

NORMES DE QUALITÉ

Hypertension

Soins destinés aux adultes
dans la communauté

2024

Portée de cette norme de qualité

Cette norme de qualité porte sur les soins destinés aux adultes de 18 ans et plus qui ont reçu un diagnostic d'hypertension ou qui présentent un risque de développer de l'hypertension. Elle est axée sur la prévention, le dépistage, l'évaluation, le diagnostic et la gestion de l'hypertension dans le cadre des soins primaires, des soins de longue durée et d'autres milieux de soins à domicile et en milieu communautaire. Les énoncés de qualité peuvent aussi s'appliquer aux milieux de soins spécialisés, lorsque cela s'avère approprié. Les énoncés de qualité peuvent s'appliquer lors de la grossesse; toutefois, cette norme de qualité ne vise pas directement ces personnes ni ne comporte d'éléments propres au diagnostic et à la gestion de l'hypertension durant la grossesse ou le post-partum.

S'il y a lieu, les énoncés de qualité s'alignent sur le document d'orientation de Santé Ontario intitulé [Utilisation cliniquement appropriée des soins virtuels en soins primaires : Phase II – hypertension](#)¹. Ce document d'orientation soutient les cliniciens en soins primaires qui ont recours à des modalités virtuelles dans le cadre d'un modèle de soins hybride (c'est-à-dire des soins combinant des visites virtuelles et en personne, selon les besoins) pour le dépistage, l'évaluation et la prise en charge de l'hypertension artérielle.

Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

Les normes de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour des conditions ou des processus où il y a de grandes variations dans la façon dont les soins sont dispensés ou où il y a des écarts entre les soins fournis en Ontario et les soins que les patients devraient recevoir. Objectifs :

- Aider les patients, les familles et les partenaires de soins à savoir ce qu'ils doivent demander relativement aux soins;
- Aider les cliniciens à savoir quels soins ils devraient offrir, sur la base de données probantes et d'un consensus d'experts;
- Aider les organismes de soins de santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur rendement en matière de soins aux patients.

Les normes de qualité et les guides du patient qui les accompagnent sont élaborées par Santé Ontario, en collaboration avec les cliniciens, les patients et les partenaires de soins de l'Ontario.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez contacter QualityStandards@OntarioHealth.ca.

Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé

Ces énoncés de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes atteintes d'hypertension.

Énoncé de qualité 1 : Des soins de l'hypertension adaptés sur le plan culturel

Les personnes atteintes d'hypertension ou présentant un risque de développer de l'hypertension (et leur famille et leurs partenaires de soins) reçoivent des soins offerts par des équipes de soins de santé dans un système adapté à leur culture et exempt de discrimination et de racisme. Les équipes de soins de santé mettent tout en œuvre pour instaurer un climat de confiance, corriger les idées fausses sur l'hypertension, éliminer les obstacles d'accès aux soins et offrir des soins équitables.

Énoncé de qualité 2 : Mesure précise de la tension artérielle

Les personnes bénéficient de la mesure automatisée de la tension artérielle au cabinet médical lorsque la mesure de la tension artérielle est prise sur place.

Énoncé de qualité 3 : Évaluation hors cabinet pour le diagnostic de l'hypertension

Les personnes présentant des mesures élevées de la tension artérielle au cabinet sont soumises à une mesure ambulatoire de la tension artérielle pour confirmer le diagnostic d'hypertension. La mesure de la tension artérielle à domicile peut être utilisée si la mesure ambulatoire de la tension artérielle n'est pas tolérée ou disponible rapidement, ou si le patient préfère le faire à son domicile.

Énoncé de qualité 4 : Changements des comportements liés à la santé

Les personnes atteintes d'hypertension ou présentant un risque de développer de l'hypertension (et leur famille et leurs partenaires de soins) reçoivent de l'information et du soutien pour opérer des changements de comportements liés à la santé qui peuvent leur permettre de diminuer leur tension artérielle et leur risque de maladies cardiovasculaires, y compris la pratique d'une activité physique, la diminution de la consommation d'alcool, le changement d'alimentation, les apports en sodium et en potassium, le renoncement au tabac, la gestion du stress et la gestion du poids.

Énoncé de qualité 5 : Planification des soins et autogestion

Les personnes atteintes d'hypertension (ainsi que leur famille et leurs partenaires de soins) collaborent avec leurs cliniciens et ont recours à la prise de décisions partagée pour créer un plan de soins comprenant des valeurs cibles de tension artérielle, des objectifs pour le changement de comportements liés à la santé, le choix des médicaments et l'observance du traitement, les examens de diagnostic recommandés, la gestion des pathologies concomitantes et les dates des rendez-vous de suivi.

Énoncé de qualité 6 : Surveillance et suivi après un diagnostic d'hypertension

Les personnes atteintes d'hypertension qui modifient activement leurs comportements liés à la santé, mais ne prennent pas de médicaments pour la tension artérielle sont évaluées par leur clinicien tous les 3 à 6 mois. Des intervalles plus courts (tous les 1 à 2 mois) peuvent être nécessaires pour les personnes ayant une tension artérielle plus élevée. Les personnes à qui l'on a prescrit un médicament pour la tension artérielle sont évaluées tous les 1 à 2 mois jusqu'à l'atteinte de leur valeur cible lors de deux visites consécutives. Elles sont ensuite évaluées tous les 3 à 6 mois.

Énoncé de qualité 7 : Amélioration de l'observance du traitement

Les personnes à qui l'on prescrit des médicaments pour la tension artérielle (et leur famille et leurs partenaires de soins) reçoivent des renseignements et des soutiens pour les aider à prendre régulièrement leurs médicaments, selon l'ordonnance. À chaque rendez-vous de suivi pour l'hypertension, les personnes abordent avec leurs cliniciens l'usage des médicaments, les effets secondaires possibles et les obstacles auxquels elles sont confrontées pour prendre leurs médicaments selon l'ordonnance.

Table des matières

Portée de cette norme de qualité	2
Qu'est-ce qu'une norme de qualité?.....	2
Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé	3
Justification de la nécessité de cette norme.....	6
Mesure à l'appui de l'amélioration	8
Énoncé de qualité 1 : Des soins de l'hypertension adaptés sur le plan culturel	9
Énoncé de qualité 2 : Mesure précise de la tension artérielle	13
Énoncé de qualité 3 : Évaluation hors cabinet pour le diagnostic de l'hypertension	16
Énoncé de qualité 4 : Changements des comportements liés à la santé	20
Énoncé de qualité 5 : Planification des soins et autogestion	24
Énoncé de qualité 6 : Surveillance et suivi après un diagnostic d'hypertension	28
Énoncé de qualité 7 : Amélioration de l'observance du traitement.....	31
Appendice 1 : À propos de cette norme de qualité.....	34
Appendice 2 : Glossaire	36
Appendice 3 : Valeurs et principes directeurs	38
Remerciements	41
Références	43
À propos de nous	50
Besoins de renseignements supplémentaires	51

Justification de la nécessité de cette norme

L'hypertension est une pathologie courante qui touche près de 25 % des adultes canadiens^{2,3}. En Ontario, 26 % des personnes âgées de 18 ans et plus (soit plus de 3 millions d'adultes) et 66 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont reçu un diagnostic d'hypertension en 2021⁴.

Il s'agit du facteur de risque de décès ou d'invalidité modifiable le plus courant, qui peut entraîner une morbidité cardiovasculaire, des maladies rénales chroniques, des complications touchant de nombreux organes (y compris le cerveau, le cœur, les yeux, les reins et le système vasculaire périphérique), ainsi que la mort⁵. Les facteurs de risque courants de l'hypertension comprennent l'obésité, le tabagisme, la consommation d'alcool, les antécédents familiaux d'hypertension et des maladies telles que le diabète ou un taux de cholestérol élevé^{6,7}. Les problèmes de multimorbidité (le fait d'avoir plusieurs maladies chroniques), y compris l'hypertension, nuisent à la qualité de vie des personnes et augmentent considérablement le risque d'invalidité et de mortalité chez les adultes plus âgés⁸.

Au Canada, la prise en charge de l'hypertension s'est considérablement améliorée ces 30 dernières années⁹. Toutefois, 17 % des personnes atteintes d'hypertension ne sont pas au courant qu'elles le sont et chez un tiers des personnes atteintes d'hypertension, la maladie est mal maîtrisée⁵. En Ontario, le nombre de visites au service d'urgence de personnes avec un diagnostic d'hypertension a augmenté de 19 % entre 2017–2018 et 2021–2022. Toutefois, environ la moitié de ces visites auraient pu être évitées, car il s'agissait de patients qui ont été renvoyés chez eux sans être admis à l'hôpital, une issue qui a été associée à de faibles taux de complications de l'hypertension précoces et de décès (Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé, 2021–2022)¹⁰. Une bonne prise en charge de l'hypertension dans le cadre des soins à domicile et en milieu communautaire et des soins primaires est essentielle pour empêcher ces visites évitables au service d'urgence.

L'hypertension touche de manière disproportionnée les personnes noires, autochtones, d'Asie du Sud et francophones, ainsi que les personnes âgées; les femmes de 65 ans et plus (données rapportées en utilisant uniquement les catégories binaires *hommes/femmes*); et les personnes vivant dans des collectivités rurales et éloignées¹¹⁻¹⁵. En Ontario, par exemple, les personnes noires ou d'Asie du Sud sont trois fois plus susceptibles d'être atteintes d'hypertension que les Blancs⁶.

Une étude canadienne portant sur l'origine ethnique, le sexe (en utilisant uniquement des catégories de sexe binaires) et le niveau de revenu a révélé que les femmes noires et blanches au revenu plus élevé étaient moins susceptibles de développer de l'hypertension, mais que l'inverse était vrai pour les hommes noirs¹⁶. La population métisse de l'Ontario a une prévalence d'hypertension 17 % supérieure à celle du reste de la population¹⁷. Les francophones en Ontario sont en moins bonne santé que les anglophones; ils présentent notamment des taux d'hypertension plus élevés^{15,18}. De plus, 15 % des francophones de l'Ontario sont des immigrants, et parmi eux, 63,5 % sont issus de groupes racialisés¹⁹. Les personnes plus âgées sont plus susceptibles d'avoir une mauvaise prise en

charge de leur hypertension, ce qui entraîne des risques supplémentaires de déficience cognitive modérée, de démence et de déclin des capacités fonctionnelles physiques^{6,13}.

Les raisons potentielles derrière ces différences de prévalence et d'incidence de l'hypertension entre les groupes de différentes origines ethniques comprennent les différences biologiques quant aux mécanismes de régulation de la tension artérielle, et des facteurs environnementaux et comportementaux comme l'accès aux soins, le statut socioéconomique, les habitudes alimentaires, les réseaux sociaux, le stress, le racisme et les comportements liés à la santé²⁰. De plus, l'hypertension est inégalement répartie selon le statut socioéconomique, un fait que l'on peut attribuer à des facteurs comme l'accès à une alimentation saine, à l'activité physique et aux soins primaires, le coût des médicaments contre l'hypertension, la littératie en santé et l'emplacement géographique^{11,21}. Les personnes sans-abri présentent souvent des taux d'hypertension similaires à ceux de la population générale, mais leur pathologie n'est souvent pas diagnostiquée ou pas traitée, ce qui contribue à une moins bonne gestion de leur tension artérielle²².

Les restrictions sur les plans social, économique et des soins de santé liées à la pandémie de COVID-19 ont eu des conséquences négatives sur la gestion des risques cardiovasculaires (p. ex., effets imprévus sur la continuité des soins et l'observance du traitement et les changements de comportements liés à la santé recommandés, diminution de l'activité physique, perte de revenus, isolement social et hausse de la dépression et de l'anxiété)²³. De plus, la dépendance accrue aux soins virtuels durant la pandémie a eu des répercussions sur l'équité : les facteurs comme l'accès à Internet, la littératie numérique, l'âge, le lieu, la langue et la culture ont influé sur la façon dont certaines populations ont reçu des soins pour l'hypertension^{23,24}. Le développement de l'accès aux soins virtuels pour l'évaluation, le diagnostic et la gestion de l'hypertension est une excellente occasion d'améliorer la prise en charge de l'hypertension et de promouvoir l'équité en santé^{1,25}.

Des changements de comportements liés à la santé sont recommandés pour le traitement initial de l'hypertension²⁶. En règle générale, un médicament pour réguler la tension artérielle est recommandé chez les adultes atteints d'hypertension dont la tension artérielle systolique et la tension artérielle diastolique restent supérieures aux valeurs cibles de < 140/90 mm Hg (< 130/80 mm Hg chez les adultes diabétiques ou une tension artérielle systolique < 120 mm Hg chez ceux atteints d'une maladie rénale chronique)²⁶. Les conclusions de l'essai SPRINT sur la gestion de l'hypertension ont révélé que comparé à un traitement classique (tension artérielle systolique cible < 140 mm Hg), le traitement intensif (tension artérielle systolique cible < 120 mm Hg) a entraîné une réduction considérable du nombre d'accidents cardiovasculaires majeurs^{27,28}. Les lignes directrices actuelles d'Hypertension Canada²⁶ recommandent d'adopter une approche fondée sur les risques pour les seuils de traitement et les mesures cibles de la tension artérielle. Les lignes directrices préconisent l'évaluation des risques cardiovasculaires lors de la prise de décisions sur les médicaments contre l'hypertension, et recommandent d'impliquer les patients à la réduction de leurs risques par des changements de comportements comme une perte de poids, la pratique d'une activité physique et le régime alimentaire dans le respect de leur culture.

Mesure à l'appui de l'amélioration

Le Comité consultatif sur la norme de qualité « Hypertension : Soins destinés aux adultes dans la communauté » a cerné cinq indicateurs généraux pour la surveillance des progrès en matière d'amélioration des soins apportés aux Ontariens atteints d'hypertension.

