

**UNIVERSITE DE LILLE DEPARTEMENT
FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année 2024

**MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE
AVANCEE**

MENTION : PATHOLOGIES CHRONIQUES STABILISEES

Vers une nouvelle collaboration pour l'optimisation du parcours de soins
du sujet hypertendu

Présenté et soutenu publiquement le 2 juillet 2024 à Lille
(département facultaire de médecine Henri Warembourg)

Par **Rosa IERA**

JURY :

Président du jury : Professeur Ali AMAD

Directeur de mémoire : Madame Séverine THERY

Tuteur pédagogique : Madame Léone DE OLIVEIRA

Tuteur professionnel : Dr Damien BROUCQSAULT

« Prendre soin de sa santé ne change pas l'issue, mais le trajet. »

Szczepan Yamenski

REMERCIEMENTS

GLOSSAIRE

AMT : Automesure Tensionnelle
AINS: Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
AIT: Accident Ischémique Transitoire
AOMI: Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
APA: Activité Physique Adaptée
ARS: Agence Régionale de Santé
AVC: Accident Vasculaire Cérébral
AVK: Anti Vitamine K
CVD : Cardiomyopathie Ventriculaire Dilatée
DFG: Débit de Filtration Glomérulaire
EDAMI: Échographie Doppler Artériel des Membres Inférieurs
EDTSA: Échographie Doppler des Troncs Supra Aortiques
ESH: European Society of Hypertension
ETP: Éducation Thérapeutique du Patient
FLASH: French League Against Hypertention Survey
HAS: Haute Autorité de Santé
HTA: Hypertension Artérielle
HVG: Hypertrophie Ventricule Gauche
IDM: Infarctus Du Myocarde
IC: Insuffisance Cardiaque
IPA: Infirmière en Pratique Avancée
MAPA: Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle
MMSE : Mini Mental State Examination
PAD : Pression Artérielle Diastolique
PAS : Pression Artérielle Systolique
RAC: Rapport Albuminurie / Créatininurie
SFHTA: Société Française d'Hypertension Artérielle
SRAA : Système Rénine Angiotensine Aldostérone
URPS: Unions Régionales de Professionnels de Santé

Sommaire

Introduction	1
1.CADRE CONCEPTUEL	2
A. Contexte	2
B. Généralités sur l'hypertension artérielle	4
2. L'ETUDE	19
A. Problématique.....	19
B. Méthode.....	22
C. Résultats	25
D. Analyse.....	31
E. Discussion	34
F. Conclusion.....	40

Introduction

Infirmière depuis 14 ans, avec une expérience de 5 ans dans un service de cardiologie spécialisé dans les maladies cardiovasculaires et l'hypertension artérielle. Durant ma deuxième année d'IPA, j'ai souhaité réaliser mon stage dans un cabinet de cardiologie, mon projet professionnel étant de me spécialiser dans ce domaine.

La région des Hauts de France notamment le Bassin Minier, est une zone concentrant un des taux les plus élevés de pathologies cardiovasculaires. La prise en charge de l'hypertension artérielle reste l'un des facteurs de risque modifiable les plus importants.

Il apparaît donc primordial d'améliorer l'équilibre tensionnel de cette population.

La multiplication des déserts médicaux et l'augmentation des délais de consultations accentuent davantage la difficulté de prise en charge de ces patients souvent en précarité sociale.

Dans ce contexte, j'ai choisi de réaliser mon mémoire sur le dépistage de l'hypertension artérielle non contrôlée et d'en définir les causes.

En effet, malgré de nombreuses campagnes de prévention, comment expliquer le déséquilibre tensionnel qui a tant de conséquences sur le plan cardiovasculaire et tant d'impacts sur d'autres organes ?

Pour répondre à cette question, dans un premier temps, je rappellerai brièvement le contexte, ce qu'est la maladie hypertensive, et quelles en sont les causes et les conséquences.

Dans un second temps, je détaillerai la méthodologie de mon étude, les hypothèses ainsi que les objectifs mis en avant.

Dans un troisième temps, je détaillerai les résultats et les analyserai.

Pour finir, je discuterai des forces et des faiblesses de cette étude au vu de la littérature actuelle.

1. CADRE CONCEPTUEL

A. Contexte

La prévalence

L'hypertension artérielle (HTA) est le facteur de risque cardiovasculaire le plus fréquent au niveau mondial [1].

Dans le monde, « on estime que 1,28 milliards de personnes âgées de 30 à 79 ans sont hypertendues et que 46% des adultes atteints d'HTA l'ignorent. Moins de la moitié des adultes (42%) souffrant d'HTA sont diagnostiqués et bénéficient d'un traitement. L'HTA n'est maîtrisée que chez environ un adulte sur cinq » [1].

En France, près de 17 millions d'adultes Français sont atteints d'hypertension artérielle, 6 millions de personnes sont hypertendues sans le savoir et 4 millions de personnes hypertendues ont une pression artérielle non contrôlée malgré l'instauration d'un traitement [1], [2]. De ce fait, seuls 25% des patients hypertendus ont une pression artérielle contrôlée [2].

En 2021, « 36 % des hommes adultes étaient hypertendus, contre 25 % des femmes » [2].

Dans les Hauts de France, d'après l'étude de cohorte CONSTANCES publiée en 2019, la prévalence de l'hypertension est plus importante que dans les autres régions (53 %) [3].

« L'HTA reste la maladie chronique la plus fréquente en France [...] et demeure l'une des principales causes des complications cardio-vasculaires, rénales ou cognitives » [2].

HYPERTENSION ARTERIELLE : TUEUR SILENCIEUX

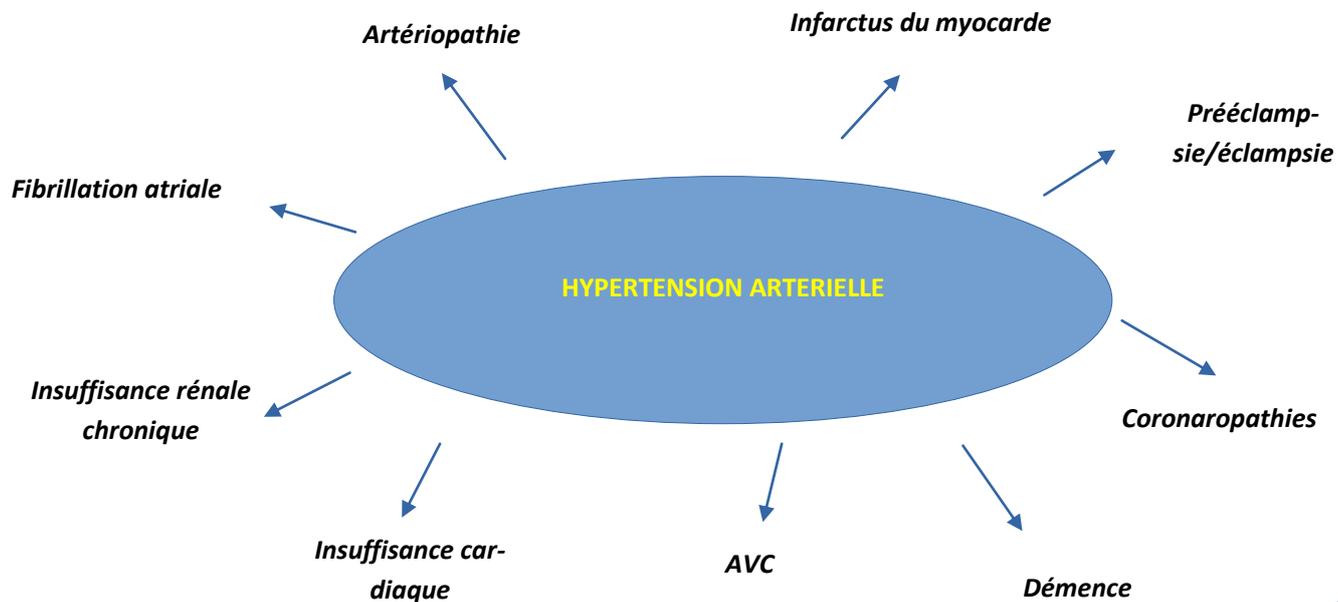


Figure 1 Conséquences de l'HTA

C'est pour cela que l'OMS cible une réduction de la prévalence de l'HTA de 33% entre 2010 et 2030 [1].

B. Généralités sur l'hypertension artérielle

a. Physiopathologie

La pression artérielle est le résultat de la force exercée sur les parois artérielles par le sang éjecté du cœur. Elle dépend du débit cardiaque, de la résistance artérielle périphérique et de la volémie.

Elle est régulée principalement par un mécanisme réno-hormonal : le SRAA : *Système rénine angiotensine aldostérone* [4].

Le SRAA permet de réguler la pression artérielle. Il l'adapte grâce à la libération de rénine qui permet ensuite une cascade de réactions qui aboutissent à la sécrétion d'angiotensine et d'aldostérone. Elles permettent une vasoconstriction ainsi que la rétention hydro-sodée afin d'augmenter le volume sanguin qui augmente la pression artérielle [4].

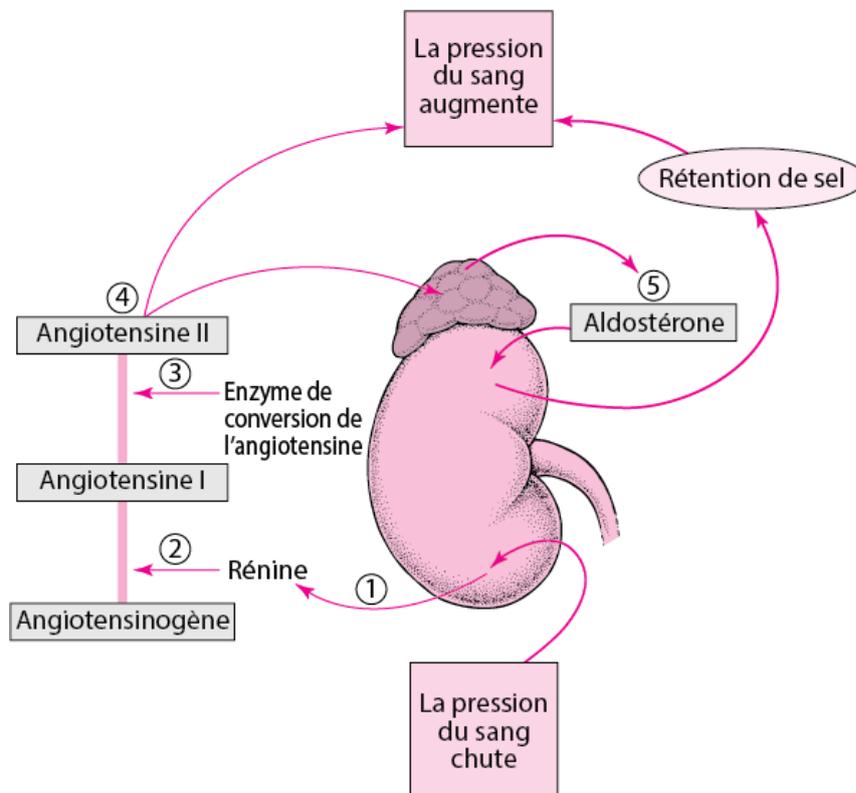


Figure 2 Système rénine angiotensine aldostérone [4]

La pression artérielle est caractérisée par deux valeurs : [5]

- La systolique : elle est mesurée lors de la contraction du cœur, lorsque les artères sont les plus remplies.
- La diastolique : elle est mesurée lors de la relaxation du cœur, lorsque les artères sont les moins remplies.

« La valeur normale de la pression artérielle se situe entre 115 et 120 mmHg pour la systolique et 75 et 80 mmHg pour la diastolique » [1].

b. Définition de l'hypertension artérielle d'après l'HAS

« L'HTA est définie de manière consensuelle comme une pression artérielle supérieure ou égale à 140/90 mmHg mesurée en consultation et persistante dans le temps » [6].

Il existe différents grades d'HTA

Catégorie	Systolique (mmHg)	Diastolique (mmHg)
Normal	120-129	80-84
Normal Haut	130-139	85-89
HTA grade 1	140-159	90-99
HTA grade 2	160-179	100-109
HTA grade 3	Sup 180	Sup 110

c. Le dépistage

L'HTA est une maladie silencieuse qui survient sans ou avec peu de symptômes (maux de tête, trouble de la vision, palpitation cardiaque, suées, épistaxis...) [5].

Le seul moyen de dépister une HTA est de mesurer régulièrement la pression artérielle, chez le médecin généraliste ou d'autres professionnels de santé comme les médecins spécialistes, médecins de santé au travail, des pharmaciens, des infirmières... Tous ces professionnels de santé sont amenés à participer à ce dépistage.

