

**UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER  
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

**ANNEE : 2011**

**THESES 2011 TOU3 2018**

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

DINARQUE Claudia

Mise en place de l'éducation thérapeutique du patient hypertendu à l'officine en collaboration  
avec le réseau HTA-GWAD : expérience dans une officine de la Guadeloupe

22 Juin 2011

Directeur de thèse : Dr GANDIA Peggy

Co-directeur de thèse : Dr PUJOL Robert

**JURY**

Président : Professeur SALLERIN Brigitte

1er assesseur : Docteur GANDIA Peggy

2ème assesseur : Docteur PUJOL Robert

3ème assesseur : Docteur CARUEL Guillaume

---

**RESUME en français**

L'hypertension artérielle (HTA) est un problème de santé publique majeur, premier facteur de risque de développer une maladie cardiovasculaire, en France mais aussi dans le monde. Elle concerne plus de 11 millions de personnes en métropole. En Guadeloupe, l'hypertension artérielle touche plus de 90 000 personnes soit 23% de la population.

La médecine classique où le patient est un spectateur passif de sa prise en charge ne parvient pas toujours à favoriser l'observance du traitement ni à réduire les autres facteurs de risque cardiovasculaires modifiables associés à l'HTA (obésité, diabète, hypercholestérolémie).

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) hypertendu permet à ce dernier d'acquérir des connaissances et des compétences pour pouvoir mieux vivre sa maladie au quotidien. Elle aide à améliorer l'observance et accompagne le patient dans la réalisation pratique des mesures hygiéno-diététiques (alimentation, activité physique, automesure tensionnelle,...).

L'éducation thérapeutique fait partie des nouvelles missions du pharmacien d'officine et est un nouvel outil qui lui permettra d'améliorer la qualité de l'accompagnement prodigué au patient.

Cette thèse montre comment l'éducation thérapeutique peut-être mise en place pour des patients hypertendus guadeloupéens, à l'officine en collaboration avec un réseau de santé dédié à l'hypertension artérielle, le réseau HTA-GWAD. Elle explique la formation et l'organisation nécessaires à la mise en place de l'ETP ainsi que les difficultés et les bienfaits apportés aussi bien pour le patient que pour le pharmacien réalisant ces séances.

---

**Titre et résumé en Anglais : voir au recto de la dernière page de la thèse**

---

**DISCIPLINE administrative : Pharmacie**

---

**MOTS-CLES :**

Hypertension artérielle (HTA), réseau HTA-GWAD, automesure, tensiomètre, éducation thérapeutique du patient (ETP), Programme d'Education à l'Automesure (PEA), Programme d'Education Thérapeutique (PET), pharmacien d'officine, Guadeloupe,

---

**INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**

Laboratoire de Pharmacocinétique et Toxicologie Clinique  
Institut Fédératif de Biologie  
CHU Purpan Toulouse

**Directeurs de thèse : Dr GANDIA Peggy et Dr PUJOL Robert**

# Remerciements

Mes remerciements s'adressent tout d'abord aux membres du jury.

A la Présidente du jury, Mme Brigitte SALLERIN, qui me fait l'insigne honneur d'accepter de prendre un temps précieux pour juger ce travail.

Au directeur de la thèse, Mme Peggy GANDIA, merci d'avoir accepté de me guider tout au long de ce travail. Votre écoute attentive, votre disponibilité et votre intérêt sincère m'ont profondément touchée. Je n'oublierai jamais les sacrifices consentis pour diriger ce travail et surmonter la contrainte liée à l'éloignement géographique.

Au co-directeur de la thèse, M Robert PUJOL, merci d'avoir accepté de m'accompagner tout au long de ce travail. Vos orientations, vos conseils avisés dans le domaine de l'éducation thérapeutique et vos remarques quant aux principaux axes à développer ont permis d'enrichir cette thèse. Je vous suis également profondément reconnaissante pour votre disponibilité. Merci enfin de m'avoir donné l'envie, à travers votre enseignement de participer à cette formidable aventure humaine, qu'est l'éducation thérapeutique.

Au co-titulaire de la pharmacie où ce travail a été réalisé, M Guillaume CARUEL. Je vous sous profondément reconnaissante de l'intérêt sincère que vous avez accordé à ce projet et de votre implication à chaque étape de sa mise en œuvre. Votre accompagnement au quotidien, votre écoute active ont été indispensables au succès de cette entreprise.

Mes remerciements s'adresse ensuite aux membres permanents du réseau HTA-GWAD, en particulier le Dr André ATALLAH, coordonateur du réseau et Mme Sonia CAMPESTRE, coordonatrice administrative du réseau pour leur précieuse collaboration.

Mes remerciements vont aussi à Mme Line PIERRE-JUSTIN, qui a contribué, par son expérience dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient, à enrichir ce travail. Merci de m'avoir accordé de votre temps précieux. Votre implication, votre intérêt sincère et votre investissement dans ce domaine m'ont marqué de façon durable.

Mes remerciements vont ensuite aux membres de l'équipe officinale pour leur soutien, leur gentillesse et la bonne humeur qui règne en son sein.

Mes remerciements vont enfin aux membres de ma famille sans qui tout ce travail n'aurait pas été possible, à mon père, Jean-Marie DINARQUE, à ma mère, Léonie, à ma sœur, Sylvie. Tous les mots que je pourrais écrire ne suffiraient pas à traduire tout l'amour et toute la reconnaissance que j'ai pour vous. Merci de votre soutien et de votre amour sans faille, dans lequel j'ai puisé la force nécessaire pour aller au bout de ce travail.

Aux autres membres de ma famille et à mes amis qui m'ont accompagné et encouragé tout au long de ces années : je vous remercie pour tout et je ne vous oublie pas.

# Table des matières

Introduction.....	- 1 -
Partie I : Recherches bibliographiques .....	- 4 -
A) L'éducation thérapeutique du patient à l'officine .....	- 4 -
I) Généralités sur l'éducation thérapeutique du patient.....	- 4 -
1) Définition .....	- 4 -
2) Finalités.....	- 5 -
3) Principe.....	- 7 -
4) Méthodes de la démarche éducative.....	- 7 -
II) Rôle du pharmacien dans l'ETP .....	- 9 -
III) Planification de l'éducation thérapeutique.....	- 10 -
1) Elaboration du diagnostic éducatif.....	- 10 -
2) Définir un programme personnalisé d'éducation thérapeutique avec des priorités d'apprentissage .....	- 12 -
3) Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient.....	- 14 -
4) Evaluation individuelle de l'éducation thérapeutique du patient .....	- 20 -
B) Etude de l'HTA en Guadeloupe .....	- 22 -
I) Présentation de la Guadeloupe.....	- 22 -
1) Géographie .....	- 22 -
2) Situations économique et sociale.....	- 24 -
3) Problèmes de santé publique.....	- 24 -
4) Croyances répandues en Guadeloupe concernant l'hypertension .....	- 25 -
II) Rappels sur l'HTA.....	- 28 -
1) Epidémiologie .....	- 28 -
2) Définition.....	- 30 -
3) Symptomatologie .....	- 30 -
4) Diagnostic .....	- 31 -

5) Complications .....	- 32 -
6) Prise en charge du patient hypertendu.....	- 33 -
III) Particularités de l'HTA chez le sujet afro-américain .....	- 37 -
C) Le réseau HTA-GWAD.....	- 38 -
I) Présentation .....	- 38 -
1) Historique .....	- 38 -
2) Objectif .....	- 38 -
3) Les 4 groupes de travail.....	- 39 -
a) Le groupe éducation et prévention.....	- 39 -
b) Le groupe réseau-filière.....	- 40 -
c) Le groupe Formation Médicale Continue.....	- 40 -
d) Le groupe épidémiologie et recherche.....	- 41 -
II) Programme d'Education à la Santé .....	- 41 -
1) Présentation .....	- 41 -
2) Déroulement .....	- 41 -
3) Enjeux .....	- 42 -
III) Programme d'Education à l'Automesure .....	- 42 -
1) Présentation .....	- 42 -
2) Déroulement .....	- 42 -
3) Enjeux .....	- 43 -
IV) Programme d'Education Thérapeutique.....	- 43 -
1) Présentation .....	- 43 -
2) Déroulement .....	- 44 -
3) Enjeux .....	- 45 -

Partie II : Mise en place de l'éducation thérapeutique à l'officine en partenariat avec le réseau HTA-GWAD .....	- 46 -
A) Présentation de l'officine .....	- 46 -
B) Mise en place du PEA à l'officine.....	- 46 -
I) Formation .....	- 46 -
II) Organisation pratique la mise en place du PEA .....	- 53 -
1) Organisation au sein de l'officine .....	- 53 -
2) Organisation des séances .....	- 55 -
III) Résultats .....	- 56 -
1) Analyse globale de l'ensemble des données des patients ayant participé au PEA.....	- 56 -
2) Analyses du travail réalisé .....	- 61 -
IV) Propositions d'amélioration du PEA.....	- 67 -
1) Affiner le diagnostic éducatif .....	- 67 -
2) Améliorer l'évaluation du PEA .....	- 74 -
3) Elaborer une fiche pratique .....	- 80 -
4) Amélioration du classeur-chevalet.....	- 82 -
5) Conduite à tenir en cas d'obtention de valeurs anormales .....	- 82 -
6) Explication des fonctionnalités du tensiomètre.....	- 85 -
C) Mise en place du Programme d'Education Thérapeutique à l'officine : témoignage du Docteur Line PIERRE-JUSTIN.....	- 85 -
I) Formation .....	- 86 -
II) Organisation propre à l'officine .....	- 86 -
III) Déroulement des séances .....	- 87 -
1) Inclusion des patients.....	- 87 -
2) Première Séance.....	- 87 -
3) Deuxième séance.....	- 89 -
4) Troisième, quatrième et cinquième séances .....	- 94 -
Discussion, conclusion.....	- 99 -

Perspectives.....	- 102 -
Bibliographie :.....	- 103 -
Annexes : .....	- 107 -

# Table des illustrations

## *Figures*

Figure 1 : Etapes de l'éducation thérapeutique du patient	p 10
Figure 2 : Carte de la Guadeloupe	p 23
Figure 3 : Prise de la tension artérielle avec un appareil de mesure huméral	p 32
Figure 4 : Prise de la tension artérielle avec un appareil de mesure au poignet	p 32
Figure 5 : Carton d'invitation remis au patient pour participer au PEA ou au PET	p 47
Figure 6 : Fiche patient du PEA	p 48
Figure 7 : Questionnaire d'automesure pré et post-éducation	p 49
Figure 8 : Relevés d'automesure tensionnelle	p 50
Figure 9 : Demande d'inclusion au PEA	p 51
Figure 10 : Attestation de réalisation d'une prestation dérogatoire	p 52
Figure 11 : Répartition de l'indice de masse corporelle dans la population étudiée	p 58
Figure 12 : Répartition de l'indice de masse corporelle en fonction du sexe	p 58
Figure 13: Répartition des patients suivant leur périmètre abdominal	p 59
Figure 14 : Répartition hommes/femmes en fonction du périmètre abdominal	p 60
Figure 15 : Répartition des facteurs de risque dans la population étudiée	p 60
Figure 16 : Fiche patient de la première séance du PET	p 88
Figure 17 : Document servant de base à l'élaboration du diagnostic éducatif du PET	p 90
Figure 18 : Document servant de support à la troisième séance du PET	p 95
Figure 19 : Document servant de support à la quatrième séance du PET	p 96
Figure 20 : Document servant de support à la cinquième séance du PET	p 97

## *Tableaux*

Tableau 1 : Exemple de compétences à acquérir par le patient au terme d'un programme d'éducation thérapeutique, quels que soient la maladie, la condition ou le lieu d'exercice (matrice de compétences développées en 2001 par d'Ivernois et Gagnayre)	p 13
---	------

Tableau 2 : Techniques d'apprentissage pouvant être utilisées lors de séances individuelles ou collectives d'éducation thérapeutique	p 16
Tableau 3 : Données anthropométriques des patients inclus dans le PEA	p 57
Tableau 4 : Récapitulatif des séances de PEA réalisées à l'officine	p 62
Tableau 5 : Objectifs et notes obtenues par les patients inclus dans le PEA	p 65

### *Encadrés*

Encadré 1 : Compétences d'auto-soins	p 6
Encadré 2 : Compétences d'adaptation	p 6
Encadré 3 : Caractéristiques des séances collectives d'ETP	p 17
Encadré 4 : Caractéristiques des séances individuelles d'ETP	p 17
Encadré 5 : Structure d'une séance d'éducation thérapeutique du patient	p 19
Encadré 6 : Points principaux permettant de réaliser l'évaluation de l'ETP	p 22
Encadré 7 : Paramètres à prendre en compte pour définir le niveau de risque cardiovasculaire d'un patient hypertendu	p 34
Encadré 8 : Evaluation du niveau cardiovasculaire global	p 34
Encadré 9 : Mesures hygiéno-diététiques	p 36

## **Table des annexes :**

Annexe 1 : Coordonnées des psychologues collaborant avec le réseau HTA-GWAD (source : HTA-GWAD)	p 110
Annexe 2 : Coordonnées des diététiciens collaborant avec le réseau HTA-GWAD (source : HTA-GWAD)	p 111
Annexe 3 : Instructions en rapport avec le PEA (source : réseau HTA-GWAD)	p 112
Annexe 4 : Présentation du PET (source : HTA-GWAD)	p 115
Annexe 5 : Exemple de courrier transmis au patient par le réseau HTA-GWAD suite à sa participation au PEA (Source : HTA-GWAD)	p 117
Annexe 6 : Exemple de courrier transmis au médecin traitant et au spécialiste par le réseau HTA-GWAD suite à la participation du patient au PEA	p 118

## Liste des abréviations

AFSSaFPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ALD : Affection de Longue Durée

CFLHTA : Comité Français de Lutte contre l'Hypertension artérielle

CHBT : Centre Hospitalier de la Basse-Terre

COGES : Comité Guadeloupéen d'Education pour la Santé

CRES : Comité Régional d'Education pour la Santé

CSP : Code de la Santé Publique

DMPI : Dossier Médical Partagé Informatisé

ENNS : Etude Nationale Nutrition Santé

ETP : Education thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

HTA : Hypertension artérielle

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IMC : Indice de Masse Corporelle

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORSaG : Observatoire Régional de Santé de la Guadeloupe

PAD : Pression Artérielle Diastolique

PAS : Pression Artérielle Systolique

PEA : Programme d'Education à l'Automesure

PET : Programme d'Education Thérapeutique

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

## Introduction

Les maladies cardiovasculaires représentent en France, comme dans bien d'autres pays développés, un enjeu majeur de santé publique. Il est essentiel de les traiter et surtout de prévenir leur apparition en diminuant la survenue de leurs facteurs de risque. Parmi les facteurs de risques identifiés, on peut citer : le diabète, l'hypertension artérielle, l'obésité, la dyslipidémie et le tabac.

L'hypertension artérielle est un facteur de risque cardiovasculaire majeur, fréquent et modifiable de nombreuses maladies cardiovasculaires. Selon l'enquête FLASH 2010, plus de 11 millions de français sont soignés pour une hypertension artérielle [1]. L'hypertension concerne un milliard de personnes dans le monde [2].

En Guadeloupe, l'hypertension artérielle fait partie des priorités de santé publique, en particulier du fait de la mortalité élevée liée aux accidents vasculaires cérébraux. Plusieurs chiffres sont alarmants. En effet, après 18 ans, 23% de la population guadeloupéenne est concernée par l'hypertension artérielle avec plus de femmes (28%) touchées que d'hommes (18%). Plus de un guadeloupéen sur deux est hypertendu après 60 ans. Par ailleurs, l'hypertension artérielle sévère est la première cause d'exonération du ticket modérateur pour Affection de Longue Durée (ALD) aux Antilles-Guyane.

Des études réalisées chez des sujets hypertendus en France montrent que 49,1% d'entre eux sont non contrôlés, c'est-à-dire ont une hypertension sous traitement trop élevée (supérieure à 140/90 mm Hg) [3]. En Guadeloupe, 52,9% des hommes et 39,6% des femmes ont une hypertension non contrôlée [4]. Or, cette dernière non contrôlée est à l'origine de néphropathies vasculaires évoluant vers l'insuffisance rénale terminale [5]. C'est un des deux facteurs, avec le diabète, qui explique la fréquence accrue de maladies rénales et le nombre élevé de patients sous dialyse en Guadeloupe.

Au vu du caractère modifiable et des graves complications auxquelles l'hypertension artérielle est associée, il est essentiel d'une part, de prévenir son apparition et d'autre part de la traiter et de la normaliser sous traitement.

La prévention primaire a pour objectif de prévenir l'apparition de la maladie chez l'homme sain. Elle passe par l'information du public concernant l'hypertension artérielle et les facteurs de risque favorisant l'apparition de maladies cardiovasculaires. Cela permet de sensibiliser la population aux facteurs environnementaux ou liés à l'hygiène de vie notamment en termes d'alimentation et d'activité physique, qui pourraient favoriser la survenue de l'hypertension artérielle. On pourra ainsi réduire la prévalence de l'hypertension dans la population.

La prévention primaire passe aussi par des mesures prises par les autorités sanitaires. Ainsi, la Loi de Santé Publique de 2004 a préconisé de réduire de 2 à 3 mm de mercure la pression artérielle systolique de la population française d'ici à 2010 [6]. Il s'agit de faire de la prévention primaire du risque cardiovasculaire car il existe une relation positive et continue entre les niveaux de pression artérielle systolique et diastolique et la morbidité cardiovasculaire [6]. Plusieurs objectifs de cette loi sont inclus dans le Programme National

Nutrition Santé (PNNS) 2001-2010 dont celui qui consiste à réduire la pression artérielle moyenne de 2 à 3 mm de mercure dans la population adulte. D'autres objectifs de ce plan contribuent directement à réduire la pression artérielle : réduire la consommation moyenne de sel à moins de 8 g par personne et par jour (objectif 11), réduire la consommation de boissons alcoolisées (objectif 1), avoir une activité physique régulière d'au moins une demi-heure par jour (objectif 9), réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité (objectifs 5 et 12) [7]. Pour améliorer la prise en charge de l'hypertension artérielle il est important de continuer à mettre en place des plans, des campagnes et des programmes de prévention.

La prévention secondaire a pour objectif de réduire la durée d'évolution de la maladie. Elle passe par la mise en place d'actions de dépistage de l'hypertension artérielle. Ce qui permet de prendre en charge cette maladie au tout début de son évolution donc avant l'apparition des complications.

Des mesures sont aussi prises par les autorités sanitaires pour les personnes souffrant déjà de la maladie. Le plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques [8] en est un exemple et comporte 15 mesures regroupées suivant 4 axes stratégiques. L'éducation thérapeutique du patient fait partie des deux premiers axes. Le premier axe a pour objectif une meilleure connaissance de sa maladie par le patient de façon à ce qu'il puisse mieux la gérer. Ce qui passe d'une part, par l'information que l'on peut donner au patient via par exemple des tracts, des campagnes d'informations, des conférences grand public, des portails internet sur les maladies chroniques et d'autre part, par la transmission de connaissances, de compétences du soignant au patient. Le deuxième axe vise à élargir la médecine de soins à la prévention. Il s'agit d'intégrer l'éducation thérapeutique à la formation initiale et continue des soignants, de mettre en place un système de rémunération des soignants qui font de l'éducation thérapeutique du patient et de mettre à leur disposition des outils pour réaliser cette éducation. L'amélioration de la qualité de vie du patient atteint par une maladie chronique passe en effet par une meilleure gestion de la maladie et des traitements, par la prévention des complications évitables et par l'adaptation du patient à l'évolution de sa maladie.

L'un des objectifs du plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, qui figure également dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 Août 2004. Il s'agit de réduire de 5 mm de mercure la pression artérielle systolique moyenne dans la population hypertendue et de 2 mm de mercure la pression artérielle systolique moyenne dans la population normotendue d'ici à 2008.

Le premier Plan Régional de Santé Publique (PRSP) de la Guadeloupe 2006-2010 a comme priorités : « *obtenir que chacun ait accès à une éducation pour la santé de qualité* » et « *prévenir, dépister, assurer le suivi des maladies chroniques et leurs complications* » [5].

L'éducation thérapeutique du patient atteint d'hypertension artérielle est un outil majeur dans la prévention secondaire des complications de cette maladie. En effet, les patients ont certaines difficultés à être observants car ils n'ont pas de symptômes et quand ils prennent leur traitement ils ne ressentent au début que les effets indésirables susceptibles de les décourager. Il en résulte un nombre insuffisant de patients hypertendus contrôlés sous traitement.

L'insuffisance de contrôle de l'hypertension artérielle s'explique par divers facteurs dont un défaut d'adhésion au traitement, une compréhension insuffisante de l'utilité thérapeutique des mesures d'hygiène de vie, un suivi médical insuffisant, la coexistence d'autres pathologies ainsi que d'autres facteurs de risque cardiovasculaire (tabagisme, obésité, diabète) [3]. En aidant le patient à comprendre sa maladie et son traitement, l'observance du patient est améliorée et l'hypertension mieux contrôlée. Ceci constitue ce que l'on appelle l'éducation thérapeutique du patient.

Cette thèse a pour objectif la mise en place de l'éducation thérapeutique du patient hypertendu à l'officine (en Guadeloupe) en collaboration avec le réseau HTA-GWAD, au travers plus précisément du programme d'éducation à l'automesure. Cette thèse montre également la place privilégiée tenue par le pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique. Enfin cette thèse témoigne de l'intérêt d'un partenariat entre les membres d'un réseau de santé constitué de professionnels multidisciplinaires.

# Partie I : Recherches bibliographiques

## A) L'éducation thérapeutique du patient à l'officine

### I) Généralités sur l'éducation thérapeutique du patient

#### 1) Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'éducation thérapeutique du patient (ETP) « vise 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. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. » [9].

Le Code de la Santé Publique (CSP) ajoute : « l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soin du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. [...] » (article L.1161-1 CSP).

L'éducation thérapeutique du patient a pour objectif de donner aux personnes atteints d'une maladie chronique des connaissances et des compétences afin d'être capable de gérer leur vie quotidienne, sans affecter leur liberté et en restaurant si possible une certaine autonomie [10].

Il s'agit donc d'aider le patient ainsi que son entourage à mieux comprendre la maladie, les traitements utilisés pour lutter contre celle-ci et à améliorer sa qualité de vie. Cela passe par l'acquisition de compétences, par des modifications des habitudes, des comportements et de l'hygiène de vie du patient. Le patient devient ainsi, de par les connaissances et les compétences acquises, acteur de sa santé. Il collabore alors avec l'ensemble des soignants à sa propre prise en charge thérapeutique.

De par toutes ces caractéristiques, il est clair que l'éducation thérapeutique n'équivaut pas à une simple information orale ou écrite ni à un conseil de prévention qu'un professionnel de santé peut délivrer à diverses occasions [9]. L'éducation thérapeutique place le patient au cœur de sa maladie et lui permet de mieux vivre avec celle-ci grâce aux modifications de comportement et d'habitudes en termes d'hygiène de vie notamment.

L'éducation thérapeutique est proposée à toute personne (enfant, adolescent, adulte) souffrant d'une maladie chronique, quel que soit son âge, le type, le stade et l'évolution de sa maladie par tout professionnel de santé impliqué dans sa prise en charge. Les proches du patient peuvent être associés à la démarche d'éducation thérapeutique, s'ils le souhaitent. Ils pourront aider par exemple, leur enfant, leur conjoint ou leur frère souffrant d'une maladie chronique dans la gestion de sa maladie ainsi que dans l'acquisition et la pérennisation des compétences d'auto-soins et d'adaptation que celui-ci doit acquérir [9].

Une fois la proposition d'ETP acceptée par le patient, les buts et les modalités de mise en œuvre de celle-ci sont négociés avec le patient. Puis une planification de l'ETP est mise en place. Pour mettre en œuvre l'ETP, le professionnel de santé impliqué devra être formé à cette démarche. Cette formation lui fournira les outils nécessaires afin de développer des techniques de communication, des techniques pédagogiques qui permettent d'aider le patient à acquérir des compétences d'auto-soins et d'adaptation. Le professionnel de santé est aussi formé au travail en équipe et à la coordination des actions, afin de travailler en collaboration avec d'autres professionnels de santé [9].

Ces notions sont indispensables pour pouvoir mettre en œuvre l'ETP. Avant d'apprendre aux patients les compétences qui leur seront utiles, il convient d'être à son écoute pour savoir à quel stade d'acceptation de la maladie il se trouve, pour comprendre ses besoins et ses priorités d'apprentissage. Les techniques pédagogiques permettent de favoriser l'apprentissage des compétences d'auto-soins et d'adaptation de façon à ce que le patient se les approprie et les intègre dans ses habitudes de vie. La notion de coordination est également indispensable. Il s'agit d'une part de la transmission systématique d'informations au médecin traitant et aux professionnels ressources et d'autre part, de l'intervention dans le programme d'éducation thérapeutique de professionnels de santé de domaine et de compétences différents. Par exemple, il peut s'agir d'accompagner un patient hypertendu dans l'amélioration de ses habitudes alimentaires. Dans ce cas, on pourra faire appel à une diététicienne spécialisée dans la prise en charge alimentaire des patients hypertendus.

## **2) Finalités**

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), tout programme d'éducation thérapeutique personnalisé a pour finalités [9]:

- l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins ; il s'agit des décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé (Encadré 1).

### **Les compétences d'auto-soins**

- Soulager les symptômes.
- Prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure.
- Adapter des doses de médicaments, initier un autotraitement.
- Réaliser des gestes techniques et des soins.
- Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.).
- Prévenir des complications évitables.
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie.
- Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

Encadré 1: Compétences d'auto-soins [9]

- la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation (Encadré 2),

### **Les compétences d'adaptation**

- Se connaître soi-même, avoir confiance en soi.
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress.
- Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique.
- Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles.
- Prendre des décisions et résoudre un problème.
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix.
- S'observer, s'évaluer et se renforcer.

Encadré 2: Compétences d'adaptation [9]

L'acquisition de compétences d'auto-soins est indissociable de la mobilisation ou de l'acquisition de compétences d'adaptation. Elles doivent être progressives et tenir compte des besoins, de la motivation, de l'expérience de la maladie, de la gestion de celle-ci et de la réceptivité du patient à l'ETP.

Les compétences d'auto-soins comportent également des compétences de sécurité qui visent à sauvegarder la vie du patient. Par exemple, dans le cas d'un patient hypertendu, savoir quoi faire en cas d'hypotension ou d'hypertension constitue une compétence de sécurité. De par leur nature, ces compétences sont considérées par les professionnels de santé comme étant indispensables et prioritaires à acquérir.

L'ETP a pour finalités, non seulement d'acquérir des compétences mais aussi d'améliorer l'observance du traitement médicamenteux. Il résulte de l'amélioration de l'observance du patient d'une part, une diminution de la survenue des complications et de leurs conséquences morbides à long terme. Et d'autre part, une réduction du coût important lié à ces complications potentiellement mortelles.

Pour améliorer l'observance, il est essentiel pour le patient [10] :

- de vouloir se traiter : ce qui implique une adhésion au traitement découlant de la conviction de la nécessité des médicaments pour améliorer la vie au quotidien et éviter les complications de la maladie,
- de pouvoir avoir accès aux soins et aux traitements : le patient est-il capable physiquement, psychologiquement de prendre ses médicaments ou a-t-il besoin qu'un soutien soit mis en place ? Quel est son statut social ? A-t-il un logement, a-t-il accès à une alimentation régulière, équilibrée ?,
- de savoir en quoi consiste son traitement : conditions d'administration, heure de prise, effets indésirables et bénéfiques, modalité de conservation.

### **3) Principe**

Le patient, dans le cadre de l'éducation thérapeutique, est placé au centre de sa propre prise en charge. En effet, le soignant donne au patient les éléments clés relatifs à sa maladie et à son contexte de vie personnel, qui lui permettront face à une situation donnée de faire un choix éclairé. Il y a donc un transfert de connaissances et de compétences du soignant au patient.

Il s'agit donc d'accompagner le patient dans la prise en charge de sa maladie. Le patient n'est donc plus simple spectateur mais acteur de sa prise en charge en collaboration avec le soignant.

### **4) Méthodes de la démarche éducative**

La démarche éducative requiert du soignant qui la met en place la capacité à bien utiliser les techniques de communication ainsi que les techniques qui lui permettront de faire passer un message clair au patient.

Le soignant, dont l'objectif est de faire passer un message précis au malade se doit de bien communiquer avec celui-ci, ce qui passe par [11] :

- une écoute attentive et active,
- de l'empathie c'est-à-dire savoir se mettre à la place du malade,
- l'utilisation du silence comme outil de communication. Le soignant doit prendre le temps de comprendre ce que le patient lui dit et laisser au malade le temps de comprendre son propos, lui laisser un espace de parole pour qu'il puisse s'exprimer et poser des questions,
- le placement de la voix. Le soignant va parler de façon à donner de la puissance à sa voix, à avoir un timbre de voix approprié, détendu et à pouvoir parler longtemps sans se fatiguer,

- la reformulation aide le soignant à montrer au patient qu'il est à son écoute, qu'il a compris ses sentiments. Elle permet aussi au patient de construire sa réponse et de mieux comprendre ce qu'il ressent,
- la communication non verbale. Elle correspond à tout ce que l'on exprime avec la mimique faciale, le regard, les gestes, les postures et tout ce qui se dégage de la personne même du soignant.

L'utilisation de différents outils pédagogiques permettront au soignant de transmettre au patient un message clair qui tient compte de la personnalité de ce dernier. Le soignant pourra avoir recours à différentes méthodes [11]:

- la méthode interrogative : il s'agit de savoir utiliser à bon escient les questions en fonction de leur forme : « ouverte » ou « fermée », et en fonction de leur fonction : questions qui font appel à la connaissance du patient ou à sa compréhension. Les questions dites « fermées » sont celles auxquelles le patient répond par « oui » ou par « non ». Par exemple : « savez-vous utiliser votre tensiomètre ? ». Le soignant les utilise pour obtenir une information, pour s'assurer que le patient est d'accord ou a bien compris ce qu'il lui a dit. Les questions dites « ouvertes » sont celles qui permettent au patient de s'exprimer librement. Par exemple : « selon vous qu'est-ce que l'hypertension artérielle ? » ;
- la méthode explicative : elle permet d'expliquer au patient les termes utilisés, de décrire les signes que l'on observe dans tel ou tel cas de figure, d'expliquer par exemple pourquoi la pression artérielle augmente. Des outils sont à la disposition du soignant tel que des comparaisons ou des métaphores qui marquent l'esprit et aident à la compréhension du patient. Par exemple : « si la pression artérielle est trop élevée c'est que le sang circule dans les vaisseaux avec une pression importante et cela peut sur le long terme abîmer les vaisseaux, tout comme de l'eau circulant à trop forte pression dans un tuyau peut faire éclater la canalisation » ;
- la méthode de la découverte : il s'agit de soumettre au patient des situations-problèmes correspondant à sa pathologie de façon à lui permettre d'exprimer ce qu'il aurait fait dans la même situation. Ceci donne l'occasion de voir ce que le patient sait, de lui permettre d'expérimenter et de saisir le fonctionnement d'un appareil par exemple ;
- la méthode démonstrative : elle permet de faire la démonstration au patient de l'utilisation d'un appareil, un auto-tensiomètre dans le cadre de l'hypertension artérielle. Après la démonstration du fonctionnement de l'appareil, le soignant fait au patient faire lui-même la mesure de la pression artérielle. Enfin, le soignant demande au patient de lui expliquer comment faire. Le fait d'expliquer, de faire faire puis de faire expliciter le fonctionnement de l'appareil permet au soignant de s'assurer de la bonne compréhension du patient en ce qui concerne l'utilisation de son tensiomètre. Cette méthode a, de plus, la mémorisation du patient.

## II) Rôle du pharmacien dans l'ETP

Le Code de Déontologie des pharmaciens définit à l'article R.4235-2 les devoirs généraux du pharmacien en rapport avec la morale professionnelle. Cet article dit que : « *le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. Il contribue notamment à la lutte contre la toxicomanie, les maladies sexuellement transmissibles et le dopage.* ».

Le pharmacien contribue, en effet, à l'information du public en matière sanitaire et sociale de par sa participation lors de campagnes ciblées d'informations, de prévention et de dépistage.

Pour cela le pharmacien développe des compétences en termes de communication à travers des vitrines thématiques, la diffusion de dépliants réalisés par les autorités sanitaires ou par le Cespharm ainsi que par la mise en place au sein de son officine d'ateliers de dépistage.

Le pharmacien a pour but de sensibiliser, d'accueillir, d'écouter, d'orienter, de rassurer et d'encourager au dépistage et à la prévention [10].

Le pharmacien a aussi pour rôle [10] :

- d'informer et d'expliquer au patient sa pathologie et ses traitements,
- de soutenir et d'accompagner les patients,
- de promouvoir le bon usage du médicament : mise en place d'un plan thérapeutique clair et détaillé pour la prise des médicaments, explication du mode d'utilisation et du fonctionnement des dispositifs médicaux (patch, stylo injecteur, tensiomètre,...),
- d'intervenir dans la gestion des crises : effets indésirables, dépression ou lassitude,...

Cependant, le pharmacien ne doit pas se contenter uniquement d'informer ses patients sur les médicaments qu'ils prennent ou sur des problèmes de santé publique. Il a aussi un rôle d'éducation à la santé, d'accompagnement du patient pour mieux comprendre sa maladie.

Le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient a d'ailleurs été précisé récemment dans la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009. En effet, d'après cette loi, l'éducation thérapeutique du patient fait partie des huit nouvelles missions du pharmacien d'officine. L'article L.5125-1 A CSP parle de ces huit missions et précise : « *dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine [...] peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L.1161-1 à L.1161-5* » [10].

