

Table des matières	
LISTE DES TABLEAUX	2
ABREVIATIONS.....	3
PREAMBULE.....	4
PREFACE	5
REMERCIEMENTS.....	6
METHODOLOGIE	8
INTRODUCTION	9
I-DEFINITION	9
II-OBJECTIFS	9
II-1-OBJECTIF GENERAL	9
II-2-OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	9
III-DIRECTIVES	9
III-1-PRISE EN CHARGE CURATIVE.....	9
III-1-1-DIAGNOSTIC DES CAS D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE.....	9
III-1-1-1-Interrogatoire :.....	10
III-1-1-2-Examen Physique	11
III-1-1-3-Examens complémentaires :	13
III-1-2-ORGANISATION DES SOINS CURATIFS	14
III-1-2-1-Personnel et équipements minimum requis à chaque niveau de la pyramide sanitaire	14
III-1-2-2- Traitement	15
III-1-2-2-1-Mesures non médicamenteuses.....	15
III-1-2-2-2-Traitement médicamenteux	15
III-1-2-2-3-Algorithmes de prise en charge	16
III -1-2-2-4 Les anti hypertenseurs	17
III-2 URGENCES HYPERTENSIVES.....	23
III-2-1 DEFINITION	23
III-2-2 CONDUITE A TENIR	23
III-2-3 CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE	24
III-2-4 CE QU'IL FAUT FAIRE	25
III-3-PREVENTION	25
III-3-1-DEPISTAGE DES SUJETS A RISQUE.....	25
III-3-1-1-Définition sujet a risque	25
III-3-1-2-Comment dépister	25
III-4-INFORMATION EDUCATION COMMUNICATION (IEC) /COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC).....	26
CONCLUSION.....	28
REFERENCES	29
ANNEXES	30

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Symptômes exprimés par le patient suggérant une lésion d'organe cible	10
Tableau 2: Signes orientant le personnel soignant vers des lésions d'organe cible	10
Tableau 3: Gradation ou classification de l'Hypertension artérielle (adaptée de JNC VII)	12
Tableau 4: Stratification du risque cardiovasculaire	13
Tableau 5: Personnel et équipements minimum requis à chaque niveau de prise en charge.....	14
Tableau 6: Activités et tâches.....	14
Tableau 7: Les anti hypertenseurs et les associations fixes fréquentes.....	17

ABREVIATIONS

SIGLES	DEFINITIONS
AOC	Atteinte d'Organe Cible
AV	Accident Vasculaire
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
BB	Béta Bloquant
CV	Cardiovasculaire
CAT	Conduite A Tenir
DFG	Débit de Filtration Glomérulaire
DIIS	Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire
DRS	Direction Régionale de la Santé
ECG	Electrocardiogramme
ECBU	Examen Cyto Bactériologique des Urines
FR	Facteur de Risque
FID	Fédération Internationale Diabète
HLM	Hématie, Leucocyte / Minute
h	heure
HTA	Hypertension Artérielle
ICA	Institut de Cardiologie d'Abidjan
ICT	Index Cardio-Thoracique
IMC	Indice de Masse Corporelle
IDM	Infarctus Du Myocarde
IEC	Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion
IRC	Insuffisance Rénale Chronique
LOC	Lésions d'Organe Cible
MCV	Maladie Cardiovasculaire
Min	Minute
MRC	Maladie Rénale Chronique
NFS	Numération Formule Sanguine
OAP	Œdème Aigu du Poumon
OMI	Œdèmes des Membres Inférieurs
P/T	Poids sur Taille
PNN	Programme National de Nutrition
PSE	Pousse-Seringue Electrique
PAD	Pression Artérielle Diastolique
PAS	Pression Artérielle Systolique
RCVA ou RCV	Risque Cardiovasculaire
SM	Syndrome Métabolique
TA	Tension Artérielle
TDR	Troubles Du Rythme
TNT	Trinitrine

PREAMBULE

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

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

Face à ce constat, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025 avait retenu les Maladies Non Transmissibles (MNT) au titre des problèmes prioritaires de santé en Côte d'Ivoire et les a inscrites dans le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Un plan stratégique intégré de lutte contre les MNT 2021-2025 a été adopté en 2022.

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

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

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

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

PREFACE

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

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

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

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

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

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

Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique
et de la couverture maladie universelle

M. DIMBA N'GOU Pierre

REMERCIEMENTS

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

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

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

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

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

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

Comité exécutif :

- Directeur Coordinateur du PNLMM/PMNT**

Dr ADOUENI K. Valéry

- Directeur de Coordination Adjoint du PNLMM/PMNT**

Dr AZOH Jean- Claude

Équipe de révision PNLMM/PMNT :

Dr KOFFI Simplice

Dr DZADE Koffi Benjamin

Dr DIOMANDE Monkeh Elvis

Dr N'GUESSAN Affoué Marie-Chantal BOUSSOU

Sociétés Savantes

Société Ivoirienne de Cardiologie (SICARD)

Société Ivoirienne de Néphrologie (SINEPH)

Point focal des bureaux pays de l'OMS

Dr N'GUETIA Kouamé Apollinaire

Comité d'experts

Pr ANZOUAN-KACOU JB	SICARD
Pr KRAMOH Euloge	ICA
Pr N'GUETTA Roland-	SICARD
Pr IKLO Coulibaly	ICA
Pr YAO Hubert	SINEPH
Pr BOKA Bénédicte	SICARD
N'DRI Koffi Alexandre	INFAS
Dr DOUOLI Siahoue Monique	DRS SUD COMOE
KONE Salimata	DIIS
Dr KOUAME Ethmonia	PNN

Personnels d'appui

Mlle AKMEL YOWEL – PNLMM/PMNT

M. CISSE Lanciné – PNLMM/PMNT

METHODOLOGIE

Le groupe d'élaboration des directives en 2018 composé de médecins cardiologues, pharmaciens, diabéto-endocrinologues et enseignant spécialisé des INFAS se réunissait pendant une semaine à l'hôtel régent à Bassam. La séance de travail était précédée de plusieurs discussions. Les questions prioritaires et la portée des directives étaient définies et arrêtées sur la base des observations formulées par les membres du groupe au cours des discussions qui précédaient la séance de travail.

Lors de la révision des directives, les membres du groupe ont passé en revue les directives 2018 pour la prise en charge de l'Hypertension artérielle inscrites dans le paquet minimum d'activités [5], ainsi que les directives et recommandations internationales pour la prévention et la prise en charge de l'Hypertension artérielle retenues lors de la revue de la littérature [6,7,8,9,10]. Ces directives mentionnent des interventions qui conviennent à des contextes de faibles ressources. Elles ont été révisées et adaptées à la situation du pays, en fonction de la disponibilité des technologies et des médicaments.