Cependant, la présence d'une pression artérielle élevée lors d'une consultation médicale par exemple, ne peut permettre d'affirmer ce diagnostic. En effet, la pression artérielle n'est pas constante, elle varie tout au long de la journée et en fonction des événements (stress, effet blouse blanche ...) Néanmoins, ces valeurs sont indicatives et permettent d'orienter le diagnostic.

De ce fait, après la découverte d'une pression artérielle supérieure ou égale à 140/90 mmHg, deux méthodes existent pour confirmer ce diagnostic [6].

1^{ère} méthode : L'Automesure Tensionnelle (AMT)

On parle de « la règle des 3 », le patient doit prendre sa tension au repos dans un endroit calme, trois fois le matin, au début du petit déjeuner, avant toute prise de médicament et trois fois le soir avant le coucher, cela durant trois jours de suite, avec un intervalle d'une minute entre chaque mesure, et en position assise.

Puis, le médecin fait la moyenne de ces 18 mesures et cette moyenne permet de confirmer ou non la présence d'une HTA. Le diagnostic sera retenu si la moyenne est supérieure à 135/85 [5].

Afin d'assurer la fiabilité des mesures, les recommandations ESH 2023 insistent sur l'utilisation d'appareil au bras automatiques et validés pour la mesure de la pression artérielle [7].

2^{ème} méthode : La MAPA (Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle)

La MAPA est un appareil porté par le patient qui est programmé pour mesurer automatiquement la pression artérielle toutes les quinze à vingt minutes durant 24h. La pression artérielle étant variable tout au long de la journée, le dispositif permet d'obtenir une moyenne des valeurs diurnes et nocturnes. Elle permet également d'intégrer d'autres informations complémentaires pouvant orienter le diagnostic (HTA nocturne persistante ...). Le diagnostic d'HTA sera retenu si la moyenne diurne est supérieure à 135/85 mmHg ou > à 130/80 mmHg sur 24h [5].

Le choix de la méthode dépendra de la capacité du patient, de son implication dans sa pathologie et des informations recherchées.

Les dernières recommandations de l'ESH 2023 ont renforcé l'importance de se baser sur ces deux méthodes en priorité, l'adaptation d'un traitement antihypertenseur ne doit plus être basé sur la pression artérielle prise en cabinet [7].

En cas d'impossibilité d'utiliser l'une des deux méthodes, la pression artérielle devra être prise sur plusieurs consultations. Durant chaque consultation trois mesures seront prises avec un intervalle d'une ou deux minutes entre chaque prise. De plus, si les deux premières mesures ont une différence de plus de 10mmHg, des mesures supplémentaires seront effectuées [7].

d. Prise en charge de l'HTA

La prise en charge de l'HTA est complexe, une approche globale ainsi qu'une bonne coopération du patient sont indispensables. Elle se complète avec un traitement médicamenteux qui doit être optimisé ainsi qu'un traitement non médicamenteux qui nécessite une information et une éducation du patient. D'ailleurs, la SFHTA et l'HAS recommandent la mise en place d'une consultation d'annonce et d'information dès la confirmation du diagnostic [2].

Cette consultation permettrait une meilleure adhésion du patient, en abordant ce qu'est l'hypertension artérielle, ses conséquences, les règles hygiéno-diététiques, l'intérêt des traitements et de l'observance.

1. Les mesures hygiéno-diététiques

Elles permettent de prévenir et de retarder l'apparition de l'HTA, le respect des mesures hygiéno-diététiques est primordial. Elles font partie intégrante des traitements non médicamenteux.

Les recommandations sont : [5] [6]

- *« Pratiquer une activité physique régulière et adaptée soit trente minutes par jours au moins trois fois par semaine.*
- *Réduction du poids en cas de surcharge pondérale*
- *Réduction de la consommation d'alcool*
- *Arrêt du tabac*
- *Alimentation équilibrée (riche en fruits, légumes, aliments peu riches en graisses saturées)*
- *Limiter sa consommation en sel (moins de 6g par jour) »*

2. Les autres facteurs de risque cardio-vasculaires

Ils existent deux types de facteurs de risque cardio-vasculaires :

a. Les facteurs de risque non modifiables

- *L'âge (> à 50 ans chez l'homme, > à 60 ans chez la femme)*
- *Le sexe masculin*
- *La ménopause*
- *L'hérédité cardio vasculaire au premier degré (IDM ou mort subite du père avant 55 ans ou de la mère avant 60 ans)*

b. *Les facteurs de risque modifiables (outre l'HTA)*

- Le diabète
- Le tabagisme
- La dyslipidémie
- L'obésité (IMC supérieur à 30)
- Le périmètre abdominal (supérieur à 80 cm chez la femme et à 94 cm chez l'homme)
- Le syndrome d'apnée du sommeil
- La sédentarité (moins de 30 minutes d'exercice physique par jour)
- Le traitement hormonal oestroprogestatif
- Les AINS/ Les corticoïdes

Stades de l'hypertension	Autres facteurs de risque DFG, HTA avec atteinte d'organe, CVD	Classement de la pression artérielle (mmHg)			
		PAS normale élevée 130-139 PAD 85-89	Grade 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Grade 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Grade 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Etape 1	Aucun facteur de risque	Faible risque	Faible risque	Risque modéré	Risque élevé
	1 ou 2 facteurs de risque	Faible risque	Risque modéré	Risque modéré à élevé	Risque élevé
	≥ 3 facteurs de risque	Risque faible à modéré	Risque modéré à élevé	Risque élevé	Risque élevé
Etape 2	HTA avec atteinte d'organe, DFG grade 3 ou diabète sucré	Risque modéré à élevé	Risque élevé	Risque élevé	Risque très élevé
Etape 3	Grade de CVD ou DFG ≥ 4	Risque très élevé	Risque très élevé	Risque très élevé	Risque très élevé

	< 50 ans	60-69 ans	≥ 70 ans	Estimation complémentaire du risque à l'étape 1 avec SCORE2/SCOR2-OP
	< 2,5 %	< 5 %	< 7,5 %	
	2,5 à < 7,5 %	5 à < 10 %	7,5 à < 15 %	
	≥ 7,5 %	≥ 10 %	≥ 15 %	

Figure 3 Tableau d'évaluation du risque cardiovasculaire [7]

L'évaluation du risque cardio-vasculaire est indispensable chez les patients hypertendus. En effet, en fonction du nombre de facteurs de risque et du grade de l'HTA le risque cardio-vasculaire est plus ou moins important.

Cette évaluation permet d'adapter la prise en charge et de pouvoir agir en collaboration avec le patient afin d'initier une diminution voire une suppression des facteurs de risque modifiables.

3. Les traitements

Pour cette étude nous avons décidé de nous baser principalement sur les recommandations de l'ESH 2023, ces données étant les plus récentes en vigueur sur notre territoire.

De plus, au vu des discordances entre les mesures faites au cabinet et en ambulatoire. Nous avons fait le choix de tenir compte uniquement des mesures ambulatoires.

Le seuil pour initier un traitement anti-hypertenseur lors d'une automesure ou lors d'une MA-PA diurne est une moyenne supérieure à 135/85 mmHg. Hormis les personnes en prévention secondaire, pour qui il est de 130/80 mmHg. Et pour les personnes âgées de plus de 80 ans, le seuil en cabinet est de 160/90 mmHg [7]. Pour cette tranche d'âge, l'équivalent de la méthode ambulatoire n'est pas précisé dans les recommandations.

La mise en place d'un traitement doit permettre d'atteindre un objectif de pression artérielle en consultation ou en ambulatoire inférieur à 130/80 mmHg pour les personnes âgées de 18 à 64 ans, et moins de 140/80 mmHg, voire moins de 130/80mmHg en cas de bonne tolérance thérapeutique pour les patients de 64 à 79 ans [7]. Il n'est pas nécessaire de viser moins de 120/70 mmHg [7].

Toutefois, l'étude SPRINT de 2015 préconise pour les patients présentant un risque élevé d'événements cardiovasculaires non diabétique, de viser une pression artérielle systolique inférieure à 120 mmHg [8]. Cependant, la méthode utilisée dans cette analyse pour mesurer la pression artérielle est différente de celle retrouvée dans les autres études.

Selon les recommandations de l'ESH de 2023, l'utilisation d'emblée d'une bithérapie permettrait d'améliorer rapidement le contrôle tensionnel. En effet, la plupart des patients hypertendus nécessitent au moins deux médicaments. Néanmoins, la dose est à adapter au niveau tensionnel ambulatoire (automesure) [7].

Si l'objectif n'est pas atteint à 1 mois sous bithérapie, une trithérapie sera envisagée. Si malgré la trithérapie (comportant un diurétique thiazidique) et le respect des règles hygiéno-diététiques l'objectif n'est pas atteint au-delà des 6 mois, l'avis d'un spécialiste est requis pour rechercher une HTA secondaire [6].

Concernant les personnes de plus de 80 ans, l'objectif de la pression artérielle doit être entre 130/70 mmHg– 139/80 mmHg si la tolérance thérapeutique est bonne [7].

Par ailleurs, la monothérapie reste indiquée pour les patients âgés de plus de 80 ans et pour les patients à faible risque cardio vasculaire présentant une hypertension artérielle de grade 1 [7].

Il est recommandé d'atteindre ces objectifs dans les 6 mois après la découverte de l'HTA, avec un contrôle mensuel après l'introduction des antihypertenseurs et ce jusqu'à atteindre l'objectif [6].

L'atteinte de la pression artérielle cible doit être confirmée soit par une automesure tensionnelle, soit par une MAPA [6].

a. Les différentes classes d'antihypertenseurs

- Les diurétiques thiazidiques

Ils inhibent la réabsorption du sodium et de l'eau au niveau du tube contourné distal ce qui entraîne une diminution de la volémie et donc une diminution de la pression artérielle [9],[11].

- Les Inhibiteurs calciques

Il existe deux types d'inhibiteurs calciques : les dihydropyridines et les non-dihydropyridiniques.

Ils bloquent l'entrée du calcium dans les cellules musculaires lisses de la paroi artérielle ce qui favorise la vasodilatation, et donc une baisse de la pression artérielle [9],[10].

- Les Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)

Ils ont une action directe sur l'enzyme de conversion dans le système rénine angiotensine aldostérone. Ils bloquent la conversion de l'angiotensine I en angiotensine II, ce qui permet une vasodilatation, une diminution de la volémie et donc une diminution de la pression artérielle [9].

- Les Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 (ARA2)

Ils agissent également dans le système rénine angiotensine aldostérone en bloquant directement l'action de l'enzyme angiotensine II. Cela permet d'éviter la constriction des parois musculaires des artérioles, responsable de l'augmentation de la pression artérielle. Et réduisent la sécrétion de l'aldostérone. Par conséquent, on obtient un effet vasodilatateur et hypovolémique [4].

- Les Béta-bloquants

Ce sont des antagonistes des récepteurs bêta-adrénergiques, ils diminuent le débit cardiaque ainsi que la sécrétion de la rénine [9],[10],[11].

- Les Alpha-bloquants

Ce sont des antihypertenseurs antagonistes de la noradrénaline, ce qui entraîne une vasodilatation de la paroi des vaisseaux sanguins [9],[10],[11].

- Les antihypertenseurs Centraux

Ils réduisent la libération des catécholamines, noradrénaline et dopamine dans le système nerveux central ce qui va entraîner une vasodilatation [9],[11].

- Les Anti-aldostérones

Ils agissent directement au sein du système rénine angiotensine aldostérone en bloquant la sécrétion d'aldostérone. Ce qui entraîne une réduction de la rétention hydrosodée et donc une diminution de la volémie [9],[11].

Toutefois, seuls les diurétiques thiazidiques, les bêtas-bloquants, les inhibiteurs calciques, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA2) ont démontrées une efficacité en termes de réduction de la morbi mortalité [7],[9].

