



# L'hypertension approche intégrée sur les interventions liées au mode de vie

Johanne Blais

**M<sup>me</sup> Suspecte, 56 ans, vous a consulté il y a deux mois pour un examen général. En l'interrogeant et en l'examinant, vous aviez noté qu'elle avait de mauvaises habitudes de vie, des antécédents familiaux d'hypertension artérielle et une pression de 170 mm Hg sur 100 mm Hg. Vous lui aviez alors prescrit un traitement médicamenteux. Elle vous annonce aujourd'hui qu'elle n'a pas commencé à prendre ses médicaments parce qu'elle fait maintenant du yoga et prend de la vitamine C, produit réputé pour abaisser la pression artérielle. Que lui répondez-vous ?**

**C**OMME VOUS LE SAVEZ, de nombreuses personnes aux prises avec des problèmes de santé essaient différentes approches complémentaires pour tenter de soulager leurs symptômes ou encore pour prévenir l'apparition de maladies plus graves. On signale dans la littérature que 64 % des patients hypertendus utilisent plusieurs formes d'approches complémentaire, particulièrement des herbes médicinales<sup>1</sup>.

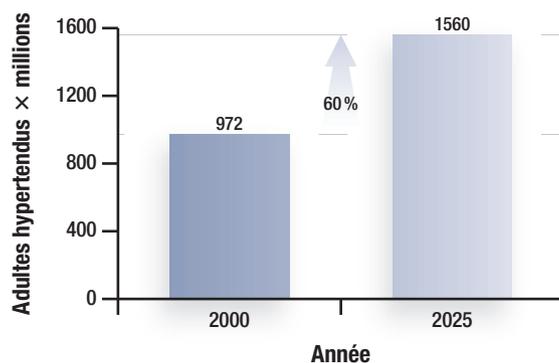
## L'hypertension artérielle : est-ce vraiment un problème ?

L'hypertension artérielle est une maladie chronique qui touche plus de 5 millions de Canadiens et constitue un facteur de risque important de plusieurs affections, telles que l'accident vasculaire cérébral (AVC), l'infarctus du myo-

La D<sup>re</sup> Johanne Blais, médecin de famille, exerce à l'unité de médecine familiale et à la Chaire Lucie et André Chagnon en approche intégrée en prévention du CHUQ, à l'Hôpital Saint-François d'Assise, à Québec. Elle est aussi professeure titulaire de clinique au Département de médecine familiale de l'Université Laval.

Figure

Adultes hypertendus dans le monde<sup>3</sup>



carde et les maladies coronariennes<sup>2</sup>. En 2000, on estimait que le nombre total d'adultes dans le monde atteints d'hypertension était de 972 millions. Ce chiffre pourrait augmenter de 60 % en 2025 pour totaliser 1,56 milliard<sup>3</sup> (figure).

## Comment nos habitudes de vie influencent-elles sur la pression artérielle ?

Selon la Société canadienne d'hypertension : « les

**En 2000, on estimait que le nombre total d'adultes dans le monde atteints d'hypertension était de 972 millions. Ce chiffre pourrait augmenter de 60 % en 2025 pour totaliser 1,56 milliard.**

Repère

## Boîte à outils 1

### Habitudes de vie et risques cardiovasculaires

#### Arrêt du tabac

Le tabagisme est associé à une élévation de la pression artérielle. Il faut rappeler à nos patients que cesser de fumer est sans contre-dit le meilleur investissement non seulement pour la santé cardiovasculaire, mais aussi pour la santé en général.

#### Consommation modérée d'alcool

L'alcool consommé modérément peut avoir des effets positifs sur les maladies cardiovasculaires, plus particulièrement sur l'augmentation du taux de cholestérol HDL. Mais consommé en trop grande quantité, il peut contribuer à une augmentation de la pression artérielle, en plus d'aggraver ou d'entraîner un problème de poids du fait que les boissons alcoolisées contiennent un nombre appréciable de calories.

Une consommation modérée d'alcool correspond à 1 ou 2 verres par jour pour un maximum de 14 par semaine pour les hommes et de 9 par semaine pour les femmes<sup>6</sup>.

Une diminution de la consommation d'alcool peut réduire les valeurs tensionnelles de 2 mm Hg à 4 mm Hg.