La validation des documents de directives de prise en charge de l'Hypertension artérielle s'est déroulée en deux phases :

-une phase de validation technique ;

-une phase de consolidation ;

La phase de validation technique s'est déroulée au cours d'un atelier de deux jours. La méthodologie utilisée était participative à travers des présentations en Power point, des travaux de groupes et des restitutions en plénières. Les documents mis à la disposition des experts étaient le Plan d'action intégré de lutte contre les MNT 2021-2025, la deuxième édition des directives nationales de prise en charge de l'Hypertension artérielle, le PMA de 2006 et les directives nationales de l'activité physique régulière 2013.

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

Après la validation, des algorithmes de prise en charge simples seront édités et mis à disposition à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en particulier au niveau primaire.

Ces directives seront mises à jour en 2025, à moins que de grandes avancées de la recherche ne les rendent sérieusement obsolète plus tôt.

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle (HTA) reste le premier facteur de risque cardiovasculaire dans le monde. Les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de décès dans le monde et les $\frac{3}{4}$ de ces décès surviennent dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires [11].

Inversement, les essais cliniques ont démontré à plusieurs reprises que la baisse de la PA constitue un moyen efficace de réduction des évènements cardiovasculaires.

En effet, la baisse et le contrôle de la pression artérielle systolique de 10mmHg sont associés à une réduction de 24% des évènements cardiovasculaires [12].

En Côte d'Ivoire, selon l'enquête PREVADIA réalisé en 2017, la prévalence de l'HTA était de 39.92% chez les adultes âgés de 20 à 79 ans. Elle concernait toute les couches socio-professionnelles [4].

Ce tueur silencieux par ses complications entraîne des invalidités, une altération de la qualité de vie et une réduction de l'espérance de vie. Ainsi l'HTA a-t-elle un impact économique pour l'individu, la famille et la société par une perte de productivité.

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

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

I-DEFINITION

L'Hypertension artérielle correspond à une augmentation de la pression dans les artères. Elle est définie par une pression artérielle mesurée au cabinet supérieure ou égale à 140 mm Hg pour la systolique et/ou à 90 mm Hg pour la diastolique [6, 7,8].

II-OBJECTIFS

II-1-OBJECTIF GENERAL

Contribuer à optimiser la prise en charge des malades hypertendus.

II-2-OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1) Accroître le dépistage des cas d'Hypertension artérielle ;
- 2) Rechercher les complications de l'Hypertension artérielle ;
- 3) Rechercher systématiquement les causes d'une Hypertension artérielle secondaire ;
- 4) Traiter les cas d'Hypertension artérielle ;
- 5) accroître l'observance thérapeutique ;
- 6) Organiser la prise en charge des complications de l'Hypertension artérielle ;
- 7) Prendre en charge les urgences hypertensives ;
- 8) Faire la communication pour le changement de comportement.

III-DIRECTIVES

III-1-PRISE EN CHARGE CURATIVE

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

- Le diagnostic de l'HTA repose toujours au cabinet de consultation, sur la mesure répétée des chiffres de la pression artérielle :
 - PAS \geq 140 mmHg
 - PAD \geq 90mmHg
- Le diagnostic doit être basé sur un minimum de deux (2) mesures par consultation et au moins 2 à 3 consultations ;

- Toutefois, une décision peut être prise dès la première consultation dans les cas manifestement sévères (Pression Artérielle $\geq 180/110$ mmHg) ;
- La mesure peut être effectuée par un médecin, un(e) infirmier (ère), une sage-femme ou un(e) auxiliaire de soins
- D'autres méthodes diagnostiques existent :
 - 1) MAPA (mesure ambulatoire de la pression artérielle) ou Holter tensionnel
 - 2) Auto-mesure

III-1-1-1-Interrogatoire :

Tableau 1: Symptômes exprimés par le patient suggérant une lésion d'organe cible

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

Tableau 2: Signes orientant le personnel soignant vers des lésions d'organe cible

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

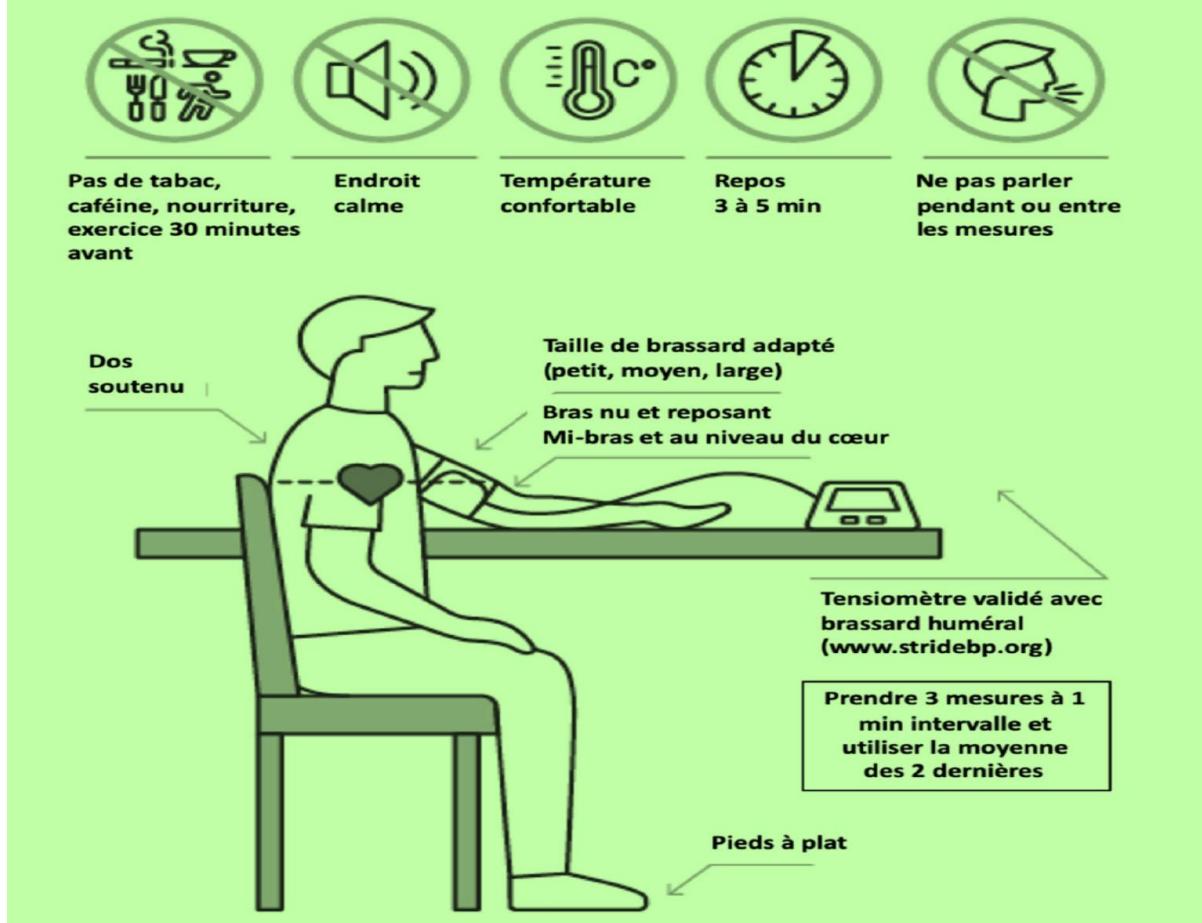
A rechercher :

