



Ministère de la Santé et
de l'Hygiène Publique



République de Côte d'Ivoire

DIRECTIVES NATIONALES DE PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE



Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques
et de Prévention des Maladies Non Transmissibles

**2^e Edition
2018**

Table des matières

PREAMBULE	3
REMERCIEMENTS	4
METHODOLOGIE	6
ABREVIATIONS	7
PREFACE	8
INTRODUCTION	10
I-DEFINITION	10
II-OBJECTIFS	10
II-1-OBJECTIF GENERAL	10
II-2-OBJECTIFS SPECIFIQUES	10
III-DIRECTIVES	10
III-1-PRISE EN CHARGE CURATIVE	10
III-1-1-DIAGNOSTIC DES CAS D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE ARTERIELLE	10
III-1-2-ORGANISATION DES SOINS CURATIFS	14
III-1-2-2- TRAITEMENT	15
III-2 URGENCES HYPERTENSIVES	22
III-2-1 DEFINITION	22
III-2-2 CONDUITE A TENIR	22
III-2-3 CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE	23
III-2-4 CE QU'IL FAUT FAIRE	23
III-3-PREVENTION	24
III-3-1-DEPISTAGE DES SUJETS A RISQUE	24
III-4-INFORMATION EDUCATION COMMUNICATION (IEC) /	25
COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC)	25
CONCLUSION	27
REFERENCES	28
ANNEXES	29

PREAMBULE

L'Hypertension artérielle est une maladie chronique non transmissible qui est responsable de la plus importante charge de morbidité et mortalité mondiale, entraînant 10,5 millions de décès chaque année (1,2).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a estimé que le nombre des personnes atteintes d'Hypertension artérielle est la plus élevée en Afrique, à peu près 46% des adultes âgés de 25 ans et plus, contre 35 à 40% ailleurs dans le monde (3). En Côte d'Ivoire cette prévalence est estimée à 40% de la population (4). Cette pathologie constitue aujourd'hui 75 % des activités de l'institut de cardiologie d'Abidjan. En raison de l'évolution démographique, il faut s'attendre à une nette progression du nombre de personnes concernées au cours des prochaines décennies.

Face à cette préoccupation, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2013 avait retenu les Maladies Non Transmissibles (MNT) au titre des problèmes prioritaires de santé en Côte d'Ivoire et les a inscrites dans le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Un plan stratégique intégré de lutte contre les MNT 2015-2019 a été adopté en 2015.

Ce PNDS vise à l'amélioration de l'état de santé de la population ivoirienne par une meilleure adéquation de l'offre des soins à la demande, à travers la délivrance d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA).

A cet effet, la mise en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et en particulier, dans les unités opérationnelles, d'outils adaptés à la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles et en particulier de l'Hypertension artérielle est exigée.

Les Directives Nationales de prise en charge de l'Hypertension artérielle dont il est question, font partie de l'arsenal des instruments conçus pour améliorer à ce niveau, la qualité, l'efficacité et l'efficience des soins. Elles reposent sur des mesures hygiéno-diététiques et éventuellement un traitement médicamenteux. Elles sont destinées à aider les médecins généralistes ainsi que tous les professionnels susceptibles de participer au dépistage et/ou à la prise en charge d'une Hypertension artérielle, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire à contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des patients hypertendus. Elles visent par ailleurs à traduire et promouvoir les bonnes pratiques et normes dont les personnels bénéficieront dans la mise en œuvre des soins. Elles facilitent la mise en œuvre de l'ensemble des paquets minimum d'interventions essentielles de l'OMS ciblant les MNT (WHOPEN).

En vue d'assurer des soins de qualité constante sur le traitement et la gestion de l'Hypertension artérielle, je me plais, en tant que premier responsable du Ministère en charge de la santé, à exhorter les uns et les autres à en faire bon usage pour le bien-être de nos populations.

REMERCIEMENTS

De leur révision et leur mise à la disposition des personnels de santé sur toute l'étendue du territoire, ces directives nationales de prise en charge de l'Hypertension artérielle sont l'exemple parfait de collaboration qu'a toujours souhaitée le Ministère en charge de la Santé entre ses agents d'une part, et d'autre part entre ses agents et les partenaires techniques au développement de la santé publique.

Le Ministère en charge de la Santé remercie sincèrement l'ensemble des experts nationaux et partenaires en matière de santé, dont les contributions inestimables ont été un atout pour le processus de révision et leurs contributions inestimables et pour que ces directives voient le jour.

Les remerciements vont également aux différentes Institutions en particulier l'OMS et Services Nationaux qui abritent des Experts et dont les appuis techniques voire matériels et logistique ont été déterminants pour la finalisation de cet outil.

Il remercie notamment les Directions Centrales, les Directions de Coordinations des Programmes Nationaux de Santé œuvrant dans le domaine des maladies non transmissibles, la Direction Régionale de Santé du Sud-Comoé, les CHU, l'INSP, les UFR des Sciences Médicales et des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques.

Nous souhaitons vivement remercier tous les membres du groupe de travail pour leur contribution en temps et efforts.

Avant tout, notre reconnaissance s'adresse au comité technique ayant aidé le Programme National de lutte contre les maladies métaboliques et de prévention des maladies non transmissibles pour leur contribution inestimable et leurs critiques qui ont enrichi la qualité du document.

Comité exécutif :

- Directeur Coordinateur du PNLMM/PMNT

Dr ADOUENI K. Valéry

- Président scientifique

Pr. DIE KACOU Henri

Équipe de rédaction PNLMM/PMNT :

Dr DZADE Koffi Benjamin

Dr KOFFI Simplicie

Dr N'GUESSAN Affoué Marie-Chantal BOUSSOU

Sociétés Savantes

Pr KRAMOH Euloge SICARD

Pr ANZOUAN Kacou JB ICA

Pr YAO Hubert SINEPH

Comité d'experts

Pr IKLO Coulibaly CHU Angré

Dr KONE Hervé Bonaventure MUGEFCI

Dr N'DRI Raphael OMS

Dr AKUI Okamon DRS Sud Comoé

Dr DIOMANDE Dominique DIIS

Dr KADJA Adjoba Françoise DSC

Dr EKOUE Franck Kokon INSP

Dr KOUAKOU E. Roger PNSSU/SAJ

Dr COULIBALY Oumar PNLTAB

Dr OMONO Martin PNDAP

Dr ACKO Ulrich Venceslas CHU Treichville

Dr AIDEGO Benoit INFAS

Dr SELLY Charles CDH Treichville

Dr DANGNY Joachim CDH Daloa

- Secrétariat

N'GUESSAN Aya Gislène

METHODOLOGIE

Le groupe d'élaboration des directives composé de médecins généralistes, pharmaciens, diabétologues, sages-femmes, éducateurs spécialisés et assistantes de direction se réunissait tous les lundis de 8 heures à 10 heures à la salle de réunion du PNLMM/PMNT au 7^{ème} étage de l'immeuble BICICI, Plateau. La séance de travail était précédée de plusieurs discussions. Les questions prioritaires et la portée des directives étaient définies et arrêtées sur la base des observations formulées par les membres du groupe au cours des discussions qui précédaient la séance de travail.

Lors de l'élaboration des directives, les membres du groupe passaient en revue les directives pour la prise en charge de l'Hypertension artérielle inscrites dans le paquet minimum d'activités [PMA 2006, (6)], ainsi que les directives et recommandations internationales pour la prévention et la prise en charge de l'Hypertension artérielle retenues lors des recherches dans la littérature sur GOOGLE [ESH 2007 (1); ESH/ESC Guidelines 2013 (2); Evidence –Based Guideline 2014 (3) ; Directive relative aux soins de santé primaires dans les contextes de faibles ressources (4)]. Ces directives mentionnent des interventions qui conviennent à des contextes de faibles ressources. Ces directives ont été adaptées plus spécifiquement à la situation du pays, en fonction de la disponibilité des technologies et des médicaments. Le draft élaboré, il a été soumis au groupe d'experts composé de cliniciens et de scientifiques spécialisés dans les domaines des maladies chroniques non transmissibles avant l'atelier de validation dudit document.