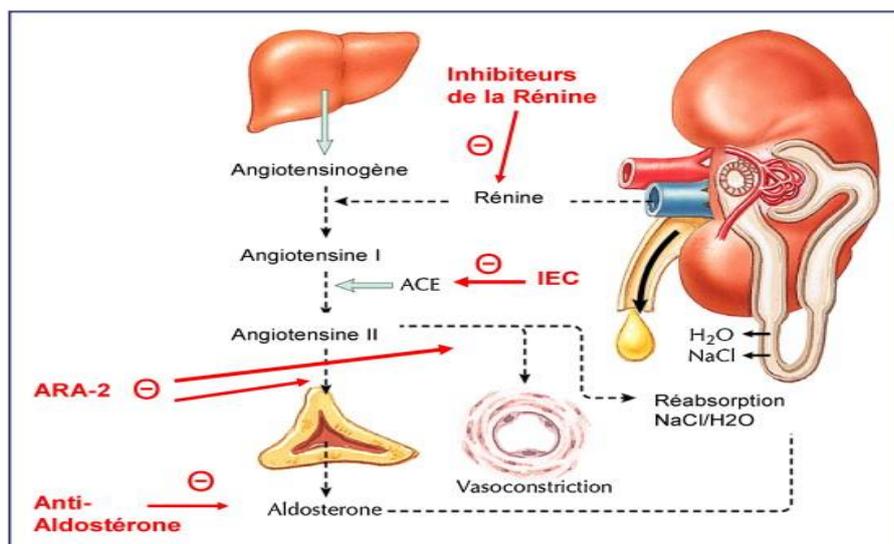


Figure 4 Système rénine angiotensine aldostérone [12]

b. Choix du traitement selon les comorbidités

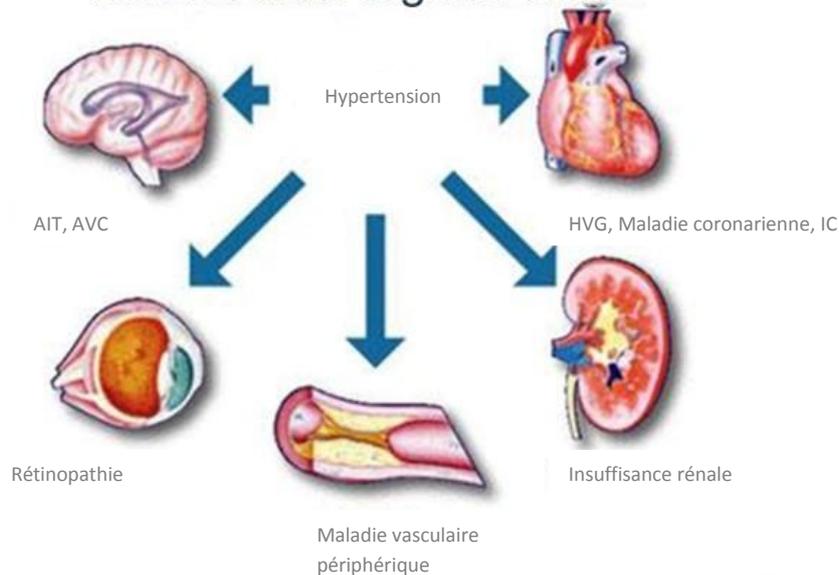
Comorbidités	Choix préférentiel
Patient diabétique à partir du stade microalbuminurie ou insuffisance rénale	IEC ou ARA2
Patient avec une insuffisance rénale ou une protéinurie	IEC ou ARA2
Patient insuffisant cardiaque	IEC (sinon ARA2), bêtabloquants ayant l'AMM dans cette indication, diurétiques
Patient coronarien	IEC, bêtabloquants
Patient post-AVC	Diurétiques thiazidiques, IEC (sinon ARA2), et inhibiteurs calciques

Figure 6 Tableau des comorbidités [13]

Le choix des thérapeutiques est à adapter en fonction des comorbidités du patient ainsi que d'une éventuelle atteinte d'organe cible [13].

La détection d'atteinte d'organe cible est primordiale afin d'établir le profil de risque cardiovasculaire et d'adapter les thérapeutiques [6]. D'après les recommandations de l'ESH, un bilan initial doit être réalisé chez tous les patients nouvellement diagnostiqués hypertendus. Ce bilan doit comprendre une hémoglobine, HBA1C, glycémie à jeun, un bilan lipidique complet, le niveau d'acide urique, de créatininémie, le DFG, la kaliémie, natrémie, calcémie, un RAC et un ECG.

Complications de l'hypertension : lésions d'un organe cible



AIT: Accident ischémique transitoire, AVC : Accident vasculaire cérébral,
HVG: Hypertrophie ventricule gauche, IC: Insuffisance cardiaque

Figure 7 Complications de l'HTA [14]

Les examens autres complémentaires ne sont préconisés qu'en cas de point d'appel lors du bilan initial [7].

Concernant l'atteinte cardiaque, l'échographie permet entre autre le dépistage de l'hypertrophie, la dilatation et la dysfonction du ventriculaire gauche [15].

Sur le plan vasculaire, la réalisation de doppler vasculaires comme l'échographie des troncs supra aortiques, de l'aorte et des artères des membres inférieurs permet de rechercher une atteinte vasculaire périphérique, et dans certains cas de dépister les premières conséquences d'une HTA persistante par épaissement des parois vasculaires (épaisseur intima média) et ainsi d'envisager le bilan de la maladie [5].

Concernant l'atteinte visuelle, la réalisation du fond d'œil permet le dépistage de la rétinopathie hypertensive [15].

En ce qui concerne l'atteinte cérébrale, une IRM cérébrale pourra être réalisée. De plus, une évaluation cognitive par le calcul du MMSE est préconisé après 75 ans chez l'hypertendu [5].

Enfin, le suivi biologique de la fonction rénale avec dosage de la créatininurie, de l'évaluation du DFG ainsi que du RAC, permet de rechercher une atteinte rénale associée [15].

Stade	DFG (ml/min/1,73 m ²)	Définition
1	≥ 90	Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
2	entre 60 et 89	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué
3	Stade 3A : entre 45 et 59	Insuffisance rénale chronique modérée
	Stade 3B : entre 30 et 44	
4	entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

Figure 8 Tableau de l'insuffisance rénale chronique classifiée en fonction du DFG [16]

De plus, la présence d'une microalbuminurie est un puissant indicateur d'un risque cardiovasculaire accru. [15].

	Collection des urines de 24 h mg d'albumine/ 24 h	Spot urinaire (rapport albumine/ créatinine) mg/mmol
Microalbuminurie	30-300	H 2,5-25 F 3,5-35
Macroalbuminurie (protéinurie clinique)	> 300	H > 25 F > 35

Figure 9 Tableau du rapport Albuminurie sur créatininurie (RAC) [15]

4. L'éducation thérapeutique

Selon l'OMS « elle est définie comme visant à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante, et de façon permanente, de la prise en charge du patient »[17]. L'éducation thérapeutique s'adapte au besoin du patient, elle peut s'effectuer en groupe et/ou de manière individuelle.

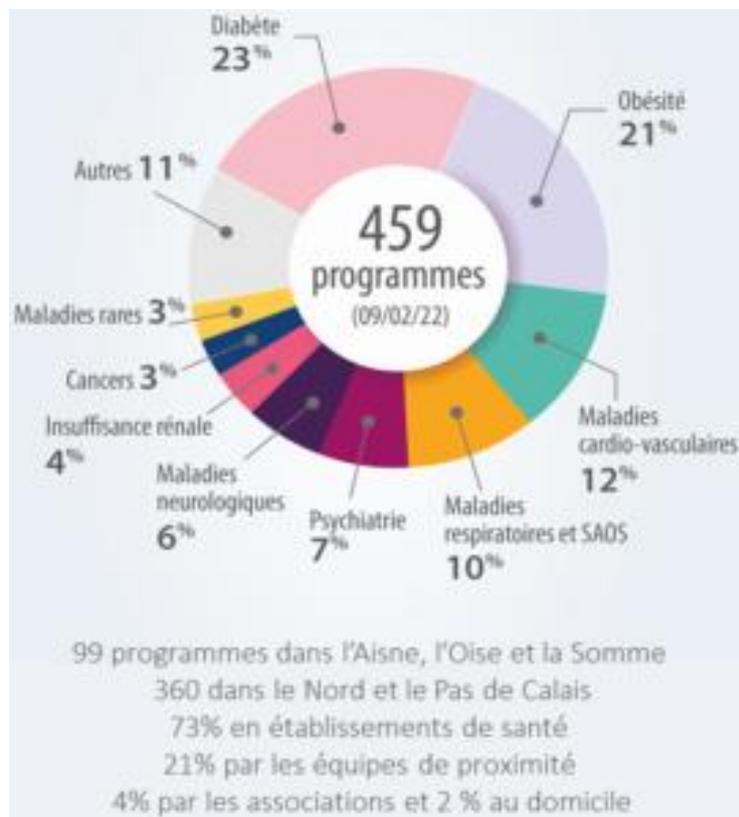


Figure 10 programmes d'ETP dans les Hauts de France [18]

En septembre 2022, 459 programmes d'ETP ont été créés dans différentes spécialités.

Dans les Hauts de France les programmes d'ETP sont majoritairement développés sur les départements du Nord et du Pas de Calais, 360 programmes contre 99 programmes dans l'Aisne, l'Oise et la Somme. La grande majorité des programmes d'éducation thérapeutique ont lieu dans les établissements de santé, soit 73%, contre 21% par les équipes de proximité et 2% au domicile [18].

Programmes ETP "Maladie cardiovasculaire"

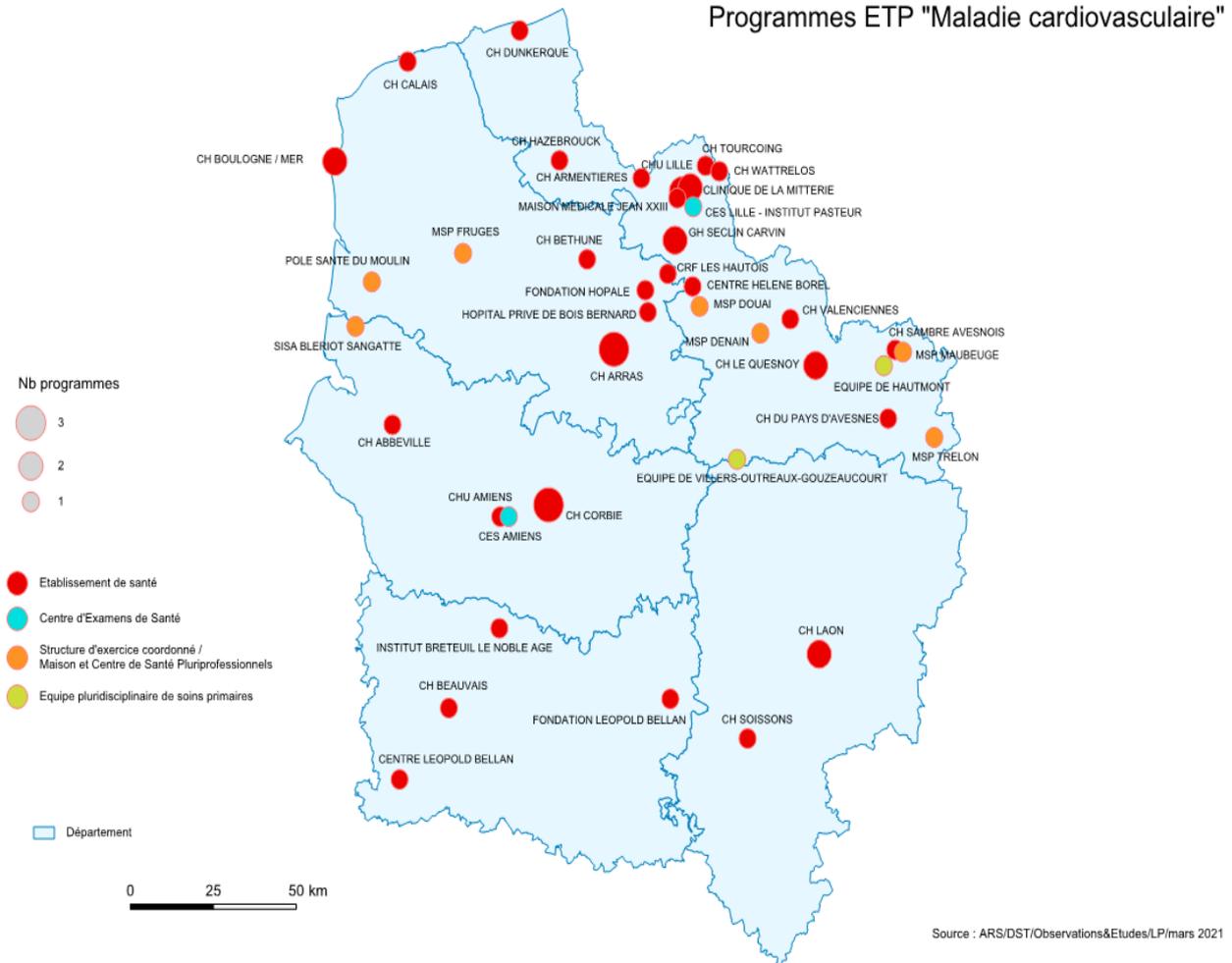


Figure 11 programmes d'ETP des maladies cardiovasculaires [19]

Seulement 12% des programmes d'ETP déployés sur l'ensemble du territoire des Hauts de France concernent les maladies cardiovasculaires [19].