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

III-1-1-2-Examen Physique

- Conditions de mesure (Voir figure ci-dessous)

Figure 2 : Méthode de mesure de la PA (cabinet et AMT)



Deux mesures de la PA aux deux bras de 1 à 2 minutes d'intervalle assis ou couché,

- Prise du pouls ;
- Palpation de tous les pouls et surtout les pouls distaux (pouls radial, pouls pédieux) ;
- Palpation de la région lombaire à la recherche de gros rein ;
- Auscultation du cœur et de l'abdomen à la recherche d'un éventuel souffle ;
- Poids - Taille - Tour de taille
 - si $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ($IMC = \text{Poids/Taille}^2$) alors obésité générale
 - si $\text{Tour de taille} \geq 80 \text{ cm}$ chez la femme ou $\text{Tour de taille} \geq 94 \text{ cm}$ chez l'homme alors Obésité abdominale (FID)
- Signes suggestifs d'HTA secondaire (**Annexe IV**)
- Signes suggestifs de lésion d'organes cibles. (**Tableaux 1 et 2**)

Tableau 3: Gradation ou classification de l'Hypertension artérielle (adaptée de JNC VII)

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

III-1-1-3-Examens complémentaires :

Cf tableau organisation des soins curatifs

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

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

Tableau 4: Stratification du risque cardiovasculaire

Stade de la maladie hypertensive	Autres FRCV AOC ou maladies	Grades de la Pression Artérielle (mmHg)		
		Grade 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Grade 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Grade 3 PAS \geq 180 PAD \geq 110
Stade 1 (non compliqué)	Pas d'autre FRCV	Faible risque	Risque modéré	Haut risque
	1 ou 2 FRCV	Risque modéré	Risque de modéré à élevé	Haut risque
	\geq 3 FRCV	Risque de modéré à élevé	Haut risque	Haut risque
Stade 2 (maladie asymptomatique)	AOC, MRC grade 3, diabète sans complication	Haut risque	Haut risque	Très haut risque
Stade 3 (maladie établie)	MCV établie, MRC \geq grade 4, diabète avec des complications	Très haut risque	Très haut risque	Très haut risque

III-1-2-ORGANISATION DES SOINS CURATIFS

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

Tableau 5: Personnel et équipements minimum requis à chaque niveau de prise en charge

NIVEAU	PERSONNEL	ÉQUIPEMENT
Primaire (ESPC)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecins généralistes ▪ Infirmiers ▪ Sages-femmes ▪ Auxiliaires de santé ▪ Agents de santé communautaire (ASC) ▪ ASC coachs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Directives nationales de prise en charge ▪ Bandelettes urinaires pour glucose/hématies leucocytes/protéines ▪ Tensiomètre avec différentes tailles de brassards ▪ Pèse-personne ▪ Toise ▪ Mètre ruban
Secondaire (HG-CHR)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecins spécialistes en cardiologie, néphrologie, neurologie ▪ Médecin compétent en prise en charge de l'HTA ▪ Médecin généraliste ▪ Infirmiers ▪ Technicien de laboratoire ▪ Sages-femmes ▪ Travailleurs sociaux ▪ Auxiliaires de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Équipement du niveau primaire ▪ Appareil à ECG ▪ échocardiographe ▪ Laboratoire pour la glycémie, le Cholestérol total, triglycérides, urée, créatinine, protéinurie de 24 h ionogramme sanguin, NFS etc.

Tableau 6: Activités et tâches

NIVEAU PRIMAIRE		
Première visite	Visite périodique (M1, M2, M3, M6, M9 et M12)	Visite annuelle
<ul style="list-style-type: none"> -Consultation d'information et d'annonce Mise en place des mesures hygiéno-diététiques Bilan initial* -Médicaments si nécessaires 	<ul style="list-style-type: none"> -Anamnèse pertinente -Poids -taille -PA (couché ou assis et debout pour rechercher Hypotension orthostatique) -Biochimie -Éducation -Conseils diététiques -Évaluation du traitement 	<ul style="list-style-type: none"> -Anamnèse et examen physique comme à la visite initiale -Biochimie comme à la visite initiale
NIVEAU SECONDAIRE		
Première visite	Visite périodique (M1, M2, M3, M6, M9 et M12)	Visite annuelle
Tout ce qui précède + Bilan biochimique	Tout ce qui précède	Comme à la visite initiale
<p>*Si les équipements sont disponibles, autrement référer</p>		

Hypotension orthostatique si baisse de la PA systolique de 20 mmhg ou baisse de PA diastolique de 10 mmhg.

III-1-2-2- Traitement

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

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

Elles comprennent :

- La pratique d'une activité physique régulière et adaptée aux possibilités du patient (**cf. Directive Nationale sur la pratique régulière de l'activité physique pour la santé**) ;
- La réduction du poids en cas de surcharge pondérale ou d'obésité ;
- La suppression ou la réduction de la consommation d'alcool moins de 30 g en teneur d'éthanol pur chez l'homme et 15 g en teneur d'éthanol pur chez la femme ;
- Une réduction de l'apport sodé (5g/j de sel au maximum correspondant à une cuillérée à café rase) ;
- L'arrêt de l'intoxication au tabac ;
- Une alimentation privilégiant la consommation de fruits, de légumes et d'aliments peu riches en graisses saturées (graisses animales).