La validation des documents de directives de prise en charge de l'Hypertension artérielle se déroulera en deux phases :

- une phase de validation technique de trois jours ;
- une phase de consolidation et finalisation du document d'une semaine avec un groupe restreint.

La première phase se fera au cours d'un atelier de trois jours. Cet atelier sera placé sous l'autorité du Président scientifique de l'atelier. La méthodologie utilisée tout au long de l'atelier sera participative à travers des présentations en Power point, des travaux de groupes et des restitutions en plénières. Les présentations concerneront les termes de références et le DRAFT du document de directives. Après les exposés, le groupe de travail passera en revue les items ou rubriques contenus dans le document et l'amendera. Le travail de groupe se déroulera sous la supervision d'un facilitateur et dirigé par un Président de groupe secondé par un rapporteur. La composition du groupe tiendra compte de la spécificité de chaque participant. Les documents qui seront mis à leur disposition sont le Plan d'action intégré de lutte contre les MNT, le draft des directives nationales de prise en charge de l'Hypertension artérielle, le PMA de 2006, les directives nationales de l'activité physique, les directives nationales de prise en charge de l'Hypertension artérielle édition 2013.

La restitution en plénière servira de cadre de présentation des travaux, d'échanges sur l'ensemble du document et de sa validation.

La deuxième phase se fera d'une part pendant une journée à l'hôtel et d'autre part dans les locaux du PNLMM/PMNT pendant six jours avec la participation de 10 personnes.

Aux sorties de cet atelier, le programme se chargera d'élaborer à partir des présentes directives des algorithmes de prise en charge simples, destinés à faciliter leur mise en œuvre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en particulier au niveau primaire des soins de santé. Des ateliers pour former les personnels de santé à l'utilisation des protocoles de prise en charge seront organisés dans chaque district sanitaire.

Ces directives seront mises à jour en 2020, à moins que de grandes avancées de la recherche ne la rendent sérieusement obsolète plus tôt.

ABREVIATIONS

SIGLES

DEFINITIONS

AOC	:	A tteinte d' O rgane C ible
AV	:	A ccident V asculaire
AVC	:	A ccident V asculaire C érébral
AMM	:	A utorisation de M ise sur le M arché
BB	:	B éta B loquant
CV	:	C ardiovasculaire
CAT	:	C onduite A Tenir
DFG	:	D ébit de F iltration G lomérulaire
ECG	:	E lectrocardiogramme
ECBU	:	E xamen C yto B actériologique des U rines
FR	:	F acteur de R isque
HLM	:	H ématie, L eucocyte / M inute
h	:	h eure
HTA	:	H ypertension a rtérielle A rtérielle
ICT	:	I ndex C ardio- T horacique
IMC	:	I ndice de M asse C orporelle
IDM	:	I nfarctus D u M yocarde
IEC	:	I nhibiteur de l' E nzyme de C onversion
IRC	:	I nsuffisance R énale C hronique
LOC	:	L ésions d' O rgane C ible
MCV	:	M aladie C ardiovasculaire
Min	:	M inute
NFS	:	N umération F ormule S anguine
OAP	:	Œ dème A igu du P oumon
OMI	:	Œ dèmes des M embres I nférieurs
P/T	:	P oids sur T aille
PSE	:	P ousse- S eringue E lectrique
PAD	:	P ression A rtérielle D iaastolique
PAS	:	P ression A rtérielle S ystolique
RCVA ou RCV	:	R isque C ardiovasculaire
SM	:	S yndrome M étabolique
TA	:	T ension A rtérielle
TDR	:	T roubles D u R ythme
TNT	:	T rinitrine

PREFACE

Les maladies chroniques non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, la maladie rénale et le cancer, qui jusqu'à un passé récent, étaient considérées comme des pathologies liées au développement socio-économique touchent aujourd'hui de plus en plus les pays à faibles revenus.

La Côte d'Ivoire fait partie des pays qui enregistrent une progression de ces maladies. Les services spécialisés sont submergés et les coûts de traitement très élevés restent inaccessibles à une large majorité de la population.

Devant cette situation, si des mesures et actions adéquates ne sont pas prises pour faire face à ces pandémies émergentes qui constituent un problème de santé publique évident, les décès et les invalidités précoces frapperont la masse productrice de richesses aussi bien en milieu urbain que rural, sans distinction de couche socioprofessionnelle, entraînant ainsi une perte de productivité pour des familles dont la grande majorité est déjà éprouvée, accentuant les inégalités sociales.

Au regard de la prise en charge onéreuse de ces maladies chroniques qui menacent de submerger notre système de santé, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique s'est engagé à mettre en œuvre un ensemble de protocoles de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles (MNT) au niveau des soins de santé primaire. Il s'agit d'un Paquet Essentiel d'interventions (PEI) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la prévention des MNT. Adaptées au contexte ivoirien, ces directives de prise en charge de l'Hypertension artérielle sont à l'usage de tous les médecins en particulier les généralistes.

Je me réjouis particulièrement de l'élaboration de ces protocoles qui permettront certainement d'accroître la proportion de patients pris en charge de façon optimale avec un bon rapport coût efficacité.

J'exhorte le personnel de santé à faire bon usage de cet ouvrage et en faire une large diffusion pour le bien-être des populations.

Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

Dr Eugène AKA Aouélé

LEXIQUE

NUMEROS	DESIGNATIONS	PAGES
Tableau I	: Symptômes exprimés par le patient suggérant une lésion d'organe cible	6
Tableau II	: Signes orientant le personnel soignant vers des lésions d'organe cible	6
Tableau III	: Gradation ou classification de l'Hypertension artérielle (adapté de JNC7)	6
Tableau IV	: Notions suggérant une hypertension artérielle secondaire	7
Tableau V	: Classification de Risque Cardiovasculaire à 10 ans	8
Tableau VI	: Personnel et équipements minimum requis à chaque niveau de prise en charge	9
Tableau VII	: Activités et tâches	10
Tableau VIII	: Les anti-hypertenseurs et les associations fixes fréquentes	14

INTRODUCTION

L'Hypertension artérielle (HTA) reste le premier facteur de risque cardiovasculaire dans le monde devant le tabagisme et l'hypercholestérolémie. Elle est responsable de 7 millions de décès dans les pays développés et 4 millions de décès dans les pays en voie de développement [5] en Afrique.

Selon l'OMS, la prévalence de l'Hypertension artérielle en Côte d'Ivoire est de 40% chez les adultes âgés de 25 ans et plus en 2018. Elle touche aussi bien les riches que les pauvres.

C'est un tueur silencieux avec ses complications invalidantes qui plongent les personnes touchées dans la pauvreté avec un accroissement des dépenses et les pertes d'emploi qu'elles occasionnent. Le dépistage et le traitement précoce permettent de prévenir les complications. En effet, la baisse et le contrôle de la pression artérielle systolique de 10mmHg sont associés à une réduction de 24% des événements cardiovasculaires [6].

Face à ce fléau qui constitue un problème majeur de santé publique et de développement, la Côte d'Ivoire a opté pour une politique de décentralisation de la prise en charge des maladies chroniques qui répond à un des objectifs de rapprochement de l'offre de soin des populations.

Eu égard à l'évolution des directives de prise en charge de l'Hypertension artérielle au niveau international, la Côte d'Ivoire s'engage à actualiser ses directives nationales pour améliorer la mise en œuvre du paquet minimum d'activités au niveau des soins de santé primaires.

I-DEFINITION

L'Hypertension artérielle correspond à une augmentation de la pression dans les artères. Elle est définie par une pression artérielle mesurée au cabinet supérieure ou égale à 140 mm Hg pour la systolique et/ou à 90 mm Hg pour la diastolique. [7]

II-OBJECTIFS

II-1-OBJECTIF GENERAL

Contribuer à optimiser la prise en charge des malades hypertendus.