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

- Pourcentage de personnes ayant reçu un diagnostic d'hypertension depuis au moins un an qui ont eu au moins un accident vasculaire cérébral au cours d'une année donnée
- Pourcentage de personnes ayant reçu un diagnostic d'hypertension depuis au moins un an qui ont eu au moins un accident cardiovasculaire au cours d'une année donnée. Stratifié par :
 - Événements liés aux maladies cardiaques
 - Tous les événements liés aux maladies cardiovasculaires (à l'exception de l'hypertension en soi)
- Pourcentage de personnes atteintes d'hypertension qui ont fait au moins une visite non prévue en service de soins aigus pour de l'hypertension au cours de l'année précédente. Stratifié par :
 - Visites au service d'urgence non prévues
 - Hospitalisations urgentes
- Pourcentage de personnes atteintes d'hypertension qui font preuve d'observance en prenant leurs médicaments pour la tension artérielle (mesurable pour les personnes âgées de 65 ans et plus seulement)

Indicateur ne peut être mesuré qu'à l'aide de données locales

- Pourcentage de personnes atteintes d'hypertension qui ont déclaré que leur tension artérielle était dans les valeurs cibles au cours du mois dernier

Énoncé de qualité 1 : Des soins de l'hypertension adaptés sur le plan culturel

Les personnes atteintes d'hypertension ou présentant un risque de développer de l'hypertension (et leur famille et leurs partenaires de soins) reçoivent des soins offerts par des équipes de soins de santé dans un système adapté à leur culture et exempt de discrimination et de racisme. Les équipes de soins de santé mettent tout en œuvre pour instaurer un climat de confiance, corriger les idées fausses sur l'hypertension, éliminer les obstacles d'accès aux soins et offrir des soins équitables.

Source : Consensus du comité consultatif

Définitions

Risque d'hypertension : Les facteurs de risque de l'hypertension comprennent le vieillissement, l'obésité, le tabagisme, la consommation d'alcool, les antécédents familiaux d'hypertension, les maladies comme le diabète, les maladies rénales chroniques ou le taux de cholestérol élevé, la faible consommation de fruits et de légumes frais et la sédentarité^{6,7,26}.

Soins adaptés sur le plan culturel : Cela désigne des soins de qualité appropriés sur le plan culturel et offerts sans préjugés. Les soins adaptés sur le plan culturel visent à réduire les disparités en matière de santé en^{29,30} :

- Créant un environnement respectueux de la culture du patient.
- Utilisant la négociation culturelle entre les croyances culturelles du patient et les croyances de la culture des soins de santé (*négociation culturelle*).
- Tenant compte de l'effet de la culture sur la perception du temps et de l'espace, sur la perception du contact visuel et sur les choix alimentaires.

Des soins adaptés sur le plan culturel sont offerts par des équipes de soins de santé qui respectent la diversité de leur patientèle et sont conscients des facteurs culturels qui peuvent influencer sur la santé et les soins de santé, y compris la langue, les modes de communication, les croyances, les attitudes et les comportements.

Discrimination : Cela désigne la prise d'une mesure ou d'une décision injuste envers une personne ou un groupe en raison de leur âge, leur origine ethnique, leur genre, leur état de santé, leur statut d'immigrant, leur statut socioéconomique ou d'autres éléments de leur identité³¹. En plus des effets qu'a la discrimination sur les plans social, émotionnel et de la santé mentale, de telles expériences peuvent générer du stress qui dérègle le système cardiovasculaire et réduit la capacité du corps à réguler la tension artérielle³².

Racisme : Il s'agit de la discrimination systémique qui nuit aux populations racialisées et aux groupes ayant des besoins sociaux liés à la santé. Cela crée des obstacles et des disparités en matière d'accès à des soins de santé appropriés et des services sociaux et communautaires pour les populations noires, autochtones, d'Asie du Sud et autres personnes racialisées³³⁻³⁵. Le racisme est souvent le résultat de préjugés institutionnels dans la culture, les politiques, les directives, les pratiques et les procédures organisationnelles qui peuvent paraître neutres, mais ont pour effet de privilégier certains groupes et d'en désavantager d'autres³⁶. Cela comprend souvent la catégorisation, la dépréciation, le jugement, l'exclusion sociale d'une personne en fonction de son état de santé, ou une combinaison de ces comportements, ayant souvent des effets néfastes sur la santé de la personne³².

Instaurer un climat de confiance : La confiance est au cœur d'une bonne relation entre un patient et son équipe de soins de santé. Un climat de confiance est instauré lorsque le patient estime que son équipe de soins de santé est compétente, responsable, attentionnée, délicate et fait preuve d'éthique, tout en affichant des attitudes et des comportements respectueux et valorisant le patient³⁷. La confiance a été associée à l'amélioration de la communication entre le patient et le clinicien, de la satisfaction quant aux soins de santé, de l'observance des traitements, du recours aux services de santé, de la continuité des soins, et de l'état de santé autoévalué et de la gestion de la tension artérielle³⁷.

Éliminer les obstacles d'accès aux soins : Les équipes et organismes de soins de santé devraient tout mettre en œuvre pour éliminer les obstacles systémiques qui empêchent des personnes (et leur famille et leurs partenaires de soins) d'accéder aux soins et aux services communautaires et sociaux pour la prévention, l'évaluation, le diagnostic et la gestion de l'hypertension. Ces obstacles sont notamment^{38,39} :

- Des difficultés d'accès à une clinique ou à un clinicien (p. ex., manque d'accès à un clinicien de soins primaires, incapacité de communiquer avec des cliniciens ou des cliniques, horaires d'ouverture des cliniques peu pratiques, déplacements ou transport);
- Le manque de connaissances ou les connaissances limitées de l'hypertension et sa prise en charge par le patient (et sa famille ou son partenaire de soins);
- Des procédures de soins qui empêchent les patients de recevoir les traitements nécessaires et des soins de grande qualité (p. ex., mauvais traitements ou marginalisation en milieu clinique, difficulté à communiquer avec des cliniciens en raison d'une barrière linguistique ou de l'incapacité des cliniciens à donner des renseignements clairs ou suffisants, difficulté pour accéder aux outils ou aux systèmes de téléconsultation ou autres technologies);
- L'abordabilité ou les coûts associés aux changements de comportements liés à la santé (voir l'énoncé de qualité 4), aux appareils de mesure de la tension artérielle et aux médicaments.

Soins équitables : Pour des soins équitables, chaque personne atteinte d'hypertension ou présentant un risque doit avoir l'occasion d'atteindre son plein potentiel de santé grâce à l'accès sans obstacle à des soins cliniques de grande qualité. Pour cela, il faut éliminer les obstacles au sein des milieux de soins et au-delà, y compris les déterminants sociaux de la santé (p. ex., racisme, discrimination, pauvreté). Des soins équitables sont offerts lorsque la personne bénéficie d'interventions rapides, appropriées et sans complications évitables dues à la discrimination.

Justification

En Ontario, de nombreuses populations sont touchées de manière disproportionnée par l'hypertension, y compris les populations noires, autochtones et d'Asie du Sud, les personnes à faible revenu ou vivant dans des collectivités rurales et éloignées, les francophones et les personnes âgées comme les femmes de 65 ans et plus^{11,12-15}. Ces populations en quête d'équité présentent souvent des problèmes de santé liés à l'hypertension plus graves que ceux d'autres groupes⁴⁰.

Les expériences de discrimination peuvent varier et sont fondées sur des facteurs sociodémographiques (âge, origine ethnique, genre, état de santé, statut d'immigrant, statut socioéconomique ou autres éléments de leur identité)³². Ces expériences peuvent nuire à la bonne gestion de la tension artérielle et ont été associées à certaines tendances en matière d'usage des médicaments contre l'hypertension et d'évolution de l'hypertension³². Les changements de comportements liés à la santé (voir l'énoncé de qualité 4) et les obstacles associés à l'observance du traitement (voir l'énoncé de qualité 7) sont des facteurs modifiables importants qui contribuent aux disparités raciales ou ethniques dans la gestion de la tension artérielle, entraînant souvent des complications liées à l'hypertension³⁷. La confiance accordée au clinicien par le patient est un indicateur prévisionnel de l'observance des changements de comportements recommandés et de l'amélioration des résultats du patient³⁷.

En offrant des soins adaptés à la culture du patient, les cliniciens doivent s'assurer que les changements de comportements liés à la santé qu'ils recommandent tiennent compte des choix et préférences fondés sur la culture du patient. Les cliniciens de soins primaires qui ont été formés aux soins adaptés à la culture et appropriés pour le traitement de l'hypertension reconnaissent l'importance d'intégrer la culture du patient dans la prestation des soins⁴⁰. Plus particulièrement, le recours à une éducation sur l'hypertension adaptée à la culture du patient a permis d'améliorer considérablement l'observance autodéclarée par rapport aux changements de comportements, de réduire la tension artérielle et d'améliorer l'observance des traitements parmi ceux qui ont participé à l'intervention, suggérée par le nombre accru de renouvellement d'ordonnance⁴¹.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'hypertension ou présentant un risque de développer de l'hypertension

Les membres de l'équipe de soins de santé doivent toujours vous traiter avec respect et dignité et être à l'écoute. Ils doivent vous fournir des soins dans le respect de votre culture, de vos valeurs et de vos croyances, et exempts de discrimination. Ils doivent échanger avec vous pour comprendre vos besoins et les difficultés d'accès aux soins auxquelles vous êtes confronté.

Pour les cliniciens

Traitez les personnes atteintes d'hypertension ou à risque de l'être (et leur famille et leurs partenaires de soins, s'il y a lieu) avec respect, dignité et compassion, et faites en sorte d'établir un climat de confiance entre vous. Veillez à posséder la formation, les compétences et les connaissances nécessaires pour offrir des soins d'une façon adaptée à la culture, antiraciste et anti-oppressive qui

reconnait l'intersectionnalité (voir l'annexe 3, Principes directeurs, *Intersectionnalité*) des identités des personnes. Considérez la personne en tant qu'individu, écoutez-la attentivement, faites en sorte de comprendre ses besoins et offrez-lui des soins de grande qualité en temps opportun⁴². Soyez le promoteur et l'agent du changement si des facteurs structurels de discrimination doivent être réglés.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Aux échelles provinciale et locale, assurez-vous que les soins de santé et autres services sociaux et communautaires sont offerts par du personnel informé sur les soins adaptés à la culture afin de répondre aux nombreux besoins des personnes atteintes d'hypertension ou à risque de l'être. Cela suppose d'échanger avec d'autres secteurs, comme les services d'éducation, d'emploi et ceux en milieu communautaire. Les organismes de soins de santé ont la responsabilité de mettre en œuvre les changements en matière de prestation des soins pour réduire les obstacles structurels à l'accès et à la participation au traitement.

Assurez-vous à ce que tous les membres de l'équipe de soins primaires et des établissements de soins à domicile et en milieu communautaire reçoivent une formation continue en matière de soins adaptés aux spécificités culturelles. Veillez à ce que le personnel représente la diversité de la population desservie sur le plan racial, ethnique et culturel, et à ce que les pratiques de soins soient sensibles à la culture, antiracistes et anti-oppressives.

Assurez-vous que les services liés à l'hypertension sont développés en partenariat avec les groupes les plus touchés par les déterminants sociaux de la santé (y compris les populations racialisées) afin de répondre à leurs préoccupations et de développer des soins de santé et des services communautaires et sociaux adaptés sur le plan culturel. Ce processus doit s'accompagner d'une révision des politiques et des procédures visant les objectifs suivants : supprimer les obstacles systémiques à l'accès aux soins et aux services; faire progresser l'équité; remédier à l'imbrication des systèmes d'oppression sociale; et reconnaître les identités intersectionnelles des personnes atteintes ou à risque d'hypertension (voir l'annexe 3, Principes directeurs, *Intersectionnalité*)^{42,43}.

Pour de plus amples renseignements, consultez le document [Cadre en matière d'équité, d'inclusion, de diversité et d'anti-racisme de Santé Ontario](#).

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes d'hypertension déclarant recevoir des soins adaptés à leur culture et exempts de racisme et de discrimination
- Offre locale de ressources et formations destinées aux équipes de soins de santé au sujet des soins adaptés à la culture

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 2 : Mesure précise de la tension artérielle

Les personnes bénéficient de la mesure automatisée de la tension artérielle au cabinet médical lorsque la mesure de la tension artérielle est prise sur place.

Sources : Ministère des Anciens Combattants et ministère de la Défense, 2020⁴⁴ | Hypertension Canada, 2020²⁶ | Kidney International, 2021⁴⁵ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022⁴⁶

Définitions

Mesure automatisée de la tension artérielle au cabinet médical : Il s'agit d'une mesure de la tension artérielle prise à l'aide d'un appareil électronique entièrement automatisé (avec un brassard de taille adaptée au bras de la personne) qui enregistre plusieurs mesures pendant que la personne est au repos, avec ou sans surveillance, dans un espace calme^{26,44,46}. Le personnel prenant les mesures peut être un clinicien ou d'autres personnes ayant reçu une formation sur la mesure précise de la tension artérielle. Hypertension Canada a une liste des [appareils recommandés pour la mesure de la tension artérielle](#) (en anglais seulement). Pour les personnes atteintes d'hypertension ou à risque de l'être pendant la grossesse, il convient d'utiliser des appareils automatiques de mesure de la pression artérielle en cabinet qui ont été validés pour la grossesse⁴⁷.

Lorsque la mesure de la tension artérielle est prise sur place : Avec le consentement du patient, les cliniciens doivent essayer de prendre une mesure de la tension artérielle lors de toutes les consultations où il y a lieu de le faire afin de dépister le risque cardiovasculaire et de surveiller la réponse au traitement^{26,48}. Cela comprend les consultations de nouveaux patients, les examens de santé périodiques, les consultations urgentes pour des problèmes neurologiques ou cardiovasculaires, les visites de renouvellement d'un traitement ou d'autres consultations au cours desquelles il semble approprié de contrôler la tension artérielle^{26,44,49}. La fréquence et le moment du dépistage et du contrôle doivent être basés sur le risque d'hypertension de chaque patient²⁶ (voir « Risque d'hypertension » dans l'énoncé de qualité 1).