III-1-2-2-2-Traitement médicamenteux

- Quand initier le traitement médicamenteux ?

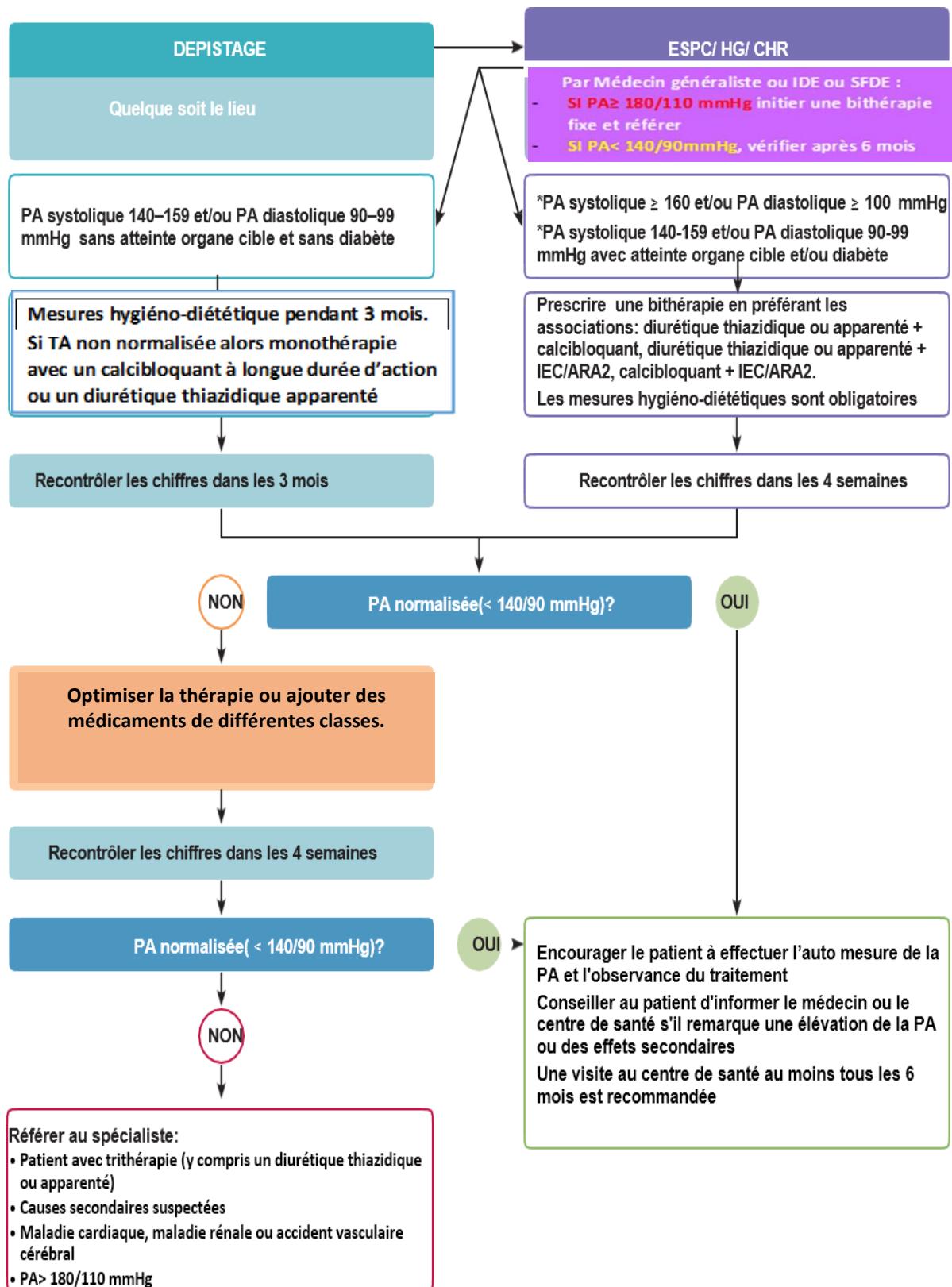
Objectif principal : normaliser la pression artérielle dans les 6 premiers mois (pression artérielle inférieure à 140/90 mmHg) voir algorithme.

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

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

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

III-1-2-2-3-Algorithme de prise en charge



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

Tableau 7: Les anti hypertenseurs et les associations fixes fréquentes

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

Diltiazem	200 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Diltiazem	300 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Isradipine LP	2,5 mg	Orale	Gélule	1 fois
Isradipine LP	5 mg	Orale	Gélule	1 fois
Lercanidipine	10 mg	Orale	Comprimé pellic séc	1 fois
Nifedipine LP	30 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Verapamil	40 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Vérapamil LP	120 mg	Orale	Comprimé	1 fois

INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION

Enalapril	5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Enalapril	20 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Lisinopril	5 mg	Orale	Comprimé sécable	1 fois
Lisinopril	20 mg	Orale	Comprimé sécable	1 fois
Perindopril arginine	5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Perindopril arginine	10 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Perindopril erbumine	4 mg	Orale	Comprimé sécable	1 fois
Quinapril	5 mg	Orale	Comprimé pellic séc	1 fois
Quinapril	20 mg	Orale	Comprimé pellic séc	1 fois
Ramipril	2,5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Ramipril	5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Ramipril	10 mg	Orale	Comprimé	1 fois

ANTAGONISTES DES RECEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE 2

Losartan	25 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Losartan	50 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Telmisartan	40 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Telmisartan	80 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Candesartan	4 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Candesartan	8 mg	Orale	Comprimé	1 fois

Candesartan	16 mg	Orale	Comprimé sécable	1 fois
Valsartan	40 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Valsartan	80 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Valsartan	160 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Irbesartan	150 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Irbesartan	300 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Olmesartan	20 mg	Orale	Comprimé pellic	1 fois
Olmesartan	40 mg	Orale	Comprimé pellic	1 fois
Buflomedil	150 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Buflomedil	300 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Dihydralazine	25mg/2ml	Injectable	Poudre et solv p sol inj	1 fois

ANTIHYPERTENSEURS CENTRAUX

Rilmenidine	1mg	Orale	Comprimé	1 fois
Clonidine	0,15mg	Orale	Comprimé	1 fois
Methyldopa	250mg	Orale	Comprimé	1 fois
Methyldopa	500mg	Orale	Comprimé	1 fois