Ces programmes abordent diverses thématiques :

- La prise en charge du post AVC/AIT
- La prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires
- La prise en charge et la réadaptation des patients coronariens et insuffisants cardiaque
- La prise en charge des patients sous AVK
- La prise en charge du post infarctus
- La prise en charge du patient atteint de cardiopathies complexes

Un programme d'éducation thérapeutique se déroule sur plusieurs séances, avec un nombre limité de participants au sein d'un groupe afin que chacun puisse échanger sur son expérience, ses difficultés, son ressenti ...

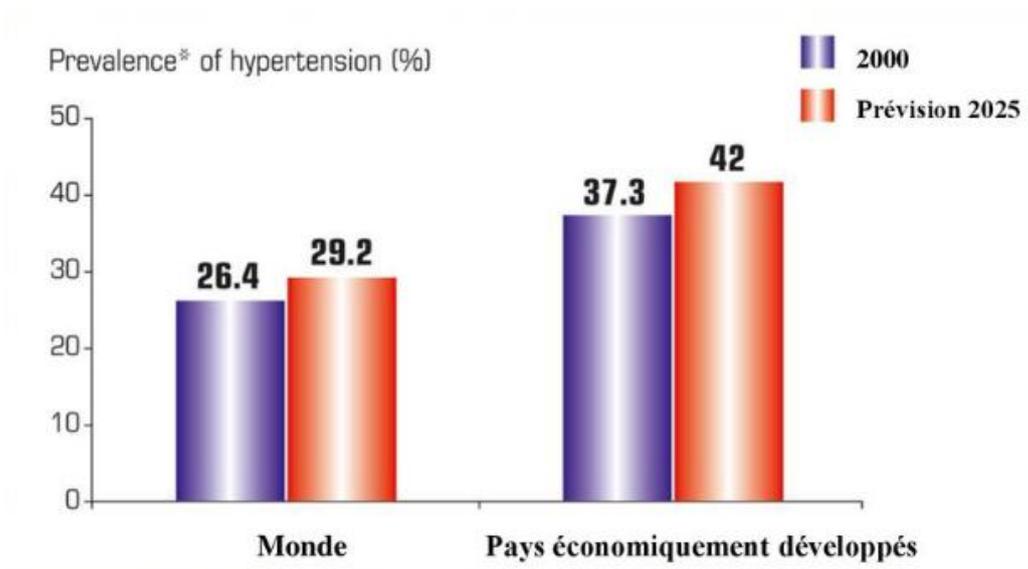
Différents thèmes sont abordés durant ces séances comme la pathologie, les traitements, l'alimentation, l'activité physique... Une équipe pluridisciplinaire intervient en fonction de chaque domaine, comme un médecin, un (e) infirmier (ère), un (e) diététicien (ne), un (e) professeur d'Activité Physique Adaptée (APA)...

L'objectif final est qu'à la fin du programme le patient ait acquis les compétences nécessaires pour vivre au quotidien et gérer au mieux sa pathologie chronique.

2. L'ETUDE

A. Problématique

Prévalence de l'HTA : Augmentation prévue en 2025 *



Kearney et al. Lancet 2005 ; 365 : 217-23.

Figure 12 Prévalence de l'HTA [20]

L'HTA est un des sujets majeurs actuels de santé publique.

L'étude « ESTEBAN » de 2015 publiée en 2018 a permis l'évaluation de la prévalence, du traitement et du contrôle de l'HTA en France. Les résultats n'ont montré aucune diminution de la prévalence de l'HTA, aucune amélioration de dépistage ni de prise en charge [2]. Au contraire, chez la femme, la prise en charge thérapeutique sur la période de 2006 à 2015 s'est même dégradée [2]. La prévalence de l'HTA chez l'adulte (18 – 74 ans) était de 30,6% (36% chez l'homme et 25% chez la femme) [2].

Cette prévalence a également été confirmée par l'étude de cohorte « CONSTANCES » de 2019 [3].

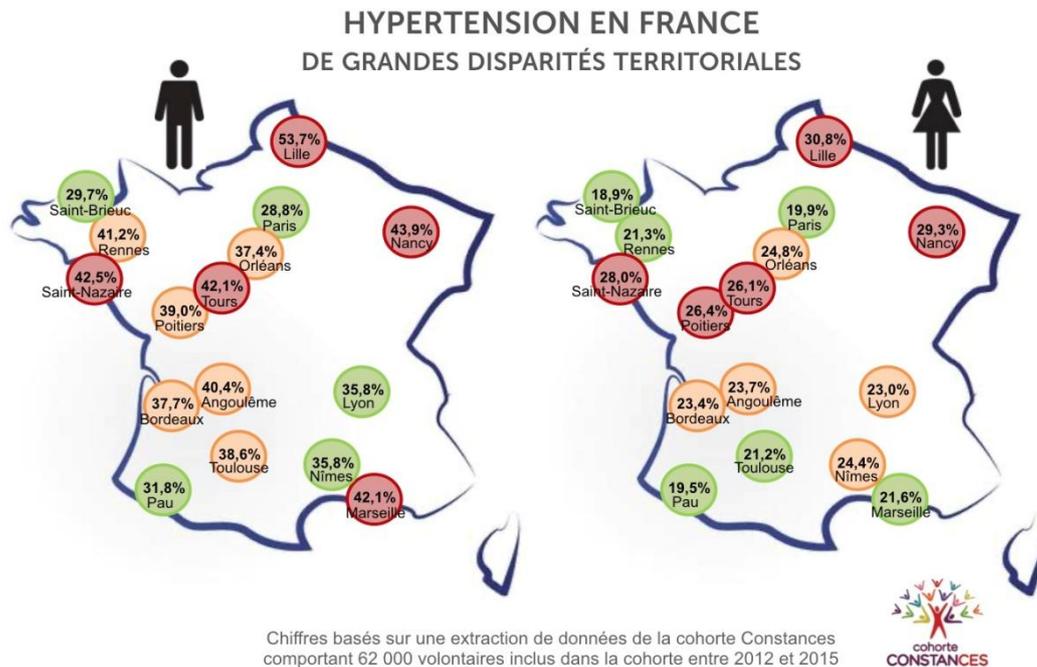


Figure 13 Hypertension artérielle en France [3]

Cette étude a également mis en évidence que la prévalence de l'HTA est encore plus importante dans les Hauts de France (53%) [3].

En effet, «*la région des Hauts de France est l'une des régions qui a le taux de mortalité prématurée des plus élevés par rapport à la moyenne nationale pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires, l'écart à la moyenne est de + de 35%* » [21].

Ce taux est encore plus élevé dans certains secteurs de la région comme le Bassin Minier (280 communes : Béthune, Lens, Liévin, Douai, Valenciennes...) [21].

De ce fait, dans le cadre du Projet Régional de Santé 2018/2023 l'ARS des Hauts de France et l'URPS pharmaciens ont mis en place une action de dépistage dans 448 officines du Bassin Minier. L'objectif est d'identifier et de dépister précocement les patients présentant un risque cardiovasculaire afin de les diriger vers le médecin traitant [21].

En ce qui me concerne, évoluant sur ce territoire de grande précarité médicale et notamment dans le domaine des maladies cardiovasculaires, j'ai souhaité développer mon projet dans un cabinet de cardiologie situé à Liévin, en ciblant la maladie hypertensive et ses conséquences.

En effet l'hypertension est une maladie plurifactorielle dont la prise en charge reste pluridisciplinaire.

Malgré les diverses actions de prévention et de sensibilisation, l'hypertension artérielle reste le facteur de risque cardiovasculaire le plus fréquent [2]. Et comme nous l'avons vu précédemment son contrôle est loin de l'objectif.

Ceci peut s'expliquer par : un sous diagnostic de la maladie, un traitement non optimal, un défaut d'observance thérapeutique du patient, ou l'absence d'information claire...

Le diagnostic est rendu d'autant plus difficile que l'hypertension artérielle reste une maladie silencieuse avec peu ou pas de symptômes.

Un meilleur accompagnement de ces patients pourrait améliorer la prise en charge.

Comme déjà préconisé par les sociétés savantes, le parcours de soins des patients hypertendus doit être optimisé.

Le but de cette étude est d'évaluer, sur un échantillon de patients hypertendus non stabilisés, les possibilités d'optimisation de leur prise en charge.

Hypothèse principale :

Les chiffres tensionnels recommandés par l'EHS sont trop peu atteints chez les patients hypertendus du fait d'une prise en charge globale non optimisée.

Hypothèse secondaire :

La majorité des patients hypertendus associent d'autres facteurs de risque cardiovasculaires non contrôlés.

B. Méthode

a. Type d'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique observationnelle descriptive de 30 patients suivis dans un cabinet de cardiologie.

b. Population étudiée

Elle est composée de patients pris en charge au sein du cabinet de cardiologie sur le secteur de Liévin.

Les critères d'inclusion :

- Patients entre 30 et 79 ans.
- Une HTA confirmée soit par la méthode MAPA, soit par l'auto mesure tensionnelle.
- Pression artérielle non contrôlée diagnostiquée depuis plus de 6 mois.

Les critères d'exclusion :

- Patients de moins de 30 ans, car cela nous oriente vers une HTA secondaire.
- Patients de plus de 79 ans, les cibles tensionnelles sont spécifiques.
- HTA résistante.
- HTA secondaire.
- Patients « fragiles », car polypathologiques ayant plus de 4 maladies chroniques associées, une polymédication et/ou une dénutrition.
- Antécédents d'événements cardio-vasculaires (infarctus du myocarde, AVC ...)
- Patients avec un DFG $< \text{à } 45 \text{ ml/min/1,73m}^2$
- Femmes enceintes.

c. Objectifs

Objectif principal : rechercher les causes qui participent au mauvais contrôle de la pression artérielle.

Critères de jugements de l'objectif principal :

- Quelle proportion des patients est-au moins sous bithérapie ?
- Les molécules choisies sont-elles conformes aux recommandations en vigueur ?
- Quelle proportion des patients n'adhèrent pas aux règles hygiéno-diététiques ?
- Est-on capable d'évaluer l'observance thérapeutique ?
- Le patient effectue-t-il des automesures ? avec une méthodologie adaptée ?

Objectif secondaire : le patient présente-t-il des facteurs de risque cardiovasculaires associés ? Sont-ils maîtrisés ?

Critères de jugement de l'objectif secondaire :

Le patient est-il connu pour une hypercholestérolémie, un diabète, un tabagisme, un surpoids, une sédentarité ?

La maîtrise de ces facteurs de risque est-elle optimale ?

d. Recueil de données

Tout d'abord une autorisation préalable a été demandée auprès du Délégué à la protection des données (DPO) de la faculté de médecine. Après obtention de leur accord, les patients ont été recrutés durant les consultations cardiologiques de deux manières :

La première, le patient apportait sa dernière automesure qui confirmait que la pression artérielle n'était toujours pas dans la cible. Dans ce cas, après la consultation, le patient était revu en entretien.

La seconde, le patient n'était pas muni de sa dernière automesure et la pression artérielle au cabinet était supérieur à 130/80 mmHg. De ce fait, à la demande du cardiologue, le patient réalisait une nouvelle série de 18 automesures et il lui faisait parvenir par mail ou par courrier.

A la suite de ces résultats, si l'objectif n'était pas atteint, le patient était revu en entretien pour réévaluer le traitement et être inclus dans cette étude.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire, de manière anonyme puis retranscrites dans un tableau Excel.

e. Nature des données recueillies

Durant mon stage, un état des lieux des patients hypertendus a été effectué lors d'entretiens à l'aide de questionnaires. Les entretiens duraient en moyenne 20 minutes.

Le questionnaire précisait :

- L'âge et le sexe du patient,
- Les traitements en cours,
- Les différents facteurs de risque cardio-vasculaires,
- L'observance thérapeutique,
- La connaissance des règles hygiéno-diététiques,
- Le suivi tensionnel à domicile et la méthode utilisée.

C. Résultats

Un total de 20 patients a été inclus dans cette étude.

