire canadien* portant sur cette question au moment de sa révision. Au cœur de ce lobby, se trouvait un comité national chargé de la planification stratégique du sodium composé de PAC, de la SCHA, de la Société canadienne de cardiologie, du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, du Conseil canadien des infirmières(iers) en nursing cardiovasculaire, de la Société canadienne de néphrologie, des Diététistes du Canada et de la FMCC. Ce comité de planification a élaboré un énoncé de politique sur la réduction de la consommation de sel pour le Canada et, peu de temps après une vaste diffusion de cet énoncé dans les médias en 2007, le gouvernement du Canada a annoncé la formation du Groupe de travail multi-intervenants sur la réduction du sodium alimentaire, sous la présidence de Santé Canada. Ce groupe de travail compte des représentants de l'industrie de la transformation alimentaire et des services de restauration, des ONG préoccupées par la santé, du milieu scientifique, de groupes de protection des consommateurs, d'associations de professionnels de la santé et du gouvernement.

En 2010, le Groupe de travail a présenté une vaste stratégie de réduction du sodium à plusieurs volets reposant sur la bonne volonté des fabricants de produits alimentaires et des établissements de restauration de réduire la teneur en sel de leurs produits. Cette stratégie prônait une surveillance et un contrôle serrés de la part du gouvernement, de la recherche pour soutenir les efforts et une éducation du public à grande échelle. Les ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain ont ultérieurement adopté la cible provisoire recommandée par le Groupe de travail sur le sodium, soit une consommation moyenne de sodium de 2 300 mg par jour d'ici 2016 dans la population. Cette cible représente une baisse de 33 % par rapport à la consommation moyenne actuelle. Les ministres ont également convenu que l'adoption d'un règlement visant à limiter la teneur en sodium des produits alimentaires demeure une possibilité si l'approche volontaire ne donne pas de bons résultats.

Élaboration d'un système national de surveillance

Depuis 2000, les méthodes et processus de surveillance ont à ce point évolué que le Canada dispose maintenant de l'un des systèmes nationaux de surveillance les plus perfectionnés qui soient. Le système canadien permet d'avoir un portrait détaillé de la prévalence, de l'incidence (seulement par le diagnostic à l'heure actuelle), du traitement, du contrôle et des complications de l'hypertension. Le tableau ci-dessous

résume les instruments d'enquête qui permettent de recueillir des données pertinentes sur l'hypertension à l'échelle nationale.

L'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS), menée pour la toute première fois de 2007 à 2009, revêt une importance particulière pour la surveillance de l'hypertension au pays. Elle permet de recueillir des mesures physiques et des données auto-déclarées; la pression artérielle réelle, de même que les mensurations et la condition cardiorespiratoire et musculo-squelettique sont ainsi connues.

Il est essentiel de recueillir des mesures physiques objectives pour comprendre l'état de santé actuel des Canadiens. Les données auto-déclarées sur les comportements se sont avérées sujettes à certains biais, par exemple des difficultés de rappel. Il en va ainsi de la comparaison des données auto-déclarées aux véritables mesures de l'activité physique chez les adultes : selon les estimations données par les personnes sondées, environ 53 % des adultes au Canada sont physiquement actifs, alors que l'ECMS, à l'aide d'accéléromètres, a permis de conclure que seulement 15 % des adultes respectent dans les faits le niveau d'activité recommandé afin d'en retirer des bienfaits pour la santé (39). Dans le cas de l'hypertension, la prévalence fondée sur les données auto-déclarées est sous-estimée, surtout parce que les gens ne se savent pas atteints (68).

Instrument	Date de mise en place; périodicité	Données pertinentes pour l'hypertension
Enquête canadienne sur les mesures de la santé	De mars 2007 à février 2009; tous les 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Distribution de la pression artérielle • Prévalence de l'hypertension • Diagnostic connu, selon les données auto-déclarées • Traitement à l'aide de médicaments antihypertenseurs, selon les données auto-déclarées • Degré de contrôle de l'hypertension • Utilisation des médicaments contre l'hypertension
Enquête nationale sur la santé de la population	1994; tous les 2 ans jusqu'en 2000	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic d'hypertension posé par un professionnel de la santé, selon les données auto-déclarées (estimations de l'incidence) • Traitement à l'aide de médicaments antihypertenseurs, selon les données auto-déclarées
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	2000; tous les 2 ans jusqu'en 2007, puis tous les ans depuis 2007	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic d'hypertension posé par un professionnel de la santé, selon les données auto-déclarées • Traitement à l'aide de médicaments antihypertenseurs, selon les données auto-déclarées • Fréquence de la mesure de la pression artérielle, selon les données auto-déclarées • Dans 4 provinces (donc facultatif), dernière vérification de la pression artérielle et obstacles à la vérification, selon

Instrument	Date de mise en place; périodicité	Données pertinentes pour l'hypertension
		les données auto-déclarées
Bases de données des sociétés pharmaceutiques	Permanent	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de prescriptions de médicaments antihypertenseurs distribuées • Coûts des médicaments antihypertenseurs • Diagnostics (y compris d'hypertension) pour les visites chez les médecins
Rapports de Statistique Canada sur les données de l'Institut canadien d'information sur la santé concernant les tendances en matière de mortalité et de morbidité	Permanent	<ul style="list-style-type: none"> • Données nationales, provinciales et territoriales sur le taux de mortalité et les hospitalisations attribuables aux conditions liées à l'hypertension.
Système national de surveillance des maladies chroniques (SNSMC)	2009; permanent	<ul style="list-style-type: none"> • Assurance-maladie, facturation des médecins et hospitalisations, pour lesquelles des critères sont appliqués afin d'évaluer l'incidence et la prévalence des diagnostics d'hypertension avec et sans diabète et la mortalité totale associée
Enquête sur les issues liées à l'hypertension (<i>Hypertension Outcomes Survey Trial</i> ou HOST) du Groupe de travail sur les résultats de recherche du PECH	2006; permanent	<ul style="list-style-type: none"> • Permet d'élaborer et d'évaluer la validité de méthodes et d'essais pour le SNSMC. • Données personnalisées fournies de façon anonyme faisant un lien entre un diagnostic d'hypertension, le traitement et les résultats à l'échelle régionale, provinciale ou nationale
Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – module sur l'hypertension	2008-2009	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissances, attitudes et comportements des gens ayant reçu un diagnostic d'hypertension
Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières nations	Octobre 2002, pendant 12 mois	<p>Données auto-déclarées provenant de membres des Premières nations vivant dans des réserves</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hypertension (âge de l'annonce de la condition, traitement ou médication à l'heure actuelle, lien ou non avec la grossesse)

3 Aspects du mode de vie influant sur les maladies vasculaires : situation, tendances et initiatives

La présente section traite en premier lieu des tendances qui existent au Canada relativement aux aspects modifiables du mode de vie liés aux maladies vasculaires. La plupart de ces aspects sont responsables, du moins en partie, de l'augmentation de la pression artérielle. La section se termine par un résumé des mesures prises ou prometteuses au Canada pour s'y attaquer. D'autres facteurs liés à l'âge, au sexe et à la génétique sont considérés comme non modifiables à l'heure actuelle.

Régime alimentaire

Un des déterminants importants d'une pression artérielle contrôlée est une saine alimentation, soit une alimentation qui comprend la consommation de beaucoup de fruits et de légumes frais et de peu de gras saturés, de gras trans et de sel tels que le régime DASH (69). Pour maintenir une pression artérielle saine, il est particulièrement important de surveiller sa consommation de sodium, de potassium et de fibres (les deux derniers provenant des fruits et des légumes) (69). Selon les toutes dernières études, il existerait un lien direct et distinct entre la consommation de boissons sucrées (fructose) et une pression artérielle accrue (70,71).

Une consommation accrue de sodium augmente la pression artérielle même chez les gens qui ont une alimentation par ailleurs saine (72,73). L'étude Intersalt indiquait en 1997 que [traduction] « un apport habituel élevé en sel est l'un des facteurs collectifs évitables importants sur le plan quantitatif à l'origine de la tendance, au sein de la population, vers une pression artérielle nuisible, qui constitue l'un des principaux risques d'épidémie de MCV » (74).

Une grande consommation de sodium alimentaire est responsable de 30 % des cas d'hypertension au Canada et provoque une hausse de la pression artérielle chez les adultes, les enfants et les bébés normotendus. En 2004, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, volet Nutrition, a permis de constater qu'une très grande proportion de Canadiens consomment plus de la limite maximale de sodium recommandée (plus de 85 % des hommes et 60 % des femmes de 17 à 90 ans; 77 % des enfants de 1 à 3 ans et 93 % des enfants de 4 à 8 ans). Si l'on tient compte de l'apport suffisant (AS) en sodium, lequel est l'apport optimal recommandé, soit environ un tiers de moins que la limite maximale, près de 100 % des Canadiens consomment trop de sodium à l'heure actuelle (75).

La pression artérielle en début de vie peut servir à prédire le risque de souffrir

d'hypertension une fois adulte. Ainsi, chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans, on a constaté qu'une légère réduction de l'apport en sel entraîne une baisse immédiate de la pression artérielle et permet, si elle est maintenue, d'amoindrir la hausse de la pression artérielle avec l'âge (76).

Contrairement au sodium, le potassium est généralement insuffisant dans les régimes alimentaires occidentalisés. Par exemple, les enquêtes du programme NHANES indiquent une faible consommation de potassium à l'échelle des États-Unis (69;77). Lorsqu'une alimentation est pauvre en potassium, un apport complémentaire permet de réduire la pression artérielle. À l'instar du PECH, le US Institute of Medicine recommande que cet apport complémentaire provienne d'une plus grande consommation de fruits et de légumes frais (69;59).

Bien que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ne porte pas sur l'apport en potassium à l'heure actuelle, elle a permis de constater qu'en 2004 la moitié des adultes et 70 % des enfants âgés de 4 à 8 ans ne consommaient pas les cinq portions quotidiennes de fruits et de légumes minimales recommandées ³ (78).

Il ne suffit pas toujours de savoir comment bien s'alimenter pour modifier ses habitudes. Lors d'une étude portant sur le régime DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), on a constaté une baisse de 9 mm Hg de la pression systolique lorsque les participants recevaient des conseils et du soutien pour maintenir une alimentation équilibrée en plus des aliments à privilégier. Une telle baisse devrait permettre de réduire la prévalence de l'hypertension de 17 % (69). (Fait important, aucune perte de poids n'a été constatée lors de l'étude du régime DASH, du fait de sa conception.) La seule incitation à suivre le régime DASH (soit à consommer les aliments privilégiés) s'avère beaucoup moins efficace lorsqu'elle ne s'accompagne pas de conseils (79). Le tableau 1 ci-dessous indique la mesure dans laquelle un apport réduit en sel, un apport accru en potassium et le régime DASH semblent influencer sur la prévalence de l'hypertension au sein de la population américaine lorsque certaines interventions sont effectuées sur le mode de vie.

Intervention sur le mode de vie	Références	Changement prévu dans la prévalence de l'hypertension (écart)
DASH	Appel et coll., 1997 (72)	-17 % (14-22 %)
Réduction de la consommation de sel	Institute of Medicine (69), Joffres (9)	-30 %
Hausse de la consommation de potassium	Whelton et coll., 1997 (80)	-5 % (4-7 %)

Adapté du rapport de l'IOM – *A population-based policy and systems change approach to prevent and control hypertension* (69).

³ Parce que les lignes directrices pour la consommation de fruits et légumes sont désormais supérieures à 5 par jour pour les adultes, ces données peuvent surestimer la réponse des adultes canadiens aux recommandations actuelles du Guide alimentaire canadien.

Activité physique

Le manque d'activité physique figure parmi les causes importantes d'une pression artérielle élevée et de bon nombre d'autres maladies et risques pour la santé. On estime que 17 % des cas d'hypertension découlent de l'inactivité physique. En revanche, une activité physique accrue peut réduire la pression artérielle systolique de 2 à 4 mmHg (69).

Selon les mesures objectives de l'activité physique effectuées dans le cadre de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (de 2007 à 2009), seulement 15 % des adultes canadiens respectent les recommandations du Canada en matière d'activité physique (39).

Quant aux enfants et aux adolescents, le *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine* leur recommande de faire 16 500 pas chaque jour s'ils veulent maintenir un poids santé et un style de vie actif toute leur vie.

L'étude sur l'activité physique des jeunes au Canada de l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, qui a recours à des podomètres pour mesurer le nombre de pas faits quotidiennement, a permis de constater que de 2007 à 2009, 88 % des enfants et des adolescents de 5 à 19 ans ne parvenaient pas à faire 16 500 pas dans leur journée et qu'il existe un écart marqué entre les provinces (81).

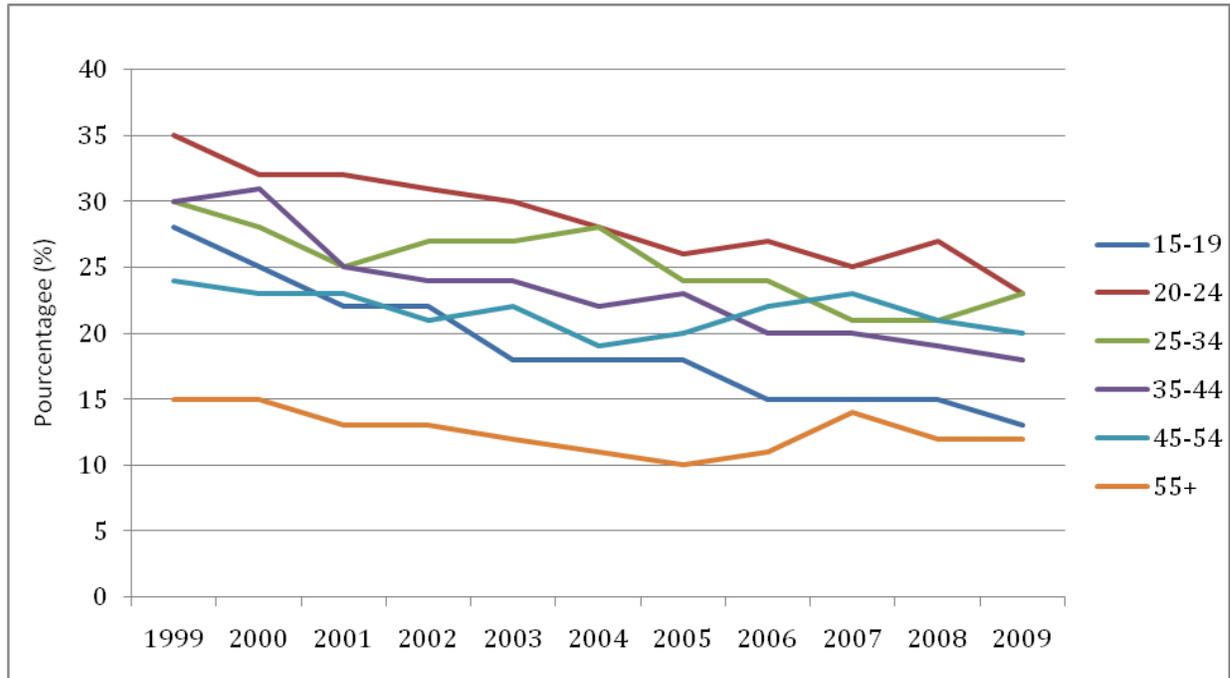
Tabac

À court terme, l'usage du tabac accroît la pression artérielle. Quant à savoir s'il existe ou non un lien de causalité entre la consommation régulière de tabac et la hausse de la pression artérielle à long terme, il faut poursuivre les recherches. Un fait demeure néanmoins : la cigarette et l'hypertension sont des facteurs de risque importants de mortalité et d'invalidité, et leurs conséquences négatives sur la santé s'additionnent.

De 1999 à 2009, le taux global de tabagisme a chuté chez les jeunes Canadiens de 15 ans et plus : de 25 %, il est passé à 18 %, comme l'illustre la figure 4 (76). En 2009, c'est dans le groupe des 20 à 34 ans que se trouvait le plus haut pourcentage de fumeurs actuels, soit 23 % (82).

L'usage du tabac présente des différences culturelles et ethniques. Par exemple, en 2004, la prévalence du tabagisme (usage non traditionnel) chez les peuples autochtones était plus élevée que les moyennes nationales selon l'âge. Ainsi, 50 % des jeunes âgés de 10 à 19 ans vivant dans une petite communauté du Nord-Ouest de l'Ontario fumaient, et cette proportion grimpeait à 82 % chez les 15 à 19 ans (83). De plus, 60 % des membres des Premières nations âgés de 18 à 34 ans vivant dans des réserves et 70 % des Inuits du Nord canadien âgés de 18 à 45 ans fumaient (84).

FIGURE 4 : Pourcentage de fumeurs actuels selon le groupe d'âge et le sexe, 15 ans et plus, Canada, de 1999 à 2009



Source : Santé Canada. Statistiques sur l'usage du tabac. Site Web consulté le 6 décembre 2010, à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2009/ann-histo-fra.php.

Alcool

Une consommation abusive d'alcool entraîne une foule de conséquences pour la vie sociale et la santé, y compris une hausse de la pression artérielle. Pour réduire la prévalence de l'hypertension, il faut également envisager la réduction de la consommation d'alcool chez les buveurs excessifs adultes (69). Le fait de réduire le nombre de consommations quotidiennes de trois à six à seulement une ou deux permet d'abaisser la pression artérielle, que la personne soit hypertendue ou normotendue (85). Au sein de la population, le taux d'hypertension attribuable à l'abus d'alcool est estimé à 3 % (69).

En 2009, la majorité des Canadiens disaient boire modérément, soit moins de cinq consommations à chaque occasion : 36 % disaient boire « peu et rarement » (moins d'une fois par semaine) et 31 % disaient boire « peu et souvent » (une fois par semaine ou plus). Une consommation d'alcool fréquente et en grande quantité est rapportée par 5 % des Canadiens, alors qu'ils sont près de 4 % à avoir indiqué qu'ils buvaient beaucoup, mais rarement (86). Il est important de noter que les gens ont généralement tendance à sous-estimer leur consommation d'alcool; la consommation réelle risque donc d'être plus élevée que ce qu'en disent les chiffres.

Stress

La santé mentale est à la base de tout programme qui vise à promouvoir les comportements sains. En tant que problème de santé mentale, le stress peut déclencher certains mécanismes d'adaptation malsains, par exemple le tabagisme, l'abus d'alcool, la frénésie alimentaire et l'oubli de prendre ses médicaments, ce qui, entre autres effets néfastes, risque d'accroître la pression artérielle et peut compromettre les efforts consentis pour la contrôler. Un stress prolongé mal géré, observé davantage chez les Canadiens de 25 à 64 ans, entraîne également des risques biochimiques et physiologiques, notamment un taux de cholestérol accru, des dommages aux artères, un rythme cardiaque irrégulier et l'apparition de l'hypertension. (17)

En 2007, 23 % des Canadiens (23 % des femmes et 22 % des hommes) ont déclaré qu'ils étaient quotidiennement « assez stressés » ou « extrêmement stressés ». Toutefois, cette proportion a diminué de 13 % depuis 2001 (17).

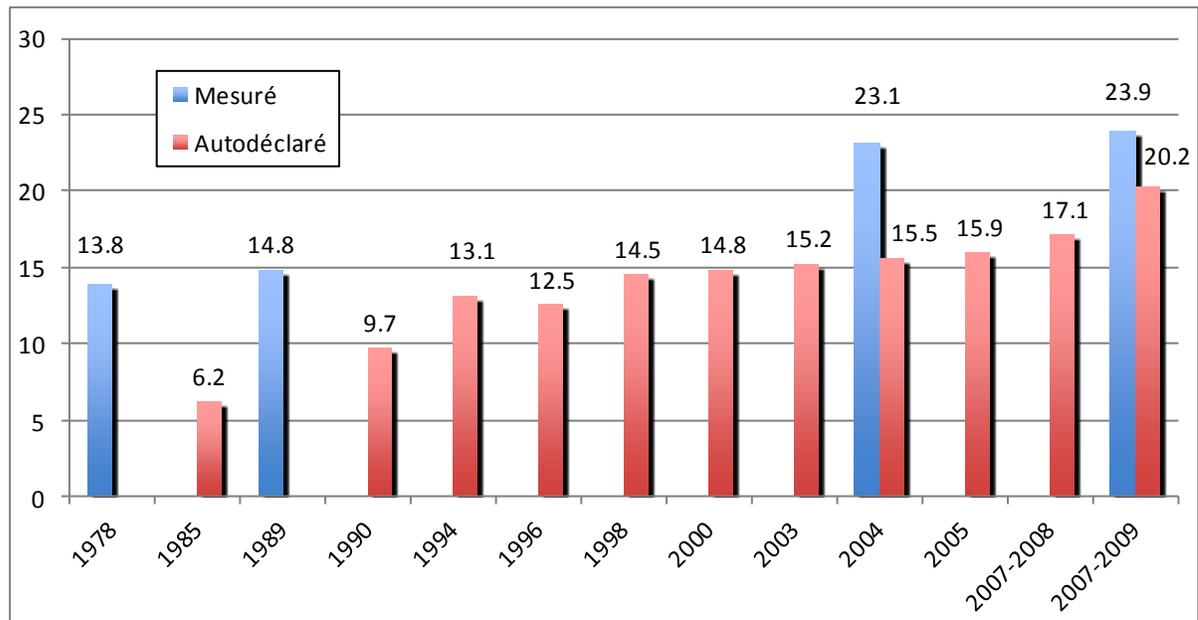
Poids

La prise de poids corporel présente un risque de complications médicales et de problèmes de santé multiples. Bien que certaines études par observation aient conclu que 28 % des cas d'hypertension sont dus à l'obésité (69), les toutes dernières données indiquent que c'est davantage l'adiposité abdominale (rapport taille-hanches supérieur à un) qu'un surplus de poids corporel (et l'IMC) qui est étroitement liée à l'apparition de maladies cardiovasculaires et d'hypertension. En outre, il existe sans doute un nombre important de liens indirects entre le poids corporel et l'hypertension (les facteurs directs étant une mauvaise alimentation et l'inactivité physique). Certaines études à long terme viennent appuyer ces conclusions : une perte de poids très marquée à la suite d'une chirurgie n'a pas entraîné la baisse de la pression artérielle ni de la prévalence de l'hypertension, donnant ainsi à penser qu'il existe une interaction complexe entre régime alimentaire, activité et obésité (87). Il faut se préoccuper particulièrement de l'excès de poids ou de l'obésité chez les jeunes, puisque les études ont démontré la probabilité que tout excédent de poids chez un jeune persiste jusqu'à l'âge adulte (88).

La prévalence de l'obésité en soi est en hausse au Canada : selon les données, près de 14 % des adultes étaient obèses en 1978-1979, alors qu'en 2004 cette proportion est passée à 23 %, et de 2007 à 2009, à près de 24 % (voir la figure 5). En 2004, une proportion supplémentaire de 36 % des adultes avait un excédent de poids.

Selon les données longitudinales tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population (de 1996-1997 à 2004-2005), près du tiers des Canadiens dont le poids se situait dans la fourchette acceptable en 1994-1995 ont pris un excès de poids au cours des huit années suivantes, et environ le quart de ceux en surpoids sont devenus obèses (89).

FIGURE 5 : Pourcentage de la population de 18 ans et plus souffrant d'obésité (mesurée et autodéclarée) par année, Canada, de 1978 à 2009



Source : Division de la surveillance des maladies chroniques, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada. Données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne (diverses années) et de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009 (Statistique Canada).
 Nota : Les données ne comprennent pas celles des territoires.

Dans le groupe des 40 à 69 ans, le pourcentage d'hommes et de femmes dont le tour de taille leur fait courir un risque élevé de souffrir d'un problème de santé a plus que doublé entre 1981 (données de l'Enquête Condition physique Canada) et 2007-2009 (données de l'ECMS). Dans le groupe des 20 à 39 ans, ce pourcentage a plus que quadruplé.

En ce qui concerne le taux d'obésité, les différences régionales sont phénoménales : ce taux était de 19 % en Colombie-Britannique et de 34 % à Terre-Neuve en 2004 (90). Cette même année, chez les Autochtones hors réserve âgés de 19 à 50 ans, les taux de surpoids et d'obésité étaient supérieurs à ceux observés dans les populations non autochtones, surtout en raison de taux plus élevés chez les femmes autochtones (91).

Dyslipidémie

Les liens de causalité entre les lipides alimentaires, l'hypertension et la pression artérielle élevée n'ont pas fait l'objet d'études poussées. Toutefois, des taux de cholestérol total, de triglycérides et de mauvais cholestérol (lipoprotéines de faible densité ou LDL) nuisibles pour la santé sont généralement associés à une pression artérielle mesurée plus élevée. Les données de l'ECMS pour la période allant de 2007 à 2009 indiquent que 41 % des Canadiens adultes présentaient un taux de cholestérol total élevé : 27 % des 20 à 39 ans, 47 % des 40 à 59 ans et 54 % des 60 à 79 ans (27).

Chez les adultes canadiens, environ 36 % ont un taux de cholestérol LDL néfaste pour la

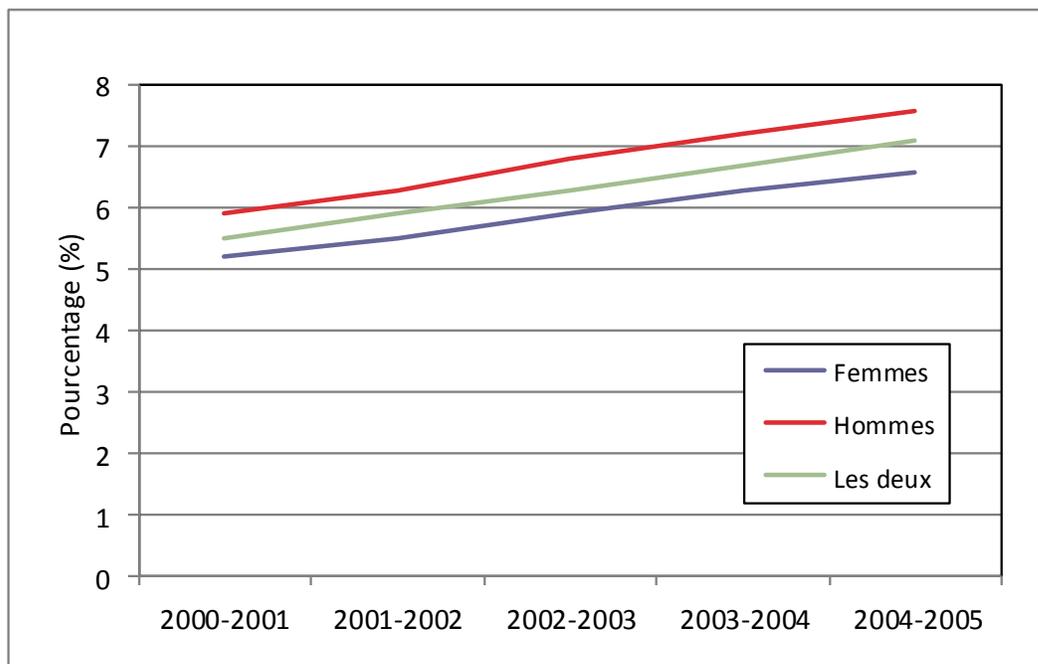
santé (trop élevé), 30 % ont un taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (HDL) néfaste pour la santé (trop bas), et environ 25 % ont un taux de triglycérides néfaste pour la santé, lequel augmente avec l'âge, passant de 17 % chez les adultes de 20 à 39 ans au double chez les 60 à 79 ans (27).

Diabète

La plupart des gens aux prises avec le diabète souffrent également d'hypertension, et la prévalence du diabète de type II – grandement déterminée par le mode de vie – est en hausse au Canada. En 2004-2005, environ 7 % des Canadiens âgés de 20 ans et plus étaient diabétiques, alors qu'un peu plus de 5 % l'étaient quatre ans plus tôt. Au sein du groupe des 65 ans et plus seulement, environ 1 personne sur 5 souffrait du diabète en 2004-2005 (4). Chez les personnes qui se savent atteintes de diabète, 75 % souffrent également d'hypertension.

Bon nombre des risques pour la santé associés au diabète sont liés à une hypertension coexistante : 75 % des AVC, 50 % des cas d'insuffisance rénale et 35 % des coronaropathies sont attribuables à l'hypertension, et celle-ci est à l'origine de plus de 40 % des décès chez les personnes aux prises avec le diabète. Au Canada, le taux de mortalité chez les gens souffrant à la fois de diabète et d'hypertension est presque trois fois supérieur à celui chez les personnes exemptes de ces deux maladies (65).

FIGURE 6 : Pourcentage de la population de 20 ans et plus souffrant de diabète, selon le sexe et l'année, Canada, de 2000-2001 à 2004-2005



Source : Agence de la santé publique du Canada, 2009. Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada. Consulté le 6 décembre 2010, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/index-fra.php>. Nota : Données fournies par l'ensemble des provinces et des territoires en date du 31 octobre 2007.

Le diabète figure parmi les problèmes de santé publique les plus préoccupants au sein des Premières nations. Les Autochtones sont trois ou quatre fois plus susceptibles de souffrir du diabète de type 2 que les Canadiens non autochtones (92).

Intervenir sur les aspects du mode de vie

Politiques et lois (1997-2007)

En 2009, une analyse de la conjoncture portant sur les lois et les politiques en matière de prévention du cancer a permis de constater qu'un certain nombre de politiques, de lois et de règlements ont été adoptés de 1997 à 2007 aux échelons fédéral, provincial et municipal ainsi que par les commissions scolaires. Ces mesures visaient les principaux facteurs de risque modifiables du cancer, lesquels sont, pour la plupart, les mêmes que pour les autres maladies et conditions chroniques, y compris l'hypertension. L'analyse a également permis de cerner un certain nombre de questions qui font de plus en plus consensus et qui influencent la volonté politique quant à l'adoption de mesures fondées sur les politiques. Ces mesures et questions sont les suivantes (93) :

- l'adoption, par la plupart des gouvernements provinciaux et territoriaux, de restrictions en matière de publicité et de promotion des produits du tabac qui vont au-delà des limites fédérales stipulées dans la *Loi sur le tabac*;
- l'interdiction de fumer dans les espaces publics et les milieux de travail clos imposée par l'ensemble des provinces et territoires canadiens (avec certaines différences en ce qui concerne les exemptions liées aux fumoirs et zones fumeurs);
- un intérêt accru envers les propositions de politique visant la promotion d'environnements alimentaires sains dans les écoles;
- une augmentation du nombre de provinces et de territoires pour inclure l'activité physique, sur une base journalière, dans les écoles;
- la hausse des incitations économiques visant à encourager les jeunes à être actifs sur le plan physique;
- une tendance vers la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique au moyen de stratégies provinciales ou territoriales de promotion de la santé et d'un mode de vie sain comportant des volets axés sur les politiques.

Collaboration et coordination entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux

Très utile pour la prévention de l'hypertension, la *Déclaration sur la prévention et la promotion*, adoptée tout récemment par les ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain, est un énoncé écrit et public de leur vision commune de travailler ensemble et avec d'autres intervenants à faire de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, des incapacités et des blessures un domaine d'action prioritaire (94).

Plus tôt, soit en 2009, un énoncé de politique commun, *Action intersectorielle sur l'activité physique chez les enfants et les jeunes*, a été approuvé par les ministres du Sport, de l'Activité physique et des Loisirs, puis en janvier 2010, par les ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain. Par la suite, un cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé, intitulé *Freiner l'obésité juvénile*, a été rendu public (95).

Autres initiatives nationales

Le Plan stratégique 2008-2012 de la société du Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) compte huit secteurs prioritaires, dont la prévention primaire. Les activités de prévention primaire se concentreront sur les facteurs de risque modifiables qui prédisposent les gens à développer, en plus du cancer, d'autres problèmes de santé, dont l'hypertension. Ces facteurs comprennent la sédentarité, une alimentation déficiente, l'obésité, le tabagisme et la consommation d'alcool. En ce qui concerne ces facteurs de risque courants, le PCCC compte sur une collaboration continue avec des partenaires d'autres secteurs de la santé publique afin d'éviter les chevauchements et de maximiser les possibilités d'intervention (96).

Dans le même ordre d'idées, la Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et le Plan d'action de 2009, en plus de viser des cibles bien précises pour le traitement et le contrôle de l'hypertension, énonce une intention de travailler de concert avec d'autres initiatives pour atteindre les objectifs concernant l'alimentation saine, l'activité physique ainsi que la réduction de poids et l'obésité chez les adultes et les enfants (55). Dans l'ensemble, les orientations de cette stratégie couvrent bon nombre des points recommandés par la communauté de la lutte contre l'hypertension, soit :

- Établir un contexte sain pour le cœur par l'éducation, la législation, la réglementation et la politique;
- Aider les Canadiennes et les Canadiens à vivre plus sainement en élaborant des messages communs sur les facteurs de risque, en offrant des outils d'auto assistance et en faisant des vérifications et des suivis auprès des installations communautaires.
- Mettre fin à la crise de la santé cardiaque chez les Autochtones/indigènes en les faisant participer à l'élaboration de leurs propres solutions et plans, et en leur offrant un soutien adapté à leur culture.
- Poursuivre la réforme des services de santé en favorisant l'innovation pour soutenir la prévention de la maladie chronique et les programmes de gestion implantés dans les équipes de soins primaires en interaction avec les réseaux intégrés régionaux de soins spécialisés en cardiologie axés sur les patients.

- Mettre sur pied l'infrastructure des connaissances pour améliorer la prévention et les soins en faisant en sorte que nous ayons l'information la plus exacte, dans les meilleurs délais et que nous puissions l'échanger efficacement.
- Soutenir l'élaboration ciblée des connaissances.
- Développer une base de fournisseurs de service de qualité possédant l'éducation et les compétences nécessaires en planifiant de manière systématique notre main-d'œuvre et en stimulant l'innovation.

D'autres stratégies visant à s'attaquer à certaines maladies, notamment le diabète, l'AVC et les maladies pulmonaires, prônent l'activité physique, la saine alimentation et l'abandon du tabac, soit encore une fois, les aspects du mode de vie qui permettent de conserver une bonne santé vasculaire (97).

4 Déterminants sociaux et hypertension

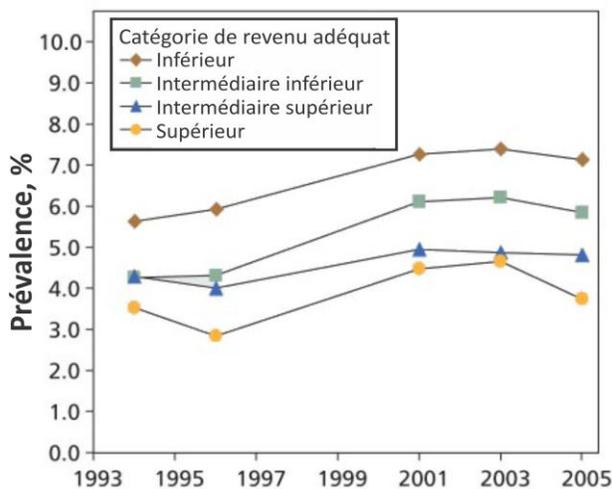
Au cours des 35 ans ayant suivi le dépôt du Rapport Lalonde, et malgré une certaine attention du gouvernement envers la santé de la population, l'application des connaissances et de la compréhension acquises sur les déterminants de la santé et les disparités en santé a été plutôt lente. Entre autres raisons, il y a eu la réticence de certains décideurs à reconnaître les résultats de recherche de plus en plus nombreux démontrant le lien entre les déterminants sociaux de la santé, le mode de vie et l'apparition des maladies et à y donner suite. Pourtant, certains de ces résultats sont directement liés aux facteurs de risque de l'hypertension, ainsi que de plusieurs autres conditions et maladies chroniques. En voici quelques-uns :

- Les adolescents jouissant d'un statut socioéconomique (SSE) plus élevé sont plus actifs physiquement, ont de meilleures habitudes alimentaires et sont moins enclins à fumer par rapport à leurs pairs de SSE moins élevé. Chez les enfants d'âge scolaire, on observe moins d'obésité lorsque le SSE est élevé (98-102).
- L'accumulation d'expériences et de conditions négatives liées à un faible SSE tout au long de la vie est plus importante, par exemple facteurs de risque d'AVC, morbidité et mortalité, alors que l'expérience d'un faible SSE dès l'enfance est associée à un nombre accru de MCV et d'AVC à l'âge adulte (99-102).
- Un SSE moins élevé est associé à une utilisation accrue des services de soins de santé sans trop d'incidence sur les résultats pour la santé, qui demeurent mauvais, particulièrement la mortalité. Les soins de santé universels ne permettent pas d'éliminer les disparités historiques dans les résultats pour la santé que vivent les groupes défavorisés. Ce sont les stratégies de prévention à grande échelle appliquées dès la petite enfance qui peuvent parvenir à faire changer les comportements nuisibles pour la santé (103).

Il existe un obstacle majeur à l'application des résultats d'études qui font un lien entre SSE et santé, soit le fait que les travaux sur les déterminants de la santé et les disparités en santé relèvent généralement des ministères de la Santé qui, d'ordinaire, se préoccupent de l'attention que portent le milieu politique et le public aux problèmes immédiats dans les services de traitement. Ajoutons à cela le fait que le secteur de la santé publique ne soit pas parvenu à promouvoir efficacement l'approche axée sur la santé de la population auprès des secteurs autres que la santé intéressés par le SSE, comme l'éducation, l'hébergement, l'emploi, le revenu et la pauvreté (104).

Au Canada, pour des raisons qui demeurent obscures, on observe une hausse des diagnostics d'hypertension dans les quintiles de revenu inférieurs (voir la figure 7).

FIGURE 7 : Prévalence de l'hypertension ajustée selon l'âge et le sexe, de 1994 à 2005, stratifiée par catégorie de revenu adéquat



Source : D.S. Lee, M. Chiu, D.G. Manuel, K. Tu, X. Wang, P.C. Austin, M.Y. Mattern, T.F. Mitiku, L.W. Svenson, W. Putnam, W.M. Flanagan, J.V. Tu; Équipe canadienne de recherche sur les résultats des interventions en santé cardiovasculaire, « Trends in risk factors for cardiovascular disease in Canada: temporal, socio-demographic and geographic factors », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 181, 2009, p. E55-66.

Quant au dépistage et au contrôle de l'hypertension, certaines caractéristiques démographiques commencent à apparaître pour décrire les personnes qui ne font pas examiner leur pression artérielle, qui ne prennent aucun médicament antihypertenseur ou qui ne se plient pas au régime posologique prescrit.

- Les gens qui ne font pas mesurer leur pression artérielle semblent être plus jeunes, de sexe masculin, immigrés récemment ou membres d'une minorité visible (personnes de couleur et non-Autochtones) et ne parler ni français ni anglais (105).
- Plus de la moitié des personnes de 20 à 39 ans qui souffrent d'hypertension disent ne pas suivre de traitement contre l'hypertension par rapport à 17 % des personnes de 40 à 59 ans et à 5 % des 60 ans et plus. Facteurs observés : personnes de sexe masculin, se croient en excellente santé et consultent moins souvent un professionnel de la santé (106).
- Chez les personnes de 60 ans et plus, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de ne pas savoir qu'ils souffrent d'hypertension, alors que les femmes qui le savent sont plus susceptibles d'avoir une pression artérielle non contrôlée (107).

Il faut donc à la fois étendre les programmes de sensibilisation pour atteindre les populations difficiles à joindre et mieux informer les professionnels de la santé des caractéristiques qui s'appliquent aux personnes les plus susceptibles de croire qu'ils ne sont pas à risque.

5 Efforts en vue d'obtenir une pression artérielle saine chez tous les Canadiens

Cadre d'intervention élargi

Au Canada, la communauté de la lutte contre l'hypertension a réussi à faire évoluer le diagnostic et la prise en charge de l'hypertension : d'un modèle de soins chroniques qu'elle était au tout début (108), elle s'est transformée en une approche élargie suscitant de plus en plus la participation de la communauté et la promotion de la santé auprès de la population. Les progrès accomplis sont tels, surtout les solides partenariats interdisciplinaires qui ont été établis et qui sont essentiels au PECH (pour la formulation et la diffusion des recommandations), que la prise en charge de l'hypertension pourrait servir de modèle pour faire évoluer à son tour la prise en charge des maladies chroniques au Canada. Permettant de faire baisser la pression artérielle de toute la population et de la réduire à l'aide d'une pharmacothérapie chez les patients souffrant d'hypertension, le contrôle de la pression artérielle – qui améliore la santé vasculaire – s'inscrit parmi les quelques interventions menées qui ont débouché sur des avantages concrets pour la santé, tant sur le plan collectif qu'individuel.

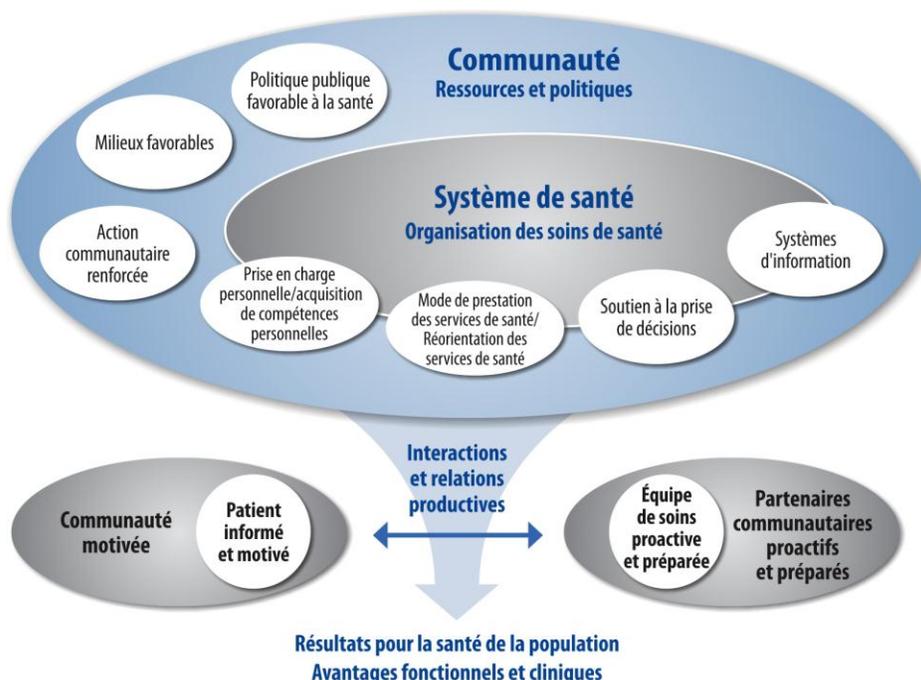
Quant aux interventions à venir de la communauté de la lutte contre l'hypertension, c'est la littérature qui leur donne une orientation en fournissant les éléments d'un vaste cadre pour favoriser la pression artérielle saine (109-113) :

- tenir compte des éléments de nature sociale, économique et culturelle qui sont des déterminants de la santé et de l'équité en santé;
- compter plusieurs niveaux et plusieurs volets;
- intégrer les ressources communautaires aux soins cliniques;
- comporter des mesures globales visant à la fois les personnes hypertendues et normotendues, les fournisseurs de soins de santé, le système des soins de santé (en milieu clinique et communautaire) et les secteurs autres que la santé qui impliquent plusieurs acteurs :
 - les ministères de la Santé et les services gouvernementaux de santé publique, les autres ministères fédéraux et les organismes centraux (responsables notamment de l'éducation, des transports, des affaires urbaines, des affaires rurales, de l'agriculture, du trésor, des finances et de la culture), les établissements de recherche en santé, les organisations non gouvernementales, les milieux du marketing et des médias, les producteurs et détaillants d'aliments et de boissons, les établissements de restauration, ainsi que le secteur des loisirs et du conditionnement physique.

Outre l'hypertension, les éléments susmentionnés s'appliquent également à la prise en charge de toute autre condition chronique et sont très bien illustrés dans plusieurs exemples de cadres d'organisation des efforts de prévention et de contrôle des maladies chroniques et de leurs facteurs de risque communs. Entre autres, la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé de l'OMS, le modèle d'intervention pour des citoyens en santé en 2020 des États-Unis (*US Action Model to Achieve Healthy People 2020*) et, mieux connu au Canada, le modèle élargi des soins chroniques (*Expanded Chronic Care Model*, voir la figure 8) sont appliqués au pays et à l'étranger, notamment dans le dernier plan stratégique sur la prévention des maladies chroniques et des blessures du Département de la santé de l'État de New York (114-119). Tous ces cadres reconnaissent unanimement les conditions et concepts qui sous-tendent la capacité des gens à faire des choix santé et à mener une vie plus saine de façon soutenue afin d'éviter et de retarder l'apparition de maladies chroniques.

