

Lieu et moment	TAS (mmHg)		TAD (mmHg)
Au cabinet	≥ 140	et/ou	≥ 90
En ambulatoire			
Pendant la journée	≥ 135	et/ou	≥ 85
Pendant la nuit	≥ 120	et/ou	≥ 70
Pendant 24 heures	≥ 130	et/ou	≥ 80
À la maison	≥ 135	et/ou	≥ 85

Tension artérielle systolique : TAS ; tension artérielle diastolique : TAD

**TABEAU II :** Définition de l'hypertension artérielle selon le lieu de la prise et le moment de la journée.

Autres facteurs de risque, atteinte des organes cibles ou maladies	Tension artérielle (mmHG)			
	Normale haute TAS 130-139 ou TAD 85-89 mmHg	HTA de grade 1 TAS 140-159 ou TAD 90-99 mmHg	HTA de grade 2 TAS 160-179 ou TAD 100-109 mmHg	HTA de grade 3 TAS ≥ 180 ou TAD ≥ 110 mmHg
Pas d'autre facteur de risque		Risque bas	Risque modéré	Risque haut
1-2 facteurs de risque	Risque bas	Risque modéré	Risque modéré ou haut	Risque haut
≥ 3 facteurs de risque	Risque bas ou modéré	Risque modéré ou haut	Risque haut	Risque haut
Atteinte des organes cibles, maladie rénale chronique de stade 3 ou diabète	Risque modéré ou haut	Risque haut	Risque haut	Risque haut ou très haut
Maladie cardiovasculaire symptomatique, maladie rénale chronique de stade ≥ 4 ou diabète avec atteinte des organes cibles/facteurs de risque	Risque très haut	Risque très haut	Risque très haut	Risque très haut

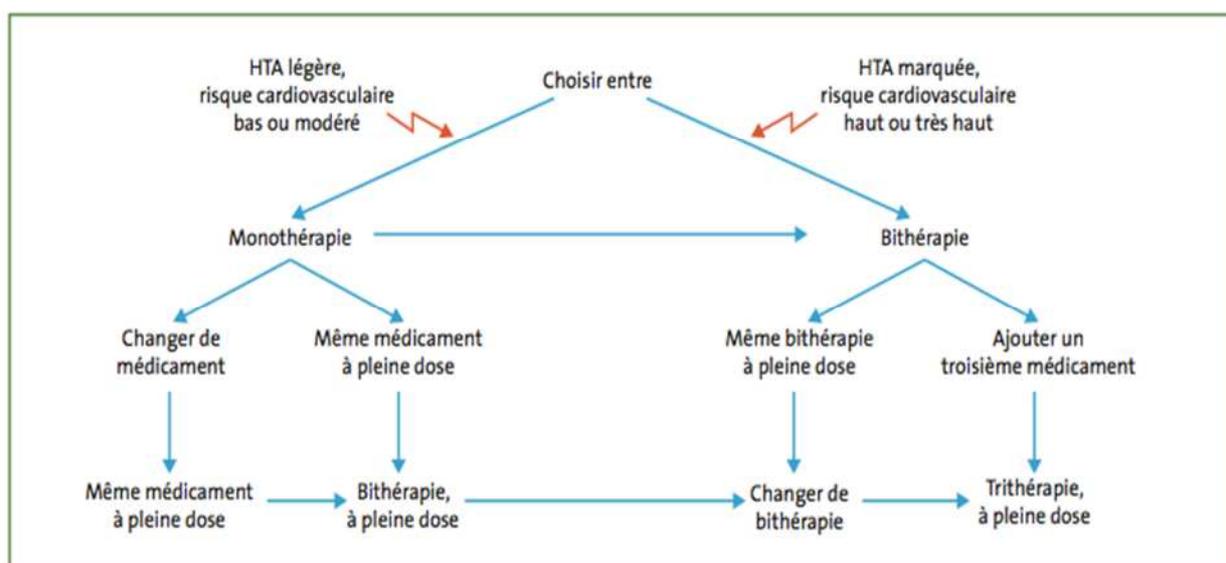
**TABEAU I :** Stratification du risque cardiovasculaire total.