1) Le sexe

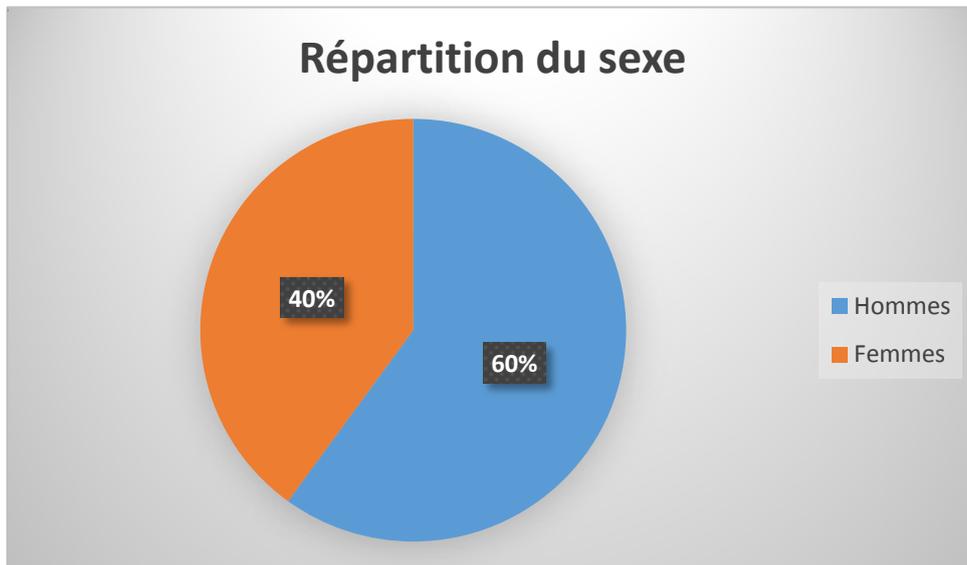


Figure 1 : Ratio homme femme dans la population interrogée

60% sont des hommes contre 20% des femmes.

2) L'âge

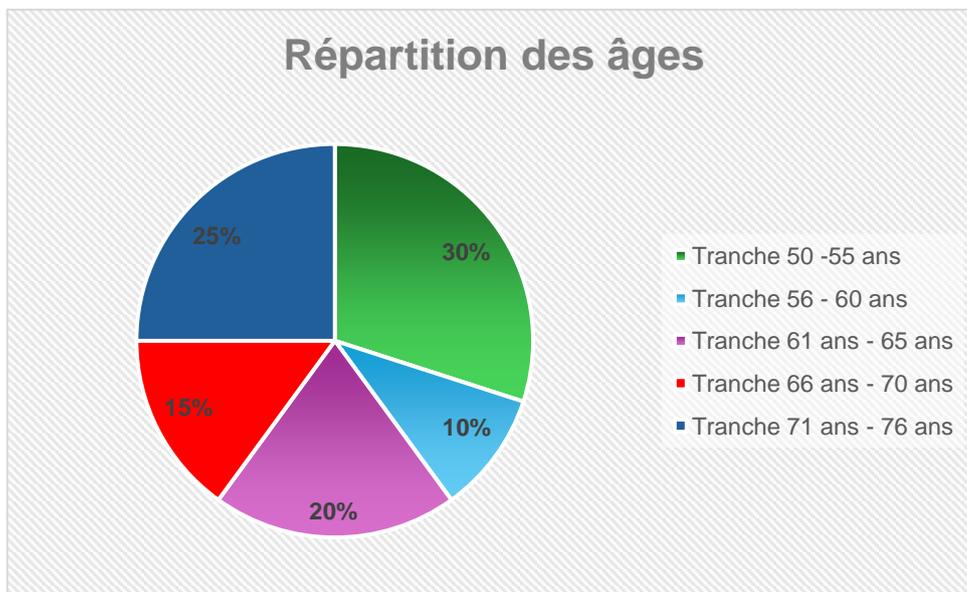


Figure 2 : Répartition des différentes tranches d'âges des patients interrogés

30% des patients ont entre 50 et 55 ans, 10% entre 56 et 60 ans, 20% entre 61 et 65 ans, 15% entre 66 et 70 ans et 25% entre 71 et 76 ans.

3) Ancienneté de l'HTA

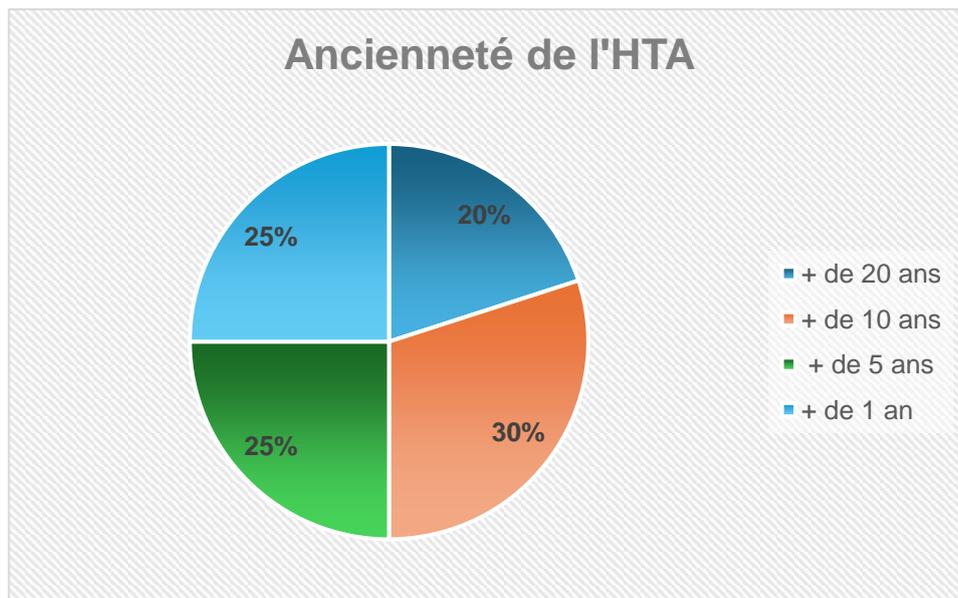


Figure 3 : Ancienneté de l'HTA des patients interrogés

20% des patients interrogés étaient hypertendus depuis plus de 20 ans, 30% plus de 10 ans, 25% plus de 5 ans et 25% plus d'un an.

4) Les différents grades de l'HTA

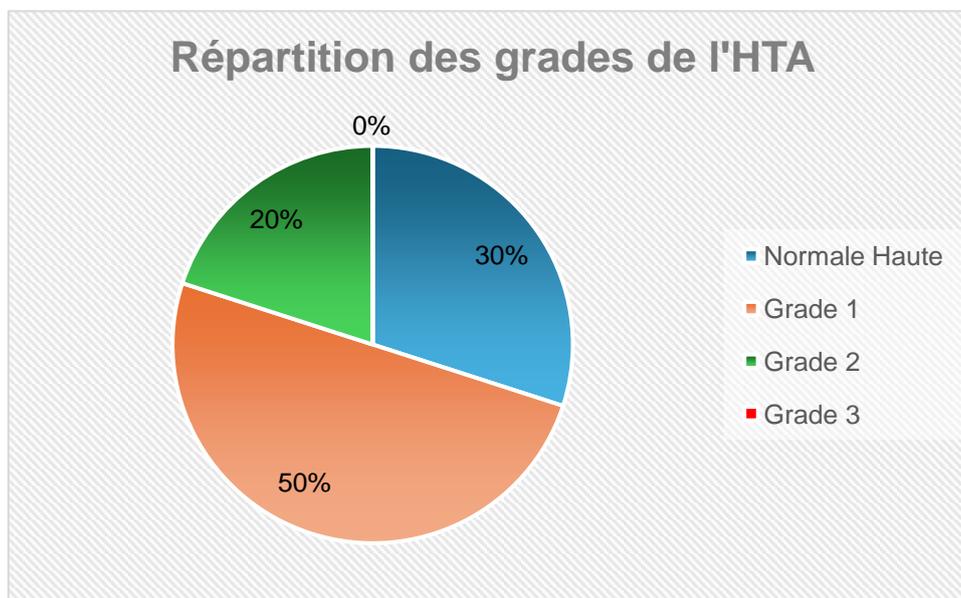


Figure 4 : Répartitions des différents grades de l'HTA des patients interrogés

30% des patients avaient une hypertension normale haute, 50% étaient de grade 1, 20% de grade 2 et 0% de grade 3.

5) Quel est votre traitement anti-hypertenseur ?

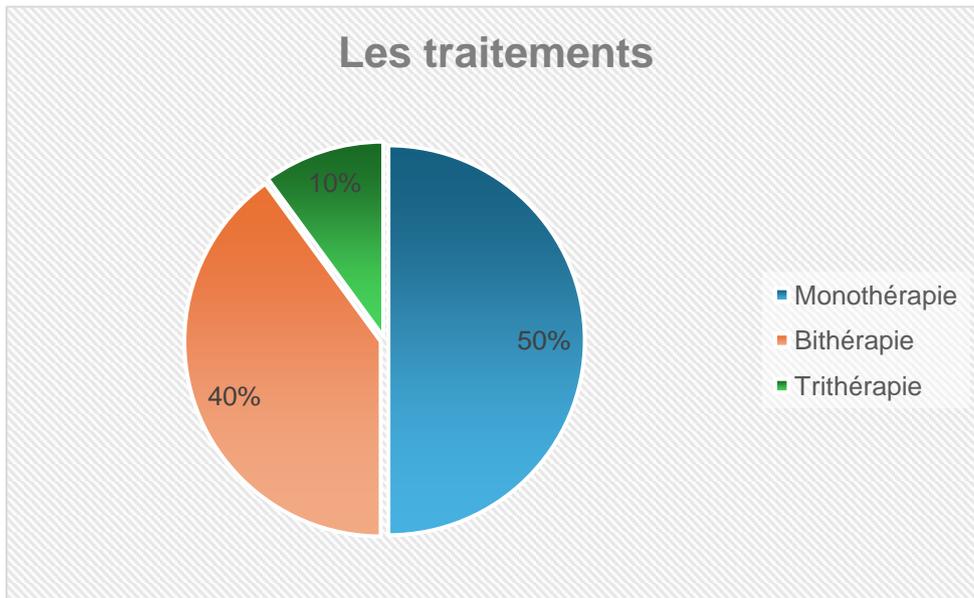


Figure 5 : Nombre de traitement antihypertenseurs prescrit chez les patients interrogés

50% des patients étaient sous monothérapie, 40% sous bithérapie et 10% sous trithérapie.

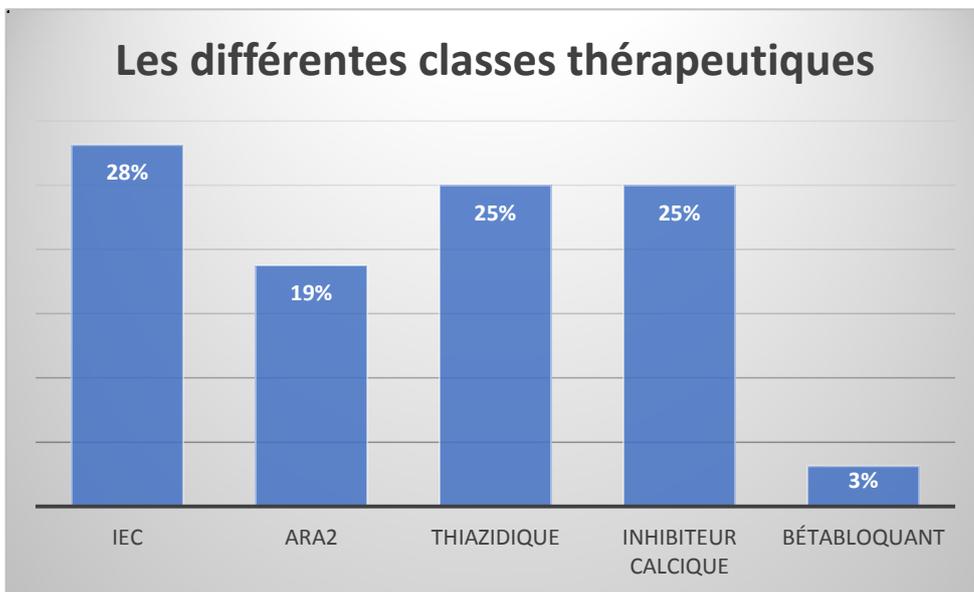


Figure 6 : Répartition des différentes classes thérapeutiques au sein des patients interrogés

28% des patients étaient sous IEC, 19% sous ARA2, 25% sous Thiazidique, 25% sous Inhibiteur calcique et 3% sous Béta bloquant.

6) Quels sont vos facteurs de risque cardio – vasculaires ?