De tous ces modèles, c'est l'*Expanded Chronic Care Model* (ECCM) qui a été choisi pour orienter les efforts à venir selon les progrès accomplis ou en cours dans le domaine de la prévention et de la prise en charge de l'hypertension au Canada. La difficulté, bien connue cependant, est que l'ECCM met l'accent sur l'enrichissement de l'intervention communautaire, et ce, de deux façons : continuer de mettre en place et d'adapter les pratiques de soins et de dépistage de l'hypertension à l'échelle locale et communautaire et, en même temps, appuyer les mesures de promotion de la santé de la population qui se traduisent largement et équitablement en milieux de vie plus sains à l'échelle locale.

FIGURE 8 : *Expanded Chronic Care Model* : intégration de la promotion de la santé de la population



Source : Office of the [BC] Provincial Health Officer, Provincial Health Officer's Special Report, *Investing in Prevention, Improving Health and Creating Sustainability*, septembre 2010.

Dans les volets de l'ECCM qui dépassent les soins cliniques, soit ceux qui englobent des aspects du mode de vie et des déterminants de la santé, il y a convergence entre l'hypertension et les autres maladies chroniques, ce qui laisse entrevoir la possibilité d'un partenariat-cadre – d'une communauté de lutte aux maladies chroniques décloisonnée au Canada – guidé par un vaste cadre de prévention des maladies chroniques s'accompagnant d'un ensemble optimal de stratégies actuelles et futures (120), notamment celle d'établir un lien entre hypertension, cancer, AVC, diabète, santé du cœur, maladies pulmonaires et rénales et mode de vie sain. Une priorité commune a déjà été établie, soit celle de s'attaquer aux principaux facteurs de risque communs à ces maladies afin de modifier leur courbe de distribution au sein de la population : abandon du tabac, la consommation d'une alimentation saine comme le régime DASH riche en fruits et légumes frais, et une faible consommation de graisses saturées et de sodium; augmentation de l'activité physique; consommation modérée d'alcool et perte de poids (adiposité et obésité réduite) (69;110;121-122). Une communauté de lutte aux maladies chroniques décloisonnée peut également atteindre la masse critique en mesure d'insuffler un changement jusque dans la sphère politique, au profit de la santé de la population et de ses déterminants. La dynamisation de l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada pourrait servir à cet égard.

À plus court terme, la possibilité de confier la direction et la coordination des initiatives portant sur l'hypertension, de la prévention au traitement en passant par le dépistage, à un organisme national qui fait autorité à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale offre une autre perspective quant à la façon d'élargir le cadre d'intervention propre au contexte canadien. Pour aller dans ce sens, vu les diverses stratégies fédérales, provinciales et territoriales traitant les maladies chroniques, la promotion de la santé et le mode de vie sain qui existent déjà au Canada, il faut dès à présent se doter d'un leadership soutenu et bien doté qui fasse le pont entre la gestion des maladies chroniques et la promotion de la santé, tout en respectant et en protégeant les ressources de chaque discipline. Au sein des secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux responsables de mettre en œuvre les stratégies, il est essentiel d'assurer la transparence de la responsabilisation quant à l'atteinte des buts et objectifs.

Évaluation et recherche stratégiques en équipe

L'évaluation et la recherche sont fondamentales pour faire progresser la prévention, le dépistage précoce, le traitement et le contrôle de l'hypertension. Il est indispensable d'évaluer l'ensemble des interventions et des programmes pour veiller à ce que les ressources disponibles pour la promotion de la santé et les soins de santé soient attribuées avec efficacité et efficience, à l'avantage du plus grand nombre de gens possible.

Quant à la recherche, la création d'Hypertension Canada, dont le mandat couvre les quatre piliers, de la recherche aux IRSC (biomédicale, clinique, sur les services et les systèmes de santé et fondée sur la dimension sociale, culturelle et environnementale de

la santé de la population) offre la possibilité d'accroître la participation des IRSC. De nombreuses lacunes dans les connaissances empêchent de progresser vers une meilleure prise en charge de l'hypertension et le maintien d'une pression artérielle saine chez un plus grand nombre de Canadiens. En voici quelques-unes :

- les mécanismes de base de la pression artérielle et le contrôle de celle-ci, notamment les influences génétiques;
- les pharmacothérapies qui permettent un traitement optimal de l'hypertension chez divers groupes (différences d'âge, comorbidités, ethnicités, etc.);
- les facteurs nutritionnels positifs et négatifs (sodium, gras, magnésium, potassium, sucre simple, sucres naturels) et les régimes alimentaires qui ont une incidence sur la pression artérielle et d'autres résultats pour la santé;
- l'« alimentation saine » et ses déterminants et freins en fonction du groupe d'âge et des divers groupes ethniques et culturels; et statut socio-économique;
- les effets de l'activité physique, du stress, de l'alcool, du surpoids ou de l'obésité, de la santé mentale, et d'un faible SSE sur l'obtention d'une pression artérielle saine;
- les méthodes pour mesurer la pression artérielle (à domicile, en clinique ambulatoire, manuellement ou à l'aide d'appareils automatiques en cabinet de consultation) et le calendrier d'évaluation optimal à vie, intégrés au diagnostic et à la prise en charge de l'hypertension, afin d'offrir un maximum d'avantages;
- les épreuves diagnostiques complémentaires chez les hypertendus afin d'évaluer le risque et les causes d'hypertension;
- l'incidence sur les résultats des nouvelles politiques sur les services de santé;
- la recherche portant sur l'influence et l'impact des déterminants collectifs de la santé dans la prévention et la gestion de l'hypertension;
- l'utilisation optimale du dossier médical électronique;
- l'intégration des soins auto-administrés au système de santé;
- la recherche en enseignement et en sciences du comportement afin d'optimiser l'adhésion des professionnels de la santé aux recommandations;
- l'utilisation optimale des méthodes de recherche qualitative afin d'améliorer les indicateurs de résultats quantitatifs ;
- la prise en considération des données probantes dans l'élaboration d'une politique publique favorable à la santé;
- l'intégration des données probantes aux systèmes de santé et au mode de prestation des services de santé;
- l'efficacité des programmes communautaires et l'application des meilleures pratiques;
- la façon de modifier les comportements vers un mode de vie plus sain;

- la communication des données probantes sur la modification des comportements aux fournisseurs des soins de santé;
- la recherche chez les enfants et les adolescents afin de mieux comprendre les facteurs qui influent sur leur développement et / ou la gestion de l'hypertension;
- l'application des connaissances sur les programmes communautaires destinés aux populations vulnérables, rurales ou éloignées, marginalisées et difficiles à joindre;
- la transformation du système alimentaire pour qu'il s'éloigne de la production et de la disponibilité de la malbouffe et privilégie les aliments santé;
- la façon efficace de défendre les politiques visant l'amélioration de la santé des Canadiens auprès du gouvernement.

Malgré les innovations reconnues que permettent les projets entrepris par des chercheurs, la recherche sur la santé menée à l'échelle mondiale évolue, étant de plus en plus orientée vers les domaines stratégiques susceptibles de générer des résultats qui devraient profiter à la population tout entière et menée par de grandes équipes de scientifiques pour attirer les investissements. Hypertension Canada, en collaboration avec certains partenaires, dont des chercheurs provenant d'établissements provinciaux, nationaux et internationaux, et divers organismes de financement, doit élaborer une stratégie globale de recherche afin d'encourager les chercheurs travaillant seuls ainsi que d'appuyer entièrement les réseaux de recherche et de collaboration (et d'en proposer) afin que soient examinées les lacunes et les possibilités de recherche stratégique. À titre d'exemple, mentionnons les groupes de recherche en collaboration intersectorielle qui se forment grâce aux subventions d'équipe et aux centres nationaux d'excellence. Un réseau de recherche sur les maladies vasculaires est aussi proposé en vue d'une demande auprès d'un centre national d'excellence. De plus, puisque les gouvernements provinciaux et territoriaux assument la presque totalité du fardeau que représente l'hypertension en soins de courte durée, ils peuvent collectivement se doter d'un programme de recherche et d'évaluation en la matière en fonction de leurs priorités communes.

Outre les organisations non gouvernementales à l'échelle nationale, les organismes suivants peuvent prendre part à ce partenariat en matière de programmes de recherche prioritaires (123) :

- la Fondation des maladies du cœur du Canada;
- la Fondation canadienne du rein;
- la Société canadienne de néphrologie;
- la Société canadienne de cardiologie;
- la Société canadienne d'athérosclérose, de thrombose et de biologie vasculaire;
- le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires;

- l'Association canadienne du diabète;
- le Réseau canadien en obésité;
- Conseil canadien des infirmières et infirmiers en soins cardiovasculaires ;
- Association canadienne des infirmières

Les chaires en leadership et les stages de formation permanente mis sur pied grâce à des partenariats stratégiques entre les IRSC et les organismes caritatifs de financement de recherche jugée par les pairs appropriés peuvent aider les organismes gouvernementaux et les ONG à s'harmoniser afin de prévenir et de contrôler non seulement l'hypertension, mais aussi les autres conditions et maladies chroniques et leurs facteurs de risque communs.

Obtention des ressources et du soutien nécessaires

Il faut s'assurer d'obtenir des ressources substantielles permanentes afin de soutenir et de développer ce qui a contribué aux succès accomplis jusqu'à présent : le leadership actuellement en place; les nouveaux mécanismes de coordination qui doivent être améliorés; l'élaboration continue de normes de pratique; la prévention primaire, ainsi que la recherche et l'évaluation des innovations, dont on a le plus grand besoin, dans les interventions menées dans la communauté et la population.

Un rôle à l'échelle internationale pour le Canada

Plusieurs possibilités s'offrent au Canada pour qu'il renforce son rôle sur la scène internationale et fasse connaître sa façon de traiter et de contrôler l'hypertension. La communauté de la lutte contre l'hypertension pourrait élaborer un programme normalisé d'application des connaissances afin d'aider les autres pays à se doter d'un programme semblable. Les programmes canadiens pourraient même élaborer des politiques afin d'échanger expressément et librement leurs plans d'action et ressources en matière d'hypertension avec les programmes d'autres pays. Pour en faciliter la diffusion, le Canada pourrait tenir des événements internationaux au pays ou bien des colloques et des ateliers dans le cadre de réunions internationales tenues ailleurs.

Le Canada peut aussi interagir et collaborer plus étroitement avec les États-Unis. Puisque ces deux pays disposent de programmes très évolués afin de contrôler l'hypertension, le fait d'échanger les leçons apprises ainsi que les forces et les faiblesses des approches différentes et parfois novatrices ne peut que leur être bénéfique. Et comme bon nombre de Canadiens et d'Américains adoptent un mode de vie (nuisible pour la santé) semblable et présentent les mêmes tendances pour ce qui est des facteurs de risque communs aux maladies chroniques, il est sûrement possible

d'entreprendre des initiatives offrant des bénéfices mutuels, par exemple des restrictions harmonisées à la publicité destinée aux enfants afin d'éviter les messages variés issus des communications transfrontalières.

Lacunes et possibilités en matière de recherche, d'application des connaissances et d'intervention

Les lacunes et possibilités qui suivent sont regroupées en fonction des éléments de l'Expanded Chronic Care Model (ECCM).

Se doter d'une politique publique favorable à la santé

Les facteurs qui influencent la pression artérielle, l'hypertension et la plupart des autres maladies chroniques non transmissibles au Canada sont si profondément enracinés dans le contexte social et culturel qui détermine le mode de vie que l'on prévoit que les enfants d'aujourd'hui feront partie de la toute première génération à vivre moins longtemps que leurs parents. Pour s'attaquer à ces facteurs, il faut l'attention de toutes les autorités gouvernementales, de l'échelon fédéral jusqu'à l'échelon municipal, ainsi que la participation de nombreux ministères au sein d'un même gouvernement, chacun étant prêt à envisager toute la gamme des moyens d'action à sa disposition, surtout lorsque les initiatives volontaires, notamment pour promouvoir un mode de vie sain, s'avèrent inefficaces pour insuffler une « dose » de prévention à la population.

Il faut une approche pangouvernementale adoptant une perspective en amont (110), facilitée par exemple par des comités à l'échelon des cabinets fonctionnant à l'aide de mécanismes et de mesures incitatives pour assurer la collaboration horizontale et verticale (124), soutenue par l'obligation d'évaluer les politiques destinées aux secteurs et milieux ayant une influence sur le mode de vie pour en cerner l'incidence sur la santé (110;124). Au Canada, il est particulièrement important d'assurer le soutien et le financement de l'élaboration, faite en parallèle et en collaboration, de politiques publiques et de stratégies favorables à la santé pour les peuples autochtones (121;124).

En plus de rendre la politique publique favorable à la santé, des comités consultatifs multisectoriels regroupant des entités commerciales doivent imposer en tout temps le respect du principe de transparence et des normes en matière de conflit d'intérêts afin de réduire au minimum la partialité et l'influence commerciales. Voilà ce qu'a mis en pratique la communauté de la lutte contre l'hypertension lorsqu'elle a participé, avec l'industrie pharmaceutique, à la formulation des recommandations visant la gestion optimale de l'hypertension. Et ces comités doivent réviser les normes, suivant les besoins, afin de tenir compte des meilleures pratiques et ainsi veiller à ce que la santé des habitants du Canada soit au cœur de leurs conseils et à ce que les entités commerciales, ou les organisations disposant de fonds substantiels de la part des entités commerciales, ne soient pas en position de dicter les recommandations en matière de politique

gouvernementale ou non gouvernementale ou de comités consultatifs en matière d'éducation.

Une occasion évidente pour le Canada d'avoir une incidence favorable sur la pression artérielle au sein de la population se présentera au moment de mettre en œuvre la Stratégie de réduction du sodium de 2010. D'autres organismes internationaux, organisations, établissements d'enseignement, instituts scientifiques et groupes de revendication prônent la réduction du sel alimentaire en tant que mesure de santé publique depuis plusieurs années (voir l'annexe 1). La mise en œuvre d'une stratégie globale de réduction du sel alimentaire qui combine des dispositions réglementaires, une réduction volontaire et la sensibilisation du public et des professionnels de la santé, comme celle dont s'est dotée la Finlande à la fin des années 1970, a prouvé son efficacité : une baisse de 40 % de l'apport en sodium alimentaire y a entraîné une réduction de la pression artérielle moyenne de 10 mm Hg, ainsi que 80 % moins de décès attribuables à un AVC (11). La mise en œuvre des recommandations contenues dans la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada permettrait ainsi de prévenir environ 30 % des cas d'hypertension au pays, d'augmenter de façon marquée les taux de traitement et de contrôle de la maladie, d'épargner plus de 430 millions de dollars par année en coûts de traitement directs (9) et d'éviter l'occurrence de plus de 10 % des événements cardiovasculaires chaque année (125). Les avantages que pourrait en retirer la population canadienne sont si importants que les gouvernements doivent être prêts à instaurer des instruments réglementaires afin de concrétiser ces avantages le plus rapidement possible, compte tenu de la lenteur et de l'incohérence des interventions, voire de l'absence d'interventions, là où l'on croyait en toute confiance qu'une approche volontaire reposant sur la responsabilité sociale d'entreprise suffisait pour protéger et favoriser la santé publique.

Réorienter ou restructurer le mode de prestation des services de santé

Afin d'améliorer la prise en charge de patients souffrant d'hypertension et de toute condition chronique, l'infrastructure et le personnel du système des soins de santé doivent être mieux intégrés et coordonnés afin de faciliter la mise en œuvre des recommandations en matière de soins primaires et l'harmonisation avec les soins spécialisés. Parallèlement, une meilleure planification de la main-d'œuvre en santé devrait viser un apport équilibré de professionnels de la santé au sein d'un modèle intégré régi par champ d'activité et déterminé par compétences.

Le comité des services de médecine générale de la Colombie-Britannique (General Practice Services Committee ou GPSC) – partenariat établi dans le cadre de la Physician Master Agreement du ministère des Services de santé (MOHS) de la Colombie-Britannique (C.-B.) et de la BC Medical Association – a la responsabilité des soins aux patients donnés par les médecins de famille et les établissements de soins primaires, ce qui inclut la prise en charge des maladies chroniques. En 2006, le GPSC a travaillé en partenariat avec la Fondation des maladies du cœur de la C.-B. et du Yukon afin de concevoir une approche visant à améliorer la prise en charge de l'hypertension (une mesure d'incitation à la prise en charge du diabète et de l'insuffisance cardiaque congestive pour les médecins de famille s'est déjà avérée fructueuse).

Le MOHS a également commandé une recherche par sondages auprès des patients par l'intermédiaire de l'UBC afin de cerner les obstacles à la prise en charge idéale de l'hypertension et de soutenir cette approche. Ainsi, la Fondation des maladies du cœur s'est retrouvée responsable de la sensibilisation du public, alors que le GPSC s'est chargé de l'amélioration de la prise en charge en passant par les médecins de famille. À la fin de 2006-2007, 2 058 médecins de famille avaient mis en pratique cette approche auprès de 146 665 patients, soit en moyenne 71 patients par médecin. En 2009-2010, 2 882 médecins de famille offraient des soins améliorés pour traiter l'hypertension à plus de 250 000 patients. Les médecins ne peuvent réclamer la mesure d'incitation liée au traitement de l'hypertension que pour les patients qui ne reçoivent pas déjà des soins couverts par la mesure d'incitation (ceux souffrant de diabète, d'insuffisance cardiaque congestive ou de maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC] et ceux présentant une condition complexe causée par deux maladies chroniques ou plus). En tout, les soins couverts par la mesure d'incitation, qui inclut la prise en charge de l'hypertension, concernent environ 300 000 patients. Parallèlement, les patients prenant part au programme de prise en charge personnelle des maladies chroniques de la province (Chronic Disease Self-Management Program) travaillent avec le GPSC à l'amélioration de la feuille de soins pour l'hypertension pour qu'elle aide davantage à la prise en charge personnelle. (Bien que la C.-B. ne soit pas en mesure de faire le suivi des résultats du processus pour l'hypertension comme elle le fait pour le diabète et l'insuffisance cardiaque congestive, on constate que l'incidence des AVC a baissé depuis 2006. Le contrôle de l'hypertension est un aspect important de ce déclin.)

Les systèmes de soins ambulatoires ont toujours besoin d'être repensés afin d'assurer la cohérence du travail des équipes interdisciplinaires de soins primaires, des agents de santé communautaire et des membres de la famille et le contrôle optimal de la pression artérielle (109;114;121;126-128).

Il manque souvent, au sein des équipes mêmes, des connaissances sur la prise en charge de la pression artérielle et de l'hypertension puisqu'il n'existe aucune norme d'accréditation liée à ces sujets dans le cadre des programmes d'enseignement en santé de 1^{er}, 2^e et 3^e cycles et des programmes d'éducation permanente, et que les professionnels de la santé ne sont pas non plus nécessairement formés pour travailler au sein d'une équipe multidisciplinaire (113;121). Les programmes d'enseignement doivent être évalués et agréés du point de vue de l'amélioration continue de la qualité, particulièrement la façon dont ils intègrent et transmettent les nouvelles connaissances sur la prévention de l'hypertension, la baisse de la pression artérielle, la recherche de cas, ainsi que le traitement et le contrôle de l'hypertension. Puisqu'ils sont en constante interaction avec les patients et leur famille, les professionnels de la santé, une fois informés, peuvent être chargés d'enseigner ces programmes.

La littérature cerne également certaines lacunes et certains problèmes qui font toujours obstacle à une intervention clinique efficace au sein des services de santé, notamment : l'inertie thérapeutique; le manque d'uniformité des cliniciens dans l'adoption des dernières valeurs seuils et des recommandations en matière d'habitudes de vie, ainsi que des plus récents protocoles de traitement; l'incertitude des cliniciens quant à la pression artérielle normale ou à la mesure dans laquelle la médication n'est pas respectée; l'hésitation des cliniciens en présence de comorbidités (110;129).

Il faut donc mener d'autres recherches pour savoir comment modifier les interventions du système de santé pour qu'elles soient efficaces et conviennent aux groupes vulnérables particuliers. Les obstacles à l'accès aux services de santé sont d'ordre social, économique, géographique, culturel ou ethnique, et chacun d'eux risque de décourager la prévention, le dépistage et le traitement efficaces de toute condition chronique.

Initiative de l'Alberta sur l'hypertension

Puisque le taux de traitement de l'hypertension diagnostiquée est plus bas en Alberta que dans les autres provinces, 15 organismes de cette province se sont réunis en partenariat et ont élaboré une initiative à l'aide des ressources et des tactiques du PECH et de PAC de la scène nationale. L'initiative a mis de l'avant des innovations qui ont été adoptées depuis par le PECH et PAC. Ainsi, on a instauré des réunions annuelles provinciales des professionnels de la santé pour former les leaders communautaires à former d'autres personnes sur l'hypertension et sa prise en charge; cette mesure a jeté les bases des programmes de « formation des formateurs » donnés à l'échelle nationale tant aux professionnels de la santé qu'aux patients et au public en général. Autre innovation : on a assuré la diffusion électronique automatisée des mises à jour annuelles via un site Web accessible aux personnes souffrant d'hypertension et aux professionnels de la santé. Des mécanismes de surveillance de l'hypertension propres à l'Alberta ont aussi été instaurés.

Créer des milieux favorables

L'énoncé « Faire des choix santé un choix facile à faire » est devenu une maxime universelle, faisant surtout référence à l'alimentation et à l'activité physique. Divers moyens d'action mis en place à l'échelon de la population peuvent permettre aux politiques en matière d'alimentation et de nutrition d'améliorer l'état de santé et de réduire un certain nombre de facteurs de risque, notamment : les restrictions en matière de sodium dans les aliments transformés, restreindre l'utilisation des gras trans produits industriellement, et des politiques de prix visant à désavantager les aliments caloriques moins bons pour la santé. Parmi les autres mécanismes possibles, mentionnons les politiques d'achat d'aliments santé visant les institutions publiques et les « systèmes clos », comme les écoles et les lieux de travail, les taxes ou subventions pour certains choix alimentaires afin d'influencer les comportements, ainsi que le retrait des boissons gazeuses et de la malbouffe (110;121;130).

Au Canada, au cours des cinq dernières années, de nombreux gouvernements provinciaux ont élaboré et mis en œuvre des politiques ou des lignes directrices afin de réduire radicalement la disponibilité de produits nuisibles pour la santé dans les distributeurs automatiques des écoles. La réussite de ces politiques devrait amener leur application dans d'autres établissements et milieux (publics et privés), comme les garderies, les établissements de soins de santé, les milieux de travail, les établissements correctionnels, les bases militaires, etc. Entre autres exemples, mentionnons la distribution stratégique d'aliments santé ou l'établissement de magasins d'aliments santé dans le voisinage, tout en veillant à limiter le nombre de points de vente d'aliments malsains à proximité des écoles.

On constate également un intérêt accru et une augmentation des revendications au sujet de la réglementation de la commercialisation, de la publicité et de la commande de produits malsains et de la malbouffe afin de réduire et de limiter effectivement l'exposition des enfants et des adolescents aux messages concernant les aliments nuisibles pour la santé, surtout durant les heures de grande écoute des enfants (131). Le Royaume-Uni a dernièrement décrété une interdiction complète des publicités sur la malbouffe durant les émissions pour enfants, sur les chaînes destinées aux enfants, ainsi que pendant les émissions pour adultes regardées par un grand nombre d'enfants. De tous les genres d'émissions diffusées à la télévision nord-américaine, les émissions conçues pour les enfants de moins de 12 ans comptent la plus grande proportion de publicités alimentaires (50 % de tout le temps consacré à la publicité) (132). On suggère également de restreindre la publicité sur les aliments malsains lors des grandes manifestations sportives ou activités de plein air, un peu comme on le fait actuellement pour les fabricants de tabac, les brasseries et les distilleries (133).

Il faut faire participer les secteurs du transport et de l'urbanisation pour accroître les niveaux d'activité physique au sein de la population. Les défenseurs de l'exercice physique demandent des politiques de transport actif, la conception de communautés favorisant la marche ainsi que des stratégies globales, publiques et privées, en matière d'activité physique qui permettent aux personnes de toutes les couches sociales d'avoir accès à des espaces récréatifs et à des installations sportives sécuritaires et abordables (110;121;130).

La société civile a un important rôle à jouer dans la création de milieux favorables. La communauté de la lutte contre l'hypertension est mise au défi d'élargir la portée de ses partenariats actuels et d'en établir de nouveaux afin d'inclure de nouveaux éléments à

Au Canada, dans toutes les provinces sauf au Québec (où la *Loi sur la protection du consommateur* interdit toute publicité visant les enfants de moins de 13 ans (134)), le *Code de la publicité radiotélévisée destinée aux enfants* s'applique. Ce code a été élaboré par l'Association canadienne des radiodiffuseurs, qui représente l'industrie de la publicité, en guise d'instrument d'autoréglementation pour respecter les *Normes canadiennes de la publicité*. Il s'applique à tous les commerciaux s'adressant aux enfants diffusés pendant les émissions pour enfants. La seule directive concernant les aliments exige que les produits de grignotage soient présentés comme tels, et non comme substituts de repas (135).

larges assises de la société civile, comme les associations scolaires, les associations de parents, les groupes de défense des intérêts des enfants, les organismes pour aînés, les organismes de développement communautaire, les projets d'intégration des immigrants, les projets visant la qualité de vie et le mieux-être, qui ont un intérêt direct pour la création de milieux sains, ainsi que l'égalité d'accès à ce qui constitue un mode de vie sain et l'égalité des chances d'en profiter.

La communauté de la lutte contre l'hypertension est maintenant en position de resserrer et d'étendre ses liens, ainsi que de soutenir les initiatives de promotion de la santé menées par les secteurs gouvernemental et non gouvernemental, afin de mieux intégrer ces initiatives à celles visant la prise en charge de la pression artérielle et d'explorer les possibilités de campagnes ou de projets conjoints ou de mise en commun des ressources, par exemple.

Renforcer l'action communautaire

L'action communautaire locale est un élément central de l'ECCM et également des modèles de promotion de la santé. Les interventions de santé qui reflètent les besoins et les priorités communautaires et qui sont intégrés dans des modèles de développement communautaire et de renforcement des capacités sont essentiels pour le bien-être des Canadiens et la durabilité des interventions de soins de santé, y compris ceux qui s'adressent à l'hypertension et aux facteurs de risque associés (136, 137) .

Les communautés varient considérablement dans leur infrastructure, les biens économiques, la démographie socio-économique, l'identité culturelle et l'identité dans son ensemble. La réalité actuelle de la démographie et du statut socio-économique (SSE) au Canada est telle que les programmes communautaires doivent être de plus en plus nuancés pour joindre les populations culturellement distinctes, les gens vivant en région rurale ou éloignée ou qui sont difficiles à joindre pour d'autres motifs, ainsi que les personnes aux prises avec des disparités marquées en santé.

Certains programmes menés au Canada ont donné de bons résultats et peuvent être appliqués à grande échelle après quelques modifications pour convenir aux caractéristiques particulières de la communauté visée. En voici des exemples :

- Programme de sensibilisation à la santé cardiovasculaire (PSSC) – programme communautaire mené en collaboration et en plusieurs volets afin de promouvoir la santé auprès des Ontariens plus âgés; programme unique au Canada dans la réduction des événements cardiovasculaires qui réunit des médecins de famille, des pharmaciens, d'autres professionnels de la santé, des représentants de la santé publique, des bénévoles et des organismes de la santé et des services sociaux de la région afin de donner la possibilité aux gens de faire prendre leur pression artérielle à plusieurs reprises dans les pharmacies et autres milieux communautaires qui leur sont familiers, tout en étant sensibilisés à la saine alimentation, à l'activité physique et à l'abandon du tabac (110;119;138);
- *Community Hypertension Awareness and Management Program* – programme communautaire destiné aux personnes âgées de l'Alberta afin de mieux les sensibiliser à

l'hypertension et d'améliorer leur prise en charge personnelle; des bénévoles-conseillers formés en santé auprès de pairs sont jumelés à des médecins de famille et à des pharmaciens de la région afin d'offrir des séances de mesure de la pression artérielle dans les pharmacies locales (139);

- intervention menée par une équipe locale de pharmaciens et d'infirmières dans les pharmacies de la région pour repérer les diabétiques hypertendus, travailler avec eux et les suivre (140);
- interventions pour s'attaquer au taux plus élevé d'hypertension, de MCV, de dyslipidémie et de diabète mal contrôlé chez les personnes de descendance indienne et asiatique, notamment dans le cadre d'une initiative de littéracie en santé (134), un projet de consultation communautaire et d'enseignement sur les MCV mené dans une pharmacie d'un quartier à prédominance indienne et asiatique (135), ainsi qu'une évaluation des risques de MCV effectuée dans les lieux de prière de la région par des bénévoles communautaires formés (108);
- projet *Diabetes Risk Evaluation and Microalbuminuria* (DREAM 3) – traitement de l'hypertension effectué dans la communauté par des infirmières auprès des membres des Premières nations vivant dans une réserve et souffrant de diabète et d'hypertension dans la région de Battleford (Saskatchewan) (143);
- Programme de prise en charge de l'hypertension de la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario – programme interprofessionnel de soins primaires fondés sur l'expérience clinique qui a connu un vif succès lors d'un projet pilote de trois ans mené dans 11 établissements de soins primaires de l'Ontario; offre une trousse aux professionnels de la santé et aux patients (144);
- Programme de prise en charge de l'hypertension chez les Autochtones de la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario – version adaptée à la culture du Programme de prise en charge de l'hypertension de la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario faisant actuellement l'objet d'un projet pilote dans 14 communautés des Premières nations de l'Ontario (144);
- *Calgary Fire Department Blood Pressure Program* – l'ensemble des casernes de pompiers de la ville ouvrent leurs portes en après-midi et en soirée afin que les gens puissent venir profiter d'une évaluation de qualité de leur pression artérielle. Plusieurs autres communautés du Canada ont mis en œuvre le programme (145).

Pour que les programmes atteignent leurs objectifs, la surveillance continue et l'amélioration de la qualité des programmes revêtent une très grande importance pour cet élément de l'ECCM qui est le renforcement des partenariats et la collaboration (146). Il est tout aussi essentiel d'évaluer les divers types ou modes des interventions communautaires menées pour en cerner la portée, l'efficacité, l'extensibilité et la généralisabilité ainsi que la contribution relative de certains de leurs aspects (110;147). On constate qu'il manque dans certains schémas d'évaluation une attention particulière à la durée du suivi, à la méthode de collecte des données sur les résultats, à l'adaptation des interventions et des communautés témoins et au nombre de communautés d'intervention ou de référence (147).

Dans le cadre d'un projet pilote, le plan de mise en œuvre doit préciser dès le départ la

façon d'étendre et de maintenir un programme lorsque le projet donne les résultats escomptés. L'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire permet de tirer une importante leçon à cet égard. Même si un très grand nombre de projets pilotes ont été menés à court terme à l'échelle communautaire, très peu d'interventions jugées efficaces ont été étendues ou mises en œuvre à plus long terme : une belle occasion ratée.

Cela dit, les pratiques prometteuses au sein des communautés autochtones, et qui peuvent être appliquées à des contextes non-autochtones, suggèrent que les interventions efficaces doivent être développées grâce à des partenariats communautaires solides et une collaboration; appliquer une approche d'équipe; créer des capacités au sein de la communauté pour promouvoir la santé; utiliser une approche de trajectoire de vie; mettre l'accent sur les facteurs de risques spécifiques; fournir un accès plus équitable aux soins; être culturellement appropriés et correspondre aux besoins et à la disponibilité de la communauté concernée (49).

Parfaire les compétences personnelles pour une meilleure prise en charge personnelle

Puisque le PECH fait d'importantes avancées auprès des patients dans la prise en charge personnelle de leur maladie et dans l'apprentissage de certaines techniques, comme la surveillance de la pression artérielle à domicile, on peut s'attendre à ce qu'un nombre accru d'outils, de programmes et d'installations de soutien local soient nécessaires, amélioration continue de la qualité oblige (114;130;146). Les méthodes et techniques qui facilitent l'adoption des meilleures pratiques en matière d'auto-prise en charge des soins, souvent liées aux interventions communautaires, doivent être évaluées et étudiées plus à fond, puisque les possibilités d'innover sont infinies. Par exemple, les agents de santé communautaire sont jumelés à certains groupes de personnes à haut risque afin de porter attention au cadre dans lequel se trouve chaque personne et d'adapter les approches en conséquence (69;110), alors que les patients semblables sont regroupés pour qu'ils puissent se donner du soutien mutuel (148).

Puisque diverses initiatives non gouvernementales visant la santé ou une maladie en particulier, comme le cancer, la santé cardiovasculaire, le mode de vie sain, l'obésité et le diabète, recommandent l'adoption d'un mode de vie semblable à celui prôné pour éviter l'hypertension, soit une alimentation saine et un niveau optimal d'activité physique, il est tout à fait opportun d'unir les efforts pour optimiser l'utilisation et la diffusion de conseils et de messages uniformes. Le public, qui est constamment, voire de plus en plus bombardé de parts et d'autres de conseils et de recommandations sur la façon de bien vivre, pourrait trouver un certain réconfort à entendre les mêmes messages.

Améliorer les mécanismes de soutien à la prise de décisions

Pour que le PECH puisse poursuivre la promotion des meilleures pratiques, il doit être formellement reconnu en tant que mécanisme de soutien à la prise de décisions fondées sur des lignes directrices portant précisément sur l'hypertension au sein du système des soins de santé (110;111). Il y a encore ici une possibilité inexploitée de diffuser des messages communs sur ces lignes directrices, par exemple le projet C-CCHANGE. Les centres d'excellence en cardiologie pourraient grandement contribuer au contrôle de la pression artérielle s'ils étaient chargés et responsables de la mise en œuvre et de l'évaluation des interventions menées auprès des communautés et de la population, accompagnées de l'application des connaissances qui s'y rattachent afin d'améliorer la prise en charge personnelle et les soins primaires (121).

Au Canada, puisque le système de surveillance permet de mieux comprendre les conditions et maladies chroniques et les facteurs de risque qui y sont associés, il faut le soutenir par une culture d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité, à la fois des processus de collecte de données et des éléments de données même. Les processus d'acquisition et de transfert des connaissances liés aux systèmes de surveillance doivent également faire l'objet d'une évaluation afin de veiller à ce qu'ils offrent en temps opportun une rétroaction aux personnes qui se servent des résultats et doivent y donner suite de manière adéquate.

Quant aux données de surveillance pertinentes pour l'hypertension, il faut de meilleures méthodes d'analyse afin d'exploiter le plus possible les données existantes, et il faut que les enquêtes permettent de saisir de façon systématique le continuum des éléments, des facteurs de risque aux facteurs de protection, en passant par les indicateurs d'issue « négative » de la maladie. Les enquêtes nationales, provinciales et territoriales, qui se raffinent continuellement, doivent être menées à intervalle régulier et prévoir des mesures physiques afin de pouvoir suivre la pression artérielle, l'apport en sodium et en potassium et les autres composantes du régime alimentaire, ainsi que les aspects du mode de vie qui, selon les études, ont une incidence sur la pression artérielle (69;121). Il est très important de recueillir des données sur les groupes qui se sont avérés difficiles à joindre et ceux qui sont les plus sujets aux disparités en santé.

La surveillance évolue, et de nouveaux éléments d'un système « idéal » font leur apparition, dont certains sont décrits ci-dessous.

Instrument	Date de mise en place; périodicité	Données pertinentes pour l'hypertension
Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement	2009; recrutement en continu et suivi de 20 à 30 ans	<ul style="list-style-type: none"> Étude prospective nationale des cohortes Recrutement d'au plus 50 000 personnes en santé vivant au Canada et âgées de 45 à 85 ans Mesures physiques et données autodéclarées concernant la santé, le mode de vie et l'environnement.
<i>Espoir pour demain</i>	2010; recrutement en continu et suivi de 20 à 30 ans	<ul style="list-style-type: none"> Étude prospective nationale des cohortes Recrutement d'au plus 300 000 personnes en santé vivant au Canada et âgées de 35 à 69 ans Mesures physiques (y compris banque de tissus biologiques) et données autodéclarées concernant la santé, le mode de vie et l'environnement.
Dossiers médicaux électroniques (DME) (le Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires)	Étude de faisabilité commencée en 2007	<ul style="list-style-type: none"> Système de surveillance des dossiers électroniques (réseau de réseaux de médecins généralistes utilisant exclusivement les DME) afin de recueillir des données longitudinales sur cinq maladies chroniques, dont l'hypertension, auprès des médecins de famille partout au Canada (149).
Projets de recherche à l'échelle régionale et internationale		<ul style="list-style-type: none"> <u>L'étude PURE (Prospective Urban Rural Epidemiology</u>, une étude épidémiologique à grande échelle portant sur 140 000 personnes habitant plus de 600 communautés dans 17 pays à faible revenu, à revenu intermédiaire et à revenu élevé du monde, dont le Canada. La collecte des données individuelles porte sur les antécédents médicaux et les comportements liés au mode de vie (profil de l'activité physique et de l'alimentation prévoyant des prélèvements d'urine pendant 24 heures), de même qu'elle prévoit des prélèvements de sang et leur entreposage aux fins d'examen biochimique et d'analyse génétique future, un électrocardiogramme et des mesures anthropométriques.

Il va sans dire que les dépenses en santé publique doivent être classées en ordre de priorité. Pour ce qui est de la prévention de l'hypertension, l'attribution relative de l'hypertension aux principaux facteurs de risque indique bien dans quelle direction mettre les efforts si on veut en retirer le meilleur rendement (43), tandis que le choix des interventions à mener doit se fonder sur une estimation des coûts et des avantages. Pour faciliter l'établissement des priorités, un certain nombre de pays et d'organismes de promotion de la santé du monde entier ont recours à une analyse du fardeau des

maladies qui tient compte des années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) – afin de démontrer l'éventuelle perte d'années de vie due au décès prématuré et d'années productives due à l'invalidité – ainsi que des années de vie ajustées par la qualité (AVAQ) – afin de tenir compte de la qualité de vie et du nombre d'années de vie perdues ou gagnées à la suite des interventions. Le Canada est l'un de ces pays (150), mais son analyse du fardeau relatif est gênée par l'absence d'une mise à l'essai de qualité des interventions sur le mode de vie, ainsi que de données administratives et économiques détaillées et actualisées concernant les activités du système de santé et l'utilisation de ses services.

Spécifique aux communautés des Premières Nations est la collecte systématique de données pertinentes sur l'hypertension. La mise en correspondance des fichiers du système de vérification du statut (auprès d'Affaires indiennes et du Nord canadien) ou des fichiers des clients issus des Premières nations avec les ensembles de données provinciaux (p. ex. les codes de diagnostics des médecins ou les données sur l'hospitalisation) pourrait générer d'importants profils sur les populations autochtones à haut risque de séquelles causées par l'hypertension. Il serait également possible d'obtenir des données sur l'utilisation de médicaments antihypertenseurs à partir du Programme des services de santé non assurés pour les Premières nations et les Inuits de Santé Canada.

Optimiser les systèmes d'information

En gros, la disponibilité et l'utilisation optimale des archives et dossiers médicaux électroniques peuvent contribuer à améliorer la prise en charge de l'hypertension, sans parler des autres conditions chroniques (110). Le PECH, en particulier, sera soutenu et rehaussé par l'intégration verticale des données (p. ex. dossiers médicaux électroniques, « comptes communautaires », données nationales) dans une base de données pancanadienne sur la santé de la population (124).

6 Vers une pression artérielle saine

Vision

Les citoyens du Canada présentent la courbe de distribution de la pression artérielle la plus saine, la prévalence de l'hypertension la plus faible et les taux de sensibilisation, de traitement et de contrôle les plus élevés au monde.

Objectifs pour 2020

1. Au Canada, la prévalence de l'hypertension* chez les adultes est réduit à 13 %.

La prévalence de l'hypertension est un indicateur de la courbe de distribution de la pression artérielle au sein de la population. Si la prévalence était réduite, la courbe de distribution de la pression artérielle dans l'ensemble de la population baisserait. La prévalence actuelle est de 19 %.

Au Canada, il est réaliste de croire qu'on pourrait réduire du tiers le taux de prévalence de l'hypertension artérielle, normalisé selon l'âge et le sexe, en changeant en profondeur les habitudes en matière de nutrition, d'approvisionnement alimentaire, d'activité physique et de consommation d'alcool et l'arrêt tabagique. De tels changements nécessitent une intervention concertée d'une foule d'intervenants et de secteurs, notamment les organisations non gouvernementales, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les administrations municipales, les régions sanitaires, ainsi que les industries agricole et alimentaire.

* Les personnes souffrant d'hypertension artérielle sont celles qui ont reçu un diagnostic d'hypertension, qui prennent des médicaments pour abaisser leur pression artérielle ou dont la mesure de la pression artérielle donne une pression systolique de ≥ 140 mm Hg ou une pression diastolique de ≥ 90 mm Hg.

2. Au Canada, 90 % des adultes connaissent les risques associés au développement de l'hypertension ainsi que les aspects du mode de vie qui influent sur la pression artérielle.
3. Au Canada, 85 % des adultes savent que l'hypertension augmente le risque de maladies vasculaires graves (accident vasculaire cérébral, crise cardiaque, démence, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque).

À l'heure actuelle, il n'existe aucune donnée fiable pour savoir dans quelle mesure les personnes vivant au Canada sont conscientes du risque élevé qu'elles courent de devenir hypertendues ni du risque élevé de développer une maladie vasculaire grave à cause de l'hypertension, bien que cette dernière soit considérée comme le tout premier facteur de risque d'un décès prématuré au pays. Un traitement par « modification du mode de vie » est la pierre angulaire de la prise en charge de l'hypertension, sans égard à la pharmacothérapie. Au Canada, 90 % des adultes qui se savent aux prises avec l'hypertension disent avoir un indice de masse corporelle (IMC) élevé, être sédentaires ou fumeurs. Cependant, ce sont ces mêmes personnes qui essaient tout le temps ou la plupart du temps de réduire leur consommation de sodium alimentaire (82 %), d'améliorer leur alimentation (81 %), d'être physiquement actives (62 %), d'abandonner ou de réduire la cigarette (66 % de fumeurs au moment du diagnostic) et de perdre du poids si leur IMC est élevé (151). L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes doit comprendre des indicateurs sur la conscience personnelle du risque, à l'instar de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada qui comporte un module sur l'hypertension artérielle doté de ces indicateurs. Il s'agit donc d'une occasion à saisir pour les enquêtes de 2015 et de 2020.

Les équipes interdisciplinaires des soins primaires à l'échelle du Canada doivent porter une attention marquée au mode de vie afin de promouvoir l'auto-efficacité dans la prise en charge de la pression artérielle, afin que les gens soient en mesure de modifier leurs habitudes de vie tout en surveillant leur pression artérielle. Il faut instaurer des programmes de surveillance de l'hypertension artérielle dans les milieux de travail et les communautés et les doter d'un volet important sur la modification du mode de vie. Il faut travailler davantage avec les organisations non gouvernementales intéressées par la sensibilisation du public afin de consolider et de coordonner leurs programmes et d'assurer le transfert des connaissances sur l'auto-efficacité dans la prise en charge de la pression artérielle grâce au mode de vie.

4. Au Canada, 95 % des personnes qui souffrent d'hypertension sont conscientes de leur condition.

Presque tous les citoyens canadiens ont recours au système de santé au cours d'une année, et on devrait mesurer leur pression artérielle à intervalle régulier durant leur visite. À l'heure actuelle, 83 % des adultes canadiens qui font de l'hypertension sont conscients que leur pression artérielle est élevée. Bien qu'il soit de plus en plus possible de mesurer la pression artérielle ailleurs que dans le cabinet du médecin, notamment à la maison, dans les centres communautaires, sur les lieux de travail et en pharmacie, certains sous-groupes de la population (p. ex. les jeunes hommes, les membres des minorités visibles, les personnes qui ne parlent aucune des langues officielles et les immigrants récents) sont moins enclins à faire prendre leur pression artérielle à un intervalle de moins de deux ans.

Pour mieux faire connaître les niveaux de pression artérielle, surtout l'hypertension, au public en général, ainsi qu'aux sous-groupes et aux populations vulnérables difficiles à joindre, il faut qu'un plus grand nombre de programmes personnalisent la recherche de cas (en adoptant une approche de sensibilisation dans divers milieux), aident les gens à mieux comprendre l'hypertension et les rendent plus efficaces pour mesurer leur pression artérielle.

5. Parmi les personnes souffrant d'hypertension, 90 % tentent de suivre les recommandations relatives au mode de vie sain.

Au niveau du mode de vie spécifique, 60 à 90% des Canadiens avec un diagnostic d'hypertension artérielle ont tenté de faire un changement de style de vie en 2009. (102)

6. Parmi les Canadiens ayant reçu un diagnostic d'hypertension, 40 % deviendront normotendus en modifiant leur mode de vie.

Selon les résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 8 % des Canadiens qui ont dit avoir reçu un diagnostic d'hypertension ont une pression artérielle contrôlée et ne prennent aucun médicament antihypertenseur. De leur côté, les résultats de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada indiquent que 10 % des personnes chez qui de l'hypertension a été diagnostiquée disent être parvenues à contrôler leur pression artérielle en modifiant leurs habitudes de vie.

