

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N° 019

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de médecine générale

Par

Marjolaine BODÉ

Née le 15 Février 1983 à Aurillac

Présentée et soutenue publiquement le *25 Juin 2015*

**Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique
individuel pour l'hypertendu en médecine générale.**

Président : Madame le Professeur HOURMANT Maryvonne

Directeur de thèse : Madame le Docteur LINO Marie

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Hourmant Maryvonne, d'avoir accepté de présider mon Jury de thèse. J'apprécierai le jugement que vous porterez sur mon travail. Je vous exprime ma gratitude et mon profond respect.

A Madame le Professeur Lacaille Jacqueline et Monsieur le Professeur Trochu Jean- Noël de me faire l'honneur d'être présents et d'avoir accepté d'estimer mon travail. Je vous adresse ma profonde gratitude et tout mon respect.

A Madame le Docteur Laprerie Anne-Laure de me faire l'honneur d'être présente et d'avoir accepté d'estimer mon travail. Je vous remercie pour les précieux conseils que vous m'avez donnés. Je vous adresse ma profonde gratitude et tout mon respect.

A Madame le Docteur Lino Marie, ce travail a débuté après de longues réflexions et discussions, mais aussi s'est affiné grâce à ton engouement pour l'éducation thérapeutique (et l'HTA), que tu m'as transmis. Je te remercie pour ta patience, pour tes précieux conseils, ta positivité dans tous les moments de ce travail et ta disponibilité. Je te remercie pour toute l'aide que tu m'as apportée.

A mes parents, vous m'avez transmis vos valeurs, votre générosité envers l'autre, le goût du travail et surtout l'assiduité. Vous m'avez permis de terminer ces études. Merci de m'avoir poussée jusqu'au bout et merci pour l'avenir que vous m'avez réservé. Merci de m'avoir donné cette passion pour ce métier. Je vous remercie du fond du cœur pour tout ce que vous avez fait et faites toujours pour nous 6.

A ma sœur, Anaïs, tu es toujours là pour moi. Merci pour ton soutien, ta présence, tes rires, tes histoires (...). Merci pour ta présence et pour ton amour pour nos 4 loulous. Merci simplement d'être toujours présente pour une discussion rapide ou philosophique, pour changer le monde, ou pas, merci pour ton pep's !

A Mélo, merci pour ton amitié débutée au collège et qui dure malgré les années et embuches. Merci de supporter mon caractère et ma mauvaise communication. Merci pour ton soutien, ton aide et ton dynamisme et tous ces moments de discussions, et de rires.

A tous mes amis de Fac de Limoges et co-internes de Nantes (Nico, Manue, Cécile, Francois, Clothilde, Claire,) pour votre amitié, et votre aide pendant ses études qui m'ont parues un peu moins longues à vos côtés, avec nos révisions fou rires .

A tous nos amis et famille (Jean Ba, Alex, Nikos, et tout ceux que je ne cite pas) présents ou non pour votre amitié, vos rires, sourires, votre aide, à tous ces moments heureux partagés ensemble.

A mes grands parents maternels et paternels, merci de nous avoir transmis ce goût de la famille, merci pour votre amour et soutien.

A tous les médecins, et toutes les équipes que j'ai rencontrés pendant mon externat et internat, qui m'ont fait aimé mon travail et m'ont donné envie de continuer et d'apprendre.

Aux patients que j'ai croisés et que je croise dans mes remplacements, de me donner toujours envie de continuer mon travail, avec plus d'assiduité, et de pédagogie. J'espère toujours donner le meilleur de moi-même pour vous soigner !

A Grégoire, mon mari, merci pour ton amour et ta générosité de tous les jours. Merci pour ton soutien pendant ce travail, tes relectures et conseils bien avisés. Merci pour ta présence, ton humour, ta douceur, ton optimisme, et ton calme à toute épreuve. Merci pour notre vie de tous les jours avec nos 4 amours. Je t'aime.

A nos enfants Soline, Maël, Valentine et Colombe qui embellissent notre vie un peu plus chaque jour. Merci mes chéris, nos rayons de soleil, vos rires retentissent ! Vous êtes parfaits pour nous, ne grandissez pas trop vite ! Je vous aime.

A vous tous, Merci.

ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ARA2 : antagoniste récepteurs de l'angiotensine 2

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HVG : hypertrophie Ventriculaire Gauche

Loi HPST : loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire

HTA : Hypertension Artérielle

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

IDM : Infarctus du Myocarde

IMC : Indice de Masse Corporelle

MAPA : Mesure Ambulatoire Pression Artérielle

PA : Pression Artérielle

PAD : Pression Artérielle Diastolique

PAS : Pression Artérielle Systolique

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SFHTA : Société Française d'Hypertension Artérielle

TA : Tension Artérielle

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis (e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

Table des matières

1. INTRODUCTION	9
2. L'HYPERTENSION ARTERIELLE	11
A. Définition	11
B. L'hypertension artérielle et ses facteurs favorisants	12
C. Epidémiologie : l'HTA en France	14
D. Complications cardio-vasculaires dues à l'hypertension artérielle	17
E. L'HTA et les autres facteurs de risques cardio vasculaire	18
F. Impact de l'HTA et classifications	21
G. Les recommandations de prise en charge actuelles	23
H. Consultation d'annonce	28
3. L'Éducation thérapeutique (ETP)	33
A. Historique :	33
B. Définition de l'ETP	34
C. But de l'ETP :	37
1. L'autonomie de patient	37
2. L'acquisition de compétences	37
D. La posture du soignant	38
E. Apport de l'ETP dans la relation médecin/ Malade	40
F. La démarche éducative de l'ETP	41
G. Limites au développement de l'ETP :	45
1. L'accessibilité à l'ETP	45
2. les inégalités sociales	47
H. L'ETP en médecine générale	49
1. Les formations ETP en médecine générale	49
2. Etat des lieux et état d'esprit des professionnels	50
3. Les obstacles à l'éducation thérapeutique en médecine générale	51
I. HTA et ETP en France	53
1. Les principaux programmes et leur résultats	54
2. L'ETP et HTA en médecine générale	60
4. Programme d'éducation thérapeutique individuel pour l'hypertendu en médecine générale	61
A. Introduction	61
B. La méthode	62
1. Choix des objectifs	62
2. Choix des outils	64
C. Mise en application du programme	72
1. Population cible	72
2. Modalités de mise en place	73
5. Discussion	81
6. Conclusion	84
Outil N°1 : Guide d'entretien pour établir un diagnostic individuel	95
OUTIL N°2 : étoile de compétence	97
OUTIL N°3: réseau artériel et veineux et les sites potentiellement atteints	98
OUTIL N°4 : Echelle d'évaluation de l'importance de la maladie:	99
OUTIL N ° 5 : SON PROPRE DIAMETRE ARTERIEL	100

OUTIL N°6 COMMENT CHANGER MES FACTEURS DE RISQUES.....	101
OUTIL N°7 : MES MÉDICAMENTS AU QUOTIDIEN.....	102
OUTIL N°8 MON ACTIVITE PHYSIQUE AU QUOTIDIEN.....	103
OUTIL N°9 : Evolution de mon activité physique au quotidien.....	105
OUTIL N° 10: Fiche d'auto évaluation.....	106
OUTIL N°11 : AUTOMESURE, MES TENSIONS.....	107
OUTIL N°12 : fiche conseil sur l'auto mesure.....	108
OUTIL N°13 : Résumé sur ma maladie.....	109
OUTIL N° 14 : Vos repas dans une journée.....	110
Outil N°15 : 1GR DE SEL =	111
Outil N° 16 : Fiche conseil régime réduit en sel.....	112
Evaluation Questionnaire Patient.....	76
Guide d'entretien d'évaluation des médecins.....	78
OUTIL :Les PYRAMIDES.....	114
BIBLIOGRAPHIE.....	116

1. INTRODUCTION

Les maladies chroniques atteignent plusieurs millions de personnes en France. L'accroissement de leur nombre et de la durée de vie des patients engendre un problème majeur de santé publique (1) , à la fois sur le plan des comorbidités et du handicap qu'elles génèrent pour les malades, mais également sur le plan médico-économique. Ces pathologies nécessitent non seulement un traitement médicamenteux adapté, mais surtout une prise en charge globale du patient optimale.

Récemment, l'Education Thérapeutique (ETP) s'est avérée être une manière appropriée et validée de répondre à la prise en charge de la maladie chronique par une démarche éducative centrée sur le patient (2). De ce fait, cette méthode est devenue une priorité en matière de santé publique, et fait partie du « Plan National d'Education pour la Santé » depuis 2001(3). La Loi HPST précise que « l'Education Thérapeutique fait partie de la prise en charge du patient et de son parcours de soin». Les autorités françaises officialisent ainsi sa reconnaissance et en valorisent le développement sur l'ensemble du territoire national. Depuis quelques années, l'ETP se développe donc dans des programmes structurés, au sein d'établissements hospitaliers et de réseaux. Mais devant le nombre grandissant de patients concernés, l'activité d'Education Thérapeutique de ces structures devient insuffisante. Le médecin généraliste, qui est le premier acteur dans la démarche de soins et le plus fréquemment sollicité, a pour mission de coordonner la prise en charge globale du patient et de leurs pathologies chroniques. Il semble donc être la personne la mieux placée pour estimer l'opportunité d'une prise en charge éducative et pour en réaliser une partie. Il possède une vision globale et précise de la situation personnelle du patient. Il est donc apparu logique que les médecins généralistes participent à ces démarches éducatives. Même si de nombreux obstacles à la mise en place d'un programme d'éducation

thérapeutique en cabinet médical ont été retrouvés, les médecins généralistes ont toujours manifesté un grand intérêt et une forte volonté de formation dans ce domaine. C'est pourquoi, ils sont de plus en plus nombreux à effectuer de l'Education Thérapeutique, notamment sous forme intégrée aux consultations médicales individuelles mais souvent de manière non conventionnelle, sans les 4 étapes classiques éducatives qui sont (2) :

- Elaborer un diagnostic éducatif
- Définir un programme personnalisé d'ETP avec des objectifs d'apprentissage
- Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective, ou en alternance
- Et réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme.

Parmi l'ensemble des maladies chroniques, l'hypertension artérielle (HTA) se distingue par 2 caractéristiques : elle est à la fois une « maladie », nécessitant des traitements au long cours, mais également un facteur de risque majeur de pathologies cardio-vasculaires avec une morbi-mortalité importante. Aussi l'HTA touche actuellement plus de 12 millions de français (4), et est le premier motif de consultation en médecine générale ((5) (6) (7)), en conséquence sa prise en charge nécessite des visites régulières chez le médecin généraliste (soit environ 41 millions de consultations annuelles en France (7)). C'est pourquoi nous avons voulu mettre en place un projet d'ETP comprenant ces 4 étapes éducatives, et adapté à la consultation individuelle de médecine générale.

