

ORDONNANCE COLLECTIVE NATIONALE

Nom de l'ordonnance collective :

Ajustement de la médication antihypertensive et examens paracliniques pour le suivi de l'hypertension artérielle.

Validée par :

Version originale en février 2014 : comité d'experts ministériel sur les ordonnances collectives.

Version révisée en juin 2016 : comité d'experts de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Date d'entrée en vigueur :

INESSS : Juin 2016

Établissements, CISSS, CIUSSS :

Incluant un protocole médical :

Oui Non

Ajustement de la médication antihypertensive et examens paracliniques pour le suivi de l'hypertension artérielle. (PROTM-MC-003)

Approuvée par :

Date de révision :

Décembre 2018

Date de péremption :

Juin 2019

PROFESSIONNELS HABILITÉS

Les infirmiers¹ exerçant leur profession sur le territoire du Québec.

Les pharmaciens¹ exerçant leur profession sur le territoire du Québec.

SECTEURS D'ACTIVITÉ VISÉS

CLIENTÈLE, CATÉGORIES DE CLIENTÈLES OU SITUATION CLINIQUE VISÉES

Personne ayant reçu un diagnostic d'hypertension artérielle et référée par le médecin traitant pour suivi conjoint avec le professionnel habilité.

ACTIVITÉS RÉSERVÉES

Professionnels habilités - infirmiers :

- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

¹ Le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.

Professionnels habilités - pharmaciens :

- Initier ou ajuster, selon une ordonnance, la thérapie médicamenteuse en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire appropriées.

INDICATIONS

Le médecin traitant doit, au préalable :

- Avoir posé le diagnostic d'hypertension artérielle;
- Avoir fixé la cible thérapeutique visée;
- Avoir initialement prescrit le ou les antihypertenseurs;
- Avoir rempli le formulaire d'adhésion et l'avoir transmis au professionnel habilité.

INTENTION THÉRAPEUTIQUE

Atteindre la cible thérapeutique visée et maintenir les valeurs de pression artérielle inférieures à celles identifiées par le médecin traitant.

CONTRE-INDICATIONS

- Personne âgée de moins de 18 ans.
- Grossesse ou allaitement.
- Pression artérielle systolique supérieure ou égale à 180 mm Hg OU pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 110 mm Hg.

LIMITES / ORIENTATION VERS LE MÉDECIN

- Apparition d'une contre-indication en cours de traitement.
- Diagnostic d'insuffisance hépatique.
- Diagnostic d'insuffisance rénale (débit de filtration glomérulaire estimé [DFGe] inférieur à 60 ml/minute/1,73 m²).
- Événement cardiovasculaire récent (moins de 3 mois).
- Résultat d'analyse de laboratoire en dehors de l'écart des valeurs normales.
- Une augmentation de plus de 20 % de la créatinine après l'introduction d'un antihypertenseur.
- Une fréquence cardiaque inférieure ou égale à 60 battements/minute pour les personnes traitées avec un β -bloquant ou un bloquant des canaux calciques non dihydropyridiniques (BCC non-DHP).
- Les personnes dont la cible de pression artérielle n'est pas atteinte après trois mois de suivi.
- Les personnes dont la cible de pression artérielle n'est pas atteinte avec la dose maximale inscrite au protocole médical ou prescrite par le médecin ou la dose maximale tolérée.
- Hypotension orthostatique ou pression artérielle systolique inférieure à 110 mm Hg.
- Intolérance à la médication.
- Inobservance à la médication régulièrement notée.

- Apparition ou aggravation de signes ou symptômes évoquant une atteinte des organes cibles, notamment :
 - Cerveau et yeux : céphalées, vertiges, trouble de la vision, trouble de la parole, symptômes de déficit moteur ou sensitif (faiblesse, engourdissement, perte de sensibilité).
 - Cœur : palpitations, douleur thoracique, dyspnée, œdème périphérique.
 - Reins : polyurie, nycturie, hématurie.
 - Artères périphériques : extrémités froides, claudication intermittente, lésions ischémiques de la peau, absence, réduction ou asymétrie des pouls, indice cheville-bras (tibio-huméral) inférieur à 0,9.

DIRECTIVES

Procéder à l'ajustement de la médication antihypertensive et demander les examens et analyses de laboratoire selon le protocole médical élaboré par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

La posologie initiale et la dose maximale pour chaque antihypertenseur ou combinaison à dose fixe sont déterminées par le médecin traitant. Dans le cas où le médecin traitant ne précise pas la dose maximale, suivre l'ajustement indiqué au protocole médical.

Inscrire le régime posologique au dossier de la personne.

Fournir à la personne l'information nécessaire sur le changement effectué.

Professionnels habilités - infirmiers : transmettre l'information au pharmacien, qu'il y ait ou non un ajustement de la médication antihypertensive, en utilisant le formulaire de liaison.

MÉDECIN RÉPONDANT

En cas de problèmes ou pour toutes autres questions, contacter le médecin ayant rédigé le formulaire d'adhésion. Dans une clinique médicale ou un groupe de médecine de famille (GMF), le médecin répondant est le médecin traitant ou, en l'absence de celui-ci, un des médecins signataires de l'ordonnance collective ou le médecin assigné aux consultations sans rendez-vous. En établissement, le médecin répondant est le médecin traitant ou, en l'absence de celui-ci, le médecin présent au service ou le médecin de garde assigné.

PROCESSUS D'ÉLABORATION

Comité d'experts de l'INESSS (2016) :

M. Fabien Ferguson, conseiller en soins infirmiers

M^{me} Josée Monfette, chef des services ambulatoires de première ligne

M. Luc Poirier, pharmacien

M. Frédéric Poitras, pharmacien

D^r Sébastien Savard, néphrologue

D^r Michel Turgeon, médecin de famille

PROCESSUS D'APPROBATION

En établissement : l'ordonnance collective doit être approuvée par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et porter la signature du président.

L'ordonnance collective est validée par la directrice des soins infirmiers de l'établissement.

Directrice des soins infirmiers : Nom : _____ Prénom : _____
Signature : Document original signé _____ Date : _____

En GMF hors établissement ou cabinets médicaux : l'ordonnance collective est approuvée par les médecins prescripteurs et comporte le nom, le numéro de permis, la signature et le numéro de téléphone de chaque médecin signataire.

APPROBATION DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE PAR LE CMDP DE L'ÉTABLISSEMENT, DU CISS OU CIUSSS

Président du CMDP : Nom : _____ Prénom : _____
Signature : Document original signé par Brigitte Bolduc _____ Date : _____
pour le président du CMDP

OU

APPROBATION DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE PAR LES MÉDECINS SIGNATAIRES

Nom et prénom	N° permis	Signature	Téléphone	Télécopieur