Autres facteurs de risque, atteinte des organes cibles ou maladies	Tension artérielle (mmHg)			
	Normale haute TAS 130-139 ou TAD 85-89	HTA de grade 1 TAS 140-159 ou TAD 90-99	HTA de grade 2 TAS 160-179 ou TAD 100-109	HTA de grade 3 TAS $\geq$ 180 ou TAD $\geq$ 110
Pas d'autre facteur de risque	Pas d'intervention sur la TA	Modif. SDV plusieurs mois puis traitement médicamenteux	Modif. SDV plusieurs semaines puis traitement médicamenteux	Modif. SDV Traitement médicamenteux immédiatement
1-2 facteurs de risque	Modif. SDV Pas d'intervention sur la TA	Modif. SDV plusieurs semaines puis traitement médicamenteux	Modif. SDV plusieurs semaines puis traitement médicamenteux	Modif. SDV Traitement médicamenteux immédiatement
$\geq$ 3 facteurs de risque	Modif. SDV Pas d'intervention sur la TA	Modif. SDV plusieurs semaines puis traitement médicamenteux	Modif. SDV plusieurs semaines puis traitement médicamenteux	Modif. SDV Traitement médicamenteux immédiatement
Atteinte des organes cibles, maladie rénale chronique de stade 3 ou diabète	Modif. SDV Pas d'intervention sur la TA	Modif. SDV Traitement médicamenteux	Modif. SDV Traitement médicamenteux	Modif. SDV Traitement médicamenteux immédiatement
Maladie cardiovasculaire symptomatique, maladie rénale chronique de stade $\geq$ 4 ou diabète avec atteinte des organes cibles/ facteurs de risque	Modif. SDV Pas d'intervention sur la TA	Modif. SDV Traitement médicamenteux	Modif. SDV Traitement médicamenteux	Modif. SDV Traitement médicamenteux immédiatement
Modifications du style de vie : Modif. SDV. TA cible: < 140/90 mmHg				

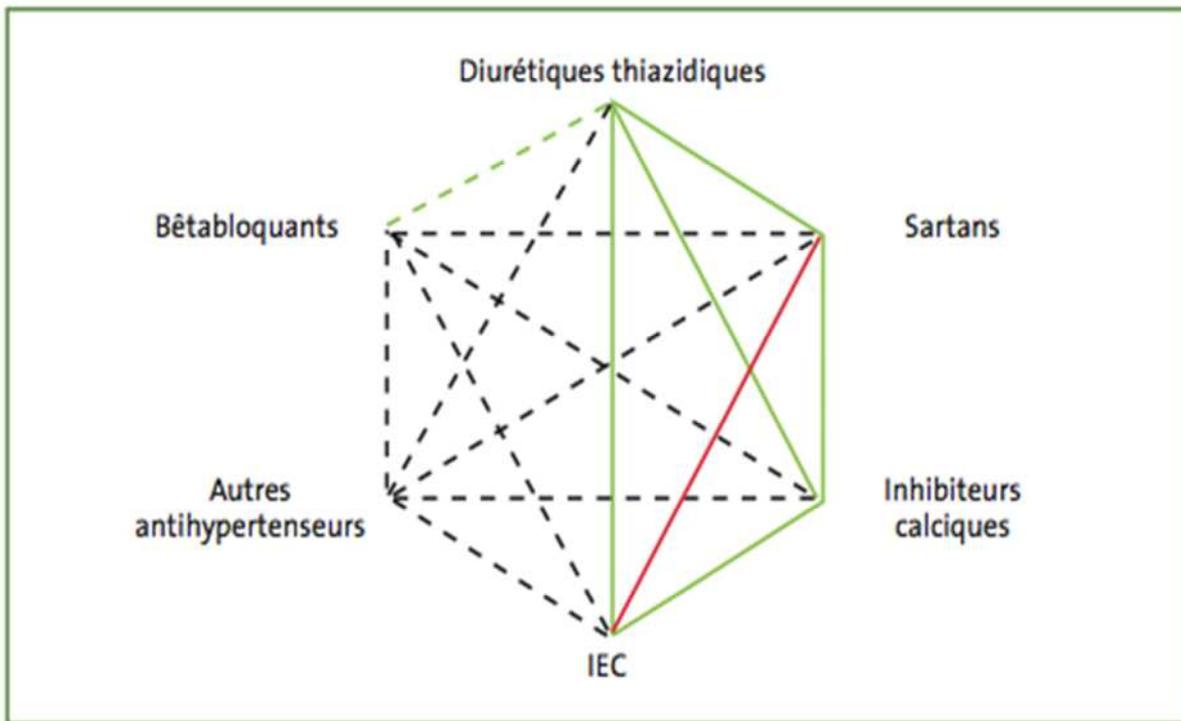
**TABLEAU III :** Modifications du style de vie et traitement médicamenteux en fonction du risque cardiovasculaire.