2. L'HYPERTENSION ARTERIELLE

A. Définition

L'HTA est définie comme la valeur de pression artérielle pour laquelle l'excès de risque associé justifie une prise en charge thérapeutique. Aussi il est intéressant de noter que l'augmentation du risque de morbi-mortalité cardiovasculaire est directement corrélée à l'élévation de la pression artérielle, selon une relation continue au-dessus de 115/75 mmHg. De plus il est vrai que la variabilité tensionnelle est un phénomène habituel : variations nyctémérales, réponses aux émotions, exposition au froid et à l'alcool notamment.

L'HTA est donc définie de façon consensuelle, selon les RCP de l'ANAES (2007), par une PA systolique ≥ 140 mmHg et/ou une PA diastolique ≥ 90 mmHg, mesurée au cabinet médical et confirmée au minimum par 2 mesures au cours de 3 consultations sur 3 à 6 mois (8). On peut également distinguer 2 types d'HTA :

- « **L'HTA essentielle** » qui représente 95% des HTA(9). A la différence des HTA secondaires, elle s'installe souvent de façon progressive avec des mesures qui varient, ce qui entraîne le retard de diagnostic. Une fois l'HTA installée, l'élévation tensionnelle se poursuit généralement, en l'absence de traitement. La PAD, à partir de 60 ans, a tendance à rester stable puis à diminuer à partir de 70 ans, tandis que la PAS continue d'augmenter ce qui explique la grande fréquence de l'HTA systolique isolée chez les personnes âgées. Ce fait est sans doute en rapport avec une augmentation de la rigidité artérielle et une diminution de la compliance.

-

- « **L'HTA secondaire** » qui regroupe les HTA consécutives à des pathologies endocriniennes, néphrologiques, vasculaires. Celles-ci peuvent se présenter de façon plus brutale, et entraînent une prise en charge spécifique. Ces HTA ne seront pas abordées dans ce travail.

Il faut également savoir que l'HTA est une maladie chronique dont le traitement est démontré comme efficace. Son traitement associe des mesures non médicamenteuses à un traitement médicamenteux. « Les essais cliniques ont montré que le traitement anti hypertenseur s'accompagne d'une réduction de l'incidence des AVC, de celle des IDM et de celle de l'insuffisance cardiaque. » (10).

B. L'hypertension artérielle et ses facteurs favorisants.

Les facteurs suivants jouent un rôle favorisant dans l'apparition d'une HTA essentielle :

- Les antécédents familiaux d'HTA.
- Le rôle du sodium: un bilan sodé positif entraîne fréquemment une hypertension artérielle par hypervolémie plasmatique.
- Le poids: une association entre obésité, notamment abdominale et HTA a été établie (11). En effet il a été découvert que l'adipocyte avait des capacités sécrétoires. La leptine mais également l'adiponectine jouent un rôle dans ce sens. D'autres mécanismes sont impliqués, comme l'activation du système sympathique, les phénomènes inflammatoires, l'activation du système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA), la dysfonction

endothéliale ou la présence d'un syndrome d'apnées du sommeil (12). Aussi une perte de poids permet à la fois une diminution notable de l'HTA et du risque cardio-vasculaire global. A l'inverse, une prise de poids observée à l'échelon de la population non hypertendue s'accompagne d'une fréquence accrue d'HTA. Une prise de poids de 5% est associée à 20 à 30% d'augmentation de risque de développer une HTA (13). Le tissu adipeux serait en lien direct dans la pathogénicité de l'HTA et de sa progression (14).

- L'âge : un âge avancé s'accompagne d'une augmentation de la rigidité artérielle due à un processus fibrotique et athéromateux (15) .
- Le facteur hormonal : après la ménopause et la disparition des œstrogènes, la pression artérielle systolique s'élève plus chez la femme que chez l'homme (16) .
- La nutrition : l'augmentation de la pression artérielle liée à l'âge serait en rapport avec la modification d'activité physique ainsi qu'à des facteurs nutritionnels (sodium et ration calorique totale modifiés avec l'âge).
- La sédentarité : en effet une activité physique régulière améliore les chiffres tensionnels. ((17), (18) (19))
- L'alcool: le risque d'apparition d'HTA est deux fois plus grand pour les sujets qui consomment plus de 6 verres d'alcool par jour (20). La pression artérielle augmente dès le troisième verre quotidien. Ce fait s'explique par l'activation orthosympathique du système rénine angiotensine, du cortisol, l'activation du système nerveux central et une sensibilité augmentée au sel.
- Les émotions négatives appelées communément «stress» : il n'y a pourtant pas d'unicité de caractérisation entre les différentes « émotions négatives», les aspects psychiques et biologiques.

Elles jouent néanmoins un rôle dans le système orthosympathique, provoquant à long terme une élévation de la pression artérielle (21) (22).

C. Epidémiologie : l'HTA en France

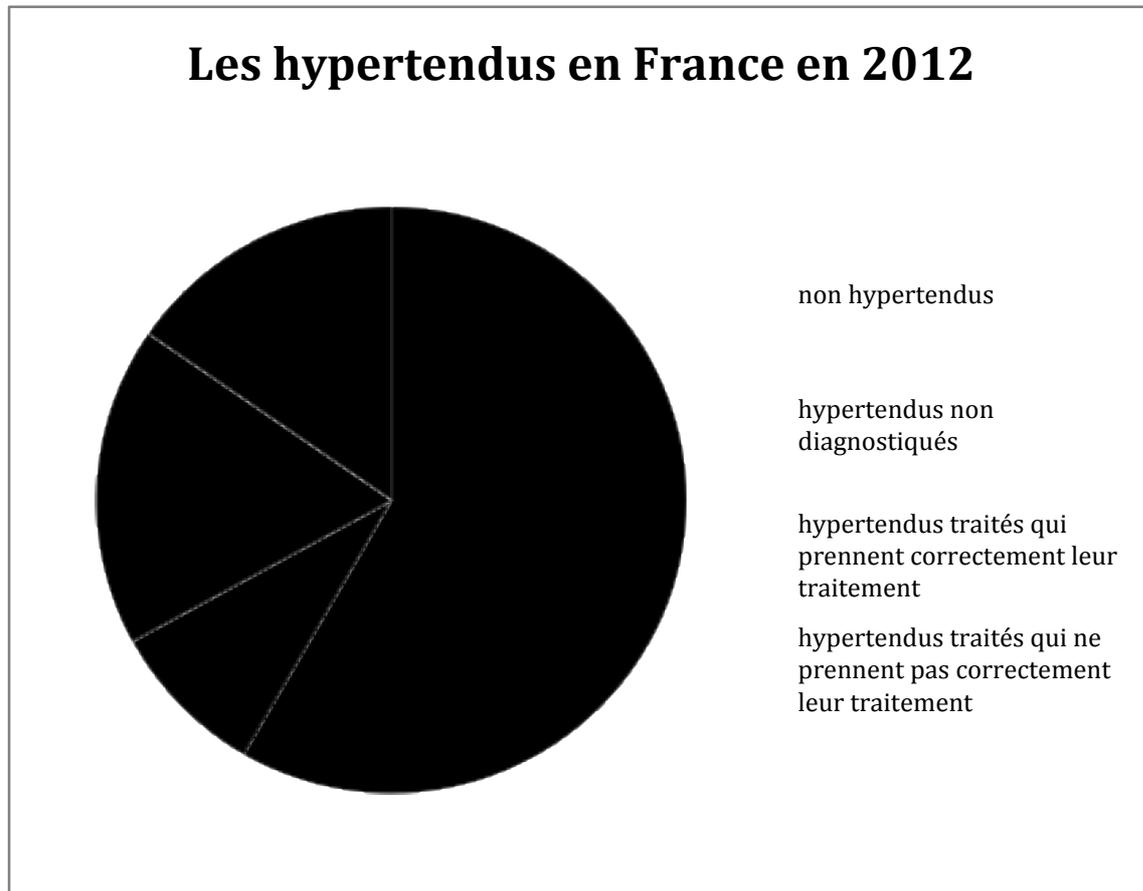
- Plusieurs études ont été réalisées, dont l'étude nationale nutrition santé (**ENNS**), réalisée en 2006-2007 (23). C'est la première étude représentative de la population adulte (18-74 ans) en France et qui comprend des données sur la pression artérielle. Dans cette étude la pression artérielle systolique (PAS) moyenne était de 123,6 mm Hg et la pression diastolique moyenne (PAD) de 77, 8 mm Hg. La PAS était significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (128,7 mmHg contre 118,5 mm Hg) et elle augmentait de façon continue avec l'âge, pour les deux sexes. La PAD était également plus élevée chez les hommes (79,3 mm Hg contre 76,2 mm Hg). En revanche, la PAD n'augmentait plus après 45 ans chez les hommes et faiblement chez les femmes.
- L'étude **Mona Lisa (24)**, également réalisée en 2006-2007, est représentative de la population de 35 à 74 ans résidant dans la communauté urbaine de Lille, dans le Bas-Rhin et la Haute-Garonne. Les PAS et PAD moyennes s'élevaient respectivement à 136,7 mm Hg et 83,2 mm Hg chez les hommes et à 127,9 mm Hg et 78,6 mm Hg chez les femmes. Cette étude a montré des disparités géographiques : les pressions artérielles moyennes sont plus élevées à Lille et à Strasbourg qu'à Toulouse. Les auteurs ont aussi pu observer les évolutions survenues en dix ans chez les personnes de 35-64 ans, par comparaison avec l'étude Monica, réalisée en 1996-1997 avec une méthodologie similaire auprès

d'échantillons représentatifs de ces mêmes populations de cette tranche d'âge : chez les hommes, les PAS et PAD moyennes sont restées identiques (134,7/ 84,7 mm Hg en 1996 à 134,6/ 83,2 mm H g en 2006) contrairement aux femmes, chez qui elles ont diminué de 127,8/ 79,4 mmHg en 1996 à 124,3/ 77,9 mm Hg en 2006.

- D'après la dernière étude **FLAHS 2012** (25)(French League Against Hypertension Survey : baromètre de l'hypertension en France réalisé par Kantar Health), 30 % de la population française âgée de plus de 35 ans, soit 11,4 millions, est traitée par un médicament antihypertenseur. Il y a 10 ans, ce nombre s'élevait à 8,2 millions. Cependant, 54% des hypertendus traités seulement suivraient correctement leur traitement.

L'hypertension artérielle est la première maladie nécessitant une consultation en médecine générale. L'hypertension artérielle (HTA) est une maladie chronique qui touche près de 12 millions de Français ; 3 millions ne seraient toujours pas diagnostiqués. (cf Schéma récapitulatif).

Schéma récapitulatif : Etats des lieux des hypertendus en France suite à l'étude FLASH en 2012



L'étude FLASH 2012 met en évidence aussi que seulement 54 % des hommes et 65% des femmes connaissent leur hypertension artérielle. En moyenne, 80 % des personnes hypertendues connues étaient traitées, la proportion augmentant avec l'âge pour les hommes et les femmes. Parmi les personnes traitées, 24 % des hommes et 38,5 % des femmes avaient une pression artérielle contrôlée. De même, l'analyse de l'évolution sur dix ans (comparaison étude FLASH 2002 et 2012) chez les 35-64 ans montre que la prévalence de l'hypertension artérielle a diminué de 7,5 % chez les hommes (passant de 45,1 % en 1996 à 41,7 % en 2006), et de 18,5 % chez les femmes (passant de 34,1 % en 1996 à 27,7 % en 2006). Elle révèle également que les sujets hypertendus traités étaient mieux contrôlés en 2006 que dix ans auparavant.