Justification

La mesure automatisée de la tension artérielle au cabinet (MATAC) est recommandée; il s'agit de la méthode privilégiée de prise de mesure de la tension artérielle sur place, car elle fournit des mesures plus normalisées et reproductibles que la mesure manuelle de routine^{26,50}. Il est essentiel de prendre une mesure précise de la tension artérielle pour le diagnostic de l'hypertension, l'évaluation des risques cardiovasculaires, les interventions et traitements recommandés et la surveillance des effets d'un traitement²⁶. L'auscultation a autrefois été la méthode la plus courante. Si elle est réalisée correctement, les mesures sont précises. Toutefois, les personnes ne suivent pas toujours les

méthodes normalisées, et en dehors des études de recherche clinique, les mesures de la tension artérielle prises par auscultation sont supérieures en moyenne^{26,51,52}. De plus, la capacité des appareils de MATAC à enregistrer les mesures de la tension artérielle sans que le clinicien ne soit présent dans la pièce peut atténuer le risque d'hypertension réactionnelle (lorsque les mesures de tension artérielle au cabinet sont élevées, mais que les mesures à domicile sont normales, voir l'énoncé de qualité 3).^{52,53} Les mesures de la tension artérielle doivent être documentées dans le dossier médical du patient. Les cliniciens peuvent utiliser les fonctions de rapport du dossier médical électronique (si elles sont disponibles) pour identifier les patients qui présentent un risque d'hypertension et qui n'ont pas été dépistés lors de consultations précédentes. Les patients peuvent alors être informés du besoin de suivi lors d'une consultation en cabinet ou virtuelle¹.

Bien que l'on puisse recourir aux mesures de la tension artérielle sur place pour l'évaluation initiale, un diagnostic d'hypertension doit être confirmé en utilisant la mesure à domicile²⁶. Voir l'énoncé de qualité 3 pour de plus amples renseignements sur le diagnostic de l'hypertension.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'hypertension ou présentant un risque de développer de l'hypertension

Votre tension artérielle doit être contrôlée à l'aide d'un appareil électronique automatisé. Votre clinicien doit s'assurer qu'il utilise un brassard adapté à la taille de votre bras et que vous êtes assis tranquillement pendant que l'appareil prend plusieurs mesures.

Pour les cliniciens

Utilisez les appareils de MATAC chaque fois que la tension artérielle est prise sur place. Assurez-vous d'avoir reçu une formation sur les techniques normalisées et l'interprétation des mesures, et évaluez périodiquement vos compétences et vos performances^{26,46}. Lorsque vous mesurez la tension artérielle, vous devez tenir compte de ce qui suit :

- L'environnement du cabinet (température, confort, intimité);
- L'utilisation d'un brassard de bonne taille (possibilité d'utiliser un brassard de poignet pour les gros tours de bras)²⁶;
- La position ou la posture du patient⁴⁶.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Améliorez l'accès aux soins primaires afin que les personnes de tout l'Ontario puissent se faire prendre leur tension artérielle sur place, en particulier dans les collectivités rurales et éloignées. Veillez à ce que des appareils étalonnés de MATAC soient disponibles pour la mesure de la tension artérielle sur place. Offrez une formation sur la mesure précise de la tension artérielle aux cliniciens et aux autres membres du personnel concernés.

Indicateur de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes qui ont bénéficié de la mesure automatisée de la tension artérielle lorsque la mesure de la tension artérielle au cabinet était réalisée

Les détails de mesure de cet indicateur, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 3 : Évaluation hors cabinet pour le diagnostic de l'hypertension

Les personnes présentant des mesures élevées de la tension artérielle au cabinet sont soumises à une mesure ambulatoire de la tension artérielle pour confirmer le diagnostic d'hypertension. La mesure de la tension artérielle à domicile peut être utilisée si la mesure ambulatoire de la tension artérielle n'est pas tolérée ou disponible rapidement, ou si le patient préfère le faire à son domicile.

Sources : American College of Cardiology/American Heart Association, 2017⁷ | Hypertension Canada, 2020²⁶ | Kidney International, 2021⁴⁵ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022⁴⁶

Définitions

Mesure élevée de la tension artérielle au cabinet : Selon l'appareil de MATAC, la tension artérielle systolique moyenne d'une personne se situe entre 135 et 179 mm Hg et sa tension artérielle diastolique moyenne est comprise entre 85 et 109 mm Hg. Selon la mesure non automatisée de la tension artérielle au cabinet, la tension artérielle systolique moyenne d'une personne se situe entre 140 et 179 mm Hg et sa tension artérielle diastolique moyenne est comprise entre 90 et 109 mm Hg²⁶.

Mesure ambulatoire de la tension artérielle : Un appareil électronique qui est porté par le patient pour mesurer automatiquement sa tension artérielle à des intervalles réguliers au cours d'activités normales de la vie quotidienne. L'appareil est porté sur une ceinture et est connecté à un brassard placé autour du bras. Il est porté pendant 24 heures ou plus. Avec cet appareil, les valeurs élevées sont les suivantes : tension artérielle systolique moyenne ≥ 135 mm Hg ou tension artérielle diastolique ≥ 85 mm Hg à l'état éveillé ou tension artérielle systolique moyenne ≥ 130 mm Hg ou tension artérielle diastolique ≥ 80 mm Hg sur 24 heures²⁶.

Mesure de la tension artérielle à domicile : Un appareil électronique qui est utilisé pour mesurer la tension artérielle au domicile du patient à l'aide d'un brassard automatique semblable à celui utilisé pour la mesure au cabinet. La tension artérielle est généralement mesurée 2 fois par jour pendant 7 jours. Avec cet appareil, les valeurs élevées sont les suivantes : tension artérielle systolique moyenne ≥ 135 mm Hg ou tension artérielle diastolique ≥ 85 mm Hg²⁶.

Justification

Les mesures de la tension artérielle hors cabinet sont recommandées lorsqu'on soupçonne un diagnostic d'hypertension⁷. La mesure ambulatoire de la tension artérielle (MATA) offre une meilleure capacité de prédiction que les mesures au cabinet, ce qui en fait la méthode privilégiée pour confirmer un diagnostic d'hypertension. La mesure de la tension artérielle à domicile (MTAD)

offre également une meilleure capacité de prédiction que les mesures au cabinet, et peut être utilisée lorsque la MATA n'est pas tolérée ou disponible rapidement, ou si le patient préfère le faire à son domicile²⁶.

Si la tension artérielle systolique moyenne d'une personne au cabinet est ≥ 180 mm Hg ou que la tension artérielle diastolique moyenne est ≥ 110 mm Hg (ou les deux) sur les 3 mesures prises pendant la même consultation (avec MATAC ou non automatisée), alors l'hypertension est diagnostiquée sans évaluation hors cabinet²⁶. Toute personne devrait recevoir un diagnostic d'hypertension, et bénéficier d'une prise en charge immédiate pour l'une ou l'autre des raisons suivantes⁷ :

- Tension artérielle diastolique asymptomatique ≥ 130 mm Hg;
- Présente des caractéristiques d'urgence hypertensive (c'est-à-dire élévations sévères de la pression artérielle; tension artérielle systolique > 180 mm Hg et tension artérielle diastolique > 120 mm Hg chez des patients stables sans changement aigu ou imminent de lésion ou de dysfonctionnement d'un organe cible);
- Présente des caractéristiques d'urgence hypertensive (c'est-à-dire élévations sévères de la pression artérielle associée à des signes d'apparition ou d'aggravation de lésions d'organes cibles, comme une lésion rénale aiguë, une hémorragie intracrânienne ou un accident vasculaire cérébral ischémique aigu).

Les personnes présentant des caractéristiques d'urgence hypertensive doivent être orientées vers le service des urgences pour une réduction immédiate de la tension artérielle afin de prévenir ou de limiter d'autres lésions des organes cibles⁷.

Si les mesures de la tension artérielle moyenne hors cabinet ne sont pas élevées, l'hypertension réactionnelle doit être diagnostiquée et le traitement médicamenteux ne doit pas être commencé²⁶. L'hypertension masquée (mesure de la tension artérielle élevée à domicile, mais normale au cabinet, soit l'inverse de l'hypertension réactionnelle)²⁶ peut aussi être détectée à l'aide de la MATA ou de MTAD.

Le coût élevé des appareils et de l'absence de couverture par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) rendent la MATA relativement inaccessible aux personnes pour qui il est nécessaire de confirmer un diagnostic d'hypertension⁵⁴. Des difficultés similaires sont associées à la MTAD, y compris le coût des appareils, l'absence de couverture du RASO et l'utilisation d'appareils donnant des mesures inexactes. De plus amples efforts sont nécessaires pour rendre le contrôle de la pression artérielle hors cabinet plus accessible, en particulier pour les populations qui sont affectées de manière disproportionnée par son coût (voir l'énoncé de qualité 1).

Les considérations propres au diagnostic de l'hypertension durant la grossesse ou le post-partum dépassent la portée de cette norme de qualité.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'hypertension ou présentant un risque de développer de l'hypertension

Le stress engendré par une consultation médicale peut modifier votre tension artérielle, donc la prise de mesures pendant vos activités de la vie quotidienne est un moyen efficace d'obtenir des valeurs plus précises.

Si votre clinicien pense que vous pourriez avoir une tension artérielle élevée, il doit vous proposer un appareil qui mesure votre tension artérielle régulièrement sur 24 heures, pendant que vous vous adonnez à vos activités quotidiennes. Il s'agit de la mesure ambulatoire de la tension artérielle. Cette technique permet à votre clinicien de vérifier si vous avez une tension artérielle élevée. Si vous ne souhaitez pas vous soumettre à la mesure ambulatoire de la tension artérielle, ou que cette option n'est pas offerte, vous pouvez utiliser un appareil qui mesure votre tension artérielle à domicile 2 fois par jour pendant 7 jours.

Votre clinicien doit vous informer sur l'appareil dont vous disposerez et vous montrer comment l'utiliser correctement.

Pour les cliniciens

Proposez la MATA pour confirmer un diagnostic d'hypertension aux personnes dont la tension artérielle systolique se situe entre 135 et 179 mm Hg ou dont la tension artérielle diastolique se situe entre 85 et 109 mm Hg (ou les deux) lorsqu'elles sont mesurées à l'aide de la MATA. Proposez la MTAD si la MATA n'est pas tolérée ou pas disponible rapidement, ou si le patient préfère le faire à son domicile. Expliquez aux personnes chez qui vous soupçonnez une hypertension comment utiliser l'appareil de MATA ou de MTAD et la façon d'enregistrer leurs mesures de tension artérielle. Les modalités virtuelles peuvent être utilisées pour aider les personnes à mesurer leur tension artérielle correctement à leur domicile. Pour aider les personnes à sélectionner et utiliser un appareil de MTAD, vous pouvez les orienter vers la page [Carnet de suivi de la pression artérielle à domicile](#) d'Hypertension Canada. La MTAD et les résultats autodéclarés peuvent être transmis virtuellement par les patients (et leur famille ou leurs partenaires de soins) pour faciliter l'évaluation et contribuer au diagnostic de l'hypertension¹.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez-vous que la MATA ou la MTAD est accessible et abordable pour confirmer un diagnostic d'hypertension chez les personnes ayant un relevé de tension artérielle élevée au cabinet. Veillez à ce que les cliniciens soient informés des outils et des ressources mis à disposition et y aient accès afin de pouvoir aider les personnes qui utilisent des appareils de MATA et MTAD à enregistrer leurs mesures de la tension artérielle.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes dont la mesure de la tension artérielle au cabinet a indiqué des valeurs élevées et qui ont bénéficié de la mesure de la tension artérielle hors du cabinet (ambulatoire ou à domicile) pour confirmer un diagnostic d'hypertension
- Offre locale d'appareils de mesure ambulatoire de la tension artérielle ou de mesure de la tension artérielle à domicile

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 4 : Changements des comportements liés à la santé

Les personnes atteintes d'hypertension ou présentant un risque de développer de l'hypertension (et leur famille et leurs partenaires de soins) reçoivent de l'information et du soutien pour opérer des changements de comportements liés à la santé qui peuvent leur permettre de diminuer leur tension artérielle et leur risque de maladies cardiovasculaires, y compris la pratique d'une activité physique, la diminution de la consommation d'alcool, le changement d'alimentation, les apports en sodium et en potassium, le renoncement au tabac, la gestion du stress et la gestion du poids.

Sources : American College of Cardiology/American Heart Association, 2017⁷ | Hypertension Canada, 2020²⁶ | Kidney International, 2021⁴⁵ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022⁴⁶

Définitions

Risque d'hypertension : Les facteurs de risque de l'hypertension comprennent le vieillissement, l'obésité, le tabagisme, la consommation d'alcool, les antécédents familiaux d'hypertension, les maladies comme le diabète, les maladies rénales chroniques ou un taux élevé de cholestérol, une faible consommation de fruits et légumes frais et la sédentarité^{6,7,26}.

Information et soutien : Il s'agit de fournir des conseils, de l'encouragement et de l'information aux personnes atteintes d'hypertension. Cela comprend l'orientation vers des programmes et services communautaires, s'il y a lieu.

Pratique d'une activité physique : Il s'agit d'un objectif de 30 à 60 minutes d'activité d'intensité modérée (marche, course à pied, vélo ou natation, etc.) 4 à 7 fois par semaine, en plus des activités de la vie quotidienne²⁶. En fonction de l'état de santé général du patient et de ses capacités, il est possible d'adopter une approche progressive.