Associations fixes fréquentes

SARTANS + INHIBITEURS CALCIQUES

Telmisartan+ Amlodipine	40/5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Telmisartan+ Amlodipine	40/10 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Telmisartan+ Amlodipine	80/10 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Valsartan + Amlodipine	80/5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Valsartan + Amlodipine	160/5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Valsartan + Amlodipine	160/10 mg	Orale	Comprimé	1 fois

IEC + DIURETIQUES

Perindopril arginine + Indapamide	5/1.25 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Perindopril arginine + Indapamide	10/2.5 mg	Orale	Comprimé	1 fois

Périndopril erbumine + Indapamide	4/1,25 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Ramipril + Hydrochlorothiazide	5/12,5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Ramipril + Hydrochlorothiazide	5/25 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Captopril + Hydrochlorothiazide	50/25 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Enalapril + Hydrochlorothiazide	20/12,5 mg	Orale	Comprimé	1 fois

IEC + INHIBITEURS CALCIQUES

Perindopril arginine + Amlodipine	5/5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Perindopril arginine + Amlodipine	5/10 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Perindopril arginine + Amlodipine	10/5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Perindopril arginine + Amlodipine	10/10 mg	Orale	Comprimé	1 fois

INHIBITEURS CALCIQUES + DIURETIQUES

Indapamide + Amlodipine	1.5/5 mg	Orale	Comprimé	1 fois
Indapamide + Amlodipine	1.5/10 mg	Orale	Comprimé	1 fois

INHIBITEURS CALCIQUES + BETA BLOQUANTS

Atenolol + Nifédipine	50/20 mg	orale	Comprimé	1 fois
Amlodipine +Bisoprolol	5/5 mg	orale	Comprimé	1 fois
Amlodipine +Bisoprolol	5/10 mg	orale	Comprimé	1 fois
Amlodipine +Bisoprolol	10/5 mg	orale	Comprimé	1 fois
Amlodipine +Bisoprolol	10/10 mg	orale	Comprimé	1 fois
Amlodipine + Nébivolol	5/5 mg	orale	Comprimé	1 fois

IEC + BETA BLOQUANTS

Perindopril arginine + Bisoprolol	5/5 mg	orale	Comprimé	1 fois
Perindopril arginine + Bisoprolol	5/10 mg	orale	Comprimé	1 fois
Perindopril arginine + Bisoprolol	10/5 mg	orale	Comprimé	1 fois
Perindopril arginine + Bisoprolol	10/10 mg	orale	Comprimé	1 fois

BETA BLOQUANTS + DIURETIQUES

Bisoprolol + Hydrochlorothiazide	2.5/6.25 mg	Orale	Comprimé	1 fois
----------------------------------	-------------	-------	----------	--------

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

LES EFFETS INDESIRABLES DES ANTI HYPERTENSEURS

Bétabloquants

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

Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)

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

Inhibiteurs des canaux calciques

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

Diurétiques

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

Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2

- Hypotension orthostatique.

III-2 URGENCES HYPERTENSIVES

III-2-1 DEFINITION

Définition restrictive

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

Sortent de ce cadre :

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

III-2-2 CONDUITE A TENIR

Clinique	Hypothèse diagnostique	Conduite à tenir
-PA élevée -Trouble de la conscience et/ou déficit moteur	AVC	<ul style="list-style-type: none">-Prendre une voie veineuse périphérique (avec solutés isotoniques)-Eviter de baisser les chiffres de PA-Traitement symptomatique-Référer le patient
-PA élevée -Douleur thoracique	Dissection aortique	<ul style="list-style-type: none">-Prendre une voie veineuse (avec solutés isotoniques)
	IDM	<ul style="list-style-type: none">-Commencer à baisser la PA avec un objectif inf. à 140/90 mmHg-Calmer la douleur et l'anxiété-Référer sans attendre
-PA élevée -Détresse respiratoire	OAP	<ul style="list-style-type: none">-Prendre une voie veineuse (avec solutés isotoniques)-Commencer à baisser la PA avec un objectif inf. à 140/90 mmHg-Administre du Furosémide inj. En IVD. 40 mg à répéter toutes les heures-Oxygénier-Référer sans attendre

<ul style="list-style-type: none"> -PA élevée -Céphalée -troubles de la conscience -Vomissement -Absence de déficits moteurs 	Encéphalopathie	<ul style="list-style-type: none"> -Prendre une voie veineuse (avec solutés isotoniques) -Commencer à baisser progressivement la PA avec un objectif d'une réduction de 25% de la PA moyenne -Référer sans attendre
<ul style="list-style-type: none"> -PA élevée -Grossesse évolutive -Protéinurie -Trouble de la conscience -Convulsions 	Eclampsie	<ul style="list-style-type: none"> -Prendre une voie veineuse -Commencer à baisser progressivement la PA avec un objectif de PA inf. à 155/105 mmhg ⚠ Ne pas utiliser le CAPTOPRIL chez la femme enceinte -Référer sans attendre
<ul style="list-style-type: none"> -PA élevée - déshydratation - nycturie 	Insuffisance rénale aigue	<ul style="list-style-type: none"> -Prendre une voie veineuse (avec solutés isotoniques) -Commencer à baisser progressivement la PA -Référer sans attendre (nécessité de faire un bilan biologique)

Indications

Traitements anti HYPERTENSION ARTÉRIELLE sublingual

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

⚠ : - Ne pas utiliser le captopril chez la femme enceinte

- La nifédipine sublinguale (Adalate 10 mg) ne doit plus être utilisé dans cette indication.

Traitements anti HTA parentéral

NICARDIPIINE 10mg/10ml

- **Effet rapide :**

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

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

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

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

III-2-4 CE QU'IL FAUT FAIRE

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

III-3-PREVENTION

III-3-1-DEPISTAGE DES SUJETS A RISQUE

III-3-1-1-Définition sujet a risque

Chez qui dépister l'HTA ?

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

 **La prise de TA doit se faire chez tout patient venant en consultation**

Les facteurs de risque :

- Le surpoids/obésité, l'obésité abdominale ;
- Une alimentation riche en sel, en matières grasses et faible en potassium ;
- Une consommation excessive d'alcool ;
- Le tabagisme ;
- L'inactivité physique ;
- Le stress ;
- La consommation régulière de réglisse noire ou de produits à base de réglisse noire, comme le pastis non alcoolisé ;
- Qualité et/ou quantité (6 à 8 h par jour) du sommeil insuffisante.