Donc ces deux enquêtes récentes témoignent d'une détection et d'un contrôle de l'HTA qui demeurent **insuffisants**, et d'une prise en charge qui peut être améliorée et changée.

D. Complications cardio-vasculaires dues à l'hypertension artérielle

Les complications secondaires à l'HTA sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Complications liées directement à l'HTA	Complications secondaires à l'athérosclérose
l'AVC hémorragique (accident vasculaire cérébral) secondaire à la sclérose artériolaire et anévrismes miliaires des artéριοles cérébrales pénétrantes à l'origine d'hémorragie cérébrale.	L'AVC ischémique
l'insuffisance cardiaque congestive avec une fonction diastolique diminuée due à l'hypertrophie ventriculaire gauche (HVG).	Démence vasculaire (suite à de multiples micros AVC)
Insuffisance rénale par néphroangiosclérose.	L'infarctus du myocarde (IDM)

Rétinopathie maligne (devenue très rare).	L'angor
Dissection artérielle	L'athérosclérose carotidienne
L'anévrisme de l'aorte abdominale en plus grand nombre chez les hypertendus (26)	L'artériopathie des membres inférieurs
Encéphalopathie hypertensive	l'insuffisance rénale suite à des maladies vasculo rénales ischémiques.

Chaque année, on compte 120 000 infarctus du myocarde et 130 000 accidents vasculaires cérébraux (AVC) qui sont favorisés par l'HTA dans notre pays constituant une des premières causes de handicap.(27)

E. L'HTA et les autres facteurs de risques cardio vasculaire

L'HTA ne représente qu'un seul facteur de risque de pathologies cardio vasculaire.

Nous retiendrons donc comme autres facteurs de risques :

1. Les facteurs modifiables :

- Le tabac

En plus de son effet cancérogène, il s'agit d'un facteur de risque majeur quelque soit le type de tabagisme, actif ou passif. Sa consommation touche actuellement des populations jusque là moins exposées (femmes, sujets jeunes). Les effets délétères du tabac sont liés à la

quantité quotidienne de tabac consommée par jour, à l'âge de début et à la durée de l'exposition. Le risque augmente linéairement avec l'augmentation du nombre de paquets/années. (28)

- La dyslipidémie

L'élévation du LDL-cholestérol et des triglycérides est délétère. L'élévation du HDL-cholestérol est protectrice. Il s'agit avant tout de facteurs de risque de coronaropathie.

- Le diabète

Les diabètes de type I et II sont associés à une augmentation du risque cardiovasculaire. Pour le diabète de type I, le risque cardiovasculaire apparaît dès l'âge de 30 ans et est d'autant plus important que le contrôle glycémique est mauvais et qu'il y a une néphropathie. Le diabète de type II et l'intolérance au glucose sont associés à un risque cardiovasculaire majeur (HTA, dyslipidémie, obésité androïde). Le diabète est actuellement défini par une glycémie à jeun = à 7 mmol/l (1,26 g/l) à 2 reprises.

- La surcharge pondérale

Elle est évaluée par l'indice de masse corporelle (IMC). Les normales sont de 20 à 25 chez l'homme et de 19 à 24 chez la femme. On parle de surpoids lorsque l'IMC est supérieur à 27 et d'obésité au-delà de 30. L'obésité est dite morbide pour des IMC supérieurs à 40. Par ailleurs, cette obésité peut être de type gynoïde ou androïde. C'est la répartition androïde des graisses, avec l'augmentation de la masse grasse intra-abdominale, qui augmente le plus le risque cardiovasculaire. Elle est actuellement mesurée par la circonférence abdominale (< 102 cm chez l'homme et < 88 cm chez la femme.)

- Habitus : facteur nutritionnel et sédentarité :

Le manque d'activité physique régulière est associé à une augmentation du risque de mortalité cardiovasculaire dans la plupart des études épidémiologiques. L'activité physique modifie certains facteurs de risque (maintien d'un poids normal, diminution de la consommation de tabac et modification du régime alimentaire).

2. Les facteurs non modifiables :

- ✓ L'âge : C'est le facteur n° 1. Les manifestations cliniques débutent en général au cours de la 4e ou 5e décennie pour l'homme, et de la 6e ou 7e pour la femme (étude INTERHEART : 56 ans pour l'homme, 65 ans pour la femme) (29) .
- ✓ Sexe masculin : l'homme a un risque d'athérosclérose beaucoup plus élevé que la femme : sur 100 infarctus, seulement 20 surviennent chez la femme. Cette protection est rattachée à l'influence bénéfique des estrogènes naturels sur le profil lipidique, la sensibilité à l'insuline et sur la pression artérielle. Cette protection disparaît 10 à 15 ans après la ménopause et explique l'âge tardif de survenue des complications de l'athérosclérose chez la femme.
- ✓ Les antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire qui ont touché un ou plusieurs parents du premier degré sont un facteur de risque d'autant plus important que l'âge de survenue des événements a été précoce dans la famille (père < 55 ans et mère < 65 ans).

F. Impact de l'HTA et classifications

Le niveau de l'HTA est directement corrélé aux complications qu'elle peut induire c'est pourquoi la SFHTA a classifié l'HTA en 3 grades de sévérité (Tableau 1). La pression artérielle systolique est prédictive du risque cardio vasculaire chez le sujet de plus de 50 ans.

Tableau 1. Niveau de PA définissant l'HTA systolo-diastolique et l'HTA systolique isolée (issus des recommandations de l'HAS 2005)

HTA Grade 1 (légère)	140-159 mmHg	Et/ou 90-99 mmHg
HTA Grade 2 (modérée)	160-179 mmHg	Et/ou 100-109 mmHg
HTA Grade 3 (sévère)	180 mmHg	Et/ou 110 mmHg
HTA systolique isolée	140 mmHg	Et < 90 mmHg

Or l'HTA est à prendre en compte en même temps que les autres facteurs de risque cardio-vasculaires, en considérant que le « risque cardio-vasculaire global » est la probabilité de présenter un événement cardio vasculaire dans les années futures (5, 8 ou 10 ans).

Ce risque global est un risque calculé en fonction de l'âge et du risque absolu de présenter une complication cardio vasculaire qui peut être faible chez un sujet jeune hypertendu. En ce sens, l'HAS dans ses recommandations 2005 (en cours de réactualisation) (8) distinguaient 3 grades décrits dans le Tableau 2 en se basant préférentiellement sur le risque cardio vasculaire global plutôt que la graduation de l'HTA isolée.

Tableau 2. Calcul du risque cardiovasculaire global (30)

	HTA grade 1	HTA grade 2	HTA grade 3
Autres facteurs de risque, atteinte infraclinique ou maladie	PAS 140–159 ou PAD 90–99	PAS 160–179 ou PAD 100–109	PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Pas d'autre facteur de risque	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé
1–2 facteurs de risque	Risque moyen		
≥ 3 facteurs de risque ou atteinte infraclinique des organes cibles ou maladie cardiovasculaire avérée ou néphropathie	Risque élevé		

Les risques faible, moyen et élevé correspondent à des probabilités d'évènement cardiovasculaire à 10 ans : respectivement < 10 %, entre 10 et 20 % et > 20 %.

G. Les recommandations de prise en charge actuelles

Les recommandations de l'HAS de 2005 (8) sont actuellement en révision, mais de nombreuses sociétés savantes ont publié de nouvelles recommandations afin d'orienter au mieux la prise en charge du patient dans sa globalité.

La Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHA) a récemment (2013) mis en place des recommandations sur la prise en charge de l'hypertendu (31)

Dans celles-ci il est demandé aux professionnels de santé de suivre le patient hypertendu en **3 étapes** :

- Avant le début du traitement,
- Plan de soin initial les 6 premiers mois,
- Plan de soins à long terme.

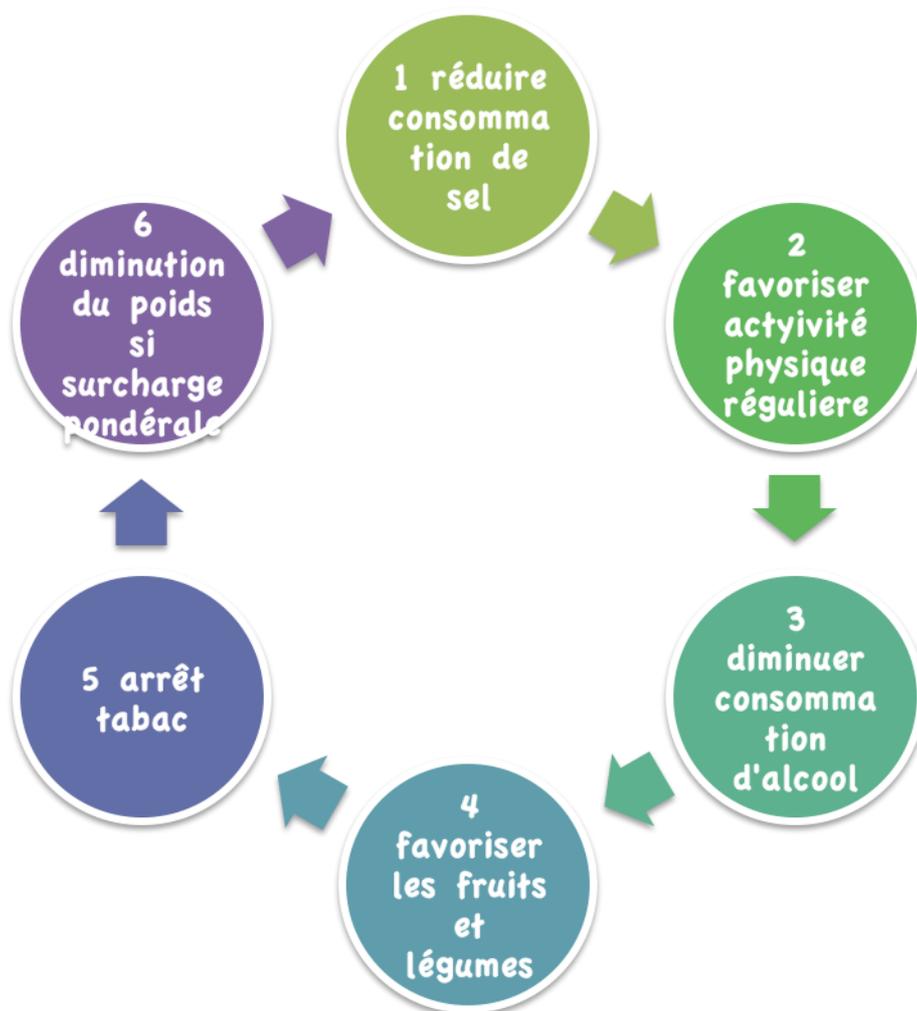
Chaque étape comporte des objectifs précis :

➤ Avant le début du traitement :

- Lorsque l'on suspecte une HTA débutante avec la découverte d'une TAS supérieure ou égale à 140mmHg et une PAD supérieure ou égale à 90mmHg, il faut confirmer l'hypertension artérielle en dehors du cabinet médical par automesure tensionnelle ou MAPA (résultats qui seront analysés lors d'une consultation un mois plus tard); sauf s'il s'agit d'une HTA sévère avec une TA supérieure à 118/110 mmHg.
- Il faut mettre en place 6 règles hygiéno-diététiques (cf schéma) sur 1 mois,
- Faire un bilan initial (avec NFS, Ionogramme sanguin, urée, créatininémie, bilan lipidique, hémoglobine glycosylée, et protéinurie) et réaliser un ECG de repos, dont le résultat sera revu lors de la consultation à un mois.