II-2-OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Accroître le dépistage des cas d'Hypertension artérielle ;
- Rechercher les complications de l'Hypertension artérielle ;
- Rechercher systématiquement les causes d'une Hypertension artérielle secondaire ;
- Traiter les cas d'Hypertension artérielle ;
- Organiser la prise en charge des complications de l'Hypertension artérielle ;
- Prendre en charge les urgences hypertensives ;
- Faire la communication pour le changement de comportement.

III-DIRECTIVES

III-1-PRISE EN CHARGE CURATIVE

III-1-1-DIAGNOSTIC DES CAS D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE ARTERIELLE

- Le diagnostic de l'HTA repose toujours au cabinet de consultation, sur la mesure répétée des chiffres de la pression artérielle :
 - PAS $\geq$ 140 mmHg
 - PAD $\geq$ 90mmHg
- Le diagnostic doit être basé sur un minimum de deux (2) mesures par consultation et au moins 2 à 3 consultations ;
- Toutefois, une décision peut être prise dès la première consultation dans les cas manifestement sévères (Pression Artérielle $\geq$ 180/110 mmHg) ;
- La mesure peut être effectuée par un médecin, un(e) infirmier (ère) ou une sage-femme.

III-1-1-1-Interrogatoire :

Tableau I : Symptômes exprimés par le patient suggérant une lésion d'organe cible

ORGANES	SIGNES D'ORIENTATION
Cerveau – œil	Céphalées, vertiges, troubles visuels, déficit moteur permanent ou transitoire, dysfonction cognitive.
Cœur	Douleur thoracique, dyspnée, OMI, syncope, palpitations, troubles du rythme connus.
Rein	Nycturie, hématurie, OMI, urines mousseuses.
Vaisseaux périphériques	Claudication intermittente, dysfonction érectile.

Tableau II : Signes orientant le personnel soignant vers des lésions d'organe cible

ORGANE	SIGNES D'ORIENTATION
Cerveau	Déficit sensitif ou moteur.
Cœur	Arythmie, bruit de galop, souffles cardiaques, OMI, râles pulmonaires.
Vaisseaux périphériques	Diminution ou abolition d'un pouls, extrémités froides, troubles trophiques.
Carotides	Souffle systolique carotidien.
Rein	Bouffissure du visage, OMI, protéinurie, hématurie.

A rechercher :

- Facteurs de risque associés : tabac, alcool, sédentarité, diabète, hypercholestérolémie ;
- Antécédents familiaux de : hypertension artérielle, maladie rénale, diabète, obésité ;
- Antécédents personnels de : hématurie, protéinurie, AVC, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale ;
- Notions suggérant une HTA secondaire (**annexe 4**) ;
- Histoire de l'HTA du patient et de son traitement.

III-1-1-2-Examen Physique

- Conditions de mesure (Voir figure ci-dessous)

Préparation du patient

- Pas de café ou boisson contenant de la caféine
- Pas de cigarette ou d'alcool 30 mn avant.
- Endroit calme
- Vessie vide
- Pas de décongestionnant nasal ni de gouttes oculaires
- Patient assis depuis 15 mn au moins

Ne pas parler pendant la mesure

- Bras posé, au niveau du cœur
- Brassard 3cm en dessous de l'épaule
- Assis, adossé à la chaise
- Ne pas croiser les jambes, pieds posés au sol



Mesure de la pression artérielle
 Préparer le patient
 Choisir le brassard approprié
 Poser le brassard et vérifier que celui-ci est adapté à la taille du bras
 Commencer la mesure de la pression
 Répéter les mesures ...

Recommandations de la société Panafricaine de cardiologie pour la mesure de la pression artérielle au cabinet

Dzudie A, Rayner B, Ojji D, Schutte AE, Twagirimukiza M, Damasceno A et al. Roadmap to achieve 25% hypertension control in Africa by 2025. Cardiovasc J Afr 2017; 28: 261-272

- Deux mesures de la PA aux deux bras de 1 à 2 minutes d'intervalle assis ou couché, et debout (PA orthostatique) ;
- Prise du pouls ;
- Palpation de tous les pouls ;
- Palpation de la région lombaire à la recherche de gros rein ;
- Auscultation du cœur et de l'abdomen à la recherche d'un éventuel souffle ;
- Poids – tour de taille
 - si $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ($IMC = \text{Poids}/\text{Taille}^2$) alors obésité générale
 - si Tour de taille $\geq 80 \text{ cm}$ chez la femme ou Tour de taille $\geq 94 \text{ cm}$ chez l'homme alors Obésité abdominale
- Signes suggestifs d'HTA secondaire ;
- Signes suggestifs de lésion d'organe cible.

Tableau III : Gradation ou classification de l'Hypertension artérielle (adaptée de JNC VII)

GRADE	PA SYSTOLIQUE (mmHg)		PA DIASTOLIQUE (mmHg)
HTA GRADE 1	140-159	et/ou	90-99
HTA GRADE 2	160-179	et/ou	100-109
HTA GRADE 3	>180	et/ou	>110
HTA SYSTOLIQUE ISOLEE	≥ 140	et	< 95

III-1-1-3-Examens complémentaires :

Cf tableau organisation des soins curatifs

- **Sang** : NFS (hémoglobine – hématocrite), créatininémie et évaluation du DFG, glycémie, cholestérol, triglycéride, uricémie, ionogramme sanguin.
- **Urine** : protéinurie, hématurie,
- **ECG**

Au terme des examens cliniques et paracliniques, réaliser le profil de risque cardiovasculaire selon le tableau suivant.

Tableau IV : Classification de Risque Cardiovasculaire à 10 ans

Autres FdR, AOC ou maladies	HTA grade 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HTA grade 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HTA grade 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Pas d'autre FdR	Risque peu majoré	Risque modérément majoré	Risque fortement majoré
1-2 FdR	Risque modérément majoré	Risque modérément majoré	Risque très fortement majoré
3 FdR ou plus, AOC, SM ou diabète	Risque fortement majoré	Risque fortement majoré	Risque très fortement majoré
Maladie CV établie	Risque très fortement majoré	Risque très fortement majoré	Risque très fortement majoré



III-1-2-ORGANISATION DES SOINS CURATIFS

III-1-2-1-Personnel et équipements minimum requis à chaque niveau de la pyramide sanitaire

Tableau V : Personnel et équipements minimum requis à chaque niveau de prise en charge

NIVEAU	PERSONNEL	ÉQUIPEMENT
Primaire (ESPC)	▪ Médecins généralistes ▪ Infirmiers ▪ Sages-femmes ▪ Aides-soignants ▪ Agents de santé communautaire (ASC)	▪ Directives nationales de prise en charge ▪ Bandelettes urinaires pour glucose/hématies leucocytes/protéines ▪ Tensiomètre avec différentes tailles de brassards ▪ Pèse-personne, ▪ Toise ▪ Mètre ruban
Secondaire (HG- CHR)	▪ Médecin compétent en prise en charge de l'HTA, néphrologie, neurologie ▪ Médecin généraliste ▪ Infirmiers ▪ Technicien de laboratoire ▪ Sages-femmes ▪ Travailleurs sociaux ▪ Aides-soignants	▪ Équipement du niveau primaire ▪ Appareil à ECG, ▪ Laboratoire pour la glycémie, les CT, urée, créatinine, protéinurie de 24 h ionogramme sanguin, NFS etc.

Tableau VI : Activités et tâches

NIVEAU PRIMAIRE		
Première visite	Visite périodique (M0, M1, M2, M3, M6, M9 et M12)	Visite annuelle
-Consultation d'information et d'annonce Mise en place des mesures hygiéno-diététiques Bilan initial* -Médicaments si nécessaires	-Anamnèse pertinente -Poids -PA -Biochimie -Éducation -Conseils diététiques -Évaluation du traitement	-Anamnèse et examen physique comme à la visite initiale -Biochimie comme à la visite initiale
NIVEAU SECONDAIRE		
Première visite	Visite périodique (M0, M1, M2, M3, M6, M9 et M12)	Visite annuelle
Tout ce qui précède + Bilan biochimique	Tout ce qui précède	Comme à la visite initiale
*Si les équipements sont disponibles, autrement référer		

III-1-2-2- TRAITEMENT

III-1-2-2-1-Mesures non médicamenteuses

Il est recommandé de proposer des mesures hygiéno-diététiques à tous les patients hypertendus. Elles contribuent à la réduction des chiffres tensionnels et font partie intégrante de la prise en charge.