III-3-1-2-Comment dépister

Habituellement, la cible est de 140/90 mmHg quel que soit l'âge du patient adulte. (Patient de plus de 80 ans TAS> 150 mmHg)

Les différentes étapes du dépistage :

- Informer et rassurer le sujet ;
- Demander au sujet de s'asseoir tranquillement pendant 5 minutes ;
- Placer le bras sur la table, paume de main tournée vers le haut, les pieds doivent être posés sur un plan dur ;
- Mesurer la circonférence du bras ;
- Choisir la taille de brassard appropriée ;
- S'assurer que le bras est libre de tout vêtement ;
- Placer le brassard correctement sur le bras (aligner la flèche indicatrice sur le trajet de l'artère brachiale) ;
- Maintenir le brassard positionné au même niveau que le cœur pendant la mesure ;

- Utiliser un appareil recommandé aux normes internationales ;
- Mesurer la TA aux deux bras et continuer le suivi sur le bras dominant ;
- Noter les résultats de la première lecture sur la fiche de dépistage ou sur le carnet de santé ;
- S'assurer que le brassard est dégonflé et attendre pendant 2-3 minutes ;
- Enregistrer la deuxième lecture de la TA sur la fiche de dépistage ou sur le carnet de santé ;
- Informer le sujet du résultat de la TA uniquement une fois la procédure terminée.

NB : Quel que soit le résultat, rappeler au patient les mesures hygiéno-diététiques.

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

■ Pratiquer une activité physique régulière

- La pratique d'une activité physique régulière et adaptée aux possibilités du patient (**cf. Directive Nationale sur la pratique régulière de l'activité physique pour la santé**) ;

Type d'activités

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

Contribuent à faire baisser la TA

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

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

Tabagisme

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

Consommation d'alcool

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

Nature de l'Alcool	Equivalent verre (consommation) standard
VIN	
1 verre de vin (120 ml)	1 verre
1 bouteille de vin	6 verres (en moyenne)
1 coupe de vin	1 verre
BIERE	
1 bouteille de bière (285 ml)	1 verre
1 casier de bière (12 bouteilles de 66 cl)	24 verres
ALCOOL FORT (LIQUEUR)	
1 Whisky Soda ou 1 ballon	1 verre
1/4 litre ou 1/2 pinte de liqueur	6 verres
1/2 litre ou 1 pinte de liqueur	12 verres
1 bouteille de liqueur	24 verres

■ Adopter une alimentation saine

Pour le sel (chlorure de sodium)

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

Pour les fruits et légumes

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

Pour les aliments riches en graisses

- Limiter la consommation de viandes grasses, graisse de lait et d'huile de cuisine (moins de 2 cuillères à soupe par jour) ;
- Préférer l'huile de palme raffinée ou non, l'huile d'olive, l'huile de soja, l'huile de maïs, l'huile de colza ou l'huile de tournesol ;

- Remplacer les viandes rouges et les abats par la viande blanche (exemple : volaille sans la peau).
- Manger du poisson au moins 3 fois par semaine, de préférence des poissons gras comme le thon blanc non salé, le maquereau, le mâchoiron, la sardine ou le saumon.
- Limiter les cuissons par friture et préférer les cuissons à la vapeur et au grill

■ Recommandations pour une bonne observance du traitement

Si des médicaments ont été prescrits au malade :

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

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

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

CONCLUSION

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

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

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

REFERENCES

1. Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, et al. Global burden of Arterial Hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115 mm Hg, 1990–2015. *JAMA* 2017; 317: 165–82.
2. Gakidou E, Afshin A, Abajobir AA, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2016; 390: 1345–422.
3. Anastase Dzudie, Brian Rayner, Dike Ojji, Aletta E Schutte, Marc Twagirumukiza, Albertino Damasceno, and al. on behalf of the PASCAR task force on Arterial Hypertension Roadmap to achieve 25% Arterial Hypertension control in Africa by 2025. *Cardiovascular Journal of Africa* 2017 ; 28 : 266-73.
4. PNLM/ PMNT. Rapport d'activité. Enquête sur la prévalence et caractéristiques du diabète en Côte d'Ivoire-Décembre 2017
5. Manuel des directives du Paquet Minimum d'Activités de l'hôpital de référence des districts de santé ; PUCL décembre 2006.
6. Akram Al-Makki , Donald DiPette, Paul K. Whelton , M. Hassan Murad, Reem A. Mustafa , Shrish Acharya et al. WHO Guidelines on Treatment of HTN in Adult ; 2022.
7. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial Hypertension 2018; 31: 1281.
8. International Society of Hypertension Global Hypertension: Clinical Practice Guidelines: 2020.
9. 2014 Evidence-based guidelines for the management of high BP in adults (JNC 8) *JAMA* Dec 18 2013.
10. Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles : Directive relative aux soins de santé primaires dans les contextes de faibles ressources.
11. OMS. Principaux repères : Maladies cardio-vasculaires ; 2018.
12. Thomopoulos, C., Parati, G. & Zanchetti, A. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension. 1. Overview, meta-analyses, and meta regression analyses of randomized trials. *J. Hypertens.* 2014. 32, 2285–2295.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Consultation d'information et d'annonce