- Lors de la consultation à un mois, l'hypertension artérielle est infirmée ou confirmée, dans ce cas il est nécessaire de réaliser une **consultation d'annonce**.

SCHÉMA : les 6 Règles Hygiéno diététiques recommandées par la SFHTA



- **Le plan de soin initial à 6 mois** : comprend des **visites mensuelles** jusqu'à l'obtention des chiffres tensionnels fixés ($T_{as} \leq 139 \text{ mmHg}$, $T_{ad} < 90 \text{ mmHg}$, ou inférieur selon les pathologies et complications cardiovasculaires de chaque patient). Cinq antihypertenseurs sont à favoriser lors de la mise en place d'une monothérapie : les diurétiques thiazidiques, les inhibiteurs calciques, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), les bêtabloquants, et les antagonistes de récepteurs à l'angiotensine 2 (ARA 2). Le traitement devra être adapté et individualisé selon chaque patient. Tout au long des consultations le traitement est de toute évidence à adapter en fonction de la tolérance, de l'efficacité et des effets indésirables. Les traitements permettant une seule prise par jour sont à favoriser également.

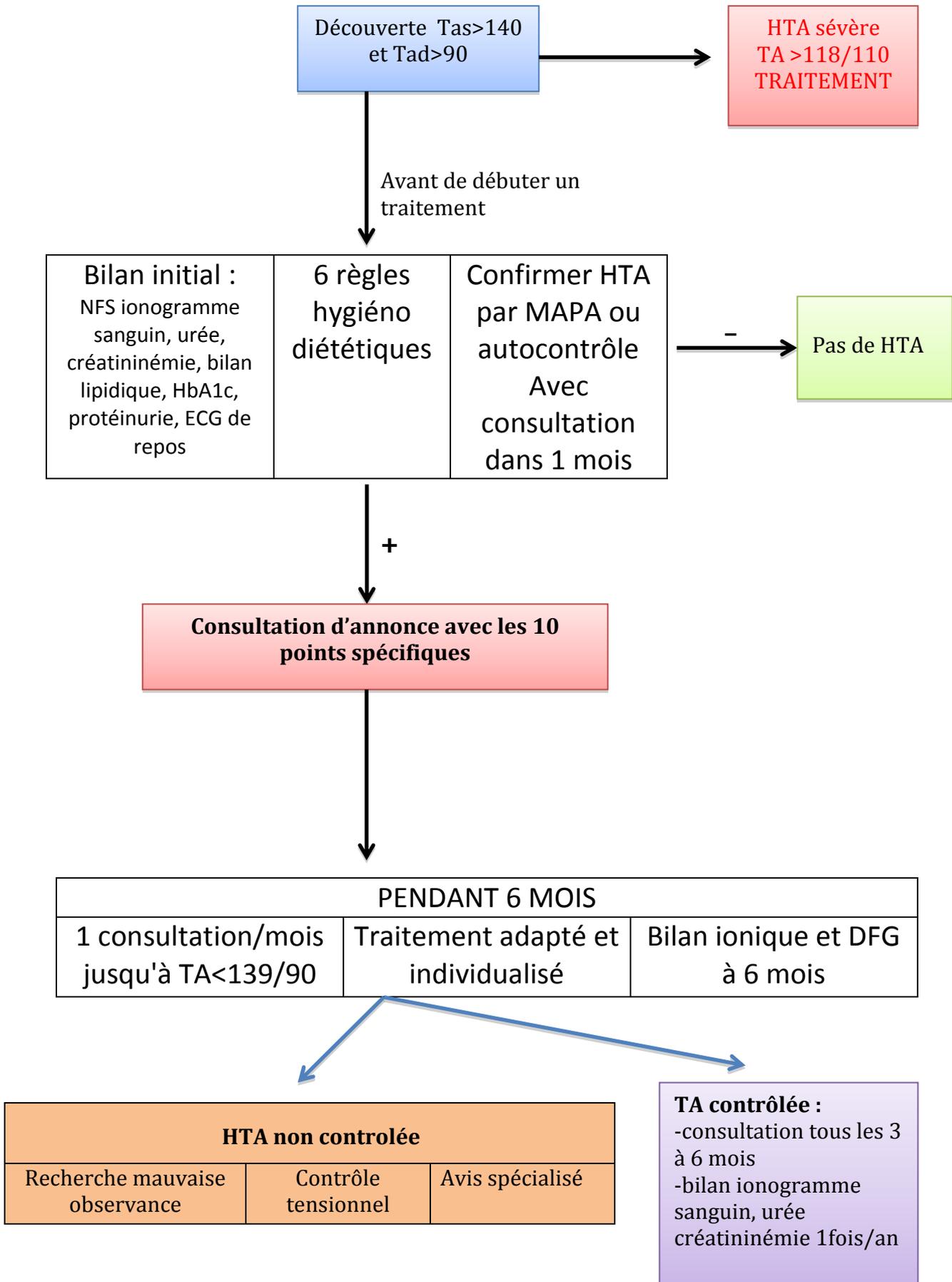
En cas de résistance de l'HTA malgré une monothérapie bien conduite durant un mois une bithérapie fixe peut être mise en place.

Enfin un bilan ionique et une mesure de débit de filtration glomérulaire doivent être réalisés à 6 mois.

- **Le plan de soin à long terme** prend en compte l'hypertendu non contrôlé et l'hypertendu contrôlé
- Devant une HTA non contrôlée ($TA > 139/90 \text{ mmHg}$) malgré une trithérapie, il est recommandé de rechercher une mauvaise observance du traitement, de réaliser un contrôle tensionnel en dehors du cabinet médical, et de demander l'avis d'un spécialiste (afin de rechercher une cause d'HTA secondaire ou de mettre en place d'autres associations de traitements antihypertenseur).
 - Devant une HTA contrôlée une consultation de contrôle **tous les 3 à 6 mois** doit être instituée, durant laquelle est évalué le niveau tensionnel, la recherche de symptômes et de complications cardio-vasculaires.

Ces consultations permettent d'encourager la bonne prise des traitements et mesures hygiéno-diététiques, mais aussi permettent de rechercher également les intolérances ou effets indésirables, de mettre en place des mesures d'éducation thérapeutique si nécessaire et également d'encourager l'automesure.

Arbre Décisionnel de la prise en charge devant la suspicion d'une HTA



H. Consultation d'annonce

La SFHTA insiste sur l'importance de cette consultation d'annonce, durant laquelle devra être abordée ces 10 points :

1	Définition de l'HTA	
2	Origine de l'HTA	Explication des complications et du risque cardio-vasculaire global
3	Conséquence de l'HTA	
4	Réversibilité du risque	Les essais thérapeutiques ayant clairement démontré que la réduction de la pression artérielle était associée à une réduction substantielle du risque cardiovasculaire
5	Moyens thérapeutiques	Explications des moyens médicamenteux et non médicamenteux tels : la réduction de la consommation de sel, d'alcool, la réduction pondérale, l'activité physique, la modification de l'alimentation avec une alimentation riche en fruits et en légumes
6	Schéma thérapeutique	Chaque patient hypertendu justifie d'une personnalisation de son traitement antihypertenseur, parfois seulement des mesures non médicamenteuses, le plus souvent des deux.
7	Temporalité	Un traitement antihypertenseur est un traitement au long cours dans l'immense majorité des cas ; on sait traiter l'hypertension artérielle mais on ne peut guérir les patients.

8	Objectif	L'objectif principal du traitement est la normalisation de la pression artérielle pour éviter les complications cardiovasculaires de l'hypertension artérielle.
9	Balance décisionnelle	
10	Recueil	Il convient de recueillir le point de vue du patient afin de comprendre sa balance décisionnelle personnelle. Quelles sont les avantages et inconvénients perçus par le patient à suivre ou ne pas suivre le traitement antihypertenseur (médicamenteux et non médicamenteux)? C'est une partie d'échange permettant de reprendre un ou plusieurs points qui n'auraient pas été bien compris par le patient, mais aussi de l'aider à renforcer sa motivation en s'appuyant sur les éléments personnels qu'il aura lui-même avancé en faveur du traitement.

Cependant actuellement il est rare que le médecin généraliste ait le temps de réaliser cette consultation d'annonce, souvent le diagnostic est réalisé en même temps que le début de la mise en place d'un régime, voir d'une mise en place de traitement anti hypertenseur et le tout est réalisé avec l'examen clinique en 15 à 20 minutes.

En définitive nous avons pu voir ci-dessus que l'hypertension artérielle (HTA) est une maladie très courante et grave de par ses conséquences, qu'elle est souvent incomprise par les patients, et de ce fait pas toujours prise en charge correctement par les patients.

De nouveau, on retrouve toujours les mêmes moyens efficaces pour obtenir une baisse de la pression artérielle :

- Une bonne hygiène de vie indispensable qui comprend:
 - Une réduction de poids chez les sujets en surpoids
 - Un régime approprié type DASH (enrichissement en fruits, légumes et laitages allégés)
 - Un régime pauvre en sodium limité à 6g/jour
 - Une activité physique régulière (30 min par jour minimum)
 - Et la réduction de la consommation d'alcool (3 verres /jour chez l'homme, 2 verres/jour chez la femme)
- Une bonne observance du traitement anti hypertenseur.

Comme pour toute maladie chronique, elle est pour chaque patient une histoire différente et longue. Afin que celui ci adhère à sa prise en charge, le soignant doit être capable de faire changer les idées reçues et fausses croyances et délivrer une information adaptée à chacun. En effet, par exemple la croyance majoritaire de la population générale concernant les causes de l'HTA est que la maladie est secondaire au stress (32). Certains patients pensent qu'une fois la tension normalisée, le traitement peut être arrêté ou que l'activité physique est contre-indiquée (33), d'où l'importance de la consultation d'annonce. Ces fausses croyances, connaissances ou compétences insuffisantes ont pour conséquences des attitudes inappropriées, nuisant à une prise en charge optimale sur le long terme.