7. Parmi les personnes ne parvenant pas à traiter leur hypertension en modifiant leur mode de vie, 87 % prennent les médicaments appropriés.

Environ 10 % des gens souffrant d'hypertension ne présentent aucun autre facteur de risque, et leur risque cardiovasculaire peut être suffisamment faible pour justifier l'absence d'une pharmacothérapie. Au Canada, 95 % des gens qui se savent aux prises avec de l'hypertension artérielle prennent des médicaments; c'est donc par une meilleure conscientisation que des gains importants seront obtenus en ce qui concerne le taux de traitement. De ceux qui sont conscients de leur hypertension, les jeunes hommes qui se croient en excellente santé et qui présentent un faible risque de maladies cardiovasculaires, sauf s'ils fument, sont plus susceptibles de ne pas être traités avec des médicaments antihypertenseurs.

8. Parmi les personnes prenant des médicaments, 78 % parviennent à contrôler leur hypertension.

Il est possible d'augmenter le taux de contrôle de l'hypertension artérielle chez les personnes qui ont besoin de médicaments en les renseignant davantage (de 83 % à 95 %), en augmentant le taux de traitement (de 80 % à 87 %) et en améliorant le taux de contrôle chez les personnes suivant une pharmacothérapie (de 86 % à 90 %). De meilleures habitudes de vie permettront également d'améliorer le contrôle de la pression artérielle.

Les professionnels de la santé ont besoin de plus d'outils pour accroître le taux de contrôle de l'hypertension par la médication et d'outils conçus en fonction des études qui indiquent, notamment, que les hommes sont moins au courant qu'ils souffrent d'hypertension artérielle que les femmes, mais que les femmes plus âgées qui prennent des médicaments sont moins susceptibles de contrôler leur pression artérielle que les hommes suivant également une pharmacothérapie. De plus, les patients ont besoin d'une aide plus poussée pour suivre avec efficacité l'horaire de leur prise de médicaments.

9. Les populations autochtones présentent des taux semblables à ceux de la population en général en ce qui concerne les indicateurs de santé liés à la pression artérielle.

Les données de l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations ont rapporté une hausse des taux de la pression artérielle chez les adultes des Premières

nations par rapport aux autres Canadiens (20,4% contre 16,4%), qui peut être attribuable pour les Autochtones à avoir une plus forte prévalence de surcharge pondérale, obésité, inactivité physique, diabète et tabagisme par rapport aux non-Autochtones. (49)

Pour de nombreux indicateurs de santé, il n'y a pas suffisamment d'information sur les populations autochtones vivant dans des réserves et hors réserves pour tracer le portrait de la situation actuelle. Il faut mener des processus de consultation auprès des associations politiques territoriales afin de concevoir des enquêtes détaillées adaptées à la culture accompagnées d'une collecte de mesures physiques, puis élaborer les interventions en fonction des résultats obtenus.

10. Les populations à risque plus élevé ont des taux similaires pour les indicateurs de santé de la pression artérielle que la population en générale.

Comparativement à la population canadienne en général, les personnes d'origine philippine, chinoise, sud-asiatique et de descendance noire ont une prévalence plus élevée pour l'hypertension. (38, 44, 45) Dans ces groupes, les différences entre les sexes ont en outre été notées,, avec une étude démontrant une prévalence plus élevée de l'hypertension chez les hommes d'Asie du Sud-Est et les noirs et chez les femmes asiatiques. (38,45)

Les Canadiens vivant dans les zones rurales connaissent une incidence plus élevée de maladies du système circulatoire, attribuable, en partie, à la prévalence élevée du tabagisme (32% en milieu rural contre 25% dans les villes), l'obésité (57% en milieu rural; et 47% en milieu urbain) et de la consommation de moins de 5 portions quotidiennes recommandées de fruits et légumes frais par jour (31% en milieu rural; 38% en milieu urbain). En 2010, une étude menée en Alberta a également montré des taux de base plus élevés d'obésité, de tour de taille, d'hypertension et d'hypercholestérolémie chez les sujets adultes vivant dans les zones rurales autochtones et autres communautés éloignées. (46)

Comme avec les groupes autochtones, un suivi plus cohérent et fiable et la surveillance des tendances cardiovasculaires chez ces groupes sont nécessaires pour déterminer les tendances au fil du temps ainsi que l'identification des principaux domaines d'intervention afin d'augmenter la connaissance des facteurs de risques et améliorer le diagnostic précoce.

Recommandations

Se doter d'une politique publique favorable à la santé

Élaborer une stratégie globale multisectorielle dont le but est d'amener les Canadiens à se conformer aux valeurs de référence recommandées à l'échelle nationale en ce qui concerne l'activité physique et l'alimentation (y compris les apports nutritionnels de référence recommandés relativement aux nutriments et surtout au sodium).

- Adopter une approche pancanadienne – pouvoir complet et entier des instruments gouvernementaux dans tous les secteurs – pour veiller à ce que les enfants grandissent dans des milieux qui prônent et favorisent une saine alimentation et l'exercice physique régulier, ne fument pas, évitent la consommation abusive d'alcool et conservent en règle générale une attitude ancrée faisant de la santé et du mieux-être une priorité.
 - Tous les gouvernements financent adéquatement une plateforme globale interministérielle pour les initiatives visant le mode de vie sain qui englobent de grandes stratégies de promotion de la santé et de lutte contre les maladies chroniques, en y faisant participer tous les grands ministères pouvant avoir une incidence sur la santé.
 - Les gouvernements effectuent systématiquement une analyse d'impact sur la santé de tous les projets de politiques gouvernementales importants qui, pour une population donnée, influenceront sur les principaux facteurs de risque modifiables en vue d'un mode de vie sain (p. ex. politiques de transport, réglementation en matière d'alcool).
 - Les gouvernements étudient et revoient, au besoin, les politiques en vigueur qui ont une incidence directe ou indirecte sur les bonnes habitudes de vie (p. ex. réexaminer l'octroi de subventions aux processus d'approvisionnement alimentaire qui contribuent à la production d'aliments malsains ou les politiques de transport qui favorisent la sédentarité au détriment des transports en commun ou du transport actif).
 - Les gouvernements exercent leur plein pouvoir de réglementation afin de protéger et de favoriser la santé lorsqu'une approche misant sur le bon vouloir des gens semble ou s'est avérée inefficace.
- Mettre en œuvre la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada (2010) et poursuivre d'arrache-pied l'atteinte de l'objectif national provisoire, qui est de réduire la consommation moyenne de sodium au sein de la population pour qu'elle soit de 2 300 mg par jour d'ici 2016.
 - En prévision de 2016, Santé Canada met sur pied un groupe de travail afin d'élaborer et de mettre en œuvre des recommandations sur la façon d'atteindre l'objectif ultime, soit que 95 % des Canadiens consomment moins de 2 300 mg de sodium par jour.
 - Les organismes fédéraux pertinents trouvent des façons de faire face à la mondialisation de la production, de la transformation et de la commercialisation des aliments et de prendre part aux efforts de coordination à l'échelle internationale afin de veiller à ce que les changements positifs survenus dans le secteur alimentaire, notamment, les progrès faits au Canada, permettent en fin de compte d'offrir des aliments plus sains aux populations du monde entier.

- S'assurer que toutes les autorités politiques (gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux; administrations régionales et municipales) et sanitaires désignent des leaders de la santé vasculaire – baisse de la pression artérielle et contrôle de l'hypertension – en leur attribuant une responsabilité précise et des ressources pour qu'elles mettent en œuvre cette stratégie et en intègrent les divers aspects à d'autres stratégies pertinentes en matière de maladies chroniques et de santé relevant du mandat de leur gouvernement ou organisation, en évitant tout effort non coordonné qui risque de brouiller le message et de faire perdre des occasions d'intervenir sur plusieurs plans.
 - Les autorités sanitaires se fixent des cibles pour ce qui est des processus et des résultats qui permettront de réduire l'hypertension artérielle et ses facteurs de risque, surveillent étroitement les progrès et ajustent les interventions, au besoin, pour que ces cibles soient atteintes.
- Les structures fédérales, provinciales et territoriales (FPT) coordonnent la participation FPT à l'élaboration de politiques importantes en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies. Les municipalités utilisent également des mécanismes de coordination dans le cadre du processus d'élaboration des politiques.
- Enrichir les stratégies de réduction du tabagisme dans l'ensemble des administrations du Canada et prévoir la révision des dispositions concernant les médicaments pour cesser de fumer et l'accès à des sites Web et lignes téléphoniques de portée provinciale et nationale.

Réorienter ou restructurer le mode de prestation des services de santé

Adopter une approche favorisant les équipes interdisciplinaires intégrées en soins de santé primaires qui mettent l'accent sur un mode de vie sain pour prendre en charge les maladies chroniques. Au Canada, grâce aux nombreux partenariats en place et au continuum de promotion de la santé, de prévention des maladies, de dépistage précoce, de traitement et de contrôle, l'adoption d'un modèle de saine prise en charge de la pression artérielle ou de l'hypertension constitue un modèle de pratiques exemplaires quant à la façon de prévenir et de contrôler les autres conditions et maladies chroniques.

- Améliorer le système des soins de santé afin de s'assurer que la recherche de cas, l'élaboration de listes et de registres et la prise en charge de l'hypertension se font de façon systématique et optimale quant aux résultats et aux coûts.
- La prise en charge clinique de l'hypertension devrait se faire à l'échelon des soins primaires; les rôles du patient et du fournisseur de soins sont définis et facilités, tandis que le reste du système soutient la relation entre le patient et le fournisseur de soins primaires.
 - Chaque personne devrait avoir un fournisseur de soins primaires désigné qui travaille avec elle pour l'éduquer à la santé, mesurer sa pression artérielle à chaque visite qui s'y prête afin de dépister tout incident d'hypertension et entreprendre le

- traitement approprié, par exemple au moyen de listes et autres; dans la mesure du possible, le même fournisseur de soins assure la continuité.
- Il faut offrir de l'éducation et des ressources en vue de cerner et de gérer les facteurs qui empêchent la prise en charge de l'hypertension.
 - Une équipe de soins appropriée soutient le fournisseur de soins primaires et a à sa disposition des ressources pour dépister l'hypertension artérielle et aider de façon optimale le patient à modifier ses habitudes de vie et à prendre ses médicaments.
 - Le rôle des spécialistes dans la prestation des services en cas d'hypertension doit être défini, et ceux-ci doivent disposer des outils et ressources appropriés qui leur permettront d'appuyer les soins primaires de manière équitable et efficiente.
 - Il faut encourager l'élaboration et l'utilisation de cartes ou processus de soins fondés sur l'expérience clinique, qui s'accompagnent de lignes directrices fondées sur les données probantes, mais qui permettent la personnalisation du traitement en fonction des circonstances cliniques et des souhaits du patient.
 - Faire participer les médecins à des mécanismes de financement innovateurs pour la prise en charge de maladies chroniques complexes, comme l'hypertension.

Nouer des partenariats pour créer des milieux favorables et faire évoluer le système des soins de santé

Maintenir et élargir les partenariats dont l'apport fait partie intégrante des réussites canadiennes en matière de réduction de la pression artérielle et de contrôle de l'hypertension. Nouer de nouveaux partenariats afin de mieux intégrer la prise en charge des maladies à la promotion de la santé auprès de la population, en sollicitant tous les ordres de gouvernement, les organisations sanitaires et les professionnels de la santé, les organisations non gouvernementales, les universités, ainsi que les institutions et entreprises pertinentes.

- Les gouvernements collaborent à l'élaboration d'un modèle de gouvernance et de financement pancanadien pour coordonner la mise en œuvre des recommandations contenues dans le présent cadre et son harmonisation à la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, à la Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et à la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada, compte tenu de leurs effets combinés possibles sur la pression artérielle, de même que pour surveiller les progrès et en faire rapport.
 - Accorder un financement adéquat à tous les mandataires de processus et de produits dont l'incidence positive et rentable sur la prévention, le traitement et le contrôle de l'hypertension artérielle a été prouvée.
- Maintenir et élargir les partenariats essentiels à la formation des professionnels de la santé, ainsi que maintenir les compétences pour assurer une prise en charge optimale de la pression artérielle.
 - Mettre à la disposition des gens des ressources à jour dans les établissements cliniques et communautaires pour les aider à abaisser leur pression artérielle, de même que pour dépister et prendre en charge les cas d'hypertension.

- Mettre à la disposition de l'ensemble des écoles et des programmes d'études supérieures et d'éducation permanente destinés aux professionnels de la santé du matériel didactique canadien de haut calibre, uniforme et à jour en matière d'hypertension, et assortir cette offre de matériel de normes d'agrément des programmes.
- Mettre sur pied des forums pour que les écoles qui forment les professionnels de la santé (p. ex. médecine, sciences infirmières, nutrition, pharmacie) et les programmes d'éducation permanente en santé échangent les pratiques exemplaires de la prestation de la formation visant à prévenir et à contrôler l'hypertension à l'aide d'approches et de documents didactiques uniformisés.
- Mettre sur pied un forum pour que les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les régions sanitaires puissent échanger les pratiques exemplaires dans la prestation des services de santé en vue de réduire la pression artérielle, ainsi que dans la prévention, le dépistage, le traitement et le contrôle de l'hypertension.
- Mettre sur pied un forum pour que les intervenants non gouvernementaux qui contribuent à la prévention et au contrôle de l'hypertension puissent échanger les pratiques exemplaires.
- Nouer des collaborations internationales ainsi qu'un forum pour échanger les pratiques exemplaires en matière de prévention et de contrôle de l'hypertension avec d'autres pays.
- Maintenir la Chaire du Canada pour le contrôle et la prévention de l'hypertension et lui confier la responsabilité de diriger la mise en œuvre du présent cadre.

Renforcer l'action communautaire

Renforcer la coordination et le leadership pour les initiatives communautaires qui impliquent la participation active des intervenants communautaires en matière de sensibilisation et d'action pour le changement de l'environnement et de politiques qui traitent de la prévention, du diagnostic et du contrôle de l'hypertension.

- Supporter les initiatives communautaires et les interventions de la communauté pour le contrôle des facteurs de risque de l'hypertension par une alimentation saine et une vie active. Les exemples incluent l'appui des initiatives de sécurité alimentaire locale (comme le *Toronto's Good Food Box Program* et le *BC's Healthy Eating Active Living program*).
- Soutenir le financement pour la recherche participative qui améliore une saine alimentation / milieux de vie actif (comme le *Nova Scotia's Activating Change Together (ACT)*, un projet de recherche qui améliore la sécurité des aliments pour tous les habitants de la Nouvelle-Écosse).
- Assurer la mise en œuvre systématique et à grande échelle, au sein des communautés et des milieux de travail, des programmes éprouvés et fondés sur l'expérience clinique qui favorisent le mode de vie sain et améliorent la prévention,

le dépistage, le diagnostic, le traitement et le contrôle de l'hypertension artérielle à l'échelle du Canada.

- Faire participer les associations politiques territoriales représentant les peuples des Premières nations et les Inuits à la mise en œuvre de programmes communautaires éprouvés et fondés sur l'expérience clinique en matière de prise en charge de la pression artérielle en les adaptant aux circonstances particulières de ces communautés autochtones.
- Élaborer ou adapter des programmes de prise en charge de la pression artérielle qui répondent aux besoins des communautés rurales ou éloignées, des groupes marginalisés ou des populations difficiles à joindre au Canada.
- Assurer l'évaluation et la révision continues des pratiques exemplaires à la base des programmes de prise en charge de la pression artérielle mis en place dans les milieux de travail et les communautés pour que ceux-ci puissent continuer d'atteindre leurs objectifs et les résultats escomptés de façon optimale.

Parfaire les compétences personnelles pour une meilleure prise en charge personnelle
Veiller à ce que tous les Canadiens disposent des ressources, des connaissances et des capacités dont ils ont besoin pour prévenir, détecter et contrôler l'hypertension de manière optimale, en reconnaissant cependant que cette recommandation est grandement tributaire de la mise en place et du maintien de milieux favorables.

- L'éducation des patients à la pression artérielle et à l'hypertension doit se faire selon des principes et des méthodes d'enseignement modernes qui englobent les aspects du changement de comportement pour faciliter la réduction des facteurs de risque liés à l'hypertension et soutenir les gens dans leurs efforts en ce sens.
 - Éduquer, informer et conseiller les gens pour qu'ils adoptent un mode de vie sain et comprennent :
 - les conséquences graves de l'hypertension sur la santé;
 - le lien qui existe entre hypertension et facteurs de risque modifiables (tabagisme, adiposité, inactivité physique, excès de sodium ou sel dans l'alimentation, abus d'alcool, stress, mauvaise alimentation, faible consommation de fruits et de légumes [calcium, potassium et magnésium], apport élevé en gras trans et saturés et niveau de stress élevé);
 - les recommandations concernant l'apport quotidien moyen en sodium et en fruits et légumes, ainsi que les niveaux d'activité physique, le tour de taille optimal et le poids santé;
 - la nécessité de se soumettre régulièrement à des tests de dépistage de l'hypertension.
- Faciliter la participation active des gens dans le traitement de leur hypertension et les épauler.
 - Le système de soins de santé prône et soutient la prise en charge personnelle des patients en mettant à leur disposition du matériel didactique, des données, des outils (comme des applications de santé personnelle électroniques pour assistants

numériques, des outils de réseautage social, etc.) et d'autres mécanismes de soutien qui leur permettent de se tenir au courant des meilleures données probantes sur l'hypertension et ses facteurs de risque, ainsi que des interventions disponibles, et qui les aident à suivre leurs propres progrès en vue de réduire les risques et de contrôler l'hypertension.

- Poursuivre l'élaboration de nouveaux outils et de nouvelles ressources encore plus efficaces pour faciliter la prise en charge personnelle.
- Veiller à ce que ces outils et ressources soient appropriés et offerts aux gens de divers niveaux de littéracie, aux divers groupes ethniques et linguistiques et aux populations vulnérables.

Améliorer les mécanismes de soutien à la prise de décisions

Favoriser une culture axée sur les cycles d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité pour la collecte de données sur les principaux indicateurs relatifs à la prévention, au dépistage, au traitement et au contrôle de l'hypertension, de même qu'évaluer la mise en application des conclusions – pour vérifier que les connaissances sur les processus et les résultats des interventions font une différence.

- Poursuivre le développement et le financement de systèmes pancanadiens de contrôle, de surveillance et d'évaluation de la pression artérielle et de l'hypertension à l'échelle provinciale et nationale.
- ➔ Exploiter au maximum les programmes de surveillance et d'évaluation existants et continuer de financer l'élaboration de nouveaux programmes et instruments afin d'évaluer la pression artérielle tout au long de la vie, ainsi que l'incidence des variations de pression artérielle et d'hypertension sur la santé des Canadiens, de même que de cerner l'incidence et la pertinence des interventions menées dans le but de déceler les « lacunes dans les soins » et de faciliter l'élaboration de nouvelles politiques, interventions et stratégies.
 - Veiller à ce que les enquêtes menées recueillent des données qui permettent d'évaluer régulièrement les progrès vers l'atteinte des objectifs du présent cadre.
 - Maintenir l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé et veiller à ce qu'elle porte surtout sur les principaux problèmes de santé des Canadiens, notamment la pression artérielle et l'hypertension, de tous les groupes d'âge. Assurer le sur-échantillonnage des populations vulnérables, comme les nouveaux immigrants.
 - Revoir les enquêtes actuelles (p. ex. l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, l'Enquête nationale sur la santé de la population et l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé) afin d'augmenter le contenu portant sur les facteurs liés au mode de vie qui influent sur la pression artérielle (alimentation, activité physique, stress, consommation d'alcool, adiposité, etc.).
 - Reprendre en 2015 et en 2020 l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada en y ajoutant un module sur l'hypertension afin de permettre le suivi des modifications apportées aux habitudes de vie.
 - Veiller à ce que l'ensemble des grandes études longitudinales menées au Canada incluent l'évaluation de la pression artérielle, de l'hypertension et des facteurs de

risque comme l'alimentation (p. ex. examen des données longitudinales sur l'alimentation).

- Faire participer les associations politiques territoriales des peuples des Premières nations et des Inuits à la conception d'enquêtes sur les mesures physiques qui utilisent des méthodes adaptées à la culture afin de recueillir régulièrement des données sur la pression artérielle et l'hypertension.
- Poursuivre le développement et le financement du groupe de travail chargé de l'étude des résultats des programmes canadiens de sensibilisation à l'hypertension pour qu'il puisse coordonner la surveillance et l'évaluation de tous les volets du programme de contrôle, de surveillance et d'évaluation de la pression artérielle.
- Établir et mettre en œuvre des normes canadiennes en matière d'enquête et de source de données sur la pression artérielle, ainsi que des ententes d'échange de données appropriées, afin de permettre la comparaison, que ce soit à l'échelle pancanadienne, entre les provinces et territoires ou au sein d'une province ou d'un territoire, des données sur la pression artérielle et l'hypertension en temps opportun à partir des résultats des enquêtes provinciales et locales et des bases de données administratives.
- Mener des études de validation des données liées à l'hypertension (diagnostic, pression artérielle, traitements) à partir des dossiers médicaux électroniques et d'autres sources de données.
- Tous les ordres de gouvernement travaillent en partenariat avec les parties intéressées par l'évaluation des services de santé, notamment les universitaires et les chercheurs, afin d'assurer un accès rapide et abordable aux données pertinentes issues de la surveillance de la pression artérielle, ainsi qu'aux données administratives pertinentes.
 - Veiller à ce que les données administratives canadiennes sur l'hypertension, sur les hospitalisations et les décès attribuables aux principales MCV (p. ex. AVC, insuffisance cardiaque, cardiopathie ischémique, infarctus du myocarde, maladie rénale chronique, maladie vasculaire périphérique, anévrisme de l'aorte) ainsi que sur les coûts directs estimés soient mises à la disposition du public dans les deux années civiles suivant l'année où les événements les concernant sont survenus.
 - Évaluer régulièrement les coûts directs de la prise en charge de l'hypertension (coûts des soins ambulatoires et hospitaliers, notamment les honoraires des professionnels de la santé, les consultations, les frais de médicaments, les frais de laboratoire et le coût des installations) ainsi que les issues liées à l'hypertension (p. ex. AVC, insuffisance cardiaque, cardiopathie ischémique, infarctus du myocarde, maladie rénale chronique, maladie vasculaire périphérique, anévrisme de l'aorte).
- Accroître les capacités de recherche et d'analyse en matière de politique de santé publique et les capacités d'évaluation de l'incidence des politiques mises en œuvre.
 - Examiner les conséquences de l'hypertension et des interventions visant à prévenir, à dépister, à traiter et à contrôler cette maladie à l'aide des modèles de prévision détaillés et établis en matière de santé et d'économie.
 - Modéliser les répercussions sanitaires et économiques des mesures préventives menées à l'échelle de la population pour s'attaquer aux principaux facteurs de risque modifiables d'une pression artérielle élevée, par exemple la réduction du sodium

alimentaire, la hausse de l'activité physique, une faible consommation d'alcool et une meilleure alimentation.

- Déterminer l'incidence d'une pression artérielle élevée et de l'hypertension sur les taux de mortalité et d'invalidité au Canada (en lien avec d'autres conditions et maladies chroniques importantes) à l'aide de données canadiennes actuelles et précises.
- Suivre et modéliser l'efficacité, la rentabilité et l'efficacité comparative des interventions visant à réduire la pression artérielle concernant la prévalence, la prise de conscience, le diagnostic, le traitement et le contrôle de l'hypertension, ainsi que sur les principales issues liées à la pression artérielle (AVC, démence, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale ou maladie progressive du rein, crise cardiaque, cardiopathie ischémique), y compris leurs coûts. Inclure des modèles qui évaluent la recherche de cas.
- Assurer la planification et le financement stratégiques de la recherche et de l'évaluation afin de mieux comprendre l'étiologie de l'hypertension et s'attaquer aux principaux obstacles à sa prévention, à son dépistage et à son contrôle.
 - Appliquer les quatre piliers de la recherche (soit la recherche biomédicale, clinique, sur les services de santé et sur la population) afin de créer une culture axée sur l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité et traduire de manière optimale les connaissances en interventions.
 - Dresser en ordre de priorité la liste complète des lacunes en recherche d'un point de vue sociétal et assurer la mise à jour régulière de cette liste.
 - Établir un réseau pancanadien de chercheurs afin d'élaborer des protocoles de recherche et de mener des études sur les lacunes prioritaires.
 - Stimuler la recherche indépendante sur les lacunes prioritaires.
 - Consacrer une partie des fonds de recherche des IRSC et des organismes provinciaux afin de combler les lacunes en recherche sur la pression artérielle et l'hypertension dans les quatre piliers.

Optimiser les systèmes d'information

Exploiter à fond les systèmes d'information et la technologie de l'information en constante évolution afin d'appliquer les connaissances aux façons d'améliorer la prévention, le dépistage, le traitement et le contrôle de l'hypertension.

- Améliorer les dossiers médicaux et les dossiers de santé électroniques utilisés au Canada.
 - Veiller à ce qu'ils renferment des indicateurs nationaux en matière de soins de l'hypertension et qu'ils permettent de suivre les résultats qui serviront à la surveillance pancanadienne de la pression artérielle et de l'hypertension, tout en protégeant la confidentialité des renseignements personnels et la vie privée des patients.
 - Veiller à ce qu'ils fournissent aux professionnels de la santé et aux personnes souffrant d'hypertension les pratiques exemplaires actuelles de prise en charge de l'hypertension (PECH) au point de service.
 - Disposer d'un registre, d'alertes et de rappels en ce qui concerne l'hypertension.
 - Assurer un accès facile aux données sur la pratique organisée en matière d'hypertension, que les professionnels de la santé peuvent comparer aux données moyennes des autres praticiens.
- Les données des différentes parties du système des soins de santé doivent être liées

entre elles et accessibles en temps opportun à tous les fournisseurs de soins concernés et aux planificateurs de systèmes.

- Favoriser l'accès des patients aux dossiers médicaux et de santé afin d'améliorer la prise en charge personnelle.

Références bibliographiques

1. Egan BM, Julius S. Prehypertension: risk stratification and management considerations. *Curr Hypertens Reports*. 2008;10:359-66.
2. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005; 365:217-23.
3. Organisation mondiale de la Santé. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major causes, 2009.
4. Meneton P, Jeunemaitre X, de Wardener HE, Macgregor GA. Links Between Dietary Salt Intake, Renal Salt Handling, Blood Pressure, and Cardiovascular Diseases. *Physiol Rev*. 2005;85:679-715.
5. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, Larson MG, Kannel WB, D'Agostino RB, Levy D. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men – The Framingham Heart Study. *JAMA*. 2002; 287:1003-10.
6. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, 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 No. 04-Canaaca30, August 2004.
7. Heidenreich PA, Trogdon JG, Khavjou OA, Butler J, Dracup K, Ezekowitz MD, Finkelstein EA, Hong Y, Johnston SC, Khera A, Lloyd-Jones DM, Nelson SA, Nichol G, Orenstein D, Wilson PWF, Woo YJ, on behalf of the American Heart Association Advocacy Coordinating Committee, Stroke Council, Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology, Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation, Council on Cardiovascular Nursing, Council on the Kidney in Cardiovascular Disease and Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. Forecasting the Future of Cardiovascular Disease in the United States: A Policy Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2011;123;933-44
8. Gaziano TA, Bitton A, Anand S, Weinstein MC; International Society of Hypertension. The global cost of nonoptimal blood pressure. *J Hypertens*. 2009; 27:1472–1477
9. Joffres M, Campbell NRC, Manns B, Tu K. Estimate of the benefits of a population-based reduction in dietary sodium additives on hypertension and its related health care costs in Canada. *Can J Cardiol*. 2007;23:437-43.
10. Danaei G, Finucane MM, Lin JK, Singh GM, Paciorek CJ, Cowan MJ, Farzadfar F, Stevens GA, Lim SS, Riley LM, Ezzati M, on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Blood Pressure). National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5.4 million participants. *Lancet* 2011; 377: 568–77
11. Karppanen H, Mervaala E. Sodium intake and hypertension. *Prog Cardiovasc Dis*. 2006;49:59-75.
12. National Heart, Lung and Blood Institute. National Institutes of Health. US Department of Health and Human Services. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. August 2004.
13. Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et plan d'action. Pour un Canada au coeur qui bat, février 2009.
<http://www.chhs.ca/sites/default/files/Document%20Links/Reports/English/CHHS%20-%20Building%20a%20Heart%20Healthy%20Canada%20-%20EN%20-%20Feb%202009.pdf>

14. Turnbull F, Neal B, Algert C, Chalmers J, Woodward M, MacMahon S. Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials. *Lancet*. 2003;362:1527-35.
15. Neal B, MacMahon S, Chapman N. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood pressure lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. *Lancet*. 2000;356:1955-64.
16. Smith SC Jr, Blair SN, Criqui MH, Fletcher GF, Fuster V, Gersh BJ et al. Preventing heart attack and death in patients with coronary disease. *Circulation*. 1995;92:2-4.
17. Agence de la santé publique du Canada. 2009. Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/pdf/cvd-avs-2009-fra.pdf>
18. Abboud H, Henrich WL. Stage IV Chronic Kidney Disease. *N Engl J Med*. 2010;362:56-65.
19. Bild D, Teutsch SM. The control of hypertension in persons with diabetes: a public health approach. *Public Health Rep*. 1987;102:522-29.
20. Lewis EJ, Hunsicker LG, Clarke WR, Berl T, Pohl MA, Lewis JB et al. Renoprotective effect of the angiotensin-receptor antagonist irbesartan in patients with nephropathy due to type 2 diabetes. *N Eng J Med*. 2001;345:851-60.
21. Brenner BM, Cooper ME, de Zeeuw D, Keane WF, Mitch WE, Parving H-H et al. Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy. *N Engl J Med*. 2001;345:861-69.
22. Kivipelto M, Ngandu T, Fratiglioni L, Viitanen M, Kareholt I, Winblad B, Helkala EL, Tuomilehto J, Soininen H, Nissinen A. Obesity and vascular risk factors at midlife and the risk of dementia and Alzheimer disease. *Arch Neurol*. 2005; 62: 1556–1560.
23. Vladimir Hachinski, MD, DSc; Costantino Iadecola, MD; Ron C. Petersen, MD, PhD; Monique M. Breteler, MD, PhD; David L. Nyenhuis, PhD; Sandra E. Black, MD; William J. Powers, MD; Charles DeCarli, MD; Jose G. Merino, MD; Raj N. Kalaria, PhD, FRCP; Harry V. Vinters, MD; David M. Holtzman, MD; Gary A. Rosenberg, MD; Anders Wallin; Martin Dichgans, MD; John R. Marler, MD Gabrielle G. Leblanc, PhD. National Institute of Neurological Disorders and Stroke—Canadian Stroke Network Vascular Cognitive Impairment Harmonization Standards. *Stroke*. 2006;37:2220-2241
24. Société Alzheimer du Canada. 2010. Raz-de-marée : impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada. Consulté le 15 décembre 2010 à http://www.alzheimer.ca/docs/RisingTide/Secured_AS%20Rising%20Tide%20Full%20Report%20FINAL%20FR.pdf.
25. Staessen JA, Richart T, Birkenhäger WH. Less Atherosclerosis and Lower Blood Pressure for a Meaningful Life Perspectives With More Brain. *Hypertension*. 2007;49:389-400.
26. ASPC 2010. Rapport du Système national de surveillance des maladies chroniques : l'hypertension au Canada, 2010. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/ccdss/snsmc-2010/2-2-fra.php>
27. Enquête canadienne sur les mesures de la santé. 2007 à 2009. Consulté le 29 novembre 2010 à <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/100323/dq100323a-fra.htm>
28. 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;24:507-12.
29. Onysko J, Maxwell C, Eliasziw M, Zhang J, Johansen H, Campbell N. Large Increases in Hypertension Diagnosis and Treatment in Canada Following a Health Care Professional Education Program. *Hypertension*. 2006;48:853-60.
30. Wilkins K, Campbell NRC, Joffres MR, McAlister FA, Nichol M, Quach S, Johansen HL, Tremblay MS. Blood pressure in Canadian adults. *Health Reports*. 2010; 21:1-10.

31. Pletcher MJ, Bibbins-Domingo K, Lewis CE, Wei GS, Sidney S, Carr JJ, Vittinghoff E, McCulloch CE, Hulley SB. Prehypertension during young adulthood and coronary calcium later in life. *Ann Intern Med.* 2008;149:91-99.
32. Lawes CMM, Vander Hoorn S, Rodgers A. for the International Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet.* 2008; 371:1513-18.
33. Falkner B, Lurbe E, Schaefer F. High blood pressure in children: clinical and health policy implications. *J Clin Hypertens.* 2010;12:261-76.
34. Paradis G, Tremblay MS, Janssen I, Chioloro A, Bushnik T. Blood pressure in Canadian children and adolescents. *Health Reports.* 2010; 21:15-22.
35. Muntner P, He J, Cutler JA, Wildman RP, Whelton PK. Trends in blood pressure among children and adults. *JAMA.* 2004;291:2107-13.
36. Saposnik G, Redelmeier DA, Lu H, Lonn E, Fuller-Thomson E, Ray JG. Risk of premature stroke in recent immigrants (PRESARIO): population-based matched cohort study. *Neurology.* 2010;74:451-7.
37. Assembly of First Nations/First Nations Information Governance Committee. 2007. First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03 – Results for Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities. (Chapter 4 page 52) Pages 59-60. Accessed November 22, 2010 at <http://www.rhs-ers.ca/english/pdf/rhs2002-03reports/rhs2002-03-technicalreport-afn.pdf>
38. Leenen FHH, Dumais J, McInnis NH, Turton P, Stratyckuk L, Nemeth K, Lum-Kwong MM, Fodor G. Results of the Ontario Survey on the Prevalence and Control of Hypertension. *CMAJ.* 2008;178:1441-49.
39. Colley RC, Garriguet D, Janssen I, Craig CL, Clarke J, Tremblay MS. Physical activity of Canadian adults: accelerometer results from 2007 to 2009 Canadian Health Measures Survey. *Health Reports.* 2011;22:1-8.
40. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada. Sommaire des résultats annuels de 2008. Consulté le 16 mars 2011 à http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc_2008/ann_summary-sommaire-fra.php
41. Mellen PB, Gao SK, Vitloins MZ, Goff Jr DC. Deteriorating dietary habits among adults with hypertension: DASH dietary accordancy, NHANES 1988-1994 and 1999-2004. *Arch Intern Med.* 2008;168:308-14.
42. Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, Roccella EJ, Stout R, Vallbona C, Winston MC, Karimbakas J; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program. *JAMA.* 2002;288:1882-88.
43. Geleijnse JM, Grobbee DE, Kok FJ. Impact of dietary and lifestyle factors on the prevalence of hypertension in Western populations. *Eur J Pub Health.* 2004;14:235-9.
44. 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
45. Chiu M, Austin P, Manuel DG, Tu JV. Comparison of cardiovascular risk profiles among ethnic groups using population health surveys between 1996 and 2007. *CMAJ.* 2010;182 (8): E301-E310 doi: 10.1503/cmaj.091676
46. Ralph-Campbell K, Oster R, Connor T, Toth EL. Emerging Longitudinal Trends in Health Indicators for Rural Residents Participating in a Diabetes and Cardiovascular Screening Program in Northern Alberta, Canada. *International Journal of Family Medicine.* 2011; 2011: Article ID 596475 doi:10.1155/2011/596475

47. Public Health Agency of Canada. The Social Determinants of Health: An Overview of the Implications for Policy and the Role of the Health Sector. Accessed February 24, 2012 at: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/01_overview-eng.php
48. Statistics Canada. (2008). *Canadian Community Health Survey 2007*. Ottawa: Statistics Canada.
49. Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et plan d'action. Pour un Canada au coeur qui bat, février 2009. <http://www.chhs.ca/sites/default/files/Document%20Links/Reports/English/CHHS%20-%20Building%20a%20Heart%20Healthy%20Canada%20-%20EN%20-%20Feb%202009.pdf>
50. Fisher Wilson J. Can disease prevention save health reform? *Annals Int Med*. 2009;151:145-8.
51. Wilkins K, Campbell NRC, Joffres MR, McAlister FA, Nichol M, Quach S, Johansen HL, Tremblay MS. Blood pressure in Canadian adults. *Health Reports*. 2010; 21:1-10.
52. Egan BM, Zhao Y, Axon RN. US Trends in Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension, 1988-2008. *JAMA*. 2010;303:2043-50.
53. Godet-Thobie H, Vernay M, Noukpoape A, Salanave B, Malon A, Castetbon K, de Peretti C. Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007. *BEH thématique*. 2008;49-50:478-83.
54. McAlister FA, Wilkins K, Joffres M, Leenen F, Fodor G, Baclic O, Gee M, Tremblay MS, Walker R, Johansen H, Robitaille C, Campbell N. Changes in hypertension awareness, treatment, and control rates in Canada over the past two decades. Submitted.
55. Campbell, N.R., et al., Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. *J Hypertens*, 2003. 21(8): p. 1591-7.
56. McAlister FA, Feldman RD, Wyard K, Brant R, Campbell NRC for the CHEP Outcomes Research Task Force. The impact of the Canadian Hypertension Education Programme in its first decade. *European Heart Journal* 2009; 30:1434-39 doi:10.1093/eurheartj/ehp192
57. Campbell, N.R., et al., Changes in cardiovascular deaths and hospitalization in Canada. *Can J Cardiol*, 2006. 22(5): p. 425-7
58. Campbell NRC, Brant R, Johansen H, Walker RL, Wielgosz A, Onysko J, Gao R, Sambell C, Phillips S, McAlister FA for the Canadian Hypertension Education Program Outcomes Research Task Force. Increases in Antihypertensive Prescriptions and Reductions in Cardiovascular Events in Canada. *Hypertension*. 2009; 53:128-34.
59. Rapport 2010 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension, consulté le 30 novembre 2010 à <http://hypertension.ca/bpc/wp-content/uploads/2010/11/Annual-Report-CHEP-2010-Final-Sept-22.pdf>
60. Canada Chair in Hypertension Prevention and Control. 2006-2010 Report.
61. Campbell NRC, Onysko J. for the Canadian Hypertension Education Program and the Outcomes Research Task Force. The Outcomes Research Task Force and the Canadian Hypertension Education Program. *Can J Cardiol*. 2006; 22:556-58.
62. Campbell NRC, Tobe S. The Canadian effort to prevent and control hypertension: can other countries adopt Canadian strategies? *Curr Opinion Cardiol*. 2010;25:366-72.
63. Hypertension Canada. Accessed November 30, 2010 at <http://hypertension.ca/fr/>
64. Petrella RJ, Speechley M, Kleinstiver PW, Ruddy T. Impact of a Social Marketing Media Campaign on Public Awareness of Hypertension. *AJH*. 2005;18:270-275.
65. Norm RC Campbell MD1, Richard E Gilbert MD PhD2, Lawrence A. Leiter MD2, Pierre Larochelle MD3, Sheldon Tobe MD 4, Arun Chockalingam PhD5, Richard Ward MD6, Dorothy Morris, BScN,,MA, CCN(C) 7, Ross T Tsuyuki PharmD MSc8, Stewart Harris. The Scientific Basis for Hypertension Management in People with Diabetes. Accessed

December 7, 2010 at http://hypertension.ca/chep/wp-content/uploads/2010/04/DiabetesScientificSummary_April10.pdf

66. Pression artérielle Canada, 2006. Politique sur le sodium. Consulté le 22 février 2011 à http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/Sodium%20Policy%20with%20Endorsements%20French.pdf.
67. Santé Canada. Stratégie de réduction du sodium pour le Canada. Consulté le 27 novembre 2010 à <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/sodium/strateg/index-fra.php>.
68. Connor Gorber S, Tremblay M, Campbell N, Hardt J. The Accuracy of Self-Reported Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Curr Hypertens Rev.* 2008;4:36-62.
69. Institute of Medicine. A population-based policy and systems change approach to prevent and control hypertension. Washington: National Academies Press, 2010, pages 99 à 111 et tableaux 4 à 6, page 83.
70. Brown IJ, Stamler J, Van Horn L, Robertson CE, Chan Q, Dyer AR, Huang CC, Rodriguez BL, Zhao L, Daviglus ML, Ueshima H, Elliott P; for the International Study of Macro/Micronutrients and Blood Pressure Research Group. Sugar-Sweetened Beverage, Sugar Intake of Individuals, and Their Blood Pressure: International Study of Macro/Micronutrients and Blood Pressure. *Hypertension.* 2011 Feb 28. [Epub ahead of print]. Accessed on March 16, 2011 at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21357284?dopt=Abstract>.
71. Jalal DI, Smits G, Johnson RJ, Chonchol M. Increased Fructose Associates with Elevated Blood Pressure. *J Am Soc Nephrol.* 2010;21:1543-49.
72. Lawrence J. Appel, M.D., M.P.H., Thomas J. Moore, M.D., Eva Obarzanek, Ph.D., William M. Vollmer, Ph.D., Laura P. Svetkey, M.D., M.H.S., Frank M. Sacks, M.D., George A. Bray, M.D., Thomas M. Vogt, M.D., M.P.H., Jeffrey A. Cutler, M.D., Marlene M. Windhauser, Ph.D., R.D., Pao-Hwa Lin, Ph.D., Njeri Karanja, Ph.D., Denise Simons-Morton, M.D., Ph.D., Marjorie McCullough, M.S., R.D., Janis Swain, M.S., R.D., Priscilla Steele, M.S., R.D., Marguerite A. Evans, M.S., R.D., Edgar R. Miller, M.D., Ph.D., and David W. Harsha, Ph.D. for the DASH Collaborative Research Group. A Clinical Trial of the Effects of Dietary Patterns on Blood Pressure. *N Engl J Med* 1997; 336:1117-1124.
73. He FJ, MacGregor GA. Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. Implications for public health. *J Hum Hypertens.* 2002;6:761-70.
74. Stamler J. The Intersalt Study: background, methods, findings and implications. *Am J Clin Nutr.* 1997;65:626S-642S.
75. Garriguet, D. Consommation de sodium à tous les âges. *Rapports sur la santé*, 2007, vol. 18, pages 35 à 41. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2006004/article/sodium/9608-fra.pdf>
76. He FJ, MacGregor GA. Importance of Salt in Determining Blood Pressure in Children: Meta-analysis of Controlled Trials. *Hypertension.* 2006;48:861-9.
77. Fulgoni VL, Zaripheh S, Huth PJ, DiRienzo DB and Miller GD. Usual intake of vitamin A, calcium, magnesium, phosphorous and potassium from NHANES (2003-2004) *The FASEB Journal.* 2008;22:1081.5.)
78. Garriguet, D. Les habitudes alimentaires des Canadiens. *Rapports sur la santé.* 2007, vol. 18, pages 17 à 33. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2006004/article/habit/9609-fra.pdf>
79. Appel LJ, Champagne CM, Harsha DW, Cooper LS, Obarzanek E, Elmer, PJ, Stevens VJ, Vollmer WM, Lin P-H, Svetkey LP, Young DR. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. *JAMA.* 2003;289:2083-93.

80. Whelton, P. K., J. He, J. A. Cutler, F. L. Brancati, L. J. Appel, D. Follmann, and M. J. Klag. 1997. Effects of oral potassium on blood pressure. Meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Journal of the American Medical Association* 277(20):1624-1632.
81. Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. Les enfants en jeu! 2009. Série de 2009. Bulletin n° 1 : Niveau d'activité des enfants canadiens. Consulté le 12 novembre 2010 à http://www.cflri.ca/media/node/518/files/CANPLAY2009_Bulletin01_Niveau_d_activiteFR.pdf
82. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2009. Consulté le 30 novembre 2010 à http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc_2009-fra.php
83. Retnakaran R, Hanley AJ, Connolly PW, Harris SB, Zinman B. Cigarette smoking and cardiovascular risk factors among Aboriginal Canadian youths. *CMAJ*. 2005;173:885-9.
84. Facts on Smoking Rates. First Nations, Inuit and Aboriginal Health. Accessed on March 16, 2011 at <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/substan/tobac-tabac/index-eng.php#facts>
85. Padwal R, Campbell N, Touyz RM for the CHEP. Applying the 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations: 3. Lifestyle modifications to prevent and treat hypertension. *CMAJ*. 2005;173:749-51
86. Santé Canada. Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. Consulté le 15 décembre 2010 à http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2009/summary-sommaire-fra.php#alc
87. Sjöström CD, Peltonen M, Wedel H, Sjöström L. Differentiated Long-Term Effects of Intentional Weight Loss on Diabetes and Hypertension. *Hypertension*. 2000;36:20-25.
88. Singh AS, Mulder C, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev*. 2008;9:474-488.
89. Orpan, H.M., M.S. Tremblay et P. Fiinès. Tendances du changement de poids chez les Canadiens adultes. *Rapports sur la santé, 2007, vol. 18, pages 9 à 16.* <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2006005/article/trends-tendances/9633-fra.pdf>.
90. Shields, M. et M. Tjepkema. Différences régionales en matière d'obésité. *Rapports sur la santé, 2006, vol. 17, pages 65 à 71.* <http://www.statcan.gc.ca/studies-etudes/82-003/archive/006/9280-fra.pdf>.
91. Garriguet, D. L'obésité et les habitudes alimentaires de la population autochtone. *Rapports sur la santé, 2008, vol. 19, pages 1 à 14.* <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008001/article/10487-fra.pdf>.
92. Diabète. Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones. Santé Canada. Consulté le 7 janvier 2011 à <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/diseases-maladies/diabete/index-fra.php>
93. Groupe d'action pour la prévention primaire du Partenariat canadien contre le cancer. Analyse environnementale des activités de prévention primaire au Canada : partie 1 – politiques et lois. Consulté le 7 janvier 2011 à http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/3.2.1.1.1-Analyse_environnementale_activites_de_prevention_Partie1_FR.pdf.
94. Déclaration sur la prévention et la promotion de la part des ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain. Consulté le 26 janvier 2011 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/index-fra.php>.