Cette place dans l'éducation thérapeutique du patient peut s'expliquer par le fait que le pharmacien est un interlocuteur privilégié des patients de par sa proximité, sa disponibilité, son accessibilité sans rendez-vous et de par son sens de l'écoute. Le pharmacien est également un professionnel de santé compétent qui a l'avantage de connaître le patient dans sa globalité c'est-à-dire son contexte social, son historique thérapeutique ainsi que son profil psychologique [11].

Les pharmaciens ont donc un rôle important à jouer en matière d'éducation thérapeutique du patient.

### III) Planification de l'éducation thérapeutique

La démarche d'éducation thérapeutique du patient se planifie en 4 étapes (Figure 1).

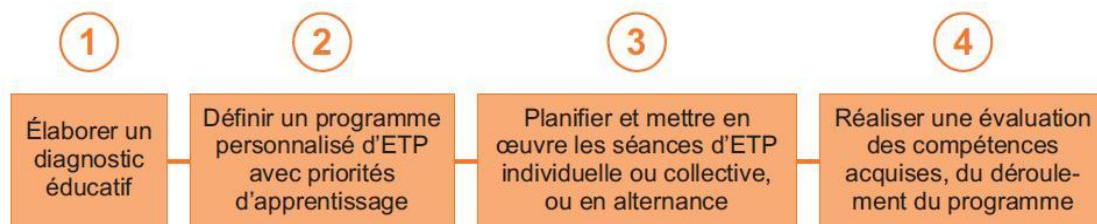


Figure 1 : Etape de l'éducation thérapeutique du patient [9]

La première étape est l'identification des besoins de chaque patient à l'aide du diagnostic éducatif.

La seconde étape consiste à formuler avec le patient les compétences à acquérir en fonction de son projet personnel et de la stratégie thérapeutique. Une fois ces compétences définies, on élabore un programme personnalisé d'ETP.

La troisième étape consiste à sélectionner les contenus à proposer lors des séances d'ETP, les méthodes et techniques participatives d'apprentissage qui facilitent les interactions et les médiations avec le patient et ses proches.

La quatrième étape est celle de l'évaluation des compétences acquises par le patient, du déroulement et de la pertinence du programme.

#### 1) Elaboration du diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif est réalisé avant de mettre en place tout programme d'éducation thérapeutique. Il doit être régulièrement et systématiquement actualisé et reformulé lors de la survenue de tout élément nouveau [13].

Le diagnostic éducatif permet de mieux connaître le patient, d'identifier ses besoins, ses attentes et de formuler en accord avec lui les compétences qu'il souhaite acquérir ou maintenir suivant ses priorités [13]. L'élaboration du diagnostic éducatif se fait au cours d'une ou plusieurs séances d'éducation thérapeutique individuelle [9].

Selon la HAS : « *le diagnostic éducatif permet d'appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, d'évaluer ses potentialités, de prendre en compte ses demandes et son projet. Il identifie les situations de vulnérabilité psychologique et sociale. Il appréhende également la manière de réagir du patient à sa situation, et ses ressources personnelles et sociales. Il identifie la réceptivité du patient et de ses proches à la proposition d'une ETP.* » [9].

Cette meilleure connaissance du patient est possible grâce aux cinq dimensions du diagnostic éducatif [9, 11]:

- la dimension biomédicale : elle permet de savoir de quoi souffre le patient, de connaître l'histoire de sa maladie (déclenchement, évolution, sévérité et gravité), d'identifier les problèmes de santé associés ainsi que la prise en charge médicamenteuse de ces pathologies ;
- la dimension socioprofessionnelle : elle nous renseigne sur le métier du patient, sur ses conditions de travail, sur son mode et ses habitudes de vie, sur son environnement social (situation de précarité, risque social) et familial (est-il marié ? a-t-il des enfants ; des petits-enfants ?...), sur ses loisirs ;
- la dimension cognitive : elle aide à évaluer ce que le patient sait sur sa maladie, sur ses médicaments ; elle permet aussi de savoir quelles sont ses sources d'information (média, internet, association de patients ou autre). C'est aussi un moyen de savoir ce que le patient pense de sa maladie (est-elle grave ? comment la vit-il au quotidien ?,...) les explications de sa survenue (à quoi l'attribue-t-il ? comment perçoit-il l'évolution de sa maladie ?), de ses traitements (sont-ils efficaces ? supporte-t-il bien les traitements ?,...) ; ce qu'il sait et croit sur sa manière de gérer sa maladie (optimisme, sentiment de contrôle, auto-efficacité ou anxiété, image de soi dévalorisée, dépression); elle contribue à évaluer les savoir-faire du patient (comment se soigne-t-il ? comment utilise-t-il les médicaments d'une manière générale ? comment se nourrit-il ?) ; elle permet d'identifier les difficultés de lecture et/ou de compréhension de la langue, un handicap sensoriel, mental, des troubles cognitifs, une dyslexie, etc. ;
- la dimension psychoaffective : elle permet de se faire une idée du profil psychologique du patient, de savoir à quel stade du processus d'acceptation de la maladie il se situe ; elle permet d'identifier et d'évaluer des facteurs de stress, de vulnérabilité, de fragilité lors de l'avancée en âge du patient (se sent-il isolé, abandonné par son entourage ? se sent-il menacé sur les plans physiques, psychologiques ou sociologiques ? a-t-il une perte de résistance physique, des fonctions sensorielles, des aptitudes intellectuelles, de mémoire ?) ;
- la dimension projective : permet d'identifier les projets à court, moyen ou long terme du patient. Ces projets serviront à motiver le patient pour atteindre les objectifs qu'il se fixera dans la deuxième étape de l'ETP.

La prise en compte de tous ces éléments permet de déterminer avec le patient les facteurs de sa vie quotidienne, qui limitent ou facilitent l'acquisition et le maintien des compétences d'auto-soins et leur utilisation dans la vie quotidienne [9].

Le soignant peut ainsi, tenir compte des limites cognitives du patient dans le choix des méthodes d'apprentissage. Il prendra également en compte la situation financière du patient quand il s'agira de lui conseiller tel ou tel type d'alimentation. Le soignant pourra également renseigner le patient en situation précaire sur les aides qui lui sont accessibles dans sa situation.

Le diagnostic éducatif est une étape essentielle de l'ETP. Grâce à lui, le soignant formé à l'ETP, peut fixer en accord avec le patient des compétences à acquérir qui tiennent compte des possibilités et des limites de ce dernier. Il est ainsi sûr que celui-ci pourra intégrer les compétences acquises dans sa vie de tous les jours et de ce fait améliorer sa qualité de vie.

## **2) Définir un programme personnalisé d'éducation thérapeutique avec des priorités d'apprentissage**

Une fois le diagnostic éducatif établi, un programme d'éducation thérapeutique avec des priorités d'apprentissage est mis en place. Ce programme est défini sur la base du diagnostic éducatif et tient compte des besoins du patient, de son projet et de la stratégie thérapeutique mise en place.

Le patient va donc se fixer des objectifs en vue d'acquérir les compétences de sécurité, d'auto-soins et d'adaptation détaillées précédemment.

Les objectifs définis en accord avec le patient devront être [11] :

- précis de façon à être bien compris du patient,
- faciles à évaluer,
- pertinents pour que cela apporte un bénéfice à la vie quotidienne du patient,
- et réalistes c'est-à-dire correspondre aux capacités d'apprentissage du patient.

Le tableau 1 présente des exemples de compétences que le patient peut acquérir à l'issue d'un programme d'éducation thérapeutique [9].

Compétences	Objectifs spécifiques (exemples)
1. Faire connaître ses besoins, déterminer des buts en collaboration avec les soignants, informer son entourage	Exprimer ses besoins, ses valeurs, ses connaissances, ses projets, ses attentes, ses émotions (diagnostic éducatif)
2. Comprendre, s'expliquer	Comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions sociofamiliales de la maladie, s'expliquer les principes du traitement
3. Repérer, analyser, mesurer*	Repérer des signes d'alerte des symptômes précoces, analyser une situation à risque des résultats d'examen. Mesurer sa glycémie, sa tension artérielle, son débit respiratoire de pointe, etc.
4. Faire face, décider *	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypoglycémie, hyperglycémie, crise d'asthme, etc.), décider dans l'urgence, etc.
5. Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne *, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention	Ajuster le traitement, adapter les doses d'insuline. Réaliser un équilibre diététique sur la journée, la semaine. Prévenir les accidents, les crises. Aménager un environnement, un mode de vie, favorables à sa santé (activité physique, gestion du stress, etc.).
6. Pratiquer, faire	Pratiquer les techniques (injection d'insuline, autocontrôle glycémie, spray, chambre d'inhalation, <i>peak flow</i> ). Pratiquer les gestes (respiration, auto-examen des œdèmes, prise de pouls, etc.). Pratiquer des gestes d'urgence.
7. Adapter, réajuster	Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse, etc.). Réajuster un traitement ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie.
8. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits	Savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher l'information utile. Faire valoir des droits (travail, école, assurances, etc.). Participer à la vie des associations de patients, etc.

\* Les compétences d'autosoins (en particulier les compétences 3, 4, 5, 6) comprennent des compétences dites de sécurité qui visent à sauvegarder la vie du patient.

Tableau 1 : Exemple de compétences à acquérir par le patient au terme d'un programme d'éducation thérapeutique, quels que soient la maladie, la condition ou le lieu d'exercice (matrice de compétences développées en 2001 par d'Ivernois et Gagnayre) [9].

Dans le domaine de l'hypertension artérielle il est possible de définir par exemple comme compétences à acquérir :

- sur le plan cognitif: connaître les valeurs normales de la tension artérielle, comprendre les complications de l'hypertension artérielle non contrôlée, connaître la conduite à tenir en cas d'obtention de chiffres tensionnels élevés associés à des signes cliniques, savoir repérer les aliments riches en sel et les éviter, connaître les activités physiques à sa portée et la manière de les pratiquer;
- sur le plan technique : savoir réaliser une prise de mesure tensionnelle et restituer les résultats obtenus de manière fiable, savoir élaborer un repas équilibré (pauvre en sel, en sucre et en matières grasses), savoir pratiquer une activité physique adaptée régulièrement;
- sur le plan psychoaffectif : savoir gérer ses émotions, maîtriser son stress ;

Une fois les compétences à acquérir définies, le soignant établit avec le patient ce que l'on appelle un « contrat d'éducation ». Il s'agit d'un contrat moral (engagement oral ou écrit) entre le patient et le soignant à travers lequel le patient s'engage à atteindre les objectifs fixés au bout d'un délai défini d'un commun accord avec le soignant. Ce contrat définit également la fréquence des séances d'éducation thérapeutique, les méthodes pédagogiques que le soignant va utiliser ainsi que les critères qui seront utilisés en guise d'évaluation des compétences acquises [11].

Une synthèse du diagnostic éducatif, des compétences d'auto-soins et d'adaptation ainsi que la planification des séances d'ETP sont transmis, avec l'accord du patient aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la maladie chronique [9].

### **3) Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient**

La mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient requiert [9, 11]:

- la sélection des contenus, des méthodes et des techniques d'apprentissage qui seront utilisés lors des séances d'ETP,
- une planification des séances dans le temps et dans l'espace,
- la définition du type de séances qui seront réalisées : individuelle, collective ou une alternance de séances individuelles et collectives,
- la définition du type d'éducation thérapeutique mise en place : ETP initiale, ETP de suivi régulier (ou de renforcement), ETP de suivi approfondi (ou de reprise).

Sur la base du diagnostic éducatif, le soignant a pu déterminer avec le patient ses besoins. Les contenus sélectionnés vont donc correspondre aux compétences que le patient souhaite acquérir. Le soignant va ensuite réfléchir aux techniques et aux outils qu'il peut utiliser pour l'apprentissage des compétences. Ces techniques et ces outils varient suivant le type de séances organisées (séances individuelles ou collectives). Par exemple, les tables-rondes ou les jeux de rôle seront plutôt utilisés lors de séances collectives d'ETP.

En termes de contenu, le soignant doit résister à la tentation de tout aborder dans un thème donné. Le soignant va sélectionner avec précision les connaissances essentielles et indispensables qui permettront au patient d'acquérir les compétences qu'il s'est fixé, d'avoir une meilleure compréhension et *in fine*, une meilleure gestion de sa maladie.

Le choix de la technique d'apprentissage à utiliser sera fonction du patient à qui elle s'adresse. Le soignant ne doit pas donner l'impression au patient de lui faire un cours et surtout il ne doit pas mettre le patient mal à l'aise en lui demandant de faire quelque chose qu'il n'est pas capable de faire. Il convient donc de tenir compte des dimensions socioprofessionnelle et cognitive du patient dans le choix des techniques d'apprentissage à mettre en place. Par exemple, dans la technique des situations problèmes, le soignant ne demandera pas à un patient qui a des difficultés à lire, de faire la lecture d'un cas lors d'une séance d'ETP collective.

Le tableau 2 donne un aperçu des techniques d'apprentissage qu'il est possible de mettre en place en éducation thérapeutique [11].

Techniques faisant appel aux	Séances individuelles	Séances collectives
<b>Capacités intellectuelles (savoir)</b>	Entretien Etudes de cas Simulations à partir de l'analyse d'une situation ou d'un carnet de surveillance Conseils téléphoniques	Exposés interactifs Situations problèmes Etudes de cas Simulations à partir de l'analyse d'une situation ou d'un carnet de surveillance Activités sportives Jeux de rôle Documentaire
<b>Habilités (savoir faire)</b>	Atelier d'apprentissage de gestes techniques	Atelier d'apprentissage de gestes techniques
<b>Attitudes (savoir être)</b>	Entretien centré sur l'émotion Discussion sur la base d'un livre ou d'un film	Table ronde Témoignages Jeux de rôle

Tableau 2 : Techniques d'apprentissage pouvant être utilisées lors de séances individuelles ou collectives d'éducation thérapeutique.

Divers outils pédagogiques sont également à la disposition du soignant :

- des supports d'information : affiches, brochures, dépliants, tracts, synthèses,
- des supports d'animation : classeur-imagier, bande audio ou vidéo, cédérom, représentations d'objets de la vie courante, matériel de soins, jeux,...

Le soignant doit utiliser l'outil qui convient le mieux au patient et auquel il s'adaptera le mieux. Ces outils aident le soignant à réaliser l'activité éducative et lui permettent d'harmoniser les contenus et les messages éducatifs. Pour le patient, ces outils constituent des aides à la décision et des aides mémoires utiles à la gestion de sa maladie au quotidien. Soignant et patient doivent donc s'approprier les outils pédagogiques [11].

La planification des séances dans le temps permet de définir précisément avec le patient le nombre de séances, la fréquence à laquelle ces séances se déroulent et leur durée. On planifie également ces séances dans l'espace de façon à ce que celles-ci se déroulent dans un endroit accessible pour tous, tient compte des possibilités locales et de la disponibilité des professionnels de santé amenés à intervenir lors de ces séances [13].

En ce qui concerne le type de séance d'éducation thérapeutique organisée, il est possible de prévoir d'emblée d'alterner des séances individuelles et collectives dans la planification individuelle du programme ou il est possible de planifier l'alternance de séances individuelles et collectives au fur et à mesure du déroulement du programme d'ETP en tenant compte des besoins du patient [13].

D'après les recommandations de la HAS, les séances d'ETP collectives présentent les caractéristiques détaillées dans l'encadré 3 [13].

#### **Les séances collectives d'ETP**

**Taille du groupe :** au minimum 3 personnes, au maximum 6 à 8 enfants, 8 à 10 adultes

**Durée de la séance :** 45 minutes chez l'adulte, plus courte chez l'enfant, avec des pauses

**Intérêt :**

- ▶ rassemblent des patients qui ont des objectifs éducatifs similaires ;
- ▶ sont propices au partage d'expériences et à la transmission des savoirs d'expérience ;
- ▶ font appel à des patients pour compléter l'intervention des professionnels de santé : partage d'expérience, relais des messages des professionnels, échanges sur les préoccupations quotidiennes et leurs résolutions.

Encadré 3 : Caractéristiques des séances collectives d'ETP [13].

Le soignant, organisateur des séances, doit bien connaître chaque patient afin de pouvoir personnaliser au cours de la séance le contenu de l'éducation thérapeutique au projet de chaque patient et favoriser les échanges entre participants. Pour que cela soit possible, il ne faut pas avoir un groupe de taille importante [9].

D'après les recommandations de la HAS, les séances d'ETP individuelles ont les caractéristiques suivantes (Encadré 4) [13]:

#### **Les séances individuelles d'ETP**

**Durée de la séance :** 30 à 45 minutes

**Intérêt :**

- ▶ facilitent l'accès aux séances des patients ayant une dépendance physique, sensorielle ou cognitive ou des difficultés à se trouver en groupe ;
- ▶ permettent de favoriser l'accessibilité aux séances ;
- ▶ permettent dans certaines situations une meilleure adaptation à la réalité de vie du patient.

Encadré 4 : Caractéristiques des séances individuelles d'ETP [13].

Qu'elles soient individuelles ou collectives, chaque séance d'éducation thérapeutique se déroule en trois temps [9] :

- un temps de préparation avant la séance : le soignant la prépare et l'organise,
- la conduite de la séance avec en fin de séance une phase de synthèse où le soignant requiert la participation du patient,
- un temps d'analyse après la séance pour préparer les autres séances.

L'encadré 5 détaille la structure d'une séance d'éducation thérapeutique.

Chaque séance d'ETP comporte trois temps :

**1. Avant la séance, un temps de préparation permet d'assurer les conditions qui favorisent un travail pédagogique avec le ou les patients :**

- connaissance de chaque participant et de son diagnostic éducatif ;
- aménagement de l'espace, présence du matériel pédagogique et préparation spécifique à la technique éducative utilisée.

**2. Pendant la séance, plusieurs éléments structurent le temps passé avec le ou les patients :**

- présentation des objectifs de la séance et des modalités pratiques de déroulement de la séance, et validation des objectifs ;
- conduite de la séance d'éducation thérapeutique selon des principes d'apprentissage :
  - pédagogie centrée sur le patient ; logique de progression, de rythme, de sens donné à l'apprentissage ;
  - prise en compte des connaissances antérieures, des représentations, des croyances ;
  - choix des techniques pédagogiques pertinentes au regard des objectifs de la séance.
- évaluation de la capacité du ou des patients à utiliser dans leur vie quotidienne les acquis de la séance ;  
Au cours d'une séance collective un échange d'expériences et des questions-réponses entre les participants, doivent être prévus.
- En fin de séance, solliciter le ou les patients pour réaliser la synthèse de la séance.  
Il s'agit d'un moyen d'évaluation et d'appropriation par les patients du contenu de la séance.

**3. Après la séance, un temps d'analyse est nécessaire à la préparation des autres séances :**

Il se fonde sur :

- une auto-évaluation du déroulement de la séance ;
- une transmission écrite d'informations, en particulier précisant les compétences abordées, les thèmes couverts.

Encadré 5 : Structure d'une séance d'éducation thérapeutique du patient [9].

L'éducation thérapeutique initiale est la première offre d'ETP faite à un patient. Celle-ci peut être proposée à un moment proche de l'annonce du diagnostic de la maladie chronique ou à tout autre moment de l'évolution de la maladie, si la proposition ne lui a pas été faite antérieurement ou si le patient a refusé cette offre. L'ETP initiale suit la présentation au patient des bénéfices de l'éducation thérapeutique, mais aussi des contraintes en termes de temps nécessaire, de disponibilité [9].

Une ETP de suivi régulier (ou de renforcement) a pour but de consolider les compétences acquises par le patient à l'issue d'une ETP initiale.

Elle est proposée au patient pour [9] :

- maintenir, améliorer et actualiser les compétences préalablement acquises,
- pour acquérir de nouvelles compétences en fonction des nouveaux besoins du patient liés à l'évolution de sa situation
- et enfin pour encourager le patient dans la mise en œuvre de ses compétences et soutenir ses projets de vie.

L'ETP de suivi approfondi (ou de reprise) est proposée à tout moment de la prise en charge : après la synthèse de l'évaluation individuelle de l'ETP, lors d'une nouvelle phase de développement de la personne, et à divers moments de l'avancée en âge. Elle a pour objectifs d'actualiser le diagnostic éducatif, de préciser ce qui doit être approfondi, de proposer un contenu éducatif ciblé, de valoriser et de consolider les compétences du patient [9].

#### **4) Evaluation individuelle de l'éducation thérapeutique du patient**

On distingue deux types d'évaluation [11] :

- une évaluation des compétences acquises par le patient,
- une évaluation du programme d'éducation thérapeutique par le patient pour en connaître les points forts et les points faibles.

L'évaluation du patient porte sur l'acquisition de différentes compétences :

- des compétences d'ordre intellectuel (cognitif) : il s'agit d'évaluer ce que le patient sait, ce qu'il a compris après une séance d'éducation thérapeutique. Cela peut passer par exemple par l'élaboration d'un questionnaire à choix multiples,
- des compétences d'ordre technique (savoir-faire) : il s'agit d'observer le patient effectuer un geste technique, par exemple la prise de mesure tensionnelle, en s'assurant qu'il réalise ce geste correctement,
- des compétences d'ordre relationnel (savoir-être) : il s'agit de s'assurer que le patient a acquis les bonnes attitudes et les bonnes habitudes en termes d'hygiène de vie, mais aussi de noter les transformations intervenues chez le patient dans sa manière de vivre et de s'adapter à sa maladie.

L'évaluation individuelle de l'éducation thérapeutique ne doit pas être utilisée de manière normative pour porter un jugement externe sur le patient. Elle doit au contraire être utilisée de manière formative pour apporter des compétences au patient. Ainsi à l'aide d'un dialogue structuré visant à faire le point avec lui, le soignant permet au patient de développer des compétences d'auto-évaluation [9].

Une fois l'évaluation du patient réalisée, on sait ce qu'il a appris, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et ce qu'il lui reste à apprendre.

L'évaluation est une étape indispensable du cycle éducatif et celle-ci doit être réalisée au minimum à la fin de chaque offre d'éducation thérapeutique. Elle sera répétée régulièrement à distance de l'éducation initiale pour vérifier le maintien des connaissances et prévenir toute dégradation des acquis du patient [11].

L'évaluation est aussi l'occasion pour le patient de donner son avis sur le processus éducatif : déroulement, format, contenu du programme individuel d'ETP, organisation, méthodes et techniques utilisées, etc. [9]. C'est donc l'occasion d'inciter le patient à s'exprimer sur ses besoins, sur ce que l'on peut améliorer dans l'ETP mise en place. A ce propos, selon la HAS les objectifs d'une évaluation individuelle sont les suivants [13] :

- mettre en valeur les transformations intervenues chez le patient (acquisition de compétences, vécu de la maladie au quotidien, autodétermination, capacité d'agir, etc);
- actualiser le diagnostic éducatif ;
- partager des informations et organiser une concertation avec les professionnels impliqués dans la prise en charge ;
- proposer au patient une nouvelle offre d'éducation thérapeutique qui tient compte des données du suivi de la maladie chronique et de ses souhaits.

L'encadré 6 résume les différents points qui peuvent être évoqués lors d'une évaluation [13].

## Faire le point avec le patient et développer ses compétences d'auto-évaluation

Permettre au patient d'exprimer son point de vue par rapport au processus éducatif et son organisation :

- ▶ déroulement, contenu du programme individuel d'ETP, organisation (rythme, durée des séances), techniques pédagogiques, utilisation dans la vie quotidienne ;
- ▶ place prise par le patient dans sa relation avec les professionnels de santé, et dans la coordination des activités éducatives.

S'assurer de la pertinence du diagnostic éducatif et de l'acquisition des compétences en fonction des priorités d'apprentissage :

- ▶ processus d'élaboration de la démarche éducative : le diagnostic éducatif avait-il fait ressortir les éléments pertinents ? Les compétences à acquérir étaient-elles précises, claires, réalistes ? De nouvelles données ont-elles été prises en compte ? ;
- ▶ contenu des séances d'ETP (pertinent, suffisamment développé) et adaptation des techniques pédagogiques à l'acquisition des diverses compétences ;
- ▶ compétences acquises par rapport aux priorités d'apprentissage du patient, mode personnel d'adaptation à la maladie et aux changements dans sa vie quotidienne.

Permettre au patient d'exprimer son vécu de la maladie chronique, sa manière de gérer au quotidien sa maladie :

- ▶ ressenti du patient sur les bénéfices de l'ETP, les changements entrepris, la satisfaction de ses besoins, son autonomie, sa perception du risque ;
- ▶ sentiments et vécu du patient à propos du soutien des proches, de la pression sociale et environnementale ;
- ▶ réaction face aux incidents, articulation gestion de la maladie et projet de vie ;
- ▶ bien-être et qualité de vie : santé physique (fatigue, douleur, sommeil, etc.), domaine psychologique (image corporelle, estime de soi, sentiments négatifs ou positifs, etc.), niveau d'indépendance (activités vie quotidienne, capacité à travailler, etc.), relations sociales (relations personnelles, soutien social concret, activité sexuelle), environnement (ressources, sécurité, loisirs, etc.), convictions personnelles et spiritualité (sens de l'existence, croyances, etc.).

Encadré 6 : Points principaux permettant de réaliser l'évaluation de l'ETP [13].

## B) Etude de l'HTA en Guadeloupe

### I) Présentation de la Guadeloupe

#### 1) Géographie

La Guadeloupe est un département français d'outre-mer situé dans la Caraïbe, à 6700 kilomètres de la France et à 2000 kilomètres des Etats-Unis d'Amérique.

Elle se présente géographiquement sous la forme d'un archipel de 1702 km<sup>2</sup>, constitué d'un ensemble d'îles : deux îles principales qui constituent l'archipel de la Guadeloupe et trois dépendances.

La Guadeloupe continentale, d'une superficie de 1438 km<sup>2</sup> est composée de deux îles séparées par un étroit bras de mer (la Rivière salée) : la Grande-Terre à l'est (590 km<sup>2</sup>) où se situe l'agglomération de Pointe-à-Pitre, le centre économique du département, et la Basse-Terre à l'ouest (848 km<sup>2</sup>) où se situe la ville de Basse-Terre, chef lieu administratif du département [14, 15].

Les trois dépendances [14, 15] :

- Marie-Galante (158 km<sup>2</sup>) située au sud de la Grande-Terre ;
- la Désirade (22 km<sup>2</sup>) à l'est de la Grande-Terre ;
- les Saintes (14 km<sup>2</sup>), au sud de la Basse-Terre, constituées de deux îles : Terre de Haut et Terre de Bas.

Figure 2 : Carte de la Guadeloupe [16]



La Guadeloupe bénéficie d'un climat tropical tempéré par les alizés orientés vers l'Est par l'anticyclone des Açores.

Au niveau climatique, on retrouve deux saisons en Guadeloupe :

- une saison sèche de décembre à juin, appelée Carême durant laquelle les averses sont peu fréquentes et les températures agréables ;
- une saison humide de juillet à novembre, appelée « hivernage », durant laquelle les pluies sont fréquentes et intenses. C'est durant cette période que surviennent les dépressions tropicales et les phénomènes cycloniques.

## **2) Situations économique et sociale**

Le dernier bilan démographique établi par l'INSEE fin 2010, estime la population guadeloupéenne à 403 257 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2009 [17]. Il s'agit d'une population jeune : les moins de 20 ans représentent 31% de la population (contre 25% en métropole) et l'âge moyen est estimé à 35 ans (contre 40 ans dans l'hexagone). La répartition de la population reste relativement équilibrée, les femmes étant légèrement plus nombreuses que les hommes (53%) [14].

Le chômage en Guadeloupe et plus généralement aux Antilles-Guyane est 2 à 3 fois plus élevé qu'en métropole. Les minimas sociaux constituent par ailleurs la ressource financière d'environ 15% de la population (contre 3% en métropole) [14].

## **3) Problèmes de santé publique**

Les principales causes médicales de décès diffèrent peu de celles observées en Métropole jusqu'en 2007.

En 2005, les maladies cardiovasculaires représentaient la première cause de mortalité avec 30% en Guadeloupe contre 28,9% en France métropolitaine.

Les tumeurs représentaient la deuxième cause de mortalité avec 22,9% en Guadeloupe contre 27,8% en France métropolitaine [5, 14]. La prévalence des cancers en Guadeloupe est inférieure à celle rencontrée en métropole à l'exception du cancer de la prostate et du cancer du sein dont le dépistage plafonne à 43% [14]. Le cancer du sein, chez la femme et le cancer de la prostate chez l'homme, sont les cancers les plus souvent impliqués dans les causes de décès par cancer en Guadeloupe [5].

Les accidents représentaient en 2005 la troisième cause de mortalité en Guadeloupe. Il est à noter que pour les accidents de la voie publique, la Guadeloupe occupe la première place en termes de mortalité aux Antilles-Guyane [5].

Depuis 2007, en France, le cancer représente la première cause de mortalité devant les maladies cardiovasculaires et ce, tant pour les hommes que pour les femmes. Ceci est dû aux progrès considérables en matière de prévention, de dépistage et de traitement réalisés ces vingt dernières années en matière de maladies cardiovasculaires [18].

En Guadeloupe, la tendance reste la même : les maladies cardiovasculaires restent la principale cause de décès devant les cancers et ce tous sexes confondus [19].

La Guadeloupe se distingue également par le nombre et la précocité des insuffisances respiratoires et des insuffisances rénales chroniques, des accidents vasculaires cérébraux et des maladies métaboliques telles que l'hypertension artérielle et le diabète de type II dont le nombre de sujet atteints est deux fois plus élevé qu'en métropole. Le surpoids et l'obésité sont largement répandus et concernent 50% des femmes de plus de 50 ans, entraînant des troubles ostéoarticulaires et cardiovasculaires [14].

D'autres maladies sévissent dans le département. La drépanocytose, maladie génétique répandue dans la population guadeloupéenne, mais aussi des maladies infectieuses telles que la dengue et la leptospirose. De plus, la Guadeloupe est la région française la plus touchée par le VIH juste après la Guyane [14].

#### 4) Croyances répandues en Guadeloupe concernant l'hypertension

De nombreuses croyances basées sur la tradition Guadeloupéenne existent concernant l'hypertension artérielle. Ces croyances sont liées d'une part, à l'utilisation traditionnelle de plantes médicinales pour lutter contre l'hypertension et d'autre part à des habitudes ou des comportements traditionnellement reconnus pour faire augmenter la tension artérielle.

Parmi les croyances populaires, on peut citer la croyance selon laquelle prendre un bain de mer ou respirer l'air marin, riche en sel, fait augmenter la tension artérielle. Ainsi, au cours de mon activité, une patiente a souhaité que l'on mesure sa tension artérielle pour savoir si elle pouvait aller prendre un bain de mer dans l'après-midi. Cette croyance n'est pas fondée sur des preuves scientifiques, cependant, à cause d'elle beaucoup de patients hypertendus évitent d'aller à la mer.

Pour ce qui est de l'alimentation, le sel, dans le vécu populaire, est perçu comme étant un élément de force alors que le sans sel symbolise la faiblesse. Cette perception des choses rend difficile l'alimentation pauvre en sel.

Nombreux sont les patients qui utilisent les « rimèd raziè » c'est-à-dire les plantes médicinales en même temps voire en alternance avec les médicaments. Le risque d'hypotension est de ce fait majoré. Certains vont jusqu'à arrêter le médicament, le temps de faire une « purge » afin de nettoyer complètement l'organisme et d'éliminer les toxines. Une telle attitude nuit à l'efficacité du traitement et augmente le risque de survenue de complications.

Parmi les plantes médicinales de Guadeloupe utilisées traditionnellement pour lutter contre l'hypertension artérielle on retrouve :

- le citronnier (*Citrus aurantifolia (Christm.) Swingle*). Le fruit, le citron-pays, est utilisé pour faire du jus reconnu comme ayant des propriétés hypotensives [20, 23]. Le jus de citron contient de la vitamine C qui de par ses propriétés diurétiques lui conférerait des propriétés hypotensives ;
- la passiflore (*Passiflora edulis Sims*). Le fruit, le maracudja, est utilisé pour faire du jus reconnu pour faire baisser la tension. L'activité sédative et hypotensive de cette plante vient d'un glucoside, la passiflorine. Le jus de maracudja est recommandé chez les hypertendus légers [21];
- le pommier de cythère encore appelé prunier de cythère (*Spondias cytherea Sonnerat*). L'infusion des feuilles est recommandée contre l'hypertension. Cependant, l'activité hypotensive des extraits aqueux de feuilles est controversée [21] ;

- l'ail (*Allium sativum L.*). Le bulbe, utilisé en décoction, a une action anti-hypertensive démontrée. Il convient, cependant, de l'employer sur avis médical. En effet, les personnes souffrant de gastrite, d'ulcère gastro-duodéal et d'hyperchlorhydrie ne doivent pas l'utiliser [20, 22, 23] ;
- l'arada, dont le nom vernaculaire est « douvan nèg » (*Petivia alliacea L.*). Les feuilles ont des propriétés diurétiques, qui s'expliquent par la présence de nitrate de potassium. Au début, du siècle, l'arada était vendue en pharmacie, sous le nom de « racine de pipi » à cause de ses propriétés diurétiques [20, 23] ;
- l'arbre à pain (*Artocarpus altilis (Park.) Fosberg*). La décoction des feuilles jaunies est réputée contre l'hypertension artérielle. Les feuilles sont riches en phénols dont la quercétine et le camphorol qui leurs confèrent des propriétés hypotensives. On peut donc utiliser la décoction de feuilles jaunes comme adjuvant des traitements hypotenseurs sous surveillance médicale [20, 23];
- l'à-tout-maux ou « guérit-tout » (*Alpinia zerumbet (Pers.) Burm et Smith*). L'infusion des fleurs et des racines est réputée comme étant diurétique [20, 23] ;
- l'avocatier (*Persea americana Mill*). Les feuilles d'avocat, utilisées en décoction, sont réputées dans le traitement de l'hypertension. Leurs propriétés hypotensives et diurétiques ont été démontrées dans des études [20, 23] ;
- le balai-onze-heures (*Sida acuta Burm.*). Les parties aériennes sont utilisées traditionnellement comme diurétiques. Ses propriétés hypotensives s'expliquent par la présence d'un alcaloïde hypotenseur, la cryptolepine, présent dans la plante entière. Son usage, sous forme d'infusion des feuilles, est recommandé en complément du traitement médicamenteux et après avis médical [23] ;
- le bois canon (*Cecropia shreberiana Miq.*). Ses feuilles, utilisées en décoction, ont des propriétés diurétiques. Ces propriétés s'expliquent par la présence dans la plante entière d'ambaïne et de céropine dotées de propriétés cardiotoniques et diurétiques [23] ;
- la groseille-pays (*Hibicus sabdariffa L. var. sabdariffa*). Les feuilles de groseilles sont utilisées traditionnellement pour élaborer des tisanes hypotensives. Cependant, c'est l'extrait aqueux des calices qui montre une action anti-hypertensive. On utilise donc la décoction des calices pour faire baisser la tension [23] ;
- l'herbe-couresse ou koklaya (*Peperomia pellucidum L.*). A cause de leurs propriétés hypotensives les feuilles sont utilisées pour faire des infusions, des décoctions et des salades de feuilles fraîches ou cuites. L'huile essentielle que contient la plante est à l'origine de ses propriétés diurétiques [23] ;

- l'herbe-tension (*Justicia secunda Vahl*). Cette plante est réputée dans toute la Caraïbe pour ses bienfaits sur la circulation sanguine. On utilise traditionnellement la décoction des feuilles pour lutter contre l'hypertension artérielle. Cependant, mis à part les effets diurétiques liés aux sels de potassium présents dans la plante. Peu d'informations relatives aux activités pharmacologiques de cette espèce sont disponibles [21];
- la pervenche (*Catharanthus roseus L.*). La variété blanche est traditionnellement utilisée pour soigner l'hypertension à Marie-Galante. On a mis en évidence dans la racine de la plante l'alcaloïde responsable de l'action anti-hypertensive : l'ajmalicine [23] ;
- la sonde ou consoude rouge (*Rhoeo spathacea (Sw.) Stearn*). Ses feuilles sont utilisées traditionnellement comme diurétiques [23].