Or il a été démontré que l'ETP est un moyen efficace (34)(35) pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques. En effet de nombreuses études ont fait part d'une amélioration significative des différents critères de santé communément admis (biologiques, chiffres tensionnels, compréhension de la maladie par les patients, observance, ...), et cela dans toutes les pathologies étudiées. L'amélioration

significative décrite est due à la mise en place de séances d'éducation thérapeutique (figure).

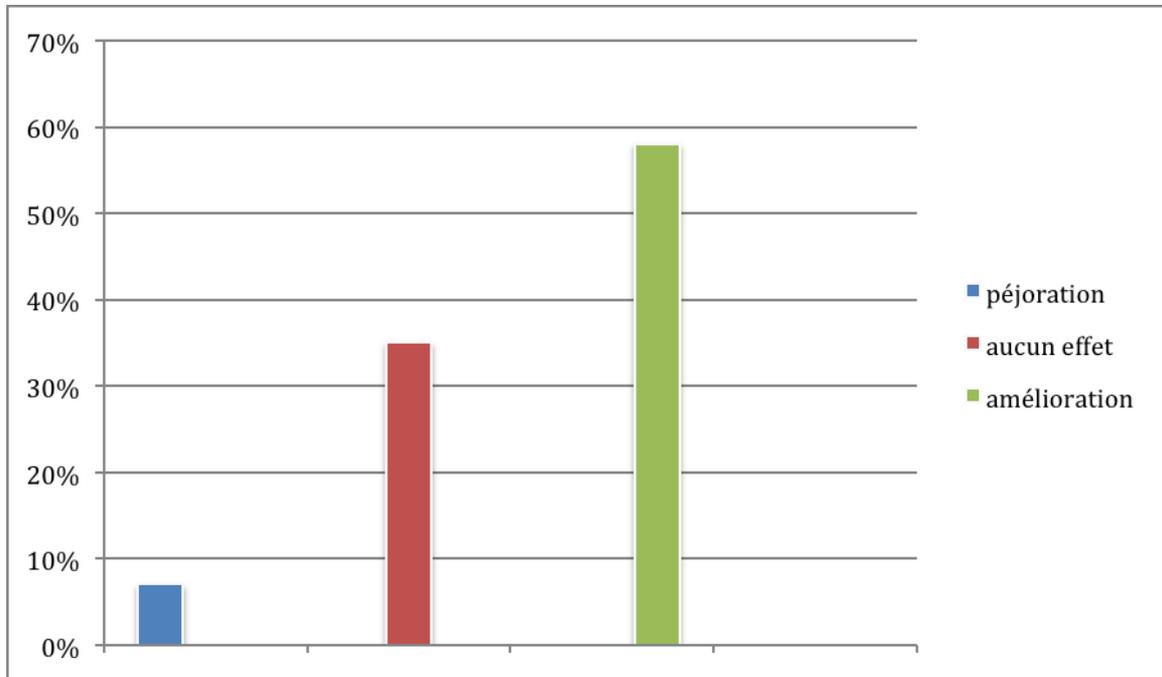


Figure : Nombre d'études montrant respectivement une péjoration, une absence d'effet et une amélioration dues à l'éducation thérapeutique

Il est à relever que les critères d'efficacité sont multiples et variés (hémoglobine glyquée ,cholestérol , chiffres tensionnels, qualité de vie, handicap, douleur, réadmission hospitalière, etc.).

Et il ressort de manière claire que 58% des études (35) montrent une amélioration significative. Lorsque l'éducation est structurée, avec des indicateurs très précis et un groupe contrôle sans intervention éducative, l'éducation thérapeutique révèle une **grande efficacité** dans toutes les maladies chroniques considérées. Ceci peut s'expliquer par

l'effet cumulé d'une éducation la plus large possible : travail sur les conceptions et croyances de la personne, qui permet de lever certains obstacles aux changements de comportements. L'amélioration de la relation soignant-patient qui en découle permet également une prise en charge plus rapide en cas de complications.

3. L'Éducation thérapeutique (ETP)

A. Historique :

En 1998, l'OMS définit l'éducation thérapeutique comme un processus par étapes, intégré aux soins, qui comprend un ensemble d'activités organisées (de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial). Cela concerne la maladie, le traitement prescrit, les soins, les institutions de soins, et les comportements de santé du patient. Ce processus a pour but d'aider les patients et/ou leur entourage à comprendre la maladie et les traitements, à collaborer aux soins, et à prendre en charge leur état de santé afin de conserver et/ou d'améliorer leur qualité de vie.

En 1999, le Manuel d'accréditation des établissements de santé prévoit que « le patient bénéficie des actions d'éducation concernant sa maladie et son traitement ».

En 2000, la Conférence Nationale de Santé souhaite renforcer l'éducation thérapeutique du patient, diffuser des pratiques professionnelles éducatives à l'ensemble des futurs intervenants du domaine de la santé, et expérimenter, puis généraliser des modes d'allocations de ressources spécifiques en ville et à l'hôpital.

En avril 2007, un plan d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques, prévu de 2007 à 2011, énonce quatre objectifs :

- aider chaque patient à mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer,
- élargir la pratique médicale vers la prévention,
- faciliter la vie quotidienne des malades,

- mieux connaître les conséquences de la maladie sur leur qualité de vie.

En mars 2009, la loi HPST inscrit l'éducation thérapeutique dans le Code de Santé Publique. L'éducation thérapeutique est **reconnue comme thérapeutique à part entière**, avec son cadre, ses finalités et ses modes de financement dans une loi de santé publique.

Actuellement, les Diplômes Inter Universitaires (DIU) d'éducation thérapeutique se multiplient. Le Développement Professionnel Continu (DPC) définit l'éducation thérapeutique du patient comme un des thèmes prioritaires. Le but est de développer l'offre ambulatoire. Les maisons et pôles de santé pourront être un lieu de référence de l'ETP en ambulatoire. Ils présentent l'avantage de disposer de professionnels ayant l'habitude de travailler en transversalité et bénéficient, dans le cas des maisons de santé, de locaux adaptés dont une pièce pourrait être réservée à cet effet. L'Agence Régionale de Santé (ARS) pourrait avoir un rôle central de pilotage (par exemple appel à projet ARS PACA en septembre 2013 (36) . L'objectif est de créer un maillage territorial d'ETP grâce aux réseaux afin de répondre aux besoins des patients.

B. Définition de l'ETP

La Haute Autorité de Santé (HAS), en accord avec l'OMS en 1998 (2) définit que « *L'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.* »

« *L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir ou de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit par conséquent d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré*

sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leur famille (et / ou entourage) à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie» (OMS définition de 98).

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de l'éducation pour la santé (Figure).

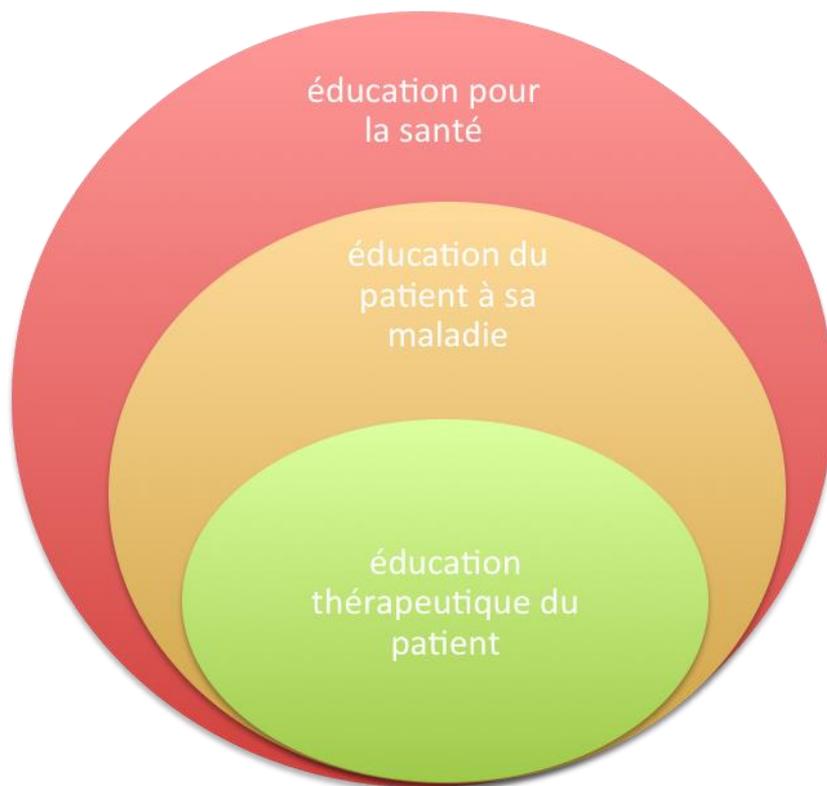


Figure : Représentation de l'éducation à la santé, de l'éducation du patient à la maladie et de l'éducation thérapeutique du patient

Il est dorénavant admis que soigner et éduquer une personne atteinte de maladie chronique sont deux activités indispensables et liées. Il ne s'agit pas de modeler un patient conforme aux attentes du soignant, mais de favoriser l'acquisition par le patient de différentes compétences qui peuvent l'aider à vivre avec sa maladie, par un processus de renforcement de ses capacités (37) dans une pathologie chronique, et favorise le déplacement du contrôle de la maladie du soignant vers le patient . Soigner reste la responsabilité première du médecin, mais améliorer la santé et la qualité de vie d'une personne implique de conférer au patient un statut d'apprenant (37), et au soignant un statut d'éducateur.