Elles comprennent :

- La pratique d'une activité physique régulière et adaptée aux possibilités du patient (par exemple 30 min/j au moins 5 fois/semaine en endurance avec une activité cumulée d'au moins 150 min /semaine) ;
- La réduction du poids en cas de surcharge pondérale ;
- La suppression ou la réduction de la consommation d'alcool moins de 30 g en teneur d'éthanol pur chez l'homme et 15 g en teneur d'éthanol pur chez la femme ;
- Une réduction de l'apport sodé (5g/j de sel au maximum correspondant à une cuillère à café rase) ;
- L'arrêt de l'intoxication au tabac ;
- Une alimentation privilégiant la consommation de fruits, de légumes et d'aliments peu riches en graisses saturées (graisses animales).

III-1-2-2-2-Traitement médicamenteux

 Quand initier le traitement médicamenteux ?

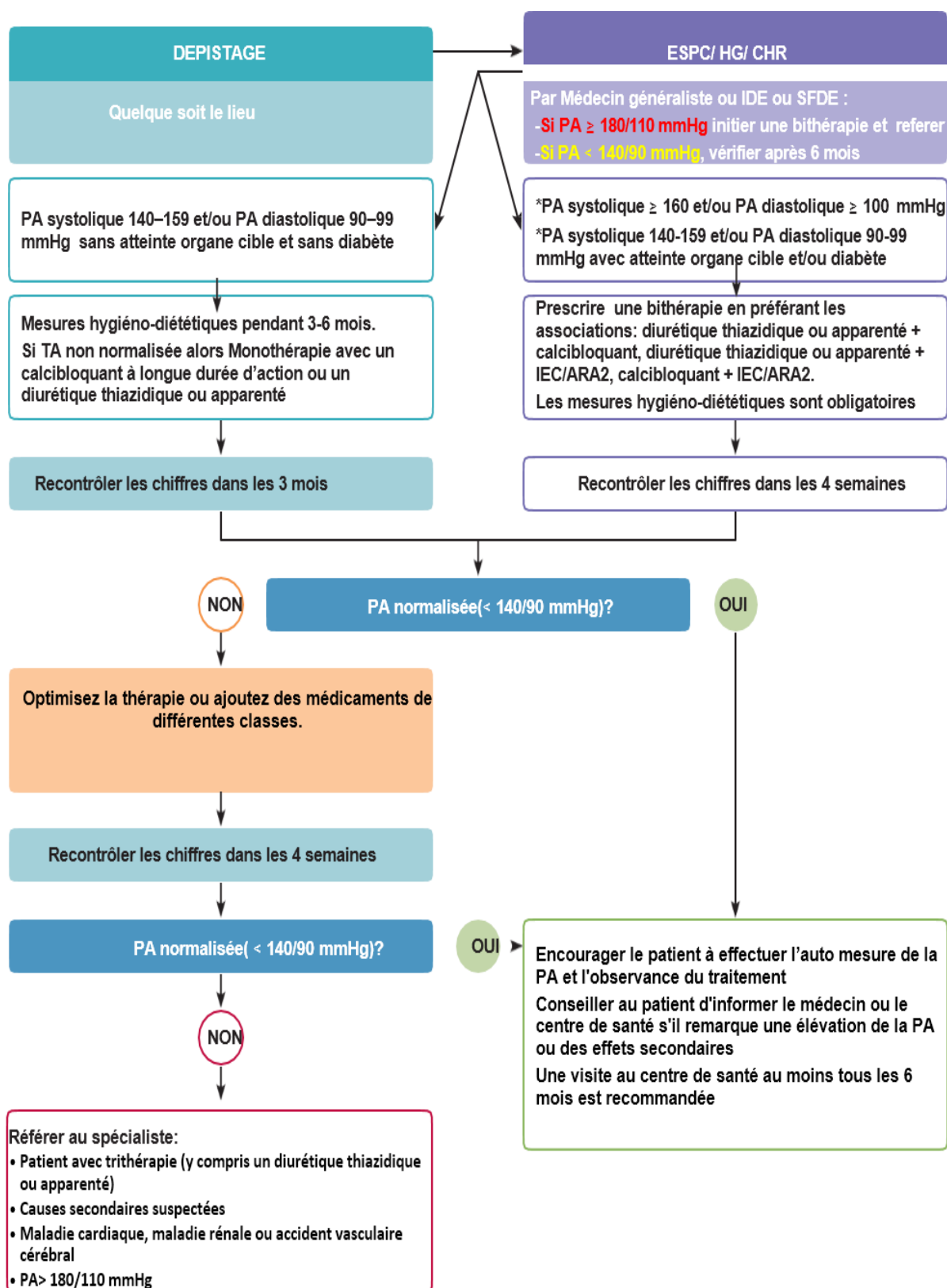
Objectif principal : normaliser la pression artérielle dans les 6 premiers mois (pression artérielle inférieure à 140/90 mmHg) voir algorithme.

- Privilégier cinq classes d'antihypertenseurs qui ont démontré une prévention des complications chez les hypertendus ;
- Privilégier les associations fixes en cas d'échec de la monothérapie, puis une trithérapie si nécessaire ;
- S'assurer de la bonne tolérance, la bonne observance ;
- Référer à un spécialiste si HTA non contrôlée à 6 mois sous trithérapie ;
- Conseiller des visites tous les 3 à 6 mois en cas d'HTA contrôlée ;
- Favoriser la pratique de l'automesure tensionnelle ;
- Après 80 ans, objectif modulé sans dépasser 3 antihypertenseurs.

NB : Pour une personne de 80 ans et plus sous traitement, la PA ne doit pas être inférieure à 160 mmHg pour la systolique et 80 mmHg pour la diastolique.

- Après complication cardiovasculaire, ajuster les traitements et maintenir l'objectif tensionnel ;
- Adresser au spécialiste si :
 - ❖ HTA résistante
 - ❖ HTA compliquée (complication cardio-vasculaire)
 - ❖ Suspicion d'une HTA secondaire

III-1-2-2-3-ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE



III -1-2-2-4 Les anti hypertenseurs

Tableau VIII : Les anti hypertenseurs et les associations fixes fréquentes

DESIGNATION/SUBSTANCE ACTIVE	DOSAGE	VOIE	PRESENTATION	NOMBRE DE PRISES QUOTIDIENNE
BETA-BLOQUANTS				
Acebutolol	200mg	Orale	Comprimé	1 fois
Aténolol	50 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Bisoprolol	10mg	Orale	Comprimé	1 fois
Bisoprolol	5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Metoprolol	50 mg	Orale	Comprimé sécable	1 fois
Metoprolol	100 mg	Orale	Comprimé sécable	1 fois
Nebivolol	5 mg	Orale	Comprimé quadri sécable	1 fois
Propanolol	40 mg	Orale	Comprimé	1 fois
DIURETIQUE				
Amiloride chlorhydrate	5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Hydrochlorothiazide	25 mg	Orale	Comprimé sécable	1 fois
Indapamide LP	1,5 mg	Orale	Comprimé pellic	1 fois
Spironolactone	25 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Spironolactone	50 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Spironolactone	75 mg	Orale	Comprimé	1 fois
INHIBITEURS CALCIQUES				
Amlodipine	2,5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Amlodipine	5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Amlodipine	10 mg	Orale	Comprimé ; gélule	1 fois
Diltiazem	60 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Diltiazem	200 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Diltiazem	300 mg	Orale	Comprimé	1 fois