95. Curbing Childhood Obesity – A federal, provincial and territorial framework for action to promote healthy weights. 2010. Accessed on January 13, 2011 at <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/intro-eng.php>
96. Aperçu de Freiner l'obésité juvénile : cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé, 2010, consulté le 31 janvier 2011 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/intro-fra.php>.
97. Partenariat canadien contre le cancer. Plan stratégique 2008-2012. Consulté le 7 janvier 2011 à http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/3.1.5-CPAC_Plan_strategique_0208_F_0.pdf.
98. Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et plan d'action. Pour un Canada au coeur qui bat, février 2009. Consulté le 7 janvier 2011 à <http://www.chhs.ca/sites/default/files/Document%20Links/Reports/French/CHHS%20-%20Building%20a%20Heart%20Healthy%20Canada%20-%20FR%20-%20Fev%202009.pdf>.
99. Stalsberg R, Pedersen AV. Effects of socioeconomic status on the physical activity in adolescents: a systematic review of the evidence. *Scandinavian J Med & Sci in Sports*. 2010; 20: 368-83.
100. Shrewbury V, Wardle J. Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990-2005. *Obesity*. 2008; 16: 275-84.
101. Hanson MD, Chen E. Socioeconomic status and health behaviours in adolescence: a review of the literature. *J Behavioral Med*. 2007; 30: 263-85.
102. Galobardes B, Smith GD, Lynch JW. Systematic review of the influence of childhood socioeconomic circumstances on risk for cardiovascular disease in adulthood. *Ann Epid*. 2006; 16: 91-104.
103. Pollitt RA, Rose KM, Kaufman JS. Evaluating the evidence for models of life course socioeconomic factors and cardiovascular outcomes: a systematic review. *BMC Public Health*. 2005; 5: 7.
104. Alter DA, Stukel T, Chong A, Henry D. Lesson from Canada's Universal Care: Socially Disadvantaged Patients Use More Health Services, Still Have Poorer Health. *Health Affairs*. 2011;30:274-83.
105. Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, sciences et technologie. Troisième rapport, avril 2008. Politiques sur la santé de la population : perspectives fédérale, provinciale et territoriale. Consulté le 7 janvier 2011 à http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/392/soci/rep/rep09apr08-f.htm#_Toc193008613
106. Amankwah E, Campbell NRC, Maxwell C, Onysko J, Quan H. Why some adult Canadians do not have blood pressure measured. *J Clin Hypertens*. 2007;9:944-951.
107. Campbell NRC, So L, Amankwah E, Quan H, Maxwell C. for the Canadian Hypertension Education Program Outcomes Research Task Force. Characteristics of hypertensive Canadians not receiving drug therapy. *Can J Cardiol*. 2008;24:485-90.
108. Gee, ME, Bienek A, Campbell NRC, Bancej CM, Robitaille C, Kaczorowski J, Joffres M, Dai S, Gwadry-Sridar F, Nolan RP. Lifestyle change for management of high blood pressure among Canadian adults with hypertension. *Am J Cardiol* 2011. In press)
109. Lewanczuk R. Innovations in primary care: Implications for hypertension detection and control. *Can J Cardiol*. 2006;22:614-16.
110. Kotchen TA. The Search for Strategies to Control Hypertension. *Circulation*. 2010;122:1141-43.
111. Karwalajtys T, Kaczorowski J. An integrated approach to preventing cardiovascular disease: community-based approaches, health system initiatives, and public health policy. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2010;3:39-48.

112. Lewanczuk R. Innovations in primary care: Implications for hypertension detection and treatment. *Can J Cardiol.* 2006;22:614-616.
113. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2010. Prevention of cardiovascular disease: quick reference guide. NICE public health guidance 25. London: National Health Service.
114. Thompson A, Campbell NR, Cloutier L, Costello J, Dawes M, Hickey J, Kaczorowski J, Lewanczuk RZ, Semchuk W, Tsuyuki RT. Tackling the burden of hypertension in Canada – Encouraging Collaborative Care. *Can Family Physician.* 2008;54:1659-62.
115. Lewanczuk R. Hypertension as a chronic disease: What can be done at a regional level? *Can J Cardiol.* 2008;24:483-84.
116. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly.* 2003; 7:73-82.
117. Organisation mondiale de la Santé. 2008. Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé : cadre de suivi d'évaluation de la mise en œuvre. Consulté le 27 janvier 2011 à <http://www.who.int/dietphysicalactivity/M&E-French-2009.pdf>
118. Office of Disease Prevention and Health Promotion. US Department of Health and Human Services. 2008. Healthy People 2020: The Road Ahead. Accessed on January 27, 2011 at <http://www.healthypeople.gov/hp2020/default.asp>
119. New York State Department of Health. Division of Chronic Disease and Injury Prevention. Strategic Plan 2010-2013. Accessed on January 27, 2011 at http://www.health.ny.gov/diseases/chronic/plans_reports/docs/2010-2013_strategic_plan.pdf
120. Programme de sensibilisation à la santé cardiovasculaire (CHAP). Consulté le 2 février 2011 à <http://www.chaprogram.ca/>.
121. Capewell S, Lloyd-Jones DM. Optimal Cardiovascular Prevention Strategies for the 21st Century. *JAMA.* 2010;304:2057-58.
122. Smith ER. The Canadian Heart Health Strategy and Action Plan. *Can J Cardiol.* 2009;25:451-52.
123. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, 2008, Genève, Éditions de l'OMS.
124. Tiré de l'article de Michael Adams « Topic 4: Current Hypertension-related Activities in Canada » et « Topic 6: Future Work in the Area of High Blood Pressure Prevention and Management ».
125. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé. Rapport final du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations, 2009.
126. Penz ED, Joffres MR, Campbell NR. Reducing dietary sodium and decreases in cardiovascular disease in Canada. *Can J Cardiol.* 2008;24:497-1.
127. Wagner EH. Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? *Eff Clin Pract.* 1998;1:2-4.
128. Coleman K, Mattke S, Perrault PJ, Wagner EH. Untangling Practice Redesign from Disease Management: How Do We Best Care for the Chronically Ill? *Annu Rev Public Health.* 2009;30:385–408.
129. Ho PM, Rumsfeld JS. Beyond inpatient and outpatient care: alternative model for hypertension management. *BMC Public Health* 2006;6:257.
130. Redón J, Coca A, Lázaro P, Aguilar MD, Cabañas M, Gil N, Sánchez-Zamorano MA, Aranda P. Factors associated with therapeutic inertia in hypertension: validation of a predictive model. *J Hypertens.* 2010;28:1770–77.

131. Organisation mondiale de la Santé. Interventions on diet and physical activity: what works: summary report, 2009, Genève, Éditions de l'OMS.
132. Organisation mondiale de la Santé. Ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants. Consulté le 10 janvier 2011 à <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recsmarketing/fr/index.html>
133. Food for Thought: Television Food Advertising to Children in the United States (2007).
134. Hawkes C. 2007. Marketing Food to Children: the Global Regulatory Environment 2004-2006. Geneva: WHO Press.
135. Réseau Éducation Médias. 2010. Loi sur la protection du consommateur du Québec : règlement relatif à la publicité destinée aux enfants. Accessible à http://www.media-awareness.ca/francais/ressources/lois/canadien/federal/protection_consommateur/loi_tv_pub_jeunegc.cfm
136. Association canadienne des radiodiffuseurs. Le Code de la publicité radiotélévisée destinée aux enfants. Révisé en avril 2007. Accessible à : <http://www.adstandards.com/fr/clearance/childrens/broadcastCodeForAdvertisingToChildren.pdf>. Consulté le 11 janvier 2011.
137. Neale Smith, L., B. Littlejohns, and D. Thompson. Shaking out the cobwebs: insights into community capacity and its relation to health outcomes. *Community Development Journal*, 2001. 36(1): p. 30-41.
138. Dresemndorfer, RG, Raine, K, Dyck RJ, Plotnikoff RC, Collins-Nakai RL, McLaughlin WK, Ness K. A Conceptual Model of Community Capacity Development for Health Promotion in the Alberta Heart Health Project. *Health Promot Pract* 2005 6:31 DOI: 10.1177/1524839903259302
139. Kaczorowski J, Chambers LW, Dolovich L, Paterson JM, Karwalajtys T, Gierman T, Farrell B, McDonough B, Thabane L, Tu K, Zagorski B, Goeree R, Levitt CA, Hogg W, Laryea S, Carter MA, Cross D, Sebaldt RJ. Improving cardiovascular health at the population level: A 39 community cluster-randomized trial of the Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP). *BMJ*, 2011;342:d442 doi:10.1136/bmj.d442
140. Jones C, Simpson SH, Mitchell D, Haggarty S, Campbell N, Then K, Lewanczuk RZ, Sebaldt RJ, Farrell B, Dolovitch L, Kaczorowski J, Chambers LW. Enhancing hypertension awareness and management in the elderly: lessons learned from the Airdrie Community Hypertension Awareness and Management Program (A-CHAMP). *Can J Cardiol*. 2008;24:561-7.
141. McLean DL, McAlister FA, Johnson JA, King KM, Makowsky MJ, Jones CA, Tsuyuki RT; SCRIP-HTN Investigators. A randomized trial of the effect of community pharmacist and nurse care on improving blood pressure management in patients with diabetes mellitus: study of cardiovascular risk intervention by pharmacists-hypertension (SCRIP-HTN). *Arch Intern Med*. 2008;168:2355-61.
142. Coleman M, Barnachea K, Hefferton J, Koppel J, Mainville W, Wilson A, Yau H, Hatoum B, Wiens S, Cox C, Gukert M, Hassam N, Jones CA. A CATCH Alberta Inter-professional Indo-Asian Cardiovascular Health and Management Program. *Canadian Cardiovascular Congress 2010. CCS410 Poster OUTCOMES AND REGISTRIES IN CVD: 415*. Accessed on February 22, 2011 at <http://www.pulsus.com/ccv2010/abs/328.htm>
143. Jones CA, Mawani S, King KM, Allu SO, Mohan S, Campbell NRC. Tackling Health Literacy: Adaptation of Public Hypertension Educational Materials for an Indo-Asian Population in Canada. *BMC Public Health* 2011;11:24 doi:10.1186/1471-2458-11-24.
144. Tobe SW, Pylypchuk G, Wentworth J, Kiss A, Szalai JP, Perkins N, Hartman S, Ironstand L, Hoppe J. Effect of nurse-directed hypertension treatment among First Nations people with

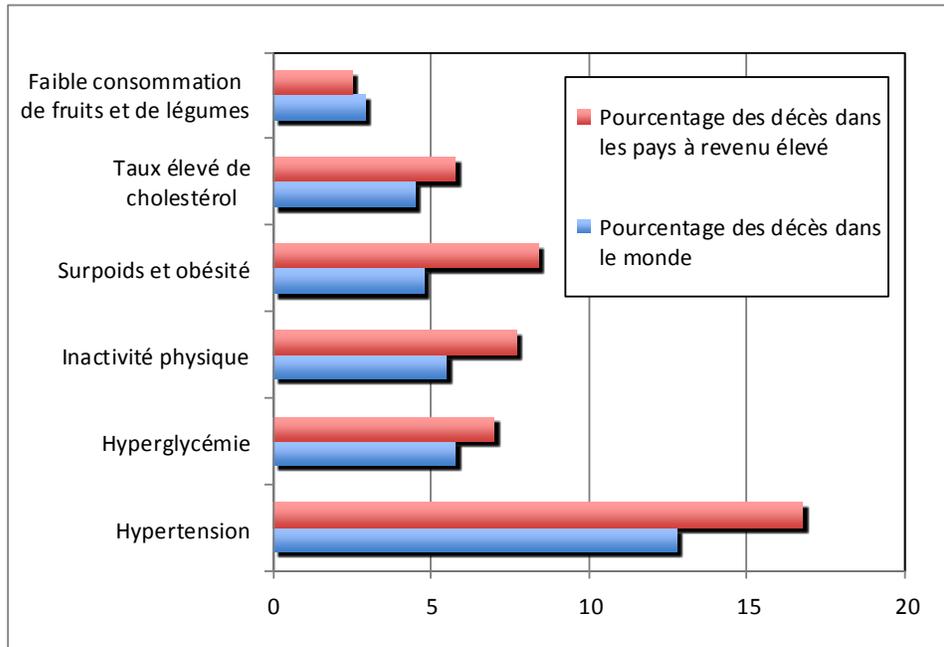
- existing hypertension and diabetes mellitus: the Diabetes Risk Evaluation and Microalbuminuria (DREAM 3) randomized controlled trial. *CMAJ*. 2006;174:1267-71.
145. Margaret Moy Lum-Kwong, Director, High Blood Pressure Strategy, Heart and Stroke Foundation of Ontario. Personal communication, January 2011. Aboriginal Hypertension Management Program. Accessed on February 12, 2011 at http://www.heartandstroke.on.ca/site/c.pv13leNWJwE/b.5339629/k.E94C/HCP_Aboriginal_Hypertension_Management_Program_Pilot.htm
 146. Campbell NRC, Jeffrey P, Kiss K, Jones C, Anton AR. Building capacity for awareness and risk factor identification in the community: the blood pressure assessment program of Calgary Fire Department. *Can J Cardiol*. 2001;17:1275-9.
 147. Walsh JME, McDonald KM, Shojania KG, Sundaram V, Nayak S, Lewis R, Owens DK, Goldstein MK. Quality Improvement Strategies for Hypertension Management: A Systematic Review. *Med Care*. 2006;44:646–57.
 148. Pennant M, Davenport C, Bayliss S, Greenheld W, Marshall T, Hyde C. Community Programs for the Prevention of Cardiovascular Disease: a systematic review. *Am J Epid*. 2010;172:501-16.
 149. Montague TJ, Gogovor A, Krelenbaum M. Time for chronic disease care and management. *Can J Cardiol*. 2007;23:971-75.
 150. Birtwhistle R, Keshavjee K, Lambert-Lanning A, Godwin M, Greiver M, Manca D, Lagace C. Building a Pan-Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network: Initial Development and Moving Forward. *J Am Board Family Med*. 2009;22:412-22.
 151. Global Burden of Disease and Risk Factors. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, et al., editors. Washington (DC): World Bank; 2006.
 152. Gee M et al. Lifestyle change for management of high blood pressure among Canadian adults with hypertension. In preparation.

Annexe 1 :

Perspective internationale

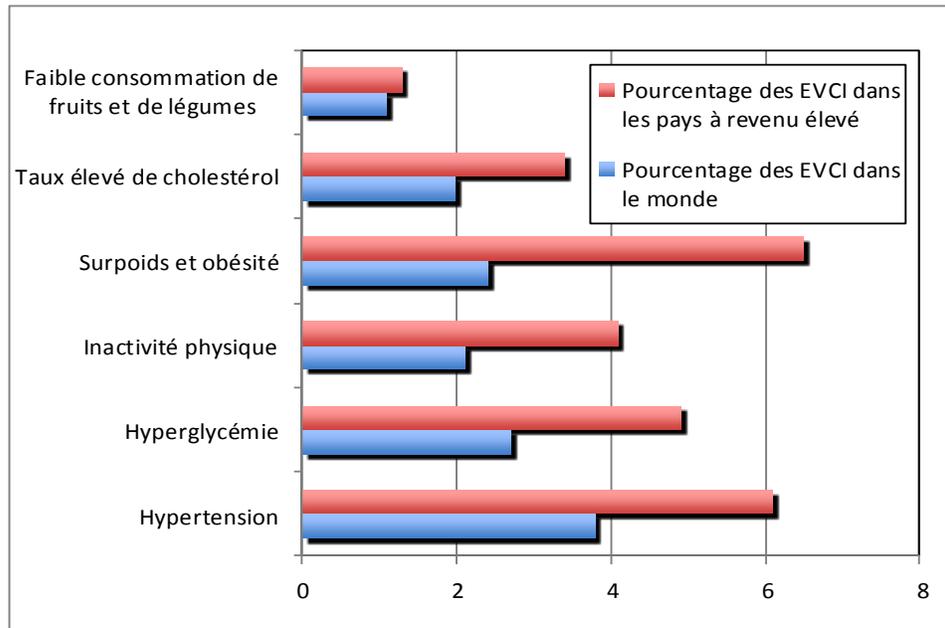
En 2000, 26 % des adultes de la planète souffraient d'hypertension (près de 27 % des hommes et 26 % des femmes), et les deux tiers d'entre eux vivaient dans les pays en développement économique. D'ici 2025, cette proportion devrait atteindre les 42 % (1). Dans les pays développés, le taux de mortalité attribué à la pression artérielle, illustré à la figure 1, varie d'un pays à l'autre, mais il demeure le plus élevé de tous les risques liés à la mauvaise alimentation et à l'inactivité physique (excluant la malnutrition). Comme l'illustre la figure 2, seuls le surpoids et l'obésité surpassent l'hypertension quant au nombre d'années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI).

FIGURE 1 : Pourcentage des décès attribuables aux six risques liés à la mauvaise alimentation et à l'inactivité physique, 2004



Source : Organisation mondiale de la Santé. 2009. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major causes*.

FIGURE 2 : Pourcentage des AVCI attribuables aux six risques liés à la mauvaise alimentation et à l'inactivité physique, 2004



EVCI: Espérance de vie corrigée de l'incapacité

Source : Organisation mondiale de la Santé. 2009. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major causes*.

Politiques et programmes

Organisation mondiale de la Santé

Les dernières recommandations formulées par l'OMS et l'International Society of Hypertension (ISH) en matière de prise en charge de l'hypertension remontent à 2003. Version actualisée des recommandations de 1999, ces recommandations tenaient compte de nouvelles données probantes et se voulaient plus faciles à mettre en œuvre dans un contexte de ressources limitées (3;4). S'adressant aux milieux jouissant de peu ou de beaucoup de ressources, l'OMS et l'ISH en sont venues aux conclusions suivantes :

- Une modification du mode de vie est recommandée à tous.
- Certaines substances apportent des bienfaits aux patients pour qui des indications formelles particulières ont été formulées; un tel traitement, bien que plus cher, peut s'avérer plus rentable. La monothérapie est inadéquate pour la majorité des patients dans cette situation.
- Pour les patients pour qui il n'y a pas de contrainte de classe de médicaments en particulier, et en fonction des données d'essais comparatifs, de la disponibilité et du coût, une faible dose de diurétique devrait être le traitement de première intention.
- Chez les patients à haut risque qui bénéficient d'un traitement, les médicaments coûteux peuvent être rentables, mais ce n'est pas le cas chez les personnes à faible risque, à moins qu'on réussisse à rendre ces médicaments plus abordables.

Australie

Depuis 2002-2003, les ministres australiens de la Santé ont adopté une stratégie nationale contre les maladies chroniques (*National Chronic Disease Strategy*), puis cinq cadres d'amélioration des services à l'échelle nationale (*National Service Improvement Frameworks*), dont l'un porte sur les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les maladies cardiaques et les maladies vasculaires (coronaropathie, insuffisance cardiaque, maladie vasculaire périphérique, AVC, cardiopathie rhumatismale et maladie rénale chronique ou MRC). Chaque cadre est un guide stratégique de haut niveau (la mise en œuvre est laissée à chaque gouvernement) structuré en points d'intervention critiques qui décrivent le « cheminement du patient » : réduction du risque; dépistage précoce, soins et soutien aux personnes atteintes; meilleurs soins et soutien lors d'épisode de crise; meilleurs soins et soutien de longue durée, et meilleurs soins dans les stades avancés. Le cadre portant sur l'AVC, les maladies cardiaques et les maladies vasculaires précise une série d'interventions essentielles propres à l'hypertension, dont celle de s'attaquer aux facteurs de risque communs (alimentation, activité physique, tabagisme) et de mieux sensibiliser à l'importance de surveiller sa pression artérielle, de la traiter et de la prendre en charge au fil de son évolution (5).

En décembre 2009, l'Australian Institute of Health and Welfare a publié un premier rapport intitulé *Prevention of cardiovascular disease, diabetes and chronic kidney disease: targeting risk factors*, qui préconise une approche systémique pour surveiller la prévention des facteurs de risque modifiables de trois conditions étroitement liées, soit la maladie cardiovasculaire (MCV), le diabète et la MRC. Les facteurs de risque traités sont notamment le tabagisme, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'obésité et l'inactivité physique. Le rapport porte sur trois aspects de la prévention : la prévalence des facteurs de risque, les initiatives ciblant la population dans son ensemble et les services offerts aux individus. Voici ses conclusions (6) :

- Il faut manifestement assurer une surveillance continue dans le domaine de la prévention, ainsi qu'obtenir de meilleures données, surtout celles fondées sur les mesures (plutôt qu'autodéclarées), et des données systématiques sur les initiatives menées auprès de la population.
- Il y a encore beaucoup de place pour améliorer la prévention des facteurs de risque communs à la MCV, au diabète et à la MRC.
- Les facteurs de risque pertinents sont toujours très répandus au sein de la population, et ils s'aggravent dans certains cas, notamment l'obésité.
- Une orientation politique accrue sur la prévention devrait déboucher sur un nombre accru d'interventions dans ce domaine, ce qui fait de la surveillance continue une activité nationale importante et pertinente.

L'Australian Heart Foundation se penche plus à fond sur la question de l'hypertension. Pour aider les cliniciens, elle a réuni un comité d'experts en 2006 afin d'examiner l'édition de 2004 de son guide pour les médecins sur la prise en charge de l'hypertension (*Hypertension Management Guide for Doctors*) et les autres lignes directrices en vigueur dans le monde pour lutter contre l'hypertension, notamment celle

du Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure des États-Unis, du National Institute of Clinical Excellence du Royaume-Uni et de l'European Society of Hypertension/European Society of Cardiology. Le comité a effectué une recherche documentaire afin de dénicher les études publiées depuis 2003 sur les sujets clés. Les études publiées entre la fin de 2006 et le milieu de 2007 ont permis d'en arriver à un consensus sur de nouvelles recommandations. Une version disponible en ligne intitulée *Guide to management of hypertension 2008. Updated August 2009* permet de faire connaître ces recommandations (7).

Selon la toute dernière version des recommandations de 2008 en ce qui concerne la prise en charge de l'hypertension, la fondation australienne estime que la prestation de conseils sur le tabagisme, la nutrition, la consommation d'alcool, l'activité physique et le poids devrait faire partie de la prise en charge systématique de l'hypertension chez tous les patients, sans égard à la pharmacothérapie suivie. L'abandon du tabac peut réduire le risque cardiovasculaire global. De leur côté, la saine alimentation, la réduction de la consommation de sodium alimentaire et d'alcool, l'exercice physique régulier et l'obtention d'un poids santé sont considérés comme des moyens efficaces d'abaisser la pression artérielle (8).

En 2008, les fondations des maladies du cœur d'Australie ont collaboré à l'élaboration d'un plan national pour lutter contre les MCV, mettant à profit et complétant les stratégies nationales et régionales passées et présentes (à l'époque) portant sur les maladies chroniques, l'obésité, la réforme du système de santé, la réforme des hôpitaux, les AVC et les cardiopathies. Un certain nombre de mesures sont pertinentes pour l'hypertension, entre autres : mieux cerner le risque de MCV, notamment par la surveillance de la pression artérielle; étendre le programme Lifescripts (prescription d'un mode de vie) aux soins primaires; mettre en œuvre un modèle de référence national afin d'appuyer les conseils que donnent les médecins généralistes à leurs patients, et intégrer les conseils aux messages et aux ressources des campagnes nationales portant sur le tabac, la saine alimentation, l'alcool et l'activité physique; mettre en œuvre un programme pour mieux sensibiliser la communauté à l'hypertension, et s'attaquer aux facteurs de risque modifiables (9).

Quant à la recherche, le High Blood Pressure Research Council of Australia mène des études sur les causes, la prévention et le traitement de l'hypertension artérielle depuis sa création en 1979. Cette recherche se fait sur tous les plans, de la biologie moléculaire expérimentale à la génétique, en passant par la physiologie humaine et la pharmacothérapie de l'hypertension. Les membres de ce conseil font partie des chefs de file de la recherche cardiovasculaire à l'échelle nationale et internationale. Sa fondation, la Foundation for High Blood Pressure Research, établie à Melbourne en 1994, octroie des bourses de recherche et des bourses postdoctorales, et elle offre un soutien aux réunions (10).

Royaume-Uni

En 2005, la Faculté de santé publique du Royal College of Physicians du Royaume-Uni a publié un document d'information sur l'hypertension intitulé *Hypertension, the Silent Killer* (l'hypertension, le tueur silencieux). Ce document donne un aperçu du fardeau de l'hypertension, notamment ses conséquences sur la santé et son coût pour les particuliers, la société et les services nationaux de santé (National Health Service ou NHS), et recommande que des mesures soient prises à l'échelle locale. Il présente également les principales données probantes, publications et organisations qui sont importantes à connaître pour mieux comprendre le problème et s'y attaquer de front (11).

La Faculté, en collaboration avec le National Heart Forum, a élaboré en parallèle une trousse appelée *Easing the pressure: tackling hypertension* (réduire la pression: s'attaquer à l'hypertension) dont le but est d'aider les partenariats locaux destinés à améliorer la santé, soit les équipes multipartites réunissant notamment des responsables de la santé publique, des professionnels de la promotion de la santé et des soins primaires, ainsi que des planificateurs stratégiques du NHS et du gouvernement local, à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies et des plans d'action visant non seulement à repérer et à traiter les patients souffrant d'hypertension, mais aussi à promouvoir les habitudes de vie et les milieux sains afin de prévenir l'hypertension. Cette ressource disponible en ligne renferme des liens vers d'autres outils ainsi que des formulaires et listes de contrôle pour faciliter l'évaluation des besoins locaux et la surveillance des progrès (12). Elle offre également un guide pratique complet pour élaborer une stratégie locale qui précise la façon de surveiller les progrès, d'évaluer la stratégie et ses résultats, ainsi que de la rendre accessible au grand public et durable par un financement permanent (13).

Quant aux recommandations sur la prise en charge de l'hypertension, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) et la British Hypertension Society (BHS) ont publié en 2006 le document intitulé *Hypertension: management of hypertension in adults in primary care*, qui est la mise à jour d'une série de recommandations publiées en 2004 (14;15); seules les recommandations sur les interventions pharmacologiques ont été modifiées (16).

La BHS a également mis sur pied un forum de recherche médicale et scientifique afin de faciliter l'échange des résultats de recherche sur les origines de l'hypertension et sur l'amélioration de son traitement. En outre, elle a instauré un programme de formation qui vise à interpréter les résultats de recherche afin de soutenir les médecins et les autres travailleurs de la santé (17).

États-Unis

À la demande des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'Institute of Medicine (IOM) a mis sur pied un comité d'experts afin d'examiner les stratégies de santé publique en vigueur pour assurer la réduction et le contrôle de l'hypertension au

sein de la population américaine. Ces stratégies contiennent à la fois des connaissances scientifiques et pratiques. Dans le cadre de cet examen, le comité d'experts doit cerner les questions prioritaires devant faire l'objet de toute l'attention des organismes et des professionnels de la santé publique afin d'accélérer l'avancement de la réduction et du contrôle de l'hypertension. Dans son rapport, publié au début de 2010, l'IOM recommande l'adoption d'une approche axée sur la population qui établit un lien entre la santé publique et les soins cliniques et se fonde sur la mesure, la réforme du système et la responsabilisation. Plusieurs questions prioritaires sont recommandées (18) :

- Pour la Division de la prévention des maladies du cœur et des AVC des CDC ainsi que les autorités de santé publique locales et d'État
 - Accroître les efforts visant la population et resserrer les liens entre les unités des CDC et les partenaires.
 - Renforcer le leadership en ce qui concerne la réduction de la consommation de sodium et l'augmentation de l'apport en potassium.
 - Accroître la surveillance et le signalement des cas d'hypertension et des facteurs de risque.
- Pour la réforme du système visant les personnes souffrant d'hypertension
 - Améliorer la qualité des soins en veillant à ce que les médecins suivent les recommandations.
- Éliminer les obstacles économiques à une utilisation efficace des médicaments antihypertenseurs.
- Offrir un soutien communautaire aux personnes souffrant d'hypertension

Pour aider les professionnels de la santé, le Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, qui est financé par le National Heart, Lung and Blood Institute, formule des recommandations pour la pratique clinique, dont la 7^e version a été publiée en 2004 (19).

Réduction du sodium alimentaire

Ce qui suit est un résumé des initiatives menées au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Australie pour réduire la consommation de sodium alimentaire. Les initiatives menées au Canada sont présentées à la section 2 du présent document. La réduction du sodium a été retenue parmi d'autres stratégies portant sur les facteurs de risque de l'hypertension en raison de son incidence particulièrement importante sur l'abaissement de la pression artérielle dans toutes les populations, sans parler de ses répercussions sur d'autres conditions et maladies chroniques. En outre, dans chaque pays, elle concerne toute l'industrie alimentaire, et comme les stratégies nationales comportent toutes un volet semblable pour faire participer cette industrie, celle-ci pourrait influencer l'harmonisation des formules alimentaires vers des produits faibles en sodium/sel ou sans sodium/sel à l'échelle mondiale, si jamais les initiatives nationales sont coordonnées pour devenir multilatérales.

Royaume-Uni

En mai 2003, le Scientific Advisory Committee on Nutrition (SACN) du Royaume-Uni a publié son rapport sur le sel et la santé, lequel conclut qu'une réduction de la consommation moyenne de sel de la population permettrait une réduction proportionnelle de la pression artérielle et une réduction importante du risque de MCV. Le SACN recommandait que l'apport moyen en sel soit réduit à 6 g par jour, alors qu'il était de 9,5 g en 2003. L'apport recommandé chez les enfants était moindre (20).

À la suite de la publication du rapport du SACN, des efforts ont été consentis sur deux principaux plans :

- la reformulation des produits par l'ensemble des secteurs de l'industrie alimentaire, soit les détaillants, les fabricants, les associations commerciales, les traiteurs et les fournisseurs des services d'alimentation, afin de réduire la teneur en sel des produits alimentaires transformés;
- une campagne permanente de sensibilisation du public afin d'informer les consommateurs des risques associés au sel et de lui donner des conseils sur la façon de réduire leur consommation de sel.

Les réunions entre l'industrie et le ministre de la Santé de l'époque ont commencé à la fin de 2003. En octobre 2009, tous les secteurs de l'industrie alimentaire avaient pris plus de 90 engagements formels. Les grands détaillants du Royaume-Uni, un certain nombre d'entreprises de fabrication et de restauration multinationales et nationales clés, ainsi que des associations commerciales de produits alimentaires ont apporté une importante contribution aux efforts.

Pour guider l'industrie alimentaire sur les types d'aliments nécessitant une réduction en sel, et sur le niveau de réduction nécessaire pour réduire l'apport en sel des consommateurs, certaines cibles concernant la teneur en sel d'une foule de catégories d'aliments ont été négociées. Les toutes dernières cibles sont disponibles à <http://www.food.gov.uk/scotland/scotnut/salt/saltcommitments>. La consommation de sel alimentaire au Royaume-Uni a été réduite d'environ 1 g par jour entre 2000-2001 et 2008 (21).

États-Unis

En 2008, le Congrès a demandé à l'IOM de recommander des stratégies en vue de réduire l'apport en sel en fonction des niveaux recommandés dans les lignes directrices alimentaires pour les Américains (*Dietary Guidelines for Americans*). Dans son rapport publié en 2010, l'IOM conclut que la réduction de la teneur en sodium des aliments exige que de nouvelles normes gouvernementales viennent fixer les niveaux acceptables de sodium dans tout l'approvisionnement alimentaire, lesquels seraient atteints par une réduction graduelle et systématique de la teneur en sodium des produits, de telle façon que les goûts des consommateurs puissent lentement s'ajuster à de plus faibles niveaux de sodium.

L'IOM a formulé cinq grandes recommandations (22) :

- La Food and Drug Administration doit promptement enclencher un processus en vue de fixer des normes nationales obligatoires concernant la teneur en sodium des aliments.
- L'industrie alimentaire doit, de son plein gré, prendre des mesures pour réduire la teneur en sodium des aliments avant l'entrée en vigueur de normes obligatoires.
- Les organismes gouvernementaux, les organisations de santé publique et de défense des consommateurs et l'industrie alimentaire doivent mener des activités pour promouvoir la réduction des teneurs en sel dans la chaîne alimentaire. En plus des recommandations visant la réduction de la teneur en sodium des aliments, les organismes gouvernementaux, les organisations de santé publique et de défense des consommateurs, les professionnels de la santé, les compagnies d'assurance-santé, l'industrie alimentaire et des partenariats public-privé doivent mener encore plus d'activités pour aider les consommateurs à réduire leur consommation de sel.
- Les organismes fédéraux doivent assurer et resserrer le contrôle et la surveillance en ce qui concerne la mesure de l'apport en sodium, la préférence des consommateurs pour les aliments salés et la teneur en sodium des aliments, et ils doivent diffuser ces données de manière soutenue et en temps opportun dans des formats conviviaux.

Parallèlement aux travaux de l'IOM, le Département de la santé et de l'hygiène mentale de la ville de New York coordonne le projet National Salt Reduction Initiative (NSRI) afin de réduire la quantité de sel présente dans les aliments emballés et servis dans les restaurants. La NSRI regroupe des villes, des États et des organismes sanitaires et vise à aider les fabricants alimentaires et les restaurants à réduire volontairement le sel dans leurs produits. Le but est de réduire la consommation de sel des Américains de 20 % en cinq ans (23).

Un partenariat public-privé a établi des valeurs cibles afin de faciliter la réduction de sel dans 62 catégories d'aliments emballés et 25 catégories de repas de restaurant. Ces cibles s'accompagnent de mécanismes permettant de surveiller le sodium dans la chaîne alimentaire et de suivre les progrès des entreprises dans l'atteinte de certaines cibles. Le NSRI s'inspire de l'initiative de réduction du sel du Royaume-Uni (23).

Les valeurs cibles établies par le NSRI pour les aliments emballés sont disponibles à l'adresse suivante : <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/cardio/cardio-salt-nsri-packaged.pdf>

Les valeurs cibles établies par le NSRI pour les repas de restaurant sont disponibles à l'adresse suivante <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/cardio/cardio-salt-nsri-restaurant.pdf>

Australie

La division australienne de World Action on Salt and Health (AWASH) a lancé, en 2007, une campagne de réduction du sel alimentaire dans le but de réduire de 25 % en moyenne sur cinq ans la teneur en sodium des aliments transformés. AWASH est un réseau de professionnels de la santé, de scientifiques, d'universitaires, de groupes de défense des consommateurs et d'entreprises de l'industrie alimentaire. La campagne repose sur trois principales stratégies : travailler en collaboration avec l'industrie pour réduire en cinq ans la teneur en sel des aliments transformés; inciter le gouvernement à accroître les fonds et le leadership nécessaires à la réduction du sel, et faire prendre davantage conscience aux consommateurs des problèmes de santé liés au sel via les relations publiques et les médias (24).

Dernièrement, AWASH a mené une enquête sur sa campagne pour comprendre le point de vue des parties concernées quant à l'importance de réduire le sel et d'en faire une priorité nationale en matière de santé, aux forces et faiblesses de la campagne, à la portée de son incidence jusqu'à maintenant et aux obstacles et occasions en vue des interventions futures. Les parties intéressées ont suggéré certaines activités à mener dans le cadre d'AWASH dans les trois domaines stratégiques (1). Ainsi, il a été proposé : que les ONG parlent d'une seule voix pour avoir une plus grande influence et qu'AWASH noue un lien plus étroit avec le gouvernement fédéral (2); que l'Australie trouve ses propres solutions pour son industrie alimentaire; et (3) que d'autres études soient réalisées sur les connaissances des consommateurs sur la santé et le sel, puisqu'ils sont peu au courant de l'existence d'un lien entre les deux à l'heure actuelle (25).

Un rôle international pour le Canada

Depuis la publication, en 1974, du rapport Lalonde (26) intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, le Canada est reconnu comme un chef de file mondial en ce qui concerne l'établissement des mesures à prendre pour prévenir la maladie et promouvoir la santé. Les services de santé sont dorénavant perçus comme l'une des nombreuses influences sur l'état de santé, alors que l'importance de se pencher sur les déterminants de la santé que sont le mode de vie et le milieu a pris de l'ampleur. Ces idées ont été approfondies par l'élaboration de la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé (27), qui vise surtout à réduire les iniquités et à influencer les déterminants de la santé, contrairement aux stratégies ponctuelles de promotion de la santé. Grâce à de telles initiatives qui cherchent à renforcer les capacités de la santé publique et à améliorer l'aptitude du système de santé à réagir aux maladies chroniques, le Canada est devenu le chef de file de l'orientation à donner aux efforts de promotion d'une action mondiale contre les maladies chroniques et leurs facteurs de risque.

Plusieurs ministères fédéraux collaborent au soutien des activités que mène le Canada sur la scène internationale pour favoriser la santé. Mentionnons notamment l'Agence de la santé publique du Canada (promotion de la santé, prévention des maladies et déterminants sociaux de la santé), Santé Canada (nutrition et lutte contre le tabagisme), l'Agence canadienne de développement international (financement de projets

internationaux portant sur la santé, Plan d'action de l'ACDI en matière de santé et de nutrition) et les Instituts de recherche en santé du Canada. Les efforts de collaboration consentis à l'échelle internationale se traduisent également par des engagements formels pris par le gouvernement du Canada, comme le Cadre de coopération sur l'entente concernant les maladies chroniques conclu avec l'OMS, ainsi que les ententes concernant d'autres maladies chroniques et celles conclues avec des organismes de promotion de la santé. Ces engagements permettent au Canada de prendre une part active sur la scène internationale afin d'examiner les facteurs de risque communs des maladies chroniques, de certaines maladies et de leurs conditions sous-jacentes qui sont présents dans la société. La participation d'experts et d'ONG canadiens aux travaux d'organismes internationaux offre au Canada la possibilité d'améliorer la santé de tous les habitants de la Terre. L'avantage pouvant être tiré de ces activités est énorme puisqu'elles permettent au Canada de réduire le fardeau de la maladie ainsi que d'avoir une influence sur les problèmes qui sont une menace imminente à la santé des Canadiens, comme la réduction de la consommation de sodium et la lutte contre le tabagisme.

Au cours des dernières années, la popularité des programmes de la lutte contre l'hypertension mis de l'avant au Canada a pris de l'ampleur à l'échelle internationale. En 2010, le Canada a été l'hôte de la réunion de la Société internationale d'hypertension, au cours de laquelle les réussites canadiennes ont été soulignées à grands traits. Par la suite, des Canadiens ont été invités par plusieurs pays à venir présenter leurs programmes et à participer à l'établissement de processus en vue de formuler des recommandations en matière d'hypertension. En outre, des Canadiens travailleront à la conception d'un atelier sur le contrôle de l'hypertension en vue de la réunion de la Ligue mondiale contre l'hypertension, qui aura lieu à Beijing en 2011.

En 2010, le Canada a également accueilli la réunion sur la seconde plateforme de l'OMS en matière de réduction de sel, au cours de laquelle les progrès accomplis par le programme de réduction du sel alimentaire canadien ont été mentionnés. La présence du Canada et des Canadiens est dominante au sein du Groupe d'experts de l'Organisation panaméricaine de la santé chargé de réduire la consommation de sel alimentaire sur les continents américains, mais les Canadiens sont également invités à aider les pays d'autres continents dans leurs efforts à cet égard.

Plusieurs possibilités s'offrent au Canada pour qu'il renforce son rôle sur la scène internationale et communique les leçons apprises sur la façon d'aborder systématiquement le traitement et le contrôle de l'hypertension grâce à l'approche très évoluée qu'il a adoptée. En 1995, le Canada a tenu une réunion internationale sur la prévention et le contrôle de l'hypertension qui a attiré une foule de représentants étrangers même si, à l'époque, il n'existait aucun modèle pour améliorer les interventions dans ce domaine. Le Canada pourrait désormais élaborer un programme normalisé d'application des connaissances afin d'aider les autres pays à se doter d'un programme semblable. Les programmes canadiens pourraient même élaborer des politiques afin d'échanger expressément et librement leurs plans d'action et ressources en matière d'hypertension avec les programmes d'autres pays. Pour en faciliter la

diffusion, le Canada pourrait tenir une réunion internationale sur la prévention et le contrôle de l'hypertension qui lui permettrait de présenter ses programmes et la façon de les mettre en œuvre. Il pourrait également tenir des colloques et des ateliers dans le cadre des réunions internationales tenues ailleurs afin de faire connaître ses succès et partager les leçons apprises sur la façon d'accroître le contrôle de l'hypertension.

Le Canada doit aussi interagir et collaborer plus étroitement avec les États-Unis. Ces deux pays disposent de programmes très évolués pour contrôler l'hypertension, même s'ils utilisent une démarche et des tactiques différentes dans certains milieux. Le fait d'échanger les leçons apprises ainsi que les forces et les faiblesses des approches différentes et parfois novatrices ne peut que profiter à leurs efforts d'améliorer le contrôle de l'hypertension. Par ailleurs, puisque les deux pays entretiennent un solide partenariat économique, le recours à des approches semblables auprès de la population afin de réduire ou de « dénormaliser » la mauvaise alimentation serait grandement avantageux. L'échange d'information se fait aussi couramment grâce aux médias publics des deux côtés de la frontière, et l'adoption de mesures semblables, notamment les restrictions à la publicité destinée aux enfants, peut également accroître l'incidence de ces mesures dans les deux pays en évitant les messages confus provenant des communications transfrontalières.

Les programmes canadiens de lutte contre l'hypertension sont également à l'origine de la baisse marquée de la mortalité totale et attribuable aux MCV ainsi que des événements cardiovasculaires non mortels. À l'échelle planétaire, les MCV représentent le risque le plus important de mortalité et d'invalidité. Leurs répercussions, de même que celles des autres conditions chroniques, étant de plus en plus lourdes, surtout dans les pays en développement, les effets combinés sur la santé et le développement économique atteignent de telles proportions que l'Assemblée générale des Nations Unies tiendra un sommet sur les maladies non transmissibles (MNT) en 2011. Lors des réunions de l'ONU, le Canada pourrait présenter ses programmes en matière d'hypertension à titre d'exemple, voire de mécanisme à l'intention des autres pays pour réduire les MNT de la même manière.

Références bibliographiques

- 1 Kearney, P.M., M. Whelton, K. Reynolds, P. Muntner, P.K. Whelton et J. He. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data, *Lancet*, 2005, vol. 365, pages 217 à 223.
- 2 Organisation mondiale de la Santé. 2009. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major causes. Consulté le 6 décembre 2010 à http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html
- 3 Organisation mondiale de la Santé, Société internationale de l'hypertension. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension, *J Hypertens*, 2003, vol. 21, pages 1983 à 1992. Consulté le 6 décembre 2010 à http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/hypertension_guidelines.pdf.
- 4 WHO/ISH Hypertension guidelines. Consulté le 20 décembre 2010 à http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/hypertension/en/index.html.
- 5 Australian Health Ministers' Conference. National Service Improvement Framework for Heart, Stroke and Vascular Disease. Résumé. Consulté le 5 décembre 2010 à [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/75736A237DD2E583CA2571410013E62B/\\$File/cardsum2.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/75736A237DD2E583CA2571410013E62B/$File/cardsum2.pdf)
- 6 Australian Institute of Health and Welfare 2009. Prevention of cardiovascular disease, diabetes and chronic kidney disease: targeting risk factors. N° de cat. PHE 118. Canberra: AIHW. Consulté le 20 décembre 2010 à <http://www.aihw.gov.au/publications/phe/phe-118-10696/phe-118-10696.pdf>.
- 7 [Australian] Heart Foundation. Guide to management of hypertension 2008. Assessing and managing high blood pressure in adults. Mis à jour en août 2009. Version en ligne. Consulté le 6 décembre 2010 à http://www.heartfoundation.org.au/SiteCollectionDocuments/A_Hypert_Guidelines2008_2009Update_FINAL.pdf
- 8 Huang, N., K. Duggan K et J. Harman. Lifestyle management of hypertension. *Aust Prescr.*, 2008, vol. 31, page 150 à 153. Consulté le 5 décembre 2010 à http://www.heartfoundation.org.au/SiteCollectionDocuments/A_Hypert_Article_AustPres_LifestyleManagement_Dec2008.pdf.
- 9 Stroke Foundation and Heart Foundation. 2008. Time for Action: The national plan to reduce the burden of cardiovascular disease – Australia's biggest killer. Consulté le 5 décembre 2010 à <http://www.heartfoundation.org.au/SiteCollectionDocuments/A%20Time%20for%20Action.pdf>.
- 10 High Blood Pressure Research Council of Australia. Consulté le 5 décembre 2010 à <http://www.hbprca.com.au/welcome>.
- 11 Faculty of Public Health of the Royal College of Physicians of the United Kingdom. Hypertension – the Silent Killer. Briefing Statement. Consulté le 20 décembre 2010 à http://www.fph.org.uk/uploads/bs_hypertension.pdf.
- 12 Easing the pressure: tackling hypertension. Consulté le 20 décembre 2010 à http://www.fph.org.uk/easing_the_pressure%3A_tackling_hypertension and http://www.fph.org.uk/uploads/hypertension_all.pdf
- 13 Easing the pressure, tackling hypertension. C: Developing a local hypertension strategy. Consulté le 20 décembre 2010 à <http://www.fph.org.uk/uploads/Section%20C-hypertension.pdf>.
- 14 NHS National Institute for Health and Clinical Excellence. Hypertension: Management of hypertension in adults in primary care, 2006. Consulté le 20 décembre 2010 à <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10986/30114/30114.pdf>.