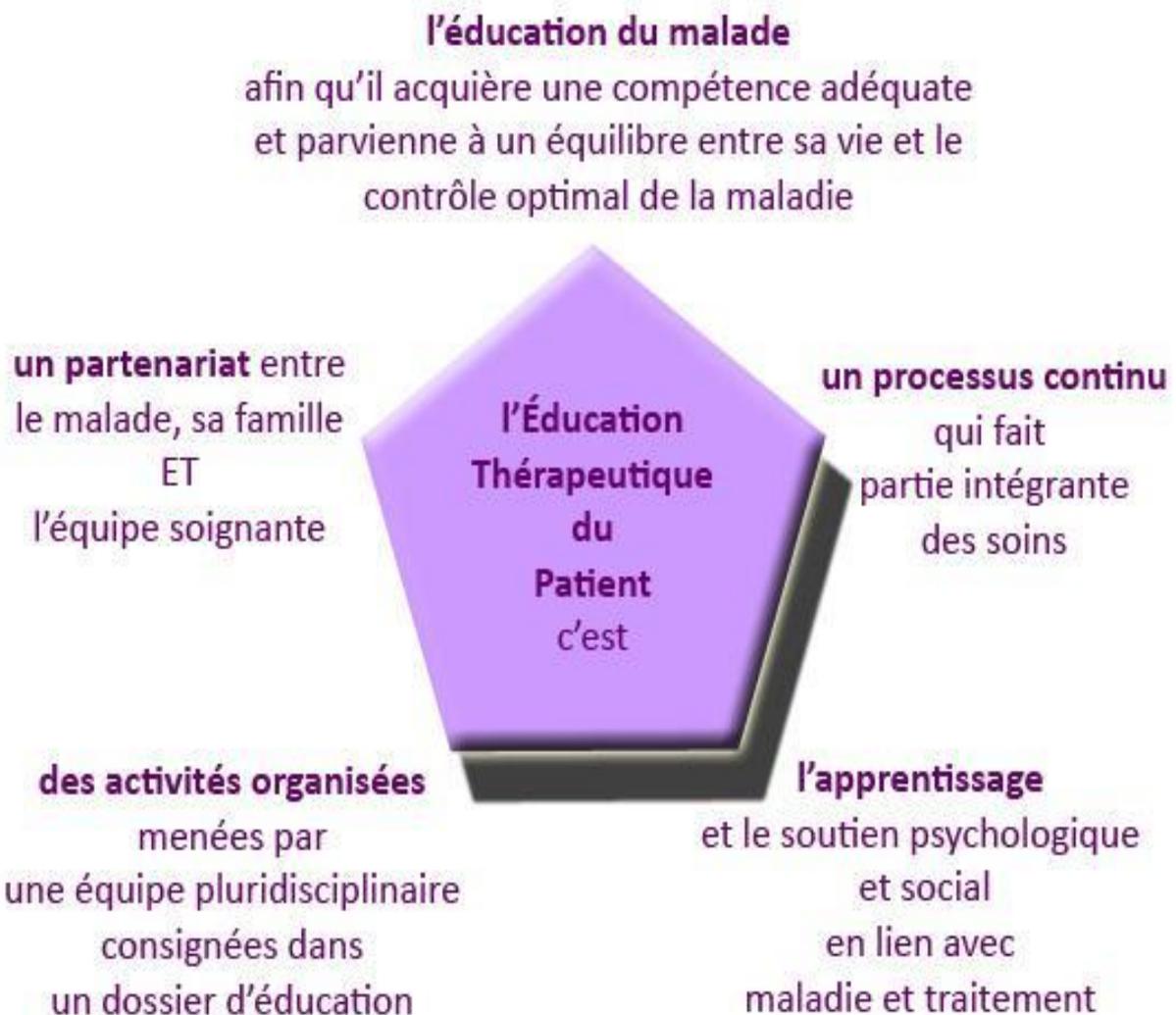


Figure : Illustration de l'éducation thérapeutique (38)

C. But de l'ETP :

1. L'autonomie de patient

L'éducation n'a pas pour but de faire baisser la prévalence d'un comportement, mais de permettre « l'émergence du sujet, c'est-à-dire de contribuer à développer l'autonomie, la liberté et la responsabilité de l'autre » .(38) Le fait d'acquiescer de l'autonomie dans sa prise en charge, le patient vit mieux sa maladie, dans son quotidien, et avec ses proches.

Ainsi l'objectif de l'ETP vise à rendre le patient plus autonome, et à devenir le premier acteur de ses soins, tout en garantissant sa sécurité.

2. L'acquisition de compétences

Les compétences à acquiescer par le patient au terme d'un programme d'ETP quels que soient la maladie, la condition ou lieu d'exercice sont (Ivernois J.F, Gagnayre R.) :

Compétences	Objectifs spécifiques (exemples)
1. faire connaître ses besoins, 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 la tension artérielle
4. faire face, décider	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypoglycémie,...)
5. résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention	Ajuster le traitement, les doses (d'insuline par exemple). Réaliser un équilibre diététique sur la journée, la semaine. Prévenir les accidents, aménager un environnement, un mode de vie favorables à sa santé (sport, stress...)
6. pratiquer, faire	Pratiquer les techniques (injection d'insuline...) Pratiquer les gestes (auto examen des oedèmes, prise de pouls...)Pratiquer gestes d'urgence
7. adapter réajuster	Adapter sa thérapeutique à un autre contexte (voyage, grossesse ...)
8. Utiliser les ressources du système de soins	Savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher l'information utile, faire valoir ses droits, participer à la vie des associations

D. La posture du soignant

Pour prévenir une maladie ou ses complications, il existe trois grandes stratégies d'interventions (39):

1. On informe
2. On persuade
3. On éduque : C'est sur ce principe que repose l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

C'est une nouvelle compétence à acquérir de la part du soignant .

Aussi la **posture éducative** requiert d'être:

- ✚ **empathique**, ainsi le patient ressent la bienveillance du soignant.
- ✚ **à l'écoute** du patient, ainsi le patient ressent l'intérêt du soignant envers lui, et cela permet au médecin d'accéder aux représentations et croyances de santé du patient et ainsi de comprendre davantage les comportements de santé du patient.
- ✚ De poser des **questions ouvertes**, pour que le patient puisse s'exprimer librement notamment sur son ressenti,
- ✚ De **reformuler**, ce qui permet de clarifier les propos du patient, et de clarifier la consultation elle-même,
- ✚ De **mettre des mots sur les émotions**, pour que le patient se sente compris.
- ✚ **Ne pas** minimiser, interpréter, investiguer, débattre, juger, imposer, menacer, prendre parti afin que le patient se sente respecté.

Ainsi le patient devient donc un « apprenant » et le médecin ou soignant devient un « éducateur ». Il s'agit donc « d'apprendre avec son médecin à apprendre à se soigner tout seul » (40).

L'éducateur/soignant, se donne pour fin « l'émancipation des personnes qui lui sont confiées, la formation progressive de leur capacité à décider d'elles-mêmes de leur propre histoire, et qui prétend y parvenir par la médiation des apprentissages déterminés» (41).

Il est nécessaire de souligner que pour mettre en place une éducation thérapeutique de qualité, le soignant doit mobiliser, outre ses compétences biomédicales, des compétences pédagogiques. En effet, les soignants ont le plus souvent tendance à délivrer une information avec une pédagogie verticale ne tenant pas toujours compte des conceptions des patients.

Des **méthodes pédagogiques** différentes peuvent être utilisées pour favoriser l'apprentissage:

- ✚ -résolution de problème
- ✚ -auto-évaluation des savoirs-faire
- ✚ -balance décisionnelle
- ✚ -questionnement permettant de donner du sens aux évènements de santé vécus
- ✚ -valorisation des savoirs expérientiels des patients
- ✚ -apprentissage par l'erreur...

Comme présenté ci-dessus, faire apprendre à un patient ne peut se limiter à conseiller, enseigner ou à promouvoir des activités ou des projets. Le patient est le seul « auteur » de son propre apprentissage.

E. Apport de l'ETP dans la relation médecin/ Malade.

« Les instants de rencontre entre médecin et patient sont les éléments fondateurs de la réussite de la prise en charge d'une maladie chronique comme l'HTA. Malheureusement, ils sont encore trop souvent source de non-dits et d'incompréhension mutuelle » (Dr. Bernard Vaïsse, Président du CFLHTA, cardiologue à l'hôpital de la Timone à Marseille), c'est pourquoi il a été décrit une réelle avancée dans la relation médecin patient au cours de séances d'ETP.

L'éducation thérapeutique développe des compétences psychopédagogiques et un vrai partenariat dans une relation qui se veut respectueuse de la personne : « une médecine humaniste ». (42)

Le soignant emploie donc une autre posture et va développer une relation de participation mutuelle.

La relation médecin–patient pendant les séances d’ETP se base sur d’autres points dont la confiance et l’écoute, va se centrer sur le patient et non sur le problème, va déculpabiliser le patient, et valoriser ce que le patient a déjà fait et permet de rechercher une solution pour le patient. Ceci requiert une démarche éducative particulière définie par l’HAS.

Aussi dans la thèse de médecine générale de Nathalie Duffau (43) qui évalue la mise en place de programmes d’éducation thérapeutique en médecine générale, il est montré que « le bien-être ressenti par la pratique d’ETP chez les médecins interrogés est un argument supplémentaire pour chercher à la rendre plus accessible à l’ensemble des médecins » et ceci en améliorant leur formation et en leur fournissant un support méthodologique adapté.

F. La démarche éducative de l’ETP

Le guide méthodologique de l’HAS propose une démarche éducative en quatre étapes :

- ☐ le recueil des besoins et des attentes du patient (lors du diagnostic éducatif),
- ☐ la négociation avec le patient des compétences à acquérir ou à mobiliser,
- ☐ la planification de séances d’éducation thérapeutique du patient,
- ☐ l’évaluation des progrès du patient et la proposition d’une éducation thérapeutique de suivi.

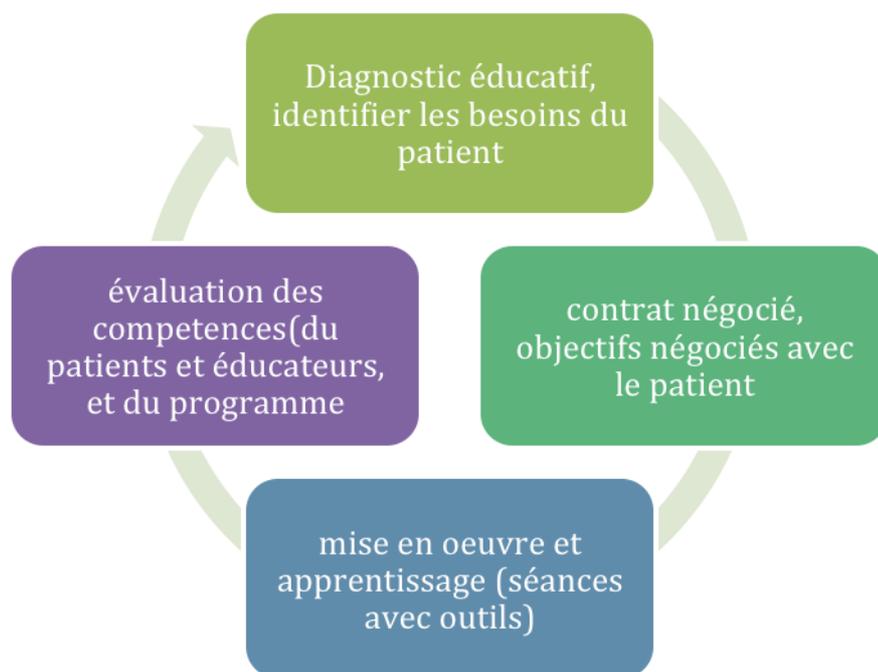


Schéma : les 4 étapes classiques d'éducation thérapeutique

1) Le diagnostic éducatif est indispensable à la connaissance du patient, à l'identification de ses besoins et attentes, et à la formulation avec lui des compétences à acquérir ou à mobiliser. On peut explorer cinq dimensions grâce à cinq grandes questions, pouvant servir de base à l'élaboration du diagnostic éducatif (d'après le Docteur J. F. D'IVERNOIS). Le tableau ci dessous décrit chaque étape du diagnostic éducatif.