DIRECTIVES NATIONALES DE PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Isradipine LP	2,5 mg	Orale	Gélule	1 fois
Isradipine LP	5 mg	Orale	Gélule	1 fois
Lercanidipine	10 mg	Orale	Comprimé pellic séc	1 fois
Nifedipine LP	30 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Verapamil	40 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Vérapamil LP	120 mg	Orale	Comprimé	1 fois
INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION				
Enalapril	5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Enalapril	20 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Lisinopril	5 mg	Orale	Comprimé sécable	1 fois
Lisinopril	20 mg	Orale	Comprimé sécable	1 fois
Perindopril arginine	5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Perindopril arginine	10 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Perindopril erbumine	4 mg	Orale	Comprimé sécable	1 fois
Quinapril	5 mg	Orale	Comprimé pellic séc	1 fois
Quinapril	20 mg	Orale	Comprimé pellic séc	1 fois
Ramipril	2,5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Ramipril	5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Ramipril	10 mg	Orale	Comprimé	1 fois
ANTAGONISTES DES RECEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE 2				
Losartan	25 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Losartan	50 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Telmisartan	40 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Telmisartan	80 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Candesartan	4 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Candesartan	8 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Candesartan	16 mg	Orale	Comprimé sécable	1 fois
Valsartan	40 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Valsartan	80 mg	Orale	Comprimé	1 fois

DIRECTIVES NATIONALES DE PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Valsartan	160 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Irbesartan	150 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Irbesartan	300 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Olmesartan	20 mg	Orale	Comprimé pellic	1 fois
Olmesartan	40 mg	Orale	Comprimé pellic	1 fois
Buflomedil	150 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Buflomedil	300 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Dihydralazine	25mg/2ml	Injectable	Poudre et solv p sol inj	1 fois
ANTIHYPERTENSEURS CENTRAUX				
Rilmenidine	1mg	Orale	Comprimé	1 fois
Clonidine	0,15mg	Orale	Comprimé	1 fois
Methyldopa	250mg	Orale	Comprimé	1 fois
Methyldopa	500mg	Orale	Comprimé	1 fois
Associations fixes fréquentes				
SARTANS + INHIBITEURS CALCIQUES				
Telmisartan+ Amlodipine	40/5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Valsartan + Amlodipine	80/5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Valsartan + Amlodipine	160/5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Valsartan + Amlodipine	160/10 mg	Orale	Comprimé	1 fois
IEC + DIURETIQUES				
Perindopril arginine + Indapamide	5/1.25 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Perindopril arginine + Indapamide	10/2.5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Périndopril erbumine + Indapamide	4/1,25 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Ramipril + Hydrochlorothiazide	5/12,5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Ramipril + Hydrochlorothiazide	5/25 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Captopril + Hydrochlorothiazide	50/25 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Enalapril + Hydrochlorothiazide	20/12,5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
IEC + INHIBITEURS CALCIQUES				

DIRECTIVES NATIONALES DE PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Perindopril arginine + Amlodipine	5/5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Perindopril arginine + Amlodipine	5/10 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Perindopril arginine + Amlodipine	10/5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Perindopril arginine + Amlodipine	10/10 mg	Orale	Comprimé	1 fois
INHIBITEURS CALCIFIQUES + DIURETIQUES				
Indapamide + Amlodipine	1.5/5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Indapamide + Amlodipine	1.5/10 mg	Orale	Comprimé	1 fois
BETA BLOQUANTS + DIURETIQUES				
Bisoprolol + Hydrochlorothiazide	2.5/6.25 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Bisoprolol + Hydrochlorothiazide	5/6.25 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Bisoprolol + Hydrochlorothiazide	10/6.25 mg	Orale	Comprimé	1 fois
SARTANS (ARA II) + DIURETIQUES				
Telmisartan + Hydrochlorothiazide	40/12,5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Telmisartan + Hydrochlorothiazide	80/12,5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Telmisartan + Hydrochlorothiazide	80/25 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Irbesartan + Hydrochlorothiazide	150/12,5mg	Orale	Comprimé	1 fois
Irbesartan + Hydrochlorothiazide	300/12,5mg	Orale	Comprimé	1 fois
Losartan + Hydrochlorothiazide	50/12,5mg	Orale	Comprimé	1 fois
IEC + INHIBITEURS CALCIFIQUES + DIURETIQUES				
Amlodipine + Indapamide + Périndopril arginine	10/2,5/10 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Amlodipine + Indapamide + Périndopril arginine	5/1,25/10 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Amlodipine + Indapamide + Périndopril arginine	10/2,5/5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
ARA II + INHIBITEURS CALCIFIQUES + DIURETIQUES				
Amlodipine + Hydrochlorothiazide + Balsartan	10/12,5/160mg	Orale	Comprimé	1 fois
Amlodipine + Hydrochlorothiazide + Losartan	5/50/12,5mg	Orale	Comprimé	1 fois

LES EFFETS INDESIRABLES DES ANTI HYPERTENSEURS

Bétabloquants

- Asthénie ;
- Insomnie ;
- Bradycardie (ralentissement de la fréquence cardiaque) ;
- Troubles de la libido ;
- Refroidissement des mains et des pieds ;
- Liste non exhaustive.

Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)

- Hypotension orthostatique brutale ;
- Toux sèche ;
- Céphalées ;
- Crampes ;
- Nausées, vomissements ;
- Prurit, éruption cutanée.

Inhibiteurs des canaux calciques

- Œdème des membres inférieurs ;
- Céphalée ;
- Bradycardie, tachycardie ;
- Hypotension orthostatique.

Diurétiques

- Asthénie ;
- Déshydratation ;
- Hypotension orthostatique ;
- Crise de goutte ;
- Crampes ;
- Hypokaliémie, sauf spironolactone.

Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2

- Hypotension orthostatique.

III-2 URGENCES HYPERTENSIVES

III-2-1 DEFINITION

Définition restrictive

- Situations où :
 - L'élévation brutale de la Pression Artérielle avec atteinte viscérale (élévation pression artérielle + complication présente ou menaçante) ;
 - L'absence de prise en charge urgente engage le pronostic vital :
 - AVC
 - Dissection aortique
 - IDM
 - OAP
 - Encéphalopathie hypertensive
 - Pré éclampsie
 - Insuffisance rénale aigue

Sortent de ce cadre :

- Les poussées hypertensives asymptomatiques
- Les poussées hypertensives symptomatiques avec des signes mineurs (*épistaxis, acouphènes, vertiges, céphalées banales*)

III-2-2 CONDUITE A TENIR

Clinique	Hypothèse diagnostique	Conduite à tenir
-PA élevée -Trouble de la conscience et/ou déficit moteur	AVC	-Prendre une voie veineuse périphérique -Eviter de baisser les chiffres de PA -Traitement symptomatique -Référer le patient
-PA élevée -Douleur thoracique	Dissection aortique	-Prendre une voie veineuse -Commencer à baisser la PA avec un objectif inf. à 140/90 mmHg -Calmer la douleur et l'anxiété -Référer sans attendre
	IDM	
-PA élevée -Détrese respiratoire	OAP	-Prendre une voie veineuse -Commencer à baisser la PA avec un objectif inf. à 140/90 mmHg -Administrer du Furosémide inj. En IVD. 40 mg à répéter toutes les heures -Oxygéner si disponible -Référer sans attendre
-PA élevée -Céphalée -Vomissement -Absence de déficits moteurs	Encéphalopathie	-Prendre une voie veineuse -Commencer à baisser la PA avec un objectif d'une réduction de 25% de la PA moyenne -Référer sans attendre

-PA élevée -Grossesse évolutive -Protéinurie -Trouble de la conscience -Convulsions	Eclampsie	-Prendre une voie veineuse -Commencer à baisser la PA avec un objectif de PA inf. à 155/105 mmHg -Ne pas utiliser le CAPTOPRIL chez la femme enceinte -Référer sans attendre
PA élevée	Insuffisance rénale aigue	-Prendre une voie veineuse -Commencer à baisser la PA -Référer sans attendre (nécessité de faire un bilan biologique)

Indications

Traitement anti HYPERTENSION ARTÉRIELLE ARTÉRIELLE sublingual

- **Captopril 25 mg** en sublingual à renouveler toutes les heures sans dépasser 150 mg/24h ;
- Surveillance +++ ;
- Recherche et correction de facteurs de déstabilisation ;
- Réévaluation à moyen terme.