- 15 Williams, B., N.R. Poulter, M.J. Brown, M. Davis, G.T. McInnes, J.F. Potter, P.S. Sever et S. Thom. British Hypertension Society Guidelines. Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004—BHS IV, *J Hum Hypertens.*, 2004, vol. 18, pages 139 à 185.
- 16 National Collaborating Centre for Chronic Conditions. 2006. Hypertension: management of hypertension in adults in primary care: partial update. London: Royal College of Physicians. Consulté le 20 décembre 2010 à <http://www.nice.org.uk:80/nicemedia/pdf/CG34fullguideline.pdf>.
- 17 British Hypertension Society. Consulté le 20 décembre 2010 à <http://www.bhsoc.org/>.
- 18 Institute of Medicine. Population-based policy and systems change approach to prevent and control hypertension. Washington: National Academies Press. 2010. Consulté le 6 décembre 2010 à <http://www.iom.edu/Reports/2010/A-Population-Based-Policy-and-Systems-Change-Approach-to-Prevent-and-Control-Hypertension.aspx>.
- 19 National Heart, Lung and Blood Institute. National Institutes of Health. US Department of Health and Human Services. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, août 2004. <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>.
- 20 Food Standards Agency – UK Salt Reduction Initiatives. Consulté le 21 décembre 2010 à <http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/saltreductioninitiatives.pdf>.
- 21 Food Standards Agency. Dietary Sodium Levels Surveys. Consulté le 18 février 2011 à <http://www.food.gov.uk/science/dietarysurveys/urinary>.
- 22 Institute of Medicine. Strategies to Reduce Sodium Intake in the Unites States. Washington: National Academies Press. 2010. Consulté le 21 décembre 2010 à <http://www.iom.edu/Reports/2010/Strategies-to-Reduce-Sodium-Intake-in-the-United-States.aspx>.
- 23 New York City Department of Health and Mental Hygiene. Cutting Salt, Improving Health. Consulté le 21 décembre 2010 à <http://nyc.gov/html/doh/html/cardio/cardio-salt-initiative.shtml>.
- 24 AWASH. Campagne Drop the Salt!. Consulté le 21 décembre 2010 à <http://www.awash.org.au/dropthesaltcampaign.html>.
- 25 AWASH Stakeholder Research Report, 29 janvier 2010. Stakeholder Research for the George Institute for International Health. Consulté le 21 décembre 2010 à http://www.awash.org.au/documents/Stakeholder_report_2010.pdf.
- 26 A New Perspective on the Health of Canadians (Lalonde Report) (1973-1974). Consulté le 31 janvier 2011 à <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php>.
- 27 Ottawa Charter for Health Promotion. Consulté le 13 janvier 2011 à http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.

Annexe 2 :

Aperçu historique de la prévention, du dépistage, du traitement et du contrôle de l'hypertension artérielle au Canada

Avant 1990

Le Conseil ontarien de la Santé a formulé en 1977 une première série de recommandations pour la prise en charge de l'hypertension au Canada. La Société canadienne de cardiologie et la Fondation des maladies du cœur du Canada les ont ensuite adaptées pour en faire des recommandations nationales (1).

À peu près au même moment, un groupe d'experts et de scientifiques cliniques spécialisés dans l'hypertension s'est réuni et a formé en 1978 la Société canadienne d'hypertension artérielle (SCHA). En 1982, un groupe de travail de la SCHA a lancé un processus qui a conduit à la publication en 1984 du rapport de la Conférence consensus de la Société canadienne d'hypertension artérielle sur la prise en charge de l'hypertension légère (1). D'autres conférences consensus de la SCHA ont donné lieu par la suite à des séries de recommandations : sur l'hypertension chez les personnes âgées en 1985 (2) et sur le traitement pharmacologique de l'hypertension en 1988 (3).

C'est en 1986 qu'un groupe de travail formé de représentants des gouvernements fédéral et provinciaux a recommandé pour la première fois la mise en place d'un cadre national pour la prévention et le traitement de l'hypertension artérielle au Canada, comprenant quatre stratégies de base (4).

- Sensibiliser le grand public, les professionnels et les patients;
- Mettre au point un mécanisme de dépistage et de traitement des personnes souffrant d'hypertension artérielle;
- Mettre en œuvre une approche multidimensionnelle pour la surveillance de la population;
- Mettre au point un système permettant de faire en sorte que les personnes qui reçoivent un diagnostic d'hypertension artérielle obtiennent les soins adéquats grâce au suivi, aux rappels et aux autres formes d'assistance pour le respect des directives de soin.

Le cadre a encouragé la formation d'un organisme national de coordination réunissant des organisations gouvernementales et non gouvernementales et des organismes provinciaux et territoriaux similaires afin de mettre en œuvre des programmes. Il a été recommandé que les lieux de travail soient au centre des activités, que la recherche soit améliorée et que des ressources soient mises à la disposition pour une mise en œuvre locale.

Plusieurs initiatives subséquentes ont contribué à relever le défi :

- Formation de la Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle (la Coalition), dont les membres sont des organisations professionnelles nationales, des gouvernements, des membres de l'industrie et des organismes bénévoles;
- En 1989, tenue de l'atelier « Épidémiologie de l'hypertension artérielle au Canada » à Montréal;
- Initiative sur la santé cardiovasculaire, comportant les éléments suivants :
 - Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire (ECSC) menées dans chaque province de 1989 à 1992 afin de déterminer la prévalence de l'hypertension artérielle et de favoriser le diagnostic, le traitement et le contrôle;
 - « Projets de démonstration en santé cardiovasculaire » dans la plupart des provinces;
- Publication de lignes directrices sur le dépistage et le traitement de l'hypertension artérielle chez les adultes et les personnes âgées par le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique;
- Réunion de l'International Hypertension Society, en 1990 à Montréal, sous les auspices de la SCHA, dont les profits ont servi à créer un fonds pour promouvoir la recherche et la formation à la recherche sur l'hypertension.

Plusieurs réalisations en matière de prévention et de traitement de l'hypertension sont survenues avant 1990 :

- Reconnaissance de l'hypertension comme problème majeur de santé publique au Canada grâce à l'élaboration d'un rapport et d'une stratégie sur l'hypertension;
- Mise sur pied de la Coalition en tant que mécanisme destiné à faire inscrire l'hypertension dans les priorités des grands organismes de santé canadiens;
- Mise en place d'un organisme spécialisé de recherche en hypertension – la Société canadienne d'hypertension artérielle –, qui a formulé des recommandations fondées sur des données probantes pour la prise en charge de l'hypertension;
- Mise au point de l'Initiative sur la santé cardiovasculaire et des ECSC qui ont permis de déterminer dans quelle mesure l'hypertension représente un risque pour la santé au Canada et qui sont à l'origine de programmes pilotes à l'échelle communautaire destinés à prévenir et à traiter l'hypertension.

Années 1990 – 1999

En 1990, un partenariat réunissant la Coalition, la Société canadienne d'hypertension artérielle, Santé Canada et la Fondation des maladies du cœur du Canada a utilisé une approche fondée sur le consensus pour élaborer les premières recommandations canadiennes pour la gestion non pharmacologique (axée sur le mode de vie) de l'hypertension (5). Dès 1993, la SCHA a également formulé des recommandations de

manière indépendante, en s'appuyant sur les travaux de comités thématiques sur les questions relatives au diagnostic et au traitement pharmacologique de l'hypertension (6). Les comités de la SCHA ont classé les données probantes en fonction de critères uniformisés et ont diffusé leurs recommandations avec un guide simplifié de mise en œuvre et un diaporama.

En 1994 et 1995, la Coalition a mis à jour ses recommandations relatives au mode de vie, à la mesure de la pression artérielle et au suivi des personnes souffrant d'hypertension (7). Elle a également publié des recommandations pour la mesure à domicile (automesure) de la pression artérielle (8), auxquelles ont été ajoutés des outils particuliers pour aider les professionnels de la santé à former les personnes souffrant d'hypertension à évaluer correctement leur pression artérielle; de même, un atelier utilisant des diaporamas uniformisés et d'autres documents a été mis sur pied pour appuyer la formation. La Coalition a formulé en 1998 des recommandations sur la façon d'améliorer le respect du traitement pharmacologique et d'un mode de vie approprié (9). Toutes ces initiatives se sont appuyées sur une équipe multidisciplinaire, l'examen systématique et une approche consensuelle. Les recommandations sur l'observation du traitement ont été établies à partir d'un barème de cotation fondé sur des données probantes.

Afin de résoudre certaines difficultés liées au fait que deux organismes nationaux formulaient des recommandations sur l'hypertension, et pour élargir le consensus sur leurs recommandations respectives (et donc leurs répercussions), la Société canadienne d'hypertension artérielle et la Coalition, de concert avec Santé Canada et la Fondation des maladies du cœur du Canada ont formulé en 1999 des recommandations communes sur la prévention et le traitement de l'hypertension basées sur le changement du mode de vie en utilisant un barème de cotation fondé sur des données probantes (10). Ils ont ensuite mis à jour les recommandations sur le diagnostic et le traitement pharmacologique (11). Un spécialiste en médecine factuelle a apporté son aide lors de la réunion de consensus pour l'interprétation et l'utilisation du barème de cotation. Les principaux organismes nationaux de soins de santé ont été invités à examiner toutes les recommandations de 1999 portant sur le mode de vie, le diagnostic et le traitement pharmacologique et à aider à leur diffusion. Des diaporamas normalisés et l'utilisation d'Internet appuyaient la mise en œuvre des recommandations (10;11). Des résumés des recommandations sur le mode de vie, le diagnostic et le traitement pharmacologique ont également été préparés pour les professionnels des soins de santé primaires et des présentations ont été faites dans des établissements de soins primaires (11-17).

Par ailleurs, la communauté canadienne du secteur de l'hypertension artérielle a été poussée à prendre des mesures plus agressives et intégrées à la suite de la comparaison des résultats des ECSC (1985 à 1992) aux données du *Third National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES III, 1988-1994), enquête qui s'est déroulée aux États-Unis (18) : 50 % de la population américaine avaient une pression artérielle optimale (<120/80 mm Hg), comparativement à 43 % de la population canadienne; 25 %

des Américains souffrant d'hypertension étaient traités, comparativement à 13 % au Canada; enfin, près de la moitié des personnes diabétiques de 18 à 74 ans souffraient d'hypertension (140/90 mm Hg) dans les deux pays, avec 36 % qui étaient traitées aux États-Unis (<140/90 mm Hg) et seulement 9 % au Canada, malgré de fréquentes interactions avec les systèmes de santé (18). Les ECSC ont également permis de constater que malgré le fait que plus de 70 % des participants à l'enquête aient déclaré avoir fait mesurer leur pression artérielle l'année précédente, 42 % avaient en réalité une pression artérielle élevée, mais l'ignoraient (19). De plus, une nouvelle enquête sur la pression artérielle menée en 1995 suite à l'Enquête sur la santé cardiovasculaire en Nouvelle-Écosse qui avait été effectuée une première fois en 1985 n'a montré aucune amélioration notable de la prévalence de l'hypertension artérielle et une chute des taux de traitement et de contrôle (20;21).

À la suite de longues discussions sur l'écart entre les taux de contrôle de l'hypertension au Canada et aux États-Unis et sur la façon de corriger la situation, la Coalition, avec l'appui de Santé Canada, ont élaboré à la fin des années 1990 une Stratégie nationale de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle qui a été publiée en 2000 (19). Les étapes, les buts en matière de santé et les objectifs recommandés sont indiqués dans l'encadré ci-dessous.

Stratégie nationale de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle, 2000

Mesures recommandées pour réduire les taux de morbidité et de mortalité liées à l'hypertension au Canada

- Faire de la prévention et du traitement de l'hypertension une priorité des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.
- Fournir des fonds pour aider une coalition nationale faisant appel aux spécialistes de la santé, aux gouvernements, au secteur privé, aux organismes bénévoles et à toutes les parties intéressées en vue de coordonner la stratégie canadienne de prévention et de traitement de l'hypertension.
- Lancer une campagne de sensibilisation du public à l'égard des facteurs de risque et des avantages du traitement de l'hypertension.
- Élaborer et appliquer des modèles multidisciplinaires de soins primaires favorisant des pratiques efficaces de prévention, y compris des programmes de réduction des facteurs de risque et des tests de dépistage et de contrôle de la pression artérielle utilisant les technologies de l'information pour faciliter une pratique fondée sur des données probantes.
- Sensibiliser constamment les fournisseurs de services de santé, par l'intermédiaire des associations professionnelles, aux lignes directrices pour la pratique clinique visant la prévention et le traitement de l'hypertension.
- Négociation entre la Direction générale de la protection de la santé (Santé Canada) et l'industrie alimentaire en vue de la réduction de la quantité de sel dans les aliments apprêtés et de l'utilisation d'un succédané du sel ayant une plus faible concentration de sodium.
- Promouvoir l'activité physique et une alimentation saine auprès de tous les groupes d'âge dans la population en vue de prévenir l'obésité.
- Poursuivre les recherches sur les causes de l'hypertension et les traitements efficaces, ainsi que l'évaluation des programmes de prévention et de traitement.
- Effectuer une surveillance continue de l'hypertension à l'aide des sources de données actuelles sur les problèmes de santé et procéder périodiquement à des enquêtes sur la population en se servant de la méthodologie élaborée au cours des enquêtes provinciales sur la santé cardiovasculaire.

*Les quatre buts en matière de santé de la stratégie poursuivent le même objectif, à savoir une **réduction de 10 % d'ici 2005** (les données de référence sont tirées des enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire [ECSC] 1989-1992) :*

Buts en matière de santé

Réduire la prévalence de l'hypertension non contrôlée au Canada.

Réduire l'incidence de l'hypertension chez les Canadiens.

Réduire la proportion des Canadiens qui ignorent souffrir d'hypertension.

Réduire la prévalence de l'hypertension non contrôlée chez les personnes ayant reçu un diagnostic d'hypertension.

En raison du peu d'effets des recommandations et des stratégies de mise en œuvre des années 1990 (22;23), un comité formé de représentants de Santé Canada, de la Fondation des maladies du cœur du Canada, de la Coalition et de la SCHA a été mis sur pied afin de réfléchir sur la façon d'améliorer le processus de recommandations sur

l'hypertension (23;24). En 1998-1999, ce comité a entamé la préparation d'une proposition pour la mise sur pied d'un groupe de travail sur les recommandations canadiennes relatives au traitement de l'hypertension, un processus de recommandations plus rigoureux et mis à jour de manière plus régulière étroitement lié à un processus distinct de mise en œuvre à grande échelle, rebaptisé en 2003 Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH). À l'époque, on visait avant tout les médecins de premier recours. (Consulter l'annexe 3 pour obtenir plus d'information sur le PECH.)

Ce qu'on retient surtout de la période 1990-1999, c'est que l'hypertension demeurait mal maîtrisée. Bien que les recommandations canadiennes en matière de prise en charge de l'hypertension soient devenues plus complètes tout en reposant davantage sur des données probantes, et qu'on ait tenté à plusieurs reprises de les mettre en œuvre sous des formes diverses, elles ne parvenaient pas à elles seules à influencer de manière notable la pratique clinique (25). Par ailleurs, alors que la Stratégie nationale de la Coalition demandait un processus amélioré pour l'élaboration des recommandations et une approche plus globale de prévention et de contrôle de l'hypertension, elle n'a pas bénéficié de fonds dédiés et n'a reçu l'appui ni du gouvernement fédéral ni des gouvernements provinciaux. Néanmoins, elle a servi de modèle d'action pour les organisations de soins de santé non gouvernementales sous la direction de la Coalition et de la Société canadienne d'hypertension artérielle.

Années 2000 – 2010

Malgré le manque de financement pour la mise en œuvre de la nouvelle Stratégie nationale, le secteur non gouvernemental et les professionnels de la santé déjà actifs à l'échelle nationale, provinciale et territoriale ont poursuivi leurs efforts en vue de l'amélioration de la prise en charge de l'hypertension, de l'optimisation des ressources existantes et des partenaires au sein des gouvernements et du secteur privé, élargissant et consolidant ainsi progressivement leur base d'appui. En conséquence, une croissance soutenue a été observée pendant la dernière décennie en ce qui concerne les initiatives relatives à la prise en charge de l'hypertension, appuyées et entreprises par plusieurs acteurs tant à l'échelle fédérale que provinciale et territoriale, avec des avancées notables pour ce qui est des initiatives de santé publique visant à réduire la pression artérielle de groupes entiers de la population.

Outre le PECH, les réalisations les plus importantes de la dernière décennie sont indiquées ci-après. Bien que les activités des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux fassent l'objet d'une présentation distincte, elles se chevauchent dans une très large mesure en raison de l'évolution des partenariats et des collaborations entre les secteurs, à qui nous devons les succès obtenus à ce jour tant dans la gestion que dans la prévention de l'hypertension artérielle.

Initiatives non gouvernementales

Pression artérielle Canada

Pression artérielle Canada (PAC), aujourd'hui fusionné avec Hypertension Canada, a eu une influence vaste et continue sur la prise en charge de l'hypertension au Canada. L'organisme a joué un rôle important dans la mise au point de la Stratégie nationale de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle de 2000 et dans l'élaboration de la proposition et des partenariats ultérieurs dans le cadre du PECH. Il a également participé à l'élaboration de la proposition sur la création de la Chaire du Canada pour le contrôle et la prévention de l'hypertension, et en 2006, moment où la Chaire a été approuvée, il a appuyé son mandat visant à sensibiliser le public et à diminuer la consommation de sodium alimentaire.

Au début des années 2000, PAC a également mené un projet pilote portant sur une vaste campagne de marketing social pour la sensibilisation à l'hypertension afin d'en mesurer les effets. Cette initiative s'est avérée coûteuse et ses effets ont été faibles et de courte durée, ce qui a rapidement permis de constater que ce type de campagne n'est pas en mesure d'influencer de manière positive la sensibilisation à l'hypertension et son contrôle (26).

En ce qui concerne la diminution de la consommation de sodium alimentaire, PAC a élaboré un énoncé de politique nationale en collaboration avec d'autres organismes nationaux et a été actif dans la révision du Guide alimentaire canadien afin d'accorder une place plus importante à la question du sodium. L'énoncé de politique a été signé par 18 autres organismes de santé nationaux et a servi de base à l'action des ONG pour la diminution de la consommation de sodium alimentaire. Dix autres organismes nationaux se sont associés aux mesures de sensibilisation concernant le Guide, ce qui a permis d'apporter les changements appropriés au contenu. Pression artérielle Canada a également établi un Groupe de travail sur le sodium réunissant plus de 30 professionnels de la santé pour mettre au point des outils et des ressources à l'intention du public et des professionnels de la santé afin qu'ils puissent mieux comprendre les risques d'une alimentation riche en sodium et comment réduire ces risques. Des documents, notamment des diaporamas normalisés de formation, ont été largement présentés, publiés et diffusés sur un site Web sur le sujet. Par la suite, le groupe de travail a été codirigé avec le PECH, puis il a été intégré à celui-ci. En plus d'être une organisation de base du Comité de planification stratégique du sodium, PAC a siégé au comité directeur du groupe de travail multipartite sur le sodium.

Parallèlement au PECH, PAC a aussi élaboré un processus de mise en œuvre des recommandations sur la prise en charge de la pression artérielle, en les adaptant cette fois pour le public et en proposant une grande variété de ressources pour aider les personnes à devenir plus efficaces dans la prévention et la prise en charge de l'hypertension artérielle (les documents ont été élaborés en se fondant sur les deux éléments suivants : mesure à domicile de la pression artérielle et saines habitudes de vie). Des ressources supplémentaires ont été préparées pour faciliter les interactions entre les personnes souffrant d'hypertension et les professionnels de la santé; une

association de patients souffrant d'hypertension artérielle a été mise sur pied. Ces ressources ont été diffusées directement par les organismes partenaires et publiées dans les journaux; elles ont aussi été insérées dans les revues professionnelles du secteur de la santé. Un vaste réseau d'individus et d'organismes, y compris des établissements de formation professionnelle en santé, a reçu les mises à jour annuelles du PECH et de PAC au fur et à mesure de leur publication.

Fondations des maladies du cœur

La Fondation des maladies du cœur du Canada (FMCC) a joué un rôle essentiel pour faire avancer le dossier de la prise en charge de l'hypertension. Elle mène des campagnes d'éducation et de sensibilisation du public à l'hypertension et fait la promotion d'un outil individuel de santé en ligne – *Mon plan d'action de Tension artérielle* – mis gratuitement à la disposition du grand public (décrit ci-dessous). Il s'agit d'une des nombreuses initiatives menées en permanence par la FMCC pour promouvoir un mode de vie sain. Chaque année, un communiqué de presse accompagne la publication des mises à jour du PECH; des porte-parole diffusent également les messages clés et les mises à jour. La FMCC apporte aussi son aide au PECH pour l'adaptation des lignes directrices professionnelles en vue de leur diffusion auprès du grand public; elle a aidé à l'élaboration et à l'examen continu des outils et des ressources en ce qui concerne la mesure et le contrôle de la pression artérielle, dont certains ont été diffusés en partenariat avec le PECH.

En 2010, la FMCC s'est associée à l'Institut de la santé circulatoire et respiratoire (qui fait partie des Instituts de recherche en santé du Canada) afin d'établir une chaire canadienne permanente sur la prévention et le contrôle de l'hypertension. En 2008, en collaboration avec Pression artérielle Canada, la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario (FMCO) et l'Agence de la santé publique du Canada, la FMCC a mené une évaluation nationale des besoins des infirmières en soins primaires et des pharmaciens des collectivités, en se servant d'un outil de sondage mis au point et utilisé par la FMCO pour le programme de prise en charge de l'hypertension, et adapté pour les sondages téléphoniques bilingues. Les résultats de cette enquête ont servi aux travaux du Comité directeur du PECH.

Les activités menées actuellement par la FMCC en matière d'hypertension sont les suivantes :

- Campagnes de sensibilisation auprès du public, auxquelles s'ajouteront des campagnes globales et des campagnes adaptées aux communautés culturelles;
- Dépistage de l'hypertension chez le grand public;
- Collaboration avec les professionnels de la santé pour l'élaboration de modèles améliorés de prise en charge de l'hypertension (principalement en Ontario);
- Formation interprofessionnelle dans le domaine de l'hypertension pour les professionnels de soins de santé primaire;

- Distribution de documents imprimés, dont une trousse d'information sur l'hypertension pour les professionnels de la santé et d'information pour le grand public.

La FMCC a aussi joué un rôle essentiel dans la réduction du sodium alimentaire; elle a été l'une des organisations demandant qu'une plus grande place soit accordée au sodium dans le Guide alimentaire canadien. Elle a été l'un des membres clés du Comité de planification stratégique du sodium, du groupe de travail multipartite sur le sodium et du comité national de planification de la réunion concernant la plateforme II sur le sel alimentaire, organisée conjointement par l'OMS et le Canada et tenue en 2010 à Calgary. La FMCC a adapté son programme Visez santé pour qu'il soit plus exigeant quant à la teneur en sodium des aliments; pour obtenir le label Visez santé, il faut qu'avec le temps les quantités de sodium soient réduites dans les catégories d'aliments.

Les fondations provinciales des maladies du cœur ont été et continuent d'être actives; certaines ont même apporté une contribution qui va au-delà de leur mandat provincial. Ainsi, en 2004, la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario a lancé la Stratégie de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle, une vaste stratégie globale pluriannuelle dont les résultats (certains de portée nationale) étaient les suivants :

- Mise au point de lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers pour l'hypertension en 2005, actualisées en 2009, intitulées *Nursing Management of Hypertension*, en collaboration avec l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Ces lignes directrices sont conformes aux recommandations du PECH et ont été approuvées par l'organisme.
- Achèvement de l'étude ontarienne de 2006 sur la prévalence et le contrôle de l'hypertension artérielle, en partenariat avec l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa et Statistique Canada, une mise à jour qui inclut la toute première enquête sur la mesure de l'hypertension chez les principaux groupes ethniques au Canada.
- Création d'un outil interactif en ligne, *Mon plan d'action de pression artérielle*, qui aide les personnes à prendre en charge elles-mêmes leur hypertension en leur fournissant un soutien par courriel qui leur permet de suivre et de surveiller leurs progrès sur le plan de l'hypertension et du changement des habitudes de vie et leur offre la possibilité de télécharger et d'imprimer un rapport à l'intention de leur professionnel de la santé.
- Élaboration, mise en œuvre (dans 11 centres de soins primaires) et évaluation d'un projet pilote en soins primaires de trois ans basé sur des données probantes, le Programme de prise en charge de l'hypertension artérielle. Le projet, qui propose une trousse d'outils pour les professionnels de la santé et les patients, a prouvé son efficacité.
- Élaboration et mise à l'essai d'un programme adapté de prise en charge de l'hypertension dans deux communautés des Premières nations, désormais étendu à 14 communautés des Premières nations de l'Ontario (27).
- Investissements ciblés dans la recherche sur l'hypertension.

Dans le même ordre d'idées, la Fondation des maladies du cœur du Québec a publié depuis 2002, le résumé des recommandations du PECH et un outil s'aide à la décision à

tous les médecins du Québec. Depuis 2007, le bulletin est publié en anglais également et distribué par les Fondations des Maladies du Cœur des autres provinces qui en font la demande.

Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires

Depuis 2006, le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires milite pour une réduction du sodium alimentaire par l'entremise d'une vaste campagne médiatique pour sensibiliser le public sur la relation entre la consommation de sodium et la pression artérielle. Des outils de type récompenses et enquêtes ont été utilisés pour susciter l'attention de la presse écrite, de la radio et de la télévision. Le Réseau parraine des discussions sur le sodium alimentaire lors de ses réunions annuelles et fait paraître des articles sur le sodium dans la plupart de ses bulletins.

Les recherches sur l'opinion publique indiquent que la campagne médiatique du Réseau a contribué en partie à une meilleure sensibilisation des Canadiens à l'égard du sodium, qui atteint maintenant environ 90 % (28, 29). Cette sensibilisation accrue est à l'origine de pressions publiques pour que les choses changent, ce qui a facilité la défense de la cause et renforcé la demande des consommateurs pour des produits contenant moins de sodium. Le Réseau a aussi élaboré des outils d'éducation du public, des guides sur la consommation du sodium et un site Web, www.sodium101.ca.

Hypertension Canada

Hypertension Canada, créé en 2010, est le résultat de la fusion des ressources et de l'expertise en matière d'éducation, de bourses et de recherche de trois organisations – Pression artérielle Canada, la Société canadienne d'hypertension artérielle et le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH). Sous ses auspices, le PECH a renforcé l'utilisation efficace des techniques normalisées de transfert des connaissances et a intégré le programme d'éducation du public et de transfert des connaissances sur le sodium alimentaire de Pression artérielle Canada. Il s'emploie aussi activement à promouvoir l'harmonisation des recommandations sur la prise en charge de l'hypertension avec celles sur la prévention des maladies cardiovasculaires grâce au projet C-CHANGE. (C-CHANGE, un projet des IRSC, qui vise à répondre au besoin d'un ensemble commun de recommandations pour la pratique clinique [RPC] concernant les maladies cardiovasculaires par l'élaboration, la diffusion, la mise en œuvre et l'évaluation de RPC annuelles intégrées destinées aux professionnels de la santé ainsi que la formulation de recommandations sur l'atténuation des divers facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires.)

Désormais responsable des programmes de recherche de la SCHA, de Pression artérielle Canada et du PECH, Hypertension Canada mettra en place des mécanismes pour renforcer et harmoniser les quatre domaines de recherche des IRSC (biomédicale, clinique, services de santé et santé de la population) entourant la question de la pression artérielle.

Hypertension Canada poursuit également les travaux sur les politiques publiques

effectués auparavant par Pression artérielle Canada. Un Comité sur les politiques publiques dispose de sous-comités pour l'étude de la santé de la population, des services de santé, des programmes communautaires et des populations à risque et pour l'évaluation des politiques. L'organisme entend travailler avec une grande variété de professionnels et d'organisations non gouvernementales du secteur de la santé, ainsi qu'avec tous les ordres de gouvernement.

Chaire du Canada pour le contrôle et la prévention de l'hypertension

L'attention croissante accordée depuis 2000 au problème de l'hypertension a conduit à la mise à l'essai d'un nouveau poste de leadership pédagogique – la Chaire du Canada pour le contrôle et la prévention de l'hypertension (30). La Société canadienne d'hypertension artérielle, les IRSC et la société pharmaceutique Sanofi-Aventis du Canada (subvention non liée) ont financé ce projet pilote pour la période juillet 2006 – juin 2011. Un nouveau titulaire sera nommé dans le cadre d'un concours appuyé par la Fondation des maladies du cœur du Canada et les IRSC (31).

Le titulaire de la chaire a pour mandat de diriger et de mettre au point des activités de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle, en collaboration avec les professionnels de la santé spécialisés dans l'hypertension, les autres professions de la santé et le gouvernement. Norman Campbell de l'Université de Calgary, premier titulaire du poste, a été président du PECH et président de Pression artérielle Canada.

En date de 2010, il a dirigé le processus menant à la fusion de la SCHA, du PECH et de Pression artérielle Canada pour former Hypertension Canada; par ailleurs, des progrès ont été réalisés en ce qui concerne les objectifs suivants (31) :

- Soutenir et améliorer la structure et les activités actuelles du PECH afin qu'elles soient plus efficaces et durable; élargir le champ d'action du PECH afin d'améliorer le transfert de connaissances sur l'hypertension au profit des médecins de famille, du personnel infirmier, des pharmaciens et des autres professionnels de la santé.
- Mettre en place un programme national de surveillance (recherche sur les résultats) afin d'examiner les questions relatives à la prévalence, à la sensibilisation, au diagnostic, au traitement et aux complications, en collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada, Statistique Canada, les ministères provinciaux de la Santé et le groupe de recherche sur les résultats du PECH.
- Accroître la sensibilisation du public à l'égard de l'hypertension en encourageant la collaboration pour la mise au point et la diffusion de ressources d'aide pour la prévention et la prise en charge de l'hypertension, par la mise en place et la direction d'un groupe de travail sur l'éducation du public au sein de Pression artérielle Canada.
- Réduire la prévalence de l'hypertension en préconisant des politiques, des recherches et des programmes d'éducation axés sur la réduction de la consommation de sel grâce à une collaboration entre les organismes et les professionnels de la santé intéressés pour faire pression sur le gouvernement fédéral et l'industrie alimentaire. Le responsable de la chaire a mis sur pied un groupe de pression composé de 10 organismes nationaux du

secteur de la santé afin que le sodium alimentaire figure en bonne place dans le Guide alimentaire canadien; il a mis sur pied et présidé le Comité de planification stratégique du sodium qui a aidé le secteur des soins de santé à élaborer un programme national de réduction du sodium alimentaire; enfin, il a siégé à la direction et à tous les sous-comités du Groupe de travail multipartite sur le sodium.

- Apporter un soutien et une contribution à l'élaboration et à la défense des politiques de santé afin de prévenir et de contrôler l'hypertension.
- Renforcer la visibilité du Canada sur la scène internationale en participant à divers événements et initiatives concernant l'hypertension artérielle et le sodium alimentaire (p. ex. : Organisation mondiale de la Santé, Organisation panaméricaine de la santé, gouvernements d'autres pays et organisations internationales non gouvernementales). Présidence de comités d'organisation internationaux et nationaux et financement partiel de la réunion concernant la plateforme II sur le sel alimentaire, organisée conjointement par l'OMS et le Canada et tenue en 2010 à Calgary.

Réduction du sodium alimentaire

Les efforts canadiens en matière de réduction du sodium alimentaire, désormais largement intersectoriels, ont débuté en 2006 lorsqu'un groupe de 10 organisations non gouvernementales canadiennes est parvenu à renforcer la place du sodium dans le Guide alimentaire canadien, alors en cours de révision. L'action du groupe reposait en grande partie sur le Comité de planification stratégique du sodium, composé des organismes suivants : Pression artérielle Canada, SCHA, Société canadienne de cardiologie, Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, Conseil canadien des infirmières(iers) en nursing cardiovasculaire, Société canadienne de néphrologie, Les diététistes du Canada et la Fondation des maladies du cœur du Canada.

En 2006-2007, le Comité a élaboré un énoncé de politique pour Pression artérielle Canada afin de plaider la cause de la réduction de la consommation de sodium auprès du gouvernement, de l'industrie alimentaire et d'autres organisations non gouvernementales, appelant Santé Canada à diriger un groupe de travail intersectoriel dans le cadre d'une initiative nationale (32). Dix-huit grands organismes professionnels de santé et organisations non gouvernementales ont endossé cet énoncé. Une réunion entre les principaux producteurs alimentaires canadiens et le Comité a abouti à un accord pour qu'une démarche conjointe soit faite auprès de Santé Canada afin que ce dernier participe à la mise au point et à la supervision d'un programme national de réduction du sodium. En 2007, peu après la large diffusion de l'énoncé de politique auprès des médias, le gouvernement du Canada a annoncé la création du Groupe de travail multipartite sur le sodium. Ce groupe était présidé par Santé Canada et comportait des représentants des secteurs énumérés ci-dessous.

Organisme responsable

- Santé Canada

Scientifiques et professionnels de la santé

- Instituts de recherche en santé du Canada
- Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires
- Société canadienne de nutrition
- Les diététistes du Canada
- Conseil des médecins hygiénistes en chef

Organisations non gouvernementales du domaine de la santé et des consommateurs

- Hypertension Canada
- Fondation des maladies du cœur du Canada
- Conseil canadien des infirmières et infirmiers en soins cardiovasculaires
- Conseil canadien des aliments et de la nutrition
- Centre for Science in the Public Interest
- Centre de référence en nutrition humaine Extensio

Industrie de la transformation des aliments et des services alimentaires

- Association canadienne de la boulangerie
- Conseil des viandes du Canada
- Association des transformateurs laitiers du Canada
- Produits alimentaires et de consommation du Canada
- Fabricants de produits alimentaires du Canada
- Conseil canadien des distributeurs en alimentation
- Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires

Gouvernement

- Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Santé Canada
- Agence de la santé publique du Canada
- Direction des aliments, Santé Canada
- Groupe fédéral-provincial-territorial sur la nutrition
- Agriculture et Agroalimentaire Canada
- Agence canadienne d'inspection des aliments (jusqu'en novembre 2009)

En 2010, le Groupe de travail a présenté une stratégie globale à volets multiples de réduction du sodium pour le Canada (33), reposant sur la réduction volontaire, par les fabricants de produits alimentaires et les services alimentaires, de la teneur en sodium de leurs produits associée à une surveillance étroite du gouvernement, ainsi que sur la recherche et une vaste campagne de sensibilisation auprès de la population. Par la suite, les ministres fédéral et provinciaux de la Santé, de la Promotion de la santé et des Modes de vie sains ont adopté l'objectif provisoire recommandé par le Groupe de travail sur le sodium, à savoir une consommation moyenne de sodium de 2 300 mg par jour

d'ici 2016, ce qui représente une diminution de 33 % de la consommation moyenne actuelle. Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux ont également convenu que la réglementation visant à limiter la teneur en sodium des aliments restait une solution dans le cas où l'approche volontaire ne produirait pas de résultats suffisants. Peu avant 2011, le premier ministre Harper a indiqué que le lancement du programme de réduction de sodium était l'une des deux priorités de santé du gouvernement fédéral en 2010, l'autre étant l'obésité infantile (34).

Au cours de l'élaboration de la stratégie sur le sodium, un sous-groupe du Groupe de travail sur l'éducation du public de Pression artérielle Canada et du PECH a poursuivi la production de ressources éducatives sur les risques pour la santé du sodium alimentaire et sur la manière de réduire sa consommation au Canada. Ces ressources comprenaient des résumés et des diaporamas de formation normalisés destinés aux professionnels de la santé, aux patients souffrant d'hypertension artérielle, au public de tous âges, à l'industrie alimentaire et aux décideurs du domaine de la santé publique. La plupart des partenaires de Pression artérielle Canada ont organisé des colloques lors de leurs assemblées nationales et régionales sur le sodium et ont publié des sommaires cliniques et scientifiques dans leurs revues officielles.

Les travaux du Groupe de travail sur l'éducation du public, maintenant intégré à Hypertension Canada, concernent avant tout les sujets et les objectifs ci-dessous.

Sensibilisation

- Sensibiliser davantage les professionnels de la santé, les patients et les Canadiens de tous âges aux effets du sodium sur la santé et renforcer les comportements sains relatifs à la consommation de sodium.

Recherche

- Déterminer les effets de la consommation de sodium sur l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires et la santé des Canadiens afin de soutenir des stratégies efficaces pour réduire la consommation de sodium et d'évaluer les lacunes dans les connaissances sur le sodium alimentaire pour orienter les recherches futures.

Médias et communication

- Collaboration du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et de la Fondation des maladies du cœur avec les médias et autres canaux de communication afin de renforcer la sensibilisation des consommateurs et influencer leurs comportements à l'égard du sodium alimentaire.

Promotion de la cause

- Fournir des informations aux principaux législateurs canadiens et à l'industrie alimentaire concernant les risques liés à la consommation élevée de sodium et les stratégies visant à réduire la consommation de sodium.

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

Au cours des dix dernières années, les IRSC ont investi plus de 100 millions de dollars par an dans la recherche sur les maladies cardiovasculaires, dont l'hypertension. En ce qui concerne particulièrement les programmes nationaux sur l'hypertension, les IRSC ont : financé des projets pour la mise au point du programme national de surveillance de l'hypertension, ainsi que les réunions du PECH; financé le processus d'harmonisation des recommandations du PECH avec les autres recommandations sur la gestion des risques cardiovasculaires (C-CHANGE); participé au Groupe de travail sur le sodium ainsi que financé et organisé à ce titre une réunion visant à définir les besoins liés à la recherche sur le sodium alimentaire, suivie de trois demandes prioritaires pour la recherche sur le sodium; participé à une réunion de sensibilisation des médias sur le sodium alimentaire; cofinancé la Chaire du Canada pour le contrôle et la prévention de l'hypertension.

Initiatives gouvernementales

Gouvernement du Canada

L'engagement du gouvernement fédéral à l'égard de l'hypertension remonte à 1984 et sa participation à la mise sur pied de la Coalition (Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle) qui, avec Santé Canada, a élaboré la Stratégie nationale de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle de 2000. C'est ainsi qu'est né en 1999 le PECH.

Avant la création de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) en 2004, Santé Canada était le ministère fédéral responsable de la prévention et du contrôle de l'hypertension. C'est désormais par l'entremise de l'ASPC que le gouvernement fédéral appuie le PECH et des projets communautaires pour le dépistage et la prévention de l'hypertension.

Bien que le leadership et la défense de la cause soient des responsabilités assumées principalement par des organisations non gouvernementales, le gouvernement fédéral renforce les partenariats et coordonne les activités des divers ministères fédéraux et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Son partenariat avec le PECH a renforcé sa participation au dépistage et à la prise en charge des maladies, à la préparation et à la diffusion de recommandations pour la pratique clinique ainsi qu'à la mise au point d'outils d'auto-prise en charge et d'auto-évaluation pour le grand public. Un Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, établi par l'ASPC, apporte désormais son aide pour combler les lacunes de la pratique en ce qui concerne le dépistage de l'hypertension artérielle.

Outre son soutien au PECH, le gouvernement fédéral a participé à un certain nombre d'initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies – la Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et plan d'Action (2010), la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada (2010), la Stratégie canadienne sur le diabète (renouvelée en

2005) et à la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains (2005). Les objectifs de ces stratégies sont vastes et ont de grandes implications pour les politiques, la recherche, la surveillance et la gestion des maladies; ils traitent des facteurs de risque communs à un certain nombre de maladies chroniques, comme le tabagisme, la nutrition, la consommation d'alcool et l'activité physique. Tout récemment, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, de la Promotion de la santé et des Modes de vie sains ont adopté la *Déclaration sur la prévention et la promotion*, un énoncé public de leur vision commune de travailler ensemble et avec d'autres intervenants à faire de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, des incapacités et des blessures une priorité (35).

Le gouvernement fédéral s'est investi dans le programme Bien manger avec le Guide alimentaire canadien et, en rendant obligatoire la déclaration des gras trans dans le tableau sur la valeur nutritive de la plupart des aliments emballés, a favorisé l'élimination des gras trans dans un grand nombre de produits alimentaires. Pour promouvoir l'activité physique, il a mis en place un crédit d'impôt pour la condition physique des enfants, a élaboré la série Guide d'activité physique canadien et a financé l'organisme ParticipACTION.

La mise au point de nouveaux programmes sur les modes de vie sains a conduit à une plus grande collaboration du gouvernement canadien avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les intervenants intéressés et a permis de renforcer les liens avec les stratégies nationales, provinciales et territoriales actuelles sur les modes de vie sains et les maladies. Cette collaboration a favorisé l'accès à de l'information cohérente et a permis de sensibiliser le public, les professionnels de la santé et les politiciens à l'importance de l'hypertension. Plus récemment, le gouvernement fédéral a joué un rôle dans le rapprochement des intervenants clés qui ont formé Hypertension Canada.

Grâce à des partenariats avec le PECH, Hypertension Canada, la Fondation des maladies du cœur et leurs parties prenantes, le gouvernement fédéral a également soutenu des initiatives communautaires et a mis au point des outils pour les populations les plus à risque par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Des ressources combinées du gouvernement du Canada, de la SCHA et de Sanofi-Aventis, canalisées par les IRSC, ont servi à financer la première Chaire du Canada pour le contrôle et la prévention de l'hypertension.

En ce qui concerne le développement de connaissances en matière de politiques, le gouvernement fédéral a apporté son appui à des analyses documentaires exhaustives, et, par l'entremise de Statistique Canada, des IRSC et de l'ASPC, met en place les jalons d'un système complet de surveillance qui recueillera des mesures physiques, des données auto-déclarées et d'ordre administratif.

Depuis la publication de la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada en 2010, décrite précédemment, le gouvernement du Canada, de concert avec d'autres

partenaires de la Stratégie, collabore avec l'industrie pour établir des cibles concernant différentes catégories d'aliments; de plus, il soutient des activités visant à renforcer les connaissances du public sur le sodium et s'est engagé à surveiller la consommation de sodium et sa teneur dans les aliments.

Toujours en lien avec l'hypertension, la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme est une stratégie globale de promotion et de protection de la santé qui s'appuie sur la réglementation, la recherche, la législation et des programmes pour prévenir le tabagisme, encourager l'abandon du tabac et contrôler l'offre de produits.

Collaboration et coordination fédérales-provinciales territoriales

Les divers gouvernements du Canada se sont engagés à améliorer la santé de la population et à réduire les maladies chroniques, en proposant une réponse collective à des problèmes communs, dont la prévention et le contrôle de l'hypertension. L'une des activités FPT initiales les plus importantes a été d'organiser et de prendre la tête dès 1985 de la Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire (SCSC). Grâce à elle, on a pu obtenir des données complètes sur les risques cardiovasculaires de la population canadienne et lancer une vaste série de projets partout au Canada afin de réduire ces risques.

En 2005, les ministres FPT de la Santé, de la Promotion de la santé et des Modes de vie sains ont adopté la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains avec des objectifs à atteindre pour 2015 (36). Le document souligne que les taux d'obésité et de surpoids sont en hausse et que, dans son ensemble, la population canadienne ne fait pas suffisamment d'activités physiques. Le document recense les facteurs de risque communs à de multiples maladies chroniques, des maladies cardiovasculaires au cancer. Il appelle à une vaste approche multisectorielle qui s'appuierait sur des partenariats, l'élaboration de politiques et de programmes, l'éducation du public, la collaboration avec les peuples autochtones, la recherche et la surveillance.