#### Activité physique régulière

La sédentarité est probablement l'habitude de vie la plus courante et celle qui s'est répandue le plus rapidement sur la planète au cours des 50 dernières années.

En 2002, moins de 54 % des jeunes de 18 à 24 ans étaient actifs ! Dans le groupe des 45 à 64 ans, c'est moins de 33 % d'entre eux qui bougeaient régulièrement tandis que 25 % des gens de plus de 65 ans ont signalé faire suffisamment d'exercices pour être considérés comme actifs.

L'activité physique aérobique constitue un élément important dans la régulation du poids corporel et réduit les risques cardiovasculaires.

L'activité physique :

- ⊗ permet de diminuer la pression artérielle systolique d'environ 10 mm Hg, ce qui équivaut à l'effet d'un médicament en monothérapie<sup>2</sup> ;
- ⊗ améliore le bilan lipidique, en particulier le taux de cholestérol HDL sanguin<sup>7</sup> ;
- ⊗ diminue le risque de mortalité cardiovasculaire de 20 %.

« Pour les gens présentant une hypertension modérée, on recommande des activités physiques aérobiques (marche, vélo, natation), d'intensité modérée, d'une durée de 50 à 60 minutes, et ce, de 3 à 4 fois par semaine. Ce type d'activité physique semble plus efficace pour diminuer la pression artérielle<sup>4</sup> ».

Comme l'activité physique peut aider à la régulation du poids corporel, il est important de se rappeler qu'une perte de poids aussi modeste que de 3 % à 9 % est associée à une réduction significative de la pression artérielle systolique (PAS) et de la pression artérielle diastolique (PAD) d'environ 3 mm Hg chez les personnes obèses<sup>8</sup>.

Chaque kilogramme de poids perdu entraîne une réduction de la pression artérielle systolique et diastolique de 2 mm Hg et de 1 mm Hg respectivement<sup>2</sup>.

#### Saine alimentation

La malbouffe constitue un grave problème. En effet, nous mangeons trop et trop mal ! Le nouveau guide alimentaire canadien de 2007, disponible au [www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index_f.html), prévoit :

- ⊗ plus de fruits et de légumes (de 5 à 10 portions par jour) ;
- ⊗ un peu moins de produits céréaliers ;
- ⊗ plus de poisson ;
- ⊗ plus de légumineuses (un bon substitut aux protéines) ;
- ⊗ beaucoup d'eau ;
- ⊗ des portions plus précises.

modifications au mode de vie sont les mesures les plus importantes du plan de traitement pour maîtriser la pression artérielle et le risque global d'athérosclérose<sup>2,4</sup>.  
Jetons un coup d'œil aux cinq habitudes de vie

**Boîte à outils 2**

**Connaissez-vous le régime DASH ?**

Une étude clinique publiée en l'an 2000 recommandait le régime DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) aux patients hypertendus<sup>9</sup>. Cette étude regroupait 133 participants atteints d'hypertension qui ont suivi le régime suivant sans perte de poids associée :

- ⊗ faible consommation de gras saturés, de viandes rouges, de sucreries et de boissons sucrées ;
- ⊗ grande consommation de fruits et légumes frais, de noix, de grains entiers, de volaille, de poissons, de légumineuses et de produits laitiers à faible teneur en matières grasses.

Au cours du régime DASH, les participants ont observé une diminution de leur PAS de 8,9 mm Hg et de leur PAD de 4,5 mm Hg<sup>10</sup>.

Le régime DASH est efficace pour réduire l'hypertension de stade 1 et met en lumière la pertinence d'utiliser des interventions alimentaires comme traitement de première ligne.

**Restriction en sel**

Il est aussi recommandé de restreindre l'apport en sel en limitant la consommation de sodium à au plus 2500 mg par jour (à titre d'exemple, 1 c. à thé (5 ml) de sel = 2000 mg de sodium, 1 petit jus de légumes commercial = 330 mg de sel).

L'effort doit venir du consommateur, qui doit choisir des aliments qui contiennent peu de sel, mais également de l'industrie alimentaire, qui doit offrir davantage de produits à faible teneur en sodium<sup>11</sup>.