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

ANNEXE 3 : Les associations possibles d'anti HTA

ANNEXE 4 : Notions suggérant une HTA secondaire

ANNEXE 5 : Les noms commerciaux des antihypertenseurs

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

ANNEXE I : CONSULTATION D'INFORMATION ET D'ANNONCE

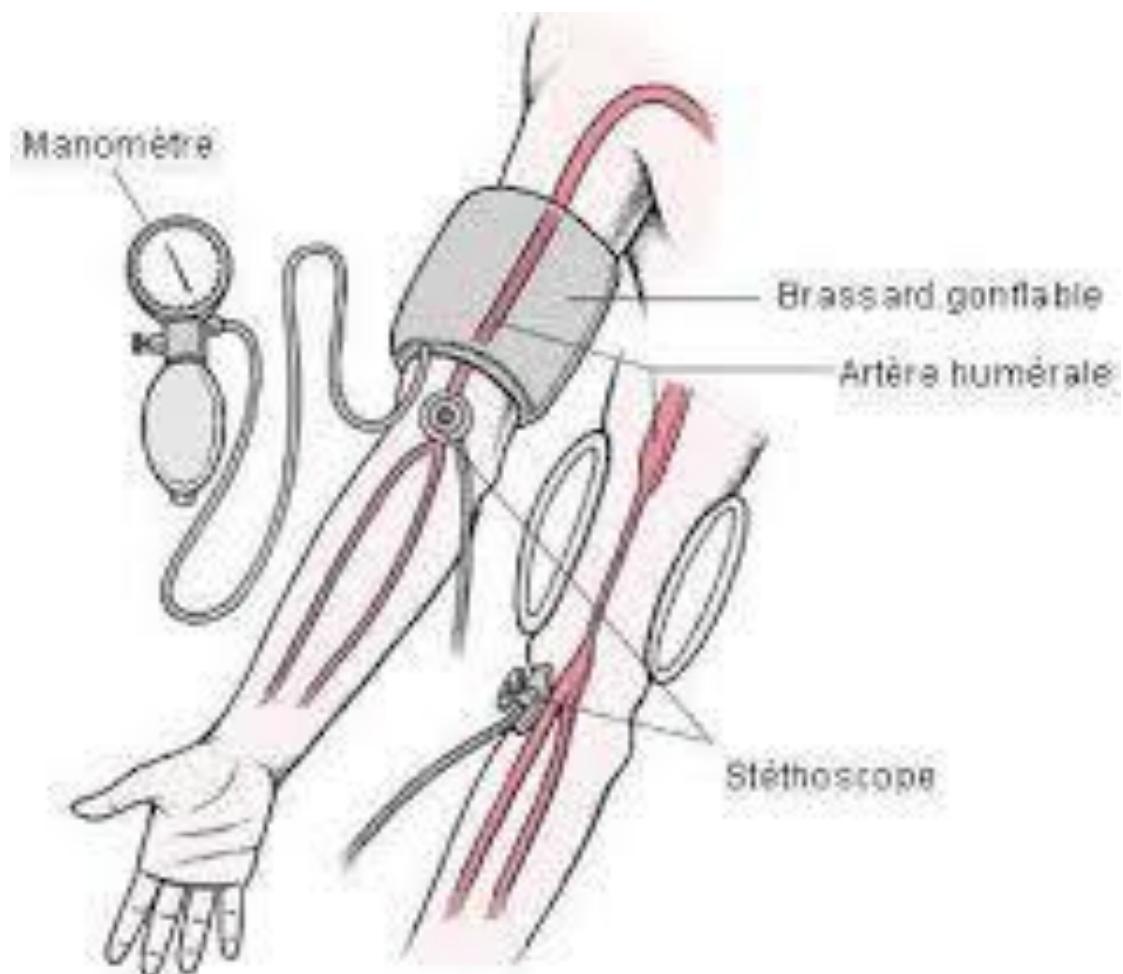
La prise en charge d'un patient hypertendu nécessite une information et un temps éducatif qui se font au mieux dans le cadre d'une consultation dédiée.

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

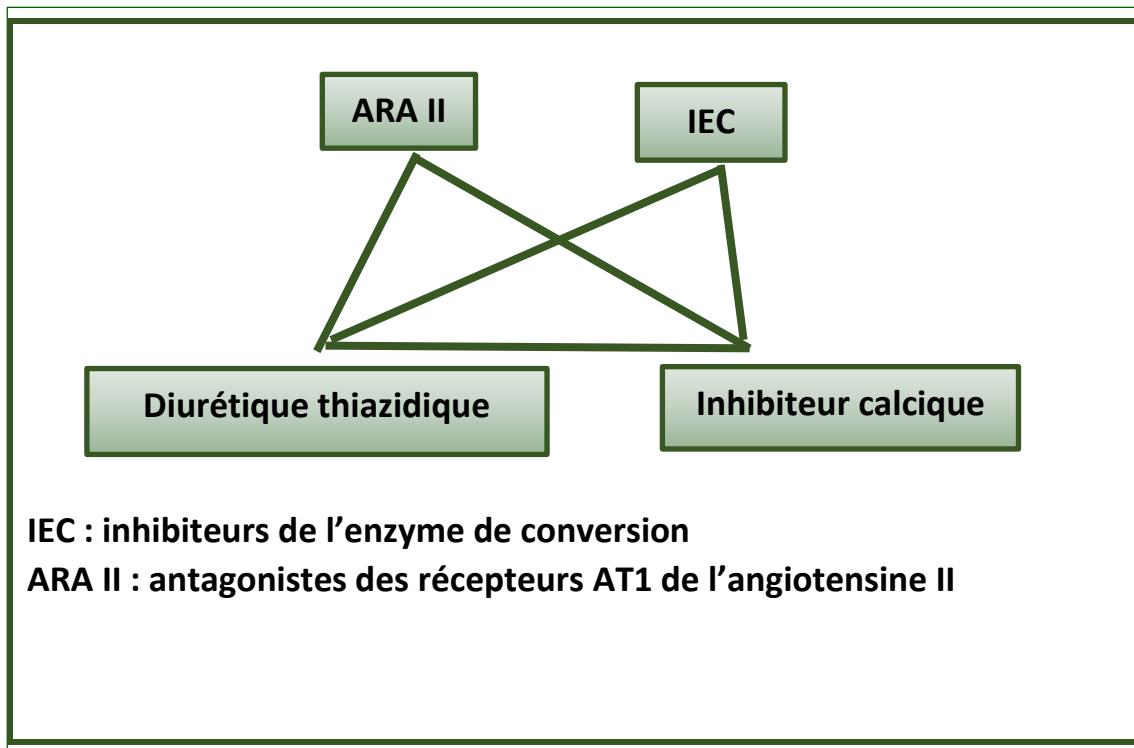
Il est recommandé que des mesures hygiéno-diététiques soient initiées dès cette consultation. En fonction du profil du patient, de la sévérité de son HTA, de ses préférences et de son adhésion à ces mesures, le délai de mise en route du traitement médicamenteux sera adapté pour atteindre l'objectif d'une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

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

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



ANNEXE III : LES ASSOCIATIONS POSSIBLES D'ANTI HTA



ANNEXE IV : NOTIONS SUGGERANT UNE HTA SECONDAIRE

PATHOLOGIES	SIGNES
Néphropathie parenchymateuse	<ul style="list-style-type: none"> -OEdèmes, protéinurie, urines mousseuses, hématurie, antécédents de maladie rénale -Antécédents familiaux de néphropathie
HTA Réno vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> -Souffle artère rénale
HTA surrénalienne	<ul style="list-style-type: none"> -Céphalées, sueurs, palpitations : phéochromocytome -Vergetures, dépigmentation, obésité facio-tronculaire : hypercortisolisme -Crampes, hypokaliémie, dérobement de jambes : hyperaldostéronisme
Coarctation de l'aorte	<ul style="list-style-type: none"> -Abolition des pouls fémoraux, -Comparer les PA aux membres supérieurs et aux membres inférieurs, baisse des PA aux membres inférieurs par rapport aux membres supérieurs.
HTA iatrogène	<ul style="list-style-type: none"> -Rechercher la prise de produits pouvant induire une HTA
Apnées du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> - Ronflements, somnolence diurne excessive, fatigue excessive, irritabilité, céphalées, baisse de la libido, nycturie, dysfonction érectile, HTA résistante, patients non dipper.