Le Groupe des modes de vie sains (créé en 2006 et relevant, par l'entremise du Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population du Réseau pancanadien de santé publique, de la Conférence des sous-ministres de la Santé et des ministres FPT de la Santé, de la Promotion de la santé et des Modes de vie sains), dans son rapport d'étape de 2008 sur la Stratégie, souligne que malgré les nombreuses initiatives ayant cours un peu partout au Canada, le taux d'activité physique a diminué par rapport aux chiffres de 2005; on note une faible amélioration de la saine alimentation, et les problèmes d'embonpoint empirent. Si ces tendances continuent, déclare-t-il, les objectifs de la Stratégie ne seront pas atteints en 2015 (37). Les ministres ont réagi à la situation en 2010 en prenant un engagement ferme envers la prévention des maladies et la promotion de la santé dans leur *Déclaration sur la prévention et la promotion* (38), dans laquelle ils concluent qu'un grand nombre de maladies chroniques et d'incapacités peuvent être évitées ou leur apparition retardée et que « [...] Pour avoir des populations en meilleure santé et pour assurer la viabilité de notre réseau public de la santé, nous devons atteindre un meilleur équilibre entre la prévention et le traitement. »

Plus tôt en 2009, les ministres du Sport, de l'Activité physique et des Loisirs, et en janvier 2010 les ministres de la Santé, de la Promotion de la Santé et des Modes de vie sains avaient approuvé un énoncé de politique commun, *Intersectoral Action on Children and Youth Physical Activity*. Par la suite, un cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé, intitulé *Freiner l'obésité juvénile*, a été publié (39). Les facteurs cités comprenaient une plus grande sédentarité (due entre autres aux périodes passées devant un écran), les inégalités en ce qui a trait aux occasions de s'adonner à des activités physiques, la commercialisation d'aliments malsains auprès des enfants et l'augmentation de la taille des portions alimentaires. Tous ont convenu de travailler sur les aspects qui suivent.

- Faire du surpoids et de l'obésité une priorité collective;
- Coordonner les efforts : créer des milieux favorables; cerner de manière précoce les problèmes de poids; améliorer l'accès aux aliments nutritifs et diminuer l'accès des enfants aux aliments riches en graisses, en sucre et en sodium, en diminuant notamment leur exposition aux campagnes publicitaires vantant ces aliments.
- Mesurer et les progrès accomplis collectivement et faire rapport à cet égard.

Les ministres FPT de la Santé, de la Promotion de la santé et des Modes de vie sains se sont engagés à « [solliciter] les jeunes et les dirigeants multisectoriels de tout le pays afin d'aider à concrétiser des plans d'action visant à favoriser l'atteinte d'un poids santé chez les enfants. »

Initiatives horizontales

Le Conseil canadien de la santé a publié en 2010 un rapport sur quatre pays ayant adopté des approches gouvernementales ou intersectorielles sur les déterminants de la santé, à savoir le Royaume-Uni, la Norvège, la Suède et l'Australie. Il constate la même année que toutes les régions canadiennes se sont engagées à renforcer la promotion de la santé et à diminuer les inégalités en matière de santé (40).

Trois thèmes communs ont émergé de cette étude.

- Un engagement gouvernemental explicite envers la promotion de la santé des populations par l'intermédiaire des déterminants de la santé. Cet engagement est généralement rendu public grâce à un ou plusieurs documents énonçant clairement les raisons d'un tel engagement. Dans la plupart des pays, cela s'est fait par l'entremise d'une déclaration claire sur l'importance de promouvoir l'équité en santé.
- Tout engagement à promouvoir et à mettre en œuvre le programme annoncé appelle une approche gouvernementale globale. Ces engagements sont généralement définis dans un rapport ou une déclaration du gouvernement, qui expose clairement les buts et les objectifs, décrit les stratégies pour les atteindre et établit un calendrier.
- Un des thèmes fédérateurs est l'engagement à évaluer les initiatives de manière formelle. Cela comprend la reconnaissance que l'action gouvernementale sur diverses questions stratégiques a des répercussions sur la promotion de la santé de la population par la réduction des inégalités en matière de santé. On tente d'évaluer de manière

systematique les effets de ces initiatives sur la santé, notamment au moyen d'études d'impact sur la santé.

Références bibliographiques

- 1 Logan, A.G. Report of the Canadian Hypertension Society's consensus conference on the management of mild hypertension, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1984, vol. 131, pages 1053 à 1057.
- 2 Larochelle, P., M.J. Bass, N.J. Birkett, J. De Champlain et M.G. Myers. Recommendations from the consensus conference on hypertension in the elderly, *JAMC*, 1986, vol. 135, pages 741 à 745.
- 3 Myers, M.G., S.G. Carruthers, F.H.H. Leenen et R.B. Haynes. Recommendations from the Canadian Hypertension Society Consensus Conference on the Pharmacologic Treatment of Hypertension, *JAMC*, 1989, vol. 140, pages 1141 à 1146.
- 4 Groupe de travail fédéral-provincial. Prévention et contrôle de l'hypertension artérielle au Canada. MacLeod, Ella B., Harold N. Colburn, David R. MacLean et Gerald E. Sinclair. Comité consultatif fédéral-provincial, Ottawa (Ont.), Ministre de la Santé et du bien-être social, 1986, pages 1 à 84.
Type de référence : rapport
- 5 Chockalingam, A., D. Abbott, M. Bass, R. Battista, R. Cameron, J. de Champlain et al. Recommendations of the Canadian Consensus Conference on Non-Pharmacological Approaches to the Management of High Blood Pressure, du 21 au 23 mars 1989, Halifax, Nouvelle-Écosse, *JAMC*, 1990, vol. 142, pages 1397 à 1409.
- 6 Carruthers, S.G., P. Larochelle, R.B. Haynes, A. Petrasovits et E.L. Schiffrin. Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 1. Introduction, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1993, vol. 149, pages 289 à 293.
- 7 Abbott, D., N. Campbell, P. Carruthers-Czyzewski, A. Chockalingam, M. David, G. Dunkley et al. Guidelines for Measurement of Blood Pressure, Follow-up, and Lifestyle Counseling, *Revue canadienne de santé publique*, 1994, vol. 85, pages S29 à S35.
- 8 Campbell, N.R.C., D. Abbott, M. Bass, N.J. Birkett, A. Chockalingam, G.R. Dagenais et al. Self-measurement of blood pressure: Recommendations of the Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, *Journal canadien de cardiologie*, 1995, vol. 11, pages 5H à 10H.
- 9 Chockalingam, A., M. Bacher, N. Campbell, H. Cutler, A. Drover, R. Feldman et al. Adherence to Management of High Blood Pressure: Recommendations of the Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, *Revue canadienne de santé publique*, 1998, vol. 89, pages I-5 à I-7.
- 10 Campbell, N.R.C., E. Burgess, B.C.K. Choi, G. Taylor, E. Wilson, J. Cléroux et al. Methods and an overview of the Canadian recommendations, *JAMC*, 1999, vol. 160, pages S1 à S6.
- 11 Feldman, R., N. Campbell, P. Larochelle, P. Bolli, E.D. Burgess, S. Carruthers et al. 1999 Canadian recommendations for the management of hypertension, *JAMC*, 1999, vol. 161, pages S1 à S17.
- 12 Campbell, N.R.C. et G. Taylor. Healthier Lifestyles: Bringing Down Blood Pressure. *Perspectives in Cardiology*, 1999, vol. 15, pages 47 à 53.
- 13 Feldman, R.D., N.R.C. Campbell et P. Larochelle. Clinical problem solving based on the 1999 Canadian recommendations for the management of hypertension, *JAMC*, 1999, vol. 161, pages S18 à S22.
- 14 Khan, N., N.R.C. Campbell. Management of Hypertension: Optimizing Therapy. *Perspectives in Cardiology*, 2000, pages 15, 16, 20, 21 et 23.
- 15 Campbell NRC. Hypertension management in clinical practice, *Journal canadien de cardiologie*, 2000, vol. 16, pages 574 à 576.

- 16 Campbell, N., E. Burgess, G. Taylor, E. Wilson, J. Cleroux, J.G. Fodor et al. Lifestyle changes to prevent and control hypertension: Do they work? A summary of the Canadian Consensus Conference, *JAMC*, 1999, vol. 160, pages 1341 à 1343.
- 17 Khan, N. et N.R.C. Campbell. Lifestyle Modifications for Prevention and Treatment of Hypertension: Canadian Recommendations, *Perspectives in Cardiology*, 2001, vol. 17, pages 21 à 23 et 26 à 27.
- 18 Joffres, M.R., P. Hamet, D.R. MacLean, G.I. L'Italien et G. Fodor. Distribution of Blood Pressure and Hypertension in Canada and the United States. *Am J Hypertens*, 2001, vol. 14, pages 1099-1105.
- 19 Santé Canada et la Coalition nationale pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle. Stratégie nationale de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle. Rapport du groupe d'experts, 31 janvier 2000.
- 20 Wolf, H.K., P. Andreou, I.R. Bata, D.G. Comeau, R.D. Gregor, G. Kephart et al. Trends in the prevalence and treatment of hypertension in Halifax County from 1985 to 1995, *JAMC*, 1999, vol. 161, pages 699 à 704.
- 21 Wyard, K. et R. Feldman. The Impact of the Canadian Hypertension Education Program on Hypertension and Related Diseases in Canada. PHAC 2008 CHEP Impact Report.
- 22 Fassbender, K. et S. Pickard. A policy impact analysis of pharmaceutical cost containment strategies in Alberta. Document de travail #00-12, 2000, Edmonton, *Institute of Health Economics*.
Type de référence : Rapport
- 23 Huston, P. et N.R.C. Campbell. Influencing prescribing patterns. Evidence-based recommendations are not enough, *Le Médecin de famille canadien*, 1998, vol. 44, pages 221 à 223 et 228 à 230.
- 24 Zarnke, K.B., N.R.C. Campbell, F.A. McAlister et M. Levine. A novel process for updating recommendations for managing hypertension: Rationale and methods, *Can J Cardiol.*, 2000, vol. 16, pages 1094-1102.
- 25 McAlister, F.A., N.R.C. Campbell, K. Zarnke, M. Levine et I.D. Graham. The management of hypertension in Canada : a review of current guidelines, their shortcomings and implications for the future, *JAMC*, 2001, vol. 164, pages 517 à 522.
- 26 Petrella, R.J., M. Speechley, P.W. Kleinstiver et T. Ruddy. Impact of a Social Marketing Media Campaign on Public Awareness of Hypertension, *Am J Hypertens*, 2005, vol. 18, pages 270 à 275.
- 27 Margaret Moy Lum-Kwong, Directrice, High Blood Pressure Strategy, Heart and Stroke Foundation of Ontario. Personal communication, janvier 2011. Aboriginal Hypertension Management Program. Consulté le 12 février 2011 à [http://www.heartandstroke.on.ca/site/c.pvI3leNWJwE/b.5339629/k.E94C/HCP_Aborigina
l_Hypertension_Management_Program_Pilot.htm](http://www.heartandstroke.on.ca/site/c.pvI3leNWJwE/b.5339629/k.E94C/HCP_Aborigina%20Hypertension%20Management%20Program%20Pilot.htm).
- 28 Decima Research. Rapport final – Connaître les points de vue des Canadiens et des professionnels de la santé sur le sodium, Santé Canada POR-08-21, 16 décembre 2009. Consulté le 2 février 2011 à [http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/pwgsc-tpsgc/por-
ef/public_health_agency_canada/2009/117-08/report.pdf](http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/pwgsc-tpsgc/por-ef/public_health_agency_canada/2009/117-08/report.pdf).
- 29 Papadakis, S., A.L. Pipe, I.A. Moroz, R.D. Reid, C.M. Blanchard, D.F. Cote et A.E. Mark. Knowledge, attitudes and behaviours related to dietary sodium among 35- to 50-year-old Ontario residents, *Journal canadien de cardiologie*, 2010, vol. 26, pages e164 à e169.
- 30 Campbell, N.R.C.. Canada Chair in hypertension prevention and control: A pilot project, *Journal canadien de cardiologie*, 2007, vol. 23, pages 557 à 560.
- 31 Campbell, N.R.C. Chaire de recherche du Canada pour la prévention et le contrôle de l'hypertension, Rapport 2006 à 2010.

- 32 Hypertension Canada. Politique sur le sodium. Consulté le 27 novembre 2010 à <http://www.lowersodium.ca/fr/public/about>.
- 33 Santé Canada. Stratégie de réduction du sodium pour le Canada. Consulté le 27 novembre 2010 à <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/sodium/strateg/index-fra.php>.
- 34 Harper hails 2010 as a “momentous” year for Canada. Consulté le 27 janvier 2011 à <http://www.theglobeandmail.com/news/politics/harper-hails-2010-as-a-momentous-year-for-canada/article1854504/>
- 35 Déclaration sur la prévention et la promotion de la part des ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain. Consulté le 26 janvier 2011 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/index-fra.php>
- 36 Secrétariat du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains. La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, 2005. Consulté le 13 janvier 2011 à http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/pdf/hls_f.pdf
- 37 Agence de la santé publique du Canada. 2010. Le Rapport de 2008 sur la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains. Consulté le 13 janvier 2011 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/2008/pdf/ripchl-rspimmvs-2008-fra.pdf>.
- 38 Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité – Déclaration sur la prévention et la promotion de la part des ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain. 2010. Consulté le 13 janvier 2011 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/index-fra.php>.
- 39 Aperçu de Freiner l’obésité juvénile : cadre d’action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé. 2010. Consulté le 13 janvier 2011 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/intro-fra.php>.
- 40 Conseil canadien de la santé. Changement de vitesse : cibler, non plus les soins de santé au Canada, mais un Canada en santé. Annexe A. Quelques initiatives fédérales, provinciales et territoriales de gestion horizontale : approches intersectorielles et pangouvernementales de l’amélioration de la santé de la population et de la réduction des iniquités. Consulté le 24 février 2011 à http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2010/promo/Appendices_Final_FR.pdf.

Annexe 3 :

Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH)

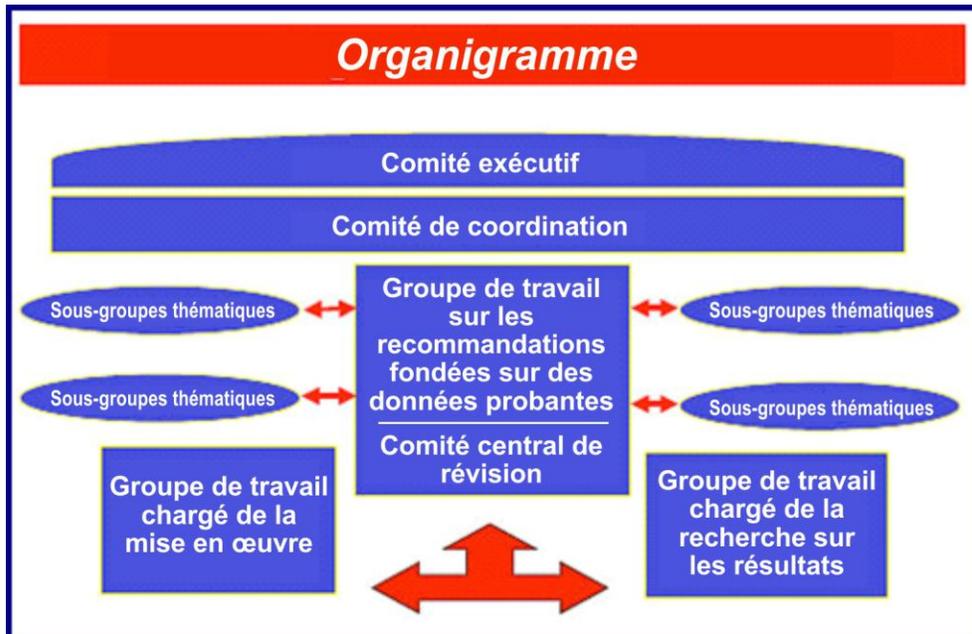
Des discussions approfondies dans les années 1990 entre la Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle, la Société canadienne d'hypertension artérielle, la Fondation des maladies du cœur du Canada et Santé Canada ont mené à la création du Groupe de travail sur les recommandations canadiennes relatives au traitement de l'hypertension, rebaptisé Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) en 2003. De cette initiative ont découlé deux principaux résultats : à partir de 2000, un processus amélioré pour la mise à jour des recommandations sur la prise en charge de l'hypertension, et une approche distincte pour la mise en œuvre qui reposait sur la participation du Collège des médecins de famille du Canada (1-7).

Un barème de cotation fondé sur des données probantes, essentiel au processus, a été utilisé. Les sous-groupes thématiques ont bénéficié d'une formation d'une journée sur la façon d'élaborer des recommandations et d'utiliser le barème de cotation ainsi que de l'aide d'un bibliothécaire de Cochrane pour mettre au point des stratégies de recherche pour l'évaluation exhaustive de la documentation (1). Le processus a été resserré afin de réduire les biais, grâce entre autres à l'appui donné par un comité d'examen composé de spécialistes de la méthodologie à chacun des groupes thématiques afin de garantir une interprétation et une utilisation adéquates des données.

Reconnaissant que la mise en œuvre des recommandations reposait sur une expertise multiple, un nouveau comité a été créé afin d'élaborer des messages-clés et de brefs résumés pour chacune des disciplines qui soulignaient les points les plus importants pour prévenir et contrôler l'hypertension (8;9).

Il était prévu que le PECH évolue et renforce son influence. Le comité exécutif du PECH, ainsi que son comité de coordination et son comité central de révision collaborent désormais avec trois groupes de travail dont les responsabilités correspondent au plan stratégique décrit ci-dessous.

Organigramme du PECH (10)



Groupe de travail sur les recommandations fondées sur des données probantes :

Effectue une révision exhaustive des données probantes et élabore des documents scientifiques complets pour aider à la mise à jour annuelle des recommandations sur le diagnostic et le traitement. Les sujets couverts sont les suivants (11) :

- Mesure de la pression artérielle en cabinet
- Automesure de la pression artérielle
- Surveillance ambulatoire de la pression artérielle
- Suivi des patients hypertendus
- Examens de laboratoire courants
- Échocardiographie
- Modification des habitudes de vie
- Stratégies d'observance thérapeutique
- Évaluation du risque cardiovasculaire global
- Pharmacothérapie pour les patients hypertendus atteints de coronopathies (trois sous-groupes : maladie coronarienne, insuffisance cardiaque et maladie vasculaire cérébrale)
- Pharmacothérapie pour les patients hypertendus sans maladies concomitantes nécessitant des agents particuliers
- Hypertension d'origine endocrinienne
- Hypertension rénale et rénovasculaire
- Hypertension et diabète

Groupe de travail chargé de la mise en œuvre : La mise en œuvre des recommandations est une priorité du PECH. La direction du PECH élabore et met à jour annuellement un ensemble de cinq à huit messages clés, un résumé d'une page, un bref résumé clinique de cinq à six pages pour les soins primaires, un bref résumé scientifique à l'intention des spécialistes et un livret présentant le résumé des recommandations. De plus, six diaporamas sont produits pour appuyer les séances de formation normalisées. Ils abordent les points suivants : 1) les raisons pour lesquelles la maîtrise de la pression artérielle est importante pour la santé; 2) les méthodes utilisées par le PECH pour créer, diffuser et évaluer les recommandations; 3) le diagnostic, le risque vasculaire et les examens exploratoires; 4) le traitement de l'hypertension; 5) les différentes techniques de mesure de la pression artérielle; 6) l'évaluation des retombées de l'hypertension au Canada. L'accent est mis sur l'adaptation des ressources aux différentes disciplines, avec une diffusion ciblée aux publics visés; les intérêts des diverses disciplines sont représentés au cours du processus de mise au point et de mise en œuvre des recommandations. Récemment, le groupe de travail chargé de la mise en œuvre a été réorganisé en équipes interdisciplinaires afin d'aider aux mises à jour et à la création de nouvelles ressources.

Groupe de travail chargé de la recherche sur les résultats : Élabore des méthodes de surveillance, évalue le traitement et le contrôle de l'hypertension, cerne les lacunes de la prise en charge et évalue les tendances dans l'incidence et la prévalence de l'hypertension et les complications liées à l'hypertension. En 2003, le groupe de travail a contribué à une expansion rapide des efforts de surveillance et de contrôle entourant l'hypertension et les problèmes qui en découlent; il a aussi effectué une évaluation des processus du PECH (11;12).

Plan stratégique du PECH 2006-2010 (10)

Plan stratégique du PECH 2006-2010				
FACTEURS CRITIQUES DE SUCCÈS				
1. Créer l'infrastructure (humaine et financière) afin de soutenir les initiatives du PECH et contribuer à sa pérennité	2. S'assurer que la majorité des professionnels de la santé soient bien informés et qu'ils se conforment aux lignes directrices du PECH qui ont été publiées	3. Faire en sorte que l'hypertension artérielle soit considérée comme une priorité de santé publique	4. Garantir une communication claire et faire en sorte de bien définir les rôles et les responsabilités des différents organismes s'occupant d'hypertension artérielle afin d'éviter les conflits étant donné les demandes sans cesse croissantes de financement pour une cagnotte qui s'amenuise	5. S'assurer que les conflits d'intérêts réels ou perçus n'ébranlent pas la crédibilité du PECH
STRATÉGIES				
1. Élaborer un plan visant à assurer la stabilité à long terme du financement 2. Mettre en place un bureau chargé d'apporter un solide soutien administratif 3. Examiner la structure du PECH et assurer un solide leadership en définissant les rôles et les responsabilités	1. Identifier les lacunes et les obstacles à l'exécution des lignes directrices du PECH 2. Élaborer et diffuser des lignes directrices sur mesure à l'intention des praticiens, des enseignants, des formateurs et des organismes professionnels 3. S'assurer que les lignes directrices du PECH répondent bien aux changements observés en matière de culture de dispensation des soins	1. Faire mieux connaître le PECH aux organismes de santé publique, mais aussi au sein d'organismes essentiels s'occupant de santé cardiovasculaire 2. Élaborer un modèle économique canadien détaillé pour l'hypertension artérielle 3. Se faire le porte-parole auprès des décideurs de la nécessité d'intensifier l'adhésion aux lignes directrices du PECH 4. Établir un lien avec les associations partenaires et le plan stratégique national afin d'accentuer l'importance de l'hypertension artérielle auprès du public	1. Travailler de concert pour établir et communiquer sur les rôles et les responsabilités ainsi que sur des mandats clairs attribués à des organismes particuliers (PECH, Société canadienne d'hypertension artérielle, Pression artérielle Canada) 2. Solliciter des organismes s'occupant d'hypertension artérielle pour coordonner les demandes de financement et les plans nécessaires à l'obtention de financements	1. Garantir une communication continue de la politique du PECH en ce qui a trait aux conflits d'intérêts 2. Identifier et gérer les conflits d'intérêts éventuels du PECH

Depuis la mise en place du PECH, son objectif est d'élargir les publics cibles auxquels sont destinées ses recommandations et la mise en œuvre de celles-ci. Le comité exécutif et les groupes de travail sur les recommandations, la mise en œuvre et les résultats des évaluations, auxquels participaient auparavant les médecins de famille, comprennent depuis 2006 du personnel infirmier et des pharmaciens, qui veillent à ce que leurs besoins soient pris en compte et à ce que les processus du PECH soient exempts de biais et de conflits d'intérêts potentiels. (4;8;13). Les ressources mettent l'accent sur une série de cinq à huit messages communs portant sur ce qui est le plus important pour le contrôle de l'hypertension. Les associations professionnelles en soins de santé primaires, par l'entremise de leurs revues et de leurs assemblées annuelles, aident à diffuser les résumés normalisés des recommandations à leurs membres. Les professionnels de la santé ainsi que les principales organisations régionales, provinciales et nationales du domaine des soins de santé et de l'éducation à la santé reçoivent les mises à jour annuelles du PECH. Depuis 2000, des spécialistes communautaires de

l'hypertension forment d'autres éducateurs de leur milieu à la prise en charge de l'hypertension dans le cadre d'ateliers utilisant des ressources normalisées. Depuis peu, les professionnels de la santé et les personnes souffrant d'hypertension peuvent s'inscrire pour recevoir automatiquement les mises à jour en ligne des documents du PECH. D'année en année, le processus de mise en œuvre devient de plus en plus systématique et élargi grâce à l'utilisation de supports de diffusion divers.

En 2006, deux autres programmes de soutien parallèles ont été mis en place. Le premier cible un nouveau public, à savoir les personnes atteintes d'hypertension ou qui risquent d'en être atteintes en leur fournissant une version adaptée des recommandations destinées aux professionnels de la santé, et comprend la diffusion et l'élaboration d'une grande variété d'autres ressources pour le grand public sur la façon de prévenir et de contrôler l'hypertension (14;15). Le second est destiné à la sensibilisation, au transfert des connaissances et à la recherche afin d'informer le gouvernement, l'industrie alimentaire, le public et les professionnels de la santé sur la façon de réduire la consommation de sodium alimentaire (13). Ces deux initiatives sont soutenues par un large groupe composé de 28 organismes de santé canadiens et de plus de 50 professionnels de la santé bénévoles travaillant pour le compte de Pression artérielle Canada.

Le programme d'éducation du public a mis au point des aides audiovisuelles sur la prévention et la prise en charge de l'hypertension et la mesure de la pression artérielle à domicile. Ces ressources (documents et diaporamas normalisés) sont proposées aux professionnels de la santé afin qu'ils puissent expliquer au public le diagnostic et le pronostic de l'hypertension, la façon de mettre en place un programme relatif aux habitudes de vie et la façon de mesurer correctement la pression artérielle à domicile. Des résumés, soit brefs soit complets sur la prise en charge de l'hypertension et sur la façon de mesurer la pression artérielle à domicile, sont maintenant mis à jour annuellement, et des documents pédagogiques ont été élaborés pour les personnes souffrant de diabète et d'hypertension. Les recommandations pour le grand public ont également été adaptées et traduites en quatre langues indo-asiatiques; elles pourraient être adaptées à d'autres groupes ethniques, notamment ceux définis comme étant les plus à risque. Ainsi, un comité chargé de la communication et du site Web supervise une large diffusion des ressources destinées au grand public, qui sont distribuées par l'intermédiaire des professionnels de la santé ou directement aux personnes souffrant d'hypertension, ou encore publiées dans les revues et sur un site Web destiné au public.

Un réseau national d'initiatives communautaires pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle a été mis sur pied et des réunions régionales ont été organisées à l'échelle du Canada (Réseau d'échange des connaissances de Pression artérielle Canada : www.bpccommunityexchange.net). Par ailleurs, de concert avec l'Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada, Pression artérielle Canada a élaboré un sondage national sur les connaissances, les attitudes et les comportements des Canadiens atteints d'hypertension qui a été lancé en 2009.

Une autre initiative importante à laquelle le PECH a contribué est l'Initiative nationale de réduction du sodium alimentaire décrite plus en détail ci-dessous.

Maintenant dans sa 12^e année, le PECH compte parmi ses partenaires plus de 150 spécialistes multidisciplinaires de l'hypertension – professionnels de la santé et chercheurs bénévoles du secteur de la santé travaillant pour des gouvernements, des organisations non gouvernementales et des organisations scientifiques ou du domaine de la santé. Les organisations qui ont aidé à la diffusion des recommandations sont les suivantes : Société canadienne de cardiologie, Conseil canadien des infirmières(iers) en nursing cardiovasculaire, Association canadienne du diabète, Association des pharmaciens du Canada, Association canadienne de santé publique, Société canadienne de médecine interne, Société canadienne de néphrologie, Collège des médecins de famille du Canada, Les diététistes du Canada, Fondation des maladies du cœur du Canada (de même que les Fondations provinciales des maladies du cœur), La Fondation canadienne du rein, Association canadienne de réadaptation cardiaque, Réseau canadien de l'insuffisance cardiaque, Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada, Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, de même que l'Agence de la santé publique du Canada et plusieurs programmes des gouvernements provinciaux. Les Instituts de recherche en santé du Canada (pour la santé circulatoire et respiratoire), l'Agence de la santé publique du Canada, la Fondation des maladies du cœur du Canada et l'industrie pharmaceutique ont fourni des subventions non liées et des fonds.

[Traduction] « Le PECH illustre bien ce qu'on entend par la mise en pratique des connaissances, car il effectue la synthèse des preuves nouvelles et en tire chaque année un ensemble complet de recommandations réalisables. Ces recommandations sont ensuite adaptées en outils pour les patients et les fournisseurs de soins de santé; les rétroactions permettent d'améliorer le processus l'année suivante. Enfin, les effets des initiatives du PECH sont surveillés par le Groupe de travail chargé de la recherche sur les résultats, qui harmonise les bases de données administratives nationales et provinciales avec l'expertise méthodologique et statistique. »

Rapport 2010 du Programme PECH (16)

Les facteurs clés de réussite du PECH ont été résumés comme suit :

- Attention particulière accordée aux professionnels des soins de santé primaires
- Bonne organisation des organismes spécialisés sur l'hypertension
- Examen annuel de la fonction du programme et évolution subséquente du programme
- Expansion annuelle et graduelle du programme
- Financement d'un poste de leadership pédagogique, la Chaire du Canada pour le contrôle et la prévention de l'hypertension
- Groupe important et croissant de professionnels de la santé bénévoles et d'organismes de soins de santé

- Personnel professionnel de soutien au programme
- Aide financière et stratégique croissante de la part des organisations gouvernementales et non gouvernementales
- Utilisation de l'évaluation des résultats pour guider la mise en place d'interventions éducatives et faciliter les changements stratégiques et l'allocation des ressources

Leçons apprises

Comblent les lacunes importantes en matière de soins cernées lors de sondages

En 2000, lorsque le processus annuel de recommandations sur l'hypertension a démarré, plusieurs messages clés ont été mis de l'avant sur la base des lacunes les plus importantes dans les soins cliniques cernées grâce à l'Enquête canadienne sur la santé cardiovasculaire (ECSC) (17;18). Le manque de sensibilisation au diagnostic de l'hypertension révélé par l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a conduit à l'élaboration par le PECH d'un premier message visant les professionnels de la santé : 1) Il faut mesurer la pression artérielle à chacune des visites. L'observation selon laquelle 90 % des Canadiens adultes présentaient d'autres facteurs de risque de maladies cardiovasculaires a mené à l'élaboration des messages suivants : 2) Il faut mesurer les taux de lipides et de glycémie à jeun; 3) Il faut mettre l'accent sur la modification des habitudes de vie pour toutes les personnes hypertendues (17). Les recommandations de traitement ont été simplifiées afin de souligner : 4) la pression artérielle ciblée; 5) la nécessité de combiner les médicaments antihypertenseurs pour atteindre les objectifs, en réponse à l'observation selon laquelle plus du tiers des personnes souffrant d'hypertension n'étaient pas traitées avec des médicaments et que deux tiers de celles qui étaient traitées avec des médicaments avaient une pression artérielle non contrôlée. Par la suite, la non-observance du traitement a fait l'objet d'un des messages clés.

Les lacunes les plus importantes semblent concerner la mise en pratique des connaissances, d'où la mise en place d'une approche ciblée et systématique pour que les recommandations sur l'hypertension soient diffusées dans des formats utilisables par les professionnels de la santé (1;8;19). Ces mêmes messages ont été répétés chaque année dans tous les documents diffusés, tandis que les données de surveillance ont permis de suivre de façon simultanée les améliorations enregistrées pour chacun de ces paramètres.

Approfondir des thèmes afin de combler les lacunes en matière de soins

Chaque année, des thèmes ont été approfondis de façon à mettre l'accent sur une lacune particulière importante dans les soins ayant été cernés lors de la surveillance de l'hypertension ou en vue de formuler de nouvelles recommandations destinées à remédier aux lacunes cernées précédemment. Le fait de travailler sur un thème

particulier a permis de discuter plus avant de son importance pour les soins cliniques au cours d'une année donnée et des années futures, et de mettre au point des outils et des ressources particulières pour améliorer l'assimilation des messages. On a eu souvent recours aux communiqués de presse pour améliorer l'assimilation d'un thème. Voici les thèmes retenus au cours de la dernière décennie.

- 2000 – Accent sur l'élaboration et le processus de mise en œuvre des nouvelles recommandations sur l'hypertension.
- 2001 – Nécessité de combiner les médicaments pour atteindre la pression artérielle cible et prévenir le passage d'une thérapie de première ligne à l'autre, suite à l'enquête menée en Nouvelle-Écosse démontrant une corrélation entre la réduction du contrôle de la pression artérielle et le recours croissant aux monothérapies (20).
- Années 2002 et 2003 – Les diurétiques comme traitement de première ligne font partie des thérapies qui réduisent les accidents vasculaires.
- 2004 – Les enquêtes sur l'évaluation du risque global et la modification des habitudes de vie démontrent qu'une très forte proportion de Canadiens souffrant d'hypertension présentent aussi des risques cardiovasculaires élevés (21–24).
- 2005 – Accélérer le diagnostic d'hypertension grâce à la surveillance ambulatoire et à domicile de la pression artérielle permet de simplifier le diagnostic et d'améliorer la prise de conscience du diagnostic (25;26).
- 2006 – Améliorer l'observance du traitement (27) pour remédier aux lacunes dans le contrôle de l'hypertension (des données d'enquête ont été utilisées pour démontrer les améliorations dans l'observance des traitements (28–30)).
- 2007 – Grande consommation de sodium chez les Canadiens – 20 % des Canadiens adultes souffrent d'hypertension et la vaste majorité des Canadiens consomment trop de sodium (31;32).
- 2008 – La mesure à domicile de la pression artérielle permet d'améliorer la sensibilisation et le contrôle de l'hypertension; le thème de 2007 (sodium alimentaire) est repris et renforcé (33).
- 2009 – Importance du contrôle de la pression artérielle chez les personnes atteintes de diabète, à la suite de l'enquête sur la pression artérielle menée en 2008 en Ontario, qui a démontré que les personnes atteintes de diabète qui présentent un risque cardiovasculaire plus élevé ont un taux de contrôle de l'hypertension sensiblement inférieur (34;35).
- 2010 – Mise en pratique des connaissances et façon d'accéder aux recommandations sur l'hypertension, afin de donner suite aux résultats d'une enquête d'évaluation des connaissances menée auprès des fournisseurs de soins primaires (inédite), qui a démontré que beaucoup d'entre eux n'avaient pas entendu parler des messages clés et des recommandations du PECH (36).

Diffuser les connaissances

Voici les ressources proposées par le PECH aux professionnels de la santé et aux personnes souffrant d'hypertension afin qu'ils puissent être informés des recommandations actuelles sur la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle (37).

Tableau 1 : Ressources offertes aux professionnels de la santé*

Documents

- Brochure du PECH sur les soins primaires – Bref aperçu des recommandations en matière de prise en charge de l’hypertension présenté sous forme de livret de poche.
- Messages clés – Les cinq mesures importantes devant être prises par les professionnels de la santé pour prévenir et traiter les maladies cardiovasculaires chez les personnes atteintes d’hypertension.
- Résumé d’une page – Résumé d’une page sur le thème, les messages clés et les nouvelles recommandations du PECH.
- Bref résumé clinique – Bref résumé clinique du thème et des recommandations en vigueur du PECH qui met l’accent sur les éléments nouveaux et importants. Des tableaux résumant les aspects essentiels du traitement de l’hypertension.
- Bref résumé scientifique – Bref résumé des éléments nouveaux et importants qui met l’accent sur les fondements scientifiques des recommandations. Des tableaux résumant les aspects essentiels du traitement de l’hypertension.
- Brochure du PECH destinée aux spécialistes – Contient le bref résumé scientifique et les recommandations exactes du PECH sous forme de livret de poche.
- Manuscrits scientifiques intégraux – Manuscrits détaillés indiquant les recommandations scientifiques exactes du PECH pour le traitement de l’hypertension, ainsi que leurs fondements scientifiques.

Diaporamas PowerPoint®

- Diaporama d’information à l’intention du public – Diaporama conçu pour susciter des échanges sur l’hypertension dans le public ou au sein d’une audience de patients.

- Diaporama sur le contexte général – Diaporama fournissant de l’information sur les risques de l’hypertension pour la santé et les principales mesures thérapeutiques prises pour la traiter.
- Diaporama sur la méthodologie – Diaporama illustrant les méthodes utilisées par le PECH dans l’élaboration de ses recommandations ainsi que les messages clés et le thème de 2011.
- Diaporama sur le diagnostic de l’hypertension – Diaporama illustrant les recommandations du PECH en matière de diagnostic de l’hypertension ainsi que les messages clés et le thème de 2011.
- Diaporama sur le traitement de l’hypertension – Diaporama illustrant les recommandations du PECH en matière de traitement de l’hypertension ainsi que les messages clés et le thème de 2011.
- Mesure de la pression artérielle – Diaporama illustrant les recommandations en matière de mesure de la pression artérielle et offrant des conseils sur la mesure de la pression artérielle en cabinet du médecin, à domicile et durant les déplacements.
- Diaporama sur les résultats – Diaporama illustrant les différentes méthodes de surveillance utilisées par le PECH ainsi que les résultats associés au programme. On aborde la question des lacunes dans la prise en charge de l’hypertension.
- Ressources sur l’hypertension – Nouveau diaporama présentant les ressources disponibles sur l’hypertension au Canada.
- Diaporama sur les nouveautés – Diaporama mettant l’accent sur les éléments nouveaux de l’année et les éléments anciens toujours importants.

Ressources sur Internet

- www.hypertension.ca : pour télécharger les ressources actuelles destinées aux professionnels de la santé et aux patients.

- www.hypertension.ca update: pour s'abonner à des ressources nouvelles ou mises à jour régulièrement destinées aux professionnels de la santé et aux patients et accéder à des outils d'éducation destinés aux professionnels de la santé.
- <http://www.lowersodium.ca/fr/public/index> : pour obtenir des ressources éducatives destinées aux professionnels de la santé et aux patients portant sur le sodium dans l'alimentation.

seront mises à jour ou proposées pour la première fois.

Ressources sur l'apport en sodium dans l'alimentation

- Bref résumé scientifique sur l'importance de la réduction de l'apport en sodium dans l'alimentation, avec conseils pour y parvenir.
- Sommaire scientifique des données démontrant que l'apport en sodium dans l'alimentation doit être réduit.
- Messages clés sur l'importance de la réduction de l'apport en sodium dans l'alimentation, accompagnés d'un bref avis sur les interventions.

Diaporamas PowerPoint® sur l'apport en sodium dans l'alimentation

- Diaporamas scientifiques et cliniques – Diaporama servant à susciter des échanges dans des auditoires composés de cliniciens et de scientifiques.
- Diaporama destiné au public – Diaporama conçu pour susciter des échanges sur l'apport en sodium dans l'alimentation et l'hypertension dans un auditoire composé de représentants du public et de patients.
- Jeu-questionnaire sur le sodium

Les ressources destinées aux professionnels de la santé peuvent être téléchargées à partir des sites www.hypertension.ca et www.reductionsodium.ca

Les personnes qui s'inscrivent sur le site www.hypertension.ca seront prévenues automatiquement lorsque des ressources

Tableau 2 : Ressources offertes aux Canadiens atteints d'hypertension

Documents, diaporamas PowerPoint® et DVD

- Brèves recommandations sur l'hypertension destinées au public – Feuillet présentant l'hypertension et son traitement aux personnes atteintes d'hypertension ou exposées à des risques. Le résumé s'inspire des recommandations 2012 du PECH sur la prise en charge de l'hypertension artérielle destinées aux professionnels de la santé.
- Recommandations sur l'hypertension destinées au public – Dépliant de 4 pages présentant l'hypertension et son traitement aux personnes atteintes d'hypertension ou exposées à des risques. Le résumé s'inspire des recommandations 2012 du PECH sur la prise en charge de l'hypertension artérielle destinées aux professionnels de la santé. Les recommandations faites en 2007 ont été traduites en quatre langues indo-asiatiques.
- Hypertension et diabète – Dépliant de 4 pages sur l'hypertension et sa prise en charge destiné aux personnes atteintes d'hypertension et de diabète. Le résumé s'inspire des recommandations du PECH sur la prise en charge de l'hypertension artérielle destinées aux professionnels de la santé.
- Mesure de la pression artérielle à domicile – Résumé d'une page sur la façon d'acheter et d'utiliser un tensiomètre à domicile.
- Mesure de la pression artérielle à domicile – Un résumé plus détaillé de 4 pages sur la façon d'acheter et d'utiliser un tensiomètre à domicile.
- Mesure correcte de la pression artérielle – Affiche et petite carte illustrant les principales étapes de la mesure correcte de la pression artérielle à domicile.
- DVD sur la mesure de l'hypertension à domicile – DVD présentant un bref résumé et un résumé un peu plus long sur la façon de mesurer la pression artérielle à domicile ainsi que sur l'achat et l'utilisation d'un tensiomètre.
- DVD d'information destiné au public (*Hypertension: the Silent Killer* [L'hypertension, le tueur silencieux]) – DVD présentant un bref résumé et un résumé un peu plus long sur l'hypertension destiné au public ou aux personnes atteintes d'hypertension ou risquant d'en être atteintes (disponible en version anglaise seulement).
- Outil d'action bref – Ensemble de trois outils à utiliser par les éducateurs du domaine de la santé afin d'amener le patient à s'engager plus activement dans son traitement. L'outil d'action n°1 demande 4 minutes. Il explique ce qu'est la pression artérielle, les raisons qui font que le patient doit se préoccuper de l'hypertension s'il en fait, et les risques associés à cet état. L'outil d'action n°2 demande 10 minutes et sert essentiellement à amener le patient à modifier ses habitudes de vie. L'outil d'action n°3 demande 7 minutes. Il aborde la question de la mesure et de l'enregistrement de la pression artérielle à domicile et renseigne sur les médicaments antihypertenseurs.
- Diaporama d'information sur l'hypertension destiné au public – Diaporama destiné aux professionnels de la santé avertis qui doivent faire une présentation sur l'hypertension devant des représentants du public ou des personnes atteintes d'hypertension.

Apport en sodium dans l'alimentation

- Diaporama éducatif sur le sodium alimentaire – Diaporama destiné aux professionnels de la santé avertis qui doivent faire une présentation sur le

sodium dans l'alimentation devant des représentants du public ou des personnes atteintes d'hypertension.

- Les faits sur le sodium alimentaire – Résumé sur l'importance de réduire le sodium alimentaire et messages clés pour la réduction de l'apport en sodium dans l'alimentation.
- Bref résumé sur le sodium alimentaire – Très bref résumé sur l'importance de réduire l'apport de sodium alimentaire et sur les façons de le réduire.
- Les faits sur le sodium alimentaire – Un résumé plus détaillé sur les raisons pour lesquelles il est important de réduire son apport en sodium alimentaire et, pour le consommateur qui s'intéresse davantage à la question, sur la façon de réduire sa consommation de sodium.
- Jeu-questionnaire – Courte série de questions et réponses qui permettent aux personnes d'évaluer leurs connaissances sur le sodium. En format PowerPoint®, afin de servir lors d'exposés.

Sites Web

- www.hypertension.ca – Pour devenir membre d'une association sur l'hypertension et être régulièrement informé des ressources et documents offerts sur l'hypertension.
- www.hypertension.ca – Pour télécharger des ressources relatives aux patients.
- www.hypertension.ca/fr/appareils-approuves-par-hypertension-canada – Pour examiner les différents tensiomètres pour la maison qui répondent aux normes internationales de précision, sont offerts au Canada et ont été approuvés par la Société canadienne d'hypertension artérielle.
- www.reductionsodium.ca – Information sur le sodium alimentaire s'adressant aux patients, au grand public et aux professionnels de la santé.

- www.sodium101.ca – Information sur le sodium alimentaire s'adressant au grand public. (en anglais)
- <http://www.fmcoeur.ca/ta.asp?media=ta> – Pour créer son propre plan d'action en vue de modifier son mode de vie et de surveiller sa pression artérielle.
- www.nhlbi.nih.gov/hbp/prevent/h_eating/h_eating.htm – Pour obtenir des renseignements à propos du régime DASH (en anglais)
- Un des éléments essentiels du PECH est la diffusion des connaissances par le biais de publications dans des revues scientifiques. Voici la liste des publications où est cité le PECH (1999 à 2010).

Citations du PECH en 2011

Pour le PECH: Drouin, D. et al.: Mise à jour du Programme Éducatif Canadien sur l'Hypertension. Fondation des Maladies du Coeur. Les actualités du Coeur, - Le Bulletin de l'Alliance québécoise pour la Santé du Coeur. Vol 14, No 2, 2011. Été 2011. Livret 8p.
- Résumé des recommandations. Encart spécial. Vol 14, No 2, 2011. Été 2011. 2p.