Dimension biomédicale de la maladie	qu'est-ce qu'il a ?	Cela permet de faire le point avec le patient sur sa maladie.
Dimension socioprofessionnelle	qu'est-ce qu'il fait?	Cela aide à comprendre le patient intégré dans son environnement social et familial, ses activités, sa profession. On pourra ainsi proposer des activités adaptées au cadre de vie du patient.
Dimension cognitive	qu'est-ce qu'il sait ? qu'est-ce qu'il croit?	Cela aide à comprendre quelles sont ses représentations par rapport à la maladie, à son traitement, à ses conséquences pour lui et ses proches ?
Dimension psychoaffective	que ressent-il ?	On détermine le stade d'acceptation de la maladie et on peut anticiper les réactions du patient face à un problème.
Projets du patient	qu'attend-il et de quoi a-t-il envie ? qu'est-il prêt à faire ?	Cela permet de définir les objectifs.

2) Au terme du diagnostic éducatif, il s'agit de définir un programme personnalisé d'éducation thérapeutique (alliance).

Il s'agit de formuler avec le patient les compétences à acquérir ou à mobiliser au regard de son projet. On prend en compte trois grands domaines : le savoir (connaissances intellectuelles à acquérir), le savoir-

faire (compétences gestuelles), le savoir-être (attitudes à développer face à un problème). On définit les objectifs pédagogiques du programme d'éducation.

Planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation thérapeutique collective et/ou individuelle.

L'objectif est de proposer, selon les besoins et préférences du patient, une planification de ses séances d'éducation thérapeutique. Cette phase passe par une sélection des contenus des séances, des méthodes et des techniques d'apprentissage.

Elle se concrétise par des séances : individuelles (d'une durée de 30 à 45 minutes), collectives (le plus souvent), ou en alternance.

4) Une évaluation individuelle permet de faire le point avec le patient sur ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire, comment il vit au quotidien avec sa maladie, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir afin de lui proposer une nouvelle offre d'éducation thérapeutique qui tienne compte des résultats de cette évaluation et de l'évolution de la maladie.

Malgré la promotion de l'ETP actuelle, tous les patients ne bénéficient pas de cette prise en charge. En effet on note des limites à son développement en France.

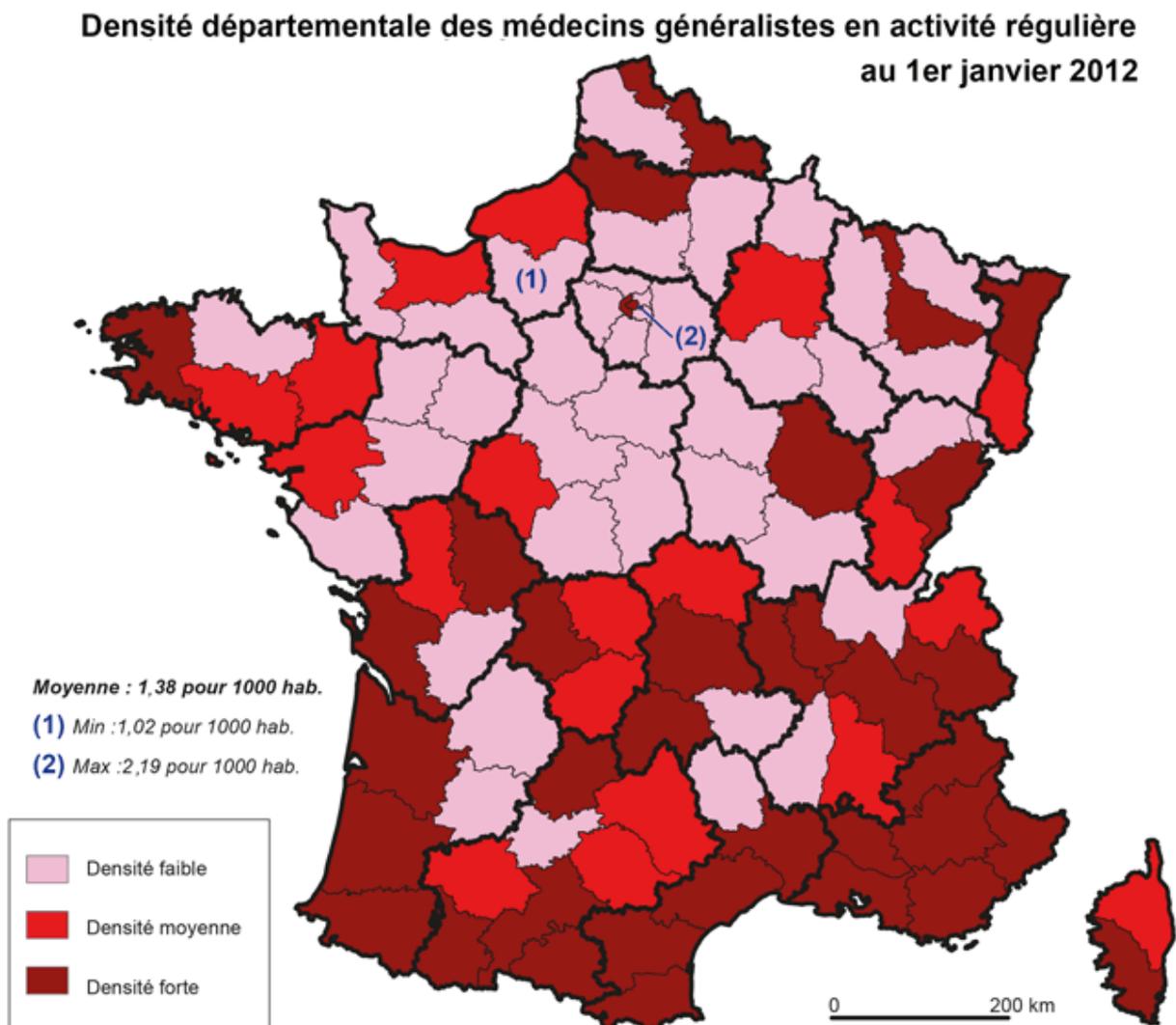
G. Limites au développement de l'ETP :

1. L'accessibilité à l'ETP

De nombreuses barrières rendent difficiles l'accès des patients à l'ETP (44):

- **L'isolement géographique**, certaines zones sont sous médicalisées, ceci concerne toutes les spécialités, y compris les médecins généralistes.

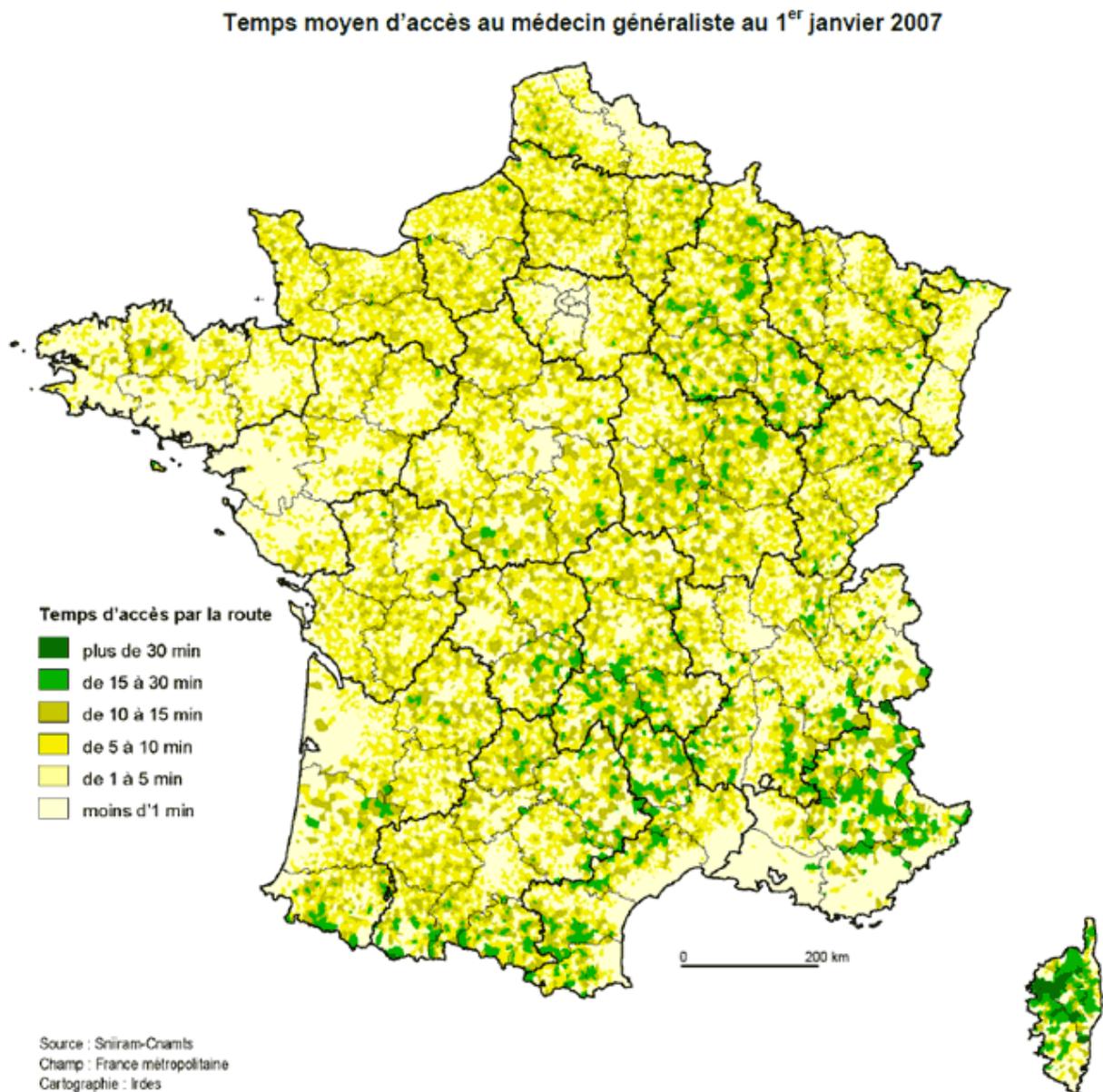
Voici en 2012 une carte représentant la densité départementale des médecins généralistes en activité régulière :



Source : CNOM 2012, INSEE ; Crédit : <http://geoconfluences.ens-lyon.fr>. ENS-Lyon / DGESCO ;
Adaptation : H. Parmentier, UMR 5600 EVS, ENS Lyon ; Auteurs : CNOM, G. Le Breton-Lerouvillois, 2012

Et il est important de noter que l'inégale répartition des médecins sur le territoire français provoque aussi un étirement des distances à parcourir afin d'aller consulter un praticien dans certaines parties du territoire comme le montre la carte N°2.

Carte n° 2 : Temps moyens d'accès au médecin généraliste en 2007



- **Les barrières structurelles et financier** : il est difficile de mettre en place des programmes d'ETP et d'obtenir un financement adapté.
- **Les barrières culturelles** : on se retrouve confronté à la résistance de la part des patients mais aussi de certains médecins, avec également des problèmes de communication lorsque les patients ne sont pas francophones ou anglophones.

L'ETP est encore mal introduit dans la culture française en santé.