**Principales composantes du régime DASH**

Groupe d'aliments	Portions recommandées	Exemples de portions
⊗ Produits céréaliers	7-8 par jour	1 tranche de pain
⊗ Légumes	4-5 par jour	1/2 tasse de légumes
⊗ Fruits	4-5 par jour	1 fruit moyen
⊗ Lait et substituts à faible teneur en gras	2-3 par jour	1 tasse de lait écrémé ou 1 %
⊗ Viande, volaille et poisson	Moins de 2 par jour	3 onces
⊗ Légumineuses, noix et graines	4-5 par semaine	1/4 tasse de légumineuses cuites
⊗ Matières grasses (avec modération)	2-3 par jour	1 c. à thé d'huile ou de margarine
⊗ Collations et sucreries (avec modération)	5 par semaine	1 tasse de yogourt

les plus utiles pour nous aider à prévenir de nombreuses maladies, dont l'hypertension : arrêt du tabac, consommation modérée d'alcool, activité physique régulière, saine alimentation (*boîte à outils 1*) et gestion du stress (qui sera discuté dans le prochain article de ce numéro).

**Connaissez-vous le régime DASH ?**

Le régime DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) est une approche alimentaire proposée en 1997 à la suite d'une étude américaine<sup>5</sup>.

Cette approche est maintenant reconnue par plusieurs établissements officiels, dont l'American Heart Association, pour diminuer l'hypertension artérielle, particulièrement chez les gens de 50 ans et plus.

Le régime DASH met l'accent sur les fruits et légumes, de même que sur les produits céréaliers à grains entiers, les légumineuses et les noix. À mi-chemin entre le guide alimentaire canadien pour manger sainement et le régime méditerranéen, il limite la consommation de matières grasses, de viandes rouges et de sucres concentrés (*boîte à outils 2*).

**Le régime DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) est une approche alimentaire reconnue pour diminuer l'hypertension artérielle, particulièrement chez les gens de 50 ans et plus.**

*Repère*

## Tableau

### Étapes de changement de comportement de Prochaska et DiClemente<sup>14</sup>

ÉTAPE	Signification de l'intention	Habitudes de vie / observance du traitement
🌀 Précontemplation	L'idée de changer un comportement n'effleure pas l'esprit du patient !	« Je ne veux pas ! » Pour << contre
🌀 Contemplation	Le patient n'est pas encore prêt, mais il y pense.	« Je pourrais peut-être... » (dans les six prochains mois) Pour = contre
🌀 Préparation	Le patient pense à des moyens pour changer un comportement.	« Je veux changer... » (d'ici un mois) Pour > contre
🌀 Action	Le patient a commencé à modifier un comportement.	« Depuis moins de six mois, mais je change... » Pour >> contre
🌀 Maintien	Le patient maintient son nouveau comportement.	« J'ai réussi depuis plus de six mois. »

Il est important de mentionner que ce régime n'est pas conçu pour perdre du poids. En pareil cas, il faudrait diminuer les portions suggérées.

#### **Comment aider nos patients à modifier un comportement ?**

Nous savons tous qu'il peut être difficile de modifier un comportement, surtout lorsque l'on parle d'habitudes de vie ou d'observance du traitement.

Ainsi, le comportement est très lié aux facteurs émotionnels, génétiques, socio-environnementaux et motivationnels<sup>12</sup>. En ce sens, nous avons besoin d'évaluer les conditions de réussite pour changer un comportement.

#### **Évaluer la motivation du patient**

Est-ce que le patient est prêt à modifier quelque chose et, si oui, quoi ? Il ne doit pas essayer de tout changer en même temps, car il court presque assurément à l'échec.

Prochaska et DiClemente ont décrit un modèle de réceptivité au changement qui peut être utilisé pour voir où se situe le patient lorsque vous le rencontrez dans votre cabinet (*tableau*)<sup>13</sup>.

À cela s'ajoute le modèle conviction/confiance<sup>14</sup>

mis au point par l'Institute for Healthcare Communication ([www.healthcarecomm.org](http://www.healthcarecomm.org)).

Dans ce modèle, on définit la conviction comme étant la reconnaissance des avantages d'un changement de comportement. Plus on est convaincu, plus on va passer de l'étape de précontemplation à celles de contemplation et de préparation.