Consommation d'alcool : Il n'y a pas de limite de consommation d'alcool ne présentant aucun danger quand il s'agit d'hypertension²⁶. Il faut recommander aux personnes présentant un risque de développer l'hypertension de ne pas consommer d'alcool ou de réduire leur consommation à 2 verres par jour ou moins afin de prévenir l'hypertension. Il faudrait recommander aux adultes atteints d'hypertension qui consomment 2 verres d'alcool ou plus par jour de réduire leur consommation; ceux qui consomment 6 verres ou plus par jour devraient se limiter à maximum 2 verres²⁶. Pour en savoir plus, consultez la norme de qualité [Consommation problématique d'alcool et trouble de consommation d'alcool](#) de Santé Ontario⁵⁵.

Alimentation : Il est recommandé de suivre le [régime DASH pour une pression artérielle plus saine](#)⁷. Il met l'accent sur la consommation de fruits, de légumes, de produits laitiers allégés, d'aliments à base de grains entiers riches en fibres et en protéines végétales, et il est faible en graisses saturées et en cholestérol²⁶. Envisagez d'orienter les personnes atteintes d'hypertension ou à risque de l'être vers un diététiste.

Apport en sodium : Il faut envisager de réduire ou de limiter l'apport en sodium à 2 000 mg (5 g de sel ou 88 mmol de sodium) par jour^{26,45}.

Apport en potassium : Chez les personnes qui ne présentent pas de risque d'hypercalcémie, il faut envisager un apport accru ou suffisant en potassium alimentaire²⁶.

Renoncement au tabac : Arrêter de fumer peut permettre de réduire le risque de maladies cardiovasculaires chez les personnes atteintes d'hypertension⁷. Proposez des interventions en matière de renoncement au tabac pharmacologiques et non pharmacologiques, y compris le soutien comportemental, le counseling intensif, les entretiens motivationnels, la thérapie de remplacement de la nicotine, les médicaments ou les orientations vers d'autres cliniciens et programmes offrant ce type de soutien (comme le programme [Smoking Treatment for Ontario Patients \[STOP\]](#); en anglais seulement)^{7,56}.

Gestion du stress : Dans les cas où le stress peut contribuer à une tension artérielle élevée, la gestion du stress doit être envisagée comme intervention²⁶. Lorsque des techniques de relaxation sont utilisées, les interventions cognitivo-comportementales individualisées sont plus susceptibles d'être efficaces²⁶. Au besoin, envisagez une orientation vers un psychologue ou des services de counseling.

Gestion du poids : Il est recommandé de maintenir un poids santé (tour de taille < 102 cm pour les hommes et < 88 cm pour les femmes, ou indice de masse corporelle compris entre 18,5 et 24,9 kg/m²) pour prévenir l'hypertension et réduire la tension artérielle chez les personnes atteintes d'hypertension²⁶. Les stratégies de perte de poids doivent reposer sur une approche interprofessionnelle comprenant de l'information sur les habitudes alimentaires, une hausse de l'activité physique et des exercices, et des interventions comportementales²⁶. L'indice de masse corporelle ne doit pas être le seul facteur utilisé pour déterminer la nécessité des soins ou le niveau de soins fournis pour maintenir un poids santé.

Justification

Des changements de comportements liés à la santé durables sont efficaces pour réduire la tension artérielle⁷. Ces changements doivent être suffisants pour prévenir l'hypertension, ou aider les personnes atteintes d'hypertension à atteindre leurs objectifs en matière de tension artérielle, soit d'elles-mêmes soit accompagnées d'un traitement médicamenteux⁷.

Les facteurs associés à l'environnement social, économique et physique (comme un logement adéquat, la disponibilité des aliments sains et l'accès à l'exercice physique) peuvent rendre difficile la mise en œuvre de changements de comportement sains et la gestion du risque d'hypertension^{57,58}. Les personnes issues des communautés d'Asie du Sud, noires et autochtones peuvent aussi avoir du mal à adopter certains changements recommandés lorsque les principes structurels de la conception des soins de santé n'intègrent pas leurs croyances ou leurs pratiques culturelles^{59,60}.

Les cliniciens doivent fournir des conseils, de l'encouragement et de l'information aux personnes atteintes d'hypertension. Des séances de counseling régulières et des vérifications routinières pour évaluer l'observance peuvent contribuer à la réussite du traitement²⁶. Les politiques systémiques peuvent également permettre d'accroître l'accès à des aliments sains et offrir des espaces et des possibilités pour la pratique d'une activité physique⁷. Il faut encourager les gens à passer régulièrement du temps dans des groupes de soutien et d'encouragement, cela peut aider à faire durer les changements comportementaux. Les cliniciens doivent connaître les programmes et services adaptés sur le plan culturel offerts dans leur collectivité afin de soutenir les changements de comportements liés à la santé et d'orienter leurs patients vers les personnes compétentes. Les cliniciens doivent envisager d'orienter leurs patients vers un diététiste pour la mise en place de changements alimentaires et nutritionnels. Ils devraient également recommander aux personnes en âge de procréer et qui pensent être enceintes de faire un test de grossesse avant d'entreprendre des changements de comportements liés à la santé²⁶.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'hypertension ou présentant un risque de développer de l'hypertension

Votre diagnostic est la première étape pour gérer votre tension artérielle et rester en bonne santé.

Vos cliniciens doivent vous parler des changements que vous pouvez effectuer pour abaisser votre tension artérielle, comme la pratique d'une activité physique, l'arrêt ou la diminution de la consommation d'alcool, les changements alimentaires, le renoncement au tabac, la réduction du stress et la gestion de votre poids.

Ils doivent vous informer sur les programmes ou groupes disponibles dans votre collectivité pour vous aider dans ces changements, dans le respect de vos valeurs culturelles.

Pour les cliniciens

Interrogez les personnes atteintes d'hypertension ou à risque de l'être sur leurs comportements liés à la santé, y compris l'activité physique, la consommation d'alcool, l'alimentation et la gestion du stress et de leur poids. Fournissez des renseignements adaptés à la culture du patient sur les changements qui peuvent permettre de réduire la tension artérielle. Établissez des objectifs avec vos patients et mettez-les en relation avec des programmes et groupes qui pourront les aider à adopter ces changements comportementaux. Envisagez d'orienter les patients vers un diététiste pour la mise en place de changements alimentaires et nutritionnels, vers un psychologue ou des services de counseling. Pour les personnes en âge de procréer et qui pensent être enceintes, envisagez de recommander un test de grossesse avant d'entreprendre des changements de comportements liés à la santé.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que des programmes ou groupes locaux soient disponibles pour aider les personnes atteintes d'hypertension ou à risque de l'être à changer leurs comportements liés à la santé. Veillez à

ce que les cliniciens disposent des ressources, de la formation et des compétences nécessaires pour fournir de l'information adaptée sur le plan culturel aux patients de différentes communautés.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes d'hypertension ou à risque de l'être qui ont déclaré recevoir de l'information et du soutien pour apporter des changements à leurs comportements liés à la santé permettant d'abaisser leur tension artérielle et leur risque de maladies cardiovasculaires
- Offre locale de programmes et services adaptés sur le plan culturel à l'appui des changements de comportements liés à la santé pour les personnes atteintes d'hypertension (y compris des programmes d'activité physique, de renoncement au tabac et d'accès à un diététiste professionnel)

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 5 : Planification des soins et autogestion

Les personnes atteintes d'hypertension (ainsi que leur famille et leurs partenaires de soins) collaborent avec leurs cliniciens et ont recours à la prise de décisions partagée pour créer un plan de soins comprenant des valeurs cibles de tension artérielle, des objectifs pour le changement de comportements liés à la santé, le choix des médicaments et l'observance du traitement, les examens de diagnostic recommandés, la gestion des pathologies concomitantes et les dates des rendez-vous de suivi.

Sources : American College of Cardiology/American Heart Association, 2017⁷ | Hypertension Canada, 2020²⁶

Définitions

Prise de décisions partagée pour créer un plan de soins : Il s'agit d'un processus au cours duquel les cliniciens collaborent avec les personnes atteintes d'hypertension (et leur famille et leurs partenaires de soins, le cas échéant) pour créer un plan de soins. Cela comprend une approche partagée pour la prise de décisions qui offre l'occasion aux personnes atteintes d'hypertension de discuter de ce qui est important pour elles concernant le traitement ou la gestion de leur pathologie dans le respect de leurs valeurs et préférences et en harmonie avec leurs besoins et objectifs de soins. Dans le cadre de cette approche, les cliniciens devraient⁶¹⁻⁶³ :

- Inviter les personnes à participer à la prise de décisions (ainsi que leur famille ou leurs partenaires de soins si la personne est d'accord);
- Tenir compte des facteurs qui peuvent influencer sur la participation de la personne ou sa capacité à communiquer (p. ex., langue dans laquelle les soins sont offerts, littératie en santé ou croyances culturelles ou religieuses)⁶⁴;
- Présenter les options de traitement médicamenteux, y compris des renseignements sur la posologie, la fréquence, le mode d'administration du médicament, la façon de le prendre et le coût (le cas échéant) pour chaque option;
- Fournir des renseignements fondés sur des données probantes sur les potentiels bénéfiques et risques du traitement (y compris les effets secondaires et les interactions médicamenteuses) ainsi que les risques de non-observance;
- Aider les personnes à évaluer les options en fonction de leurs valeurs et de leurs préférences;
- Faciliter les échanges et la prise de décisions pour obtenir un consentement éclairé;
- Contribuer à la mise en œuvre des décisions.

Pour de plus amples renseignements sur la participation des personnes atteintes d'hypertension (et leur famille et leurs partenaires de soins, s'il y a lieu) aux décisions concernant le choix de leur traitement de l'hypertension et leur observance, consultez la norme de qualité [Sécurité des médicaments](#) de Santé Ontario⁶⁵.

Valeur cible de tension artérielle : Pour déterminer les valeurs cibles de tension artérielle, les cliniciens sont encouragés à faire preuve de jugement clinique et à recourir à la prise de décisions partagée afin de veiller à ce qu'elles soient réalistes dans le contexte général clinique, social et économique du patient²⁶.

Choix du médicament et observance du traitement : Pour faciliter l'observance du traitement médicamenteux et permettre au patient d'obtenir les meilleurs résultats possibles, le choix du médicament doit être personnalisé pour les personnes atteintes d'hypertension. Il doit reposer sur les caractéristiques uniques du patient (p. ex., la présence de comorbidités) et sur les obstacles liés aux besoins socioéconomiques (p. ex., la couverture d'assurance, le fait de ne pas être logé ou de vivre dans un logement précaire). Le choix du médicament ne doit pas être fondé seulement sur l'origine raciale ou ethnique. Il doit concorder avec les croyances culturelles, les préférences et les valeurs du patient. (Voir l'énoncé de qualité 7 pour de plus amples renseignements sur l'observance du traitement médicamenteux.)

Examens de diagnostic recommandés : Parmi les examens de routine recommandés pour les personnes atteintes d'hypertension, on compte ce qui suit²⁶ :

- Analyses d'urine;
- Chimie du sang (potassium, sodium et créatinine);
- Glycémie préprandiale ou hémoglobine glyquée;
- Cholestérol total sérique; lipoprotéine de faible densité; lipoprotéine haute densité (HDL) et cholestérol non-HDL et triglycérides;
- Électrocardiographie standard à 12 dérivations.

Les tests doivent être répétés à une fréquence qui reflète la situation clinique du patient. Les patients atteints d'hypertension et de diabète doivent se soumettre à une analyse de leur taux d'excrétion urinaire d'albumine, et tous les patients suivant un traitement contre l'hypertension doivent être surveillés selon les lignes directrices actuelles de Diabète Canada pour les nouveaux cas de diabète²⁶. Un test de grossesse doit être envisagé pour les personnes en âge de procréer avant de commencer le traitement²⁶.

Justification

Les personnes atteintes d'hypertension doivent avoir un plan de soins clair, détaillé et fondé sur des données probantes qui comprend leurs objectifs de traitement et d'autogestion, encourage la prise en charge efficace des maladies concomitantes et décrit le suivi en temps opportun qui doit être offert par les cliniciens compétents⁷. Le plan de soins doit refléter la situation unique de la personne, y compris ses données démographiques, ses comportements liés à la santé et d'autres déterminants de la santé pertinents⁷. Les personnes atteintes d'hypertension qui envisagent une grossesse

devraient se voir proposer des conseils préconceptionnels pour la gestion de la tension artérielle²⁶. La mise en place d'un plan de soins pour l'hypertension est associée à une réduction à long terme de la tension artérielle et à de meilleurs taux de réussite dans l'atteinte des valeurs cibles⁷.

L'utilisation d'une approche de prise de décisions partagée pour créer un plan de soins présente une excellente occasion de promouvoir l'équité en santé et d'améliorer les soins en renforçant la communication entre le clinicien et le patient (et sa famille ou ses partenaires de soins); en donnant aux patients les moyens d'agir en s'informant sur leurs priorités socioéconomiques et en les prenant en compte, et en incorporant les préférences du patient dans les plans de soins⁶³. Les plans de soins doivent être communiqués en personne et par écrit (sur papier ou par voie électronique) et ils doivent être transmis à la famille et aux partenaires de soins (avec le consentement du patient).

Les cliniciens peuvent promouvoir les connaissances et les compétences en matière d'autogestion comme l'établissement des objectifs, l'autosurveillance et l'autonomie chez les personnes atteintes d'hypertension⁷. Les programmes d'autogestion peuvent prendre plusieurs formes, y compris la formation individuelle ou en groupe, les documents écrits, les appels téléphoniques, les soins virtuels ou les ressources en ligne. Le calendrier d'examen du plan de soins sera fondé sur des facteurs individuels : par exemple, une tension artérielle plus élevée ou des risques de maladies cardiovasculaires peuvent nécessiter un suivi et un examen plus fréquent.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'hypertension

Lorsque vous recevez un diagnostic de tension artérielle élevée (hypertension), les cliniciens qui s'occupent de vous doivent échanger avec vous pour vous donner des renseignements et un plan de soins qui reflète vos besoins et vos objectifs.