Situation	Médicaments
<b>Atteinte asymptomatique des organes cibles</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hypertrophie ventriculaire gauche</li> <li>● Athérosclérose</li> <li>● Micro-albuminurie</li> <li>● Dysfonction rénale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● IEC, inhibiteur calcique,</li> <li>● Inhibiteur calcique, IEC</li> <li>● IEC, sartan</li> <li>● IEC, sartan</li> </ul>
<b>Événement cardiovasculaire clinique</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Antécédent d'AVC</li> <li>● Antécédent d'infarctus du myocarde</li> <li>● Angine de poitrine</li> <li>● Insuffisance cardiaque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Toutes les classes</li> <li>● Bêtabloquant, IEC, sartan</li> <li>● Bêtabloquant, inhibiteur calcique</li> <li>● Diurétique, bêtabloquant, IEC, sartan, antagoniste des récepteurs minéralocorticoïdes</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Anévrisme de l'aorte</li> <li>● Fibrillation atriale, prévention</li> <li>● Fibrillation atriale, contrôle de la fréquence ventriculaire</li> <li>● Maladie rénale terminale/protéinurie</li> <li>● Artériopathie périphérique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bêtabloquant</li> <li>● Sartan</li> <li>● Bêtabloquant, inhibiteur calcique non di-hydropyridinique</li> <li>● IEC, sartan</li> <li>● IEC, inhibiteur calcique</li> </ul>
<b>Autre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● HTA systolique isolée (sujets âgés)</li> <li>● Syndrome métabolique</li> <li>● Diabète</li> <li>● Grossesse</li> <li>● Noir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diurétique, inhibiteur calcique</li> <li>● IEC, sartan, inhibiteur calcique</li> <li>● IEC, sartan</li> <li>● Méthildopa, bêtabloquant, inhibiteur calcique</li> <li>● Diurétique, inhibiteur calcique</li> </ul>

**TABLEAU IV :** Médicaments à préférer dans des situations spécifiques.



**TABLEAU V :** Monothérapie versus association médicamenteuse.



**FIG. 1:** Combinaisons possibles de classes de médicaments antihypertenseurs. Les **lignes vertes continues** représentent les associations préférables. La **ligne verte pointillée** représente une association utile (avec des limitations). Les **lignes noires** représentent des associations possibles mais moins testées. La **ligne rouge** représente une association déconseillée. Bien que le vérapamil et le diltiazem soient parfois utilisés en association avec un bêtabloquant afin d'améliorer le contrôle de la fréquence ventriculaire en cas de fibrillation atriale permanente, seuls les inhibiteurs calciques di-hydropyridiniques devraient être associés aux bêtabloquants.