La confiance se définit comme le sentiment d'être capable de modifier un comportement. Plus on est confiant, plus on a des chances de franchir les étapes de préparation, d'action et enfin de maintien.

#### **Évaluer les connaissances du patient**

Comme professionnel de la santé, il est très important de vérifier les connaissances du patient et ainsi de discuter des fausses croyances qu'il peut avoir.

Par exemple, sur le plan de l'alimentation, plusieurs croient que les aliments à faible teneur en gras peuvent être consommés en grande quantité, juste parce qu'ils contiennent peu de matières grasses. Ces mêmes aliments peuvent toutefois avoir un taux élevé de sucres. Un autre exemple porte sur l'activité physique. Combien de nos patients s'imaginent perdre facilement du poids seulement en bougeant un peu plus, mais sans devoir changer leurs habitudes alimentaires ?

**Pour qu'un changement se produise, le patient doit être dans un état de réceptivité motivationnel. S'il vit plusieurs situations stressantes dans sa vie (divorce, maladie, décès d'un proche, etc.), il ne sera vraiment pas en mesure de réussir à modifier un comportement.**

Repère

Ces exemples illustrent pourquoi l'évaluation des connaissances du patient demeure un élément très important avant d'entreprendre un changement de comportement.

### Discuter avec le patient de son degré de stress actuel

Pour qu'un changement se produise, le patient doit être dans un état de réceptivité motivationnel. S'il vit plusieurs situations stressantes dans sa vie (divorce, maladie, décès d'un proche, etc.), il ne sera vraiment pas en mesure de réussir à modifier un comportement.

- ☉ A-t-il d'autres problèmes de santé importants et qui peuvent nuire à sa motivation (dépression, alcoolisme, etc.) ?
- ☉ Combien de temps est-il prêt à investir dans son changement de comportement ?
- ☉ Est-ce que le patient accepte de consacrer de 15 à 30 minutes par jour à la marche, par exemple ?
- ☉ Est-ce que l'objectif est réalisable ?

Il ne faut pas oublier l'importance de maintenir un changement de comportement en faisant un suivi plus serré et en multipliant les encouragements fréquents, particulièrement chez les gens sédentaires. Bonet et coll.,<sup>15</sup> en 2003, ont fait une étude chez un groupe de femmes obèses et atteintes d'hypertension de stade 1 pour vérifier l'observance d'un programme d'activités physiques, selon qu'elles faisaient partie d'un groupe supervisé ou non. Les auteurs ont noté, dans le groupe sous supervision, une amélioration du profil cardiovasculaire, en particulier des valeurs de pression artérielle, comparativement au groupe qui ne recevait que des conseils et des recommandations sur l'entraînement, qui n'a connu aucune amélioration.

**C**OMME VOUS AVEZ PU le constater, certains moyens peuvent encourager M<sup>me</sup> Suspecte à modifier ses habitudes de vie en tenant compte de son degré de volonté à changer un comportement. Il faut aussi se rappeler que tous les traitements mentionnés auparavant sont assez sûrs, bien qu'aucun d'entre eux ne présente d'effets comparables à ceux du traitement médicamenteux de l'hypertension, sauf peut-être l'activité physique chez un patient atteint d'hypertension de stade 1 qui n'aurait besoin que d'un traitement en

## Encadré

### Ressources pour les patients

- ☉ **Brochure Programme Santé d'Acti-menu : « L'hypertension artérielle, attention ! Zone de haute pression »**  
[www.actimenu.ca](http://www.actimenu.ca)  
Définition de l'hypertension, indication des principaux facteurs de risque, information juste et facile à consulter pour les patients
- ☉ **Site PasseportSanté**  
[www.passeportsante.net](http://www.passeportsante.net)  
Portail francophone sur les approches complémentaires
- ☉ **Trousse « Cœur en santé » de Santé Canada (volet destiné aux patients)**  
[www.coeurensante.com](http://www.coeurensante.com)  
Trousse ayant pour but d'aider les patients à réduire leurs risques
- ☉ **Site de la Fondation des maladies du cœur du Canada**  
[www.fmcoeur.ca](http://www.fmcoeur.ca)  
Évaluation en ligne de son degré de risque cardiovasculaire et plan d'action disponible après l'évaluation
- ☉ **Régime DASH**  
[www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash/new\\_dash.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash/new_dash.pdf)  
Guide pour réduire la pression artérielle grâce à l'alimentation

monothérapie. Finalement, toutes ces approches peuvent être ajoutées au traitement habituel. ☞