Votre plan de soins doit comprendre des renseignements sur vous, votre santé, les médicaments que vous prenez, les examens que vous devez réaliser et les dates de vos rendez-vous de suivi.

Vos cliniciens doivent vous parler en personne de votre plan de soins et vous le transmettre également par écrit.

Pour les cliniciens

Collaborez avec la personne atteinte d'hypertension pour élaborer un plan de soins comprenant ce qui suit :

- Valeurs cibles de tension artérielle;
- Objectifs en matière de changement des comportements liés à la santé;
- Choix du médicament et observance;
- Examens de diagnostic recommandés;
- Prise en charge des maladies concomitantes;
- Dates des rendez-vous de suivi.

Discutez du plan de soins avec la personne atteinte d'hypertension (et sa famille ou ses partenaires de soins, s'il y a lieu) et transmettez-le-lui également par écrit. La fréquence d'examen du plan de soins dépend des facteurs de risques de la personne et d'autres facteurs individuels.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Fournissez des outils, des ressources et de la formation pour aider les cliniciens et les personnes atteintes d'hypertension à élaborer leurs plans de soins.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes d'hypertension qui ont un plan de soins rédigé
- Pourcentage de personnes atteintes d'hypertension qui ont déclaré que leur plan de soins est examiné au besoin
- Pourcentage de personnes atteintes d'hypertension qui ont déclaré que leur clinicien les fait toujours ou souvent participer aux décisions concernant leurs soins
- Pourcentage de personnes atteintes d'hypertension et ayant des barrières linguistiques qui déclarent avoir reçu un soutien pour leurs besoins linguistiques au cours du processus de planification des soins.

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 6 : Surveillance et suivi après un diagnostic d'hypertension

Les personnes atteintes d'hypertension qui modifient activement leurs comportements liés à la santé, mais ne prennent pas de médicaments pour la tension artérielle sont évaluées par leur clinicien tous les 3 à 6 mois. Des intervalles plus courts (tous les 1 à 2 mois) peuvent être nécessaires pour les personnes ayant une tension artérielle plus élevée. Les personnes à qui l'on a prescrit un médicament pour la tension artérielle sont évaluées tous les 1 à 2 mois jusqu'à l'atteinte de leur valeur cible lors de deux visites consécutives. Elles sont ensuite évaluées tous les 3 à 6 mois.

Sources : American Academy of Family Physicians, 2022⁶⁶ | American College of Cardiology/ American Heart Association, 2017⁷ | Hypertension Canada, 2020²⁶ | Kidney International, 2021⁴⁵

Définitions

Modifier activement ses comportements liés à la santé : Pour abaisser sa tension artérielle et réduire les risques de maladies cardiovasculaires, une personne atteinte d'hypertension peut collaborer avec ses cliniciens afin d'apporter des changements à ses comportements liés à la santé, notamment augmenter sa pratique d'une activité physique, perdre du poids, diminuer sa consommation d'alcool, modifier son alimentation, modifier son apport en sodium et potassium, arrêter de fumer et gérer son stress (voir l'énoncé de qualité 4).

Évaluée : Une évaluation de suivi de l'hypertension doit comprendre ce qui suit⁷ :

- Évaluation de la gestion de la tension artérielle;
- Évaluation de l'hypotension orthostatique;
- Surveillance des objectifs en matière de changement des comportements liés à la santé et des progrès par rapport à ces objectifs;
- Surveillance des effets secondaires des médicaments;
- Surveillance de l'observance du traitement médicamenteux et ajustement des doses;
- Examens de laboratoire (y compris électrolytes et fonction rénale);
- Autres évaluations de l'atteinte d'organe cible.

Les évaluations ne doivent pas nécessairement être réalisées par le même clinicien (médecin, infirmier praticien, pharmacien, spécialiste) et peuvent être réalisées au cabinet ou virtuellement (s'il y a lieu)¹, mais doivent avoir lieu de façon coordonnée, et les renseignements doivent être transmis au clinicien de soins primaires. Lorsque la tension artérielle cible de la personne a été atteinte lors de deux visites consécutives, il convient de continuer à l'évaluer tous les 3 à 6 mois.

Valeur cible de tension artérielle : L'objectif de traitement à l'aide de la mesure non automatisée de la tension artérielle au cabinet pour les personnes présentant un faible risque (pas d'atteinte d'organe cible ou de facteurs de risques cardiovasculaires) est une tension artérielle systolique < 140 mm Hg et une tension artérielle diastolique < 90 mm Hg. Des valeurs cibles de tension artérielle plus basses (p. ex., tension artérielle systolique < 130 mm Hg et tension artérielle diastolique < 80 mm Hg) peuvent être sélectionnées pour les personnes atteintes d'hypertension et de diabète, celles à risque d'infarctus du myocarde ou selon les préférences et les valeurs du patient²⁶. Un objectif de traitement d'une tension artérielle systolique < 120 mm Hg à l'aide de la MATAC doit être envisagée pour les personnes âgées de 50 ans et plus présentant un risque élevé de maladies cardiovasculaires, les personnes atteintes d'hypertension et d'une maladie rénale chronique ou les personnes âgées de 75 ans et plus⁶⁶.

Justification

Les visites de suivi après un diagnostic d'hypertension sont importantes pour soutenir et surveiller les objectifs en matière de changement des comportements liés à la santé et pour former et informer les patients. La surveillance de la réponse au traitement et l'évaluation de l'observance du patient quant aux interventions pharmacologiques et non pharmacologiques (changements comportementaux) sont d'autres aspects essentiels du suivi.

Un meilleur accès aux soins primaires est associé à une meilleure compréhension de la tension artérielle et de la gestion de l'hypertension⁶⁷. Toutefois, l'accès aux soins primaires pose problème dans tout le Canada. En 2019, avant la pandémie de COVID-19, 4,6 millions de Canadiens n'avaient pas accès aux soins primaires; ce chiffre a considérablement augmenté depuis la pandémie⁶⁸. Les personnes issues de collectivités rurales ou éloignées, ainsi que les personnes racialisées ou à faible revenu sont moins susceptibles de consulter régulièrement un clinicien de soins primaires, malgré le fait qu'elles ont probablement plus de besoins en matière de soins de santé⁶⁸. La répartition des cliniciens de soins primaires est faible dans les collectivités des populations autochtones en particulier, et les taux de roulement y sont plus élevés⁶⁹.

Pour établir la fréquence du suivi, il faut tenir compte du risque global de maladies cardiovasculaires de la personne et savoir si elle a commencé un traitement médicamenteux. Les personnes ayant une tension artérielle supérieure dès le début peuvent avoir besoin d'un suivi plus fréquent²⁶. Des consultations plus rapprochées sont également nécessaires pour les personnes présentant des symptômes d'hypertension, une hypertension sévère, une intolérance aux médicaments pour la tension artérielle, ou une atteinte d'organe cible.

Lorsque l'hypertension a été diagnostiquée dans un service d'urgence, des soins de suivi dispensés dans les 7 jours ont été associés à une amélioration de la prise à long terme des médicaments pour la tension artérielle fondés sur les données probantes⁷⁰.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'hypertension

Votre clinicien doit régulièrement vous voir en suivi si vous avez une tension artérielle élevée (hypertension).

Il doit vous recevoir en consultation tous les 3 à 6 mois si vous vous efforcez d'abaisser votre tension artérielle en apportant des changements comme la pratique accrue d'une activité physique, la perte de poids ou la modification de votre alimentation.

Si vous avez commencé à prendre un médicament pour la tension artérielle, il doit vous recevoir tous les 1 à 2 mois jusqu'à ce que votre valeur cible ait été atteinte lors de 2 visites consécutives. Lorsque votre tension artérielle atteint la valeur cible, il vous verra tous les 3 à 6 mois.

Pour les cliniciens

Assurez un suivi tous les 3 à 6 mois pour les personnes atteintes d'hypertension qui modifient activement leurs comportements liés à la santé, mais ne prennent pas de médicament pour la tension artérielle. Pour les personnes à qui l'on a prescrit un médicament pour la tension artérielle, veuillez assurer un suivi tous les 1 à 2 mois jusqu'à ce que la valeur cible ait été atteinte lors de 2 visites consécutives; puis, effectuez un suivi tous les 3 à 6 mois.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que les renseignements sur les rendez-vous de suivi de l'hypertension soient transmis aux équipes de soins primaires du patient, y compris les médecins, les infirmiers praticiens ou les pharmaciens s'il y a lieu. Veillez à ce que des systèmes et procédures soient en place pour permettre aux personnes atteintes d'hypertension de bénéficier régulièrement de soins primaires.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes d'hypertension dont la tension artérielle est située dans les valeurs cibles qui ont un rendez-vous de suivi avec leur clinicien au moins une fois tous les 6 mois
- Pourcentage de personnes atteintes d'hypertension dont la tension artérielle est supérieure aux valeurs cibles qui ont un rendez-vous de suivi avec leur clinicien tous les 1 à 2 mois

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 7 : Amélioration de l'observance du traitement

Les personnes à qui l'on prescrit des médicaments pour la tension artérielle (et leur famille et leurs partenaires de soins) reçoivent des renseignements et des soutiens pour les aider à prendre régulièrement leurs médicaments, selon l'ordonnance. À chaque rendez-vous de suivi pour l'hypertension, les personnes abordent avec leurs cliniciens l'usage des médicaments, les effets secondaires possibles et les obstacles auxquels elles sont confrontées pour prendre leurs médicaments selon l'ordonnance.

Sources : American College of Cardiology/American Heart Association, 2017⁷ | Hypertension Canada, 2020²⁶ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022⁴⁶

Définitions

Des renseignements et des soutiens : Les renseignements et les stratégies recommandées pour faciliter l'observance des traitements médicamenteux de la tension artérielle comprennent ce qui suit²⁶ :

- Adapter la prise des comprimés aux habitudes quotidiennes de la personne;
- Simplifier les régimes posologiques à une prise par jour et prescrire sur de plus longues durées (p. ex., 90 jours)⁷¹;
- Remplacer les combinaisons à plusieurs comprimés par des combinaisons à comprimé unique;
- Utiliser un emballage-portion (plusieurs médicaments à prendre ensemble);
- Adopter une approche d'équipe interprofessionnelle;
- Favoriser une meilleure responsabilisation et autonomie des patients en matière de mesure de la tension artérielle et d'ajustement des ordonnances;
- Informer les patients (et leur famille et leurs partenaires de soins) sur leur maladie et leurs régimes posologiques;
- Évaluer l'observance quant aux interventions pharmacologiques et non pharmacologiques à chaque visite;
- Encourager l'observance du traitement en communiquant en dehors des visites au cabinet (par téléphone, courriel ou autres modes virtuels), en particulier au cours des trois premiers mois de traitement;
- Échanger et se coordonner avec les pharmaciens pour améliorer la surveillance de l'observance du traitement médicamenteux et des objectifs de changement des comportements liés à la santé;
- Utiliser des stratégies électroniques d'aide à l'observance du traitement médicamenteux;

- Utiliser les programmes de pharmacie comme les rappels de renouvellement et les renouvellements automatiques.

Obstacles : Parmi les obstacles à l'observance du traitement médicamenteux, on compte ce qui suit²⁶ :

- Les facteurs propres au patient, comme les connaissances, la motivation, les croyances culturelles au sujet des médicaments, et les soutiens financiers et sociaux;
- Les facteurs propres au médicament, comme la posologie, le coût et les effets secondaires;
- Les facteurs propres au clinicien, comme le manque d'intérêt, le manque de temps pour fournir de l'information sur les traitements prescrits ou le manque de capacité à fournir des soins adaptés sur le plan culturel.

Justification

Il est courant que les gens ne prennent pas les médicaments pour la tension artérielle selon ce qui leur a été prescrit et cela a été associé à une mauvaise maîtrise de la tension artérielle et des complications liées à l'hypertension, comme les accidents vasculaires cérébraux et les décès d'origine cardiovasculaire^{7,26}. Au Canada, plus de 18 % des personnes qui se sont fait prescrire des médicaments pour la tension artérielle ont une hypertension non adéquatement maîtrisée, potentiellement parce qu'elles ne prennent pas leurs médicaments selon l'ordonnance^{72,73}. Les taux d'observance du traitement médicamenteux peuvent varier considérablement selon les populations⁷. Les populations de l'Asie du Sud et noires enregistrent notamment des taux d'observance plus faibles que les populations blanches⁷.

La qualité de la communication entre le clinicien et le patient (durée de la conversation, ton employé par le médecin et approche axée sur le patient) et l'implication de la famille ou des partenaires de soins (si approprié) sont des facteurs contribuant à l'observance^{74,75}. Les facteurs comme la langue, la littératie en santé et les croyances culturelles au sujet des médicaments, ont un effet considérable sur les taux d'observance parmi les différents groupes raciaux/ethniques. Le fait de s'attaquer aux problèmes rencontrés dans des relations de confiance antérieures, qui peuvent résulter d'expériences de racisme historiques ou actuelles dans le cadre des soins de santé, peut contribuer à renforcer l'engagement du patient dans ses soins et à améliorer son observance du traitement⁷⁶.

L'utilisation de plusieurs stratégies de soutien est plus efficace que le recours à une seule stratégie, et l'observance du traitement doit être abordée et traitée avant de changer de médicament ou d'intensité de traitement pour atteindre les valeurs cibles de tension artérielle^{7,46}.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'hypertension

Votre clinicien doit vous demander si vous mesurez votre tension artérielle régulièrement, selon ce qui a été prescrit. Si vous avez des difficultés à prendre votre médicament pour la tension artérielle, il doit vous offrir des renseignements et du soutien pour vous aider à le prendre selon l'ordonnance.