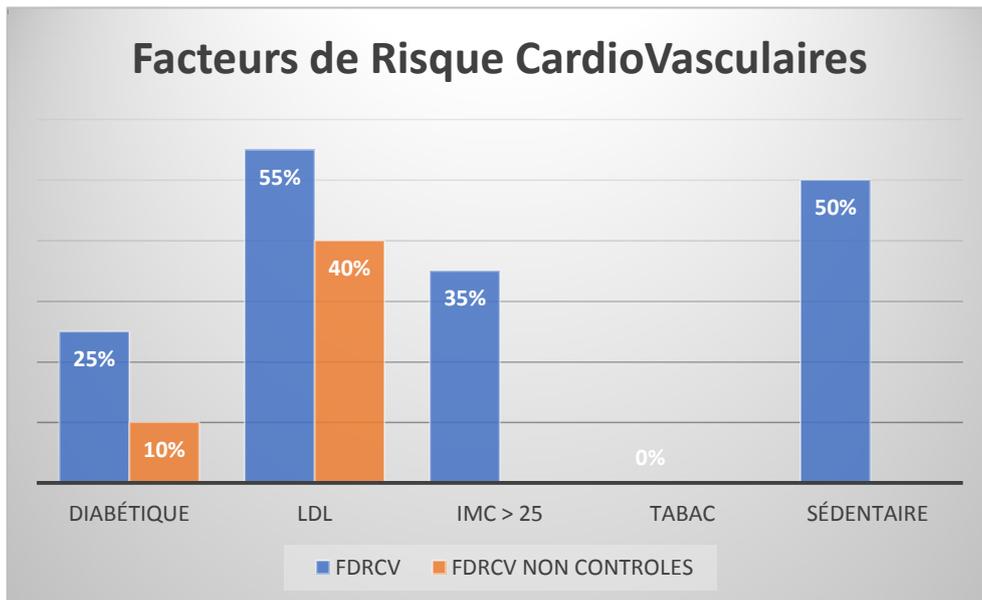


Figure 7 : Répartition des facteurs de risque cardiovasculaires parmi les patients interrogés

25% des patients étaient diabétiques dont 10% non contrôlés, 55% avaient une dyslipidémie dont 40% non contrôlés, 35% avaient un IMC > à 25, 0% étaient tabagique actif et 50% étaient sédentaires.

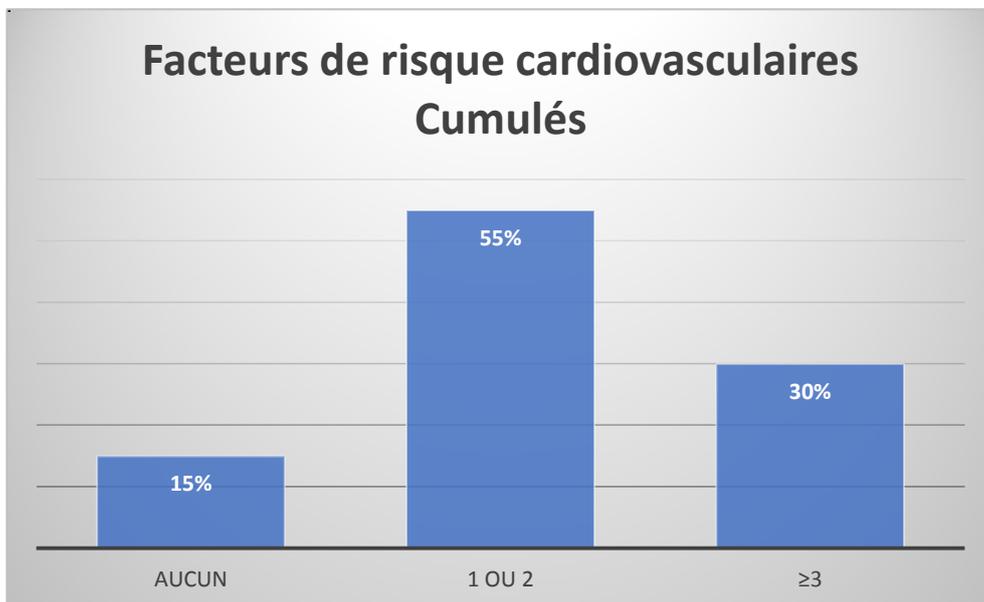


Figure 8 : Répartition du nombre de facteurs cardiovasculaires cumulés des patients interrogés

15% des patients n'avaient aucun facteur de risque cumulé, 55% avaient un ou deux facteurs de risque cumulés et 30% avaient ≥ 3 facteurs de risque cumulés.

7) Vous arrive-t-il d'oublier votre traitement ?

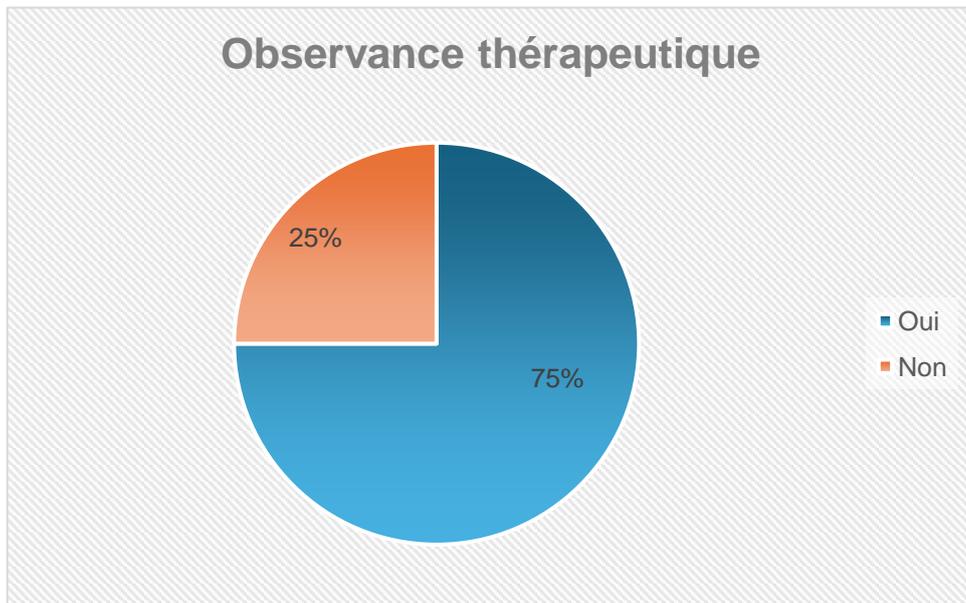


Figure 9 : Répartition de l'observance thérapeutique des patients interrogés

75% des patients sont observants et 25% sont non observants.

8) Avez-vous déjà reçu des conseils concernant les règles hygiéno-diététiques ?

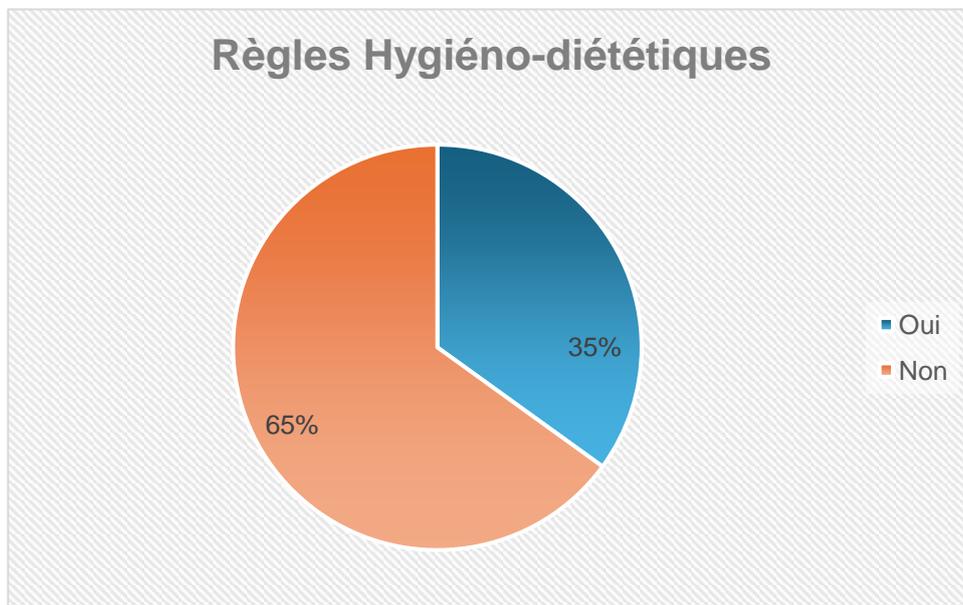


Figure 10 : Répartition des règles hygiéno-diététiques reçu par les patients interrogés

35% des patients considèrent avoir déjà reçu des règles hygiéno-diététiques, alors que 65% considèrent ne jamais avoir eu ces règles.

9) Mesurez-vous votre tension à domicile ? Si oui utilisez-vous la règles des « 3 » ?

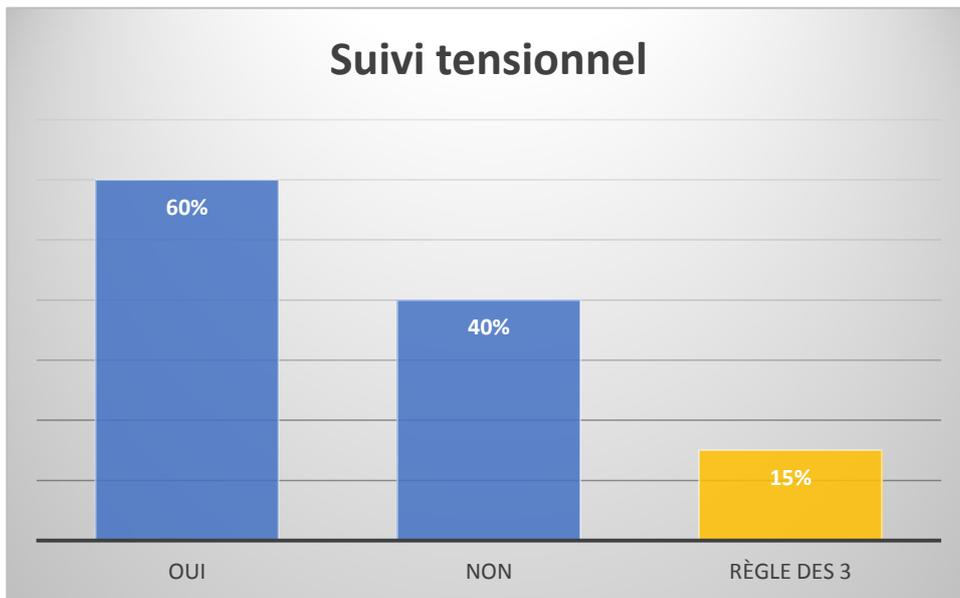


Figure 11 : Répartition du suivi tensionnel des patients interrogés

60% des patients suivent leur tension à domicile contre 40%. 15% utilisent la méthode de la règle des « 3 ».

D. Analyse

À la suite de certaines difficultés, seuls 20 patients ont pu être inclus dans cette étude. 60% étaient des hommes (soit 12 hommes) contre 40% de femmes (soit 8 femmes). Ces résultats sont en corrélation avec les dernières études qui montre que les hommes sont plus touchés que les femmes [2].

Comme évoqué auparavant, à partir de 50 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes, l'âge devient un facteur de risque. Effectivement, on peut constater que la moyenne d'âge dans notre étude était de 62,35 ans. 30% des patients avaient entre 50 et 55 ans, 10% entre 56 et 60 ans, 20% entre 61 et 65 ans, 15% entre 66 et 70 ans et 25% entre 71 et 76 ans.

Concernant l'ancienneté de l'hypertension, 25% des patients étaient hypertendus depuis 1 à 5 ans, 25% depuis 5 à 10 ans, 30% depuis 10 à 20 ans et 20% depuis plus de 20 ans.

Pour ce qui est des différents grades de l'HTA, 30% sont dans la normale haute, 50% dans le grade 1 et seulement 20% en grade 2. Aucun patient n'était en grade 3.

Sur le plan des facteurs de risques associés, 15% n'en associent aucun, 55% cumulaient entre 1 et 2 facteurs de risques et 30% en cumulaient 3 ou plus.

25% des patients hypertendus sont diabétiques, dont 10% non équilibrés. D'après l'étude FLASH de 2020, 20% des patients hypertendus sont diabétiques [22].

55 % de nos patients ont une dyslipidémie, dont 40% non contrôlée. 50 % des patients sont sédentaires, 35% ont un IMC \geq à 25 kilos/m² et aucun patient n'était tabagique actif.

Le département des Hauts de France est l'une des régions ayant un taux des plus élevé de mortalité prématurée de cause cardiovasculaire [21].

Sur le plan thérapeutique, 50% des patients étaient sous monothérapie, 40% sous bithérapie et seulement 10 % sous trithérapie. L'inertie thérapeutique médicale contribue au mauvais contrôle de l'HTA, et cela s'est confirmé par l'étude FLASH de 2022 où 44% des patients hypertendus étaient traités uniquement par monothérapie [22].

Dorénavant, afin d'améliorer rapidement et efficacement le contrôle tensionnel, les recommandations de l'ESH de 2023 préconise l'introduction d'emblée d'une bithérapie pour la plupart des patients [7].

Dans notre étude, 28% des patients étaient sous IEC, 19% sous ARA2, 25% sous diurétiques thiazidiques, 25% sous inhibiteurs calciques et 3% (soit un patient) sous bêtabloquant. On peut donc constater que les différentes classes utilisées sont celle qui ont démontré une efficacité en termes de réduction de morbi-mortalité [7], [9].