ANNEXE V : LES NOMS COMMERCIAUX DES ANTI HTA

LES ANTI HTA			
CLASSE THERAPEUTIQUE	DCI	NOMS COMMERCIAUX	DOSAGE (mg)
BETABLOQUANT	Bisoprolol	DETENSIEL	10
		BISOPROL GH	10
	Atenolol	TENORMINE	25 -50 -100
	Nebivolol	NEBIVOLOL	5
DIURETIQUE	Indapamide LP	FLUDEX LP	1.5 - 2.5
AMLODIPINE	Amlodipine	LOPINE	5 - 10
		AMLODIPINE	5 - 10
		AMADAY	5-10
INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION	Perindopril arginine	COVERSYL	5 - 10
	Ramipril	Triatec	2.5 – 5 - 10
		Rasgil	5 - 10
	Lisinopril	ZESTRIL	05-10-20
	Perindopril erbumine	PERINDOGEN	5 - 10
ARA II	Telmisartan	TELMIS	40 - 80
	Candersartan	ATACAND	8 -16

Associations fixes fréquentes			
SARTAN + INHIBITEURS CALCIQUE	Telmisartan+ Amlodipine	TELMIS-A	40/5 ; 40/10 80/5 ; 80/10
	Irbesartan + Amlodipine	APROVASC	150/5 ; 300/10
	Valsartan + Amlodipine	AMSTAN	5/80 ; 5/160 10/160
IEC + DIURETIQUE	Perindopril arginine + Indapamide	BIPRETERAX	5/1.25 ; 10/2.5
	Ramipril +Hydrochlorothiazide	TRITAZIDE	5/12.5 -5/12.5 10/12.5 ; 10/25
		RAMITHIAZIDE	5/12.5 10/12.5 ; 10/25
		RASGIL HTZ	5/12.5 ; 5/25 ; 10/25
IEC + INHIBITEURS CALCIQUES	Lisinopril+ Hydrochlorothiazide	ZESTORETIC	10+12,5/20+12,5 mg
	Perindopril arginine + Amlodipine	COVERAM	5/5 ; 5/10 10/5 ; 10/10
	Perindopril erbumine +Amlodipine	AMLOPERIN	5/5 ; 5/10 ; 10/5 ; 10/10
INHIBITEUR CALCIQUE + DIURETIQUES	Indapamide + Amlodipine	Amaday PL	5/4 ; 5/8 ; 10/4 ; 10/8
BETA BLOQUANTS+ DIURETIQUES	Bisoprolol Hydrochlorothiazide	NATRIXAM	1.5/5 ; 1.5/10
	Atenolol+Chlortalidone	LODOZ	2.5/6.25 ; 5/6.25 10/6.25
SARTANS + DIURETIQUES	Termisartan+ hydrochlorothiazide	TENORETIC	50+12,5/100+25 mg
	Irbesartan + Hydrochlorothiazide	TELMIS-H	40/12,5
	Candersartan+Hydrochlorothiazide	Co APROVEL	150 /12.5 300/12.5
ANTIHYPERTENSEURS CENTRAUX	Dihydrogenophosphate de Rilmenidine	HYTACAND	8/16 mg
IEC+ INHIBITEURS CALCIQUES + DIURETIQUES	Péridopril arginine+ Indapamide+ amlodipine	HYPERIUM	1
		TRIPLIXAM	5/1,25/5 ; 5/1,25/10 10/2,5/5 ; 10/2,5/10

ANNEXE VI :**FORMATIONS SANITAIRES ABRITANT UNE UNITE DE PRISE EN CHARGE (UPEC) DU DIABETE
ET DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE**

VILLE	NOM CLINIQUE	TELEPHONE
ABIDJAN	ESPACE DIABETO CHU TREICHVILLE	07 08 99 77 04
ABIDJAN	DISPENSAIRE COCODY	01 01 62 44 68/01-01-65-92-50
ABIDJAN	SERVICE MEDICAL DES FONCTIONNAIRES	07 09 08 41 90
ABIDJAN	HG ABOBO SUD	07 08 40 07 58
ABIDJAN	HOPITAL GENERAL PORT BOUET	07-58-31-81-25
AGBOVILLE	CHR	05 44 55 05 82
BONOUA	HOPITAL GENERAL	070 8 47 02 48
BOUAKE	PMI DE SOKOURA	00225 07 79-31-73-29 /05 76 41 53 56
MAN	CHR	07 07 94 11 18
BONDOUKOU	CHR	00225 07 09 36 26 11
BOUAFLE	CHR	05 05 81 19 11
ODIENNE	CHR	07 08 33 73 75
DIVO	CHR	00225 05 69 52 60
DIMBOKRO	CHR	07 48 95 98 33
SAN PEDRO	CHR	07 07 76 89 42
GAGNOA	CHR	07 47 92 16 10
17	HG	07 07 06 63 67
ABENGOUROU	CHR	07 57 12 71 90
BOUAKE	CHR	07 08 40 29 41
KORHOGO	CHR	05 05 60 78 42
DABOU	HOPITAL METHODISTE	07 09 60 49 06
ABOISSO	CHR	07 07 72 49 51
DALOA	CHR DE DALOA	07 07 67 44 25
YAMOUSSOUKRO	CHR	0141 72 83 78/07 49 42 50 43
ABOBO NORD	HOPITAL GENERAL	07 07 19 33 02
JACQUEVILLE	HOPITAL GENERAL	07 08 04 04 29
ADZOPE	HOPITAL GENERAL	0758 29 86 70
DAOUKRO	HOPITAL GENERAL	07 58 24 66 24 /05 44 84 36 37
SEGUELA	CHR	0555 11 39 81
SOUBRE	HOPITAL GENERAL	07 07 38 00 04
ADIAKE	HOPITAL GENERAL	07 09 78 30 17
KOUAMASSI	HOPITAL GENERAL	05 74 51 59 00
TOITS ROUGE	FSU COM	07 08 20 91 81
MARCORY	HG	07 48 64 79 08