Pour les cliniciens

Abordez le sujet de l'observance du traitement médicamenteux pour la tension artérielle avec vos patients. Proposez-leur plusieurs stratégies de soutien pour les aider à améliorer leur observance et surmonter les obstacles auxquels ils peuvent être confrontés (p. ex., le coût du médicament, l'arrêt du médicament lorsqu'ils se sentent bien, ou les croyances culturelles). La qualité de votre communication avec le patient (durée de la conversation, votre ton et une approche axée sur le patient) et l'implication de la famille ou des partenaires de soins (si approprié) sont des facteurs contribuant à l'observance.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Mettez en place des stratégies de soutien adaptées à la culture pour aider les cliniciens et les personnes atteintes d'hypertension à améliorer l'observance du traitement.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes d'hypertension à qui l'on a prescrit un médicament pour la tension artérielle qui se sentent partie prenante aux discussions sur leur traitement médicamenteux, y compris l'usage, les effets secondaires possibles et les obstacles à la prise des médicaments
- Pourcentage de personnes atteintes d'hypertension qui déclarent prendre leurs médicaments pour la tension artérielle selon ce qui a été prescrit

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Appendice 1 : À propos de cette norme de qualité

Comment utiliser cette norme de qualité

Les normes de qualité informent les patients, les cliniciens et les organismes sur ce à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les problèmes de santé ou les processus jugés prioritaires pour l'amélioration de la qualité en Ontario. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes.

Vous trouverez ci-dessous des conseils sur la façon d'utiliser les normes de qualité et les ressources qui y sont associées.

Pour les personnes atteintes d'hypertension

Cette norme de qualité consiste en des énoncés de qualité. Ces derniers décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes atteintes d'hypertension.

Dans chaque énoncé de qualité, nous avons inclus de l'information sur ce que ces énoncés signifient pour vous, en tant que personne atteinte d'hypertension.

De plus, vous voudrez peut-être télécharger le [guide du patient](#) sur l'hypertension, pour vous aider, vous et votre famille, à avoir des conversations éclairées avec vos cliniciens. À l'intérieur, vous y trouverez des informations et des questions que vous voudrez peut-être poser lorsque vous travaillerez ensemble à la préparation du plan de vos soins.

Pour les cliniciens et les organismes

Ces énoncés de qualité à l'intérieur de cette norme de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes atteintes d'hypertension. Ils sont fondés sur les meilleures données probantes et conçus pour vous aider à savoir quoi faire pour réduire les écarts et les variations dans les soins.

De nombreux cliniciens et organismes offrent déjà des soins de grande qualité fondés sur des données probantes. Cependant, certains éléments de vos soins peuvent être améliorés. Cette norme de qualité peut servir de ressource pour vous aider à prioriser et à mesurer les efforts d'amélioration.

Des outils et des ressources pour vous soutenir dans vos efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme de qualité. Ces ressources comprennent des indicateurs et leur définition, disponibles dans les spécifications techniques. La mesure est la clé de l'amélioration de la qualité. La collecte et l'utilisation de données lors de la mise en œuvre d'une norme de qualité peuvent vous aider à évaluer la qualité des soins que vous dispensez et à cerner les lacunes dans les soins et les domaines à améliorer.

Il existe également un certain nombre de ressources en ligne pour vous aider, notamment :

- Notre [guide du patient](#) sur l'hypertension, que vous pouvez partager avec les patients et les familles pour les aider à avoir des conversations avec vous et leurs autres cliniciens. Veuillez mettre à la disposition des gens le guide du patient où vous prodiguez les soins;
- Nos [ressources de mesure](#), y compris les spécifications techniques des indicateurs de cette norme de qualité, le jeu de diapositives « cas d'amélioration » pour vous aider à expliquer pourquoi cette norme a été créée et les données qui la sous-tendent, et notre guide de mesure contenant des renseignements supplémentaires pour soutenir le processus de collecte et de mesure des données;
- Notre [sommaire](#), qui résume la norme de qualité et comprend des liens vers des ressources et des outils utiles;
- Notre [Guide de démarrage](#), qui comprend des liens vers des modèles et des outils pour vous aider à mettre en pratique les normes de qualité. Ce guide vous montre comment planifier, mettre en œuvre et soutenir les changements dans votre pratique;
- [Quorum](#), qui est une communauté en ligne vouée à l'amélioration de la qualité des soins en Ontario. C'est un endroit où les cliniciens peuvent échanger de l'information et se soutenir mutuellement. Le site comprend des outils et des ressources pour vous aider à mettre en œuvre les énoncés de qualité dans chaque norme;

Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre

Pendant que vous travaillez à la mise en œuvre de cette norme de qualité, il peut y avoir des moments où vous trouvez difficile de fournir les soins décrits en raison d'obstacles ou de lacunes au niveau du système. Ces difficultés ont été cernées et documentées dans le cadre de l'élaboration de la norme de qualité, qui comprenait une vaste consultation auprès de cliniciens et de conseillers chevronnés et un examen minutieux des données probantes disponibles et des programmes existants. Bon nombre des leviers du changement du système relèvent de Santé Ontario, et c'est pourquoi nous continuerons de travailler pour éliminer ces obstacles afin d'appuyer la mise en œuvre de normes de qualité. Nous mobiliserons et soutiendrons également d'autres partenaires provinciaux, y compris le ministère de la Santé ou d'autres ministères concernés, dans le cadre d'initiatives stratégiques visant à combler les lacunes au niveau du système.

Entre-temps, il y a de nombreuses mesures que vous pouvez prendre de votre propre chef. Prenez connaissance de la norme et agissez là où vous le pouvez.

Appendice 2 : Glossaire

Terme	Définition
Adultes	Personnes âgées de 18 ans et plus
Cliniciens	Les professionnels réglementés qui prodiguent des soins à des patients ou à des clients. Par exemple, le personnel infirmier, les infirmiers praticiens, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les médecins, les physiothérapeutes, les psychologues, les travailleurs sociaux, les diététistes professionnels et les orthophonistes.
Clinicien de soins primaires	Un médecin de famille (aussi appelé un médecin de soins primaires) ou un infirmier praticien.
Équipe de soins	Les cliniciens ainsi que les personnes occupant des métiers non réglementés, comme le personnel administratif, les préposés au soutien comportemental, le personnel chargé du transport des patients, les préposés aux services de soutien à la personne, le personnel chargé des loisirs et le personnel chargé des soins spirituels, et les bénévoles.
Famille	Les personnes les plus proches d'une personne en matière de connaissance, de soins et d'affection. Cela peut comprendre la famille biologique ou d'origine, la famille par alliance ou la famille de choix et les amis. La personne définit les membres de sa famille et les personnes qui participeront à ses soins.
Hypertension réactionnelle	Également appelée « syndrome de la blouse blanche », cela décrit un écart de plus de 20/10 mm Hg entre les mesures automatisées cliniques et les MATA moyennes prises de jour ou les MTAD moyennes au moment du diagnostic ⁴⁶ .
Mesure ambulatoire de la tension artérielle (MATA)	Mesure prise à l'aide d'un appareil électronique porté sur le corps pour mesurer automatiquement la tension artérielle à des intervalles réguliers au cours des activités normales de la vie quotidienne. L'appareil est porté sur une ceinture et est connecté à un brassard placé autour du bras. Il est porté pendant 24 heures ou plus.
Mesure automatisée de la tension artérielle au cabinet médical (MATAC)	Mesure de la tension artérielle à l'aide d'un appareil électronique entièrement automatisé qui enregistre plusieurs mesures pendant que la personne est au repos, avec ou sans surveillance, dans un espace calme ²⁶ .

Terme	Définition
Mesure de la tension artérielle à domicile (MTAD)	Un appareil électronique qui est utilisé pour mesurer la tension artérielle au domicile du patient à l'aide d'un brassard automatique semblable à celui utilisé pour la mesure au cabinet. La tension artérielle est généralement mesurée 2 fois par jour pendant 7 jours.
Partenaire de soins	Une personne non rémunérée qui offre des soins et un soutien à titre non professionnel, comme un parent, un autre membre de la famille, un ami ou toute autre personne désignée par la personne atteinte d'hypertension. Les autres termes couramment utilisés pour décrire ce rôle sont notamment « aidant », « aidant naturel », « aidant familial », « aidant principal ».
Racisme	Discrimination systémique qui nuit aux personnes racialisées et aux groupes ayant des besoins sociaux liés à la santé. Cela crée des obstacles et des disparités en matière d'accès à des soins de santé appropriés et des services sociaux et communautaires pour les populations noires, autochtones, d'Asie du Sud et autres personnes racialisées ³³⁻³⁵ . Cela comprend souvent la catégorisation, la dépréciation, le jugement, l'exclusion sociale d'une personne en fonction de son état de santé, ou une combinaison de ces comportements, ayant souvent des effets néfastes sur la santé de la personne ⁷⁷ .
Risque d'hypertension	Les facteurs de risque de l'hypertension comprennent le vieillissement, l'obésité, le tabagisme, la consommation d'alcool, les antécédents familiaux d'hypertension, les pathologies comme le diabète, les maladies rénales chroniques ou le taux de cholestérol élevé, la faible consommation de fruits et de légumes frais et la sédentarité ^{6,7,26} .
Soins appropriés sur le plan culturel	Des soins qui tiennent compte des traditions culturelles ou religieuses, des valeurs et des croyances de la personne, qui sont offerts dans la langue de préférence de la personne, tenant compte des conseils propres à la culture et qui intègrent les souhaits de la personne de faire participer les membres de sa famille et de sa communauté ⁷⁸ .
Soins primaires	Un milieu où les personnes reçoivent des soins de santé généraux (p. ex., dépistage, diagnostic et gestion) fournis par un clinicien que la personne peut consulter directement sans être orientée par un autre professionnel. Il s'agit généralement d'un médecin de soins primaires, d'un médecin de famille, d'un infirmier praticien ou d'autres cliniciens ayant le pouvoir d'orienter les patients, de demander des examens biologiques et de prescrire des médicaments ^{79,80} .

Appendice 3 : Valeurs et principes directeurs

Valeurs à la base de cette norme de qualité

Cette norme de qualité a été créée et devrait être mise en œuvre conformément à la [Déclaration de valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour l'Ontario](#). Cette déclaration « est une vision qui trace la voie vers un partenariat avec les patients dans l'ensemble du système de soins de santé de l'Ontario. Elle décrit un ensemble de principes fondamentaux considérés du point de vue des patients ontariens; elle sert de document d'orientation pour tous ceux qui ont affaire à notre système de soins de santé. »

Ces valeurs sont :

- Respect et dignité
- Empathie et compassion
- Responsabilité
- Transparence
- Équité et participation

Un système de santé de qualité est un système qui offre un bon accès, une bonne expérience et de bons résultats à toutes les personnes en Ontario, peu importe où elles vivent, ce qu'elles ont ou qui elles sont.

Principes directeurs

Outre les valeurs susmentionnées, cette norme de qualité est guidée par les principes énoncés ci-dessous.

Reconnaissance des effets de la colonisation et du racisme

Les cliniciens doivent reconnaître les effets historiques et présents de la colonisation et du racisme sur les vies des personnes noires, autochtones, francophones et d'Asie du Sud partout au Canada, et s'efforcer d'y remédier⁴³. Ce travail implique de se montrer sensibles aux conséquences des traumatismes intergénérationnels et actuels, ainsi qu'aux torts physiques, mentaux, émotionnels et sociaux qui touchent les personnes noires, autochtones, francophones et d'Asie du Sud, leurs familles et leurs communautés. Il implique aussi de reconnaître la force et la résilience des personnes concernées. Cette norme de qualité utilise des sources de lignes directrices de pratique clinique qui pourraient ne pas comprendre les soins adaptés sur le plan culturel ni reconnaître les croyances, les pratiques et les modèles de soins traditionnels pertinents pour les personnes noires, autochtones, francophones, d'Asie du Sud et racialisées.

Services en français

En Ontario, la Loi sur les services en français garantit le droit d'une personne de recevoir des services en français de la part des ministères et organismes du gouvernement de l'Ontario dans [26 régions désignées](#) et dans les bureaux du gouvernement.⁸¹

Déterminants sociaux de la santé

La pauvreté et l'isolement social sont deux exemples de conditions économiques et sociales qui influencent la santé des personnes, connues sous le nom de déterminants sociaux de la santé. Parmi les autres déterminants sociaux de la santé figurent le statut professionnel et les conditions de travail, l'origine ethnique, la sécurité alimentaire et la nutrition, le sexe, le logement, le statut d'immigré, l'exclusion sociale et le fait de résider dans une zone rurale ou urbaine. Les déterminants sociaux de la santé peuvent avoir de fortes répercussions sur la santé des individus et des populations; ils jouent un rôle important dans la compréhension des causes profondes de la dégradation de la santé. Les personnes atteintes d'hypertension ou à risque de l'être peuvent vivre dans des conditions sociales et économiques stressantes qui aggravent souvent leur état de santé général et nuisent à leur bien-être¹¹. De telles conditions peuvent comprendre l'accès inadéquat à une alimentation saine, à une activité physique, à des soins primaires et à des médicaments abordables, ainsi que de mauvaises conditions de travail et une faible littératie en santé^{11,21}.

Autogestion des maladies chroniques

Les personnes atteintes d'hypertension (et leurs familles et partenaires de soins) devraient également recevoir des services qui respectent leurs droits et leur dignité et qui favorisent la prise de décision partagée et l'autogestion⁶³. De plus, les personnes devraient être habilitées à faire des choix éclairés sur les services qui répondent le mieux à leurs besoins^{61,64}. Les personnes atteintes de l'hypertension devraient s'engager avec leurs cliniciens dans une prise de décision éclairée et partagée concernant leurs options de traitement. Chaque personne est unique et a le droit de définir son propre cheminement vers une santé mentale harmonieuse et le bien-être⁶³.