Outre l'inertie thérapeutique, la non-observance participe également au manque de contrôle de l'hypertension artérielle. A la question vous arrive-t-il d'oublier votre traitement ? 75% des patients se disent observants alors que 25% admettent qu'ils leur arrivent d'oublier des prises. La mauvaise observance est une problématique majeure dans la prise en charge de l'HTA [23], selon l'étude « ESTEBAN » seuls 40% des patients hypertendus sont observants [2]. L'inobservance est donc probablement sous-estimée dans notre population.

Le respect des règles hygiéno-diététiques contribue à l'équilibre tensionnel. Cependant, 65% des patients considèrent n'avoir jamais eu de conseils hygiéno-diététiques contre 36% qui estiment en avoir reçus. D'après l'étude « ESTEBAN » de 2015, 57% des patients hypertendus ont déclaré ne pas avoir reçu ces conseils [2]. Et pourtant, les mesures hygiéno-diététiques sont indispensables dans la prise en charge.

Concernant le suivi tensionnel à domicile, 60% des patients ont un tensiomètre et contrôlent leur tension à domicile. Toutefois, seul 15% des patients utilisent la règle des « 3 », alors que l'automesure est l'une des méthodes les plus fiables. D'après l'étude FLASH de 2022, 59% des sujets hypertendus déclarent posséder un tensiomètre à domicile [22].

Ces résultats valident donc en grande partie notre hypothèse principale, selon laquelle les chiffres tensionnels recommandés par l'ESH sont trop peu atteints chez les patients hypertendus du fait d'une prise en charge globale non optimisée. En effet, l'objectif principal de notre étude était de rechercher les causes qui participent au mauvais contrôle de la pression artérielle.

Après avoir analysé les résultats, les différentes étiologies retrouvées sont :

- Le manque d'optimisation des traitements, seul 40% des patients étaient sous bithérapies.
- La non-adhésion aux règles hygiéno-diététiques, 65% considéraient ne jamais avoir eu de conseils sur ces règles.
- Une méthode de suivi tensionnelle inadaptée, seuls 15% utilisent la « règle des 3 »

Concernant les molécules choisies, nous avons constaté qu'elles sont conformes aux recommandations en vigueur. Uniquement une personne était sous bithérapie comportant un bêta-bloquant. Pour ce qui est de l'observance thérapeutique, 75% des patients ont répondu qu'ils n'oubliaient jamais leurs traitements. Cependant, avec une seule question il apparaît difficile de conclure de manière fiable sur l'observance.

Pour ce qui est de l'objectif secondaire, le patient présente-t-il des facteurs de risque cardiovasculaires associés ? Sont-ils maîtrisés ?

85% des patients cumulaient au minimum un facteur de risque cardiovasculaire supplémentaire.

Nous constatons que la maîtrise de ces facteurs de risque n'est pas optimale.

Ce qui valide notre hypothèse secondaire, selon laquelle la maladie hypertensive est très souvent associée à d'autres facteurs de risque cardiovasculaires, ces derniers n'étant que peu souvent contrôlés. Ceci est conforme aux données de l'ESC de 2021, qui nous rapportait que ces différents facteurs de risques sont réversibles cependant les efforts attendus pour 2025 ne permettront pas d'atteindre les objectifs de l'OMS [24].

E. Discussion

a. Discussion générale

Au travers de notre étude, nous avons pu mettre en évidence que la prise en charge de l'hypertension artérielle était sous optimale.

Sur le plan de l'inertie thérapeutique, elle est favorisée par plusieurs facteurs comme, le manque de temps des médecins généralistes, et ce malgré des consultations régulières chez le médecin traitant, en moyenne 10 consultations par an [2],[25]. Le motif étant autre que l'HTA le traitement n'est pas intensifié [25].

On retrouve également un manque de formation médicale, comme l'évoque l'étude « ESTEBAN ». En effet, le temps de formation des médecins attribué à l'HTA varie en fonction des universités, moins de deux heures pour certains établissements [2].

De plus, le manque de connaissance sur les recommandations des sociétés savantes accentue cette inertie [25].

Effectivement, cela se confirme dans notre étude : 50% des patients sont sous monothérapie.

L'inertie thérapeutique peut être également liée au patient : sujet âgé, à haut risque cardiovasculaire ou en cas d'HTA légère de grade 1... [25] Dans notre analyse 50% des patients hypertendus étaient de grade 1.

Concernant l'implication du patient dans sa pathologie, un meilleur accompagnement permettrait une amélioration de sa prise en charge. Comme préconisée par la SFHTA et l'HAS la mise en place d'une consultation d'annonce et d'information dès la confirmation du diagnostic serait plus que bénéfique [2]. Dans notre étude, il aurait pu être intéressant d'évaluer le nombre de patient ayant bénéficié de cette consultation.

En effet, l'éducation thérapeutique sur la connaissance de la maladie, l'intérêt des traitements et le suivi des règles hygiéno-diététiques permettrait une meilleure observance et adhésion aux recommandations [25]. Pour la plupart des patients, l'HTA n'est pas perçue comme une pathologie chronique grave pouvant engendrer à long terme une atteinte d'organe.

L'ETP aurait également un impact sur le contrôle des autres facteurs de risque tels que le diabète, la dyslipidémie, la sédentarité ou le surpoids.

Dans notre étude, 25% des patients admettaient oublier régulièrement leurs traitements, les causes évoquées étaient soit une heure de prise non adaptée à leur activité professionnelle, soit un nombre de traitements trop important, soit qu'ils ne comprenaient pas l'importance d'une prise quotidienne. L'observance reste difficilement évaluable, étant basée sur des éléments souvent déclaratifs. Effectivement selon l'article « Obéir ou adhérer » de 2012 seul 50% des patients seraient réellement observant [26]. Dans notre étude, il aurait pu être intéressant d'évaluer l'observance thérapeutique à l'aide d'outils reconnus comme le questionnaire de GIRERD [27].

Toutefois, l'optimisation de l'ordonnance comme les associations médicamenteuses, l'adaptation des prises en fonction du mode de vie du patient [...] contribuent à une meilleure observance thérapeutique [2],[25].

À propos du suivi tensionnel, nous avons pu constater que les patients avaient tendance à surveiller leur pression artérielle principalement dans des moments de stress, d'anxiété ou d'énervement. Néanmoins, dans ces situations, la pression artérielle augmente de façon physiologique.

Dans ce contexte, l'ETP trouve également toute sa place afin d'informer et de former le patient sur le moment opportun pour contrôler sa pression artérielle, de la méthode à utiliser afin de le sensibiliser sur l'automesure, sur la fréquence de cette surveillance et sur l'intérêt de ce suivi.

Une application « suiviHTA » a également été créée afin d'accompagner le patient sur la bonne utilisation du tensiomètre, sur l'interprétation des résultats et procure des conseils de suivi. Toutefois, en 2020, seul 1% des sujets hypertendus utilisaient cette application [22], ce chiffre n'a pas été recherché dans notre étude.

Au regard de toutes ces difficultés, le développement de l'IPA dans la prise en charge globale des patients hypertendus pourrait être un levier face à certains freins.

En effet, « depuis 2018 grâce à l'apparition d'une nouvelle discipline dans la profession d'infirmière : la pratique avancée » [28], une formation de 2 ans supplémentaire permet à l'IPA intervenant dans le domaine des pathologies chroniques stabilisées de prendre en charge les patients suivis pour :

- « - Accident vasculaire cérébral
- Artériopathie chronique des membres inférieurs
- Cardiopathies, maladie coronaire
- Diabète de type 1 et 2
- Insuffisance respiratoire chronique
- Maladie d'Alzheimer et autres pathologies neuro dégénératives
- Maladie de Parkinson
- Epilepsie »

« Cet arrêté du 18 Juillet 2018 permet l'élargissement vers de nouvelles compétences aux IPA provenant du champ médical [28] :

1° Observation, recueil et interprétation des données dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention.

2° Prescription, renouvellement de prescription et réalisation d'actes techniques dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'observation.

3° Conception, mise en œuvre et évaluation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutiques.

4° Participation à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient.

5° Mise en œuvre d'action d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles.

6° Contribution à des études et des travaux de recherche. »

Ces nouvelles compétences permettent à l'infirmière en pratique avancée d'améliorer le parcours et l'accès aux soins des patients tout en libérant davantage de temps médical.

b. Perspectives

Durant mon stage de deuxième année dans le cabinet de cardiologie, lors de mes entretiens et grâce à ce questionnaire, j'ai pu évaluer l'ensemble des connaissances des patients hypertendus sur leur maladie pouvant être inclus ou non dans cette étude. J'ai donc constaté que la plupart des patients étaient demandeurs d'information, de conseil et d'accompagnement face à cette pathologie difficile à appréhender et à accepter.

En collaboration avec les cardiologues, j'ai donc mis en place des consultations individuelles d'éducation thérapeutique.

Ces consultations permettaient d'aborder avec le patient la connaissance de la maladie, ses conséquences, l'objectif des traitements, les règles hygiéno-diététiques, ainsi que l'identification et l'analyse des autres facteurs de risque. Je m'assurai également de la bonne implication du patient dans son suivi tensionnel, de l'atteinte de l'objectif un mois après les modifications thérapeutiques fait par les cardiologues, ainsi que l'optimisation des traitements.

Durant ces consultations, le temps d'écoute étant privilégié, une relation de confiance s'installait, ce qui me permettait de recueillir des informations complémentaires nécessaires à l'optimisation de la prise en charge. Ces données étaient retranscrites et transmissent aux cardiologues de manière régulière.

Grâce à ses nouvelles compétences, l'IPA peut contribuer à diminuer l'inertie thérapeutique par un suivi plus régulier des patients hypertendus, ainsi qu'une meilleure optimisation des traitements pour obtenir plus rapidement une pression artérielle à l'objectif.

De plus, durant ces consultations, l'IPA a un temps dédié à l'éducation thérapeutique. Ceci permet d'aborder avec le patient la gestion au quotidien d'une maladie chronique et de lui apporter les clés nécessaires pour être acteur de sa pathologie.

L'étude Américaine de Litaker, D. et al. de 2003, a mis en avant que la collaboration médecin et IPA en soins primaires améliore significativement le contrôle de la pression artérielle et du diabète. De ce fait, la satisfaction des patients était meilleure [29].

L'étude réalisée au Canada par Russell G.M. et al. en 2009, avait montré également que l'inclusion des IPA en soins primaires améliorait la gestion des maladies chroniques [29].

En Europe certains pays comme l'Irlande ou la Finlande ont également évalué le rôle des IPA. Ces études ont mis en évidence que grâce à une meilleure communication et une éducation thérapeutique adaptée, les soins sont plus personnalisés [29].

Au regard du constat que nous avons réalisé, et de ces 3 études, il semble que l'IPA puisse être un maillon supplémentaire et complémentaire, afin d'apporter une plus-value dans le parcours de soins des patients hypertendus.

Par la suite, il pourrait être intéressant de réaliser une étude comparable après l'intervention d'une IPA afin d'évaluer le bénéfice apporté.

c. Limites et forces de l'étude

Notre étude présente différents biais :

Tout d'abord, un faible échantillon. En effet, nous avons rencontré des difficultés lors du recrutement. Le manque d'implication des patients dans leur maladie a généré une difficulté de recueil des données ce qui a réduit l'inclusion (sur un échantillon prévu initialement de 30 patients, seuls 20 ont été effectivement inclus).

Ensuite, la temporalité, le délai de recrutement d'un mois et demi était trop court, au regard du manque d'implication du patient et du temps passé à les relancer.

De plus, dans cette étude monocentrique de faible envergure, il apparaît difficile d'être représentatif de l'ensemble de la population du secteur.

Enfin, le recueil des données a été réalisé par une seule personne.

Les Forces de l'étude :

L'étude confirme les données actuelles de la littérature, selon lesquelles l'hypertension artérielle reste insuffisamment contrôlée.

De plus, elle a été réalisée dans un cabinet de cardiologie, ce qui a permis aux cardiologues de préciser la place de l'IPA.

Enfin, mon projet professionnel étant d'exercer au sein de cette structure médicale, ce travail, m'a permis de m'initier aux différents rôles et fonctions liées à mon futur poste d'IPA.

En effet, la réalisation d'une étude de ce type permet aux intervenants de mieux se connaître et d'évaluer les futures pistes de collaboration.

Les méthodes de travail sont complémentaires, les besoins et les axes d'améliorations pour une optimisation de la prise en charge des patients sont plus rapidement établis.

En ce qui concerne l'hypertension artérielle, ces entretiens mis en place pour réaliser cette étude garderons leur place dans ma future activité.

Une reprise d'annonce du diagnostic pourra également en faire partie.