NB : - Ne pas l'utiliser chez la femme enceinte

- La nifédipine sublinguale (Adalate 10 mg n'a plus d'AMM dans cette indication !!!)

Traitement anti HTA parentéral

NICARDIPINE 10mg/10ml

- **Effet rapide :**

PSE : 4 à 10 mg/h (SGI en dilution à moduler avec l'évolution, adaptation par pallier de 0.5 mg/h

Pas de PSE : SGI 500 cc + 30 mg (3amp : 16 gouttes/min à moduler avec l'évolution, adaptation par pallier de 4 gouttes supplémentaires par minute).

III-2-3 CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- ❖ Traiter toutes les élévations de la pression artérielle comme des urgences ; hypertensives ;
- ❖ Prescrire de l'Adalate gélules 10 mg en sublingual (risque élevé d'AVC ischémique par bas débit cérébral brutal) ;
- ❖ Prescrire du furosémide IV pour baisser la pression artérielle en dehors de l'OAP.

III-2-4 CE QU'IL FAUT FAIRE

- ❖ Hospitaliser et surveiller devant tout risque de complication ;
- ❖ Bien évaluer le niveau d'urgence viscérale, en dehors des chiffres de pression artérielle à cause des implications thérapeutiques +++ ;
- ❖ En cas de traitement parentéral surveiller la PA toutes les 15mn pdt la 1^{ère} heure puis toutes les 30 mn pdt la 2^{ème} heure ensuite toutes les heures.

III-3-PREVENTION

III-3-1-DEPISTAGE DES SUJETS A RISQUE

III-3-1-1-DEFINITION SUJET A RISQUE

Chez qui dépister l'HTA ?

- Les personnes de plus de 40 ans
- Quel que soit l'âge
 - Les personnes ayant des antécédents familiaux d'Hypertension artérielle précoce ;
 - Les personnes atteintes de certaines maladies, comme le diabète, l'apnée du sommeil ou les maladies rénales.

NB : la prise de TA doit se faire chez tout patient venant en consultation

Les facteurs de risque :

- Le surpoids/obésité, l'obésité abdominale ;
- Une alimentation riche en sel, en matières grasses et faible en potassium ;
- Une consommation excessive d'alcool ;
- Le tabagisme ;
- L'inactivité physique ;
- Le stress ;
- La consommation régulière de réglisse noire ou de produits à base de réglisse noire, comme le pastis non alcoolisé ;
- Qualité du sommeil insuffisante.

III-3-1-2-COMMENT DEPISTER

Habituellement, la cible est de 140/90 mmHg quel que soit l'âge du patient adulte.

Les différentes étapes du dépistage :

- Informer et rassurer le sujet ;
- Demander au sujet de s'asseoir tranquillement pendant 5 minutes ;
- Placer le bras sur la table, paume de main tournée vers le haut, les pieds doivent être posés sur un plan dur ;
- Mesurer la circonférence du bras ;
- Choisir la taille de brassard appropriée ;
- S'assurer que le bras est libre de tout vêtement ;
- Placer le brassard correctement sur le bras (aligner la flèche indicatrice sur le trajet de l'artère brachiale) ;
- Maintenir le brassard positionné au même niveau que le cœur pendant la mesure ;
- Utiliser un appareil recommandé aux normes internationales ;
- Mesurer la TA ;
- Noter les résultats de la première lecture sur la fiche de dépistage ou sur le carnet de santé ;
- S'assurer que le brassard est dégonflé et attendre pendant 2-3 minutes ;
- Enregistrer la deuxième lecture de la TA sur la fiche de dépistage ou sur le carnet de santé ;
- Informer le sujet du résultat de la TA uniquement une fois la procédure terminée.

NB : Quel que soit le résultat, donner les conseils au patient.

III-4-INFORMATION EDUCATION COMMUNICATION (IEC) / COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC)

■ Pratiquer une activité physique régulière

- La pratique d'une activité physique régulière et adaptée aux possibilités du patient (par exemple 30 min/j au moins 5 fois/semaine **en endurance** avec une activité cumulée d'au moins 150 min /semaine) ;

Type d'activités

- Marche rapide
- Course à pied (jogging-footing)
- Natation
- Vélo
- Tapis roulant

Contribuent à faire baisser la TA

NB : Eviter les activités statiques (musculature...)

■ Cesser de fumer et éviter l'abus d'alcool

Tabagisme

- Sensibiliser sur les méfaits du tabagisme (chicha, cigarette, narguilé, cigarette électronique, cigare, prise, chique...) ;
- Sensibiliser sur le décret d'interdiction de fumer dans les lieux publics et les transports en commun ;
- Inciter tous les non-fumeurs à ne pas commencer à fumer ;
- Conseiller fortement à tous les fumeurs de cesser de fumer et les aider dans leurs efforts en les référant aux centres d'aide au sevrage tabagique (croix bleue, CHU Cocody, les SSSU...).

Consommation d'alcool

- Sensibiliser sur les méfaits de l'abus d'alcool ;
- Eviter l'abus d'alcool (ne pas dépasser 30 g en teneur d'éthanol pur chez l'homme et 15 g en teneur d'éthanol pur chez la femme).

Nature de l'Alcool	Equivalent verre (consommation) standard
VIN	
1 verre de vin (120 ml)	1 verre
1 bouteille de vin	6 verres (en moyenne)
1 coupe de vin	1 verre
BIERE	
1 bouteille de bière (285 ml)	1 verre
1 casier de bière (12 bouteilles de 66 cl)	24 verres
ALCOOL FORT (LIQUEUR)	
1 Whisky Soda ou 1 ballon	1 verre
¼ litre ou ½ pinte de liqueur	6 verres
½ litre ou 1 pinte de liqueur	12 verres
1 bouteille de liqueur	24 verres

■ Adopter une alimentation saine

Pour le sel (chlorure de sodium)

- Réduire l'apport sodé (5g/j de sel au maximum équivalent à une cuillère à café rase) sans rajout de cube ou bouillon d'assaisonnement ;
- Limiter la consommation d'aliments transformés ou de produits de la restauration rapide (biscuits salés, olives, produits d'apéritif, fast-food, Garba, ...).

Pour les fruits et légumes

- Consommer 5 portions (400-500 grammes) de fruits et de légumes par jour ;
- 1 portion équivaut à une orange, une pomme, une mangue, une banane ou 3 cuillères à soupe de légumes cuits.

Pour les aliments riches en graisses

- Limiter la consommation de viandes grasses, graisse de lait et d'huile de cuisine (moins de 2 cuillères à soupe par jour) ;
- Préférer l'huile de palme raffinée ou non, l'huile d'olive, l'huile de soja, l'huile de maïs, l'huile de colza ou l'huile de tournesol ;
- Remplacer les viandes rouges par la viande blanche (exemple : volaille sans la peau).

- Manger du poisson au moins 3 fois par semaine, de préférence des poissons gras comme le thon blanc non salé, le maquereau, le mâchoiron, la sardine ou le saumon.

■ **Recommandations pour une bonne observance du traitement**

Si des médicaments ont été prescrits au malade :

- Lui enseigner comment les prendre ;
- Lui expliquer la différence qui existe entre les médicaments destinés à un traitement au long cours (par exemple pour l'Hypertension artérielle) et les médicaments destinés à un soulagement rapide (par exemple en cas d'accès palustre) ;
- Expliquer au patient les raisons pour lesquelles on lui a prescrit le/les médicament(s).