Date de réception : 27 juillet 2007

Date d'acceptation : 14 août 2007

Mots clés : hypertension, habitudes de vie, modification du comportement

La D<sup>re</sup> Blais déclare avoir été consultante pour sanofi-aventis et Pfizer.

## Bibliographie

1. Ernst E, Pittler MH, Stevinson C et coll., rédacteurs. *The Desktop Guide to Complementary and Alternative Medicine – An evidence-based approach*. Édimbourg : Mosby Elsevier ; 2006. pp. 171-9.
2. Feldman R. Les recommandations du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) pour 2004 : une vue d'ensemble. *Hypertension Canada* 2004 ; 1-5.
3. Touyz R. Recommandations 2006 du Programme d'éducation canadien sur l'hypertension – Quels sont les nouveaux messages ? *Le Clinicien* 2006 ; 21 (4) : 106-14.
4. Cleroux J, Feldman RD, Petrella RJ. Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. 4. Recommendations on physical exercise training. Canadian Hypertension Society, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, Laboratory Centre for Disease Control at Health Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada. *CMAJ* 1999 ; 160 (9 suppl.) : S21-S28.

## Summary

**An integrated approach to lifestyle interventions for hypertension.** Arterial hypertension is a chronic disease which affects more than 5 million Canadians and constitutes an important risk factor for several conditions such as stroke, myocardial infarction and coronary diseases. While in the year 2000, the estimated total number of adults worldwide with arterial hypertension was 972 million, the projected number for 2025 could increase by 60% to reach 1.56 billion. According to the Canadian Hypertension Society, “lifestyle modifications are the most important steps of the medical treatment plan for managing arterial pressure and global atherosclerosis risk.” We all know how difficult it is to modify our behaviour, particularly when lifestyles or compliance with treatment are concerned. In this respect, certain means will be considered in order to encourage our patients to modify their behaviours.

**Keywords:** hypertension, complementary/alternative medicine, lifestyle

5. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E et coll. A clinical trial on the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH collaborative research group. *N Engl J Med* 1997; 336 (16) : 1117-24.
6. Touyz RM, Campbell N, Logan A et coll. The 2004 Canadian recommendations for the management of hypertension: Part III – Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. *Can J Cardiol* 2004; 20 : 55-9.
7. Bassuk SS, Manson JE. Physical activity and cardiovascular disease prevention in women: how much is good enough? *Exerc Sport Sci Rev* 2003; 31 : 176-81.
8. Hermansen K. Diet, blood pressure and hypertension. *Br J Nutr* 2000; 83 (suppl. 1) : S113-S119.
9. Conlin PR, Chow D, Miller ER 3<sup>rd</sup> et coll. The effect of dietary patterns on blood pressure control in hypertensive patients: results from the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) trial. *Am J Hypertens* 2000; 13 : 949-55.
10. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM et coll. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med* 2001; 344 : 3-10.
11. Vollmer WM, Sacks FM, Ard J et coll. Effects of diet and sodium intake on blood pressure: subgroup analysis of the DASH-sodium trial. *Ann Intern Med* 2001; 135 : 1019-28.
12. Vallis M, Drouin D. *La thérapie comportementale*. Cahier de formation sur les complications métaboliques et cardiovasculaires de l'obésité (Chapitre 5). Montréal; 22 septembre 2006.
13. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982; 19 (3) : 276-87.
14. Bédard J, Drouin D, Flook N et coll. *Motiver vos patients en 3 minutes – Améliorez les résultats – Encouragez le changement de comportement*. Formation donnée à Montréal dans le cadre d'une formation pour les médecins en santé publique; 26 janvier 2007.
15. Bonet J, Coll R, Rocha E et coll. Supervised versus recommended physical exercise in hypertensive women. Is its recommendation enough? *Blood Press* 2003; 12 : 139-44.