Intersectionnalité

Le terme intersectionnalité désigne les différences entre les vécus de différentes personnes vis-à-vis de la discrimination et des injustices en fonction de catégories sociales telles que l'identité ethnique, la classe, l'âge et le genre, et l'interaction de ces vécus avec la combinaison des structures de pouvoir (p. ex., les médias ou le système d'éducation). Ces catégorisations interreliées sont connues pour créer des systèmes de discrimination ou de désavantage interdépendants et se chevauchant⁸²⁻⁸⁴. Par exemple, les préjugés dont sont victimes les personnes atteintes d'hypertension peuvent varier selon la situation clinique et des caractéristiques démographiques comme l'origine ethnique et l'âge, ainsi que d'autres caractéristiques (barrières linguistiques, classe sociale présumée, etc.). Par conséquent, il faut comprendre de quelle façon les divers aspects de l'identité d'une personne se recoupent pour connaître les complexités des processus qui entraînent les iniquités en santé, et comment différentes personnes sont victimes de préjugés et de discrimination^{32,85}.

Pratique fondée sur les points forts

Une pratique fondée sur les points forts implique activement le patient et les cliniciens qui lui viennent en aide de façon à œuvrer ensemble à l'atteinte des objectifs de ce premier en s'appuyant

sur ses points forts^{86,87}. On admet et on reconnaît que le patient est le spécialiste de son propre vécu, et on reconnaît que le médecin est un spécialiste de sa discipline et de l'organisation d'une conversation qui renforce les points forts et les ressources du patient.

Soins intégrés

Les personnes atteintes d'hypertension doivent bénéficier de soins selon une approche intégrée qui facilite l'accès à des services interprofessionnels de plusieurs fournisseurs de soins de santé de différents horizons professionnels et dans tous les milieux de soins pour offrir des services complets^{88,89}. Les cliniciens doivent collaborer avec les patients, leur famille et leurs partenaires de soins et les communautés pour offrir des soins de la plus grande qualité possible dans tous les milieux⁸⁸. La collaboration interprofessionnelle, la prise de décisions partagée, la coordination des soins et la continuité des soins (y compris des soins de suivi) sont des éléments clés de cette approche axée sur le patient⁹⁰.

Soins tenant compte des traumatismes

Les soins tenant compte des traumatismes sont des soins de santé qui reflètent une compréhension des traumatismes et des répercussions d'expériences traumatiques sur les gens, et le risque de traumatiser ou de retraumatiser les patients lorsqu'ils reçoivent des soins^{91,92}. Cette approche ne traite pas nécessairement le traumatisme directement. Elle reconnaît plutôt qu'une personne peut avoir vécu un événement traumatique qui pourrait contribuer à ses problèmes de santé actuels, et prend des mesures pour réduire les possibilités de traumatismes (par exemple, en utilisant des stratégies actives concernant le consentement, en répondant aux besoins individuels des patients, en reconnaissant le déséquilibre de pouvoir inhérent aux relations entre le clinicien et le patient, et en facilitant l'action et le choix du patient dans toutes les interactions)^{93,94}. Cette approche insiste sur la création d'un environnement dans lequel la personne se sentira à l'aise de parler de son traumatisme, et sur le fait de comprendre, de respecter et de prendre en compte les effets du traumatisme⁹²⁻⁹⁴.

Remerciements

Comité consultatif

Santé Ontario remercie les personnes suivantes pour leurs généreuses contributions volontaires en temps et en expertise afin d'aider à créer cette norme de qualité :

Lisa Dolovich (coprésidente)

Professeure et doyenne, Leslie Dan Faculty of Pharmacy, Université de Toronto

Adam Steacie (coprésident)

Médecin de famille, Upper Canada Family Health Team

Karen Tu (coprésidente 2019–2020)

Chercheuse, médecin de famille, Hôpital général de North York
Toronto Western Hospital Family Health Team

Gina Agarwal

Professeure, département de médecine familiale, Université McMaster

George Dresser

Médecin, London Hypertension Clinic
Médecine interne générale et pharmacologie clinique, Centre des sciences de la santé de London
Professeur agrégé, Université Western

Sharon Girouard-Howard

Infirmière autorisée, Centre régional de santé Royal Victoria

Paula Harvey

Chercheuse, médecin-chef,
Women's College Hospital

Laurie Highfield

Infirmière praticienne, Algonquin Family Health Team – Dorset

Christopher Jyu

Médecin de famille, East GTA Family Health Team

Tom MacMillan

Médecin membre du personnel, médecine interne générale, Réseau universitaire de santé
Professeur adjoint, clinicien en qualité et innovation, Université de Toronto

Anna Mathew

Professeure agrégée, néphrologue,
Université McMaster, Hôpital St-Joseph

Aska Patel

Pharmacien-conseil, Région du Centre-Ouest

Leila Ryan

Conseillère en expériences vécues

William Scott Steele

Conseiller en expériences vécues

Tameika Shaw

Gestionnaire des services de soins de santé primaires, Centre de santé communautaire TAIBU

Sheldon Tobe

Professeur de médecine, Université de Toronto
et École de médecine du Nord de l'Ontario
Spécialiste en néphrologie et hypertension,
Centre des sciences de la santé de Sunnybrook

Ravi Venkatesh

Conseiller en expériences vécues

Santé Ontario remercie également Asif Ahmed, directeur général, Hypertension Canada; Anna Stoutenburg, coordinatrice principale des opérations, Hypertension Canada; Angelique Berg, ancienne directrice générale, Hypertension Canada; et Jennifer Leung, ancienne spécialiste clinique, CorHealth, pour leurs contributions à l'élaboration de cette norme de qualité.

Références

- (1) Clinically appropriate use of virtual care for hypertension [Internet]. Toronto (ON): Ontario Health; 2023 [cited 2024 Jan 10]. Available from: <https://www.ontariohealth.ca/providing-health-care/clinical-standards-guidelines/clinically-appropriate-virtual-care-guidance/hypertension>
- (2) Padwal RS, Bienek A, McAlister FA, Campbell NR. Epidemiology of hypertension in Canada: an update. *Can J Cardiol*. 2016;32(5):687-94.
- (3) Surveillance of heart diseases and conditions [Internet]. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada (PHAC); 2022 [cited 2023 Dec 21]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/heart-health/heart-diseases-conditions/surveillance-heart-diseases-conditions.html>
- (4) Canadian Chronic Disease Surveillance System (CCDSS) [Internet]. Ottawa (ON): Government of Canada; 2023 [cited 2023 Dec 21]. Available from: <https://health-infobase.canada.ca/ccdss/data-tool/>
- (5) Cloutier L, Daskalopoulou SS, Padwal RS, Lamarre-Cliche M, Bolli P, McLean D, et al. A new algorithm for the diagnosis of hypertension in Canada. *Can J Cardiol*. 2015;31(5):620-30.
- (6) Leenen FHH, Dumais J, McInnis NH, Turton P, Stratychuk L, Nemeth K, et al. Results of the Ontario survey on the prevalence and control of hypertension. *Can Med Assoc J*. 2008;178(11):1441-9.
- (7) Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Jr., Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(6):1269-324.
- (8) Sakib MN, Shooshtari S, St. John P, Menec V. The prevalence of multimorbidity and associations with lifestyle factors among middle-aged Canadians: an analysis of Canadian Longitudinal Study on Aging data. *BMC Public Health*. 2019;19(1):243.
- (9) Schiffrin EL, Campbell NRC, Feldman RD, Kaczorowski J, Lewanczuk R, Padwal R, et al. Hypertension in Canada: past, present, and future. *Ann Glob Health*. 2016;82(2):288-99.
- (10) Masood S, Austin PC, Atzema CL. A population-based analysis of outcomes in patients with a primary diagnosis of hypertension in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2016;68(3):258-67.e5.
- (11) Walsemann KM, Goosby BJ, Farr D. Life course SES and cardiovascular risk: heterogeneity across race/ethnicity and gender. *Soc Sci Med*. 2016;152:147-55.
- (12) Chiu M, Austin PC, Manuel DG, Tu JV. Comparison of cardiovascular risk profiles among ethnic groups using population health surveys between 1996 and 2007. *CMAJ*. 2010;182(8):E301-10.
- (13) Bushnik T, Hennessy DA, McAlister FA, Manuel DG. Factors associated with hypertension control among older Canadians [Internet]. Ottawa (ON): Statistics Canada; 2018 [cited 2023 Aug 2]. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2018006/article/54970-eng.htm>
- (14) Anand SS, Abonyi S, Arbour L, Balasubramanian K, Brook J, Castleden H, et al. Explaining the variability in cardiovascular risk factors among First Nations communities in Canada: a population-based study. *Lancet Planet Health*. 2019;3(12):e511-e20.

- (15) Bouchard L, Batal M, Imbeault P, Gagnon-Arpin I, Makandi E, Seidigh G. The health of Francophones in Ontario. A region-by-region portrait developed from the Canadian Community Health Survey (CCHS) [Internet]. Toronto (ON): Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario; 2012 [cited 2023 Aug 3]. Available from: <https://sante-closm.ca/wp-content/uploads/2022/09/Bouchard-L.-Batal-M.-Imbeault-P.-Gagnon-Arpin-I.-Makvandi-E.-et-Sedigh-G.-2012d.pdf>
- (16) Veenstra G, Patterson AC. Black-white health inequalities in Canada. *J Immigr Minor Health*. 2016;18(1):51-7.
- (17) Atzema CL, Khan S, Lu H, Allard YE, Russell SJ, Gravelle MR, et al. Cardiovascular disease rates, outcomes, and quality of care in Ontario Metis: a population-based cohort study. *PLoS One*. 2015;10(3):e0121779.
- (18) Gauthier AP, Timony PE, Serresse S, Goodale N, Prpic J. Strategies for improved French-language health services: perspectives of family physicians in northeastern Ontario. *Can Fam Physician*. 2015;61(8):e382-90.
- (19) Office of the French Language Services Commissioner. Looking ahead getting ready. Annual report [Internet]. Toronto (ON): The Office; 2023 [cited 2023 Aug 2]. Available from: https://csfontario.ca/wp-content/uploads/2018/07/OFLSC-283633-Annual-Report-2017-2018_ENG.pdf
- (20) Fuchs FD. Why do Black Americans have higher prevalence of hypertension? *Hypertension*. 2011;57(3):379-80.
- (21) Dai H, Younis A, Kong JD, Bragazzi NL, Wu J. Trends and regional variation in prevalence of cardiovascular risk factors and association with socioeconomic status in Canada, 2005-2016. *JAMA Netw Open*. 2021;4(8):e2121443.
- (22) Baggett TP, Liauw SS, Hwang SW. Cardiovascular disease and homelessness. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(22):2585-97.
- (23) Lau D, McAlister FA. Implications of the COVID-19 pandemic for cardiovascular disease and risk-factor management. *Can J Cardiol*. 2021;37(5):722-32.
- (24) Lam J, Ahmad K, Gin K, Chow CM. Deliver cardiac virtual care: a primer for cardiovascular professionals in Canada. *CJC Open*. 2022;4(2):148-57.
- (25) Drake C, Lewinski AA, Rader A, Schexnayder J, Bosworth HB, Goldstein KM, et al. Addressing hypertension outcomes using telehealth and population health managers: adaptations and implementation considerations. *Curr Hypertens Rep*. 2022;24(8):267-84.
- (26) Rabi DM, McBrien KA, Sapir-Pichhadze R, Nakhla M, Ahmed SB, Dumanski SM, et al. Hypertension Canada's 2020 comprehensive guidelines for the prevention, diagnosis, risk assessment, and treatment of hypertension in adults and children. *Can J Cardiol*. 2020;36(5):596-624.
- (27) Rodgers A, Perkovic V. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med*. 2016;374(23):2295.
- (28) Xie X, Atkins E, Lv J, Bennett A, Neal B, Ninomiya T, et al. Effects of intensive blood pressure lowering on cardiovascular and renal outcomes: updated systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;387(10017):435-43.
- (29) Open resources for nursing. Nursing fundamentals. 3.8 Culturally responsive care [Internet]. Madison (WI): Wisconsin Technical College Open Press; 2020 [cited 2023 Aug 2]. Available from: <https://hyp.is/go?url=https%3A%2F%2Fwtcs.pressbooks.pub%2Fnursingfundamentals%2Fchapter%2F3-8-culturally-responsive-care%2F&group=world>

- (30) Improving cultural competence to reduce health disparities for priority populations [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2014 [updated 2019 Dec; cited 2023 Aug 2]. Available from: <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/cultural-competence/research-protocol>
- (31) What is discrimination? [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Human Rights Commission; 2021 [updated 2021 Nov 17; cited 2023 Aug 2]. Available from: <https://www.chrc-ccdp.gc.ca/en/about-human-rights/what-discrimination>
- (32) Sims KD, Smit E, Batty GD, Hystad PW, Odden MC. Intersectional discrimination and change in blood pressure control among older adults: the health and retirement study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2021;77(2):375-82.
- (33) Centre for Addiction and Mental Health. Dismantling anti-Black racism: a strategy of fair and just CAMH [Internet]. Toronto (ON): The Centre; 2022 [cited 2023 Jun 14]. Available from: <https://www.camh.ca/-/media/files/camh-dismantling-anti-black-racism-pdf.pdf>
- (34) Anti-Black racism [Internet]. Toronto (ON): Black Health Alliance; 2018 [cited 2023 Jun 14]. Available from: <https://blackhealthalliance.ca/home/antiblack-racism/>
- (35) City of Toronto. The Toronto action plan to confront anti-Black racism [Internet]. Toronto (ON): The City; 2017 [cited 2023 Jun 14]. Available from: <https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2017/ex/bgrd/backgroundfile-109126.pdf>
- (36) Ontario Health. Ontario Health's equity, inclusion, diversity and anti-racism framework [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2020 [cited 2023 Aug 2]. Available from: <https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2020-12/Equity%20Framework.pdf>
- (37) Jones DE, Carson KA, Bleich SN, Cooper LA. Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure. *Patient Educ Couns*. 2012;89(1):57-62.
- (38) Khatib R, Schwalm JD, Yusuf S, Haynes RB, McKee M, Khan M, et al. Patient and healthcare provider barriers to hypertension awareness, treatment and follow up: a systematic review and meta-analysis of qualitative and quantitative studies. *PLoS One*. 2014;9(1):e84238.
- (39) Heinert S, Escobar-Schulz S, Jackson M, Del Rios M, Kim S, Kahkejian J, et al. Barriers and facilitators to hypertension control following participation in a church-based hypertension intervention study. *Am J Health Promot*. 2019;34(1):52-8.
- (40) Beune EJ, Bindels PJE, Mohrs J, Stronks K, Haafkens JA. Pilot study evaluating the effects of an intervention to enhance culturally appropriate hypertension education among healthcare providers in a primary care setting. *Implementation Sci*. 2010;5(1):35.
- (41) Beune EJ, Moll van Charante EP, Beem L, Mohrs J, Agyemang CO, Ogedegbe G, et al. Culturally adapted hypertension education (CAHE) to improve blood pressure control and treatment adherence in patients of African origin with uncontrolled hypertension: cluster-randomized trial. *PLoS One*. 2014;9(3):e90103.
- (42) Canadian Nurses Association. CNA's key messages on anti-Black racism in nursing and health [Internet]. Ottawa (ON): The Association; 2020 [cited 2023 Jun 16]. Available from: https://hl-prod-caoc-download.s3-ca-central1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e4a40-45ca-863c5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/Anti-Racism-keymessages_e.pdf
- (43) Hassen N, Lofters A, Michael S, Mall A, Pinto AD, Rackal J. Implementing anti-racism interventions in healthcare settings: a scoping review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6):2993.
- (44) Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD clinical practice guideline for the diagnosis and management of hypertension in the primary care setting [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs and Department of Defense; 2020 [cited