Vérifier que le patient a bien compris avant qu'il ne quitte le centre de santé

- Lui expliquer l'importance d'avoir une réserve suffisante de médicaments en toute circonstance ;
- Expliquer la nécessité de poursuivre le traitement malgré la disparition des symptômes.

CONCLUSION

On accorde de plus en plus d'intérêt à la prise en charge de l'Hypertension artérielle au niveau primaire afin de limiter les complications et aussi de désengorger les structures spécialisées de prise en charge. Ces directives de prise en charge de l'Hypertension artérielle sont simplifiées et moins exigeantes.

Chez les patients hypertendus, le but du traitement est d'obtenir la normalisation de la PA et de prévenir les complications à long terme.

Les règles hygiéno-diététiques constituent le socle de la prise en charge de l'hypertension artérielle.

REFERENCES

1. Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, et al. Global burden of Arterial Hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115 mm Hg, 1990–2015. *JAMA* 2017; 317: 165–82.
2. Gakidou E, Afshin A, Abajobir AA, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2016; 390: 1345–422.
3. Anastase Dzudie, Brian Rayner, Dike Ojji, Aletta E Schutte, Marc Twagirimukiza, Albertino Damasceno, Seringe Abdou Ba, Abdoul Kane, Euloge Kramoh, Jean Baptiste Anzouan Kacou, Basden Onwubere, Ruth Cornick, Karen Sliwa, Benedict Anisiuba, Ana Olga Mocumbi, Elijah Ogola, Mohamed Awad, George Nel, Harun Otieno, Ali Ibrahim Toure, Samuel Kingue, Andre Pascal Kengne, Pablo Perel, Alma Adler, Neil Poulter, Bongani Mayosi, on behalf of the PASCAR task force on Arterial Hypertension Roadmap to achieve 25% Arterial Hypertension control in Africa by 2025. *Cardiovascular Journal of Africa* 2017 ; 28 : 266-73.
4. République de Côte d'Ivoire. Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique. Rapport PREVADIA 2017
5. Recommandations ESH 2007 pour la prise en charge de l'Hypertension artérielle traduit de : *Journal of Hypertension artérielle* 2007 ; 25 : 1105-87-copyright SF HTA traduction septembre 2007
6. IDM, ANGOR, insuffisance cardiaque, AVC
7. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial Hypertension 2013; 31: 1281
8. 2014 Evidence-based guidelines for the management of high BP in adults (JNC 8) *JAMA* Dec 18 2013
9. Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles : Directive relative aux soins de santé primaires dans les contextes de faibles ressources
10. Recommandations European Society of arterial Hypertension/European Society of Cardiology 2009 pour la prise en charge de l'Hypertension artérielle. [Consulté le 19 janvier 2011]. [www.sfHypertension artérielle artérielle.net](http://www.sfHypertensionartérielle.net)
11. Manuel des directives du Paquet Minimum d'Activités de l'hôpital de référence des districts de santé ; PUCI décembre 2006l

ANNEXES

ANNEXE 1 : Consultation d'information et d'annonce

ANNEXE 2 : La position idéale pour une bonne prise de tension

ANNEXE 3 : Les associations possibles d'anti HTA

ANNEXE 4 : Notions suggérant une HTA secondaire

ANNEXE 5 : Les noms commerciaux des anti hypertenseurs

ANNEXE 6 : formations sanitaires abritant une clinique de diabète et de l'HTA

ANNEXE I : CONSULTATION D'INFORMATION ET D'ANNONCE

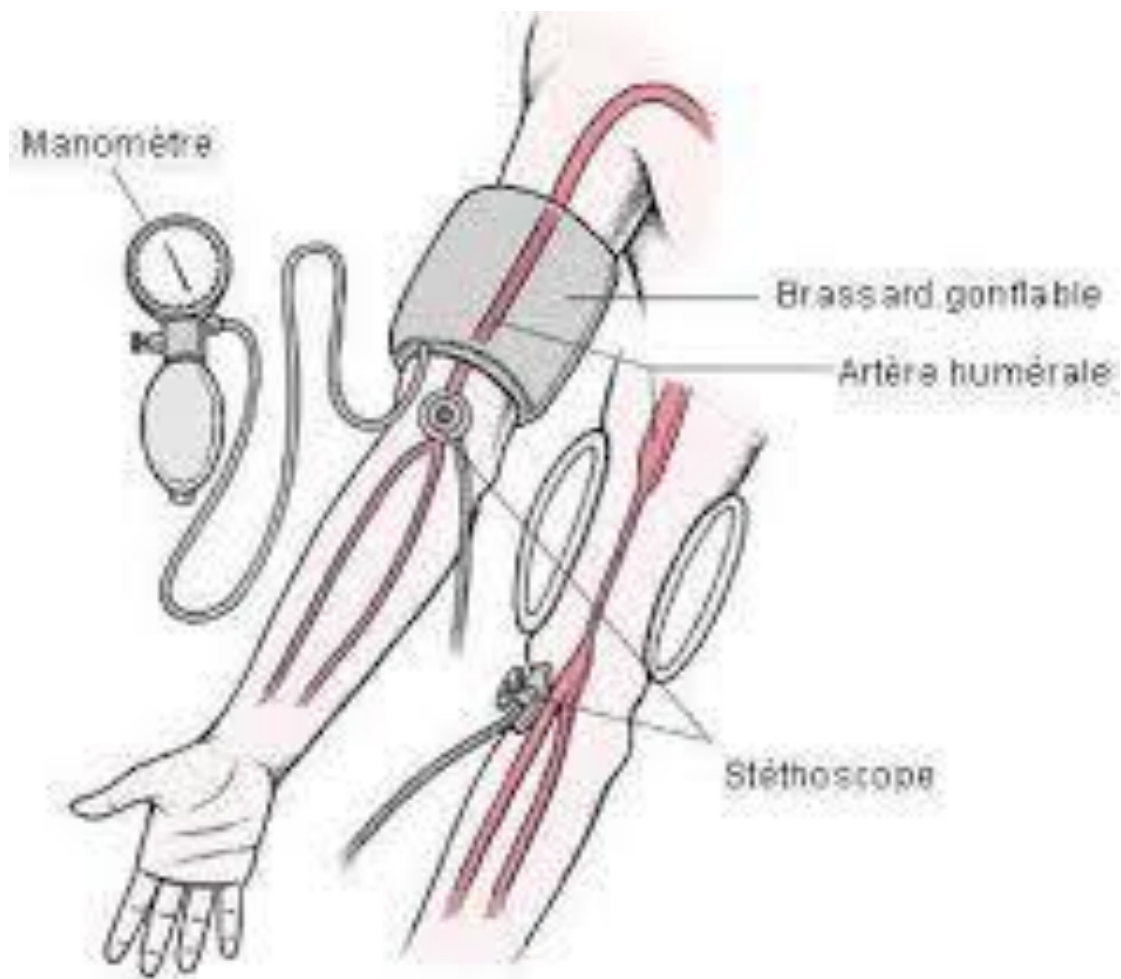
La prise en charge d'un patient hypertendu nécessite une information et un temps éducatif qui se font au mieux dans le cadre d'une consultation dédiée.

Cette consultation permet d'informer le patient des risques liés à l'HTA, des bénéfices démontrés du traitement antihypertenseur, de fixer les objectifs du traitement et d'établir un plan de soins. La décision médicale partagée entre le médecin et son patient favorise l'adhésion du patient à sa prise en charge.