D'autres plantes médicinales de Guadeloupe ont des propriétés hypotensives. C'est le cas du corossol (*Annona muricata L.*), du gingembre-douleur (*Hedychium coronarium König*), des graines de Job (*Cois lacryma L.*), du patagon (*Boerhavia spp*), du patagon mâle (*Achyranthes aspera L. var. aspera*), de la pomme-cajou (*Anacardium occidentale L.*), du pourpier (*Portulaca oleracea L.*), de la christophine (*Sechium edule*), du chiendent (*Cynodon dactylon L.*), du cocotier (*Cocos nucifera L.*), et de l'herbe-aiguille (*Bidens pilosa L.*) [20, 21, 23, 24].

Cependant, seules les personnes âgées ou s'intéressant à la médecine par les plantes utilisent ces plantes de façon courante. Leur utilisation présente l'avantage d'être facilement ingérable. En effet, parmi, les Guadeloupéens, beaucoup préfèrent les remèdes sous forme liquide car ils seraient plus faciles à digérer contrairement aux comprimés. Or, les traitements anti-hypertenseurs sont tous sous forme de comprimés, ce qui nuit à l'observance du traitement.

Le reste de la population préfère ne pas utiliser les plantes médicinales de Guadeloupe par manque de connaissance.

## II) Rappels sur l'HTA

### 1) Epidémiologie

En 2006-2007, l'Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS) a été réalisée sur un échantillon d'adultes (18-74 ans) et d'enfants (3 à 17 ans) résidant en métropole. Cette étude avait pour objectif principal de décrire les apports alimentaires, l'activité physique et l'état nutritionnel de l'échantillon défini précédemment. Au cours de cette étude, des mesures de la pression artérielle ont été réalisées sur un échantillon national de personnes âgées de 18 à 74 ans dans le but d'avoir des estimations de la pression artérielle systolique et diastolique moyennes et de décrire la prévalence de l'hypertension artérielle dans la population adulte résidant en France métropolitaine [3].

Cette étude a permis d'estimer à 31% la prévalence de l'hypertension artérielle dans la population des 18 à 74 ans vivant en métropole en 2006. Elle était significativement plus élevée chez les hommes (34%) que chez les femmes (27,8%) et augmentait de manière prononcée avec l'âge. Près de 20% des personnes ayant une hypertension connue n'étaient pas traitées. Parmi celles qui étaient traitées, 49,1% avaient une pression artérielle toujours trop élevée (supérieure à 140/90 mm Hg) [3].

L'étude MONA LISA (MONitoring NATional du rISque Artériel) réalisée en France en 2007 sur un échantillon de personnes âgées de 35 à 74 ans sur 3 centres français (Lille, Strasbourg et Toulouse) a révélé l'existence d'un gradient Nord-Sud avec des chiffres de pressions artérielles systolique et diastolique, et une prévalence de l'hypertension artérielle plus élevés dans le Nord et l'Est de la France qu'en Haute-Garonne quel que soit l'âge ou le sexe [25].

L'étude MONA LISA a montré des chiffres de prévalence voisins de ceux de l'étude ENNS avec une prévalence de 34,8% dans la tranche d'âge 35 à 74 ans. Cette prévalence a été plus élevée chez les hommes (41,8%) que chez les femmes (27,6%) [25].

En Guadeloupe, deux enquêtes épidémiologiques récentes ont permis de préciser la prévalence de l'hypertension artérielle et d'évaluer son contrôle sous traitement [4] :

- l'étude CONnaissance sur la SANTé, croyances et pratiques en termes de prévention cardiovasculaire dans la population guadeloupéenne de 2007 (CONSANT) : a été réalisée sur un échantillon représentatif de la population guadeloupéenne,
- l'étude Prévalence de l'Hypertension Artérielle dans une Population Précaire Guadeloupéenne (PHAPPG, novembre 2001 à novembre 2003) : a été réalisée sur une population en situation de précarité.

L'étude CONSANT a été réalisée sur un échantillon de personnes âgées de 25 à 74 ans. La prévalence de l'hypertension artérielle a été de 33,1% chez les hommes et de 37,3% chez les femmes. La prévalence de l'hypertension artérielle était plus élevée chez les femmes que chez les hommes en Guadeloupe contrairement aux données métropolitaines.

Parmi les personnes traitées, 47,1% des hommes et 60,4% des femmes avaient une pression artérielle correctement contrôlée.

L'étude PHAPPG a été réalisée sur un échantillon de personnes âgées de 18 à 69 ans, en situation de précarité c'est-à-dire bénéficiaires du RMI et/ou chômeur et/ou vivant exclusivement des prestations sociales et familiales. La prévalence de l'hypertension artérielle a été de 38,2% pour les hommes et de 30,3% pour les femmes. Cette prévalence a augmenté pour les deux sexes avec l'âge et était supérieure à 50% chez les sujets de plus de 50 ans [4]. Le pourcentage de patients normalisés sous traitement était de 19,0% pour les hommes et de 37,5% chez les femmes [4].

Ces études ont montré que la prévalence élevée de l'hypertension artérielle dans la population féminine guadeloupéenne est fortement corrélée à l'obésité (30% de femmes obèses) [4].

En ce qui concerne la prise en charge de l'hypertension artérielle, il ressort de ces études qu'il est nécessaire de [4] :

- améliorer le dépistage et le contrôle thérapeutique sous traitement de l'hypertension artérielle, surtout chez les hommes ;
- réduire l'obésité chez les femmes ;
- réduire la consommation excessive d'alcool ;
- faciliter l'accès aux soins primaires, au dépistage et limiter l'obstacle financier pour les populations précaires.

Une analyse a permis de comparer la prévalence, la connaissance, le traitement et le contrôle de l'hypertension artérielle entre les Antilles-Guyane et la métropole.

Cette analyse est basée sur deux enquêtes dont le but était de déterminer la tension artérielle évaluée par les médecins du travail chez des travailleurs salariés en France métropolitaine et aux Antilles-Guyane [26].

Il ressort de cette analyse que [26]:

- dans la population masculine, la prévalence de l'hypertension artérielle est significativement plus élevée chez les salariés antillo-guyanais (19,6%) que chez leurs homologues de la métropole (16,2%). En revanche, aucune différence n'a été observée concernant la connaissance, le traitement et le contrôle de l'hypertension ;
- dans la population féminine : la prévalence de l'hypertension artérielle est deux fois plus forte chez les salariées antillo-guyanaises (18,9%) que chez leurs homologues de la métropole (9,4%). Cet écart est faible chez les moins de 30 ans mais devient plus important et plus significatif dans toutes les autres tranches d'âge. On note que cette prévalence plus élevée va de pair avec une prévalence deux fois plus élevée de l'obésité chez les salariées antillo-guyanaises. En revanche, on observe chez les salariées antillo-guyanaises une meilleure connaissance de leur maladie et un meilleur contrôle de l'hypertension artérielle sous traitement.

## 2) Définition

L'hypertension artérielle (HTA) est définie de façon consensuelle par une pression artérielle systolique (PAS)  $\geq 140$  mm Hg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD)  $\geq 90$  mm Hg mesurées au cabinet médical et confirmées au minimum par deux mesures effectuées en consultation, au cours de trois consultations successives sur une période de 3 à 6 mois [27].

Il s'agit donc d'une élévation anormale et permanente de la tension artérielle au repos. On distingue deux types d'hypertension artérielle :

- chez la plupart des sujets hypertendus (90%), l'hypertension artérielle est dite essentielle c'est-à-dire sans cause évidente. En effet, l'hypertension artérielle essentielle serait probablement liée à des anomalies de la régulation neuroendocrinienne, à des facteurs génétiques et à des facteurs environnementaux comme l'excès de sel dans l'alimentation [28] ;
- chez 10% des patients, l'hypertension artérielle est dite secondaire. Elle a une origine déterminée qui peut être une maladie endocrinienne (hyperaldostéronisme primaire, phéochromocytome), une sténose de l'artère rénale, une grossesse ou la consommation de produits ou de médicaments (alcool, cocaïne, consommation excessive de réglisse) pouvant favoriser, aggraver ou déséquilibrer une HTA traitée. Dans ce cas, il s'agit d'agir sur le facteur déclenchant pour traiter l'hypertension artérielle [28].

## 3) Symptomatologie

Dans la plupart des cas, l'hypertension artérielle est asymptomatique. Cependant, on peut observer [28]:

- des céphalées, surtout pendant la deuxième moitié de la nuit ou au réveil, pouvant être pulsatiles ou survenant lors d'efforts physiques,
- un déséquilibre debout ou à la marche,
- des pertes de mémoire,
- de la fatigue,
- des troubles oculaires.

Il peut également y avoir plus rarement des symptômes cardiaques (gêne respiratoire, angine de poitrine) ou rénaux tels qu'une polyurie ou une pollakiurie [28].

Certains patients décrivent des sensations vertigineuses ou des acouphènes. Les symptômes peuvent être plus marqués dans des cas très exceptionnels où les chiffres de pression artérielle sont très élevés c'est-à-dire supérieurs à 250/150 mm Hg. Dans ce cas, il s'agit d'une hypertension artérielle maligne caractérisée par les symptômes suivants : troubles neurologiques avec céphalées, troubles de la vision, signes méningés, altération de l'état général. On parle d'urgence hypertensive [29].

#### 4) Diagnostic

Le diagnostic d'HTA est établi par le médecin traitant après au minimum deux mesures par consultation au cours de 3 consultations successives sur une période de 3 à 6 mois [29].

Les mesures effectuées par le médecin peuvent être complétées par des mesures prises en dehors du cabinet médical. Il y a deux possibilités pour le patient :

- une mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) ou Holter tensionnel sur 24 heures. Le patient est muni pour cela d'un appareil portatif équipé d'un brassard qui mesure à intervalle de temps régulier la pression artérielle ;
- l'automesure : le patient effectue lui-même la prise de sa tension artérielle en respectant la « règle des 3 » proposée par le Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle (CFLHTA) c'est-à-dire 3 mesures successives à une minute d'intervalle le matin entre le lever et le petit-déjeuner, avant la prise des médicaments puis 3 mesures successives à une minute d'intervalle le soir entre le dîner et le coucher pendant 3 jours consécutifs. Chaque série de mesure doit être effectuée après que le patient ait respecté 5 minutes de repos. Le patient effectue ces mesures dans la semaine qui précède la consultation médicale et note les chiffres tensionnels obtenus en automesure. Ces valeurs seront présentées au médecin. Ce dernier fera la moyenne des 18 mesures réalisées par le patient et s'appuiera sur cette moyenne pour poser le diagnostic d'HTA.

L'automesure tensionnelle est recommandée par la HAS pour plusieurs raisons [27] :

- éviter les erreurs de diagnostic par excès : on peut repérer l'HTA « blouse blanche » (pression artérielle élevée au cabinet médical et normale au domicile du patient),
- éviter les erreurs de diagnostic par défaut : il s'agit de l'HTA masquée (pression artérielle normale au cabinet médical et élevée au domicile du patient),
- améliorer le niveau de précision de l'estimation des chiffres de la pression artérielle, obtenue grâce à la répétition des mesures tensionnelles durant l'automesure,
- favoriser l'observance des patients par son intérêt dans l'éducation thérapeutique du patient.

Il est recommandé d'utiliser préférentiellement un appareil de mesure huméral figurant parmi la liste d'appareils d'automesure tensionnelle validée et éditée par l'Afssaps [27]. Cette liste est mise à jour régulièrement et disponible sur le site de l'Afssaps.

L'appareil de mesure huméral doit être enfilé, tuyau vers le bas, à 2 doigts du pli du coude [29]. Il convient de choisir un brassard de dimension adéquate, adapté à la taille du bras du patient. En effet, l'utilisation d'un brassard trop serré peut conduire à une surestimation de la pression artérielle tandis que l'utilisation d'un brassard trop large peut conduire à une sous-estimation de la pression artérielle [29]. La mesure s'effectue assis devant une table, avant-bras posé sur la table avec la main ouverte (Figure 3).

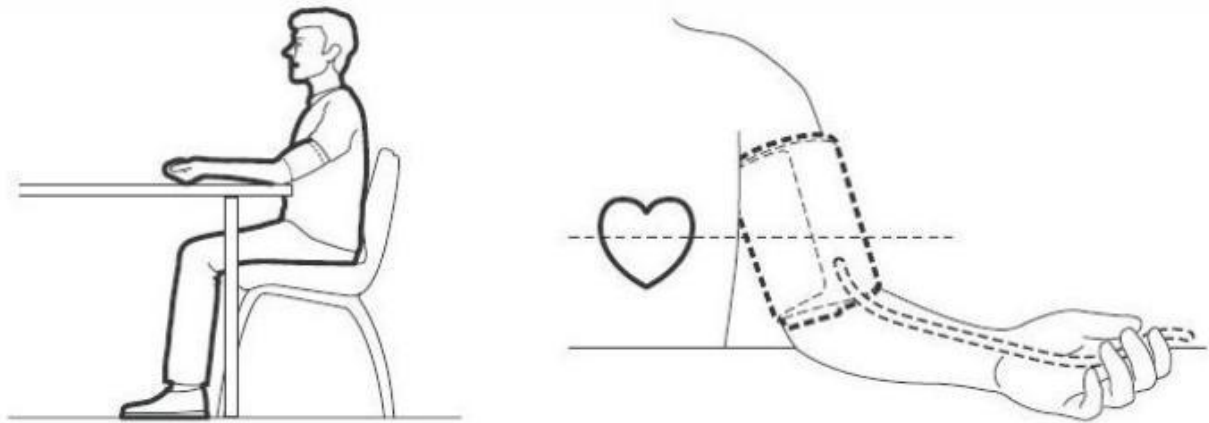


Figure 3 : Prise de la tension artérielle avec un appareil de mesure huméral [30].

L'appareil de mesure au poignet se positionne de telle sorte que le cadran soit posé vers la face interne du poignet à 2 doigts du poignet (Figure 4). Il convient que l'appareil soit positionné à la hauteur du cœur : un appareil situé trop bas majore les chiffres mesurés alors que situé trop haut il les minore. Pour éviter de fausser les résultats, il convient d'adopter la bonne position : être assis, bras croisés avec chaque main posée sur le bras controlatéral [29]. Le cadran sera ainsi placé au niveau du cœur.



Figure 4 : Prise de la tension artérielle avec un appareil de mesure au poignet [30].

La HAS recommande que le patient soit éduqué à la technique d'automesure par un médecin ou par un professionnel de santé entraîné. On parle d'hypertension artérielle :

- au cabinet médical quand la pression artérielle mesurée est supérieure à 140/90 mm Hg,
- en automesure quand la pression artérielle mesurée est supérieure à 135/85 mm Hg.

## 5) Complications

L'hypertension artérielle constitue un facteur de risque cardiovasculaire majeur. En effet, la persistance d'un niveau élevé de pression artérielle peut induire une athérosclérose, un épaissement des parois artérielles et un remodelage de la paroi cardiaque.

On peut donc observer des complications à différents niveaux [29] :

- cardiaque : hypertrophie ventriculaire gauche et/ou insuffisance cardiaque gauche ou droite, insuffisance coronarienne (angor, infarctus du myocarde),
- cérébral : AVC ischémique constitué ou transitoire, AVC hémorragique, troubles cognitifs et démence,
- vasculaire : artériopathie des membres inférieurs, anévrisme de l'aorte abdominale,
- rénal : diminution du débit de filtration glomérulaire, protéinurie, microalbuminurie, insuffisance rénale,
- ophtalmologique : rétinopathie hypertensive.

Ce sont les recherches épidémiologiques qui ont démontré l'existence d'associations statistiques fortes, dans les deux sexes et à tous les âges, entre l'incidence des complications citées ci-dessus et le niveau des pressions artérielles systolique et diastolique mesurées en consultation par la méthode auscultatoire [31].

## **6) Prise en charge du patient hypertendu**

La prise en charge du patient hypertendu nécessite l'association de traitements pharmacologiques à des traitements non pharmacologiques. Le patient hypertendu devra donc prendre des médicaments tout en respectant des mesures hygiéno-diététiques précises.

L'objectif du traitement d'un patient hypertendu est de diminuer son niveau de risque cardiovasculaire. La réduction de ce risque passe avant tout par la baisse de la pression artérielle de façon durable et par la prise en charge des pathologies associées. Ces pathologies peuvent augmenter le niveau de risque cardiovasculaire du patient. Il s'agit notamment du diabète, d'une dyslipidémie, de l'obésité, etc [27].

Avant de mettre en place ces mesures, une évaluation du niveau de risque cardiovasculaire du patient est nécessaire. Cette évaluation demande une identification préalable des facteurs de risques (FDR) cardiovasculaires, la recherche d'une atteinte des organes cibles (AOC) et/ou d'une maladie cardiovasculaire et rénale associée [27].

La HAS définit avec précision ces différents éléments (Encadré 7) [32].

### FACTEURS DE RISQUE UTILISÉS POUR ESTIMER LE RCV GLOBAL

- Âge (> 50 ans chez l'homme et > 60 ans chez la femme)
- Tabagisme (tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans)
- Antécédents familiaux d'accident cardio-vasculaire précoce
  - ▶ infarctus du myocarde ou mort subite, avant l'âge de 55 ans chez le père ou chez un parent du 1<sup>er</sup> degré de sexe masculin
  - ▶ infarctus du myocarde ou mort subite, avant l'âge de 65 ans chez la mère ou chez un parent du 1<sup>er</sup> degré de sexe féminin
  - ▶ AVC précoce (< 45 ans)
- Diabète (diabète traité ou non traité)
- Dyslipidémie
  - ▶ LDL-cholestérol  $\geq 1,60$  g/l (4,1 mmol/l)
  - ▶ HDL-cholestérol  $\leq 0,40$  g/l (1 mmol/l) quel que soit le sexe

### AUTRES PARAMÈTRES À PRENDRE EN COMPTE POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT HYPERTENDU

- Obésité abdominale (périmètre abdominal > 102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme) ou obésité (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>)
- Sédentarité (absence d'activité physique régulière)
- Consommation excessive d'alcool (plus de 3 verres de vin/j chez l'homme et 2 verres/j chez la femme)

### ATTEINTE DES ORGANES CIBLES (AOC)

- Hypertrophie ventriculaire gauche
- Microalbuminurie : 30 à 300 mg/j ou 20 à 200 mg/l

### MALADIES CARDIO-VASCULAIRES ET RÉNALES

- IR (DFG < 60 ml/min) ou protéinurie > 500 mg/j
- AIT et AVC
- Insuffisance coronarienne
- Artériopathie aorto-iliaque et des MI

Encadré 7 : Paramètres à prendre en compte pour définir le niveau de risque cardiovasculaire d'un patient hypertendu [32].

Cela permettra d'évaluer le niveau de risque cardiovasculaire global (Encadré 8) [32]

	PA 140-159/90-99	PA 160-179/100-109	PA $\geq 180/110$ mmHg
<b>0 FDR associé</b>	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé
<b>1 à 2 FDR associés</b>	Risque moyen		
<b><math>\geq 3</math> FDR et/ou AOC et/ou diabète Maladie cardio-vasculaire/rénale</b>	Risque élevé	Risque élevé	

Encadré 8: Evaluation du risque cardiovasculaire global [32]

Dans la prise en charge pharmacologique d'une hypertension artérielle essentielle non compliquée, cinq classes d'anti-hypertenseurs majeurs peuvent être proposées en première intention : les diurétiques thiazidiques, les bêta-bloquants, les inhibiteurs calciques, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), les antagonistes des récepteurs à l'angiotensine II (ARA II). Ces anti-hypertenseurs ont montré un bénéfice sur la morbi-mortalité cardiovasculaire dans des essais cliniques. Ils sont de ce fait utilisés en première intention [27].

Le traitement débute par une monothérapie avec un des anti-hypertenseurs majeurs ou par une association fixe d'anti-hypertenseurs à faibles doses ayant l'AMM en première intention pour une hypertension artérielle non compliquée [27]. Une évaluation de l'efficacité et de la tolérance du traitement est effectuée un mois après sa mise en place. Plusieurs cas de figure se présentent alors [33] :

- si l'objectif tensionnel est atteint et que le patient présente une bonne tolérance au traitement alors celui-ci est poursuivi et le patient fait l'objet de 3 à 4 consultations de suivi par an ;
- si l'objectif est atteint mais que le patient ne tolère pas le traitement, il est nécessaire de changer de classe d'anti-hypertenseur puis de réévaluer le traitement 4 à 6 semaines après ;
- si l'objectif tensionnel n'est pas atteint : le praticien peut optimiser la dose du médicament ou passer à une bithérapie associant deux antihypertenseurs dont un diurétique si celui-ci n'a pas encore été utilisé.

Dans les deux derniers cas, si l'objectif n'est pas atteint il sera nécessaire de passer à une trithérapie anti-hypertensive. S'il s'avère après l'évaluation de cette trithérapie, que la tension n'est pas normalisée sous traitement, la possibilité d'une hypertension artérielle résistante devra être envisagée.

La prise en charge non pharmacologique consiste en la mise de place de mesures hygiéno-diététique. La HAS recommande que ces mesures soient instaurée chez tous les hypertendus, quel que soit leur niveau tensionnel ou qu'ils aient ou pas un traitement pharmacologique associé. La HAS précise que « *ces mesures seront d'autant plus efficaces si elles sont proposées dans le cadre d'une éducation thérapeutique destinée à informer le patient sur son HTA et les risques cardiovasculaires associés, et à définir des objectifs précis et réalistes adaptés à chaque patient* » [27].

Les mesures hygiéno-diététiques à mettre en place comprennent selon les recommandations de la HAS (Encadré 9) :[32] :

## Encadré 9: Mesures hygiénodietétiques [32]

### TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE : MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

- limitation de la consommation en sel (NaCl) jusqu'à 6 g/j
- réduction du poids en cas de surcharge pondérale, afin de maintenir l'IMC (indice de masse corporelle) en dessous de 25 kg/m<sup>2</sup>, ou à défaut, afin d'obtenir une baisse de 10 % du poids initial
- pratique d'une activité physique régulière, adaptée à l'état clinique du patient, d'au moins 30 min, environ 3 fois par semaine
- limiter la consommation d'alcool à moins de 3 verres de vin ou équivalent par jour chez l'homme et 2 verres de vin ou équivalent par jour chez la femme
- régime alimentaire riche en légumes, en fruits et pauvre en graisses saturées (graisse d'origine animale)
- arrêt du tabac, associé si besoin à un accompagnement du sevrage tabagique

Ces mesures seront mise en place dès le début de la prise en charge du patient. Elles pourront être organisées par ordre de priorité et étalées dans le temps en fonction des besoins de chaque patient. Lors du suivi du patient, une réévaluation de ces mesures sera effectuée en même temps que celle du traitement donc tout au long du suivi du malade [27].

Les mesures nutritionnelles sont essentielles à mettre en place pour obtenir une réduction de la valeur des chiffres tensionnels. En effet, les facteurs nutritionnels peuvent expliquer 30 à 75% des cas d'hypertension artérielle selon les populations [34]. Parmi ces facteurs nutritionnels on retrouve la surcharge pondérale, l'excès d'apport sodé, l'apport insuffisant de potassium, l'alcool et une consommation insuffisante d'huile de poisson [34].

Il existe une relation linéaire entre le niveau tensionnel et l'indice de masse corporel [34]. Pour 10 kg de perte de poids il est observé en moyenne sur des populations d'hypertendus une baisse de -5 à -20 mm Hg [35]. Cette perte pondérale doit être maintenue pour obtenir un impact durable sur la baisse de la pression artérielle. Le maintien de la perte pondérale est obtenu par la pratique régulière d'une activité physique.

L'activité physique en elle-même a un impact sur le niveau de pression artérielle. En effet, chaque épisode d'exercice physique s'accompagne d'une baisse tensionnelle qui peut se prolonger pendant les 24 heures suivantes [34]. Il a été observé en moyenne une baisse de -4 à -9 mm Hg dans des populations d'hypertendus pratiquant une activité physique régulière d'au moins 30 minutes par jour [35]. Le bénéfice obtenu à pratiquer une activité physique n'est pas simplement d'ordre tensionnel. Il est aussi d'ordre cardiovasculaire à travers la protection cardiovasculaire que l'activité physique confère. En effet, cette dernière permet de réduire la survenue de facteurs de risque associés à l'hypertension tels que la surcharge pondérale et les anomalies métaboliques. Il est intéressant de noter qu'il n'existe pas de corrélation entre l'intensité de l'effort et le degré d'abaissement tensionnel. Les activités physiques recommandées pour obtenir une réduction de la pression artérielle chez un patient hypertendu sont la marche rapide, le jogging et la bicyclette. Il est recommandé de pratiquer l'activité physique choisie durant au minimum 30 minutes, de préférence tous les jours de la semaine. L'activité quotidienne peut-être fractionnée en sessions de 8 à 10 minutes.

Les bénéfices disparaissent dès l'arrêt de l'activité physique. Il est de ce fait nécessaire que cette activité physique soit maintenue au long cours [36].

La réduction de l'apport en sodium à 6 grammes par jour permet en moyenne une baisse de -2 à -8 mm Hg dans des populations hypertendues [35]. L'impact de cette réduction est plus important chez les sujets plus âgés et hypertendus. Il convient donc de conseiller à ces patients de réduire l'apport sodé à 6 g par jour de NaCl. En pratique, les patients seront invités à ne pas saler de nouveau leur repas après cuisson. Ils seront informés que l'essentiel de l'apport sodé provient du pain et des plats cuisinés [34].

Le régime Dash (Dietary Approach to Stop Hypertension) a comparé deux types d'alimentation chez des personnes hypertendues ou non : une alimentation riche en fruits et légumes (enrichie en potassium et en magnésium) et une alimentation « combinée » avec des fruits, des légumes et des produits laitiers écrémés (enrichie en potassium, en magnésium et en calcium). Les deux types d'alimentation conduisent à une baisse de la pression artérielle dans les deux groupes. On obtient une baisse plus importante de la pression artérielle avec l'alimentation « combinée ». La baisse de la pression artérielle a été plus marquée chez les patients initialement hypertendus. Les résultats obtenus dans cette étude sont comparables à ceux obtenus par une monothérapie médicamenteuse anti-hypertensive [34].

La réduction de la consommation de boisson alcoolisée à 3 verres par jour chez l'homme et à 2 verres par jour chez la femme permet d'obtenir en moyenne sur des populations d'hypertendus une baisse de la pression artérielle de -2 à -4 mm Hg [35].

### **III) Particularités de l'HTA chez le sujet afro-américain**

Le sujet afro-américain dont il sera question ici est celui originaire d'Amérique du Nord ou des Caraïbes.

Des études ont montré que l'hypertension artérielle est plus fréquente et plus sévère chez le sujet afro-américain. C'est ce qu'a montré l'analyse citée plus haut comparant des salariées des Antilles-Guyane à ceux de métropole [26].

Les mécanismes impliqués dans la genèse de l'hypertension des sujets afro-américains sont [37] :

- vasculaires : on observe une moindre vasodilatation endothéliale,
- rénaux : l'hypertension artérielle est en effet plus volontiers sodium-dépendante et à rénine basse.

L'atteinte cardiovasculaire semble identique chez les sujets caucasiens et afro-américains et dépend essentiellement des facteurs de risque cardiovasculaires classiques. L'atteinte rénale est plus fréquente chez les sujets afro-américains et conduit à une plus forte prévalence de l'insuffisance rénale terminale [37].

Sur le plan thérapeutique, une normalisation de la consommation de sel limiterait chez le sujet afro-américain les risques d'hypertension artérielle et d'évolution vers l'insuffisance rénale. Il est aussi à noter, qu'en monothérapie, les diurétiques thiazidiques et les inhibiteurs calciques sont plus efficaces chez les sujets afro-américains alors que les  $\beta$ -bloquants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) sont moins efficaces. Cependant, les inhibiteurs du système rénine angiotensine protégeraient mieux les organes cibles [37].

## C) Le réseau HTA-GWAD

### I) Présentation

#### 1) Historique

Le réseau sur l'hypertension artérielle en Guadeloupe, HTA-GWAD (comme Guadeloupe en créole) a été créé le 27 septembre 2001 sous la forme d'une association loi 1901 dite « Groupe HTA Guadeloupe » à l'initiative du Docteur André ATALLAH, chef du Service de Cardiologie du Centre Hospitalier de la Basse-Terre (CHBT) [28]. Il s'agit du premier réseau de soins sur l'HTA créé en France. Ce réseau est opérationnel depuis 2002. [39]

Cette association dispose à Gourbeyre, ville située au sud de la Basse-Terre (figure n°2), d'un local et d'un secrétariat qui permettent d'organiser la vie du réseau sur le plan administratif (gestion du courrier, réception téléphonique) mais aussi de mener à bien les actions décidées par le réseau : réunion de travail, rédaction de la revue,...

En 2010, selon des données fournies par la coordonatrice administrative du réseau HTA-GWAD, ce dernier comptait 1493 adhérents dont 150 professionnels de santé et 1343 autres (association, patients, accompagnateurs physique,...). Les professionnels de santé se répartissent comme suit : 47 médecins, 78 infirmières, 4 diététiciens, 19 pharmaciens et 2 psychologues.

#### 2) Objectif

L'objectif du réseau HTA-GWAD est de « *favoriser l'accès aux soins et la prise en charge coordonnée des patients hypertendus* ». Il s'agit donc d'améliorer la prise en charge de l'hypertension artérielle. Cela passe, d'une part, par le renforcement de la communication existant entre professionnels de santé (médicaux et paramédicaux ; ville et hôpital) et d'autre part par le développement d'une prise en charge adaptée aux besoins de la personne (éducation à la santé, prévention, diagnostic et soins) [40].

Depuis 2007, l'un des objectifs prioritaires du réseau est l'éducation de proximité des patients hypertendus. Pour cela le réseau a conçu successivement un Programme d'Education à la Santé concernant l'HTA (PES-HTA), un Programme d'Education à l'Automesure (PEA) et un Programme d'Education Thérapeutique (PET) [39].

### 3) Les 4 groupes de travail

Pour une meilleure efficacité globale, l'association porteuse du réseau a prévu une division du travail en 4 groupes autonomes [38].

#### a) Le groupe éducation et prévention

Sa mission est de diffuser largement aux hypertendus, à leur entourage ainsi qu'à la population guadeloupéenne en général :

- les connaissances actuelles en matière de prévalence, de physiopathologie, de complications et de traitements de l'HTA,
- les moyens de prévenir l'hypertension artérielle et de la prendre en charge de façon optimale.

La diffusion de ces connaissances est assurée par :

- des manifestations ponctuelles : telle qu'une Journée Mondiale contre l'HTA qui s'est déroulée pour la première fois en mai 2005 et s'est répétée ensuite en mai 2007, ou encore des séances d'information réalisées le 13 Mai 2005, dans trois établissements de santé guadeloupéens (CHU de Pointe-à-Pitre, CHBT, Clinique de Choisy à Sainte-Anne). Récemment, du 16 au 21 Mai 2011, le réseau HTA-GWAD a organisé la Première Semaine de l'Hypertension Artérielle en Guadeloupe à l'occasion de ses 10 ans d'existence. Durant cette semaine, des manifestations et des conférences grand public ont eu lieu ainsi qu'un congrès scientifique destiné aux professionnels de santé ;
- la collaboration avec le Comité Français de Lutte contre l'HTA (CFLHTA) qui a permis de réaliser cinq mille exemplaires en créole du livret éducatif élaboré par le CFLHTA ;
- un service de prise en charge diététique des patients hypertendus à haut risque cardiovasculaire. Le réseau propose cinq consultations auprès d'une diététicienne ou d'un médecin nutritionniste, à raison d'une consultation par mois pendant cinq mois ;
- l'existence d'un site web (<http://htagwad.com/>), qui explique ce qu'est l'hypertension artérielle avec ses facteurs de risque et ses complications. On y trouve aussi des conseils pour mieux vivre avec son hypertension ainsi que la présentation des actions menées par le réseau et des documents concernant les études et la recherche ;
- la participation du réseau au Programme d'Education en Santé (PES) qui a pour but de former des professionnels de santé pour que celles-ci soient capables d'animer des séances d'éducation thérapeutique [41] ;
- le Programme d'Education à l'Automesure (PEA) qui a pour but d'enseigner aux patients les bonnes pratiques de l'automesure en deux séances d'éducation réalisées par des professionnels de santé à proximité du lieu de résidence des patients [41] ;
- le Programme d'Education Thérapeutique (PET) qui vise à accompagner le patient dans la gestion de sa maladie au quotidien et ce dans différents domaines (alimentation, activité physique, gestion du stress au quotidien,...).