2023 Aug 2]. Available from:

<https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/htn/VADoDCPGDiagnosisManagementHTNPrimaryCareSettingFullCPG462020.pdf>

- (45) Kidney International. KDIGO 2021 clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. *Kidney Int.* 2021;99(3 Suppl):S1-87.
- (46) National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in adults: diagnosis and management [Internet]. London: The Institute; 2022 [cited 2023 Jun 10]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136>
- (47) Hurrell A, Webster L, Chappell LC, Shennan AH. The assessment of blood pressure in pregnant women: pitfalls and novel approaches. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;226(2s):S804-s18.
- (48) British Columbia Ministry of Health. Hypertension – diagnosis and management [Internet]. Victoria (BC): British Columbia Ministry of Health; 2020 [cited 2023 Oct 23]. Available from: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/hypertension>
- (49) Canadian Task Force on Preventive Health Care. Screening for hypertension in the adult population [Internet]. London (ON): The Task Force; 2012 [cited 2023 Aug 2]. Available from: <https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/05/2012-hypertension-clinician-algorithm-en.pdf>
- (50) Roerecke M, Kaczorowski J, Myers MG. Comparing automated office blood pressure readings with other methods of blood pressure measurement for identifying patients with possible hypertension: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2019;179(3):351-62.
- (51) Myers MG, Valdivieso M, Kiss A. Consistent relationship between automated office blood pressure recorded in different settings. *Blood Press Monit.* 2009;14(3):108-11.
- (52) Myers MG, Kaczorowski J, Dawes M, Godwin M. Automated office blood pressure measurement in primary care. *Can Fam Physician.* 2014;60(2):127-32.
- (53) Beckett L, Godwin M. The BpTRU automatic blood pressure monitor compared to 24 hour ambulatory blood pressure monitoring in the assessment of blood pressure in patients with hypertension. *BMC Cardiovasc Disord.* 2005;5(1):18.
- (54) Health Quality Ontario. Twenty-four-hour ambulatory blood pressure monitoring in hypertension: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2012;12(15):1-65.
- (55) Ontario Health. Problematic alcohol use and alcohol use disorder: care for people 15 years of age and older [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2020 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-alcohol-use-disorder-quality-standard-en.pdf>
- (56) National Institute for Health and Care Excellence. Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence [Internet]. London: The Institute; 2023 [cited 2023 Aug]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng209/resources/tobacco-preventing-uptake-promoting-quitting-and-treating-dependence-pdf-66143723132869>
- (57) Short SE, Mollborn S. Social determinants and health behaviors: conceptual frames and empirical advances. *Curr Opin Psychol.* 2015;5:78-84.
- (58) Kreamsoulas C, Anand SS. The impact of social determinants on cardiovascular disease. *Can J Cardiol.* 2010;26(Suppl C):8c-13c.
- (59) King-Shier KM, Dhaliwal KK, Puri R, LeBlanc P, Johal J. South Asians' experience of managing hypertension: a grounded theory study. *Patient Prefer Adherence.* 2019;13:321-9.

- (60) Aggarwal R, Chiu N, Wadhera RK, Moran AE, Raber I, Shen C, et al. Racial/ethnic disparities in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in the United States, 2013 to 2018. *Hypertension*. 2021;78(6):1719-26.
- (61) Wexler R. Six steps of shared decision making. [Internet]. Boston (MA): Informed Medical Decisions Foundation; 2012 [cited 2023 Jun 16]. Available from: http://resourcehub.practiceinnovationco.org/wpcontent/uploads/2017/09/SixStepsSDM2_Skolinik.pdf
- (62) National Institute for Health and Care Excellence. Medicines optimisation. Quality standard [Internet]. London: The Institute; 2016 [cited 2023 Jun 16]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs120>
- (63) Langford AT, Williams SK, Applegate M, Ogedegbe O, Braithwaite RS. Partnerships to improve shared decision making for patients with hypertension: health equity implications. *Ethn Dis*. 2019;29(Suppl 1):97-102.
- (64) National Institute for Health and Care Excellence. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence [Internet]. London: The Institute; 2009 [cited 2023 Aug 2]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76>
- (65) Ontario Health. Medication safety: care in all settings [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2023 Aug 1]. Available from: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-medication-safety-quality-standard-en.pdf>
- (66) Coles S, Fisher L, Lin KW, Lyon C, Vossooney AA, Bird MD. Blood pressure targets in adults with hypertension: a clinical practice guideline from the AAFP. *Am Fam Physician*. 2022;106(6).
- (67) High blood pressure awareness, control improved with better access to primary health care [Internet]. Dallas (TX): American Heart Association; 2022 [cited 2023 Aug 2]. Available from: <https://newsroom.heart.org/news/high-blood-pressure-awareness-control-improved-with-better-access-to-primary-health-care>
- (68) Mangin D, Premji K, Bayoumi I, et al. Brief on primary care part 2: factors affecting primary care capacity in Ontario for pandemic response and recovery. *Science Briefs of the Ontario COVID-19 Science Advisory Table* [Internet]. 2022 Oct 3 [cited 2023 Aug 2]; 3(68). Available from: https://covid19-sciencetable.ca/wp-content/uploads/2022/10/Brief-on-Primary-Care-Part-2-Factors-Affecting-Primary-Care-Capacity-in-Ontario-for-Pandemic-Response-and-Recovery_published_20221003.pdf.
- (69) Shah BR, Gunraj N, Hux JE. Markers of access to and quality of primary care for Aboriginal people in Ontario, Canada. *Am J Public Health*. 2003;93(5):798-802.
- (70) Atzema CL, Yu B, Schull MJ, Jackevicius CA, Ivers NM, Lee DS, et al. Physician follow-up and long-term use of evidence-based medication for patients with hypertension who were discharged from an emergency department: a prospective cohort study. *CMAJ Open*. 2018;6(2):E151-61.
- (71) King S, Miani C, Exley J, Larkin J, Kirtley A, Payne RA. Impact of issuing longer- versus shorter-duration prescriptions: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2018;68(669):e286-e92.
- (72) Burnier M, Egan BM. Adherence in hypertension. *Circ Res*. 2019;124(7):1124-40.
- (73) Finlay AM, Kathryn W, Michel J, Frans HHL, George F, Marianne G, et al. Changes in the rates of awareness, treatment and control of hypertension in Canada over the past two decades. *CMAJ*. 2011;183(9):1007.
- (74) Cené CW, Roter D, Carson KA, Miller ER, 3rd, Cooper LA. The effect of patient race and blood pressure control on patient-physician communication. *J Gen Intern Med*. 2009;24(9):1057-64.

- (75) Ellis KR, Young TL, Langford AT. Advancing racial health equity through family-focused interventions for chronic disease management. *Prev Chronic Dis.* 2023;20:E27.
- (76) Cuffee YL, Hargraves JL, Rosal M, Briesacher BA, Schoenthaler A, Person S, et al. Reported racial discrimination, trust in physicians, and medication adherence among inner-city African Americans with hypertension. *Am J Public Health.* 2013;103(11):e55-62.
- (77) Abel WM, Spikes T, Greer DB. A qualitative study: hypertension stigma among Black women. *J Cardiovasc Nurs.* 2021;36(2):96-103.
- (78) Ivers NM, Jiang M, Alloo J, Singer A, Ngui D, Casey CG, et al. Diabetes Canada 2018 clinical practice guidelines: key messages for family physicians caring for patients living with type 2 diabetes. *Can Fam Physician.* 2019;65(1):14-24.
- (79) National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence [Internet]. London: The Institute; 2011 [cited 2023 Jun 16]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG115/>
- (80) Management of Substance Use Disorders Work Group. VA/DoD clinical practice guideline for the management of substance use disorders [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs and Department of Defense; 2015 [cited 2023 Jun 16]. Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPGRevised22216.pdf>
- (81) Ministry of Health, Ministry of Long-Term Care. French language health services: the French Language Services Act, 1986 (FLSA) [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2023 Jun 16]. Available from: <https://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/flhs/flsa.aspx>
- (82) Alani Z. Exploring intersectionality: an international yet individual issue. *Orphanet J Rare Dis.* 2022;17(1):71.
- (83) Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *Univ Chicago Legal Forum.* 1989;1989(8).
- (84) Knowledge Translation Program. Enhancing KT projects with an intersectional lens [Internet]. Toronto (ON): Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital; 2019 [cited 2023 Jun 14]. Available from: <https://knowledgetranslation.net/portfolios/intersectionality-and-kt/>
- (85) da Silva EKP, Barreto SM, Brant LCC, Camelo LV, Araújo EM, Griep RH, et al. Gender, race/skin colour and incidence of hypertension in ELSA-Brasil: an intersectional approach. *Ethn Health.* 2023;28(4):469-87.
- (86) National Institute for Health and Care Excellence. Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services [Internet]. London: The Institute; 2016 [cited 2023 Jun 14]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng43>
- (87) Social Care Institute for Excellence. Strengths-based approaches: Care Act guidance on strengths-based approaches [Internet]. Egham, United Kingdom: The Institute; 2015 [cited 2023 Aug]. Available from: <https://www.scie.org.uk/strengths-based-approaches/guidance>
- (88) Khalili H, Gilbert J, Lising D, MacMillan KM, Xyrichis A. Proposed lexicon for the interprofessional field. A reprint publication by InterprofessionalResearch.Global [Internet]. Madison (WI): University of Wisconsin-Madison Center for Interprofessional Practice and Education; 2021 Oct 20 [cited 2023 Aug]. Available from: <https://interprofessionalresearch.global/wp-content/uploads/2021/10/InterprofessionalResearch.Global-IPECP-Lexicon-2021-Reprint.pdf>

- (89) National Academies of Practice. NAP interprofessional practice and education lexicon [Internet]. Lexington (KY): The Academies; 2022 [cited 2023 Aug]. Available from: <https://www.nappractice.org/nap-interprofessional-practice-and-education-lexicon>
- (90) World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. WHO/HRN/HPN/10.3. Geneva: WHO Press; 2010.
- (91) Kuehn BM. Trauma-informed care may ease patient fear, clinician burnout. JAMA. 2020;323(7):595-7.
- (92) Ravi A, Little V. Providing trauma-informed care. Am Fam Physician. 2017;95(10):655-7.
- (93) Dowdell EB, Speck PM. Trauma-informed care in nursing practice. Am J Nurs. 2022;122(4):30-8.
- (94) Fleishman J, Kamsky H, Sundborg S. Trauma-informed nursing practice. Online J Issues Nurs. 2019;24(2).

À propos de nous

Nous sommes un organisme créé par le gouvernement de l'Ontario dans le but d'interconnecter, de coordonner et de moderniser le système de soins de santé de la province. Avec des partenaires, des fournisseurs et des patients, nous œuvrons à rendre le système de santé plus efficace afin que tous les Ontariens aient la possibilité d'améliorer leur santé et leur bien-être.

Équité, inclusion, diversité et antiracisme

Santé Ontario s'engage à promouvoir l'équité, l'inclusion et la diversité et à lutter contre le racisme au sein du système de santé. Pour ce faire, Santé Ontario a élaboré un [Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme](#), lequel s'appuie sur les engagements et les relations déjà prévus par la loi et reconnaît la nécessité d'une approche intersectionnelle.

Le cadre de Santé Ontario définit l'équité comme suit : « Contrairement à la notion d'égalité, l'équité n'est pas une question traitant la similitude de traitement. En fait, elle porte plutôt sur l'équité et la justice dans le processus et dans les résultats. Des résultats équitables exigent souvent un traitement différencié et une redistribution des ressources pour que tous les individus et toutes les collectivités soient sur un pied d'égalité. Il faut, pour ce faire, reconnaître et éliminer les obstacles à la prospérité de tous dans notre société. »

Pour plus d'informations, visitez : OntarioHealth.ca/fr/a-propos-de-nous/notre-personnel

Besoins de renseignements supplémentaires

Visiter hgontario.ca ou communiquer avec nous à l'adresse QualityStandards@OntarioHealth.ca pour toute question ou rétroaction sur cette norme de qualité.

Santé Ontario
500–525, avenue University
Toronto, Ontario
M5G 2L3

Tél. sans frais : 1-877-280-8538
Télétype : 1-800-855-0511
Courriel : QualityStandards@OntarioHealth.ca
Site web : hgontario.ca

ISBN 978-1-4868-7960-1 (PDF)
© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024

Vous voulez obtenir cette information dans un format accessible?
1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, info@OntarioHealth.ca