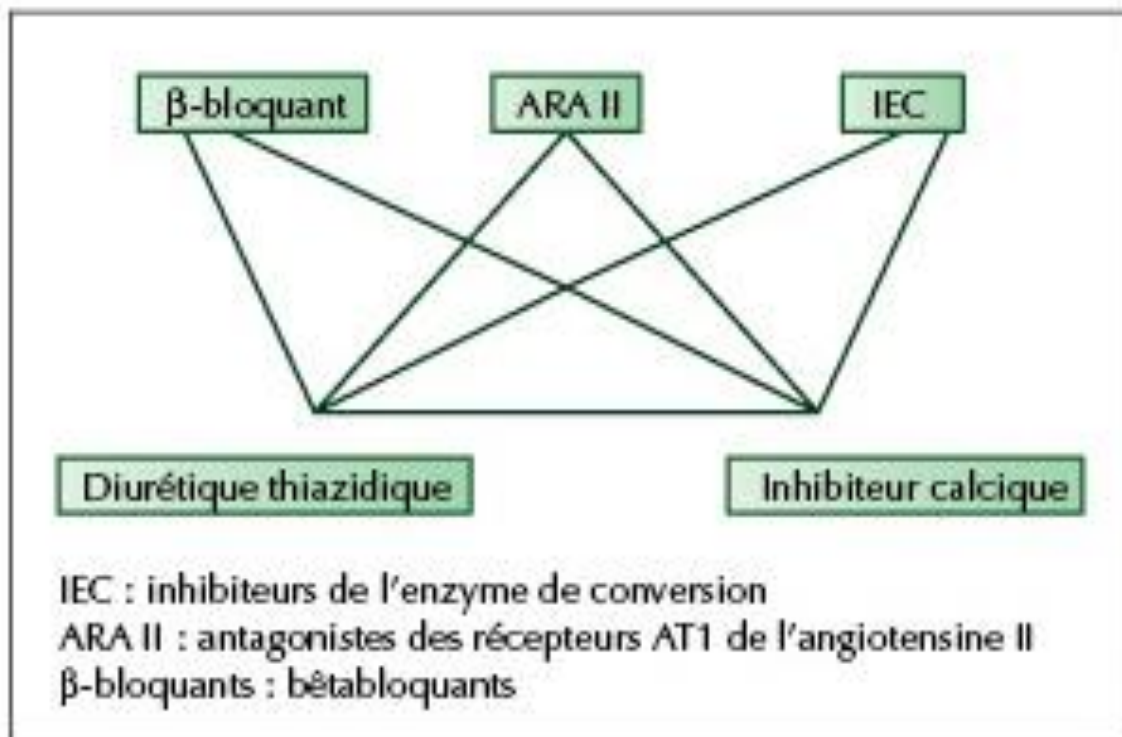
Il est recommandé que des mesures hygiéno-diététiques soient initiées dès cette consultation. En fonction du profil du patient, de la sévérité de son HTA, de ses préférences et de son adhésion à ces mesures, le délai de mise en route du traitement médicamenteux sera adapté pour atteindre l'objectif d'une PA contrôlée à 6 mois.

Au cours des 6 premiers mois, des consultations médicales mensuelles sont recommandées jusqu'à obtention du contrôle tensionnel pour évaluer la tolérance et l'efficacité du traitement, renforcer l'éducation et parfaire l'information du patient.

ANNEXE II : LA POSITION IDEALE POUR UNE BONNE PRISE DE TENSION



ANNEXE III : LES ASSOCIATIONS POSSIBLES D'ANTI HTA



ANNEXE IV : NOTIONS SUGGERANT UNE HTA SECONDAIRE

PATHOLOGIES	SIGNES
Néphropathie parenchymateuse	-Œdèmes, protéinurie, urines mousseuses, hématurie, antécédents de maladie rénale -Antécédents familiaux de néphropathie
HTA Réno vasculaire	-Souffle artère rénale
HTA surrénalienne	-Céphalées, sueurs, palpitations : phéochromocytome ? -Vergetures, dépigmentation, obésité facio-tronculaire : hypercortisolisme ? -Crampes, hypokaliémie, dérobement de jambes : hyperaldostérionisme ?
Coarctation de l'aorte	-Abolition des pouls fémoraux, -Comparer les PA aux membres supérieurs et aux membres inférieurs, baisse des PA aux membres inférieurs par rapport aux membres supérieurs.
HTA iatrogène	-Rechercher la prise de produits pouvant induire une HTA

ANNEXE V : LES NOMS COMMERCIAUX DES ANTI HTA

LES ANTI HTA

CLASSE THERAPEUTIQUE	DCI	NOMS COMMERCIAUX	DOSAGE (mg)
BETABLOQUANT	Bisoprolol	DETENSIEL	10
DIURETIQUE	Indapamide LP	FLUDEX LP	1.5 - 2.5
AMLODIPINE	Amlodipine	LOPINE	5 - 10
INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION	Perindopril arginine	COVERSYL	5 - 10
	Ramipril	Triatec	2.5 – 5 - 10
ARA II	Telmisartan	TELMIS	40 - 80

Associations fixes fréquentes

SARTAN + INHIBITEURS CALCIQUE	Telmisartan+ Amlodipine	TELMIS-A	40/5 ; 40/10 80/5 ; 80/10
	Valsartan + Amlodipine	AMSTAN	5/80 ; 5/160 10/160
ICE + DIURETIQUE	Perindopril arginine + Indapamide	BIPRETERAX	5/1.25 ; 10/2.5
	Ramipril +Hydrochlorothiazide	TRITAZIDE	5/12.5
IEC + INHIBITEURS CALCQUES	Perindopril arginine + Amlodipine	COVERAM	5/5 ; 5/10 10/5 ; 10/10
INHIBITEUR CALCIQUE + DIURETIQUES	Indapamide + Amlodipine	NATRIXAM	1.5/5 ; 1.5/10
BETA BLOQUANTS+ DIURETIQUES	Bisoprolol Hydrochlorothiazide	LODOZ	2.5/6.25 ; 5/6.25 10/6.25
SARTANS + DIURETIQUES	Termisartan+ hydrochlorothiazide	TELMIS-H	40/12,5
ANTIHYPERTENSEURS CENTRAUX	Dihydrogenophosphate de Rilmenidine	HYPERIUM	1
IEC+ INHIBITEURS CALCQUES + DIURETIQUES	Périndopril arginine+ Indapamide amlodipine	TRIPLIXAM	5/1,25/5 ; 5/1,25/10 10/2,5/5 ; 10/2,5/10

ANNEXE VI :
**FORMATIONS SANITAIRES ABRITANT UNE CLINIQUE DE DIABETE
ET DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE**

FORMATIONS SANITAIRES	CONTACTS
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL D'Abengourou	35 91 31 30
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL D'ABOISSO	07 86 97 44 / 46 48 63 18
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL D'ODIENNE	33 70 81 95
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL D'AGBOVILLE	23 54 71 46
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE BONDOUKOU	35 91 53 43 / 35 91 51 79
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE BOUAFLE	30 68 91 35 / 30 68 93 43
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL de DALOA	32 78 36 23
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE DIMBOKRO	30 62 52 11 / 30 62 50 33
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE DIVO	32 76 00 97 / 32 76 04 96
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE Gagnoa	23 57 60 33
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL de KORHOGO	36 86 05 29
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE MAN	33 79 00 33 / 33 79 01 61
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE San Pedro	34 71 11 30 / 34 71 27 02
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL de YAMOUSSOUKRO	30 64 00 33 / 30 64 01 36
CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE Bouake	31 00 01 99 / 225 31 00 02 99
CHR DE SEGUELA	32 74 01 59
DISPENSARE COCODY	22 48 10 00/22 44 13 79
ESPACE DIABETO CHU TREICHVILLE	21 24 91 22 / 21 25 65 70
HOPITAL GENERAL ABOBO NORD	24 39 12 90 /24 39 15 52
HOPITAL GENERAL DE BONOUA	21 30 09 18
HOPITAL GENERAL PORT BOUET	21 27 85 00
HOPITAL METHODISTE DE DABOU	32 78 36 23
HOSPITAL GENERAL ABOBO SUD	24 48 50 06
HOSPITAL GENERAL ADZOPE	08 76 39 56
HOSPITAL GENERAL D'ANYAMA	23 55 90 90
HOSPITAL GENERAL DE DAOUKRO	08 00 58 98
HOSPITAL GENERAL JACQUEVILLE	06 32 25 63
PMI DE SOKOURA	08 83 93 38
SERVICE MEDICAL DES FONCTIONNAIRES	20 30 61 20