Ma collaboration future avec deux cardiologues ayant chacun une spécialité différente (rythmologie et cardiologie interventionnelle) me permettra d'intervenir auprès des patients suivis pour diverses pathologies cardiaques.

F. Conclusion

Ce travail sur la maladie hypertensive non stabilisée, montre que de nombreux facteurs influent sur la persistance du non-contrôle de l'hypertension. Un nombre non négligeable de ces facteurs sont modifiables.

Malgré tous les efforts mis en œuvre pour développer la prévention et la sensibilisation autour de cette pathologie lourde de conséquences, les objectifs tensionnels ne sont toujours pas atteints, ce qui reste conforme avec les dernières données de la littérature.

Un accompagnement personnalisé, plus régulier et global participerait à améliorer la prise en charge de ces patients et à les replacer au centre de leur maladie chronique afin de les rendre acteur de leur prise en charge.

L'IPA trouve naturellement sa place dans cet accompagnement, elle serait un maillon supplémentaire et complémentaire pour permettre cette continuité entre éducation thérapeutique et optimisation des traitements. De plus, grâce à ses nouvelles compétences, l'IPA participe désormais à la prise en charge globale du patient, ainsi qu'à la coordination des parcours de soins.

Bibliographie

1- Hypertension-World Health Organization (WHO)

Hypertension (who.int) du 16 mars 2023, consulté le 26 septembre 2023

2- Olié V, Grave C, Gabet A, Chatignoux E, Gautier A, Bonaldi C et al.

L'épidémiologie de l'hypertension artérielle en France : prévalence élevée et manque de sensibilisation de la population (santepubliquefrance.fr) du 16 mai 2023. Consulté le 24 septembre 2023.

3- La cohorte Constance

Nos actualités - Constances Consulté le 26 septembre

4 - Figure: Régulation de la pression artérielle : Le système rénine-angiotensine-aldostérone - Manuels MSD pour le grand public (msdmanuals.com) Consulté le 25/02/2024

5 - Hypertension artérielle (HTA) · Inserm, La science pour la santé , modifié le 2/11/2018, consulté le 26 septembre 2023

6 - Haute Autorité de Santé - Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte (has-sante.fr) mise en ligne le 27 octobre 2016, consulté le 26 septembre 2023.

7 - Recommandation 2023 pour la prise en charge de l'HTA

<http://www.cardio-online.fr/Actualites/A-la-une/Recommandations-2023-HTA>. Consulté le 13/02/2024

8 - Un essai randomisé de contrôle intensif par rapport au contrôle standard de la pression artérielle | Journal de médecine de la Nouvelle-Angleterre (nejm.org) Consulté le 19/03/2024

9 - Traitement de l'hypertension artérielle : Synthèse - Ordoscopie.fr 21 novembre 2017. Consulté le 13/02/2024

10 - Hypertension artérielle : quel traitement ? - FFC (fedecardio.org) Consulté le 25/02/2024

11- Comment prévenir et traiter l'hypertension artérielle ? (Federationdesdiabetiques.org) Consulté le 25/02/2024

12 - Système rénine-angiotensine et cancers urologiques - ScienceDirect . Consulté le 10 février 2024

13 - Fiche Mémo (has-sante.fr) Consulté le 25/02/2024

14 - Complications and Target Organ Damage - Medical Surgical (naxlex.com) Consulté le 25/02/2024

- 15 - Hypertension : détection précoce des lésions des organes cibles (revmed.ch) Consulté le 22/02/2024
- 16 - LEXIPatho: Insuffisance rénale chronique et maladies rénales chroniques. Consulté le 22/02/2024
- 17 - Haute Autorité de Santé - Éducation thérapeutique du patient (ETP) (has-sante.fr) Consulté le 13 janvier 2024
- 18 - Education thérapeutique Hauts-de-France carte interactive programmes - CERFEP (iseformsante.fr) Consulté le 10 février 2024
- 19 - -L'offre d'ETP en Hauts-de-France | Agence régionale de santé Hauts-de-France (sante.fr) . Consulté le 10 février 2024.
- 20 - PRISE EN CHARGE DE L'HTA - ppt télécharger (slideplayer.fr) Consulté le 20/02/2024
- 21 - ARS Hauts de France, dépistage des maladies cardiovasculaires en pharmacie dans le bassin minier. Titre de la réunion (sante.fr) Consulté le 27/02/2024
- 22 - Fondation de recherche de l'hypertension artérielle, enquête flash 2002-2024
Tension en chiffres - Fondation HTA (frhta.org) Consulté le 27/02/2024
- 23 - Call For Action_Observance_Maquette_Version finale_30 mars 2017 (sfhta.eu), Consulté le 02/04/2024
- 24- Timmis A, Vardas P, Townsend N, Torbica A, Katus H, De Smedt D, Gale CP, Maggioni AP, Petersen SE, Huculeci R, Kazakiewicz D, Rubio VB, Ignatiuk B, Raisi-Estabragh Z, Pawlak A, Karagiannis E, Treskes R, Gaita D, Beltrame JF, McConnachie A, Bardinet I, Graham I, Flather M, Elliott P, Mossialos EA, Weidinger F, Achenbach S. European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2021: Executive Summary. Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes. 2022 Jun 6;8(4):377-382. doi: 10.1093/ehjqcco/qcac014. PMID: 35488372. Consulté le 19/05/2024
- 25 – Inobservance et inertie clinique avril 2012 081.pdf (realites-cardiologiques.com), Consulté le 02/04/2024
- 26- A. Desbrus-Qochih, P. Cathébras, Obéir ou adhérer ? L'observance thérapeutique en question, Médecine & Longévité, Volume 4, Issues 3–4, 2012, Pages 111-122,
- 27 – Observance dans les maladies chroniques, questionnaire de GIRERD <https://frhta.org/observance/> Consulté le 19/05/2024
- 28 - L'infirmier en pratique avancée - Ministère du travail, de la santé et des solidarités (sante.gouv.fr) . Consulté le 13 janvier 2024

29 - Delamaire, M. et G. Lafortune (2010), « Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 54, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5km4hv77vw47-fr>. Consulté le 11 mars 2024

Table des matières

1. CADRE CONCEPTUEL	6
Introduction	1
A. Contexte	2
La prévalence	2
B. Généralités sur l'hypertension artérielle	4
a. Physiopathologie	4
b. Définition de l'hypertension artérielle d'après l'HAS	5
c. Le dépistage	6
d. Prise en charge de l'HTA	7
1. Les mesures hygiéno-diététiques	8
2. Les autres facteurs de risque cardiovasculaires	8
3. Les traitements	10
4. L'éducation thérapeutique	16
2. L'ETUDE	19
A. Problématique	19
B. Méthode	22
a. Type d'étude	22
b. Population étudiée	22
c. Objectifs	23
d. Recueil de données	23
e. Nature des données recueillies	24
C. Résultats	25
D. Analyse	31
E. Discussion	34
a. Discussion générale	34
b. Perspectives	37
c. Limites et forces de l'étude	38
F. Conclusion	40
Bibliographie	
Table des matières	
Annexes	

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Questionnaire Directif HTA

Sexe: M F

Quel est votre Age :

Vous êtes connu hypertendu depuis

Résultat auto mesure:

Quel est votre traitement anti hypertenseur?

- IEC
- ARA2
- Inhibiteur Calcique
- Diurétique thiazidique
- Béta bloquant
- Autre:

Quels sont vos FDRC?

- Diabète HbA1C
- Dyslipidémie LDL:
- Tabac
- Obésité IMC à
- Sédentarité

Vous arrive t-il d'oublier votre traitement? Oui Non

Faites vous de l'activité physique au moins 3x/semaine Oui Non

Avez vous déjà reçu des conseils concernant les règles hygiéno diététique? Oui Non

Mesurez vous vous même votre tension à domicile? Oui Non

Si oui, utilisez vous la méthode de la règle 3 de l'auto mesure? Oui Non



RELEVÉ D'AUTOMESURE TENSIONNELLE

Pour affirmer le diagnostic d'une hypertension artérielle et pour mettre en place un traitement adapté et efficace, le médecin propose la réalisation d'un relevé d'automesure par le patient lui-même. En effet, la tension artérielle d'une personne en bonne santé n'est pas stable. Elle fluctue en fonction de l'environnement. Émotion, stress, activité physique... influent directement sur la pression artérielle.



QUAND EFFECTUER LA MESURE DE VOTRE TENSION ?

La règle des 3 mesures :

- La tension artérielle est mesurée **3 fois le matin** au début du petit-déjeuner avant toute prise de médicaments et **3 fois le soir** avant le coucher (avec un intervalle de 2 minutes entre chaque mesure) ;
- Pendant **3 jours consécutifs**.

Modalités de mesure de la tension : en position assise, après 5 minutes de repos.



COMMENT REMPLIR LE RELEVÉ D'AUTOMESURE TENSIONNELLE ?

Inscrivez **tous les chiffres** qui apparaissent sur l'écran du tensiomètre pour la pression systolique et diastolique.

- **Systolique** = pression systolique = pression maximum
- **Diastolique** = pression diastolique = pression minimum

Calculez votre moyenne :

- moyenne systolique > additionnez l'ensemble des mesures systoliques et divisez par 18
- moyenne diastolique > additionnez l'ensemble des mesures diastoliques et divisez par 18

En cas de doute, votre médecin effectuera cette moyenne.

		JOUR 1		JOUR 2		JOUR 3	
		systolique	diastolique	systolique	diastolique	systolique	diastolique
Matin							
Mesure 1							
Mesure 2							
Mesure 3							
Soir							
Mesure 1							
Mesure 2							
Mesure 3							

MOYENNE SYSTOLIQUE	MOYENNE DIASTOLIQUE

Nom : _____ Prénom : _____

Période du relevé : du _____ au _____

Traitement : _____

Montrez ce document à votre médecin lors de la prochaine consultation

Annexe 3: Attestation de déclaration (DPO)



RÉCÉPISSÉ
ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Une nouvelle collaboration entre l'Infirmière en Pratique Avancée et le cardiologue dans le suivi de l'HTA
Référence Registre DPO : 2024-005* <small>annule et remplace le récépissé & la déclaration établis le 12/01/2024</small>
Responsable scientifique : Mme Séverine THERY Interlocuteur (s) : Mme Rosa IERA

Fait à Lille,

Le 14 mars 2024

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

AUTEURE : IERA Rosa
Soutenance le : 2 juillet 2024

Titre du mémoire : Vers une nouvelle collaboration pour l'optimisation du parcours de soins du sujet hypertendu.

Title: *Patients Suffering from Hypertension: towards a new Collaboration for an Optimization at the Heart of Healthcare.*

Mots-clés : hypertension artérielle, optimisation, parcours de soins, éducation thérapeutique
Key words: High blood pressure, optimization, healthcare, therapeutic education

Résumé :

Contexte : L'hypertension artérielle est le facteur de risque cardiovasculaire le plus important dans le monde. En France, près de douze millions de Français sont traités pour une hypertension artérielle. Les causes sont multiples et le diagnostic est rendu d'autant plus difficile car l'hypertension artérielle est une maladie silencieuse. Cette pathologie est devenue un sujet majeur de santé publique et l'OMS cible une réduction de la prévalence de l'HTA de 33% entre 2010 et 2030.

Méthode : Cette étude monocentrique observationnelle descriptive a pour but de rechercher les causes qui participent au mauvais contrôle de la pression artérielle, ainsi que d'évaluer les facteurs de risque cardiovasculaires associés.

Résultats : La grande majorité des patients étudiés sont insuffisamment traités. En effet, l'absence d'optimisation de traitement ainsi que le manque d'observance thérapeutique des patients ne permettent pas d'atteindre les cibles recommandées par l'HAS.

Discussion et conclusion : Les résultats montrent que la prise en charge de l'HTA n'est pas optimale. L'introduction de l'IPA dans le parcours de soin permettrait un meilleur accompagnement des patients sur le plan thérapeutique, éducatif et préventif.

Abstract:

Background: Hypertension is the most important cardiovascular risk factor in the world. In France, nearly Twelve million French people are treated for hypertension. There are many causes and diagnoses made all the more difficult because hypertension is a silent disease. This pathology has become a major public health issue which is targeting a reduction in the prevalence of hypertension by 33% between 2010 and 2030.

Method: This single-center descriptive observational study aims to investigate the causes that contribute to poor blood pressure control, as well as to evaluate the associated cardiovascular risk factors.

Résultats: The vast majority of patients studied are inadequately treated. In fact, the lack of treatment optimisation and patient 's lack of compliance with treatment doesn't achieve targets recommended by the HAS.

Discussion and conclusion: The results show that the management of hypertension is not optimal. Introducing an APN into Healthcare Courses would provide better Therapeutic, Educational and Preventive Support for Patients.

Directeur de mémoire : Madame BOUKLATA Séverine