## **b) Le groupe réseau-filière**

Sa mission consiste à définir le fonctionnement du réseau, c'est-à-dire le circuit du patient à l'intérieur du réseau et le rôle de chaque partenaire, et plus généralement d'améliorer la communication et la coordination des soins [41].

Les outils d'informations et de communications utilisés sont :

- la revue « HTA-GWAD INFO » : il s'agit d'une revue trimestrielle diffusée depuis janvier 2003, dont le but est de faire connaître le réseau et ses actions, d'être un outil de formation médicale continue en diffusant des informations sur les congrès locaux, des résumés des dernières études scientifiques, des mises au point sur un thème donné, et des questionnaires d'autoévaluation ;

- le site « hta-gwad.com » mis à jour tous les mois sur lequel on peut lire la revue « HTA-GWAD INFO ». Ce site comporte deux parties : la première est destinée aux patients et la seconde est réservée aux médecins membres du réseau. Cette dernière informe des congrès internationaux. Elle permet de disposer d'exposés complets de formation médicale continue parrainés par le réseau et de consulter les principaux référentiels en matière d'HTA et de diabète.

Ce site permet également l'accès au Dossier Médical Partagé Informatisé (DMPI), à un annuaire professionnel et à une messagerie électronique ;

- le DMPI sur l'HTA. Le DMPI permet la mise en commun et le partage des données de soins entre soignants dans le but de favoriser une prise en charge globale des patients hypertendus, d'assurer un meilleur suivi de ces patients et d'éviter la redondance d'examen ou de traitements.

## **c) Le groupe Formation Médicale Continue**

Son rôle est d'organiser un programme de Formation Médicale Continue (FMC), destiné aux médecins, aux pharmaciens et aux professions paramédicales, basé sur des référentiels HAS permettant à tous les partenaires de parler le même langage. L'objectif général de cette formation est de sensibiliser les intervenants à la prévention cardiovasculaire, à l'amélioration de la prise en charge globale de l'HTA par l'application des référentiels nationaux et internationaux, et à l'apprentissage d'une action commune de manière coordonnée [41].

Ainsi, le réseau indemnise ses adhérents une fois par an pour suivre une formation animée par des spécialistes référents à l'occasion de congrès locaux. Parallèlement, la FMC est assurée au quotidien par toutes les interventions du réseau avec notamment le site internet et la revue HTA-GWAD INFO évoqués précédemment.

#### **d) Le groupe épidémiologie et recherche**

Sa mission consiste à fournir une aide méthodologique à la mise en place d'études et d'enquêtes dans le domaine de l'HTA. Il centralise les divers travaux réalisés ou en cours de réalisation pouvant être consultés sur le site du réseau. Deux postes ont été spécialement créés par le réseau pour soutenir cette action : une vacation d'attaché de recherche clinique et une vacation de médecin épidémiologiste et statisticien [41].

Ainsi, de nombreux articles sont déjà parus grâce au travail de ce groupe, dont les études INHAPAG (Incidence de l'Hypertension Artérielle dans une Population Active Antillo-guyanaise), PHAPPG (Prévalence et prise en charge de l'Hypertension Artérielle en Population Précaire en Guadeloupe), PRETRAHGUAD (PREvalence et TRAItement de l'Hypertension en GUADeloupe), et dernièrement l'étude CONSANT (CONnaissance sur la SANTé).

Enfin, deux thèses de médecine générale réalisées avec le réseau sont consultables sur le site.

## **II) Programme d'Education à la Santé**

### **1) Présentation**

Le Programme d'Education à la Santé sur l'HTA (PES-HTA) a été développé par le groupe de travail Education-Prévention du réseau HTA-GWAD. Il fait suite au Programme Régional de Santé sur l'HTA (PRS-HTA) également élaboré par le réseau.

L'objectif de ce programme a été d'apporter les informations nécessaires à une meilleure connaissance de la maladie aux patients hypertendus ainsi qu'à leur entourage familial et donc de permettre une meilleure prise en charge de celle-ci par tous [39].

De 2007 à 2008, 500 patients hypertendus ont bénéficié de ce PES [39].

### **2) Déroulement**

Le PES-HTA est composé de deux séances. La première séance se déroule autour d'un film pédagogique de 13 minutes et dure 90 minutes. Avant de visionner le film, un questionnaire permettant d'évaluer les connaissances des patients est rempli [39].

La deuxième séance se déroule autour d'un jeu élaboré par le réseau et dure 60 minutes. On remplit là aussi un questionnaire pour évaluer les connaissances des patients sur la maladie [39].

Pour que ces séances soient interactives, le nombre de patients participants à ces séances ne doit pas être supérieur à 5.

Les séances du PES-HTA sont réalisées par des établissements de santé mais aussi par des IDE au domicile des patients, dans les dispensaires et dans les communes [39].

### **3) Enjeux**

Ce programme permet d'informer les patients hypertendus et leur entourage sur l'hypertension artérielle, les chiffres tensionnels normaux et les complications de l'HTA négligée [39].

Grâce à son caractère décentralisé et de proximité de nombreuses personnes ont accès aux informations dont elles ont besoin pour mieux connaître leur maladie et donc mieux la prendre en charge.

## **III) Programme d'Education à l'Automesure**

### **1) Présentation**

Le Programme d'Education à l'Automesure (PEA), a été développé par le groupe de travail Education-Prévention du réseau HTA-GWAD. Il a démarré fin 2008 et avait pour objectif en 2009 de former 250 patients à l'automesure [41].

Cet objectif a été atteint, d'après le bilan dressé dans le n°22 de la revue d'HTA-GWAD-info, en 2009, plus de 250 patients avaient bénéficié de ce programme. Le réseau a donc organisé plus de 500 séances à raison de deux séances par patient.

Un bilan plus récent figure dans le n°24 de la revue HTA-GWAD-info. On y apprend que depuis sa création, c'est-à-dire depuis 18 mois, 489 patients ont bénéficié de ce programme, ce qui représente 978 séances à raison de deux séances par patient.

D'après les chiffres dont dispose la coordonatrice administrative du réseau HTA-GWAD, 919 patients ont bénéficié du PEA de sa création jusqu'au 10 juin 2011. A ce jour, seuls deux pharmaciens parmi les 19 adhérents au réseau HTA-GWAD ont participé au PEA

### **2) Déroulement**

Ce programme s'effectue sur deux séances d'environ 45 minutes chacune, réalisées à une semaine d'intervalle. Des patients hypertendus qui possèdent un auto-tensiomètre sont invités à y participer. Ces invitations sont remises aux patients par des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers). Chaque séance se fait avec maximum 4 patients.

Le patient a aussi la possibilité de faire la demande pour participer au PEA. Pour cela il s'adresse au réseau, par téléphone ou par internet, pour qu'une séance de PEA se déroule à proximité de son domicile. Le réseau contacte ensuite un professionnel de santé proche du domicile du patient, conventionné avec le réseau et qui a suivi une formation sur l'automesure assurée par le réseau.

Après avoir recueilli les informations concernant le patient, le soignant lui soumet un questionnaire sur l'automesure. Ce questionnaire permet de cerner ce que le patient sait et ce qu'il a besoin de savoir ou de mieux comprendre. A l'aide du support fourni par le réseau, le soignant effectue la séance d'éducation qui répond aux questions abordées précédemment. C'est l'occasion pour le soignant de s'arrêter sur les points mal compris par le patient et de les lui expliquer.

A la fin de cette séance, le soignant montre au patient comment utiliser l'appareil et comment restituer les résultats sur le relevé de mesure. Il laisse ensuite le patient effectuer les mesures lui-même puis lui remet la fiche « relevé d'automesure tensionnelle » qu'il remplira à son domicile sur trois à cinq jours.

Lors de la deuxième séance, le soignant fait remplir au patient le même questionnaire que lors de la première séance. Cela lui permet de voir quels sont les points que le patient n'a pas acquis et de les lui réexpliquer. Le soignant prend ensuite la tension du patient et vérifie que l'utilisation de l'appareil par le patient est bien acquise. Le relevé d'automesure, la fiche patient et le questionnaire sont alors transmis au réseau. Ce dernier fait ensuite une moyenne des valeurs obtenues et informe le médecin traitant du malade du déroulement du PEA et des résultats obtenus.

### 3) Enjeux

Le PEA permet aux patients hypertendus de mieux connaître leur maladie et de participer de façon active à leur prise en charge. Il leur permet de savoir comment, quand et à quelle fréquence réaliser l'automesure tensionnelle et surtout comment bien restituer les résultats de façon à ce que le médecin traitant puisse s'appuyer sur ces mesures pour adapter le traitement médicamenteux.

C'est également un outil qui permet de dépister les hypertensions « blouse-blanche » et les hypertensions « masquées ».

## IV) Programme d'Education Thérapeutique

### 1) Présentation

Le Programme d'Education Thérapeutique (PET) a été lancé officiellement en septembre 2009. Il a pour but de « *permettre au patient d'acquérir des compétences permettant de développer et/ou de maintenir des attitudes favorables au maintien de sa santé et de mieux prendre en charge sa maladie hypertensive* »[42].

La mise en place du PET a nécessité la formation en 2009 de 30 soignants de différentes disciplines pendant six jours (niveau 2 d'éducation thérapeutique). Cette formation a été organisée sous l'égide du CRES (Comité Régional d'Education pour la Santé) de Montpellier et du COGES (Comité Guadeloupéen d'Education pour la Santé) à la demande du réseau HTA-GWAD.

Différents outils sont mis en place par le réseau et fournis au soignant pour réaliser le PET. Il s'agit : d'un film pédagogique, du dossier de suivi du patient, d'affiches et de dépliants. Ces divers outils ont été validés par les professionnels du réseau et de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé de Guadeloupe (IREPS) [39].

Selon des données fournies par le réseau HTA-GWAD, depuis sa création fin 2009, le PET a inclu 216 patients. Seul un pharmacien a mis en place le PET à l'officine.

## 2) Déroulement

Le PET se déroule sur 6 mois et comporte 5 séances dont une collective et 4 individuelles. Différents thèmes sont abordés durant ces séances notamment l'alimentation, la pratique d'une activité physique adaptée ainsi que des séances d'automesure.

L'inclusion du patient au PET peut se faire de deux façons. Dans le premier cas, le patient ayant bénéficié du PEA exprime le désir d'en savoir plus sur d'autres sujets (alimentation, activité physique,...). Il sera alors inclus dans le PET grâce à la demande d'inclusion remplie et faxée au réseau par le professionnel de santé.

Dans un second cas, un professionnel de santé peut proposer à un patient hypertendu de bénéficier du PET afin de mieux appréhender sa maladie. Ce professionnel remplit et faxe alors la demande d'inclusion au réseau.

Une fois cette demande reçue par le réseau, un professionnel de santé formé et conventionné avec le réseau HTA-GWAD, contacte le patient afin d'organiser les séances du PET. En fonction des besoins du patient, des séances avec une diététicienne ou avec un psychologue pourront être ajoutées au programme.

La première séance du PET est une séance collective de 90 à 120 minutes qui réunit jusqu'à 4 patients hypertendus. Au cours de cette séance, le PET est présenté, un questionnaire d'évaluation est rempli par le patient et le DVD sur l'HTA créé par le réseau est visionné pendant 45 minutes.

A la fin de la séance un questionnaire d'évaluation concernant son mode de vie alimentaire, son activité physique et son traitement est remis au patient.

La deuxième séance est une séance individuelle et se déroule 5 à 7 jours après la première. Elle dure 30 minutes et vise à évaluer les acquis du patient, à élaborer le diagnostic éducatif et à établir le projet-contrat à partir de l'analyse du dépliant remis lors de la première séance.

La troisième séance se déroule un mois plus tard et vise à faire le point sur le ou les projets mis en place lors de la deuxième séance.

Si le projet est en bonne voie, le patient est encouragé à continuer dans sa progression pour l'acquisition de compétences en insistant sur les bénéfices qu'il retire depuis qu'il a commencé à apporter des changements dans son mode de vie.

Si les objectifs ne sont pas atteints, une révision du contrat sera nécessaire afin de mieux appréhender les réticences et les motivations du patient.

Les quatrième et cinquième séances qui se déroulent, 3 mois et 6 mois après la deuxième séance, ont pour objectifs d'évaluer les acquis du patient, et de l'accompagner dans son projet. Si le patient atteint son objectif, un autre projet-contrat peut-être mis en place. Si le patient n'atteint pas son objectif, il convient d'analyser l'échec, d'en tirer les leçons et de trouver une motivation au patient.

### **3) Enjeux**

Il s'agit d'aider le patient à mieux vivre avec son hypertension au quotidien et à éviter tout comportement, toute habitude de vie qui pourrait lui nuire. Ainsi, le patient aboutit à un meilleur contrôle de son hypertension artérielle et de ce fait il limite la survenue des complications liées à sa maladie.

## **Partie II : Mise en place de l'éducation thérapeutique à l'officine en partenariat avec le réseau HTA-GWAD**

### **A) Présentation de l'officine**

La pharmacie WERTER-CARUEL, au sein de laquelle la mise en place de l'éducation thérapeutique du patient hypertendu a été réalisée, est située à Le Moule, ville du nord est de la Grande-Terre (figure n° 2).

L'équipe officinale est composée de :

- trois pharmaciens dont deux pharmaciens co-titulaires et un pharmacien assistant,
- trois préparatrices,
- une aide préparatrice.

Cette pharmacie a fait l'objet d'un transfert récent dans un nouveau local. L'agencement du local a été pensé afin de rendre possible la tenue de séances d'éducation thérapeutique du patient. Pour cette raison, un espace de confidentialité dédié à l'accueil des patients a été conçu. Cet espace est isolé phoniquement et visuellement du reste de l'officine.

La pharmacie est ouverte en continu du lundi au samedi de 8h à 19h45 et accueille environ 200 patients par jour. La patientèle est composée majoritairement de personnes âgées atteintes de maladies chroniques. Le diabète, l'hypertension artérielle et les dyslipidémies font partie des maladies chroniques le plus souvent rencontrées à l'officine.

### **B) Mise en place du PEA à l'officine**

#### **I) Formation**

Pour mettre en place le Programme d'Education à l'Automesure à l'officine, une formation organisée par le réseau HTA-GWAD a été réalisée. Ainsi, le 30 décembre 2010, le pharmacien assistant chargé de l'ETP en compagnie de l'un des titulaires de la pharmacie ont pu bénéficier d'une formation au PEA. Cette formation a été réalisée par le coordinateur médical du réseau HTA-GWAD, le Docteur André ATALLAH.

Après une présentation du réseau HTA-GWAD et de ses actions, le Dr ATALLAH a expliqué le déroulement du PEA étape par étape. Il a ensuite fourni les éléments nécessaires à la mise en place du PEA :


- les invitations à remettre aux patients désirant bénéficier du PEA (Figure n°5). Sur ces invitations figurent la date, l'heure, le lieu et le numéro de téléphone du professionnel de santé qui assurera la séance,



Figure 5 : Carton d'invitation pour une participation au PEA ou au PET

- le support à utiliser : DVD sur l'HTA ou classeur-chevalet en fonction des moyens dont dispose le formateur sur place,

- la fiche patient (Figure 6) :

**HTA-GWAD**  
  
**PEA : Programme d'Education à l'Automesure**  
 coordonné par le réseau HTA-GWAD  
 www.hta-gwad.com

**Fiche patient**

**Informations Patient - À remplir par l'infirmière ou le médecin réalisant la séance**

NOM du patient: ..... Vous avez arrêté vos études au :  
 Primaire  | Collège  | Lycée  | Niveau Supérieur   
 PRENOM du patient: .....  
 Sexe: M  | F  Date de naissance: ..... NOM du professionnel réalisant la séance: .....  
 Adresse du patient : .....  
 Qualification: Médecin  | IDE  | Hospitalier  | Libéral   
 Examen demandé par: .....  
(le calcul de la moyenne des deux chiffres d'automesure lui seront envoyés par le réseau)  
 N° de mobile : ..... Lieu de la séance: .....  
 N° de fixe: ..... Médecin traitant: .....  
(le médecin traitant recevra aussi le résultat)

**Données Patient - À remplir par l'infirmière ou le médecin réalisant la séance**

Poids (sans chaussure): ..... kg - Taille: ..... cm - Périmètre abdominal: ..... cm  
 Tour du bras : ..... (cm) [NB : 51 > à 33 cm : utilisation d'un brassard large]  
 Facteurs de risque associés : Diabète  | Tabagisme actuel  | Cholestérol   
 Indication de l'automesure :  
 Diagnostic HTA  | Evaluation efficacité du traitement  | Autres  précisez: .....

**Mesure de la tension artérielle - À remplir par l'infirmière ou le médecin réalisant la séance**

**AVANT l'automesure, après plus de 5 mn de repos**

Date: ..... Type d'appareil utilisé:  anaéroïde |  électronique

mesures	Mesure 1	Mesure 2	Mesure 3	MOYENNES
PAS				
PAD				
FC				

**APRÈS l'automesure, après plus de 5 mn de repos**

Date: ..... Type d'appareil utilisé:  anaéroïde |  électronique

mesures	Mesure 1	Mesure 2	Mesure 3	MOYENNES
PAS				
PAD				
FC				

**Mesures de la tension artérielle en AUTOMESURE**

Date: ..... Nombre de jours d'automesure:  3 jours |  4 jours |  5 jours | autre, précisez: ..... jours

Type d'appareil utilisé:  huméral |  poignet

Marque de l'appareil: .....


Possède un appareil:  OUI |  NON, prêt

mesures	MOYENNES
PAS	
PAD	
FC	

A adresser au « Réseau HTA-GWAD, 11.01, Résidence La Marina, Rivières Sens, 97113, Gourbeyre »

Figure 6 : Fiche patient du PEA

- le questionnaire d'automesure à remplir durant les deux séances (Figure 7) :



**HTA-GWAD**  
PEA : Programme d'Education à l'Automesure  
coordonné par le réseau HTA-GWAD  
www.htagwad.com

**Questionnaire AUTOMESURE**

**Questionnaire AUTOMESURE**

Cochez la bonne réponse. Une seule réponse possible par question.

V1 : questionnaire au début de la 1 <sup>ère</sup> séance	Date: ...../...../.....
V2 : questionnaire au début de la 2 <sup>ème</sup> séance	Date: ...../...../.....

**1/ Quel appareil choisir pour mesurer votre tension ?**  
V1 - V2

un tensiomètre au poignet

un tensiomètre au bras (tensiomètre à brassard huméral)

l'un ou l'autre, c'est pareil si le tensiomètre est validé

je ne sais pas

**2/ A quel moment mesurer ma tension ?**  
V1 - V2

quand je ressens un malaise

matin et soir

matin, midi et soir

je ne sais pas

**3/ Quelle est la meilleure position pour mesurer ma tension ?**  
V1 - V2

allongé

assis devant une table

debout

je ne sais pas

**4/ Quelle est la meilleure position de la main pour mesurer ma tension ?**  
V1 - V2

poing serré

main ouverte

je ne sais pas

**5/ Combien de mesures prendre à la suite ?**  
V1 - V2

une suffit

2 de suite à 1 minute d'intervalle

3 de suite à 1 minute d'intervalle

4 de suite à 1 minute d'intervalle

je ne sais pas

**6/ Combien de jours de suite mesurer ma tension ?**  
V1 - V2

1 jour suffit

2 jours

3 jours

4 jours

je ne sais pas

**Commentaire :** .....

.....

.....

.....

**7/ Le matin, dois je mesurer ma tension avant ou après la prise de médicaments ?**  
V1 - V2

avant de prendre mes médicaments

après avoir pris mes médicaments

l'un ou l'autre, ça n'a pas d'importance

je ne sais pas

**8/ A quelle fréquence mesurer ma tension ?**  
V1 - V2

tous les jours

toutes les 2 semaines

les jours qui précèdent une consultation

je ne sais pas

**9/ En prenant ma tension plusieurs fois de suite, sans bouger, à 1 minute d'intervalle ; je ne trouve pas les mêmes chiffres**  
V1 - V2

c'est normal car la tension varie

mon appareil doit avoir un problème

c'est parce que je suis hypertendu

je ne sais pas

**10/ On parle d'hypertension quand la moyenne des mesures prises à la maison dépasse :**  
V1 - V2

120/80

135/85

140/90

150/95

je ne sais pas

**11/ Ma tension en automesure et chez le médecin n'est pas la même**  
V1 - V2

c'est normal

c'est parce que mon appareil ne marche pas

je ne sais pas

**12/ Quand je prends ma tension, je recopie les chiffres pour les donner à mon médecin**  
V1 - V2

non

oui

je ne sais pas

**13/ Que veut dire Hypertension blouse blanche ? C'est quand ma tension est :**  
V1 - V2

normale à la maison, mais trop haute chez le médecin

trop haute à la maison et aussi trop haute chez le médecin

normale à la maison et normale chez le médecin

je ne sais pas

A adresser au « Réseau HTA-GWAD, 11.01, Résidence La Marina, Rivières Sens, 97113, Gourbeyre »

Figure 7 : Questionnaire automesure pré et post-éducation

- un relevé d'automesure tensionnelle (Figure 8) à remettre au patient. L'automesure est faite à son domicile. Le patient doit ramener le relevé d'automesure lors de la deuxième séance du PEA,

HTA-GWAD **PEA : Programme d'Education à l'Automesure** coordonné par le réseau HTA-GWAD  
 www.htagwad.com

**Relevé d'automesure tensionnelle**

Utilisez votre appareil en position assise :

- le **matin** avant le petit-déjeuner et avant la prise des médicaments
- le **soir** entre le dîner et le coucher

Inscrire tous les chiffres qui apparaissent sur l'écran du tensiomètre pour la **pression systolique et diastolique** ainsi que la **date du jour** de vos mesures

**Légende :**  
 PAS = pression systolique = *maxima* / PAD = pression diastolique = *minima* / FC = Fréquence Cardiaque

	JOUR 1			JOUR 2			JOUR 3			JOUR 4			JOUR 5		
	Date : ...../...../.....			Date : ...../...../.....			Date : ...../...../.....			Date : ...../...../.....			Date : ...../...../.....		
	1 <sup>ère</sup>	2 <sup>ème</sup>	3 <sup>ème</sup>	1 <sup>ère</sup>	2 <sup>ème</sup>	3 <sup>ème</sup>	1 <sup>ère</sup>	2 <sup>ème</sup>	3 <sup>ème</sup>	1 <sup>ère</sup>	2 <sup>ème</sup>	3 <sup>ème</sup>	1 <sup>ère</sup>	2 <sup>ème</sup>	3 <sup>ème</sup>
<b>MATIN</b>															
Systolique															
Diastolique															
FC															
<b>SOIR</b>															
Systolique															
Diastolique															
FC															

NOM du patient: .....  
 PRENOM du patient: .....  
 Sexe: M  | F  Date de naissance: ...../...../.....

NOM du professionnel réalisant la séance: .....  
 A adresser au « Réseau HTA-GWAD, 11.01, Résidence La Marina, Rivières Sens, 97113, Gourbeyre »

Figure 8 : Relevé d'automesure tensionnelle

- une demande d'inclusion pour un patient au PEA ou au PET (Figure 9) à remplir et à faxer au réseau HTA-GWAD :



**Coordinateur du réseau**  
 « HTA-GWAD »

André Atallah  
 Email : [htagwad@wanadoo.fr](mailto:htagwad@wanadoo.fr)  
 Tél/fax : 0590.805458

**Bureau**

**Président**

J. Samuel

**Vice-Président**

R. Billy-Brissac

**Secrétaire**

A. Atallah

**Secrétaire adjoint**

M. Bergeron

**Trésorière**

C. Bourgeois

**Trésorière adjoint**

C. Saint Luce

**DEMANDE  
 D'INCLUSION**

(Par fax : au 0590.80.86.88)  
 (Par Téléphone : 0590.80.86.87)

Je soussigné(e) : .....  
 (Merci de préciser la fonction: Docteur, Pharmacien, IDE) :

Certifie que, Mme, Mlle, Mr :  
 .....

Remplit les conditions pour bénéficier d'une inclusion \*:  
 \*(cocher la case de votre choix)

**PEA : Programme d'Education à l'Automesure**  
 (soit 2 séances de 45 mn chacune à 1 semaine d'intervalle)

**ou**

**PET : Programme d'Education Thérapeutique**  
 (soit 5 séances de suivi étalées sur 6 mois)

Commune de résidence : .....

Tél du patient : .....

Nom du Médecin Traitant : .....

*Dès réception, de cette demande, le réseau HTA-GWAD orientera le patient vers une infirmière agréée au PEA ou PET, qui assurera les séances d'éducation.*

Figure 9 : Demande d'inclusion au PEA ou au PET

F

- une attestation de réalisation d'une prestation dérogatoire pour le financement des séances réalisées :

<b>PEA</b>	
	Cachet et signature du professionnel

**Attestation de réalisation d'une prestation dérogatoire**

*Séance d'Education par les I.D.E ; dans le cadre du PEA sur l'HTA*

1ère séance (1h) par patient, réalisée le : ..... A .....

*Identification des patients*

Nom	Prénom	Année de naissance	N° SS

2ème séance (30 mn) réalisée le : ..... A .....

*Identification des patients*

Nom	Prénom	Séance réalisée le	Lieu de la séance

**Attestation de paiement de la prestation dérogatoire**

- 1ère séance individuelle : (8 AIS = 8 X 2,70) + Déplacement : 2,5 E = **24,10 Euros** par patient
- 2ème séance individuelle : (4 AIS = 4 X 2,70) + Déplacement : 2,5 E = **13,30 Euros** par patient

Montant : .....

Paiement effectué le : ..... A .....

**A ADRESSER AU SIEGE DU RESEAU A LA FIN DES DEUX SEANCES :**

*1101, Résidence La Marina, Rivières Sens, GOURBEYRE, 97113 : Fax : 0590 80.86.88*

Figure 10 : Attestation de réalisation d'une prestation dérogatoire

Ce document permet au réseau HTA-GWAD de rémunérer les soignants participants au PEA. Il sert également de justificatif au réseau qui doit rendre compte à la sécurité sociale par rapport au fonds qui lui sont octroyés,

- des dépliants sur le réseau HTA-GWAD qui expliquent le PEA et le PET,
- des relevés d'automesure vierges permettant au patient d'inscrire les valeurs tensionnelles obtenues lors de l'automesure durant la semaine précédant la consultation médicale,
- des affiches à mettre sur la vitrine de la pharmacie qui présentent le réseau HTA-GWAD,
- les coordonnées des psychologues et des diététiciens libéraux de la Guadeloupe travaillant avec le réseau (Annexes 1 et 2),
- un récapitulatif écrit concernant le déroulement pratique du PEA ainsi qu'un rappel des principaux messages à transmettre aux patients (Annexe 3),
- une fiche technique contenant des conseils pour animer un groupe.

## II) Organisation pratique la mise en place du PEA

### 1) Organisation au sein de l'officine

Pour mettre en place le PEA à l'officine, il a été nécessaire de disposer :

- d'un espace de confidentialité isolé sur les plans sonore et visuel du reste de l'officine,
- de plages horaires bien définies de manière à gérer le temps consacré à cette activité,
- d'une organisation en terme de personnel permettant à l'officine de continuer à fonctionner normalement durant les séances du PEA.

L'officine où ce travail a été réalisé, dispose d'un espace de confidentialité appelé « Rendez-vous Santé », isolé de l'espace de vente, insonorisé et aménagé de façon à recevoir 5 à 6 personnes en même temps. Cet espace « Rendez-vous Santé » est utilisé pour réaliser les essayages des articles d'orthopédie (bas de contention, ceintures de soutien lombaires, colliers cervicaux,...), les prises de mesures tensionnelles, dans le cadre d'animation de parapharmacie (mini-soin,...), mais aussi pour la réalisation d'orthèses thermoformées faites sur mesure.

Pour bien optimiser l'utilisation de cet espace, il a été décidé en accord avec les titulaires de la pharmacie de réaliser les séances de PEA le mardi et le vendredi entre 14 et 16 heures, heures creuses pendant lesquelles l'activité de l'officine est moindre. Par ailleurs, au cours de ces plages horaires, au moins deux des trois pharmaciens sont présents afin de dédier un pharmacien exclusivement au PEA.

Un agenda destiné à gérer l'utilisation de l'espace « Rendez-vous Santé » a également été mis en place précisant les horaires des rendez-vous pris avec les patients pour le PEA. Son objectif est d'éviter de programmer ces séances en même temps que d'autres activités nécessitant l'utilisation de l'espace « Rendez-vous Santé » (animations de parapharmacie, réalisation d'orthèses thermoformées).

Le type de séance, première ou deuxième séance, a également été précisé sur l'agenda. Ce qui a permis d'une part, de compléter des séances où il n'y avait au départ qu'un seul patient et d'autre part de pouvoir rajouter à une séance 2 les patients ayant déjà assisté à la première séance mais qui ont eu un empêchement pour assister à la seconde. L'autre intérêt de cette mesure est d'éviter d'inviter un patient à la première séance, un jour où c'est la séance 2 qui est programmée.

Durant les séances de PEA, si une délivrance d'article d'orthopédie a lieu, les essayages se déroulent dans la salle de repos des employés.

L'utilisation de l'agenda commun pour les séances de PEA, les animations de parapharmacie et la réalisation des orthèses thermoformées s'est avérée très efficace dans la gestion de l'espace « Rendez-vous Santé ». Sur l'agenda ont été notés, les horaires des rendez-vous, le nom et les coordonnées des patients de façon à pouvoir les contacter la veille du rendez-vous pour le confirmer ou à l'inverse les informer d'un empêchement. De la même façon, les patients ont été invités à nous appeler en cas d'impossibilité de leur part d'honorer le rendez-vous fixé.

Lorsqu'il n'a pas été possible de placer les séances le mardi et le vendredi entre 14 et 16 heures, des dispositions ont été prises pour s'adapter aux disponibilités des patients tout en programmant le plus souvent ces séances dans des heures creuses et à des moments où au moins deux des trois pharmaciens étaient présents à l'officine.

Dans un premier temps, le PEA a été proposé aux personnes déjà détentrices d'un tensiomètre. Le déroulement ainsi que l'intérêt du PEA ont été présentés aux patients avant la prise de rendez-vous.

Dans un second temps, ces séances ont été proposées à des personnes hypertendues ne possédant pas de tensiomètre. Dans ce cas, la pharmacie a mis à la disposition du patient un tensiomètre pour une durée d'une semaine. Ce dernier devait le ramener lors de la deuxième séance.

Les membres de l'entourage des patients hypertendus, conjoints ou enfants, désirant participer aux séances du PEA ont également été inclus indépendamment de leurs problèmes de santé. Certains ont désiré participer à la séance comme leur proche hypertendu c'est-à-dire en remplissant un questionnaire et une fiche-patient à leur nom. D'autres ont préféré simplement assister à la séance. Dans les deux cas, les membres de l'entourage qui sont venus accompagner leurs parents hypertendus, ont posé des questions et donné leur avis sur les points considérés.

## 2) Organisation des séances

En pratique, les deux séances du PEA ont été organisées de la façon suivante :

### Séance 1 :

- accueil des patients et présentation de chacun des participants,
- explication du déroulement de la séance,
- recueil des informations et des données patients en expliquant que ces informations servent de support à la recherche et à l'élaboration d'études concernant l'hypertension artérielle en Guadeloupe,
- questionnaire d'automesure pré-éducation : soit le patient le remplit seul, soit le soignant lui soumet le questionnaire avec les différentes propositions,
- mise en place de la séance d'éducation à l'aide du chapitre 8 du DVD intitulé « Education thérapeutique » ou à l'aide du classeur – chevalet (en pratique le DVD a été plus souvent utilisé que le classeur – chevalet),
- démonstration de l'utilisation de l'auto-tensiomètre avec mise en application par le patient,
- remise du relevé d'automesure tensionnelle devant être rempli par le patient et à restituer lors de la seconde séance.

La première séance d'une durée de 45 minutes a permis :

- d'évaluer les connaissances que possède le patient donc d'approcher sa dimension cognitive,
- au patient d'acquérir des connaissances sur ce qu'est l'hypertension artérielle, quelles sont ses complications ainsi que l'intérêt pour lui de pratiquer l'automesure,
- d'acquérir une compétence technique c'est-à-dire savoir prendre sa tension artérielle et savoir restituer d'une manière fiable les résultats obtenus.

Une fois la première séance réalisée, et après un intervalle de 8 jours, il a été possible de mettre en œuvre la deuxième séance du PEA.

La séance 2 s'est déclinée de la façon suivante :

- accueil des patients,
- explication du déroulement de la seconde séance,
- questionnaire d'automesure post-éducation constitué des mêmes questions que celles proposées lors de la première séance. Ceci constitue une évaluation des acquis des patients,

- examen des différentes questions et explication des aspects non acquis,
- recueil du relevé d'automesure rempli par le patient avec questionnement de ce dernier au sujet des résultats obtenus (mode de restitution des résultats, capacité à dire si l'objectif tensionnel est atteint). Cela permet de s'assurer qu'il maîtrise les chiffres caractéristiques de l'hypertension artérielle,
- faire le point sur les problèmes rencontrés durant la semaine concernant l'utilisation du tensiomètre,
- faire effectuer au patient une mesure de la pression artérielle suivant la « règle des 3 » et s'assurer que la méthode de prise de mesure tensionnelle ainsi que la façon de restituer les résultats sont bien acquises,
- s'assurer que le patient n'a pas d'autres questions à poser puis, lui remettre des fiches de relevé d'automesure vierges à remplir avant chaque consultation médicale,
- terminer la séance en expliquant que le réseau HTA-GWAD propose aux patients hypertendus un programme d'éducation thérapeutique ayant pour but de les aider à mieux vivre au quotidien leur hypertension en abordant différents thèmes liés à une bonne hygiène de vie (activité physique, alimentation,...).