Disponible à:

<http://www.santeducoeur.org/lesactualitesducoeur.php>

On behalf of CHEP: Drouin, D. et al.: 2011 Update of the Canadian Hypertension Education Program. Heart & Stroke Foundation.
- The Newsletter of l'Alliance québécoise pour la Santé du Coeur. Vol 14, No 2, Summer 2011. Booklet 8p.
- Summary of the recommendations, Vol 14, No 2, Summer 2011. Special Insert 2p.
At:
<http://www.santeducoeur.org/lesactualitesducoeur.php>

Citations du PECH en 2010

Quinn, R.R., B.R. Hemmelgarn, R.S. Padwal, M.G. Myers, L. Cloutier, P. Bolli, D.W. McKay, N.A. Khan, M.D. Hill, J. Mahon, D. Hackam, S. Grover, T. Wilson, B. Penner, E. Burgess, F.A. McAlister, M. Lamarre-Cliché, D. Mclean, E.L. Schiffrin, G. Honos, K. Mann, G. Tremblay, A. Milot, A. Chockalingam, S.W. Rabkin, M. Dawes, R.M. Touyz, K.D. Burns, M. Ruzicka, N.R.C. Campbell, M. Vallée, R. Prasad, M. Lebel et S.W. Tobe^{MD}, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. The 2010 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 1- blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk, *Journal canadien de cardiologie*, mai 2010, vol. 26, n° 5, pages 241 à 248.

Hackam, D.G., N.A. Khan, B.R. Hemmelgarn, S.W. Rabkin, R.M. Touyz, N.R.C. Campbell, R. Padwal, T.S. Campbell, M.P. Lindsay, M.D. Hill, R.R. Quinn, J.L. Mahon, R.J. Herman, E.L. Schiffrin, M. Ruzicka, P. Larochelle, R.D. Feldman, M. Lebel, L. Poirier, J.M.O. Arnold, G.W. Moe, J.G. Howlett, L. Trudeau, S.L. Bacon, R.J. Petrella, A. Milot, J.A. Stone, D. Drouin, J.-M. Boulanger, M. Sharma, P. Hamet, G. Fodor, G.K. Dresser, S.G. Carruthers, G. Pylypchuk, E.D. Burgess, K.D. Burns, M.D. Vallée, G.V.R. Prasad, R.E. Gilbert, L.A. Leiter, C. Jones, R.I. Ogilvie, V. Woo, P.A. McFarlane, R.A. Hegele et S.W. Tobe. The 2010 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 2-- therapy, *Journal canadien de cardiologie*, mai 2010, vol. 26, n° 5, pages 249-258.

Campbell, N.R.C., J. Kaczorowski, R.Z. Lewanczuk, R. Feldman, L. Poirier, M.M.L. Kwong, M. Lebel, F.A. McAlister et S.W. Tobe, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. 2010 Canadian Hypertension Education Program (CHEP) recommendations: The scientific summary -- an update of the 2010 theme and the science behind new CHEP recommendations, *Journal canadien de cardiologie*, mai 2010, vol. 26, n° 5, pages 236 à 240.

Campbell, N., pour le PECH. Recommandations 2010 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension -- Mise à jour annuelle, *Le Médecin de famille canadien*, juillet 2010, vol. 56, n° 7, pages 649 à 653.

Omar Allu, S., J. Bellerive, R.L. Walker et N.R.C. Campbell. Hypertension: Are you and your patients up to date? *Journal canadien de cardiologie*, mai 2010;vol. 26, n° 5, pages 261 à 264, Révision.

Thompson, A., B. Semchuk, N.R.C. Campbell, J. Kaczorowski, R.T. Tsuyuki, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Hypertension guidelines for pharmacists: 2009 update, *Revue des*

- pharmaciens.*, janvier-février 2010, vol. 143, n° 1, pages 20 à 27.
- Klarenbach, S.W., F.A. McAlister, H. Johansen, K. Tu, M. Hazel, R. Walker, K.B. Zarnke et N.R.C. Campbell. Identification of factors driving differences in cost effectiveness of first-line pharmacological therapy for uncomplicated hypertension, *Journal canadien de cardiologie*, mai 2010, vol. 26, n° 5, pages e158 à e163.
- Campbell, N., pour le PECH. 2010 Canadian Hypertension Education Program Recommendations: A Short Summary, *Revue canadienne de médecine interne générale*, août 2010, vol. 5, n° 2, pages 81 et 82.
- Walker, R., G. Chen, N. Campbell, F.A. McAlister, H. Quan, K. Tu, N. Khan et B. Hemmelgarn, pour le groupe de travail de la recherche sur les issues du Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Canadian provincial trends in antihypertensive drug prescriptions between 1996 and 2006, *Journal canadien de cardiologie*, sous presse.
- Campbell, N.R., pour le PECH. 2010 Canadian Hypertension Education Program: An Annual Recommendations Update. *The Canadian Journal of Diagnosis*, sous presse.
- Pour le PECH. Programme éducatif canadien sur l'hypertension 2010 : Mise à jour annuelle des recommandations, *Le Clinicien*, sous presse.
- Pour le PECH: Drouin, D. et al.: Mise à jour du Programme Éducatif Canadien de 2010 sur l'Hypertension. Fondation des Maladies du Coeur. Les actualités du Coeur,
- Le Bulletin de l'Alliance québécoise pour la Santé du Coeur. Vol 13, No 2. Été 2010. Livret 8p.
 - Résumé des recommandations. Encart spécial. Vol 13, No 2 Été 2010. 2p.
- On behalf of CHEP: Drouin, D. et al.: 2010 Update of the Canadian Hypertension Education Program. Heart & Stroke Foundation.
- The Newsletter of l'Alliance québécoise pour la Santé du Coeur. Vol 13, No 2, Summer 2010. Booklet 8p.
 - Summary of the recommendations, Vol 13, No 2, Summer 2010. Special Insert 2p. Publications sur le PECH (ou en faisant mention)
- Bancej, C.M., N. Campbell, D. W. McKay, M. Nichol et R.L. Walker, J. Kaczorowski. Home blood pressure monitoring: Results from the 2009 Survey on Living with Chronic Diseases in Canada, *Journal canadien de cardiologie*, mai 2010; vol. 26, n° 5, page e152 à e157.
- Kawecka-Jaszcz, K., L. Klima et K. Stolarz-Skrzypek. Canadian guidelines for the management of essential hypertension – Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH), *Are they really better than European guidelines?* Article en polonais dans *Kardiol Pol*, 2010, vol. 68, n° 4, pages 461 à 466.
- Campbell, N.R.C. et G. Chen. Canadian Efforts to Prevent and Control Hypertension, *Journal canadien de cardiologie*, sous presse.
- Friedman, O., F.A. McAlister, L. Yun, N.R.C. Campbell et K. Tu, pour le groupe de travail de la recherche sur les issues du CHEP. Antihypertensive drug persistence and compliance among incident elderly hypertensives In Ontario, *Am J Med.*, 2010, vol. 123, pages 173 à 178.
- Wilkins, K., N.R.C. Campbell, M. R. Joffres, H.L. Johansen, F.A. McAlister, M. Nichol, S. Quach et M. S. Tremblay. Blood pressure in Canadian adults, *Health Reports*, 2010, vol. 21, pages 1 à 10.
- Houle, S., N.R.C. Campbell et T. Tsuyuki Ross. Home Blood Pressure Monitoring Plays a Key Role in Hypertension Management –

Implications for Pharmacists, *Can Pharmacy J*, sous presse.

- McAlister, F.A., R. Herman, N.A. Khan, S.W. Rabkin et N. Campbell, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Putting ACCOMPLISH into context: Hypertension management in 2010. *JAMC*, sous presse.
- Neutel, C.I., N.R. Campbell et H.I. Morrison. Trends in diabetes treatment in Canadians, 1994–2004. *Chronic Disease in Canada*, sous presse.
- Campbell, N.R.C. et S.W. Tobe. The Canadian Effort to Prevent and Control Hypertension. Can Other Countries adopt Canadian Strategies? *Current Opin Cardiol*, juill. 2010, vol. 25, n° 4, pages 366 à 372.
- Agence de la santé publique du Canada. Rapport du Système national de surveillance des maladies chroniques : L'hypertension au Canada, 2010; 28 pages, accessible à http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/ccdss-snsmc-2010/pdf/CCDSS_HTN_Report_FINAL_FR_20100513.pdf.
- Tobe. S.W. Management of hypertension: Regional variations in a greatly improved landscape, éditorial dans *Journal canadien de cardiologie*, sous presse.
- Mohan, S., G. Chen et N.R.C. Campbell, B. R. Hemmelgarn. Regional variations in not treating diagnosed hypertension in Canada, *Journal canadien de cardiologie*, sous presse.

Citations du CHEP en 2009

- Campbell, N.R., R. Brant, H. Johansen et coll. Increases in antihypertensive prescriptions and reductions in cardiovascular events in Canada. *Hypertension*, févr. 2009, vol. 53, n° 2, pages 128 à 134.
- Pour le PECH. 2009 Canadian Hypertension Education Program Recommendations:

An Annual Update. *The Canadian Journal of Diagnosis*, août 2009, pages 64 à 73.

- Khan, N.A., B. Hemmelgarn, R.J. Herman, L.A. Leiter, J.L. Mahon, C.M. Bell, S.W. Rabkin, M.D. Hill, R.M. Touyz, R. Padwal, P. Larochelle, R.D. Feldman, E.L. Schiffrin, N.R.C. Campbell, M.O. Arnold, G. Moe, T.S. Campbell, A. Milot, J.A. Stone, C. Jones, R.I. Ogilvie, P. Hamet, J.G. Fodor, G. Carruthers, K.D. Burns, R. Prasad, M. Ruzicka, J. deChamplain, G. Pylypchuk, R. Petrella, J.-M. Boulanger, L. Trudeau, R.A. Hegele, V. Woo, P. McFarlane, M. Vallée, J. Howlett, P. Katzmarzyk, R.Z. Lewanczuk et S. Tobe, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. The 2009 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 2-therapy, *Journal canadien de cardiologie*, mai 2009, vol. 25, n° 5, pages 287 à 298.
- Pour le PECH: Drouin, D. et al.: Mise à jour du Programme Éducatif Canadien de 2009 sur l'Hypertension. Fondation des Maladies du Coeur. Les actualités du Coeur,
- Le Bulletin de l'Alliance québécoise pour la Santé du Coeur. Vol 12, No 1. Printemps 2009. Livret 8p.
 - Résumé des recommandations. Encart spécial. Vol 12, No 1. Printemps 2009. 2p. Disponible à: <http://www.santeducoeur.org/lesactualitesducoeur.php>
- On behalf of CHEP: Drouin, D. et al.: 2009 Update of the Canadian Hypertension Education Program. Heart & Stroke Foundation.
- The Newsletter of l'Alliance québécoise pour la Santé du Coeur. Vol 12, No 1, Spring 2009. Booklet 8p.
 - Summary of the recommendations, Vol 14, No 2, Spring 2009. Special Insert 2p.
- Pour le PECH. The 2008 Canadian Hypertension Education Program

- recommendations: An annual update. *Perspectives in Cardiology*.
- Campbell, N.R.C., N.A. Khan, MD. Hill, G. Tremblay, M. Lebel, J. Kaczorowski, F.A. McAlister, R.Z. Lewanczuk et S. Tobe, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. 2009 Canadian Hypertension Education Program recommendations: the scientific summary - an annual update, *Journal canadien de cardiologie*, mai 2009, vol. 25, n° 5, pages 271 à 277.
- Padwal, Raj S., B. R. Hemmelgarn, N. A. Khan, S. Grover, F. A. McAlister, D. W. McKay, T. Wilson, B. Ian Penner, E. Burgess, P. Bolli, M. D. Hill, J. Mahon, M. G. Myers, C. Abbott, E. L. Schiffrin, G. Honos, K. Mann, G. Tremblay, A. Milot, L. Cloutier, A. Chockalingam, S. W. Rabkin, M. Dawes, R. M. Touyz, C. Bell, K. D. Burns, M. Ruzicka, N.R.C. Campbell, M. Lebel et Sheldon W. Tobe, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. The 2009 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 1-- blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk, *Journal canadien de cardiologie*, mai 2009, vol. 25, n° 5, pages 279 à 286.
- Campbell, N., D.W. McKay et G. Tremblay. Pour le PECH. 2009 Canadian Hypertension Education Program Recommendations - An Annual Update. *Le Médecin de famille canadien.*, juillet 2009, vol. 55, n° 7, pages 697 à 700.
- CHEP. Recommandations 2009 du PECH: Mise à jour annuelle. *Le Clinicien*, 2009, sous presse.
- Stankus, V., B. Hemmelgarn, N.R.C. Campbell, G. Chen, F.A. McAlister, R. Tsuyuki. Improving hypertension management and reducing costs, *Can J Clin Pharmacol.*, 2009, vol. 16, pages e151 à e155.
- Thompson, A., N.R. Campbell, R.Z. Lewanczuk, W. Semchuk, R.T. Tsuyuki, J. Kaczorowski, M. Dawes, J. Hickey, J.A. Costello et L. Cloutier, pour le groupe de travail de la mise en œuvre du Programme éducatif canadien sur l'hypertension. S'attaquer au fardeau de l'hypertension au Canada : Encourager les soins en collaboration. *Le Médecin de famille canadien*, 2008, vol. 54, pages 1659 à 1662.
- Campbell, N.R.C. et R. Tsuyuki. Hypertension in Diabetes: A call to action, *Revue des pharmaciens.*, editorial, 2009, vol. 142, pages 52 à 53.
- Campbell, N.R.C., L.A. Leiter, P. Larochelle, S. Tobe, A. Chockalingam, R. Ward, D. Morris et R. Tsuyuki. Hypertension in diabetes: A call to action, *Journal canadien de cardiologie*, mai 2009, vol. 25, n° 5, pages 299 à 302.
- Publications contenant les recommandations du PECH ou donnant des renseignements sur le PECH**
- Califf, R.M. A virtuous cycle to improve hypertension outcomes at a national level: linking public health and individualized medicine. *Hypertension*, févr. 2009, vol. 53, n° 2, pages 105 à 107.
- Gupta, A. L'importance d'abaisser la pression artérielle rapidement et efficacement chez les patients hypertendus, *Le Clinicien*, juin-juillet 2009, vol. 25, n° 6, pages 33 à 40.
- Kermode-Scott, B. More use of antihypertensives has cut cardiovascular events in Canada, *BMJ*, 2009, vol. 338, page b536.
- Muckerheide, S. Improved drug management of hypertension leads to drop in related hospitalizations, deaths on a national level, results show. *Thought Leader Connect: Cardiology Edition*, 19 mars 2009, pages 1 et 2.
- Stankus, V., B. Hemmelgarn, N.R. Campbell, G. Chen, F.A. McAlister et R.T. Tsuyuki. Reducing costs and improving hypertension management, *Can J Clin Pharmacol.*, hiver 2009, vol. 16, n° 1, pages e151 à e155.

- Tu, K. Hypertension management by family physicians – Is it time to pat ourselves on the back? *Le Médecin de famille canadien*, juillet 2009, vol. 55, n° 7, pages 684 à 685.
- Mathavan, A., A. Chockalingam, S. Chockalingam, B. Bilchik et V. Saini. Madurai Area Physicians Cardiovascular Health Evaluation Survey (MAPCHES) – an alarming status. *Journal canadien de cardiologie*, mai 2009, vol. 25, n° 5, pages 303 à 308.
- Prasad, G.V.R., M. Ruzicka, K.D. Burns, S.W. Tobe et M. Lebel. Hypertension in dialysis and kidney transplant patients, *Journal canadien de cardiologie*, mai 2009, vol. 25, n° 5, pages 309 à 314.
- Tobe, S.W. et R. Lewanczuk. Resistant hypertension, *Journal canadien de cardiologie*, mai 2009, vol. 25, n° 5, pages 315 à 317.
- Mohan, S. et Campbell, N.R.C.. Hypertension management: time to shift gears and scale up national efforts (commentaires), *Hypertension*, 2009, vol. 53, pages 450 et 451.
- Campbell, N.R.C. et R. Tsuyuki. Hypertension in Therapeutic Choices. Ottawa : Association canadienne des pharmacies, 2009.
- Campbell, N.R.C. et S. Omar. Chaire de recherche du Canada pour la prévention et le contrôle de l'hypertension. 1 : Initiatives pour améliorer les connaissances du public et des patients sur l'hypertension et pour prévenir l'hypertension en réduisant le sodium dans la diète. *Hypertension Canada*, septembre 2008; Bulletin n° 96, pages 3 à 7.
- Campbell, N.R.C. et S. Omar. Chaire de recherche du Canada pour la prévention et le contrôle de l'hypertension. 2 : Initiatives pour améliorer le Programme éducatif canadien sur l'hypertension et développer un programme de surveillance national de l'hypertension artérielle. *Hypertension Canada*, janvier 2009, Bulletin n° 97, pages 3 à 8.
- Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) – a Unique Model for Hypertension Guidelines, *Hypertension News*, septembre 2009, Opus 20, page 13.
- The Canadian Hypertension Education Program Provides a Variety of Resources to Help You in Your Practice. CVHNS Bulletin, juill. 2009, vol. 6, n° 2, page 6.
- Feldman, R.D. et F.A. McAlister. Postgame Wrap of the Ultimate Blood Pressure Megatrial. Did It Score an ALLHAT Trick or Was It “Three Strikes and You’re Out?”. *Hypertension*, 2009, vol. 53, pages 595 à 597.
- Five Ways You Can Help Reduce Hypertension. *Alberta RN*, janv. 2009, vol. 65, n° 1, pages 26 et 27.
- Kelly, N. Hypertension Awareness: An Alberta Initiative, *Libin Life*, 2009, vol. 1, n° 3.
- Kelly, N., A. Thompson et N. Campbell. What do you know about Hypertension? *Alberta Pharmacists Association*. www.rxa.ca.
- Kelly, N., J. Wiebe, N. Campbell. Alberta Hypertension Initiative: A Pilot Project on Hypertension Management, *Care*, automne 2009, pages 26 et 27.
- Kelly, N., A. Thompson et R. Tsuyuki. Most Common Hypertension Questions Answered, *The Link*, 5 mai 2009.
- Poirier, L. et D. Drouin. Le transfert des connaissances et la mise en œuvre de lignes directrices de pratique – Expérience du Programme éducatif canadien sur l'hypertension. *Néphrologie & Thérapeutiques* (2009), vol. 5, suppl. n° 4, pages S246 à S249.
- McAlister, F.A., R.D. Feldman, K. Wyard, R. Brant, N.R. Campbell, CHEP Outcomes Research Task Force. The impact of the Programme éducatif canadien sur

l'hypertension in its first decade, *Eur Heart J.*, 30 juin 2009, vol. 12, pages 1434 à 1439, publication électronique du 19 mai 2009).

Citations du PECH en 2008

PECH. Recommandations du Programme éducatif canadien sur l'hypertension : sommaire de la mise à jour 2008. *Hypertension Canada*, mars 2008, Bulletin n° 94, pages 1 à 4.

PECH. Recommandations 2008 du PECH : Mise à jour annuelle, *Le Clinicien*, mars 2008, pages 83 à 91.

C. Health. High Blood Pressure: What's new? - What are the CHEP recommendations and why are they made? [Site Web] http://chealth.canoe.ca/channel_health_features_details.asp?health_feature_id=208&article_id=678&channel_id=2049&relation_id=37805, consulté le 17 septembre 2008.

Hypertension 2008 Public Recommendations - Special Supplement from Blood Pressure Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada, Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH), Canadian Hypertension Society, and Société Québécoise d'hypertension artérielle, *Canadian Health Magazine*, mars-avril 2008, pages 55 à 58.

Pour le PECH. Recommandations 2008 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension : mise à jour annuelle, *Perspectives in Cardiology*, avril 2008, pages 20 à 28.

Pour le PECH: Drouin, D. et al.: Mise à jour du Programme Éducatif Canadien de 2008 sur l'Hypertension. Fondation des Maladies du Coeur. Les actualités du Coeur,

- Le Bulletin de l'Alliance québécoise pour la Santé du Coeur. Vol 13, No 2. Printemps 2008. Livret 8p.

- Résumé des recommandations. Encart spécial. ol 13, No 2. Printemps 2008. 2p.

Disponible à:

<http://www.santeducoeur.org/lesactualitesducoeur.php>

On behalf of CHEP: Drouin, D. et al.: 2008 Update of the Canadian Hypertension Education Program. Heart & Stroke Foundation.

- The Newsletter of l'Alliance québécoise pour la Santé du Coeur. Vol 11, No 3, Spring 2008. Booklet 8p.

- Summary of the recommendations, Vol 11, No 3, Spring 2008. Special Insert 2p.

Pour le comte de PECH. Recommandations 2008 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension : mise à jour annuelle, *The Canadian Journal of Diagnosis*, avril 2008, pages 103 à 109.

Recommandations 2008 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension : résumé scientifique – mise à jour annuelle, *Journal canadien de cardiologie*, juin 2008, vol. 24, no 6, pages 447 à 452.

Recommandations 2008 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension : bref sommaire clinique, mise à jour annuelle, *Canadian Journal of General Internal Medicine*.

Campbell, N.R., L. So, E. Amankwah, H. Quan et C. Maxwell. Characteristics of hypertensive Canadians not receiving drug therapy, *Journal canadien de cardiologie*, juin 2008, vol. 24, n° 6, pages 485 à 490.

Campbell, N. et G. Tremblay. Recommandations 2008 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension, mise à jour annuelle, *Stroke Nursing News*, printemps 2008, vol. 2, n° 3, pages 3 et 4.

Campbell, N., D.W. McKay et G. Tremblay. Recommandations 2008 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension , mise à jour annuelle, *Le Médecin de famille canadien*, sous presse en 2008.

- Drouin, D., J. Kaczorowski, N.R. Campbell et R.R. Lewanczuk. Implementing guidelines. It is working in Canada! Rapport pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension, *J Hypertens*, 2008, vol. 26, supplément n° 1, page 14.
- Feldman, R.D., N.R. Campbell et K. Wyard. Programme éducatif canadien sur l'hypertension : the evolution of hypertension management guidelines in Canada. *Journal canadien de cardiologie*, juin 2008, vol. 24, no 6, pages 477 à 481.
- Khan, N.A., B. Hemmelgarn, R. Padwal, P. Larochelle, J.L. Mahon, R.Z. Lewanczuk, F.A. McAlister, S.A. Rabkin, M.D. Hill, R.D. Feldman, E.L. Schiffrin, N.R. Campbell, A.G. Logan, M. Arnold, G.Moe, T.S. Campbell, A. Milot, J.A. Stone, C. Jones, L.A. Leiter, R.I.Ogilvie, R.J. Herman, P.Hamet, G. Fodor, G. Carruthers, B. Culleton, K.D. Burns, M. Ruzicka, J. deChamplain, G. Pylypchuk, N. Gledhill, R. Petrella, J. Boulanger, L. Trudeau, R.A. Hegele, V. Woo, P. McFarlane, R. M. Touyz, S.W. Tobe, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Recommandations 2008 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension : Partie 2 - thérapie, *Journal canadien de cardiologie*, juin 2008, vol. 24, n° 6, pages 465 à 475.
- Padwal, R., B. Hemmelgarn, N.A. Khan, S. Grover, F.A. McAlister, D.W. McKay, T. Wilson, B. Penner, E. Burgess, P. Bolli, M.D. Hill, J. Mahon, M.G. Myers, C. Abbott, E.L. Schiffrin, G. Honos, K. Mann, G. Tremblay, A. Milot, L. Cloutier, A. Chockalingam, S.W. Rabkin, M. Dawes, R. Touyz, C. Bell, K.D. Burns, M. Ruzika, N.R.C. Campbell, M. Lebel, et S.W. Tobe, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Recommandations 2008 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension pour la prise en charge de l'hypertension : Partie 1 – Mesure de la pression artérielle, diagnostic et évaluation du risque, *Journal canadien de cardiologie*, juin 2008, vol. 24, n° 6, pages 455 à 463.
- Tu, K., Z. Chen et L.L. Lipscombe. Prevalence and incidence of hypertension from 1995 to 2005: a population-based study. *JAMC*, 20 mai 2008, vol. 178, n° 11, pages 1429 à 1435.
- Tu, K., Z. Chen et L.L. Lipscombe. Mortality among patients with hypertension from 1995 to 2005: a population-based study. *JAMC*, 20 mai 2008, vol. 178, n° 11, pages 1436 à 1440.
- Vardy, L., N. Campbell, H. Johansen et coll. pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Increases in anti-hypertensive prescriptions and reductions in cardiovascular events in Canada. *J Hypertens*, 2008, vol. 26 (suppl. n° 1), page 51.
- Publications contenant les recommandations du PECH ou donnant des renseignements sur le PECH**
- Campbell, N., R.T. Tsuyuki et B. Jarvis. It's time to reduce sodium additives in food *Canadian Pharmacists Journal*, janv.-fév. 2008, vol. 141, n° 1, pages 8 et 9.
- Campbell, N. et A.S. Omar. Hypertension questions and answers. *Wellness Options. Globe and Mail*, supplément de mai 2008.
- Campbell, N.R. et S. Mohan. Hypertension Medication: Selections for Treatment. *Perspectives in Cardiology*, juin-juillet 2008, pages 27 à 31.
- Campbell, N.R. et J.D. Spence. Stroke prevention and sodium restriction, *Can J Neurol Sci*, juill. 2008, vol. 35, n° 3, pages 278 à 279.
- Campbell, N.R.C.. Hypertension prevention and control in Canada, *J Am Soc Hypertens*, mars 2008, vol. 2, n° 2, pages 97 à 105.
- Campbell, N.R.C. Hypertension in Therapeutic Choices. *Ottawa : Association canadienne des pharmacies*, 2008.

- Chockalingam, A. World Hypertension Day and global awareness. *Journal canadien de cardiologie*, juin 2008, vol. 24, n° 6, pages 441 à 444.
- Drouin, D. et A. Milot, éditeurs. Hypertension Clinical Companion 3rd edition: *Canadian and Quebec Hypertension Society*, 2008.
- Fodor, J.G., F.H. Leenen FH, E. Helis, P. Turton. 2006 Ontario Survey on the Prevalence and Control of Hypertension (ON-BP): Rationale and design of a community-based cross-sectional survey, *Journal canadien de cardiologie*, juin 2008, vol. 24, n° 6, pages 503 à 505.
- Harrison, P. Keep tabs on your blood pressure; Hypertension - the silent killer you can avoid or control. *Canadian Health*, 2008, pages 31 à 34.
- Hemmelgarn, B.R., G. Chen, R. Walker, F.A. McAlister, H. Quan, K. Tu, N. Khan, N. Campbell. Trends in antihypertensive drug prescriptions and physician visits in Canada between 1996 and 2006, *Journal canadien de cardiologie*, juin 2008, vol. 24, n° 6, pages 507 à 512.
- Jones, C., S.H. Simpson, D. Mitchell, S. Haggarty, N. Campbell, K. Then, R.Z. Lewanczuk, R. Sebaldt, B. Farrell, L. Dolovich, J. Kaczorowski et L. Chambers. Enhancing hypertension awareness and management in the elderly: lessons learned from the Airdrie Community Hypertension Awareness and Management Program (A-CHAMP), *Journal canadien de cardiologie*, juill. 2008, vol. 24, n° 7, pages 561 à 567.
- Lewanczuk, R. Hypertension as a chronic disease: What can be done at a regional level? *Journal canadien de cardiologie*, juin 2008, vol. 24, n° 6, pages 483-484.
- Mohan, S., N.R. Campbell. Hypertension management in Canada: good news, but important challenges remain. *JAMC*, 20 mai 2008, vol. 178, n° 11, pages 1458 à 1460.
- Neutel, C.I., N.R. Campbell. Changes in lifestyle after hypertension diagnosis in Canada, *Journal canadien de cardiologie*, mars 2008, vol. 24 n° 3, pages 199 à 204.
- Penz, E.D., M.R. Joffres, N.R. Campbell. Reducing dietary sodium and decreases in cardiovascular disease in Canada, *Journal canadien de cardiologie*, juin 2008, vol. 24, n° 6, pages 497 à 491.
- Rabi, D.M., N. Khan, M. Vallee, M.A. Hladunewich, S.W. Tobe, L. Pilote. Reporting on sex-based analysis in clinical trials of angiotensin-converting enzyme inhibitor and angiotensin receptor blocker efficacy, *Journal canadien de cardiologie*, juin 2008, vol. 24, n° 6, pages 491 à 496.
- Skelly A. Cardiology: Hypertension guidelines stress home monitoring. *The Medical Post*, 25 juin 2008.
- Trudeau, L. Hypertension in the elderly. *Perspectives in Cardiology*, mai 2008, vol. 24, n° 5, pages 24 à 26.

Citations du PECH en 2007

Abbott, C., P. Bolli P. There is more to HT than High BP. *Perspectives in Cardiology*, juin-juillet 2007, pages 32 à 35.

Bolli, P., B. Hemmelgarn, M.G. Myers, D. McKay, G. Tremblay et S. Tobe, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. High Normal blood pressure and prehypertension: The debate continues. *Journal canadien de cardiologie*, mai 2007, vol. 23, n° 7, pages 581 à 583.

Pour le PECH: Drouin, D. et al.: Mise à jour du Programme Éducatif Canadien de 2007 sur l'Hypertension. Fondation des Maladies du Coeur. Les actualités du Coeur,

- Le Bulletin de l'Alliance québécoise pour la Santé du Coeur. Vol 10, No 2. Printemps 2007. Livret 8p.

- Résumé des recommandations. Encart spécial. Vol 10, No 2. Printemps 2007. 2p. Disponible à:

<http://www.santeducoeur.org/lesactualitesducoeur.php>

On behalf of CHEP: Drouin, D. et al.: 2007 Update of the Canadian Hypertension Education Program. Heart & Stroke Foundation.

- The Newsletter of l'Alliance québécoise pour la Santé du Coeur. Vol 10, No 2, Spring 2007. Booklet 8p.

- Summary of the recommendations, Vol 10, No 2, Spring 2007. Special Insert 2p.

Pour le PECH. 2007 Canadian Hypertension Education Program Guidelines: An Annual Update. *The Canadian Journal of Diagnosis*, mai 2007, pages 77 à 81.

PECH. Programme éducatif canadien sur l'hypertension *Hypertension Canada*, 2007, bulletin n° 90, pages 1 à 4.

PECH. The 2007 Canadian Hypertension Education Program Recommendations:

The Scientific Summary- an annual update. *Journal canadien de cardiologie*, mai 2007, vol. 23, pages 521 à 527.

PECH. Recommandations 2007 du PECH: Mise à jour annuelle, *Le Clinicien*, mai 2007, pages 80 à 85.

Campbell, N.R., pour le PECH. Pass the Salt? Sodium Recommendations. *Perspectives in Cardiology*, mars 2007, pages 24 à 26.

Khan, N.A., B. Hemmelgarn, R. Padwal, P. Laroche, J.L. Mahon, R.Z. Lewanczuk, F.A. McAlister, S.W. Rabkin, M.D. Hill, R.D. Feldman, E.L. Schiffrin, N.R.C. Campbell et coll., pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. The 2007 Canadian Hypertension Education program Recommendations for the management of Hypertension: Part 2-therapy. *Journal canadien de cardiologie*, mai 2007, vol. 23, n° 7, pages 539 à 550.

Lewanczuk, R., on behalf of CHEP. Treatment of Uncomplicated Hypertension in 2007. *Perspectives in Cardiology*, février 2007, pages 25 à 27.

McLean, D., K. Kingsbury, J. Costello, L. Cloutier, S. Matheson. The 2007 Canadian Hypertension Education Program (CHEP) Recommendations: Management of Hypertension by Nurses, *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 2007, vol. 17, n° 2, pages 10 à 16.

Cloutier L, Costello J, Kingsbury K, Matheson S, McLean D. Recommandations 2007 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH), *Journal of Cardiovascular Nurses*, 2007, vol. 17, n° 1, page 39.

Padwal RS, Hemmelgarn BR, McAlister FA, et al.; pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. The 2007 Canadian Hypertension Education program Recommendations for the management of Hypertension: Part 1- blood pressure measurement, diagnosis and

- assessment of risk, *Journal canadien de cardiologie*, mai 2007, n° 23, pages 529 à 538.
- Ruzicka M, Burns KD, Culleton B, Tobe S; pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Traitement de l'hypertension chez les patients atteints d'une maladie rénale chronique. *Journal canadien de cardiologie*, mai 2007, vol. 23, n° 7, pages 595 à 601.
- Tobe S, Touyz RM, Campbell N; pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Le Programme éducatif canadien sur l'hypertension – Un programme canadien unique d'application des connaissances. *Journal canadien de cardiologie*, mai 2007, vol. 23, n° 7, pages 551 à 555.
- Touyz RM, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Recommandations 2007 du PECH. *Perspectives in Cardiology*, mai 2007, pages 31 à 40.
- Campbell, N.R. et M. Dawes, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Adherence to Therapy. mdPassport Hypertension. Bulletin électronique, août 2007. (disponible en français).
- 2007 Recommendations of the Canadian Hypertension Education Program: Short Clinical Summary (Annual Update). *Canadian Journal of General Internal Medicine*, septembre 2007, vol. 2, n° 3, pages 27 à 33.
- Tsuyuki, R.T. et N.R. Campbell. 2007 CHEP-CPhA guidelines for the management of hypertension by pharmacists, *Canadian Pharmacists Journal*, juillet-août 2007, vol. 140, n° 4, pages 238 et 239.
- Campbell, N.R. et M. Dawes, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. What's new in Monitoring Recommendations for 2007? mdPassport Hypertension eNewsletter, avril 2007. (Also in French)
- 2007 Recommendations of the Canadian Hypertension Education Program: Short Clinical Summary (Annual Update). *Canadian Journal of Hospital Pharmacist*, juin 2007, vol. 60, n° 3, pages 153 à 216.
- Eledrisi, M.S. First line therapy for hypertension. *Annals of Internal Medicine*, 2007, volume 146, page 615 [lettre].
- McLean, D., L. Cloutier et J. Costello, pour le PECH, The role of the nurse in educating patients and the public about hypertension. *Canadian Nurse*, avril 2007, vol. 103, no 4, pages 15 à 18 (disponible en français).
- CHEP ITF nursing group. Nurses have a role to play in public education on hypertension, *Canadian Nurse*, avril 2007, vol. 103, no 4, page 10 (editorial).
- Rabkin, S., pour le PECH. Treatment of Hypertension in Stroke Patients. *Perspectives in Cardiology*, avril 2007, pages 23 et 24.
- Tobe, S.; pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. A Close Look: Renal Artery Stenosis. *Perspectives in Cardiology*, septembre 2007, vol. 23, n° 8, pages 27 à 31.
- Touyz, R.M., pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Lifestyle and BP: Making a Healthy Change. *Perspectives in Cardiology*, août 2007, vol. 23, no 7, pages 27 à 30.
- Pour le groupe chargé de la mise en œuvre du PECH. Things to know about high blood pressure: 'White coat' and 'masked' hypertension. *Family Health*, novembre 2007.
- Campbell, N.R., pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. White coat hypertension and masked hypertension. mdPassport Hypertension bulletin électronique, septembre 2007 (disponible en français).

Publications contenant les recommandations du PECH ou donnant des renseignements sur le PECH

- Campbell, N.R.. Cardiovascular Disorders: Hypertension. *Therapeutic Choices*, juin 2007, pages 1 à 29.
- Lewanczuk, R. et S. Tobe. More medications, fewer pills: Combination medications for the treatment of hypertension. *Journal canadien de cardiologie*, mai 2007, vol. 23, n° 7, pages 573 à 576.
- McKay, D., M. Godwin et A. Chockalingam. Practical advice for home blood pressure measurement, *Journal canadien de cardiologie*, mai 2007, vol. 23, n° 7, pages 577 à 580.
- McFarlane, P.A., S. Tobe et B. Culleton. Improving outcomes in diabetes and chronic kidney disease: The basis for Canadian guidelines. *Journal canadien de cardiologie*, mai 2007, vol. 23, n° 7, pages 585 à 590.
- Neutel, C.I., N. Campbell. Antihypertensive medication use by recently diagnosed hypertensive Canadians, *Journal canadien de cardiologie*, mai 2007, vol. 23, n° 7, pages 561 à 565.
- Penner, S.B., N. Campbell, A. Chockalingam, K. Zarnke et B. Van Vliet. Dietary sodium and cardiovascular outcomes: A rational approach, *Journal canadien de cardiologie*, mai 2007, vol. 23, n° 7, pages 567 à 572.
- Dyer, O. Older BP meds up diabetes risk. *National Review of Medicine*, févr. 2007. *Stroke Nursing News*, février 2007, vol. 1, n° 2, pages 1 à 8.
- Picard, A. 1 in 4 patients prescribed unproven drug mix. *The Globe and Mail*, 21 août 2007.
- Issa, J. "No evidence" for HBP beta blocker use. *National Review of Medicine*. 30 août 2007, vol. 4, page 14. *Stroke Nursing News*, été 2007, vol 1, n° 7, page 6.
- Khan, N., F. McAlister. Do beta blockers have a role in treating hypertension? *Le Médecin de famille canadien*, avril 2007, vol. 53, pages 614 à 617.
- 2007 CHEP Recommendations highlight "high-normal" BP risks, dietary sodium. *Heart & Stroke Hypertension Monitor*, été 2007, vol. 2, n° 1, pages 8 et 9.
- Lewanczuk, R. Comprehensive management of patients with cardiovascular risk factors. *Canadian Journal of Diagnosis*. 2007, édition spéciale d'avril, pages 3 à 5.
- Bennett, M. et K. Gin. Hypertension: What's new in 2007? *Canadian J CME*, juin 2007, pages 53 à 57.
- Campbell, N.R.C., K. Tu, M. Duong-Hua, F.A. McAlister. Polytherapy with two or more antihypertensive drugs to lower blood pressure in elderly Ontarians. Room for Improvement. *Journal canadien de cardiologie*, août 2007, vol. 23, pages 783 à 787.
- F.A. McAlister, K. Tu, S.R. Majumdar, R. Padwal, Z. Chen et N.R.C. Campbell. Laboratory testing in newly treated elderly hypertensives without comorbidities: a population-based cohort study. *Open Medicine*, septembre 2007, vol. 1, n° 2, pages 60 à 67.
- Tu, K., N.R.C. Campbell, Z. Chen, F.A. McAlister. Initiation of therapy for uncomplicated hypertension with a beta blocker in the elderly. A cause for concern. *Journal of Human Hypertension*, avril 2007, vol. 21, pages 271 à 275.
- Silzer, J, W. Shah et N.R.C. Campbell. Sodium, BP, and Hypertension. *Perspectives in Cardiology*, septembre 2007, vol. 23, n° 8, pages 33 à 36.
- Amankwah, E., N.R.C. Campbell, C. Maxwell, J. Onysko et H. Quan. Adult Canadians who do not have blood pressure measured. *Journal of Clinical Hypertension*, sous presse.

Kaczorowski, J., M. Smith, N. Campbell. High Quality Hypertension Resources for your Patients. *Perspectives in Cardiology*, 2007, vol. 23, pages 32 à 38.

Neutel, I.C., N.R.C. Campbell. Changes in Lifestyle after Hypertension Diagnosis in Canada, *Journal canadien de cardiologie*, sous presse.

Campbell, N.R.C. Canada Chair in Hypertension Prevention and Control. A pilot project, *Journal canadien de cardiologie*, 2007, vol. 23; pages 557-560.

Joffres, M.R., N.R.C. Campbell, B. Manns, K. Tu. Estimate of the benefits of a population-based reduction in dietary sodium additives on hypertension and its related health costs in Canada, *Journal canadien de cardiologie*, 2007, vol. 23, pages 437 à 443.

McAlister, F.A., N.R.C. Campbell, M. Duong-Hua, Z. Chen, K. Tu. Antihypertensive prescribing in 27 822 elderly Canadians with diabetes mellitus over the past decade, *Diabetes Care*, 2007, vol. 29, pages 836 à 841.

Smith, E. Musings regarding Hypertension. *Journal canadien de cardiologie*, 2007, vol. 23, pages 603 et 604 (éditorial).

La Collaboration Infirmière-Infirmière Auxillaire. *Perspective Infirmière*, septembre octobre 2007, vol. 5, no 1, page 46.

Citations du PECH en 2006

Touyz, R.M., pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. 2006 CHEP Recommendations: What are the New Messages? *Perspectives in Cardiology*, mars 2006, pages 28 à 35.

Touyz, R.M., avec l'aide du comité directeur du PECH. Canadian Hypertension Education Program Recommendations: A New Key Message and Some Old But Still Important Considerations. *Hypertension Canada*, mars 2006, vol. 86, pages 2 à 8.

Myers, M.G., S.W. Tobe, D.W. McKay, P. Bolli, B.R. Hemmelgarn, F.A. McAlister, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. New Algorithm for the Diagnosis of Hypertension – Canadian Hypertension Education Programme Recommendations (2005), *AJH*, octobre 2005, vol. 18, n° 10, pages 1369 à 1374

Jamnik, V., N. Gledhill, R.M. Touyz, N.R.C. Campbell, R. Petrella, A. Logan. Lifestyle Modifications to Prevent and Manage Hypertension; for Exercise Physiologists and Fitness Professionals. *Canadian Journal of Applied Physiology*, décembre 2005, vol. 30, n° 6.

Boulanger, J.M., M.D. Hill, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Hypertension and stroke: 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations. *Journal canadien des sciences neurologiques*, novembre 2005, vol. 32, n° 4, pages 403 à 408.

Campbell, N.R.C., J.G. Fodor, R. Herman, P. Hamet, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Hypertension in the Elderly An update on Canadian Hypertension Education Program recommendations and Hypertension in the Elderly. *Geriatrics and Aging*, nov.-déc. 2005, vol. 8, no 10, pages 35 et 36.

Tsuyuki, R.T., L. Poirier, F.A. McAlister, D. Drouin, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Lignes directrices sur la pratique des pharmaciens dans le traitement de l'hypertension, *CPJ/RPC*, mai-juin 2006, vol. 139, no 3, supplément n° 1, pages s11 à s13.

Campbell, N.R., J. Onysko, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension et le groupe de travail de la recherche sur les issues du PECH. The Outcomes Research Task Force and the Canadian Hypertension Education Program.

- Journal canadien de cardiologie*, 15 mai 2006, vol. 22, n° 7, pages 556 à 558.
- McAlister, F.A. Le Programme éducatif canadien sur l'hypertension – A Unique Canadian Initiative, *Journal canadien de cardiologie*, 15 mai 2006, vol. 22, n° 7, pages 559 à 564.
- Touyz, R.M. Highlights and Summary of the 2006 Canadian Hypertension Education Program Recommendations. *Journal canadien de cardiologie*, 15 mai 2006, vol. 22, n° 7, pages 565 à 571.
- Hemmelgarn, B.R., F.A. McAlister, S. Grover et coll., pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Les recommandations 2006 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension pour la prise en charge de l'hypertension : Partie 1 – Mesure de la pression artérielle, diagnostic et évaluation du risque, *Journal canadien de cardiologie*, 15 mai 2006, vol. 22, n° 7, pages 573 à 581.
- Khan, N.A., F.A. McAlister, S.W. Rabkin, R. Padwal, R.D. Feldman, N.R.C. Campbell et coll., pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Recommandations 2006 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension pour la prise en charge de l'hypertension : Partie II – Thérapie, *Journal canadien de cardiologie*, 15 mai 2006, vol. 22, n° 7, pages 583 à 593.
- Drouin, D., N.R. Campbell et J. Kaczorowski, pour le Programme éducatif canadien de l'hypertension et le groupe chargé de la mise en œuvre. Implementation of recommendations on hypertension: The Canadian Hypertension Program, *Journal canadien de cardiologie*, 15 mai 2006, vol. 22, n° 7, pages 595 à 598.
- Campbell, N.R., R. Petrella et J. Kaczorowski. Public Education on hypertension: A new initiative to improve the prevention, treatment and control of hypertension in Canada, *Journal canadien de cardiologie*, 15 mai 2006, vol. 22, n° 7, pages 599 à 603.
- Grover, S.A., B. Hemmelgarn, L. Joseph, A. Milot et G. Tremblay. The role of global risk assessment in hypertension therapy, *Journal canadien de cardiologie*, 15 mai 2006, vol. 22, n° 7, pages 606 à 613.
- Touyz, R., R. Feldman, G. Tremblay et A. Milot. Recommandations 2006 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension : What Are The New Messages? *The Canadian Journal of Diagnosis*, juillet 2006.
- Adherence to Antihypertensive Therapy: 2006 CHEP Recommendations. *Canadian Nurse* 2006, vol. 102, n° 5, page 36.
- Touyz, R.M., pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Recommandations 2006 du PECH, *Le Médecin de famille canadien*.
- Onysko, J., C. Maxwell, M. Eliasziw, J.X. Zhang, H. Johansen, N.R.C. Campbell, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Increases in the Diagnosis and Treatment of Hypertension in Canada. *Hypertension*, sous presse.
- Campbell, N.R.C., K. Tu, R. Brant, M. Duong-Hua et F.A. McAlister, pour le groupe de travail de la recherche sur les issues du Programme d'éducation canadien sur l'hypertension. The Impact of The Canadian Hypertension Education Program On Antihypertensive Prescribing Trends, *Hypertension*, 2006;, vol. 47, pages 22 à 28.

Publications contenant les recommandations du PECH ou donnant des renseignements sur le PECH

- Lewanczuk, R. Multidisciplinary management of hypertension, *CPJ/RPC*, mai-juin 2006, vol. 139, n° 3, supplément. n° 1, page S4.
- Campbell, N., W. Semchuk, R. Lewanczuk. Pharmacotherapy of hypertension. *CPJ/RPC*, mai-juin 2006, vol. 139, n° 3, supplément n° 1, pages S5 à S9, S19.

- Poirier, L. Learning to be indispensable. *CPJ/RPC*, mai-juin 2006, vol. 139, n° 3, supplément n° 1, page S14.
- Killeen, R.M. If Hypertension is a puzzle, are pharmacists the missing piece? *CPJ/RPC*, mai-juin 2006, vol. 139, no 3, supplément n° 1, page 52.
- McKay, D.W., M.G. Myers, P. Bolli et A. Chockalingam. Masked Hypertension: A common but insidious presentation of hypertension. *Journal canadien de cardiologie*, 15 mai 2006, vol. 22, n° 7, pages 617 à 620.
- Chockalingam, A., N.R.Campbell et J.G. Fodor. Worldwide epidemic of hypertension, *Journal canadien de cardiologie*, 15 mai 2006, vol. 22, n° 7, pages 553 à 555.
- Lewanczuk R. Innovations in primary care: Implications for hypertension detection and treatment. *Journal canadien de cardiologie*, 15 mai 2006, vol. 22, no 7, pages 614 à 616.
- Tobe, S.W., E. Burgess et M. Lebel. Atherosclerotic renovascular disease. *Journal canadien de cardiologie*, 15 mai 2006, vol. 22, n° 7, pages 623 à -628.
- Tobe, S.W. et P. Larochelle. Diabetes, Hypertension and Renal Disease: A Focus on Therapy. *Canadian Diabetes*, été 2006, pages 2 à 6.
- Khan, N., F.A. McAlister. Re-examining the efficacy of (beta) – blockers for the treatment of hypertension: a meta-analysis, *JAMC*, 2006, vol. 174, n° 12, pages 1737 à 1742.
- CCC 2005 – CHS/CHEP Joint Symposium. Adherence: A Key Component of Optimal Hypertension Control. *Perspectives in Cardiology*, janvier 2006, pages 35 à 40.
- Improving Outcomes Through Improved Adherence. *McMaster University Cardiology Bulletin*, mai 2006, vol. 4, n° 1, page 3.
- Lewanczuk, R. Are Canadian Hypertensive Patients Adequately Controlled? *McMaster University Cardiology Bulletin*, mai 2006, vol. 4, n° 1, pages 6 et 7.
- Meltzer, S. Hypertension and Diabetes: A Frequent and Dangerous Co-existence. *Canadian Diabetes*, été 2006, vol. 19, n° 2, pages 6 à 8.
- Baillie, H. Guidelines For Hypertension and Peripheral Arterial Disease, 2006, CSIM.
- Campbell, N.R.C., K. Tu, M. Duong-Hua et F.A. McAlister. Polytherapy with two or more antihypertensive drugs to lower blood pressure in elderly Ontarians. Room for improvement. *Journal canadien de cardiologie*, sous presse.
- Campbell, N.R.C., N.A. Khan et S.A. Grover. Barriers and remaining questions on assessment of absolute cardiovascular risk as a starting point for interventions to reduce cardiovascular risk, *J Hypertension* (éditorial), sous presse.
- McAlister, F.A., N.R.C. Campbell, M. Duong-Hua, Z. Chen et K. Tu. Antihypertensive prescribing in 27 822 elderly Canadians with diabetes mellitus over the past decade, *Diabetes Care*, sous presse.
- Thiazide Diuretics for Hypertension: Prescribing Practices and Predictors of Use in 194,761 Elderly Hypertensives, *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, sous presse.
- Mohan, S., N.R.C. Campbell et A. Chockalingam. Management of hypertension in low and middle income countries: challenges and opportunities. Prevention and Control 2006.
- Chockalingam, A. et N. Campbell. Management of Hypertension: Diagnosis and lifestyle modification, *Indian Heart Journal*, 2005, vol. 57, pages 639 à 643.
- A. Chockalingam et N. Campbell. Management of hypertension: Pharmacotherapy, *Indian Heart Journal*, 2005, vol. 57, pages 644 à 647.

Campbell, N.R.C., J. Onysko, H. Johansen, R.-N. Gao. Changes in cardiovascular deaths and hospitalization in Canada, *Journal canadien de cardiologie*, (éditorial), 2006, vol. 22, pages 425 à 427.

Campbell, N.R.C., F.A. McAlister. Not all the guidelines are created equal, *JAMC* (lettre), 2006, volume 174, pages 814 et 815.

Campbell, N.R.C. The Canadian Hypertension Education Program (CHEP). A Therapeutic Knowledge Translation Program, *Can J Clin Pharmac.*, 2006, vol. 13, n° 1, pages e65 à e68.

Pour le PECH: Drouin, D. et al.: Mise à jour du Programme Éducatif Canadien de 2006 sur l'Hypertension. Fondation des Maladies du Cœur. Les actualités du Cœur,

- Le Bulletin de l'Alliance québécoise pour la Santé du Cœur. Vol 10, No 1. Été 2006. Livret 8p.

- Résumé des recommandations. Encart spécial. Vol 10, No 1. Été 2006. 2p.

Disponible à:

<http://www.santeducoeur.org/lesactualitesducoeur.php>

On behalf of CHEP: Drouin, D. et al.: 2006 Update of the Canadian Hypertension Education Program. Heart & Stroke Foundation.

- The Newsletter of l'Alliance québécoise pour la Santé du Cœur. Vol 10, No 1, Summer 2006. Booklet 8p.

- Summary of the recommendations, Vol 10, No 1, Summer 2006. Special Insert 2p.

Citations du PECH en 2005 : Les citations en caractères gras correspondent à des publications du PECH; les autres correspondent à des publications sur le PECH ou ses recommandations.

Hemmelgarn. B.R., F.A. McAlister, M.G. Myers et coll., pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. The 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 1 – Blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk, *Journal canadien de cardiologie*, 2005, vol. 21, n° 8, pages 645 à 656.

Khan, N.A., F.A. McAlister, R.Z. Lewanczuk et coll., pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. The 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part II – Therapy. *Journal canadien de cardiologie*, 2005, vol. 21, n° 8, pages 657 à 672.

Feldman, R.D., pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. 2005 CHEP Recommendations: What are the New Messages? *Perspectives in Cardiology*, 2005, vol. 21, n° 1, pages 30 à 36.

Drouin D, pour le groupe de travail sur les recommandations fondées sur des données probantes du Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Recommandations du Programme éducatif canadien sur l'hypertension pour l'année 2005. Quels sont les nouveaux messages? *Le Clinicien*, 2005, vol. 20, n° 3, pages 1 à 6.

Feldman, R., pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension . Recommandations du Programme éducatif canadien sur l'hypertension pour l'année 2005 (mise à jour). *Hypertension Canada*, 2005, vol. 82, pages 1 à 5.

Campbell, N.R.C., D. Drouin, R. Feldman. Un résumé historique des recommandations canadiennes, *Hypertension Canada*, 2005, vol. 82, pages 1 à 8.

Campbell, N.R.C., D. Drouin, F. McAlister, J. Onysko, S. Tobe et R.M. Touyz, pour le Programme éducatif canadien sur

- l'hypertension. PECH : Viser la maîtrise de l'hypertension artérielle grâce à un programme national, *Hypertension Canada*, 2005, vol. 84, pages 3 à 6.
- Drouin, D. Nouvelles recommandations sur l'hypertension poser plus rapidement le diagnostic, *Le Médecin du Québec*, 2005, vol. 40, n° 3, pages 18 à 20.
- Pour le PECH: Drouin, D. et al.: Mise à jour du Programme Éducatif Canadien de 2004 sur l'Hypertension. Fondation des Maladies du Coeur. Les actualités du Coeur,
- Le Bulletin de l'Alliance québécoise pour la Santé du Coeur. Vol 9, No 1. Été 2005. Livret 8p.
 - Résumé des recommandations. Encart spécial. Vol 9, No 1. Été 2005. 2p.
- Disponible à:
<http://www.santeducoeur.org/lesactualitesducoeur.php>
- On behalf of CHEP: Drouin, D. et al.: 2005 Update of the Canadian Hypertension Education Program. Heart & Stroke Foundation.
- The Newsletter of l'Alliance québécoise pour la Santé du Coeur. Vol 9, No 1, Summer 2005. Booklet 8p.
 - Summary of the recommendations, Vol 9, No 1, Summer 2005. Special Insert 2p.
- Pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. 2005 Canadian Hypertension Education Program Recommendations. New and important aspects of the sixth annual Canadian Hypertension Education Program's recommendations for management of hypertension. *Le Médecin de famille canadien*, mai 2005, vol. 51; pages 702 à 705.
- Feldman, R., pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. 2005 Canadian Hypertension Education Program Recommendations: What are the New Messages? *The Canadian Journal of Diagnosis*, mars 2005, pages 75 à 80.
- Campbell, N.R.C., D. Drouin, F. McAlister, J. Onysko, S. Tobe, R.M. Touyz, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. The Canadian Hypertension Education Program (CHEP): A national program to improve the treatment and control of hypertension. *Hypertension News – an Electronic Newsletter*, International Society of Hypertension, Opus n° 7, mai 2005.
- Management of Hypertension – A Summary of the new and important aspects of the 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension. *Canadian Nurse*, 2005, vol. 101, no 5, page 25.
- Feldman, R.D., pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. 2005 CHEP Recommendations: What are the New Messages? *Perspectives in Cardiology*, 2005, vol. 21, n° 6, pages 32 à 38.
- McAlister, F.A., E. Woollorton et N.R.C. Campbell, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. The Canadian Hypertension Education Program (CHEP) recommendations: launching a new series, *JAMC* 2005, vol. 173, n° 5, pages 508 et 509.
- Bolli, P., M. Myers et D. McKay, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Applying the 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations: 1. Diagnosis of hypertension. *CMAJ*, 2005, vol. 173, n° 5, pages 480 à 483.
- Hemmelgarn, B., S. Grover, R.D. Feldman, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Applying the 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations: 2.

- Assessing and reducing global atherosclerotic risk among hypertensive patients, *JAMC*, 2005, vol. 173, n° 6, pages 593 à 595.
- Padwal, R., N. Campbell et R.M. Touyz, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Applying the 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations: 3. Lifestyle modifications to prevent and treat hypertension, *CMAJ*, 2005, vol. 173, n° 7, pages 749 à 751.
- Khan, N.A., P. Hamet, R.Z. Lewanczuk, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Applying the 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations: 4. Managing uncomplicated hypertension, *CMAJ*, 2005, vol. 173, n° 8, pages 865-867.
- 2005 Recommendations of the Canadian Hypertension Education Program: The 60-Second Version. Evidence-Based Recommendations Task Force of the Canadian Hypertension Education Program. *CJHP*, 2005, vol. 58, n° 3, pages 156 à 161.
- Drouin, D., N. Campbell, S. Tobe, R. Touyz, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Knowledge translation efforts by the Canadian Hypertension Education Program, *J. Hypertens* (abstract), 2005, vol. 23, page s298.
- Myers, M.G., S.W. Tobe, D.W. McKay, P. Bolli, B.R. Hemmelgarn et F.A. McAlister, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. New Algorithm for the Diagnosis of Hypertension – Canadian Hypertension Education Programme Recommendations (2005), *AJH* (sous presse).
- Jamnik, V., N. Gledhill, R.M. Touyz, N.R.C. Campbell, R. Petrella et A. Logan. Lifestyle Modifications to Prevent and Manage Hypertension; for Exercise Physiologists and Fitness Professionals. *Canadian Journal of Applied Physiology* (sous presse).
- Boulanger, J.M. et M.D. Hill, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Hypertension and stroke: 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations, *Journal canadien des sciences neurologiques* (sous presse).
- Campbell, N.R.C., F. McAlister et K. Tu, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Time trends in initiation of antihypertensive therapy in Elderly Hypertensive Diabetic and Non Diabetic Ontarians (1994-2002), *Journal canadien de cardiologie*, [abstract] (sous presse).
- Onysko, J, C. Maxwell, M. Eliasziw, J.X. Zhang et N.R.C. Campbell, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Increases In The Diagnosis And Drug Treatment Of Hypertensive Canadians, *Journal canadien de cardiologie*, [résumé] (sous presse).
- Campbell, N.R.C., J.G. Fodor, R. Herman et P. Hamet, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Hypertension in the Elderly An update on Canadian Hypertension Education Program recommendations and Hypertension in the Elderly, *Geriatrics and Aging* (sous presse).
- Sites Internet présentant le matériel du PECH ou du matériel sur le PECH**
- Hickey, J. Recommandations 2005 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension. www.theberries.ca, hiver 2005.
- Hickey, J. Anyone can take a blood pressure. Right? www.theberries.ca, hiver 2005.
- Nursing Best Practice Guideline on the Management of Hypertension. www.rnao.org, octobre 2005.
- www.doctorsns.com
- www.cma.ca

www.mdbriefcase.com

www.phac-aspc.gc.ca

www.ccohta.ca/compus

www.strokeconsortium.ca

Publications contenant les recommandations du PECH ou donnant des renseignements sur le PECH

Cyboran, J. What to Tell Your Patients About Hypertension, *National Review of Medicine*, 2005, vol. 2, n° 5.

Sibbald, B. Hypertension - Feeling the Pressure, *JAMC*, 2005, vol. 172, n° 6, page 735.

Brookes, L. The Bad News About Prevalence, the Good News About Treatments – But Pay Attention to the Details, *Medscape Cardiology*, 2005, vol. 9, n° 1.

Doctors fast track high blood pressure diagnosis, *Macleans*, 3 févr. 2005.

Seniors Get More Blood Pressure Treatment, *Macleans*, 22 juin 2005.

Taggart, K., Ontario MDs prescribing seniors more anti-hypertension meds, *Medical Post*, 2005, vol. 41, n° 21.

Myers, M.G. Ambulatory Blood Pressure Monitoring for Routine Clinical Practice. Hypertension. [éditorial], 2005, vol. 45, pages 483 et 484.

Campbell, N.R.C.. Hypertension. In Therapeutic Choices. Editor Gray J. Canadian Pharmacy Association. Ottawa, 2005.

Fields, L.E. US and Canadian Guidelines. In Hypertension: A Companion Text Book to Braunwald's Heart Disease. Éditeurs Editors Henry R. Black, MD and William J. Elliott, MD, PhD, 2005.

Poirier, L. Hypertension: Lowering Barbara's BP, *The Canadian Journal of CME*, août 2005, pages 45 à 47.

Campbell, N.R.C.. What is the significance and the management of a 70-year-old non-diabetic male with hypertension and

microalbuminuria of 700? Question in *Perspectives in Cardiology*, 2005, vol. 21, page 17.

Gardner, L., K. Tu, A. McAlister et N.R.C. Campbell. Use of two or more antihypertensive drugs to treat hypertension in elderly Ontarians, *Can J Clin Pharmacol*, 2005, vol. 12, page e123.

Campbell, N.R.C. The Canadian Hypertension Education Program (CHEP). A Therapeutic Knowledge Translation Program, *Canadian Journal of Clinical Pharmacology* (sous presse).

Tu, K. N.R.C. Campbell, Hua M. Duong, F.A. McAlister. Hypertension management in the elderly has improved : Ontario prescribing trends, 1994 – 2002, *Hypertension*, 2005, vol. 45, pages 1 à 6.

Citations du PECH de 1999 à octobre 2004: Les citations en caractères gras correspondent à des publications du PECH; les autres correspondent à des publications sur le PECH ou ses recommandations.

2004

Campbell, N., pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Canadian Hypertension Education Program. Brief overview of 2004 recommendations, *Le Médecin de famille canadien*, octobre 2004, vol. 50, pages 1411 et 1412.

Petrella, R. Recommandations 2003. It's not all old HAT, *Le Médecin de famille canadien*, 2004, vol. 50, pages 589 et 590.

Campbell, N., pour le Programme PECH 2004 CHEP Hypertension recommendations: What's new, what's old but still important in 2004? *Perspectives in Cardiology*, 2004, vol. 20, pages 26 à 33.

Hypertension guidelines revisited, B. Rose. *Perspectives in Cardiology*, 2004, vol. 20, pages 21 à 25.

- Feldman, R.C.. 2004 Canadian Hypertension Education Program Recommendations: The Bottom-line Version, *Hypertension Canada*, 2004, n° 78, pages 1 à 5.
- Hemmelgarn, B., K.B. Zarnke, N.R.C. Campbell, R.D. Feldman, D.W. McKay, F.A. McAlister, N.A. Khan, E.L. Schiffrin, M.G. Myers, P. Bolli, G. Honos, M. Lebel, M. Levine et R. Padwal, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part I: Blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk, *Journal canadien de cardiologie*, 2004, vol. 20, n° 1, pages 31 à 40.
- Khan, N.A., F.A. McAlister, N.R.C. Campbell, R.D. Feldman, S. Rabkin, J. Mahon, R. Lewanczuk, K.B. Zarnke, B. Hemmelgarn, M. Lebel, M. Levine et C. Herbert, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. The 2004 Canadian recommendations for the management of hypertension: Part II: Therapy, *Journal canadien de cardiologie*, 2004, vol. 20, n° 1, pages 41 à 54.
- Touyz, R., N. Campbell, A. Logan, N. Gledhill, R. Petrella, R. Padwal, pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. The 2004 Canadian Recommendations for the management of hypertension. Part III- Lifestyle modifications to prevent and control hypertension Therapy, *Journal canadien de cardiologie*, 2004, vol. 20, n° 1, pages 55 à 60.
- Drouin, D., pour le Groupe de travail sur les recommandations fondées sur des données probantes du Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Les recommandations du Programme éducatif canadien sur l'hypertension 2004. Quels sont les nouveaux éléments et ceux qui demeurent importants? *Le Clinicien*, 2004, pages 1 à 9.
- Programme éducatif canadien sur l'hypertension. What's new, what's old but still important in 2004? *The General Internist*, printemps 2004, pages 16 à 20.
- Programme éducatif canadien sur l'hypertension. What's old but important and what's new, *Canadian Nurse*, 2004, vol. 100, pages 26 à 27.
- Ho, C. Therapeutic Options. Focus on Hypertension, *Therapeutic Options*, 2004, vol. 3, pages 23 à 27.
- Recommandations 2004 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension. *Can J Hosp Pharm*, 2004; vol. 57, pages 173 à 175.
- 2003**
- Feldman, R., pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. What's New in the 2003 Hypertension Guidelines?, *The Canadian Journal of Diagnosis*, 2003, n° 20, pages 81 à 84.
- Feldman, R., pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. What's New in the 2003 Hypertension Guidelines? *Perspectives in Cardiology*, 2003, n° 19, pages 44 à 51.
- Feldman, R., pour le Programme éducatif canadien sur l'hypertension. What's New in the 2003 Hypertension Guidelines? *Hypertension Canada*, 2003, n° 75, pages 1, 2, 4 et 6.
- Feldman, R. Statement from the CHEP 2002 Recommendations Committee. *Hypertension Canada*, 2003, n° 74, page 8.
- Canadian Hypertension Recommendations Working Group. The 2003 Canadian Hypertension Recommendations. What's new and what's old but still important, *Les Actualités du Cœur*, printemps 2003, pages S1 à S8.
- Evidence-based recommendations Task Force. CHEP. Hypertension Guidelines: what's new, what's old....but still important in 2003, *Canadian Pharmaceutical Journal*, vol. 136, pages 39 à 44.

Programme éducatif canadien sur l'hypertension. The Canadian recommendations for the management of hypertension, *Canadian Pharmaceutical Journal*, 2003, vol. 136, pages 45 à 52.

Campbell, N.R.C., F. McAlister, R. Brant, M. Levine, D. Drouin, R. Feldman, R. Herman et K. Zarnke, for the Canadian Hypertension Education Process and Evaluation Committee. Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. *J Hypertens.*, 2003, vol. 21, n° 8, pages 1591 à 1597.

Campbell, N.R.C. Hypertension. in Therapeutic Choices (4^e édition), J. Gray, éditeur, Canadian Pharmacy Association, Ottawa, 2003, pages 216 à 238.

Campbell, N.R.C., R.D. Feldman et D. Drouin. Hypertension guidelines. Criteria that might make them more clinically useful, *Am J Hypertens.*, [letter], 2003, vol. 16, pages 698 et 699.

Campbell, N.R.C., pour le groupe de travail canadien sur les recommandations de l'hypertension. Hypertension prevention and control. *Compendium of Pharmaceuticals and Specialities*, 2003, pages L52 et 53.

Pour le PECH: Drouin, D. et al.: Mise à jour du Programme Éducatif Canadien de 2003 sur l'Hypertension. Fondation des Maladies du Coeur. Les actualités du Coeur,

- Le Bulletin de l'Alliance québécoise pour la Santé du Coeur. Vol 8, No 1. Hiver 2003. Livret 8p.

- Résumé des recommandations. Encart spécial. Vol 8, No 1. Hiver 2003. 2p.

Disponible à:

<http://www.santeducoeur.org/lesactualitesducoeur.php>

2002

Groupe de travail canadien sur les recommandations de l'hypertension. 2001 Canadian hypertension recommendations. What has changed? *Le Médecin de famille canadien*, oct. 2002, volume 48, pages 1662 à 1665.

Canadian Hypertension Recommendations Working Group. The 2001 Canadian Hypertension Recommendations: A summary, *Perspectives in Cardiology*, févr. 2002, pages 38 à 46.

McKay, D.W. et E. Parsons. Improving home BP measurement. *Perspectives in Cardiology*, 2002, vol. 18, n° 4, pages 21 à 24.

Canadian Hypertension Working Group. The 2001 Canadian Hypertension Recommendations: What's new and what's old but still important, *Hypertension Canada*, 2002, vol. 71, pages 1, 2 et 6 à 8.

Zarnke, K.B., F.A. McAlister, N.R. Campbell, M. Levine, E.L. Schiffrin, S. Grover, D.W. McKay, M.G. Myers, T.W. Wilson, S.W. Rabkin, R.D. Feldman, E. Burgess, P. Bolli, G. Honos, M. Lebel, K. Mann, C. Abbott, S. Tobe, R. Petrella et R.M. Touyz. The 2001 Canadian recommendations for the management of hypertension: Part one--Assessment for diagnosis, cardiovascular risk, causes and lifestyle modification, *Journal canadien de cardiologie*, juin 2002, vol. 18, n° 6, pages 604 à 624.

McAlister, F.A., K.B. Zarnke, N.R. Campbell, R.D. Feldman, M. Levine, J. Mahon, S.A. Grover, R. Lewanczuk, F. Leenen, S. Tobe, M. Lebel, J. Stone, E.L. Schiffrin, S.W. Rabkin, R.I. Ogilvie, P. Larochelle, C. Jones, G. Honos, G. Fodor, E. Burgess, P. Hamet, R. Herman, J. Irvine et B. Culleton, J.M. Wright. The 2001 Canadian recommendations for the management of hypertension: Part two—Therapy, *Journal canadien de cardiologie*, juin 2002, vol. 18, n° 6, pages 625 à 641.

- Campbell, N.R. The 2001 Canadian Hypertension Recommendations--What is new and what is old but still important, *Journal canadien de cardiologie*, juin 2002, vol. 18, n° 6, pages 591 à 603.
- Campbell, N.R., D. Drouin et R.D. Feldman. The 2001 Canadian hypertension recommendations: take-home messages, *JAMC*, 2002, vol. 167, pages 661 à 668.
- Par le groupe de travail canadien sur les recommandations sur l'hypertension. Présenté par Denis Drouin MD et Alain Milot MD MSc. Les recommandations canadiennes de 2001 sur l'hypertension, *Le Clinicien*, avril 2002, vol. 17 n° 4, pages 125 à 134.
- Campbell, N.R.C. Update on Hypertension Recommendations and Trials, *The General Internist*, automne 2002.
- Canadian Hypertension Recommendations Working Group Cardiac Care. 2001 Canadian hypertension recommendations. *Can Nurse*, juin 2002, vol. 98, n° 6, pages 17 à 21.
- Canadian Hypertension Recommendations Working Group. The 2001 Canadian hypertension recommendations: What's new and what's old but still important, *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 2002, vol. 12, pages 4 à 9.
- Canadian Hypertension Recommendations Working Group. The 2001 Canadian hypertension recommendations: What's new and what's old but still important, *Can J Hosp Pharm*, 2002, vol. 55, pages 46 à 51.
- Canadian Hypertension Recommendations Working Group. The 2001 Canadian hypertension recommendations: What's new and what's old but still important. *Canadian Pharmaceutical Journal*, mars 2002, vol. 135, pages 26 à 32.
- Hypertension Artérielle 2002 (Hypertension Therapeutic Guide 2002), Éditeurs D. Drouin et A. Milot, Imprimerie Canada, Ville de Québec, 2002.
- Campbell, N.R.C. Risk management in systolic hypertension. D. Drouin D et P. Liu, éditeurs, *Excerpta Medica Canada*, 2002.
- Campbell, N.R.C., pour le groupe de travail canadien sur les recommandations de l'hypertension. Hypertension prevention and control. Compendium of Pharmaceuticals and Specialities 2002, pages L44 à L45.
- Pour le PECH: Drouin, D. et al.: Mise à jour du Programme Éducatif Canadien de 2001-2002 sur l'Hypertension. Fondation des Maladies du Coeur. Les actualités du Coeur,
- Le Bulletin de l'Alliance québécoise pour la Santé du Coeur. Vol 7, No 1. Hiver 2002. Livret 8p.
 - Résumé des recommandations. Encart spécial. Vol 7, No 1. Hiver 2002. 2p.
- Disponible à:
<http://www.santeducoeur.org/lesactualitesducoeur.php>
- On behalf of CHEP: Drouin, D. et al.: 2001-2002 Update of the Canadian Hypertension Education Program. Heart & Stroke Foundation.
- The Newsletter of l'Alliance québécoise pour la Santé du Coeur. Vol 7, No 1, Winter 2002. Booklet 8p.
 - Summary of the recommendations, Vol 11, No 1, Winter 2002. Special Insert 2p.

2001

2000 Canadian hypertension recommendations. Summary of recommendations affecting family physicians, *Le Médecin de famille canadien*, avr. 2001, vol. 47, pages 802 à 804.

Canadian Hypertension Recommendations Working Group. The 2000 Canadian Hypertension Recommendations: A

- summary. *Perspectives in Cardiology*, févr. 2001, pages 17 à 25.
- Chockalingam, A., C. Repchinsky, R.D. Feldman, J. Irvine. Adherence to Management of High Blood Pressure. *Perspectives in Cardiology*, janv. 2001, vol. 17, n° 1, pages 14 à 20.
- Khan, N., N.R.C. Campbell. Lifestyle modification for prevention and treatment of hypertension. Canadian Recommendations. *Perspectives in Cardiology*, 2001, vol. 17, n° 4, pages 21 à 27.
- McKay, D.W. et R.J. Petrella. Modern methods for BP measurement and screening. *Perspectives in Cardiology*, 2001; vol. 17, pages 30 à 34.
- Campbell, N.R. The 2000 Canadian Hypertension Recommendations: A summary. *Hypertension Canada*, 2001, n° 67, pages 4 et 7.
- Schabas, W. 2001 BP recommendations. Risk assessment, diabetes and endocrine forms of hypertension are added to a "Work in Progress", *Hypertension Canada*, 2001, vol. 70, pages 1,2 et 6.
- Campbell NR, Nagpal S, Drouin D. Implementing hypertension recommendations, *Journal canadien de cardiologie*, août 2001, vol. 17, n° 8, pages 851 à 856. Révision.
- The 2000 Canadian Hypertension Recommendations: a summary, *Journal canadien de cardiologie*, mai 2001, vol. 17, n° 5, pages 539 à 542 (English : 535 à 538).
- Campbell, N.R. An ongoing systematic update of hypertension recommendations, *Journal canadien de cardiologie*, mai 2001, vol. 17, no 5, pages 521 et 522.
- McAlister, F.A., N.R. Campbell, K. Zarnke, M. Levine et I. Graham. The management of hypertension in Canada: a review of current guidelines, their shortcomings and implications for the future, *JAMC*, févr. 2001; vol. 164 n° 4, pages 517 à 522.
- Canadian Hypertension Recommendations Working Group. Summary of the 2000 Canadian Hypertension Recommendations, *L'Omnipraticien*, édition spéciale sur DVD, 22 févr. 2001.
- Canadian Hypertension Recommendations Working Group. Summary of the 2000 Canadian Hypertension Recommendations, *Actualité médicale*, 9 et 23 mai, 6 juin et 25 juillet 2001.
- Canadian Recommendations Working Group. The 2000 Canadian Hypertension Recommendations. A summary, *Actualités du Cœur*, printemps 2001, pages 11 à 13.
- Campbell, N.R.C., J.G. Fodor et A. Chockalingam, for the Canadian Hypertension Recommendations Group. Hypertension recommendations. Are they relevant to public health?, *Can J Public Health*, 2001, vol. 92, pages 246 et 247 (English : 245-246).
- The 2000 Canadian hypertension recommendations: Résumé : *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 2001, vol. 11, n° 4, pages 4 à 6.
- Campbell, N.R.C. Nonpharmacological therapy of hypertension. Compendium of Pharmaceuticals and Specialties, 2001, pages L34 et L35.
- McAlister, F.A., M. Levine, K.B. Zarnke, N. Campbell, R. Lewanczuk, F. Leenen, S. Rabkin, J.M. Wright, J. Stone, R.D. Feldman, M. Lebel, G. Honos, G. Fodor, E. Burgess, S. Tobe, P. Hamet, R. Herman, J. Irvine, B. Culleton, R. Petrella et R. Touyz. The 2000 Canadian recommendations for the management of hypertension: Part one—therapy, *Journal canadien de cardiologie*, mai 2001, vol. 17, n° 5, pages 543 à 559.
- Zarnke, K.B., M. Levine, F.A. McAlister, N.R. Campbell, M.G. Myers, D.W. McKay, P. Bolli, G. Honos, M. Lebel, K. Mann, T.W.

Wilson, C. Abbott, S. Tobe, E. Burgess et S. Rabkin. The 2000 Canadian recommendations for the management of hypertension: part two--diagnosis and assessment of people with high blood pressure, *Journal canadien de cardiologie*, déc. 2001, vol. 17, n° 12, pages 1249 à 1263.

Canadian Hypertension Recommendations Working Group. Summary of the 2000 Canadian Hypertension Recommendations, *Canadian Pharmaceutical Journal.*, mars 2001, vol. 134, pages 30 à 33.

2000

Campbell, N.R. New Canadian hypertension recommendations. So what? *Le Médecin de famille canadien*, juill. 2000, vol. 46, pages 1413 à 1416 et 1418 à 1421.

Petrella, R.J. Diagnosis and treatment of high blood pressure. New directions and new approaches: 1999 Canadian recommendations for management of hypertension, *Le Médecin de famille canadien*, juill. 2000, vol. 46 pages 1479 à 1484.

Campbell, N.R.C. et N. Khan. Hypertension in the elderly: Challenges and treatment recommendations, *Perspectives in Cardiology*, 2000; vol. 16 (supplément), pages 1 à 10.

Khan, N. et N.R.C. Campbell. Alcohol and Blood Pressure, *Perspectives in Cardiol.*, 2000, vol. 16, pages 15 à 18.

Khan, n. et N.R.C. Campbell. Diagnosing Hypertension. *Perspectives in Cardiology*, 2000, vol. 16, pages 15 à 17.

Zarnke, K.B. et D.W. McKay. Self-measurement of blood pressure: Practical suggestions for use. *Perspectives in Cardiology*, 2000, vol. 16, pages 15 à 19.

Zarnke, K.B., N.R. Campbell, F.A. McAlister et M. Levine. A novel process for updating recommendations for managing

hypertension: rationale and methods, *Journal canadien de cardiologie*, sept. 2000, vol 16 no 9, pages 1094 à 1102.

Chockalingam, A., N.R.C. Campbell, T. Ruddy, G. Taylor et P. Stewart. National High Blood Pressure Prevention and Control Strategy, *Journal canadien de cardiologie*, 2000, vol. 16, pages 1087 à 1093.

Myers, M.G., R.B. Haynes et S.W. Rabkin. Canadian hypertension society guidelines for ambulatory blood pressure monitoring. [une erreur s'est glissée dans : *Am J Hypertens*, févr. 2000, vol. 13, no 2, page 219].

Campbell, N.R.C. Nonpharmacological therapy of hypertension. Compendium of Pharmaceuticals and Specialties, 2000.

Chockalingam, A., N.R.C. Campbell, T. Ruddy, G. Taylor et P. Stewart. National High Blood Pressure Prevention and Control Strategy, *Journal canadien de cardiologie*, 2000, vol. 16, pages 1087 à 1093.

1999

Petrella, R.J. Lifestyle approaches to managing high blood pressure. New Canadian guidelines. *Le Médecin de famille canadien*, 1999, vol. 45, pages 1750 à 1755.

Campbell, N.R.C. Will lifestyle modification reduce blood pressure? *Le Médecin de famille canadien*, 1999, vol. 45, pages 1640 à 1642.

Feldman, R. 1999 Canadian recommendations for management of hypertension, *Hypertension Canada*, 1999, vol. 63, pages 1, 4 et 7

Feldman, R.D. The 1999 Canadian recommendations for the management of hypertension. On behalf of the Task Force for the Development of the 1999 Canadian Recommendations for the Management of Hypertension, *Journal canadien de cardiologie*, 15 déc. 1999, supplément G, pages 57G à 64G (examen).

- Feldman, Ross D., Norman Campbell, Pierre Larochelle, Peter Bolli, Ellen D. Burgess, S. George Carruthers, John S. Floras, R. Brian Haynes, George Honos, Frans H.H. Leenen, Larry A. Leiter, Alexander G. Logan, Martin G. Myers, J. David Spence et Kelly B. Zarnke. 1999 Canadian recommendations for the management of hypertension, *JAMC*, 1999, vol. 161, pages 1S à 17S.
- Feldman, Ross D., Norman R.C. Campbell et Pierre Larochelle. Clinical problem solving based on the 1999 Canadian recommendations for the management of hypertension, *JAMC*, 1999, vol. 161, pages 18S à 22S.
- Campbell, N.R.C., M.J. Ashley, S.G. Carruthers, Y. Lacourcière et D.W. McKay. Lifestyle intervention to prevent and control hypertension. Recommendations on alcohol consumption. *JAMC*, 1999, vol. 160 (supplément 9), pages 13 à 20.
- Leiter, L.A., D. Abbott, N.R.C. Campbell, R. Mendelson, R.I. Ogilvie, A. Chockalingam. Lifestyle Modification to Prevent and Control Hypertension: 2. Recommendations on obesity and weight loss. *JAMC*, 1999, vol. 160 (supplément 9), pages 7 à 12.
- Campbell, N.R.C., E. Burgess, B.C.K. Choi, G. Taylor, E. Wilson, J. Cleroux, J.G. Fodor, L. Leiter et D. Spence. Lifestyle intervention to prevent and control hypertension. Methods and an overview of Canadian Recommendations, *JAMC*, 1999, vol. 160 (supplément 9), pages 1 à 6.
- Campbell, N.R.C., E. Burgess, G. Taylor, E. Wilson, J. Cleroux, J.G. Fodor, L. Leiter et D. Spence. Lifestyle changes to prevent and control hypertension, *JAMC*, 1999, vol. 160, pages 1341 à 1343.
- Cleroux, J., R. Feldman et R. Petrella. Lifestyle intervention to prevent and control hypertension. Recommendations on physical exercise training, *JAMC*, 1999, vol. 160 (supplément 9), pages 21 à 28.
- Fodor, J. G., B. Whitmore, F. Leenan, P. Larochelle. Lifestyle intervention to prevent and control hypertension. Recommendations on dietary salt, *JAMC*, 1999, vol. 160 (supplément 9), pages 29 à 34.
- Burgess, E., R. Lewanczuk, P. Bolli, A. Chockalingam, H. Cutler, G. Taylor, P. Hamet. Lifestyle intervention to prevent and control hypertension. Recommendations on potassium, magnesium and calcium, *JAMC*, vol. 160 (supplément 9), pages 35 à 45.
- Spence, J.D., P.A. Barnett, W. Linden, V. Ramsden et P. Taenzer. Lifestyle intervention to prevent and control hypertension. Recommendations on stress management, *JAMC*, 1999, vol. 160 (supplément 9), pages 46 à 50.

Références

- 1 Zarnke, K.B., N.R.C. Campbell, F.A. McAlister et M. Levine. A novel process for updating recommendations for managing hypertension: Rationale and methods, *Journal canadien de cardiologie*, 2000, vol. 16, pages 1094 à 1102.
- 2 Tobe, S.W., R.M. Touyz et N.R.C. Campbell. The Canadian Hypertension Education Program - a unique Canadian knowledge translation program, *Journal canadien de cardiologie*, 2007, vol. 23, pages 551 à 555.
- 3 Feldman, R.D., N.R. Campbell et K. Wyard. Canadian Hypertension Education Program: the evolution of hypertension management guidelines in Canada, *Journal canadien de cardiologie*, 2008, vol. 24, pages 477 à 481.
- 4 Campbell, N.R. et T. Sheldon. The Canadian effort to prevent and control hypertension: can other countries adopt Canadian strategies?, *Curr Opin Cardiol.*, 2010, vol. 25, pages 366 à 372.
- 5 Campbell, N.R.C. Hypertension prevention and control in Canada, *J Am Soc Hypertens.*, 2008, vol. 2, pages 97 à 105.
- 6 McAlister, F.A. et R. Padwal. Implementation of Guidelines for Diagnosing and Treating Hypertension, *Dis Manage Health Outcomes*, 2001, vol. 9, pages 361 à 369.
- 7 McAlister, F. The Canadian Hypertension Education Program - A unique Canadian initiative, *Journal canadien de cardiologie*, 2006, vol. 22, pages 559 à 564.
- 8 Campbell, N.R.C., S. Nagpal et D. Drouin. Implementing hypertension recommendations, *Journal canadien de cardiologie*, 2001, vol. 17, pages 851 à 856.
- 9 Drouin, D., N.R. Campbell et J. Kaczorowski. Implementation of recommendations on hypertension: The Canadian Hypertension Education Program, *Journal canadien de cardiologie*, 2006, vol. 22, pages 595 à 598.
- 10 Wyard, K. et R. Feldman. The Impact of the Canadian Hypertension Education Program on Hypertension and Related Diseases in Canada, ASPC, 2008, Rapport sur les retombées du PECH.
- 11 McAlister, F.A., R.D. Feldman, K. Wyard K, R. Brant et N.R. Campbell. The impact of the CHEP in its first decade, *Eur Heart J.*, 2009, vol. 30, pages 1434 à 1439.
- 12 Campbell, N.R. et J. Onysko. The Outcomes Research Task Force and the Canadian Hypertension Education Program, *Journal canadien de cardiologie*, 2006, vol. 22, pages 556 à 558.
- 13 Campbell, N.R.C. Canada Chair in hypertension prevention and control: A pilot project, *Journal canadien de cardiologie*, 2007, vol. 23, pages 557 à 560.
- 14 Allu, S.O., J. Bellerive, R.L. Walker et N.R. Campbell. Hypertension: are you and your patients up to date?, *Journal canadien de cardiologie*, 2010, vol. 26, pages 261 à 264.
- 15 Campbell, N.R., R. Petrella et J. Kaczorowski. Public education on hypertension: A new initiative to improve the prevention, treatment and control of hypertension in Canada, *Journal canadien de cardiologie*, 2006, vol. 22, pages 599 à 603.
- 16 Rapport 2010 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension.
- 17 Canadian Hypertension Recommendations Working Group. 2001 Canadian hypertension recommendations. What has changed?, *Le Médecin de famille canadien*, 2002, vol. 48, pages 1662 à 1664.
- 18 Joffres, M.R., P. Hamet, S.W. Rabkin, D. Gelskey, K. Hogan et G. Fodor. Prevalence, control and awareness of high blood pressure among Canadian adults, *JAMC*, 1992, vol. 146, pages 1997 à 2005.
- 19 Campbell, N.R.C. An ongoing systematic update of hypertension recommendations, *Journal canadien de cardiologie*, 2001, vol. 17, pages 521 à 522.

- 20 Wolf, H.K., P. Andreou, I.R. Bata, D.G. Comeau, R.D. Gregor, G. Kephart et al. Trends in the prevalence and treatment of hypertension in Halifax County from 1985 to 1995, *JAMC*, 1999, vol. 161, pages 699 à 704.
- 21 Khan, N.A., D. Wardman et N.R.C. Campbell. Differences in need for antihypertensive drugs among those aware and unaware of their hypertensive status: a cross sectional survey. *BMC Cardiovascular Disorders*, 2005, vol. 5, pages 4 à 6.
- 22 Khan, N., A. Chockalingam, N.R.C. Campbell. Lack of control of high blood pressure and treatment recommendations in Canada, *Journal canadien de cardiologie*, vol. 18 , pages 657 à 661.
- 23 Touyz, R.M., N. Campbell, A. Logan, N. Gledhill, R. Petrella, R. Padwal et al. The 2004 Canadian recommendations for the management of hypertension: Part III - Lifestyle modifications to prevent and control hypertension, *Journal canadien de cardiologie*, 2004, vol. 20, pages 55 à 59.
- 24 Campbell, N.R.C. The Canadian Hypertension Education Program Recommendations: What's new, what's old but still important in 2004, *The General Internist*, 2004, pages 16 à 20.
- 25 Feldman, R. 2005 Canadian Hypertension Education Program Recommendations. What are the new messages?, *Perspectives in Cardiology*, 2005, 6-7:32-36.
- 26 Bolli,P., M. Myers et D. McKay. Applying the 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations: 1. Diagnosis of Hypertension, *JAMC*, 2005, vol. 173, pages 480 à 483.
- 27 Touyz, R.M. Highlights and summary of the 2006 Canadian Hypertension Education Program recommendations, *Journal canadien de cardiologie*, 2006, vol. 22, pages 565 à 571.
- 28 Neutel, C.I. et N.R.C. Campbell. Antihypertensive medication use by recently diagnosed hypertensive Canadians, *Journal canadien de cardiologie*, 2007, vol. 23, pages 561 à 565.
- 29 Tu, K., N.R.C. Campbell, M. Durong-Hua et F.A. McAlister. Hypertension Management in the Elderly Has Improved: Ontario Prescribing Trends, 1994 to 2002, *Hypertension*, 2005, vol. 41, pages 1113 à 1118.
- 30 Friedman, O., F. McAlister, L. Yun, N. Campbell et K. Tu, Canadian Hypertension Education Program Outcomes Research Taskforce. Antihypertensive drug persistence and compliance among newly treated elderly hypertensives in Ontario, *Am J Med*, 2010, vol. 123, pages 173 à 182.
- 31 Garriguet, D. Consommation de sodium à tous les âges. Rapports sur la santé, 2007, vol. 18, pages 35 à 41.
<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2006004/article/sodium/9608-fra.pdf>.
- 32 Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH), 2007 CHEP Recommendations, *Perspectives in Cardiology*, 2007, vol. 23, pages 31 à 40.
- 33 Campbell, N., CHEP Recommendations: An Annual Update, *Perspectives in Cardiology*, 2008, vol. 24, pages 20 à 28.
- 34 McInnis, N.H., G. Fodor, M.M. Lum-Kwong et F.H. Leenen. Antihypertensive medication use and blood pressure control: a community-based cross-sectional survey (ON-BP), *Am J Hypertens.*, 2008, vol. 21, pages 1210 à 1215.
- 35 Campbell, N.R., N.A. Khan, M.D. Hill, G. Tremblay, M. Lebel, J. Kaczorowski et coll. Recommandations 2009 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension : résumé scientifique – mise à jour annuelle, *Journal canadien de cardiologie*, 2009, vol. 25, pages 271 à 277.
- 36 Campbell, N.R., J. Kaczorowski, R.Z. Lewanczuk, R. Feldman, L. Poirier, M.M. Kwong et coll. Les recommandations du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) pour

2010 : Résumé scientifique – mise à jour du thème de 2010 et critères scientifiques inspirant les nouvelles recommandations du PECH. *Journal canadien de cardiologie*, 2010, vol. 26, pages 236 à 240.

- 37 Recommandations du Programme éducatif canadien sur l'hypertension pour 2011 : Résumé clinique – mise à jour annuelle.