La deuxième séance dure 30 minutes et permet :

- d'évaluer les acquis du patient suite à la première séance,
- de revoir les points que le patient n'a pas retenus ou n'a pas compris,
- de revoir la méthode pour la prise de mesure tensionnelle.

### III) Résultats

#### 1) Analyse globale de l'ensemble des données des patients ayant participé au PEA

Au total, nous avons reçu 19 patients pour le PEA, 6 hommes et 13 femmes. Sur les 19 patients, trois n'ont participé qu'à une seule séance. La majorité des patients reçus étaient hypertendus.

La répartition homme/femme des patients hypertendus respecte le ratio observé dans la population guadeloupéenne.

Le tableau 3 regroupe l'ensemble des données anthropométriques des patients ayant participé au PEA.

<b>Patients (sexe)</b>	<b>Age (an)</b>	<b>Poids (kg)</b>	<b>Taille (cm)</b>	<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Périmètre abdominal (cm)</b>	<b>Facteurs de risque associés</b>	<b>Patient hypertendu</b>
<b>1 (H)</b>	70	85,80	167	30,76	108	Obésité	Oui
<b>2 (H)</b>	64	91,60	180	28,27	104,5	Diabète Cholestérol	Oui
<b>3 (F)</b>	58	72,60	160	28,36	93	Aucun	Non
<b>4 (F)</b>	44	67	166	24,31	80,50	Aucun	Non
<b>5 (H)</b>	65	80	181	24,42	97	Aucun	Oui
<b>6 (F)</b>	65	71	169	24,86	84	Aucun	Oui
<b>7 (F)</b>	67	63	160	24,61	99,50	Aucun	Oui
<b>8 (F)</b>	40	81	170	28,03	97	Aucun	Oui
<b>9 (H)</b>	68	99	168	35,08	121	Obésité	Oui
<b>10 (F)</b>	54	77	173	25,73	94	Aucun	Oui
<b>11 (H)</b>	62	80	165	29,38	111	Diabète Cholestérol	Oui
<b>12 (F)</b>	61	60	160	23,44	83	Diabète	Oui
<b>13 (F)</b>	82	50	160	19,53	81,50	Cholestérol	Oui
<b>14 (F)</b>	61	78,80	171	26,95	90	Aucun	Non
<b>15 (F)</b>	75	78	152	33,76	94,50	Obésité	Oui
<b>16 (F)</b>	44	85,80	165	31,52	114,50	Diabète Obésité	Oui
<b>17 (F)</b>	66	92	174	30,39	110	Diabète Obésité	Oui
<b>18 (H)</b>	58	64,60	171	22,09	84,5	Diabète Cholestérol	Oui
<b>19 (F)</b>	66	54	172	18,25	74	Aucun	Oui

*Les patients ont été classés par des numéros allant de 1 à 19, avec entre parenthèse une précision concernant le sexe du patient : H quand il s'agit d'un homme et F quand il s'agit d'une femme.*

Tableau 3 : Données anthropométriques des patients inclus dans le PEA

Les données de ce tableau ont été exploitées selon chaque critère cité ci-dessous :

- l'indice de masse corporel (IMC),
- le périmètre abdominal,
- le nombre de facteurs de risque de maladies cardiovasculaires associés.

En ce qui concerne l'indice de masse corporel :

- il est normal s'il est inférieur à 25 kg/m<sup>2</sup>,
- le patient est en surpoids quand l'IMC est compris entre 25 et 30 kg/m<sup>2</sup>,
- le patient est obèse quand l'IMC est supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup>,
- le patient présente une obésité morbide quand l'IMC est supérieur à 40 kg/m<sup>2</sup>.

La figure 11 illustre le nombre de patient en surcharge pondérale (surpoids et obèses) présents dans la population étudiée.

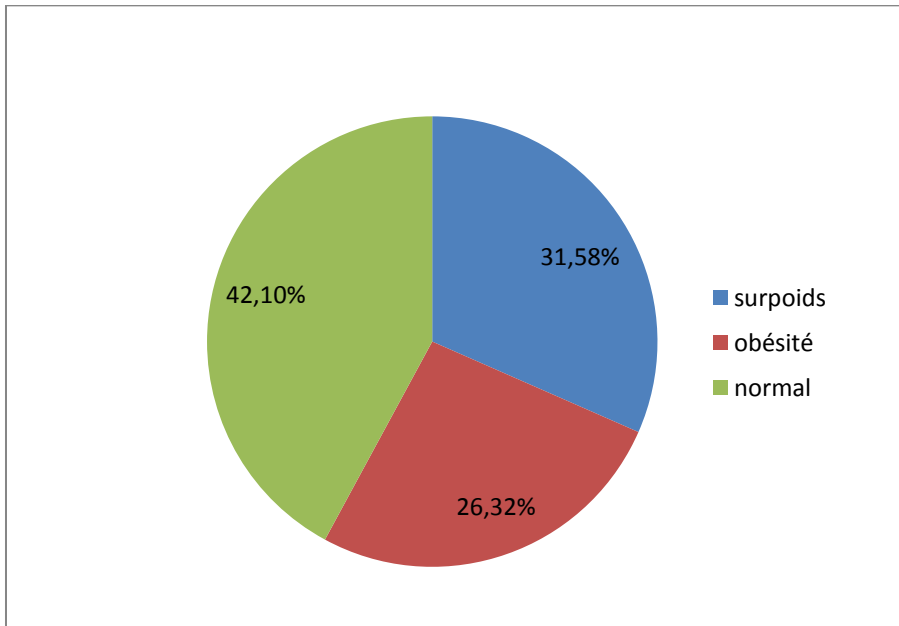


Figure 11 : Répartition de l'indice de masse corporelle dans la population étudiée

On remarque que 57,9% des patients, tous sexes confondus, sont en surcharge pondérale avec un IMC au dessus de la normale. Parmi eux, 31,58% soit environ un patient sur trois sont en surpoids et 26,32% soit environ 1 patient sur 4 sont obèses.

Si on s'intéresse à l'indice de masse corporelle en fonction du sexe, on observe la répartition décrite dans la figure 12.

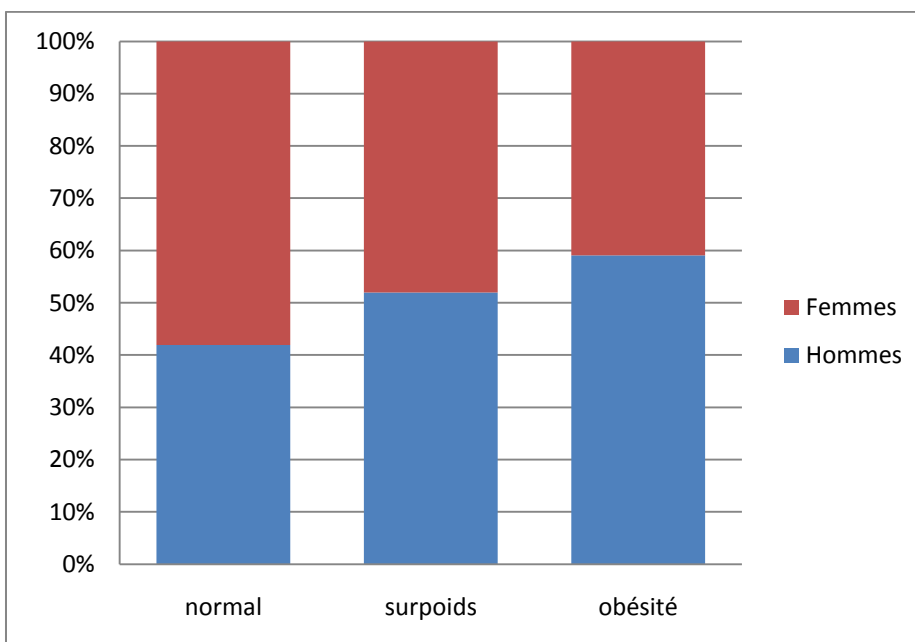


Figure 12: Répartition de l'indice de masse corporelle en fonction du sexe

Ce graphique montre que dans la population étudiée l'obésité est plus importante chez les hommes que chez les femmes. On note qu'il y a autant d'hommes que de femmes en surpoids et que les femmes ont majoritairement un indice de masse corporel normal.

Ces chiffres ne reflètent pas ce qui a été observé dans la population lors de l'étude CONSANT. En effet, cette étude a montré que l'obésité est plus importante chez les femmes (30,6%) que chez les hommes (13,8%) [43]. Cet échantillon n'est pas représentatif de la population.

Le périmètre abdominal est une autre donnée à prendre en compte car il constitue un facteur de risque indépendant de survenue d'infarctus du myocarde [44]. Le tour de taille est classé en trois catégories : normal, intermédiaire et obèse.

Chez l'homme le tour de taille inférieur à 94 cm est normal, celui compris entre 94 et 102 cm est dit intermédiaire et celui supérieur à 102 cm correspond à une obésité abdominale.

Chez la femme le tour de taille est dit normal quand il est inférieur à 80 cm, intermédiaire quand il est compris entre 80 et 88 cm et on parle d'obésité abdominale quand il est supérieur à 88 cm.

La figure 13 représente la répartition des personnes avec un tour de taille normal, un tour de taille intermédiaire et un tour de taille montrant une obésité abdominale.

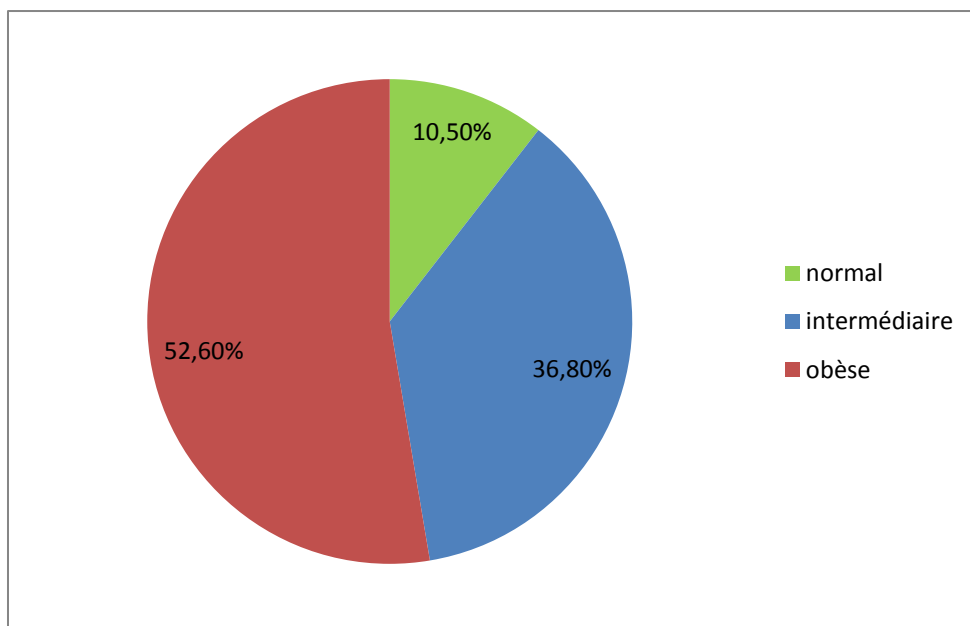


Figure 13 : Répartition des patients suivant leur périmètre abdominal

On note que plus de la moitié de la population étudiée, tout sexe confondu, présente une obésité abdominale. Ceci est un paramètre à prendre en compte en plus des facteurs de risque auxquels les patients sont exposés comme le taux élevé de cholestérol, le diabète et le tabac.

La figure 14 représente la répartition homme/femme en fonction du périmètre abdominal.

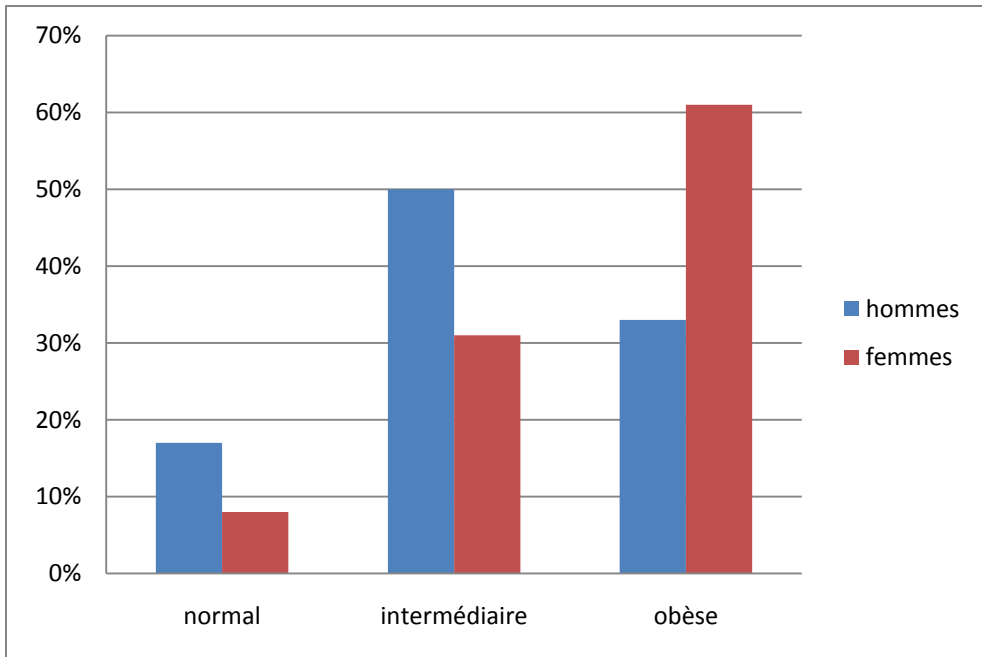


Figure 14 : Répartition hommes/femmes en fonction du périmètre abdominal

Ce graphique montre que l'obésité abdominale est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Ces données sont conformes avec celles observé dans la population générale au travers l'étude CONSANT [43] : 55,3% des femmes présentent une obésité abdominale contre 14,8% des hommes.

En ce qui concerne les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires associés, les plus fréquents sont le diabète et le taux élevé de cholestérol. A ceci s'ajoute la surcharge pondérale et l'obésité abdominale. Le tabac ne constitue pas un facteur de risque important dans la population étudiée puisqu'aucun des patients inclus ne fume.

La figure 15 illustre la répartition des différents facteurs de risque dans la population étudiée.

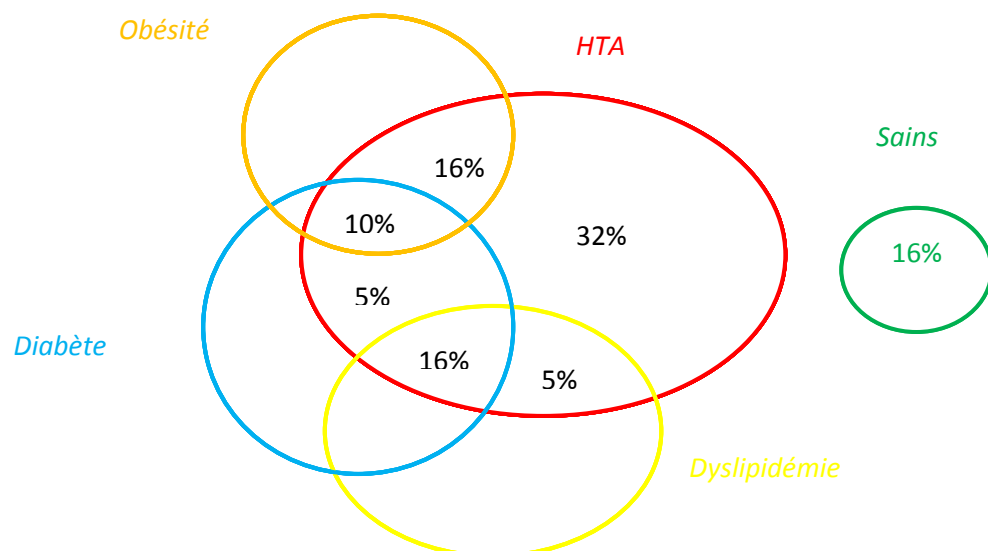


Figure 15 : Répartition des facteurs de risques dans la population étudiée

La majorité (52%) des patients hypertendus de la population étudiée présente une hypertension artérielle compliquée c'est-à-dire associée à un ou plusieurs facteurs de risque de maladies cardiovasculaires. Le diabète et le cholestérol sont les facteurs de risque le plus souvent associés à l'hypertension artérielle.

Avec tous ces facteurs de risque cumulés, la population étudiée présente un risque élevé de développer une maladie cardiovasculaire. Il convient donc dans la prise en charge de ces patients, d'intervenir sur les facteurs de risque modifiables tels que l'hypertension artérielle, la surcharge pondérale et le tabac. Le soignant peut au cours des séances du PEA insister particulièrement sur l'importance de normaliser le poids par une alimentation adaptée et de suivre régulièrement sa tension artérielle afin d'éviter que celle-ci ne soit trop élevée en permanence. Il serait aussi intéressant de sensibiliser les patients aux facteurs de risque qu'ils présentent afin de les inciter à modifier leurs habitudes de vie notamment adopter une alimentation équilibrée et une activité physique régulière.

Le tableau 3 souligne qu'il n'y a pas que des patients hypertendus qui participent à ce programme. Cette observation est intéressante à double titre. Premièrement, en ce qui concerne la prévention primaire : on peut ainsi sensibiliser des personnes non hypertendues aux attitudes, aux comportements à éviter pouvant favoriser la survenue de l'hypertension artérielle. Deuxièmement, quand la personne non hypertendue qui accompagne le patient est son conjoint, cela lui permet d'avoir des éléments pour aider et soutenir son conjoint hypertendu dans la gestion de la maladie. Ceci est d'autant plus vrai quand le conjoint non hypertendu est une femme, car c'est celle-ci qui fait la cuisine et elle peut rappeler à son mari voire l'inciter à modifier ses comportements notamment en ce qui concerne l'alimentation.

## **2) Analyses du travail réalisé**

Pour l'analyse du travail réalisé, un tableau (tableau 3), résumant de façon globale, les séances du PEA réalisées a été mis au point. Ce tableau mentionne la date, le nombre de patients présents, le support utilisé et les difficultés rencontrées lors des huit premières séries de séances du PEA. Ces premières séances ont concernés 14 patients au total.

<b>Date</b>	<b>Numéro de séances</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>Support utilisé</b>	<b>Difficultés rencontrées</b>
06/01/11	Séance 1	1	Classeur - chevalet	Remplissage du questionnaire Patient avec sa propre idée de ce qu'est sa tension normale
13/01/11	Séance 2	0		Le patient n'est pas revenu
11/01/11	Séance 1	3	DVD	Gestion du groupe Répartition équitable de la parole
18/01/11	Séance 2	3		
14/01/11	Séance 1	2	DVD	Gestion du temps au vu des nombreuses questions posées
21/01/11	Séance 2	2		
15/01/11	Séance 1	2	DVD	
22/01/11	Séance 2	2		
08/02/11	Séance 1	1	DVD	Canaliser l'accompagnant (sœur du patient)
15/02/11	Séance 2	1		
11/02/11	Séance 1	1	DVD	
18/02/11	Séance 2	1		
25/02/11	Séance 1	3	DVD	
04/03/11	Séance 2	2		
11/03/11	Séance 1	1	DVD	
18/03/11	Séance 2	1		
19/04/11	Séance 1	3	DVD	Gestion du temps, utilisation fiche du diagnostic éducatif
26/04/11	Séance 2	3		Gestion du temps : retard du patient
29/04/11	Séance 1	2	DVD	
31/05/11	Séance 2	1		Un des patients n'est pas venu

Tableau 4 : Récapitulatif des séances de PEA réalisées à l'officine

Un seul patient a participé à la toute première séance du PEA réalisée à l'officine. Ceci a guidé le choix de l'outil à utiliser lors de cette première séance du PEA. L'outil qui a été choisi pour animer cette séance est le classeur – chevalet. Ce support à l'avantage de permettre un échange, une interaction patient/soignant inexistant avec le DVD. Ainsi, le classeur – chevalet sert de base à l'instauration d'une discussion où le patient se sent à l'aise pour poser des questions au fur et à mesure de l'entretien..

Lors d'une seconde première séance de PEA, le DVD a été l'outil privilégié puisque nous avons un groupe de trois patients. Ce support a ensuite fait l'objet d'une discussion avec les patients participants à la séance sur les différents thèmes qui y sont abordés : les valeurs normales de la tension artérielle, le nombre et la fréquence des mesures à effectuer, les habitudes alimentaires à privilégier et celles à éviter,...

Ce fut aussi l'occasion pour ces patients de poser des questions sur des aspects incompris de ce qu'ils avaient vu.

Si l'on compare le classeur - chevalet et le DVD en termes de contenu, les deux se complètent. En effet, le DVD fait mention des actions non médicamenteuses que le patient doit mettre en place pour contribuer à réguler son hypertension artérielle telles que la pratique d'une activité physique régulière, la mise en place d'une alimentation équilibrée, pauvre en sel, en sucre et en graisse , une réduction de la consommation d'alcool et l'arrêt du tabac. Par ailleurs, le DVD comporte des informations plus générales contrairement au classeur - chevalet qui reste centré sur l'automesure.

Lors des séances ultérieures, l'utilisation du DVD a été privilégiée en raison des informations sur l'hygiène de vie au quotidien qu'il comporte. De plus, les messages véhiculés par ce support touchent beaucoup plus les patients et les font se remettre en question quant à leur hygiène de vie personnelle.

Le tableau 4 met en évidence, qu'il y a eu au total quatre séances où une seule personne était présente. Ceci s'explique par, d'une part le fait que des patients ont annulé à cause d'un empêchement et d'autre part parce que certains patients avaient oublié le jour du rendez-vous malgré le carton d'invitation remis stipulant le jour, le lieu et l'heure de la séance. L'équipe s'est donc efforcée d'appeler systématiquement les patients la veille des séances pour leur rappeler le rendez-vous pris pour le PEA et leur permettre ainsi de confirmer leur présence.

Il ressort également du tableau 3 que le premier patient inclus dans le PEA n'a fait qu'une seule séance. Lorsque la notion de seconde séance a été abordée, il a dit ne pas avoir été prévenu que le PEA se faisait sur deux séances, qu'il était très occupé et qu'il ne voyait pas l'utilité de la seconde séance. Suite à cet échec, l'équipe s'est assurée de bien préciser à tout patient la nécessité de s'engager sur deux séances. De plus, à la fin de chaque première séance, nous avons expliqué systématiquement au patient l'intérêt de la deuxième séance.

Par ailleurs, cette expérience a permis au soignant d'appréhender la gestion d'un groupe, ce qui n'est pas évident. Cette difficulté s'est révélée lors de la présence de membres d'une même famille. A titre d'exemple, soit l'épouse répond à la place de son mari, soit le mari empêche sa femme de s'exprimer. On a également eu un patient venu, accompagné de sa sœur vers laquelle il se tournait dès que l'on s'adressait à lui pour lui poser une question ou pour lui demander son avis sur un point donné ; sa sœur avait aussi tendance à répondre à sa place quand elle était agacée qu'il ne réponde pas aux questions. Il a donc fallu faire preuve de tact pour répartir les temps de parole et encourager chacun à respecter le temps de paroles des autres participants.

De plus, le soignant a pu se rendre compte de la nécessité de favoriser la discussion entre personnes qui ne se connaissent pas. Ce qui est parfois difficile. Pour cela, chacun des participants est invité à se présenter à tour de rôle après que le pharmacien assurant la séance se soit lui-même présenté. De la sorte, un climat de confiance est instauré, ainsi chacun s'est senti à l'aise pour participer. Les participants ne se sont pas sentis jugés ou évalués à travers les réponses fournies au questionnaire grâce aux explications préalablement données concernant le pourquoi du recueil de ces informations.

Dans le tableau 5 est résumé : la raison pour laquelle le patient a accepté de participer au PEA, le résultat du questionnaire pré-éducation de la séance 1 et celui du questionnaire post-éducation de la séance 2.

<b>Patients (P)</b>	<b>Objectif déclaré</b>	<b>Note séance 1 (/13)</b>	<b>Note séance 2 (/13)</b>
<b>P1</b>	Apprendre à se servir du tensiomètre acheté récemment	3	Pas de séance
<b>P2</b>	Apprendre à se servir du tensiomètre acheté récemment	6	9
<b>P3</b>	Accompagner son mari	4	11
<b>P4</b>	Diagnostiquer une hypertension artérielle	5	7
<b>P5</b>	S'assurer que son tensiomètre fonctionne bien	3	7
<b>P6</b>	Accompagner son mari	4	11
<b>P7</b>	S'assurer de la bonne utilisation de son tensiomètre	4	10
<b>P8</b>	Apprendre à se servir du tensiomètre acheté récemment	5	13
<b>P9</b>	S'assurer de la bonne utilisation de son tensiomètre	5	8
<b>P10</b>	Apprendre à utiliser son tensiomètre	7	10
<b>P11</b>	Savoir utiliser son tensiomètre	7	13
<b>P12</b>		6	10
<b>P13</b>		2	Pas de séance 2
<b>P14</b>	Savoir utiliser son tensiomètre, diagnostic HTA	5	7
<b>P15</b>	Apprendre à utiliser son tensiomètre	4	4
<b>P16</b>	Savoir mieux gérer sa tension	7	12
<b>P17</b>	Savoir utiliser son tensiomètre	3	11
<b>P18</b>	Avoir une meilleure maîtrise de sa maladie	9	Pas de séance
<b>P19</b>	Etre capable de prendre sa tension et celle de son père	7	12
	Moyenne	5,05	9,68
	Ecart-type	1,81	2,52

Tableau 5 : Objectifs et notes obtenues par les 19 patients inclus dans le PEA

Le tableau 5 montre une amélioration des résultats au questionnaire d'automesure entre la première et la deuxième séance. La participation à la première séance a donc amélioré le niveau de connaissances des patients, en ce qui concerne leur maladie et l'automesure.

En analysant les réponses que les patients apportent au questionnaire d'évaluation des connaissances sur l'automesure, on constate que certaines informations sont plus difficiles que d'autres à retenir comme par exemple les valeurs à partir desquelles on parle d'hypertension artérielle. On remarque également que les patients sont persuadés qu'ils doivent mesurer la tension tous les jours et plusieurs fois par jour. La deuxième séance a permis de corriger les points de vue erronés profondément ancrés dans les habitudes des patients.

Par ailleurs, pour la moitié des patients les questions 6 (« Combien de jours de suite mesurer ma tension ? ») et 8 (« A quelle fréquence mesurer ma tension ? ») ont été identiques. Ils ont répondu « tous les jours » à la question 6 et ont été bloqués à la question 8 par ce qu'ils pensaient avoir déjà répondu à cette question.

Une fois les deux séances du PEA réalisées, les fiches - patients ont été transmises au réseau HTA-GWAD par mail ou par fax. Le réseau envoie ensuite un courrier au patient, à son médecin traitant et au cardiologue. Un exemple de ces courriers figure en annexes 4 et 5.

Le courrier adressé au patient par le réseau comporte les informations suivantes :

- les moyennes des mesures réalisées lors des séances du PEA,
- les moyennes des mesures réalisées en automesure par le patient,
- les résultats obtenus par le patient aux questionnaires d'automesure pré et post-éducation,
- une invitation à se rapprocher de son médecin traitant pour l'interprétation des résultats de mesure.

Pour calculer ces moyennes facilement, un fichier Excel a été créé et grâce à lui les fiches des patients ont pu être complétées avec les moyennes obtenues.

La patiente P13 est une personne âgée qui n'a pas pu participer à la deuxième séance suite à un malaise. Elle a quand même fait parvenir, par son fils, le relevé d'automesures réalisées au cours de la semaine. Les résultats concernant les acquis et la prise de mesure pour la seconde séance ne sont donc pas disponibles. Il n'a pas été possible de vérifier que la méthode d'utilisation du tensiomètre était correcte.

La patiente P14 est suivie par un cardiologue et ne sait pas si elle est hypertendue ou pas. Le cardiologue lui a donc conseillé de suivre sa tension sur un mois et de noter les résultats obtenus. Dans ce cadre, elle a donc acheté un tensiomètre et c'est sur le conseil du pharmacien qu'elle a ainsi décidé de participer au programme d'éducation à l'automesure.

Parmi les patients ayant participé au PEA, deux ont été envoyés par le cardiologue. Ce dernier souhaitait confirmer le diagnostic d'hypertension artérielle chez ces patients. Pour cela, le cardiologue a conseillé aux patients d'acheter un tensiomètre et de participer au PEA pour apprendre à se servir de leur appareil.

## IV) Propositions d'amélioration du PEA

Le PEA peut être amélioré au niveau de six axes principaux :

- affiner le diagnostic éducatif,
- améliorer l'évaluation du programme,
- élaborer une fiche résumant les éléments clés de l'automesure,
- compléter les messages transmis via le classeur-chevalet de manière à ce qu'ils comportent des informations sur les moyens non médicamenteux de lutter contre l'hypertension artérielle,
- insérer des notions sur la conduite à tenir en cas d'obtention de valeurs anormalement élevées ou anormalement basses ;
- expliquer plus en détail le fonctionnement du tensiomètre.

### 1) Affiner le diagnostic éducatif

Le PEA tel qu'il est conçu ne comporte pas de diagnostic éducatif complet. En effet, les données recueillies servent d'une part, aux études menées par le réseau et d'autre part, à élaborer des fiches – patients permettant d'avoir le profil du patient c'est-à-dire connaître les autres facteurs de risque qu'il présente en plus de l'hypertension artérielle (diabète, hypercholestérolémie, obésité, tabac).

L'absence de diagnostic éducatif bien structuré s'explique par le fait que le réseau HTA-GWAD n'a pas voulu faire du PEA un programme d'éducation thérapeutique au sens strict du terme. Cependant, le programme d'éducation à l'automesure est, de par son objectif et sa conception un programme d'éducation à part entière. De ce fait, il convient avant d'enseigner quelque chose à quelqu'un de connaître ses croyances, ses attentes ainsi que ses besoins en la matière. Ceci permettra au soignant d'adapter son discours selon le profil du patient. De plus, pour que le patient accepte de mettre en application ce qu'il apprend, il est nécessaire que celui-ci soit motivé. Connaître le contexte socioprofessionnel et les projets du patient peuvent aider le soignant à lui susciter une motivation. Le patient adoptera ainsi, l'automesure comme une pratique indissociable de sa prise en charge et de son traitement.

Toutes ces informations ne peuvent être obtenues que par le moyen du diagnostic éducatif. Cependant, la mise en place d'un diagnostic éducatif complet est quelque peu délicat dans le cadre du PEA car :

- la séance se déroule avec plusieurs patients, ce qui rend difficile une bonne connaissance d'un patient en particulier,
- le temps dont on dispose est court (respectivement 45 et 30 minutes pour la première et la deuxième séance),
- la compétence à acquérir est d'emblée définie : savoir utiliser son tensiomètre ainsi l'objectif du diagnostic éducatif ne sera pas de définir des compétences à acquérir par le patient.

Il est à noter que, le fait d'affiner le diagnostic éducatif du PEA apporterait un plus à ce programme. Cela permettrait de mieux connaître chaque patient, de répondre aux différentes attentes exprimées par chacun, d'améliorer leur motivation et leur adhésion à l'automesure. En ayant, un diagnostic éducatif plus précis on aura un programme qui correspondrait aux particularités de chaque patient et qui serait à la portée de chacun. Ainsi, on passerait à un programme auquel les individus doivent s'adapter et qui est le même pour tous à un programme souple qui s'adapte aux croyances, au vécu, aux connaissances des personnes pour véhiculer un message de santé publique et acquérir une compétence.

Pour affiner le diagnostic éducatif du PEA, deux solutions s'imposent :

- réaliser un diagnostic éducatif quand nous proposons la séance de PEA au patient,
- faire un questionnaire en complément de celui réalisé par le réseau qui servira de base au diagnostic éducatif.

La première solution n'est pas aisément réalisable. En effet, il faudrait que ce soit la personne qui réalise les séances de PEA qui pose le diagnostic éducatif. Or, en pratique, n'importe quel membre de l'équipe officinale est amené à proposer une séance de PEA. De plus, le patient serait pris au dépourvu en lui imposant de consacrer plus de temps qu'il ne l'avait prévu. On pourrait alors penser à prendre un rendez-vous au préalable en plus des deux séances de PEA qu'on lui propose. Mais, là aussi ce serait trop contraignant, surtout que dans le cadre du PEA, le diagnostic éducatif n'aura pas pour objectif de savoir si le patient a besoin ou pas d'apprendre à se servir de son tensiomètre. En effet, on propose ce programme à tout patient qui vient d'acquérir un tensiomètre, qui ne sait pas s'en servir ou n'est pas sûr de bien savoir l'utiliser.

L'examen de la seconde solution montre que celle-ci est plus facile à mettre en place. Le questionnaire évoqué sera soumis au patient lors de la première séance du PEA en même temps que le questionnaire sur l'automesure. Le patient pourra donc le remplir pendant que le soignant remplit la partie « données patient » de la fiche patient du PEA. Pour être applicable, ce questionnaire ne devra pas être trop long, les questions posées seront simples, concises et ouvertes pour permettre au patient d'exprimer sa pensée. La seconde possibilité est celle qui a été retenue.

Il convient maintenant de préciser les informations que l'on veut recueillir dans ce diagnostic éducatif. L'objectif est de mieux connaître le patient, ses croyances, ses connaissances, ses attentes et son contexte socioprofessionnel. On cherche donc à savoir :

- ce que le patient sait à propos de l'hypertension artérielle, de l'automesure tensionnelle,
- ce que le patient fait comme métier,
- ce qui le motive pour participer à ces séances,
- ce que le patient aimerait savoir sur sa maladie, ses traitements.

Une fiche a donc été élaborée de manière à obtenir ces renseignements et ainsi à mieux accompagner le patient. Un exemple figure ci-dessous :



Mieux connaître le patient et ses attentes



Nom du patient : ..... Prénom du patient : .....

Activité professionnelle exercée par le patient : .....  
(si vous êtes retraité veuillez préciser le métier que vous avez exercé)

Situation familiale (célibataire/marié/autre ; enfants/petits-enfants) : .....

Qu'est ce qui vous pousse à participer à ces séances d'éducation à l'automesure ?

.....  
.....  
.....

Qu'attendez-vous de ces séances d'éducation à l'automesure ?

.....  
.....  
.....

Etes-vous hypertendu ? Si oui, depuis combien de temps ?.....

Selon vous, qu'est-ce que l'hypertension artérielle ?

.....  
.....  
.....

Citez des facteurs, des évènements, des activités qui peuvent faire :

augmenter la pression artérielle :

diminuer la pression artérielle :

.....  
.....  
.....

Savez-vous utiliser votre tensiomètre ?.....

Selon vous, qu'est ce que peut vous apporter le fait de savoir prendre votre tension artérielle ?

.....  
.....  
.....

Y a-t-il des questions que vous vous posez sur votre maladie, sur votre traitement et auxquelles vous aimeriez avoir une réponse ? Si oui, lesquelles ?

.....  
.....  
.....

Cette fiche est composée majoritairement de questions ouvertes. Elle permet d'analyser la motivation du patient. Ces questions présentent de plus l'avantage de sensibiliser le patient à des éléments précis du DVD qu'il visionnera dans les minutes suivantes. Ainsi, il retiendra mieux ces idées clés qui l'aideront à mieux comprendre sa maladie et l'importance de l'automesure.

Le diagnostic éducatif proposé à travers la fiche « Mieux connaître le patient, ses attentes », n'est pas complet. En effet, ici, on n'y explore pas toutes les dimensions qui composent le diagnostic éducatif. Il convient de rappeler les cinq dimensions que le diagnostic éducatif permet de mettre en évidence puis de voir comment ce questionnaire aide à les analyser et ce qui manque pour que ce diagnostic éducatif soit complet.

La dimension biomédicale permet de savoir de quoi souffre le patient. Elle est abordée dans un premier temps à l'aide des données patient de la fiche-patient, élaborée par le réseau HTA-GWAD, qui évoque les principaux facteurs de risque pouvant augmenter la survenue de complications de l'hypertension artérielle c'est-à-dire le diabète, le taux élevé de cholestérol et le tabac. Les données telles que le poids, la taille et le périmètre abdominal permettent de mettre en évidence si le patient est en surpoids ou s'il souffre d'obésité. La fiche proposée complète cette dimension en nous renseignant sur le caractère hypertendu ou non du patient et sur le nombre d'années qu'il vit avec cette maladie.

La dimension socio-professionnelle du patient n'est pas du tout abordée dans la fiche-patient élaborée par le réseau HTA-GWAD. Elle est explorée à l'aide des deux premiers items de la fiche proposée : « activité professionnelle exercée » et « situation familiale ».

La dimension cognitive est analysée par l'intermédiaire du questionnaire d'automesure fourni par le réseau HTA-GWAD et rempli par le patient. Cependant, il n'y figure aucune question permettant d'appréhender ce que le patient sait ou croit savoir de l'hypertension artérielle et aucune question concernant son savoir-faire en termes de prise de mesure tensionnelle. C'est dans cette optique que la question « selon vous, qu'est-ce que l'hypertension artérielle ? » a été mise dans la fiche élaborée pour affiner le diagnostic éducatif. On y a ajouté une question sur ce qui fait augmenter et diminuer la pression artérielle dans la vie de tous les jours afin de faire ressortir les croyances et les représentations des patients à ce sujet. La question « savez-vous utiliser votre tensiomètre ? » permet d'identifier le savoir-faire du patient. La réponse à cette question permettra au soignant d'adapter son discours de façon à ce que le patient apprenne quelque chose de nouveau durant la séance et surtout cela lui permettra de vérifier si le patient exécute correctement la prise de mesure. L'exploration de cette dimension n'est pas complète dans la fiche élaborée pour le diagnostic éducatif car celle-ci n'aborde pas le vécu du patient avec sa maladie c'est-à-dire sa perception de la maladie en terme de gravité, d'évolution, de cause expliquant son apparition, de traitements, etc. Une telle exploration ne serait possible que dans le cadre d'une séance individuelle d'éducation thérapeutique.

La dimension psychoaffective n'est pas du tout abordée dans les documents fournis par le réseau HTA-GWAD ni dans la fiche proposée pour l'amélioration du diagnostic éducatif. Il est difficile de la cerner à travers un questionnaire papier rempli par le patient. Pour l'appréhender, il semble nécessaire d'être dans le cadre d'une séance individuelle d'éducation thérapeutique où dans la discussion le patient se sentira plus à l'aise pour se livrer et où le soignant pourra se focaliser sur un patient donné et analyser ce qu'il exprime tant verbalement que par ses gestes, ses mimiques, ses attitudes. C'est pour cette raison que cette dimension n'est pas abordée dans la fiche proposée.

La dimension projective, elle non plus, n'est abordée ni dans les documents fournis par le réseau HTA-GWAD ni dans la fiche proposée pour l'amélioration du diagnostic éducatif et ce pour les mêmes raisons que la dimension précédente.

Les deux premières questions de la « fiche élaborée pour mieux connaître le patient, ses attentes » permettent d'analyser la motivation et les attentes du patient. S'il s'est déplacé c'est qu'il a un objectif, un besoin à combler dont il peut parfois ne pas être forcément conscient. Le fait de poser la question permet au patient de s'analyser, de mettre des mots sur sa motivation et même d'exprimer d'autres attentes. La question « qu'est-ce que peut vous apporter le fait de savoir prendre votre tension artérielle ? » aide le patient à cerner l'importance que l'automesure peut avoir dans sa vie de tous les jours. La dernière question de la « fiche élaborée pour mieux connaître le patient, ses attentes » a pour but d'évaluer les autres besoins du patient en rapport avec la maladie. La réponse qu'il apportera permettra d'orienter le patient vers le PET si cela est nécessaire.

Le diagnostic éducatif proposé ici dans la fiche élaborée pour affiner le diagnostic éducatif du PEA n'est pas aussi poussé que celui du PET. Ceci s'explique par le fait que la compétence à acquérir est déjà définie dans le PEA. En effet, l'objectif est d'intégrer l'automesure tensionnelle dans le mode de vie du patient qui doit être capable d'une part d'effectuer une prise de mesure tensionnelle correctement et d'autre part de rapporter de manière fiable les résultats. Or le PET va permettre de déterminer les compétences globales que le patient a besoin d'acquérir pour mieux gérer sa maladie au quotidien comme l'automesure mais aussi d'autres éléments notamment en terme de diététique et d'activité physique.

La « fiche élaborée pour mieux connaître le patient, ses attentes » a été soumise au total à 5 patients. Dans un premier temps, lors d'une première séance de PEA, le 19 avril 2011, elle a été présentée à trois patientes. L'une de ces patientes est venue avec sa fille. Celle-ci n'a pas souhaité participer au PEA (questionnaire, fiche patient,...) mais qui a participé à la séance. Puis dans un deuxième temps lors d'une autre séance, cette fiche a été soumise à deux patients le 29 avril 2011.

En termes d'organisation, la séance s'est déroulée, dans les deux cas, de la façon suivante :

- accueil des patients et présentation de chaque participant à la séance ;
- explication du déroulement de la séance ;

- remise de la « fiche élaborée pour mieux connaître le patient, ses attentes » à chaque patient avec le questionnaire sur l'automesure. Le soignant a effectué les mesures nécessaires pour un patient donné afin de remplir la partie « données patient » (poids, taille, périmètre abdominal, tour du bras) de la fiche patient pendant que les autres patients remplissaient les documents remis. Ceci présente l'avantage de ne pas mettre le patient mal à l'aise quand on lui demande son poids ou son niveau d'études ;
- visionnage du chapitre 8 du DVD sur l'éducation thérapeutique. Le soignant a pu profiter de ce moment pour regarder les réponses des patients sur la fiche du diagnostic éducatif. Ce qui lui a permis de prendre en compte la perception de chaque participant sur la maladie de façon à intervenir rapidement sur les idées fausses profondément ancrées chez eux ;
- recueil des impressions, des idées marquantes du DVD avec un tour de table pour que chacun puisse s'exprimer sur ce qu'il vient de voir ;
- discussion des idées à retenir et des points pratiques à utiliser lors d'une prise de mesure tensionnelle ;
- démonstration du fonctionnement du tensiomètre et prise de mesure pour chaque patient ;
- distribution du relevé d'automesure à compléter durant une semaine et à ramener lors de la seconde séance.

En ce qui concerne la démonstration du fonctionnement du tensiomètre, nous avons procédé par étape :

- découverte de l'appareil : de quoi se compose-t-il ? A quoi servent ses différentes parties ? Que signifient les mots écrits sur l'appareil (sys., dia., pulse) et à quoi correspondent-ils ? On laissera une personne du groupe décrire les différentes parties du tensiomètre. Ensuite une autre personne expliquera à quoi servent ces différentes parties. Il serait bien de choisir pour la découverte de l'appareil quelqu'un ne sachant pas comment l'utiliser ;
- faire faire une démonstration d'utilisation du tensiomètre par un patient. Le soignant corrige si besoin et s'assure que chacun a compris la méthode ;
- demander à chaque membre du groupe de mettre son tensiomètre en place de façon à prendre sa tension artérielle. Le soignant vérifie le bon positionnement de l'appareil pour chaque patient ;

- après avoir pris la première mesure, le soignant demande au groupe comment rapporter les résultats obtenus. Le soignant corrige et valide la réponse donnée et s'assure que la méthode de report des valeurs obtenues est bien comprise. Il indique aussi au patient comment utiliser la fonction mémoire de son tensiomètre. Savoir utiliser cette fonction, permet au patient de pouvoir revenir sur ses mesures s'il n'a pas eu le temps de les consigner, ce qui arrive quand le tensiomètre s'éteint quelques minutes après la mesure.

A la fin de la séance, chaque patient est encouragé à remplir le relevé d'automesure qu'il ramènera lors de la deuxième séance. Cette dernière sera l'occasion pour le patient de faire part au soignant des difficultés rencontrées lors de l'utilisation du tensiomètre ainsi qu'aborder les questions qu'il s'est posé suite à la première séance.

L'utilisation de cette fiche a été intéressante à plus d'un titre. Les questions qui la composent ont incité chaque patient à la réflexion et ont permis à chacun d'en chercher les réponses dans le DVD. Ces points ont ainsi mieux marqué l'esprit de chacun.

D'autre part, cela a permis à chaque patient de faire le point sur ses connaissances avant d'en absorber de nouvelles. Les patients ont ainsi pu mettre des mots sur leur maladie et sur les facteurs qui l'influencent.

On a aussi eu une meilleure communication dans le groupe ainsi qu'un véritable échange. Le soignant est plus à l'aise car il sait ce que chacun a besoin d'acquérir en terme de connaissance et de compétences.

Les données recueillies pour ces patients figurent dans le tableau 4.

Les patients P15, P16 et P17 ont participé à une séance du PEA distincte de celle à laquelle les patients P18 et P19 ont assisté.

Le diagnostic éducatif réalisé à l'aide du questionnaire est certes intéressant et apporte un plus à l'éducation à l'automesure. Cependant, il n'est pas réalisé dans des conditions optimales. En effet, pour être bien construit le diagnostic éducatif doit être réalisé lors d'une séance individuelle au cours de laquelle le soignant apprend à connaître son patient en explorant en profondeur les cinq dimensions qui composent ce diagnostic éducatif. Après cette séance individuelle, le soignant va analyser les données recueillies ainsi que les attitudes du patient c'est-à-dire ce qu'il a exprimé par ses gestes, ses mimiques. Ceci lui permettra d'affiner le programme d'éducation thérapeutique qu'il va proposer au patient et de choisir en fonction de ce dernier les outils pédagogiques à utiliser, les compétences d'auto-soins et d'adaptation à acquérir. Cette connaissance du patient permet d'associer dans une séance collective des personnes avec les mêmes besoins et surtout les mêmes capacités d'apprentissage. La gestion du groupe s'en trouve du coup amélioré et chacun en retire des bienfaits.

D'autre part, le soignant dispose de peu de temps pour analyser les réponses aux questions posées sur la fiche élaborée pour améliorer le diagnostic éducatif. Cette analyse lui permet de corriger des idées erronées concernant l'hypertension artérielle et ce qui la fait varier, et de savoir qui parmi les patients sait se servir d'un tensiomètre. Cependant, il n'a pas le temps de se préparer par rapport aux réponses obtenues et n'a pas assez de recul par rapport à ce qu'il a appris de chaque patient.

Il serait bien de mettre le diagnostic éducatif en place après que la proposition de participer au PEA soit faite au patient. En fonction des disponibilités du patient, le soignant prend le temps de poser le diagnostic éducatif. Ensuite, ce dernier propose au patient de participer au PEA.

Ceci aura comme inconvénient de rebuter le patient en raison du temps à consacrer au diagnostic éducatif et aux deux séances du PEA. Concernant le soignant, il faudra aménager du temps pour réaliser le diagnostic éducatif patient par patient avant de faire une séance collective du PEA.

## **2) Améliorer l'évaluation du PEA**

L'évaluation est la dernière étape de l'éducation thérapeutique. Elle a pour objectif d'une part, d'évaluer les compétences acquises par le patient et d'autre part de réaliser une évaluation du programme par le patient.

Le PEA tel qu'il est conçu actuellement comporte une évaluation des connaissances acquises par le patient à l'aide du questionnaire sur l'automesure rempli lors de la seconde séance. Il comporte également une évaluation de la façon de rapporter les résultats obtenus en automesure quand le patient remet son relevé d'automesure.

On peut donc proposer d'affiner l'évaluation réalisée dans le PEA. Il est possible de rajouter une évaluation de la capacité du patient à bien utiliser son tensiomètre. Pour ce faire, le soignant, lors de la deuxième séance laisse le patient positionner son tensiomètre, effectuer la mesure et reporter la valeur obtenue. La manière de procéder du patient pourra alors être évaluée et éventuellement corrigée par le soignant. Il est également envisageable de faire expliquer au patient par écrit ou à l'oral comment il fait la mesure avant de le laisser effectuer la démonstration de l'utilisation du tensiomètre.

D'autre part, un questionnaire court peut-être proposé au patient pour recueillir son appréciation. L'objectif de ce questionnaire serait de savoir si le programme a répondu aux attentes du patient en termes de connaissances et de compétences par rapport à l'usage du tensiomètre. Si ce n'est pas le cas, on invitera le patient à expliquer ce dont il aurait eu besoin en terme de savoir et de savoir-faire. L'évaluation pourra être l'occasion pour le patient d'évoquer les besoins d'acquérir des compétences dans d'autres domaines tels que l'alimentation ou la pratique d'une activité physique adaptée. Cette évaluation pourra donc aboutir sur une offre complémentaire d'éducation thérapeutique du patient.

L'évaluation est aussi l'occasion pour le soignant de faire le point sur ses pratiques, sur les méthodes pédagogiques utilisées et sur sa capacité de faire preuve d'empathie. Cette évaluation du soignant peut se faire en demandant au patient ce qu'il pense du déroulement des séances, des outils utilisés, de la manière de faire du soignant : est-il à l'écoute, prend-t-il le temps d'expliquer et de s'assurer que ce qu'il transmet est acquis, etc.

Le questionnaire suivant a été élaboré de façon à améliorer l'évaluation du PEA.



# Fiche d'évaluation du PEA



Nom du patient : .....

Prénom du patient : .....

Que pensez-vous du programme d'éducation à l'automesure auquel vous avez participé ?  
(horaire, durée, lieu, contenu, intervenant, autre)

.....  
.....  
.....

Ce programme a-t-il répondu à vos attentes ?.....  
Si non, qu'auriez-vous eu besoin d'apprendre concernant l'automesure ?

.....  
.....  
.....

A la fin des deux séances, savez-vous utiliser votre tensiomètre correctement ?.....  
Si non, quels sont les points que vous souhaiteriez mieux comprendre pour savoir utiliser votre tensiomètre correctement ?

.....  
.....  
.....

Qu'est-ce que ces deux séances vous ont apporté (savoir, savoir faire, savoir être) ?

.....  
.....  
.....

Allez-vous mettre ce que vous avez appris sur l'automesure en application ?.....  
Si non, pourquoi ?

.....  
.....  
.....

Ce programme d'éducation à l'automesure vous a-t-il aidé à mieux vivre votre maladie ?

.....  
.....  
.....

Qu'auriez-vous besoin de savoir ou de savoir faire pour mieux gérer et mieux vivre votre maladie au quotidien ?

.....  
.....  
.....

Cette fiche d'évaluation du PEA par le patient sera remplie par ce dernier lors de la deuxième séance du PEA juste après que le questionnaire d'automesure ait été soumis au patient par le soignant.

Ce sont des questions ouvertes qui permettent à chaque patient de donner son avis. Le soignant utilisera les réponses obtenues pour proposer des améliorations au PEA et pour améliorer sa pratique quotidienne.

Ce questionnaire d'évaluation a été mis en place le 26 avril 2011 et a été soumis à trois patients.

La deuxième séance s'est déroulée de la façon suivante :

- accueil des patientes,
- explication du déroulement de la séance,
- les patientes sont invitées à remplir le questionnaire d'automesure et la fiche d'évaluation,
- révision des points importants à retenir à l'issue des deux séances,
- analyse des résultats d'automesure obtenus. Le soignant vérifie que la manière de rapporter les résultats est bien acquise ainsi que les conditions dans lesquelles les prises de mesures se sont déroulées ;
- vérification du mode d'utilisation du tensiomètre. Chaque patiente est invitée à mettre le tensiomètre en place pour faire une mesure de la tension et le soignant vérifie que le tensiomètre est bien placé. Si ce n'est pas le cas il apporte les corrections nécessaires ;
- remise des carnets sur l'automesure élaborés par le CFLHTA qui comporte des rappels concernant l'automesure avec un relevé d'automesure. Le soignant remet également des exemplaires vierges de relevés d'automesure ;
- présentation du PET et remise du dépliant présentant les actions du réseau.

Cette séance a été riche en enseignement sous plusieurs rapports. Dans un premier temps, il est intéressant de laisser le patient nous montrer comment il effectue la mesure de sa pression artérielle : du positionnement du tensiomètre jusqu'au report des valeurs obtenues sur le relevé d'automesure.

Cela permet de corriger :

- les erreurs de positionnement du tensiomètre. Ce fut d'ailleurs le cas d'une patiente qui positionnait son tensiomètre au poignet comme une montre et laissait son bras sur la table au lieu de le positionner à hauteur du cœur. Le fait de la laisser faire a permis de constater qu'elle n'avait pas acquis la bonne manière d'utiliser son tensiomètre. Certains patients enlèvent le brassard entre chaque mesure, ce qui rend fastidieux le respect de la « règle des 3 ». Corriger une telle erreur aidera le patient à adhérer à l'automesure ;
- les erreurs de report des valeurs sur le relevé d'automesure,
- les erreurs concernant le nombre de mesures à effectuer d'affilée. Certains oublient de faire trois mesures de suite,

Il aurait été intéressant de présenter le questionnaire d'évaluation du PEA à la fin de la deuxième séance et non en même temps que le questionnaire d'automesure. Ainsi, le patient aurait pu donner une évaluation des deux séances, autrement dit un avis global.

Le questionnaire d'évaluation du PEA a permis de mettre en évidence ce que les patientes ont retiré de ces deux séances, ce qu'elles auraient eu besoin de savoir et de savoir-faire pour mieux gérer la maladie au quotidien. Les besoins exprimés concernent la conduite à tenir en cas d'obtention de chiffres tensionnels anormaux mais aussi des conseils sur la manière de mieux s'alimenter en utilisant des produits locaux (igname, fruit-à-pain, madère,...). Ces questions permettent de discerner quel patient souhaite aller plus loin dans la prise en charge de sa maladie.

Le questionnaire d'évaluation a aussi mis en évidence qu'une des patientes n'avait pas compris tout les éléments examinés lors de la première séance, notamment ce qui concerne la « règle des 3 » et la manière d'utiliser son tensiomètre au poignet.

En soumettant ce questionnaire aux patients, il est apparu que certaines questions n'étaient pas claires en particulier la question « qu'est-ce que ce deux séances vous ont apporté ». La question en elle-même est compréhensible mais les suggestions entre parenthèses c'est-à-dire « savoir, savoir-faire, savoir-être » le sont moins pour les patients. Un autre questionnaire d'évaluation plus simple a donc été mis en place et comporte les questions suivantes :



# Fiche d'évaluation du PEA (nouvelle version)



Nom du patient : .....

Prénom du patient : .....

Que pensez-vous du programme d'éducation à l'automesure auquel vous avez participé ?

Horaires :  trop tôt  trop tard  corrects  autre

Durée :  trop longue  trop courte  correcte  autre

Lieu :  accessible  non accessible  autre

Contenu  clair  pas assez clair  autre

Déroulement  bien organisé  trop fouillis  autre

Intervenant  à l'écoute  pas assez à l'écoute  autre

Autres remarques : .....

.....  
.....

Ce programme a-t-il répondu à vos attentes ? .....

Si non qu'auriez-vous eu besoin d'apprendre concernant l'automesure ?

.....  
.....  
.....

A la fin des deux séances, savez-vous utiliser votre tensiomètre correctement ? .....

Si non, quels sont les points que vous souhaiteriez mieux comprendre pour savoir utiliser votre tensiomètre correctement ?

.....  
.....  
.....

Qu'est-ce que ces deux séances vous ont apporté

- une meilleure connaissance de la maladie
- savoir utiliser un tensiomètre
- moins de stress dans le quotidien avec la maladie
- autre :

Allez-vous mettre ce que vous avez appris sur l'automesure en application ? .....

Si non, pourquoi ? (trop contraignant ? pas utile ? autre ?)

.....  
.....

Qu'auriez-vous besoin de savoir ou de savoir faire pour mieux gérer et mieux vivre votre maladie au quotidien ? .....

.....  
.....

Lors de la dernière séance de PEA réalisée cette nouvelle version de la fiche d'évaluation du PEA a été soumise au patient participant à la séance à la fin de celle-ci. Il est apparu que les questions abordées et le format de la nouvelle version de la fiche d'évaluation étaient plus clairs et plus précis pour le patient.

L'utilisation de cette fiche a permis de mettre en évidence les préoccupations de la patiente concernant l'automesure. Cette fiche est utile pour que le patient évalue le PEA. Son regard et sa façon de percevoir le programme sont indispensables pour améliorer le PEA car le patient qui vit sa maladie au quotidien sait mieux que le soignant ce dont il a réellement besoin.

### **3) Elaborer une fiche pratique**

Il a été constaté que tous les participants au PEA ne retiennent pas toutes les notions abordées lors de la première séance en particulier les patients âgés. Certains patients disent ne pas savoir si les chiffres tensionnels obtenus étaient bons car ils n'arrivaient pas à retenir les valeurs seuils de l'hypertension artérielle.

Une autre patiente n'a pas retenu la « règle des 3 ». De ce fait, quand elle a fait les prises de mesures durant la semaine précédant la deuxième séance, elle n'a fait qu'une seule mesure le matin et le soir.

De plus, les personnes participant à ces séances sont des patients âgés qui pour la plupart ont arrêté leurs études au primaire ou au collège. Ces personnes ont des capacités de compréhension et d'assimilation des informations différentes par rapport à des patients plus jeunes qui en général ont un niveau d'étude supérieur. Ces patients plus âgés ont du mal à retenir les éléments nouveaux concernant l'automesure. Ils ont donc des difficultés à effectuer correctement chez eux les gestes appris au cours de la première séance, d'autant plus s'ils ont des croyances allant à l'encontre de notre méthodologie.

Tous ces éléments ont amenés à la conclusion qu'il serait utile d'élaborer une fiche pratique rappelant à chaque patient les principes de base de l'automesure abordés lors de la première séance du PEA. Cela leur permettra une fois arrivés chez eux d'avoir un support écrit auquel se référer de manière à effectuer la prise de mesures correctement. Ce support écrit les aidera à mémoriser les bonnes pratiques d'automesure car il comporte des images illustrant la position dans laquelle s'effectue la mesure suivant le tensiomètre que possède le patient.

Une fiche pratique intitulée « l'automesure en pratique » a donc été élaborée et elle sera remise au patient à la fin de la première séance du PEA.

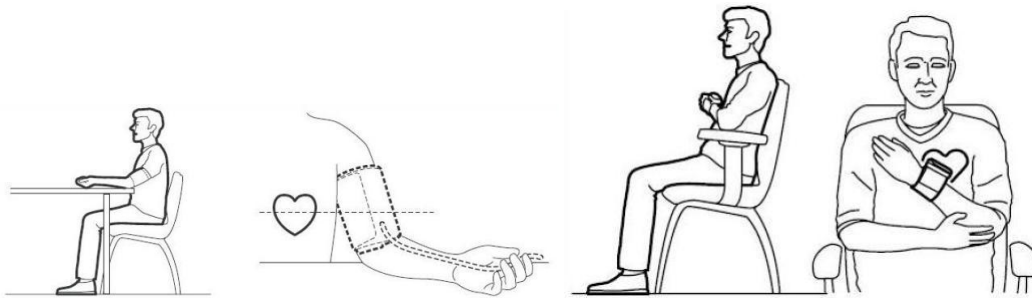


## L'automesure en pratique



### ❖ La mesure de la tension artérielle s'effectue :

- ✓ après 5 minutes de repos
- ✓ assis devant une table
- ✓ main ouverte
- ✓ avec le bras ou le poignet à hauteur du cœur



### ❖ La mesure de la tension artérielle suit la « règle des 3 » :

- ✓ 3 mesures le matin, entre le lever et le petit déjeuner, à une minute d'intervalle,
- ✓ 3 mesures le soir, entre le dîner et le coucher, à une minute d'intervalle,
- ✓ pendant les 3 jours qui précèdent une consultation médicale.

(Remarque : il est inutile d'enlever et de positionner de nouveau le tensiomètre entre chaque série de 3 mesures réalisées)

- ❖ Les valeurs obtenues doivent être reportées dans un tableau et montrées au médecin.
- ❖ Les valeurs obtenues en automesure doivent être inférieures à 135/85 mm Hg.

#### **4) Amélioration du classeur-chevalet**

Le classeur- chevalet est une alternative au DVD dans les cas où l'on ne dispose pas du matériel nécessaire pour le visionner.

Cependant, contrairement au DVD, le classeur-chevalet ne contient pas de conseils concernant les mesures non médicamenteuses à associer à la prise en charge du patient hypertendu. Il faudrait donc compléter ce classeur en rajoutant des conseils pratiques sur l'alimentation, sur le type d'activité physique que le patient peut pratiquer de façon régulière, sur l'importance de diminuer la consommation d'alcool et d'arrêter le tabac.

Il convient également de rappeler aux patients qu'ils ne doivent faire aucune modification de leur traitement sans avoir consulté le médecin. Ceci concerne les modifications de posologies, les interruptions de prises, les associations médicamenteuses mais aussi l'usage de la phytothérapie « artisanale ».

#### **5) Conduite à tenir en cas d'obtention de valeurs anormales**

Lors de l'évaluation du PEA, plusieurs patients ont trouvé qu'il manquait des conseils concernant la conduite à tenir en cas d'obtention de valeurs plus élevées ou plus faibles que les valeurs normales de la pression artérielle.

Dans ce cas, il est conseillé de noter ces valeurs et d'en parler avec leur médecin traitant qui adaptera le traitement pour éviter la survenue d'hypo ou d'hypertension. Cependant, les patients souhaitent être capables de réagir en cas d'hypo ou d'hypertension car au moment où cela survient et en fonction des symptômes qui accompagnent cet événement, le médecin n'est pas toujours disponible. Il convient donc de pouvoir agir de façon autonome.

Il serait donc possible d'introduire dans le PEA, la conduite à tenir en fonction des chiffres tensionnels obtenus :

- si le patient obtient des chiffres élevés c'est-à-dire une pression artérielle systolique (PAS) supérieure à 180 mm Hg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) supérieure à 110 mm Hg sans signes cliniques associés, il convient de noter les chiffres obtenus, de prévenir le médecin et de rester au repos. Le médecin décidera de la conduite à tenir ;
- si le patient a une PAS supérieure à 180 mm Hg et/ou une PAD supérieure à 110 mm Hg avec des signes cliniques associés, il doit être emmené aux urgences au plus vite pour pouvoir être pris en charge en milieu spécialisé.

Les signes cliniques associés dont il est question sont des signes non décelables à l'officine. Il s'agit de signes de souffrance viscérale comme un accident neurologique, une insuffisance cardiaque aiguë, un syndrome coronarien aigu, une dissection aortique, une éclampsie, une détérioration rapide de la fonction rénale ou encore une baisse de la vue [29].

Ces notions pourraient être abordées lors de la seconde séance à l'aide d'une planche qui compléterait le contenu du classeur-chevalet. Le soignant pourra, à l'issue de cette séance, remettre au patient, un document résumant la conduite à tenir en cas d'hypo ou d'hypertension accompagnée de signes cliniques.



## Conduite à tenir en cas d'obtention de valeurs anormales de la pression artérielle



A partir de quelle valeur de la pression artérielle dois-je m'inquiéter ?



- ❖ Si la pression artérielle mesurée en automesure est élevée:

Pression artérielle systolique (PAS) > 180 mm Hg  
et/ou  
Pression artérielle diastolique (PAD) > 110 mm Hg



- ✓ Et qu'il y a *un ou plusieurs signes cliniques* (baisse de la vue, paralysie, trouble du langage, difficultés respiratoires, apparues brutalement): je dois composer le 15 pour être emmené aux urgences au plus vite pour une prise en charge spécialisée

- ✓ Et qu'il n'y a *pas de signes cliniques* : je dois écrire les résultats obtenus, appeler mon médecin et me reposer.



- ❖ Si la pression artérielle systolique est basse c'est-à-dire inférieure à 10 mm Hg **ET** qu'il y a des évanouissements ou des étourdissements : je dois contacter le médecin pour qu'il réévalue mon traitement.

## **6) Explication des fonctionnalités du tensiomètre**

Le PEA permet au patient d'acquérir la bonne méthode de mesure de sa pression artérielle. Mais il n'explique pas au patient comment utiliser les fonctionnalités pratiques de son tensiomètre.

Ces fonctionnalités permettent au patient de gérer la mémoire du tensiomètre. Il peut ainsi, suivant l'appareil, effacer des valeurs et enregistrer ses chiffres tensionnels à un emplacement différents de celui d'une autre personne. Pour utiliser ces fonctionnalités, le patient dispose d'une notice située à l'intérieur de l'appareil. Ceci lui permet d'apprendre à les utiliser.

Cependant, les patients se contentent en règle générale de ce qu'on leur a appris. Rares sont les patients qui lisent la notice d'un appareil. Il peut-être intéressant que le soignant parle de la fonctionnalité permettant d'enregistrer deux séries de valeurs correspondant à deux personnes différentes dans le cadre par exemple d'un couple utilisant le même appareil. Ceci leur permettra de savoir comment distinguer les mesures du mari de celle de son épouse et leur évitera d'avoir à acheter un autre tensiomètre.

Il serait donc intéressant que le soignant se familiarise avec les particularités en terme de fonctionnalité que présentent les tensiomètres les plus souvent rencontrés. Ceci lui permettra non seulement, de savoir répondre aux questions que le patient lui posera à ce sujet mais aussi d'apporter un plus au patient dans l'utilisation régulière de son tensiomètre.

## **C) Mise en place du Programme d'Education Thérapeutique à l'officine : témoignage du Docteur Line PIERRE-JUSTIN**

Le Programme d'Education Thérapeutique du réseau HTA-GWAD requiert une formation de niveau 2 en éducation thérapeutique. Il s'agit d'une formation qui dure au minimum 40 heures et qui rend un soignant apte à faire de l'éducation thérapeutique selon un programme validé.

Cette formation a été faite en 2009 pour les professionnels de santé membres du réseau.

Au vu du coût de la formation, il n'est pas prévu pour l'instant de formation de niveau 2 en éducation thérapeutique initiée par le réseau HTA-GWAD. Les membres qui le souhaitent peuvent se former par divers organismes en Guadeloupe ou en France.

Aucun pharmacien de la pharmacie WERTER-CARUEL ne dispose de la formation nécessaire à la mise en place du PET à l'officine. La seule possibilité, dans l'immédiat, d'y organiser des séances de PET, pour les patients intéressés ou qui en auraient besoin, est de faire venir un professionnel de santé ayant la formation de niveau 2 pour animer ces séances d'éducation thérapeutique.

Cependant, le Docteur Line PIERRE-JUSTIN, pharmacienne d'officine exerçant à Morne-à-l'eau (centre de la Grande-Terre, Figure 2) depuis 25 ans a mis le PET en place dans son officine, la pharmacie de l'Avenir. Elle est la première pharmacienne à avoir adhéré au réseau HTA-GWAD et à avoir participé aux différentes formations organisées par le réseau sur le PEA et le PET. Elle a accepté de me faire part de son expérience ainsi que de l'organisation pratique qui a été nécessaire à la mise en place à l'officine du programme d'éducation thérapeutique du réseau HTA-GWAD. Elle m'a également donné la possibilité d'assister à la réalisation du diagnostic éducatif lors d'une séance d'éducation thérapeutique d'un patient hypertendu.

Les informations recueillies lors d'un entretien avec le Docteur PIERRE-JUSTIN illustrent les aspects pratiques liés à la mise en place de l'éducation thérapeutique à l'officine.

## **I) Formation**

Dans un premier temps, le Docteur PIERRE-JUSTIN a bénéficié de la formation en éducation thérapeutique organisée par le réseau HTA-GWAD fin 2009. Elle était la seule pharmacienne présente lors de cette formation parmi d'autres professionnels de santé.

Cette formation, de 40 heures réparties sur deux séries de trois jours, à été assurée par l'IREPS de Montpellier, à Capesterre, ville située au sud-est de la Basse-Terre (Figure 2).

## **II) Organisation propre à l'officine**

Suite à cette formation, le Docteur PIERRE-JUSTIN a mis en place le PET du réseau HTA-GWAD à l'officine.

Cette mise en place a été rendue possible par une organisation interne :

- avoir une salle dédiée à l'éducation thérapeutique, isolée du reste de l'officine et accessible par un escalier extérieur, ce qui évite au patient d'avoir à traverser l'officine pour y accéder. Cette pièce est aménagée de manière à recevoir du public (table, chaises, climatisation) ;
- s'équiper du matériel nécessaire pour assurer les séances (ordinateur, vidéoprojecteur, mur blanc),
- mettre en place un agenda dédié à l'éducation thérapeutique avec une délimitation des plages horaires réservés à cette activité. Cela permet aux collaborateurs de pouvoir eux aussi proposer le PET aux patients. Les rendez-vous, les noms et les coordonnées des patients y sont inscrits ainsi que le type de séance dont il s'agit,
- ranger les documents nécessaires aux séances du PET dans un classeur à levier. Il s'agit non seulement des documents vierges du réseau HTA-GWAD mais aussi des fiches patients remplies au cours des séances.

### III) Déroulement des séances

#### 1) Inclusion des patients

L'inclusion est l'étape préalable permettant au patient d'entrer dans le Programme d'Education Thérapeutique du réseau HTA-GWAD. Selon le Docteur PIERRE-JUSTIN, l'inclusion repose :

- d'une part sur des critères objectifs : *« Le réseau HTA-GWAD donne aux professionnels de santé, pouvu qu'ils soient formés, la possibilité d'inclure eux-mêmes les patients suivant un critère d'inclusion bien défini. Le patient inclut présente une hypertension compliquée c'est-à-dire associée à l'un des facteurs aggravants suivants : diabète, dyslipidémie, obésité et inobservance. ».*
- d'autre part, sur des critères humains ou subjectifs propres au soignant et/ou au patient. *« Si le patient est réceptif à mon discours lors de la délivrance des médicaments et si je sens que le courant passe bien avec lui de sorte que je me sens capable de lui parler d'ETP alors je lui en fait la proposition. ».*

En pratique, au comptoir, pour inclure un patient ayant une hypertension compliquée dans le PET, le Docteur PIERRE-JUSTIN lui pose la question suivante : *« est-ce que cela vous intéresserait que nous nous rencontrions pour parler d'hypertension ? ».* Cette question soulève l'intérêt de la personne qui demande plus de précisions (intérêt, lieu, coût...). Après avoir apporté les renseignements demandés, et précisé que cette approche de la maladie se déroule sur plusieurs rendez-vous étalés sur 6 mois, un rendez-vous est pris pour la première séance. Un carton d'invitation est remis au patient (Figure 5). Le nom, les coordonnées du patient et le type de séance à laquelle il va participer sont notés sur l'agenda dédié à l'ETP.

#### 2) Première Séance

La première séance du PET du réseau HTA-GWAD est une séance collective d'une durée de 45 minutes. Le jour du rendez-vous, le pharmacien ou l'un de ses collaborateurs appelle les participants pour leur rappeler le rendez-vous.

Le Docteur PIERRE-JUSTIN accueille les patients et *« s'assure que les conditions minimales de confort sont remplies : les patients sont bien assis, pas trop de bruit, pas trop chaud et je leur offre de l'eau fraîche ».* Après s'être présenté en tant que professionnel de santé formé à l'ETP, elle explique ce qu'est l'éducation thérapeutique. C'est lors de la première séance que l'expression « éducation thérapeutique » est employée et non lors de l'inclusion du patient pour *« ne pas effrayer les gens car le mot éducation peut-être mal perçu par les patients car il a une connotation de contrainte, de leçon à apprendre dans leurs têtes ».* Cela lui donne l'occasion d'expliquer pourquoi elle fait de l'ETP dans le cadre de l'hypertension artérielle et pas dans le cadre d'une autre maladie chronique.

La fiche patient correspondant à la première séance du PET (Figure 16) et fournie par le réseau HTA-GWAD est alors remplie. Elle comporte des données anthropométriques et socio-professionnelles ainsi qu'un questionnaire d'évaluation initiale des connaissances qui sera utile quand on voudra évaluer l'évolution des connaissances du patient sur sa pathologie.

Les patients qui ont du mal à lire sont aidés à remplir le questionnaire.

Nom et prénom du patient :

**J 1 : Séance collective : 90 mn**

(copie à adresser au réseau)

Nom du patient : ..... Prénom : ..... Sexe :  H ;  F  
Poids : ..... Taille : ..... IMC : ..... Tour de taille : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Age : ..... Lieu de naissance : .....  
Niveau d'instruction :  
Primaire  Collège  Lycée  Niveau Supérieur   
Profession : .....  
Situation professionnelle actuelle :  
Travaille  Sans emploi  Retraité  Autres   
Conditions de vie : Seul  En famille  Nombre de personnes au foyer : .....  
Adresse : ..... Téléphone : .....  
Médecin traitant : Nom et lieu d'exercice : .....  
Infirmier à domicile : Nom et lieu d'exercice : .....  
Séance réalisée par : ..... (IDE  ; Médecin ) : .....  
Lieu : ..... Date de la séance : .....

**Questionnaire succinct d'évaluation initiale des connaissances**

*Quels sont selon vous les chiffres normaux de la tension artérielle ?*.....

*(Souvent le patient donne un seul chiffre, ex 13,8 ; bien le faire apparaître)*

*Pouvez-vous citer au moins une complication d'une HTA négligée.*

- .....
- .....
- .....

*Pouvez-vous citer au moins 2 règles hygiéno diététiques à mettre en place lorsque l'on est hypertendu ?*

- .....
- .....
- .....

*Le traitement médical pour Hypertension Artérielle doit-il être suivi à vie ?*

Oui  Non

*Autres facteurs de risque : actuellement, en dehors du traitement médical pour l'HTA :*

- Prenez-vous un médicament pour traiter le **cholestérol** ?  
- Oui  Non
- Prenez-vous un médicament pour traiter le **diabète** ?  
- Oui  Non
- Prenez-vous un médicament pour traiter une maladie du cœur et des artères autre que l'HTA ?  
- Oui  Non
- Si OUI Précisez maladie, (Coronaire, Antiarythmique) : .....
- Actuellement est ce que vous **fumez** ?  
- Oui  Non
- Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu une activité physique régulière, y compris la marche (au moins 30 minutes trois fois par semaine ou 90 minutes une fois par semaine) ?  
- Oui  Non

***Visualisation collective du DVD sur l'HTA***

Figure 16 : Fiche patient de la première séance du PET

Après avoir rempli le questionnaire d'évaluation initiale des connaissances, le DVD élaboré par le réseau HTA-GWAD est visionné en entier par les participants. Ce DVD pose les grandes bases de l'hypertension artérielle (définition, physiopathologie, facteurs de risque, complications, etc.), associée à des images loco-régionales très parlantes. On peut le faire écouter au patient en français ou en langue vernaculaire (en créole).

Le DVD tel qu'il est conçu comporte des moyens mnémotechniques indiquant au soignant les moments où il doit marquer une pause afin de s'entretenir avec les patients de ce qu'ils ont vu et de faire des commentaires. Ces moments sont matérialisés par les surfaces d'eau. Cependant, le Docteur PIERRE-JUSTIN, n'attend pas ce moment pour faire participer les patients : *« au départ, je mets les participants à l'aise en leur disant : « ce moment c'est le votre, dès que vous avez quelque chose à dire, n'attendez pas que j'arrête le film, vous n'avez qu'à intervenir pour poser une question ou pour demander, apporter une précision, réagir à ce qui a été dit ». Le film ne laisse jamais les patients indifférents. Ils réagissent à ce qu'ils ont vu et n'hésitent pas à poser des questions ».*

A la fin de cette première séance, le Dr PIERRE-JUSTIN se renseigne auprès des patients : *« avez-vous perdu votre temps ? Avez-vous gagné quelque chose ? Est-ce que cela vous intéresse de continuer ? ».* Un rendez-vous est alors pris avec les patients qui souhaitent continuer.

### **3) Deuxième séance**

La deuxième séance est une séance individuelle où le soignant met en place le diagnostic éducatif. Elle se déroule une semaine après la première séance et dure entre 30 et 45 minutes. Cette séance peut se faire avec deux personnes quand il s'agit d'un couple, que les deux personnes du couple soient hypertendues ou que ce soit un des conjoints qui le soit, l'autre étant présent pour le soutenir ou l'accompagner.

Le diagnostic éducatif est un entretien qui repose sur un document remis par le réseau HTA-GWAD. Il s'agit d'explorer à l'aide de cette grille les cinq dimensions du diagnostic éducatif. Cette grille aide le soignant à mener un entretien semi-directif qui aboutit sur une alliance thérapeutique à condition que le patient accepte de se livrer. En effet, comme l'explique le Dr PIERRE-JUSTIN *« la séance peut ne pas être fructueuse, car le patient peut ne pas se livrer et le soignant peut passer à côté ».*

La grille qui sert de base au diagnostic éducatif (Figure 17) comporte quatre pages et permet d'explorer les cinq dimensions du patient.

Nom et prénom du patient :

**2ème séance (Individuelle) à J7 ou J 15: 60 mn :**

**Consultation d'orientation : Bilan Educatif Partagé**  
**Diagnostic Educatif**

**CE QU'IL A : Son état de santé, l'histoire de sa maladie. (Perception et vécu) :**

- Ancienneté de l'HTA :.....
- Avez-vous eu par le passé une complication de votre HTA ?.....
- Ancienneté du traitement pour l'HTA :.....
- L'HTA, est-ce selon vous une maladie ?
- Selon vous, à quoi attribuez-vous votre maladie ?
- Est-ce une maladie passagère, chronique ou à vie ?
- Comment pensez-vous quelle va évoluer ?.....
- Quelles sont vos inquiétudes face à la maladie ?
- .....
- Quelles sont les conséquences dans votre vie
- quotidienne.....
- Quels sont vos passe-temps préférés ?.....

**CE DONT IL A ENVIE : Ses centres d'intérêts et ses projets.**

- Y a-t-il des choses que vous aimeriez savoir ou apprendre pour mieux prendre en charge votre maladie ?
- .....
- Qu'attendez-vous de cet entretien ?
- .....
- Quel projet vous tient particulièrement à cœur pour l'avenir dans votre vie personnelle?
- .....

**SON ALIMENTATION**

Pensez-vous que votre alimentation influe sur votre état de santé :.....

Si patient en surpoids :

- Pensez-vous que votre alimentation influe sur votre poids ?
- Pensez-vous que votre surpoids influe sur votre HTA ?
- Précisez .....

Combien de repas faites-vous par jour .....

Mangez vous régulièrement des fruits et légumes verts tous les jours .....

Aimez-vous manger très salé ou resalez-vous vos plats avant de les avoir goûtés ?.....

Qui cuisine ?.....

Qui fait les courses ?.....

Avez-vous des difficultés, (par exemple financières) pour manger sainement ?.....

Figure 17 : Document servant de base à l'élaboration du diagnostic éducatif du PET

Nom et prénom du patient :

### ACTIVITES PHYSIQUES

L'activité physique fait-elle partie d'un de vos passe-temps ?.....

Si oui, rencontrez- vous des difficultés pour en faire ? : Lesquelles :

Précisez si difficultés à faire de l'activité physique de loisirs, si oui : lesquelles ?

Pensez-vous que faire de l'activité physique régulière est bénéfique pour votre santé et votre HTA ?:

Pratiquez-vous régulièrement une activité physique ?, .....

Si oui laquelle : ..... : durée : ..... et fréquence: .....

Si non pourquoi ?:.....

Il y a-t-il une activité physique que vous aimeriez pratiquer ?:.....

Selon vous, pour votre santé et afin d'éviter la sédentarité, le temps minimal à consacrer à une activité physique modérée, (ou à la marche à bonne allure) devrait être par jour de :.....

**Activités physiques dans la vie de tous les jours**, (Effectuées au moins 10 minutes d'affilée) :

- *les activités physiques modérées (en dehors de la marche), définies comme celles qui demandent un effort physique modéré et font respirer un peu plus difficilement que normalement*
- *les activités physiques intenses définies comme celles qui demandent un effort physique important et font respirer beaucoup plus difficilement que normalement*
- *et la marche.*

Ces activités doivent être effectuées au moins dix minutes d'affilées.

Type d'activité	Durée moyenne par jour dans la semaine précédant la séance individuelle						
	L	M	Me	J	V	S	D
<u>Activité physique modérée, (en dehors de la marche)</u>							
<u>Activité physique intense</u>							
<u>Marche</u>							

### SON TRAITEMENT

- a) **Connaissez-vous les noms de vos médicaments pour votre hypertension artérielle,**

1  : Bonne connaissance, (cite tous ces médicaments)

2  : Connaissance partielle,

3  : Ne connais pas son traitement

4  : A cependant toujours sur lui son ordonnance, (ou carnet)

- b) **Pensez-vous que le traitement vous est bénéfique ?** 1  : Oui ; 2  : Non ; 3  : Autre :

Figure 17 : Document servant de base à l'élaboration du diagnostic éducatif du PET (suite)

Nom et prénom du patient :

- c) Est-ce que certains médicaments provoquent chez vous des effets indésirables ?

1  : Non ; 2  : Oui ; Si oui lesquels :

En avez-vous parlé à votre médecin : 1  : Non 2  : Oui

- d) Vous arrive t-il de ne pas prendre vos médicaments ?

Oui  Non

Si oui, pourquoi ? :

- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> : Inefficace                           | 2 <input type="checkbox"/> : Effets indésirables: lesquels : ..... |
| 3 <input type="checkbox"/> : Trop de comprimés                    | 4 <input type="checkbox"/> : Prix élevé                            |
| 5 <input type="checkbox"/> : Pour les remplacer par des thés pays | 6 <input type="checkbox"/> : J'oublie                              |
| 7 <input type="checkbox"/> : Je me sens bien, pas malade          | 8 <input type="checkbox"/> : Autre : .....                         |

**Prise du traitement antihypertenseur au cours de la semaine**

En général par semaine, vous prenez votre traitement antihypertenseur pendant :

7 jours/7  5 ou 6 jours/7  moins de 5 jours/7

NB : Visualisation avec le patient et son entourage de l'ordonnance, ou des médicaments, avec explication et individualisation de chaque traitement

\*\*\*\*\*

- **Donner une note à votre santé et à votre moral.** (1 très mauvais, 5 moyen, 10 très bon)

Santé :            
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Moral :            
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Synthèse en 3 axes de l'entretien avec le patient :**

Difficultés à surmonter, problèmes à résoudre :

Points forts sur lesquels on pourra s'appuyer :

Priorités de la démarche éducative :

**Propositions :**

- : Prise en charge diététique, (5 Consultations<sup>o</sup> prises en charge par le réseau)
- : Prise en charge par un psychologue, (problèmes et soucis personnels)
- : Education à l'automesure
- : Reprendre une activité physique régulière avec l'aide d'un éducateur physique,
- : Autres : .....

Figure 17 : Document servant de base à l'élaboration du diagnostic éducatif du PET (suite)

Nom et prénom du patient :

**Synthèse suite à cette visite V2 de l'entretien avec le patient et Projet de Santé**  
(Copie à adresser au réseau 1101 résidence la Marina, Gourbeyre, 97113)

**Nom du patient :** ..... **Prénom :** .....  
**Séance réalisée par :** ..... (IDE  : Médecin ) : .....

**Lieu :** ..... **Date de la séance :** .....

**Difficultés à surmonter, problèmes à résoudre :**  
.....  
.....  
.....

**Points forts sur lesquels on pourra s'appuyer :**  
.....  
.....

**Priorités de la démarche éducative :**  
.....  
.....

**Des choses très concrètes que je pourrais faire pour améliorer ma santé :**  
(Exemples : Perte de poids ; Prendre régulièrement mes médicaments ; Diminuer ma consommation d'alcool (si consommation > 3 verres/jour) ; Reprendre une activité physique régulière ; Revoir mes habitudes alimentaires ; Mieux contrôler ma TA grâce à une meilleure utilisation de l'auto mesure (Si dispose d'un appareil ou : prévoit d'en acquérir) ; Autre, (projet plus personnel ++)

**Parmi ces propositions, je me fixe un ou plusieurs objectifs (actions) que je peux réaliser à court terme**

.....  
.....

**J'évalue ma motivation :**

Entre 0 et 10, je situe la chance que j'ai de réaliser mon projet (cochez une case) :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Je note le pour et le contre :**

**Pour :** .....  
**Contre :** .....

**Propositions :**

- : Prise en charge diététique, (5 Consultations<sup>o</sup> prises en charge par le réseau)
- : Prise en charge par un psychologue, (problèmes et soucis personnels)
- : Education à l'automesure
- : Reprendre une activité physique régulière avec l'aide d'un éducateur physique,
- : Autres : .....

Copie du questionnaire d'évaluation (1<sup>ère</sup> séance), et de la synthèse et projet de santé (2<sup>ème</sup> séance)  
à adresser au Réseau HTA-GWAD, 1101 résidence la Marina, Gourbeyre, 97113

Figure 17 : Document servant de base à l'élaboration du diagnostic éducatif du PET (suite)

A la fin de la séance, une alliance thérapeutique est conclue avec le patient en fonction des besoins que le diagnostic éducatif a permis de mettre en évidence. Cette alliance est constituée de plusieurs objectifs à atteindre par le patient. Chaque objectif doit être simple, clair et accessible au patient. Pour chaque objectif, la manière pratique de pouvoir l'atteindre est explorée. Par exemple, si l'objectif est la pratique d'une activité physique régulière bien définie (marche, vélo ou autre), on s'assurera que le patient possède des tennnis pour pouvoir l'accomplir, qu'il existe un parcours sportif pas loin de chez lui ou encore voir à quel moment de son emploi du temps il serait plus facile de la pratiquer. Ainsi le patient prend conscience que ce qu'il jugeait au départ hors d'atteinte est à sa portée. Le Dr PIERRE-JUSTIN fait remarquer que « *l'alliance thérapeutique n'est pas seulement une liste d'objectifs, mais aussi l'engagement du soignant à accompagner le patient dans ses difficultés.* ».

Un autre rendez-vous est fixé pour faire le point sur ce que le patient aura fait dans l'intervalle.

#### **4) Troisième, quatrième et cinquième séances**

La troisième séance est une séance individuelle. Elle se déroule un mois après la première séance et dure 30 minutes. L'objectif est de faire le point sur la situation du patient quand à l'atteinte de ses objectifs. Cette séance débute par une évaluation des connaissances du patient concernant l'hypertension artérielle qui est présente sur la fiche du PET fournie par le réseau HTA-GWAD correspondant à la troisième séance (Figure 18). Cette évaluation se fait sous la forme d'un questionnaire que le patient remplit en début de séance.

Ensuite le soignant fait une évaluation avec le patient des progrès réalisés grâce à trois items : projets « atteints », « en cours », « non atteints ». Si l'objectif est atteint ou en cours, le soignant discute avec le patient des bénéfices ressentis afin de l'encourager à maintenir la compétence acquise et de renforcer sa détermination à en faire une habitude de vie. Si l'objectif n'est pas atteint, le soignant va faire le point avec le patient sur les difficultés rencontrées qui l'empêchent d'atteindre le but. Ainsi, il pourra aider le patient à surmonter ces difficultés, à trouver des alternatives et des solutions pratiques pour atteindre l'objectif. Dans certains cas, il sera peut-être nécessaire de redéfinir l'objectif pour le rendre plus accessible au patient.

L'entretien se termine sur des propositions pratiques afin d'atteindre l'objectif ou sur une redéfinition des objectifs ou encore sur une proposition d'autres objectifs à atteindre.

Nom et prénom du patient :

**PET-HTA coordonné par le réseau HTA-GWAD**

**3<sup>ème</sup> séance (individuelle) à M 1 : 30 mn**

(Copie à adresser au réseau : 1101 résidence la Marina, Gourbeyre, 97113)

**Nom du patient :** ..... **Prénom :** .....

**Séance réalisée par :** ..... (IDE  ; Médecin  ) : .....

**Lieu :** ..... **Date :** .....

**Questionnaires d'évaluation des connaissances du patient concernant l'HTA**

*Quels sont selon vous les chiffres normaux de la tension artérielle ?* .....

*Pouvez-vous citer au moins 2 règles hygiéno-diététiques à mettre en place lorsque l'on est hypertendu ?*

" ..... ; .....

*Pouvez-vous citer au moins une complication d'une HTA négligée.*

" .....

*Le traitement médical pour Hypertension Artérielle doit-il être suivi à vie ?*

Oui  Non

*Pouvez-vous citer 2 autres facteurs mauvais pour votre santé et vos artères, (sous entendu facteurs de risque cardiovasculaire) ?*

.....

**Evaluation avec le patient des progrès réalisés**

	Où j'en suis ?	Bénéfices ressentis	Difficultés rencontrées
<b>Projet 1</b>	Atteint : <input type="checkbox"/> En cours : <input type="checkbox"/> Non atteint : <input type="checkbox"/>		
<b>Projet 2</b>	Atteint : <input type="checkbox"/> En cours : <input type="checkbox"/> Non atteint : <input type="checkbox"/>		
<b>Projet 3</b>	Atteint : <input checked="" type="checkbox"/> En cours : <input checked="" type="checkbox"/> Non atteint : <input checked="" type="checkbox"/>		

**Remarques – conclusions – propositions :**

Projet contrat non atteint ou partiellement atteint ; Propositions :

: Prise en charge diététique, (5 Consultations<sup>2</sup> prises en charge par le réseau)

: Prise en charge par un psychologue, (problèmes et soucis personnels)

: Education à l'automesure

: Reprendre une activité physique régulière avec l'aide d'un éducateur physique,

: Autres : .....

Figure 18 : Document servant de support à la troisième séance du PET

La quatrième séance (Figure 19) dure 30 minutes et a lieu 3 mois après la première. Elle se déroule à peu près de la même façon que la troisième séance mis à part le fait qu'elle ne comprend pas de questionnaire d'évaluation des connaissances du patient concernant l'HTA.

Nom et prénom du patient :

**PET-HTA coordonné par le réseau HTA-GWAD**

(copie à adresser au réseau)

**4<sup>ème</sup> séance (individuelle) à M 3 : 30 mn**

**Nom du patient :** ..... **Prénom :** .....

**Séance réalisée par :** .....(IDE  ; Médecin ) : .....

**Lieu :** .....

**Rappel du ou des projets-contrats**

**Projet(s) :** .....

	Où j'en suis ?	Bénéfices ressentis	Difficultés rencontrées
<b><u>Projet 1</u></b>	Atteint : <input type="checkbox"/> En cours : <input type="checkbox"/> Non atteint : <input type="checkbox"/>		

	Où j'en suis ?	Bénéfices ressentis	Difficultés rencontrées
<b><u>Projet 2</u></b>	Atteint : <input type="checkbox"/> En cours : <input type="checkbox"/> Non atteint : <input type="checkbox"/>		

	Où j'en suis ?	Bénéfices ressentis	Difficultés rencontrées
<b><u>Projet 3</u></b>	Atteint : <input type="checkbox"/> En cours : <input type="checkbox"/> Non atteint : <input type="checkbox"/>		

**Remarques – conclusions – propositions :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

*Copie à adresser au Réseau HTA-GWAD, 1101 résidence la Marina, Gourbeyre, 97113*

Figure 19 : Document servant de support à la quatrième séance du PET

La cinquième séance (Figure 20) est en tout point semblable à la quatrième séance et se déroule 6 mois après la première séance :

Nom et prénom du patient :

**PET-HTA coordonné par le réseau HTA-GWAD**

**5<sup>ème</sup> séance (individuelle) à M 6 : 30 mn**

**Nom du patient :** ..... **Prénom :** .....

**Séance réalisée par :** ..... (IDE  ; Médecin ) : .....

**Lieu :** .....

**Rappel du ou des projets-contrats :**

	Où j'en suis ?	Bénéfices ressentis	Difficultés rencontrées
<b><u>Projet 1</u></b>	Atteint : <input type="checkbox"/> En cours : <input type="checkbox"/> Non atteinte : <input type="checkbox"/>		

	Où j'en suis ?	Bénéfices ressentis	Difficultés rencontrées
<b><u>Projet 2</u></b>	Atteint : <input type="checkbox"/> En cours : <input type="checkbox"/> Non atteinte : <input type="checkbox"/>		

	Où j'en suis ?	Bénéfices ressentis	Difficultés rencontrées
<b><u>Projet 3</u></b>	Atteint : <input type="checkbox"/> En cours : <input type="checkbox"/> Non atteinte : <input type="checkbox"/>		

**Remarques – conclusions – propositions :**

.....  
 .....  
 .....

*Copie à adresser au Réseau HTA-GWAD, 1101 résidence la Marina, Gourbeyre, 97113*

Figure 20 : Document servant de support à la cinquième séance

Le Dr PIERRE-JUSTIN a suivi une cinquantaine de patients avec ce programme d'éducation thérapeutique à partir de juin 2010. Parmi eux seuls deux d'entre eux ont eu besoin de 5 séances d'ETP. Dès que cela s'avère nécessaire elle fait appel aux autres professionnels de santé membres du réseau (diététicienne, psychologue et coach sportif) pour être épaulée dans la prise en charge du patient. Dans les faits, elle a eu l'occasion de faire appel à une diététicienne. Celle-ci vient sur place rencontrer les patients qui nécessitent une consultation de diététique, le dernier samedi de chaque mois. Les partenariats entre le réseau HTA-GWAD et des psychologues n'étant pas encore établis quand Mme PIERRE-JUSTIN a commencé le PET, il n'a pas été possible de faire appel à un psychologue.

Il ressort de l'expérience du Dr PIERRE-JUSTIN beaucoup de bienfaits sur le plan humain pour le patient qui sont heureux de ce qu'ils ont appris, mais aussi pour le soignant. En effet, outre un investissement en temps, la mise en place de l'ETP à l'officine lui a demandé de réaliser tout d'abord un travail sur elle-même, sur sa manière de faire, d'aborder le patient. Il a fallu apprendre à ne plus monopoliser le temps de parole, à laisser davantage de place au patient pour exprimer ses craintes, ses doutes et ses besoins. A ce propos, le Dr PIERRE-JUSTIN explique que *« la pratique de l'ETP est un « miroir » pour le soignant. On évalue sa capacité à laisser le premier rôle au patient (situation inhabituelle, non enseignée à la fac), sa capacité à écouter, à comprendre l'autre, à encaisser ses émotions libérées lors de ces entretiens, à accepter ses limites : le soignant n'est pas toujours bon ! »*.

Elle a pu depuis qu'elle a commencé l'éducation thérapeutique améliorer ses pratiques, avoir de meilleures armes et de meilleurs outils pour une prise en charge du patient de qualité. Son intérêt pour l'ETP s'en est trouvé grandi. C'est pour cela qu'elle continue à se former dans ce domaine. En ce moment, elle est en deuxième année du Diplôme Universitaire sur l'éducation thérapeutique du patient mise en place en Guadeloupe par le Dr FELICIE-DELAN, chef du service de l'Unité D'Education Thérapeutique du patient diabétique au Centre Hospitalier de la Basse-Terre.

## Discussion, conclusion

Cette étude a été réalisée en Guadeloupe sur une population à haut risque de développer une maladie cardiovasculaire. Les patients hypertendus cumulent de nombreux facteurs de risques cardiovasculaires dont les plus fréquents sont le diabète et l'hypercholestérolémie.

A ces facteurs de risques viennent s'ajouter l'augmentation importante de l'obésité liée à la sédentarité croissante de la population. L'enquête Aphyguad (Activité Physique et sportive en Guadeloupe) est la première enquête permettant d'évaluer le niveau d'activité physique de la population guadeloupéenne. Elle met en évidence que 41,3% des personnes âgées de 15 ans ou plus n'atteignent pas le niveau d'activité physique recommandé pour maintenir un bon état de santé [45].

L'éducation thérapeutique du patient a, dans ce contexte, une place importante pour aider les patients hypertendus à prendre conscience des risques auxquels ils s'exposent en étant inobservants, sédentaires et en adoptant une alimentation non équilibrée.

Pour améliorer la prise en charge du patient hypertendu et lui permettre de participer à la prise en charge de sa maladie, le réseau HTA-GWAD a développé deux programmes : Le Programme d'Education à l'Automesure et le Programme d'Education Thérapeutique. Pour assurer le développement de ces programmes, le réseau HTA-GWAD offre aux professionnels de santé qui la composent la possibilité de travailler ensemble et la formation nécessaire pour accompagner au mieux les patients.

Le PEA développé par le réseau HTA-GWAD est un programme original de par son contenu et son accessibilité aisée au patient. En effet, les séances se déroulent à proximité du domicile du patient. Ce programme a pour objectif d'apprendre aux patients détenteurs d'un tensiomètre la bonne manière de l'utiliser. Il a aussi pour but d'inciter les hypertendus à pratiquer l'automesure pour aider à améliorer leur prise en charge médicamenteuse. Ce programme a l'avantage d'apporter des connaissances au patient sur sa maladie et les complications qui peuvent survenir si l'hypertension artérielle est négligée.

Ainsi lors du Programme d'Education à l'Automesure, le soignant prend d'une part, le temps d'expliquer au patient comment utiliser son tensiomètre et comment remplir le relevé d'automesure qu'il apportera à son médecin traitant. Il aide le patient à s'approprier le tensiomètre grâce à la méthode de la découverte. Il fait la démonstration de l'utilisation de l'appareil et de la façon de rapporter les résultats obtenus puis fait faire la mesure au patient et lui demande d'écrire sur le relevé les chiffres tensionnels obtenus. Le soignant s'assure ainsi que le patient a compris et acquis la méthode d'utilisation du tensiomètre ainsi que la manière de rapporter de manière fiable les valeurs obtenues.

D'autre part, le PEA grâce à la connaissance apportée au patient sur sa maladie, aide ce dernier à mieux comprendre l'importance de l'automesure dans le suivi de son hypertension artérielle. Il permet aussi au patient de comprendre à quoi correspondent les abréviations mentionnées sur le tensiomètre (sys., dia., pulse). Ainsi, lors du report des valeurs sur le relevé d'automesure, le risque d'erreur est quasiment nul. Le patient reportera par exemple la valeur écrite en regard de « sys » dans la case pression artérielle systolique car il sait que le symbole « sys » correspond à la pression artérielle systolique.

L'organisation du PEA sur 2 séances est vraiment utile pour le patient. La première séance permet de savoir ce que le patient sait ou croit savoir de sa maladie et pose les connaissances de base sur l'hypertension artérielle et l'automesure. A l'issue de cette séance le patient sait se servir de son tensiomètre et a normalement augmenté sa connaissance et sa compréhension de la maladie.

La deuxième séance, se déroule une semaine après la première. Durant cette semaine, le patient a pu mettre en pratique ce qu'il a appris lors de la première séance. Il utilise son tensiomètre à la maison et remplit le relevé d'automesure qu'il ramènera lors de la deuxième séance. Durant, cette semaine où il est confronté à lui-même, le patient va mettre en place une habitude : prendre 3 mesures le matin avant la prise des médicaments et 3 mesures le soir pendant 3 ou 5 jours. Il faudra au début qu'il s'organise pour cela. Ainsi, par exemple, au début, par habitude il aura déjà pris son médicament et pensera après qu'il n'avait pas encore prit la tension. Il prendra alors des dispositions pour que le lendemain il prenne la mesure avant de prendre le médicament. Le patient va donc faire un apprentissage personnel de l'utilisation du tensiomètre. Cet apprentissage suscite des questions qu'il posera lors de la deuxième séance.

Cette thèse a montré qu'il est possible de mettre en place le PEA à l'officine. Il en ressort aussi, des propositions d'amélioration de ce programme. Les outils d'amélioration proposés dans le cadre du PEA ont été soumis au réseau HTA-GWAD par l'intermédiaire de la coordonatrice administrative du réseau. Cette dernière les a jugé intéressants et va en faire part au groupe de travail qui a élaboré le PEA.

Les deux premières améliorations proposées, affiner le diagnostic éducatif et améliorer l'évaluation du PEA, ne seront peut-être pas retenues par le réseau HTA-GWAD. En effet, le PEA fait partie intégrante des ateliers proposés dans le cadre du PET élaboré par le réseau HTA-GWAD. C'est pour cette raison qu'il n'a pas été développé comme un programme d'éducation thérapeutique du patient à part entière avec un diagnostic éducatif complet. En effet, le réseau souhaite éviter que le patient, qui a déjà participé au PEA et qui souhaite participé au PET n'ait à faire deux diagnostics éducatifs.

Cependant, un soignant peut faire un diagnostic éducatif à chaque nouvelle offre d'ETP. Rien ne s'oppose à ce qu'un patient fasse un diagnostic éducatif en entrant dans le PEA puis un autre en participant au PET. Surtout que le diagnostic éducatif évolue, en fonction des connaissances et des compétences déjà acquises par le patient. Il doit de ce fait être régulièrement actualisé.

Les deux autres améliorations proposées ont retenu l'attention de la coordonatrice administrative du réseau HTA-GWAD qui les a jugé pertinentes. Elles feront l'objet d'un examen par le groupe chargé de l'amélioration du PEA.

Il manque au PEA pour être complet une évaluation à distance des connaissances acquises par le patient lors des deux séances qui le compose. En effet, on ne sait pas combien de patients continuent à effectuer une prise de mesure tensionnelle en suivant la « règle des 3 » à distance (3 mois, 6 mois ou un an) après avoir participé au PEA. Il serait aussi intéressant d'évaluer les connaissances des patients sur l'automesure et sur l'hypertension artérielle à distance du PEA.

Pour être mise en place le PET requiert une formation en ETP de niveau 2. Il n'a donc pas été possible de la mettre en place dans l'officine où le PEA a été mis en place.

Pour l'instant, en Guadeloupe, le PET a été mis en place en coopération avec l'ADI (l'Agence Départementale d'Insertion) et à l'officine par le Dr PIERRE-JUSTIN Des travaux sont en cours pour intégrer le PET à une structure hospitalière.

Il ressort de l'expérience du Dr PIERRE-JUSTIN que la mise en place de l'ETP à l'officine est possible moyennant une organisation et une formation adéquate.

L'éducation thérapeutique du patient est une activité certes chronophage et peu rentable pour les professionnels de santé, mais elle apporte au patient les clés pour mieux vivre et mieux gérer sa maladie au quotidien. Le soignant en retire aussi des bienfaits car le patient lui apporte beaucoup sur le plan humain mais aussi sur le plan du vécu de la maladie. Par ailleurs, les patients sont très demandeurs et veulent comprendre l'anamnèse de leur maladie. A l'issue des deux séances, les patients ont été contents d'avoir appris ce qu'est l'hypertension artérielle et surtout comment se servir de leur tensiomètre. Cela permet aussi au patient d'être moins anxieux lors de l'automesure. En effet, une de mes patientes a été soulagée de savoir qu'elle n'avait pas besoin de prendre sa tension tous les jours. L'automesure était en train de devenir un facteur anxigène pour elle. D'autres étaient contents de comprendre que leur tensiomètre fonctionnait bien mais qu'ils n'avaient pas la bonne position pour mesurer la tension artérielle.

L'éducation thérapeutique du patient est possible à l'officine moyennant une organisation en temps et dans l'espace. L'organisation dans le temps suppose de choisir des heures « creuses » de la journée de façon à pouvoir se consacrer à cette activité. L'organisation dans l'espace suppose que la pharmacie dispose d'un espace de confidentialité à l'écart de l'espace de vente. Cet espace de confidentialité doit être aménagé de façon à pouvoir accueillir une ou plusieurs personnes dans de bonnes conditions.

L'éducation thérapeutique requiert du pharmacien d'être formé. Ceci demande un investissement : au minimum 40 heures pour la formation de niveau en éducation thérapeutique. Cette formation est nécessaire afin d'apprendre les techniques de communication permettant au pharmacien d'être à l'écoute du patient non seulement à travers ce qu'il dit verbalement mais aussi à travers ce qu'il dégage dans son attitude, ses gestes et sa physionomie. Le pharmacien doit apprendre à ne pas monopoliser la discussion et laisser au patient le temps de se confier et d'assimiler ce qu'on lui transmet.

Pour conclure, la participation du pharmacien à l'éducation thérapeutique renforce les liens privilégiés qu'il a avec ses patients mais aussi permet à ces derniers de le voir comme un vrai professionnel de santé et non pas comme un simple « distributeur de médicaments ».

Par ailleurs, l'éducation thérapeutique est un travail d'équipe permettant le regroupement de professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Cette union assure une meilleure prise en charge de la maladie du patient avec in fine une réduction significative des complications directement liées à sa pathologie.

## Perspectives

Expliquer à un patient le fonctionnement de son tensiomètre et comment mesurer la tension fait partie des attributions du pharmacien. Il délivre les informations concernant le bon usage du tensiomètre et réalise une démonstration de son utilisation à chaque fois qu'il en vend un. Cependant, lors de la délivrance d'un tensiomètre au comptoir, le pharmacien s'en tient à donner une information. Il ne vérifie pas si le patient a compris comment positionner le tensiomètre, s'il sait comment rapporter les mesures obtenues au médecin et s'il a retenu tous les conseils délivrés concernant l'automesure notamment la « règle des 3 » indiquant la fréquence de mesures à effectuer sur une période bien définie, la position et le moment de la journée où la prise de mesure peut-être réalisée.

Cette thèse montre que la mise en place de l'ETP à l'officine est possible. L'ETP permettra à long terme de réduire la survenue des complications des maladies chroniques ; complications dont le coût est supérieur à celui de l'éducation du patient. De ce fait, l'éducation thérapeutique connaîtra vraisemblablement un essor important dans l'avenir. L'investissement du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique devient donc incontournable, d'autant plus que sa participation à cette activité modifie la perception que le patient a de son pharmacien, crédibilisant ainsi le pharmacien en tant que professionnel de santé. Il convient donc que le pharmacien s'oriente vers les nouvelles missions de la loi HPST dont l'ETP fait partie.

## Bibliographie :

- [1] Enquête FLAHS (French League Against Hypertension Survey) 2010. Disponible sur: [http://www.comitehta.org/index.php?option=com\\_docman&Itemid=94](http://www.comitehta.org/index.php?option=com_docman&Itemid=94) (consulté le 03/06/2011)
- [2] SALT (Sodium Alimentaire Limitons les Taux). Conférence de presse : « Création en France du premier groupe d'expert pour la réduction du taux de sodium dans l'alimentation. », le 21 octobre 2010. Disponible sur [www.salt.asso.fr](http://www.salt.asso.fr) (consulté le 13/06/11)
- [3] Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Numéro thématique-Surveillance de l'hypertension artérielle en France. N°49-50 (2008)
- [4] Prévalence et prise en charge de l'hypertension artérielle en Guadeloupe, France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Numéro thématique-Surveillance de l'hypertension artérielle en France. N°49-50 du 16 décembre 2008
- [5] Plan régional de santé publique de la Guadeloupe de 2006 – 2010. Disponible sur <http://www.guadeloupe.sante.gouv.fr/sante/prsp.htm> (consulté le 09/05/11)
- [6] L'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique – Rapport 2009-2010. Objectif 71 : hypertension artérielle. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/maladies-cardiovasculaires.html> (consulté le 09/05/11)
- [7] Etude Nationale Nutrition Santé ENNS, 2006 – Institut de Veille Sanitaire
- [8] Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Ministère de la santé et de la solidarité.
- [9] HAS. Guide méthodologique-Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [en ligne]. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_601290/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques) (consulté le 09/05/11)
- [10] Stéphane JACQUEMET, Dr Agnès CERTAIN. Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien. Bulletin de l'Ordre des pharmaciens, n°367, p 269-275 (2000)
- [11] Cours du Dr Robert PUJOL (2009, Faculté des Sciences Pharmaceutiques)
- [12] Les Nouvelles pharmaceutiques. Bulletin de l'Ordre des pharmaciens. La loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». N° 404, p 277-280 (2009)

- [13] HAS. ETP : comment la proposer et la réaliser ? Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_comment\\_la\\_proposer\\_et\\_la\\_realiser\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf) (consulté le 23/05/11)
- [14] Rapport annuel de 2009 de l'IEDOM (Institut d'Emission des Départements d'Outre-mer). Disponible sur [http://www.iedom.fr/IMG/pdf/ra2009\\_guadeloupe.pdf](http://www.iedom.fr/IMG/pdf/ra2009_guadeloupe.pdf) (consulté le 14/05/11)
- [15] Données superficie Guadeloupe. Disponible sur : <http://www.outre-mer.gouv.fr/?presentation-guadeloupe.html> (consulté le 14/05/11)
- [16] Carte de la Guadeloupe fait par l'IEDOM. Disponible sur <http://www.iedom.fr/guadeloupe/publications/rapports-annuels/> (consulté le 14/05/11)
- [17] INSEE. Résumé statistique Région Guadeloupe. Disponible sur : [http://www.statistiques-locales.insee.fr/Fiches/RS/REG/RS\\_REG01.pdf](http://www.statistiques-locales.insee.fr/Fiches/RS/REG/RS_REG01.pdf) (consulté le 15/05/11)
- [18] F. PRIoux, M. MAZUY, M. BARBIERI. L'évolution démographique récente en France : les adultes vivent moins souvent en couple. Disponible sur : <http://www.ined.fr/> (consulté le 23/05/11)
- [19] STATISS (Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social) 2009 [en ligne]. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm> (consulté le 23/05/11)
- [20] LONGUEFOSSE Jean-Louis. 100 plantes médicinales de la Caraïbes. Martinique : Gondwana Editions (1995).
- [21] LONGUEFOSSE Jean-Louis. Plantes médicinales Caribéennes, tome 2. Editions Orphie (2008)
- [22] Pharmacopée Végétale Caribéenne sur CD rom – Deuxième édition actualisée – 2005
- [23] LONGUEFOSSE Jean-Louis. Plantes médicinales Caribéennes, tome 1. Editions Orphie (2010)
- [24] LONGUEFOSSE Jean-Louis. Le Guide de la Phytothérapie créole, bien se soigner par les plantes créoles. Editions Orphie (2010)
- [25] Etats des lieux sur l'hypertension artérielle en France en 2007 : l'étude Mona Lisa. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Numéro thématique-Surveillance de l'hypertension artérielle en France. N°49-50 (2008)
- [26] Existe-t-il des spécificités dans la prévalence et la prise en charge de l'hypertension artérielle aux Antilles-Guyane par rapport à la France métropolitaine ? Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Numéro thématique-Surveillance de l'hypertension artérielle en France. N°49-50 (2008)

- [27] HAS. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle – Actualisation 2005. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272459/prise-en-charge-des-patients-adultes-atteints-dhypertension-arterielle-essentielle-actualisation-2005](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272459/prise-en-charge-des-patients-adultes-atteints-dhypertension-arterielle-essentielle-actualisation-2005) (consulté le 23/05/11)
- [28] LAROUSSE médical. Edition Larousse (2006).
- [29] L'hypertension artérielle en 4 questions. Le Moniteur des pharmacies n°111. Cahier II du n°2860 (2010).
- [30] Tensiomètre.net. Comment prendre sa tension artérielle ? Disponible sur <http://www.tensiometre.net/category/mon-tensiometre-et-moi/> (consulté le 3/06/11)
- [31] Pr Joël Ménard. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Numéro thématique-Surveillance de l'hypertension artérielle en France. N°49-50 (2008)
- [32] HAS. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle – Synthèse des recommandations professionnelles. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hta\\_patient\\_adulte\\_synthese.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hta_patient_adulte_synthese.pdf) (consulté le 14/06/11)
- [33] Vidal recos. Recommandations et pratique, 125 stratégies thérapeutiques. 2<sup>ème</sup> édition, Vidal (2007)
- [34] François PAILLARD. Les mesures nutritionnelles dans l'hypertension artérielle. La Presse Médicale Référence, tome 35, n°6, cahier 2, p 1067- 71 (2006).
- [35] D. SIMON, P-Y. TRAYNARD, F. BOURDILLON, R. GAGNAYRE, A. GRIMALDI. Education thérapeutique - Prévention et maladies chroniques. Edition MASSON, 2<sup>ème</sup> édition.
- [36] L'activité physique dans le traitement de l'hypertension artérielle. La presse Médicale Référence, juin 2006, tome 35, n°6, cahier n°2, pp 1081 – 1087.
- [37] Jean-Pierre FAUVEL, Maurice LAVILLE. Hypertension artérielle du sujet noir. La Presse Médicale Référence, juin 2006, tome 35, n° 6, cahier 2, pp 1067-1071
- [38] BOUNAN Thibaud. Présentation du réseau HTA-GWAD. Thèse d'exercice en médecine générale, Paris, université René DESCARTES (Paris 5), 2005,
- [39] André ATALLAH, Joël SAMUEL, Rachel BILLY-BRISSAC. Le réseau HTA-GWAD, forte implication dans l'éducation thérapeutique des patients hypertendus. Le concours Médical, tome 132, n°12, 21-25 juin 2010
- [40] HTA-GWAD. Réseau HTA Guadeloupe. Disponible sur : <http://htagwad.com/> (consulté le 14/06/11)
- [41] MASTON Nicolas, Programme d'éducation à l'automesure. Thèse doctorat de médecine (2009). Disponible sur : <http://htagwad.com/> (consulté le 14/06/11)

[42] HAS. Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ? Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_comment\\_elaborer\\_un\\_programme\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_elaborer_un_programme_-_recommandations_juin_2007.pdf) (consulté le 15/01/10)

[43] CARRERE Philippe. HTA, obésité, précarité en Guadeloupe, l'enquête CONSANT. Thèse doctorat de médecine université Paul Sabatier, 2010

[44] ATALLAH André, cardiologue, DAIGRE Jean-Loup, diabétologue. Obésité – Les cahiers AGRUM, Sanofi-Aventis, Mai 2010.

[45] ORSaG. Enquête Aphyguad – Activité physique, activités sportives et activités sédentaires des adultes en Guadeloupe, décembre 2009. Disponible sur : <http://www.orsag.org/index.php/Etudes> (consulté le 14/06/11)

## **Annexes :**

Annexe 1 : Coordonnées des psychologues collaborant avec le réseau HTA-GWAD (source : HTA-GWAD)

### **PSYCHOLOGUE DE LA GUADELOUPE**



ASSOCIATION E.S.P.O.I.R

Immeuble Capitaine Point

Escalier : 4 N° 4201

97142 Grand Camp ABYMES

Tel : 0590.89.02.62 - Fax : 0590.85.04.26 - E-mail : [espoircoute@yahoo.fr](mailto:espoircoute@yahoo.fr)

Psychologues de l'Association : - Mme Marie-Line NICOLEAU

Mme Maguy PULVAL-DADY

## Annexe 2 : Coordonnées des diététiciens collaborant avec le réseau HTA-GWAD (source HTA-GWAD)

### **DIETETICIENS LIBERAUX EN GUADELOUPE (au 01/01/2010)**

<b>BOTERF</b> Klervi	- 67 Faubourg Victor Hugo - Clinique les Nouvelles Eaux Marines klerviboterf@hotmail.com	<b>POINTE A PITRE</b>	0690.36.33.23
<b>BROUSSE</b> Nathalie	Visite à domicile sur le secteur nord/Nord est Grande Terre nathaliebrousse@live.fr		0690.93.94.92
<b>DE KERMADEC</b> Françoise	10 rue Maurice Marie-Claire	<b>Basse-Terre</b>	0590.99.21.72
<b>DERAITA</b> Christine	Centre médical Tabanon 25 c chemin Tabanon christinederai@wanadoo.fr	<b>Petit-Bourg</b>	0590.99.18.40 0690.55.82.21
<b>FERNETTE</b> Karelle	12 rue Léonard 1 <sup>er</sup> étage 0590.26.36.31 gwadiet@msn.com	<b>POINTE A PITRE</b>	0690.408.460
<b>FREBOURG</b> Géraldine	- Bourg - Centre médical Tabanon 25 c chemin Tabanon geraldine.frebou@wanadoo.fr	<b>Trois-Rivières</b> <b>Petit-Bourg</b>	0590.92.62.53 0590.99.18.40 0690.74.79.51

## Annexe 3 : Instructions en rapport avec le PEA (source : réseau HTA-GWAD)

### PEA : Programme d'Education à l'Automesure Coordonné par le réseau HTA-GWAD

#### Introduction :

La mesure ambulatoire de la pression artérielle (PA) a démontré depuis de nombreuses années que *ses valeurs étaient mieux corrélées à l'atteinte des organes cibles, comparées à celles notées en consultation*. Au sein de ces techniques ambulatoires, le développement récent de l'automesure a simplifié sensiblement le recueil de ces mesures de la PA.

L'automesure tensionnelle permet de *détecter l'effet blouse blanche* (confirmation du diagnostic d'HTA), et peut aider à *évaluer la réelle efficacité des thérapeutiques*. En Outre, elle permet d'améliorer l'observance thérapeutique.

Les données de l'étude SHEAF (1), suggèrent que la mesure de la PA (Pression artérielle) à domicile a une meilleure fiabilité pronostique que la mesure de la PA en consultation.

On assiste aujourd'hui à une augmentation continue de la vente des appareils électroniques d'automesure. En France depuis 2002, il existe une liste d'appareils d'automesure de la pression artérielle dont la validation a été assurée par l'AFSSAPS (2).

L'interprétation de l'automesure tensionnelle demeure un acte médical, mais il est recommandé que le patient soit éduqué à l'utilisation de cette technique par son médecin traitant ou un professionnel de la santé. L'automesure, permet dans certains cas de *favoriser l'observance médicamenteuse, et de manière plus générale, l'adhésion du patient à la prise en charge de sa maladie (3)*.

L'utilisation de l'automesure doit être réalisée selon un protocole précis, (*la règle de Trois* : 3 jours de suite, 3 fois le matin, 3 fois le soir), récemment rappelé dans le cadre des recommandations 2005 de l'HAS, Haute Autorité de Santé (4), afin que les données soient homogènes, et interprétables par le clinicien.

En Guadeloupe, l'étude PRETRAHGUAD (5), a montré que

- Chez les sujets traités pour hypertension artérielle, la possession d'un appareil électronique de mesure de pression artérielle est retrouvée chez 43% des hypertendus. Lorsque les personnes déclarent posséder un appareil d'automesure, son utilisation est déclarée comme régulière (au moins une fois par mois) chez 73% des hypertendus traités.

- Le rôle des professionnels de santé dans l'utilisation des appareils d'automesure tensionnelle reste malgré tout modeste, car seulement 23% des personnes traitées pour hypertension artérielle ont été informées par leur médecin sur l'automesure, et seulement 18% incitées à utiliser cet appareil.

Ainsi, le Réseau HTA GWAD fort de ces différentes études a mis en place le PEA, avec comme points forts : la proximité et la prise en compte du public précaire avec le partenariat ADL.

#### Références :

1- Bobrie G, Chatellier G, Genes N et al. Self-measurement in Elderly Treated Hypertensive Patients. JAMA 2004 ; 291 : 1342- 49.

2- Informations générales sur le contrôle du marché des appareils d'automesure tensionnelle. <http://zfsaps.sante.fr/htm/5/tensio.htm>.

3- O Hanon, J-J Mourad, C Mounier-Vehier, P Laria, J-P Fauvel, A Marquand et al. La possession d'un appareil d'automesure tensionnelle contribue à améliorer l'éducation des patients hypertendus Arch Mal Coeur 2001 ; 94 : 879 -83.

4- Recommandations HAS pour la pratique clinique. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle - Actualisation 2005. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

## (Suite Annexe 3)

5 - A. Atallah, J-J. Mourad, J. Inamo, N. Zouini, P.Mbou, E. Merion, X. Gire:d  
Utilisation des appareils d'automesure tensionnelle en Guadeloupe en 2005 : enquête pretrahquad. *Arch Mal Coeur Vais.* Déc 2006 ;99 : 1225-29.

### Quels sont les principaux messages à enseigner aux patients ?

L'AMT est de réalisation simple. Même les personnes âgées parviennent à effectuer le geste d'automesure sous réserve d'une bonne éducation. Le minimum qu'il convient d'enseigner aux patients peut se résumer en cinq points :

1) Utiliser un appareil validé

2) Faire la mesure en bonne position

Au domicile, la tension se mesure :

- en position assise, après un repos de 5 minutes,
- en maintenant le brassard (ou le poignet) à hauteur du cœur pendant la mesure.

3) Respecter les horaires de mesure :

- le matin, mesurer sa tension avant la prise des médicaments,
- le soir, il faut prendre sa tension à un horaire régulier,
- les prises s'effectuent consécutivement trois fois le matin et trois fois le soir, à une minute entre 2 mesures consécutives.

4) Ni trop souvent, ni pas assez

Entre chaque campagne de mesure, il s'écoule un délai de 1 à 6 mois suivant l'avis médical personnalisé.

5) Aider les patients à restituer correctement les résultats

Les résultats doivent être correctement restitués au médecin en notant sur un cahier ou sur un relevé d'automesure la date et heure de mesure et effectuer la moyenne des trois mesures consécutives, ou bien en s'aidant de l'application informatique disponible sur les sites Internet [www.automesure.com](http://www.automesure.com), ou [www.htagwad.com](http://www.htagwad.com).

Plusieurs auteurs conseillent d'enseigner aux patients l'objectif tensionnel du traitement, soit une moyenne de PA  $\leq$  à 135/85.

(Suite Annexe 3)

**Aspects pratiques : Schéma du PEA : Programme d'Education à l'Automesure**

**Invitation à 2 séances d'éducation à l'automesure aux hypertendus qui possèdent un auto tensiomètre, ou qui viennent d'en faire l'acquisition. Sur l'invitation remise au patient, figurent les coordonnées du réseau HTA-GWAD**

**Qui remet les invitations ?:**

**Les pharmaciens, les médecins, les infirmiers: sur carton d'invitation, mais aussi affiches**

**Dès que le réseau est sollicité par le patient, il contacte une IDE proche de son domicile. L'IDE s'engage à contacter le patient afin de lui proposer un rendez-vous pour l'organisation pratique des 2 séances d'éducation**

**Lieu de déroulement des séances d'éducation,**

- cabinet des IDE ou du médecin traitant
- structures hospitalières, (publiques et privées)
- locaux mis à disposition par ADI Agence départementale d'insertion
- autres : réseau, CES, domicile, etc

**Déroulement en pratique des séances**

- **1<sup>ère</sup> séance (45 mn) :** Questionnaire « pré-évaluation »  
Prise de la TA par l'IDE  
Séance d'éducation : avec support fourni par le réseau  
Démonstration pratique de l'utilisation de l'appareil  
Remise de la fiche de relevés d'automesure que le patient remplira à domicile et ramènera à la 2<sup>ème</sup> séance
- **2<sup>ème</sup> séance : (à J7 environ), 30 mn)**  
Questionnaire « post-évaluation »  
Prise de la TA par l'IDE  
Vérification que la technique de mesure est bien acquise  
Récupération par l'IDE du relevé d'automesure  
Transmission du relevé des chiffres d'automesure, et des questionnaires pré et post évaluation au Réseau

**NB : Toutes les IDE participant à ce PEA devront bénéficier d'une formation sur l'automesure et en éducation thérapeutique (niveau 2) et avoir signé la convention de partenariat avec le réseau HTA-GWAD**

## Annexe 4 : Présentation du PET (source HTA-GWAD):

### Présentation

#### Le PET-HTA :

Depuis septembre 2009, le Réseau HTA-GWAD a franchi une étape ambitieuse avec la mise en place du PET : Programme d'Education Thérapeutique.

Ce programme, en respect des recommandations et circulaires de l'HAS, prévoit des activités et outils qui devront permettre au patient d'acquies des compétences permettant de développer et maintenir des attitudes favorables au maintien de sa santé et de mieux prendre en charge sa maladie hypertensive.

La participation active du patient est une condition nécessaire au succès de ce PET-HTA.

Le suivi et la coordination permanente de ce PET-HTA est assuré par le réseau HTA-GWAD qui sera aidé pour cela par des « référents » répartis sur le territoire de toute de la Guadeloupe. Ces référents sont des professionnels de santé, (médecins, infirmiers, pharmaciens, diététiciens, psychologues, aides éducateurs sportifs ) qui ont signé une convention de partenariat avec le réseau. Ces « référents » qui sont des acteurs essentiels de la mise en place et du suivi de ce PET-HTA ont :

- été formés à la problématique de l'HTA
- connaissent ce programme, grâce à une formation assurée par le réseau
- ont acquis des compétences en éducation thérapeutique, (au minimum le niveau 2 proposé par l'HAS en 2007).

Le triumvirat : « Médecin traitant – IDE – Réseau », sera en permanence mobilisé et en contact afin de développer ce PET-HTA, avec comme « acteur » central le patient hypertendu.

Le Médecin traitant du patient sera systématiquement informé et associé aux différentes étapes de ce PET-HTA, (par le biais d'une fiche de circulation papier ou via le DMPI par Internet). Cette information étant assurée par le réseau HTA-GWAD.

## (Suite Annexe 4)

### Déroulement du programme

#### Organisation pratique du programme

**1<sup>ère</sup> Séance collective** : 4 patients hypertendus :  
Présentation du PET ; Questionnaire succinct  
d'évaluation  
et séance  
avec comme support le DVD HTA ;  
durée 90 à 120 mn

Remise en fin de séance d'un dépliant qui sera rempli à son domicile par le patient (aidé par son entourage) concernant son mode de vie (cf annexe)

- alimentation (grille hebdomadaire)
- activité physique (pratique et difficultés éventuelles rencontrées)
- traitement (bienfaits, tolérance, observance)
- et surtout projet-contrat proposé par le patient lui-même (priorisation d'un projet)

#### **J 5 ; 2<sup>ème</sup> Séance : individuelle (30 mn)**

(5 à 7 jours après la 1<sup>ère</sup> séance)

- Evaluation des acquis
- Diagnostic éducatif
- Lecture et analyse du dépliant remis
- Validation du projet-contrat et modalités pratiques de mise en place (IDE ou médecin traitant)

**M3 et M6 : 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois : Consultation individuelle (30 mn):**  
Par la même IDE qui a réalisé les premières séances ou le médecin traitant, ou une IDE référente du réseau, voire par la coordination du réseau

- Rappel vérifiant la mise en application des acquis, du projet contrat
  - Si maintien du contrat, renfort voire autre projet contrat
- Si non mise en pratique, révision du contrat, motivation et analyse de l'échec et proposition d'action

## Annexe 5 : Exemple de courrier du réseau HTA-GWAD au patient suite à la séance de PEA :

22/02/2011

HTA GWAD - Programme d'Education ...

	<b>HTA-GWAD</b>
	<b>GROUPE HTA-GUADELOUPE</b> Réseau de soins sur l'HTA en Guadeloupe : « HTA-GWAD » <b>11.01 Résidence La Marina, Rivières Sens, 97113 Gourbeyre,</b> www.htagwad.com ; Email : htagwad@wanadoo.fr Tél: 0590.80.86.87 – Fax: 0590.80.86.88

Gourbeyre, le 22/02/2011

Mme R S

Vous trouverez ci-dessous la synthèse de vos informations recueillies dans le cadre du **PEA** coordonné par le Réseau HTA GWAD (Programme d'Education l'Automesure).

### Vos Informations

Nom : **Mme R S** - Date de naissance : 01/01/1946

Médecin traitant : DR P B

Séances du Programme d'Education à l'Automesure :

Lieu : Pharmacie WERTER-CARUEL - réalisées par : Pharmacien

### Mesure de la tension artérielle

#### Mesures par l'infirmière avant automesure :

Mesures réalisées le 14/01/2011 - Type d'appareil : électronique

pression systolique (SYS)	pression diastolique (DIA)	fréquence cardiaque (FC)
133 mmHg	87 mmHg	76 bpm

#### Automesure :

Automesure réalisée sur 5 jours à partir du 14/01/2011 - Type d'appareil : poignet

pression systolique (SYS)	pression diastolique (DIA)	fréquence cardiaque (FC)
136 mmHg	80 mmHg	57 bpm
Moyennes calculées sur la base des données d'automesure		

#### Mesures par l'infirmière après automesure :

Mesures réalisées le 21/01/2011 - Type d'appareil : électronique

pression systolique (SYS)	pression diastolique (DIA)	fréquence cardiaque (FC)
111 mmHg	79 mmHg	72 bpm

### Interprétation de vos résultats de mesure

L'interprétation de vos résultats doit être faite **par votre médecin traitant**.

Pour savoir si votre tension est satisfaisante, ou pas, il est nécessaire de calculer la moyenne de vos mesures sur 3 à 5 jours. Une tension normale correspond à une mesure de **pression systolique (SYS) < 135 mmHg** et à une mesure de **pression diastolique (DIA) < 85 mmHg**

### Vos réponses au questionnaire sur l'automesure tensionnelle

Résultats **avant** éducation : 4 bonnes réponses sur 13 questions - réalisé le 14/01/2011

Résultats **après** éducation : 11 bonnes réponses sur 13 questions - réalisé le 21/01/2011

### Commentaire

Aucun commentaire

Dr A ATALLAH

## Annexe 6 : Exemple de courrier transmis au médecin traitant et au spécialiste par le réseau HTA-Gwad suite à une séance de PEA

22/02/2011

HTA GWAD - Programme d'Education ...

 <p><b>HTA-GWAD</b></p>	<p><b>GROUPE HTA-GUADELOUPE</b> Réseau de soins sur l'HTA en Guadeloupe : « HTA-GWAD » <b>11.01 Résidence La Marina, Rivières Sens, 97113 Gourbeyre,</b> www.htagwad.com ; Email : htagwad@wanadoo.fr Tél: 0590.80.86.87 – Fax: 0590.80.86.88</p>
--	---

Coordinateur du réseau [page 1/2]

« HTA-GWAD »

André.Atallah

Email: htagwad@wanadoo.fr

Tél/Fax : 0590.805458

**Bureau :**

**Président**

J. Samuel

**Vice-Président**

R. Billy-Brissac

**Secrétaire**

A.Atallah

**Secrétaire adjoint**

M. Bergeron

**Trésorière**

C. Bourgeois

**Trésorière adjoint**

C. Saint Luce

Gourbeyre, le 22/02/2011

Chère consoeur, Cher confrère,

Dans le cadre du **PEA** coordonné par le Réseau HTA GWAD (Programme d'Education l'Automesure), votre patiente :

**Mme R S , née le 01/01/1946**

a bénéficié, de 2 séances d'éducation réalisées par une infirmière formée à cet effet.

Merci de trouver ci-joint les résultats du relevé d'automesure effectué par la patiente durant une semaine à l'issue de sa 2<sup>ième</sup> séance.

Vous avez également la possibilité de les consulter via le DMPI (www.htagwad.com), en cliquant sur la rubrique : « Automesure » grâce au code que vous fournira votre patient.

Cependant, si vous désirez alimenter le dossier de votre patient, veuillez contacter le Réseau qui vous fournira un identifiant et un code d'accès.

Cordialement,

**Dr A ATALLAH**

---

Document édité dans le cadre du Programme d'Education à l'Automesure, coordonné par le réseau HTA-GWAD  
Pour en savoir plus vous pouvez consulter les sites www.htagwad.com et www.automesure.com

## (Suite Annexe 6)

22/02/2011

HTA GWAD - Programme d'Education ...

	<b>HTA-GWAD</b>
	<b>GROUPE HTA-GUADELOUPE</b> Réseau de soins sur l'HTA en Guadeloupe : « HTA-GWAD » <b>11.01 Résidence La Marina, Rivières Sens, 97113 Gourbeyre,</b> www.htagwad.com ; Email : htagwad@wanadoo.fr Tél: 0590.80.86.87 – Fax: 0590.80.86.88

**Coordinateur du réseau** [page 2/2]

« HTA-GWAD »

André.Atallah

Email: htagwad@wanadoo.fr

Tél/Fax : 0590.805458

Gourbeyre, le 22/02/2011

Vous trouverez ci-dessous la synthèse des informations de votre patiente, recueillies dans le cadre du PEA

### **Bureau :**

#### **Président**

J. Samuel

#### **Vice-Président**

R. Billy-Brissac

#### **Secrétaire**

A.Atallah

#### **Secrétaire adjoint**

M. Bergeron

#### **Trésorière**

C.Bourgeois

#### **Trésorière adjoint**

C.Saint Luce

### **Informations patiente**

Nom : **Mme R S** - Date de naissance : 01/01/1946

Séances du Programme d'Education à l'Automesure :

Lieu : Pharmacie WERTER-CARUEL - réalisées par : Pharmacien

### **Mesure de la tension artérielle**

#### **Mesures par l'infirmière avant automesure :**

Mesures réalisées le 14/01/2011 - Type d'appareil : électronique

pression systolique (SYS)	pression diastolique (DIA)	fréquence cardiaque (FC)
133 mmHg	87 mmHg	76 bpm

#### **Automesure :**

Automesure réalisée sur 5 jours à partir du 14/01/2011 - Type d'appareil : poignet

pression systolique (SYS)	pression diastolique (DIA)	fréquence cardiaque (FC)
136 mmHg	80 mmHg	57 bpm
Moyennes calculées sur la base des données d'automesure		

#### **Mesures par l'infirmière après automesure :**

Mesures réalisées le 21/01/2011 - Type d'appareil : électronique

pression systolique (SYS)	pression diastolique (DIA)	fréquence cardiaque (FC)
111 mmHg	79 mmHg	72 bpm

### **Réponses du patient au questionnaire d'éducation**

Résultats **avant** éducation : 4 bonnes réponses sur 13 questions  
réalisé le 14/01/2011

Résultats **après** éducation : 11 bonnes réponses sur 13 questions  
réalisé le 21/01/2011

---

Document édité dans le cadre du Programme d'Education à l'Automesure, coordonné par le réseau HTA-GWAD

auto-questions.com/.../fiche\_imprimer....

4/5

---

**ABSTRACT**

High blood pressure or hypertension is a major public health problem throughout the world. This is the first risk factor for developing cardiovascular disease. It affects more than 11 million people in France. In Guadeloupe, hypertension affects more than 90 000 people or 23% of the population.

Conventional medicine where the patient is a passive spectator of his care is not always able to promote adherence to treatment or to reduce other modifiable cardiovascular risk factors associated with hypertension (obesity, diabetes, hypercholesterolemia).

The therapeutic patient education (TPE) of hypertensive one's enables him to acquire knowledge and skills to better live his illness daily. It helps to improve treatment compliance and supports the patient in the practical implementation of lifestyle changes (diet, physical activity, self-measurement, ...).

Therapeutic education is part of the new missions of pharmacists and is a new tool which will improve the quality of support provided to the patient.

This thesis demonstrates how patient education can be implemented in a practical way in the pharmacy for hypertensive patients in partnership with a health network dedicated to hypertension, the HTA-GWAD network in Guadeloupe. It explains the formation and organization needed to the establishment of TPE and the difficulties and the benefits it brings for both patient and pharmacist conducting these sessions.

---

**DISCIPLINE administrative : Pharmacie**

---

**KEYWORDS :**

Hypertension, high blood pressure, HTA-gwada network, self-measurement, tensiometer, therapeutic patient education (TPE), Education Program to Self-measurement (EPS), Therapeutic Education Program (TEP), pharmacists, Guadeloupe

---

**INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**

Laboratoire de Pharmacocinétique et Toxicologie Clinique  
Institut Fédératif de Biologie  
CHU Purpan Toulouse

**Directeurs de thèse : Dr GANDIA Peggy et Dr PUJOL Robert**