2. les inégalités sociales

Actuellement l'ETP se pratique dans de nombreuses maladies chroniques en particulier le diabète, les maladies cardio-vasculaires, l'asthme, la bronchite chronique, la polyarthrite rhumatoïde, l'Insuffisance rénale chronique ... Elle est actuellement réalisée dans des établissements de soins, dans des réseaux de santé, et dans le cadre d'associations de patients, et se développe en ville dans les maisons de santé selon les recommandations professionnelles sur l'ETP formulées par la Haute Autorité de Santé (HAS, 2007 (2)).

Elle est donc intégrée aux soins, et les **inégalités d'accès aux soins éducatifs** sont intimement liées à **l'inégalité d'accès aux autres soins**. On dénote deux sortes d'inégalités : l'accès primaire (recourir aux soins quand c'est nécessaire) et l'accès secondaire (la qualité des soins) (45). En effet les données d'études dont le nombre est limité démontrent que la prise en charge, le suivi et la qualité des soins n'est pas la même pour tous avec comme exemple l'état bucco dentaire qui est plus dégradé chez les patients couverts par la CMU . Aussi la prise en charge d'une même maladie sera différente parfois en fonction du patient, de son histoire personnelle, de sa vie professionnelle et familiale. En effet chez une personne dont le suivi est incertain (vie

familiale compliquée, vie professionnelle chargée, convictions personnelles, ou autre contrainte) aura une prise en charge parfois plus radicale que celle dont le suivi sera régulier et fréquent. Ces inégalités sont également retrouvées en médecine du travail (nuisance sonore plus importantes chez les ouvriers, suivi et prévention de maladie professionnelle moins rigoureuse chez les intérimaires, et ouvriers, contraintes articulaires plus importantes chez les ouvriers également).

Ces 2 accès dépendent de l'appartenance sociale et de leur lieu de résidence .(46)

Ces inégalités sont dues à de nombreux facteurs :

- . **un facteur financier**, malgré la CMU, le patient doit pouvoir se libérer de son travail pour se rendre en consultation, ou en séance d'ETP(temps pendant lequel, il n'est pas rémunéré), et il doit pouvoir s'y rendre (coût du déplacement).

- . **la répartition inégale** de l'offre de soin sur le territoire , on observe la dégradation en France de la démographie des professions de santé, notamment celle des médecins généralistes, mais aussi concernant l'ETP, la plupart des structures, et associations de patients se situent à proximité des grandes villes.

Les inégalités sociales ne sont pas la seule limite au développement de l'ETP en France, néanmoins elles soulèvent le fait qu'une des solutions à envisager est d'intégrer l'ETP en consultation de médecine générale.

De plus, comme dit précédemment, le médecin traitant étant le premier recours aux patients et le premier coordinateur des soins, il apparaît clairement qu'il a un rôle très important dans l'ETP.

H. L'ETP en médecine générale

1. Les formations ETP en médecine générale

Aujourd'hui la formation d'un médecin généraliste ne contient que très peu de notion sur l'éducation thérapeutique. Depuis seulement 2011 l'ETP fait parti des modules évalués au cours de l'ENC.

Actuellement pour pratiquer l'ETP, deux formations sont possibles mais non obligatoires pour la formation d'un médecin généraliste:

- le Diplôme Universitaire (DU) d'ETP, qui contient 140 heures réparties en 4 modules de 5 jours sous forme de cours magistraux, de travaux dirigés en petits groupes. Chaque participant est accompagné par un membre de l'équipe pédagogique. Le travail personnel est estimé à 180 heures. Le coût du DU d'ETP à Nantes est de 1300 euros pour les internes et 2500 euros pour les médecins généralistes thésés.
- Une formation validante de 40 heures réparties sur 5 jours contenant des cours magistraux sur l'ETP, son historique, une initiation au diagnostic thérapeutique, à l'utilisation d'outils et à la mise en œuvre de programme d'ETP. Le coût de la formation peut varier de 1500 euros à 1900 euros en fonction des organismes.

L'IRESP propose également en Loire Atlantique « les rendez vous de l'éducation thérapeutique » (47) qui sont des séances de travail destinée à tous ceux qui pratiquent l'éducation thérapeutique en individuel et/ou collectif, en ville ou en milieu hospitalier. Les séances sont gratuites et proposées à Nantes, La Roche-sur-Yon et/ou au Mans durant 3h les après midi.

2. Etat des lieux et état d'esprit des professionnels

Aujourd'hui nous savons par de nombreuses enquêtes que l'ETP est efficace (48), les études ECOGEN et ESCAPE (que nous verrons par la suite) ont également mis en évidence que le médecin généraliste en consultation individuelle, pouvait avoir un rôle principal et primordial dans la mise en place d'ETP en ambulatoire(49) . Néanmoins la plupart des actions d'ETP réalisées en consultation individuelle en médecine générale ne sont pas basées sur les 4 étapes classiques de la démarche éducative (50) qui sont : le diagnostic éducatif, la négociation des objectifs avec le patient, la réalisation puis l'évaluation. L'état réel des pratiques d'ETP en médecine générale est difficile à préciser.

Une étude en 2010 en région Midi Pyrénées retrouve que plus de 80% des médecins « déclarent pratiquer de l'ETP » mais 70% reconnaissent « ignorer le concept », et 79,5% n'ont pas de formation (51) . En dehors des réseaux de santé et des hôpitaux, la France n'est pas le pays le plus avancé en matière d'ETP ambulatoire. Dans plusieurs pays Suisse, Allemagne, Etats unis, l'ETP est maintenant institutionnalisée avec des financements public, privé, ou mixtes.

Malgré tout, une enquête, menée en 2009 dans 5 régions françaises (52) indiquait que 9/10 médecins interrogés étaient favorables à la mise en place d'un programme d'ETP pour leur patients atteints de maladie chronique. 75% des médecins étaient prêts à réaliser eux mêmes des actions d'ETP dans leur cabinet. Les plus intéressés avaient moins de 45 ans, étaient adhérent à un réseau de santé et réalisés moins de 80 actes/ semaine. Cependant une formation et une rémunération adaptées étaient les conditions demandées par tous. Deux tiers des médecins connaissaient des structures proposant des actions d'ETP dans leur zone d'exercice, mais une forte disparité régionale était retrouvée.

Actuellement de plus en plus de médecins généralistes s'intéressent à l'ETP: en Franche Comté par exemple, pour 1200 000 habitants déjà 200 professionnels ont été formés. En Loire Atlantique : selon une étude de l'ORS -Observatoire Régional de la Santé (53) de février 2011 menée dans les Pays de la Loire, une majorité des médecins généralistes se disent favorables aux programmes d'ETP pour les maladies chroniques : 92% d'entre eux estiment que certains de leurs patients atteints de maladie chronique devraient bénéficier d'un programme d'ETP. Selon la même source, la majorité des médecins généralistes des Pays de la Loire estiment que, formés, ils sont à même de réaliser des actions d'ETP, et s'estiment à 98% être les mieux placés pour faire de l'ETP de proximité s'ils étaient formés. De plus, 78% d'entre eux déclarent qu'ils seraient prêts à réaliser eux-mêmes des actions d'ETP avec une formation et une rémunération adéquates.

3. Les obstacles à l'éducation thérapeutique en médecine générale.

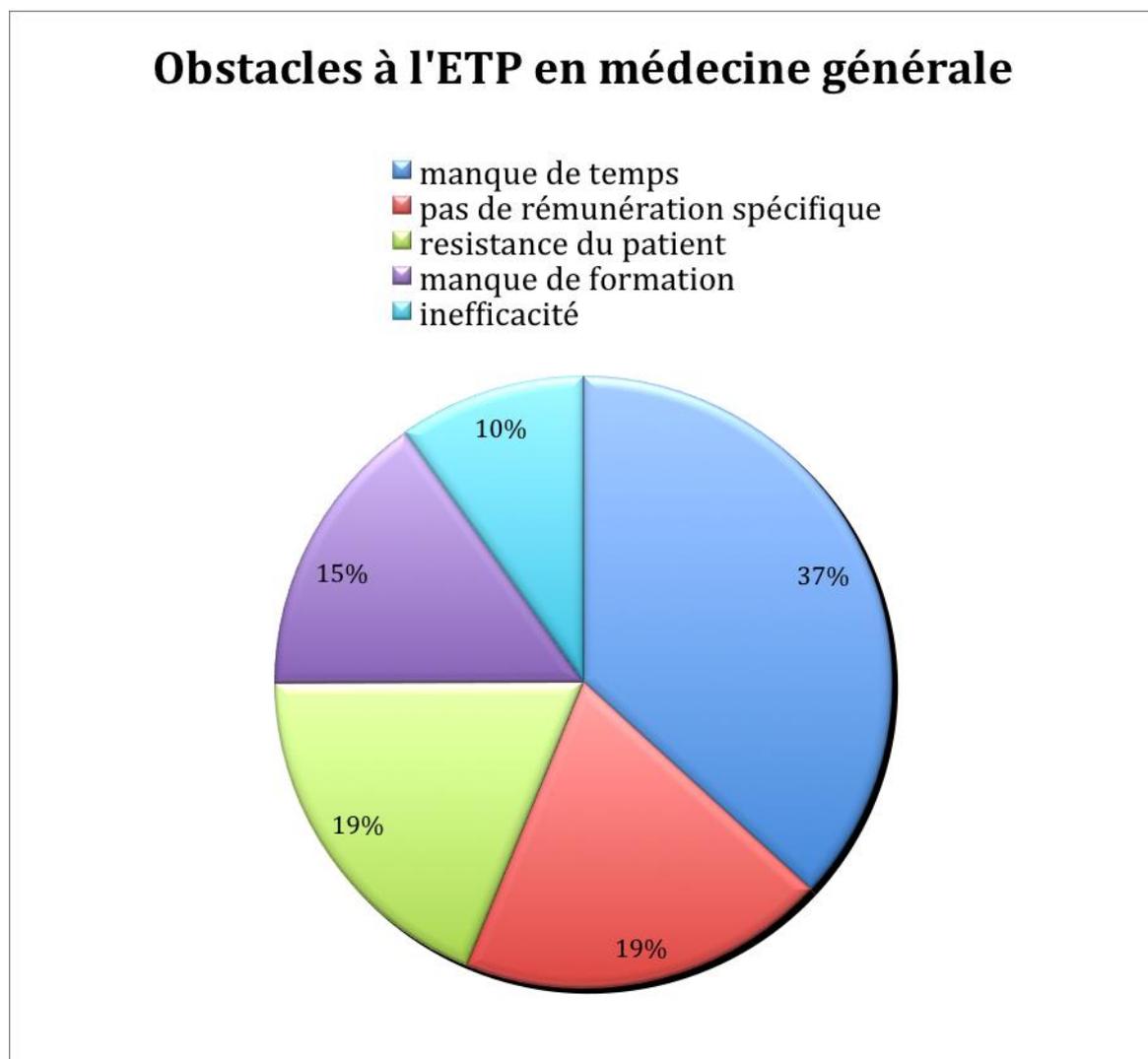
Plusieurs limites à la réalisation d'ETP en médecine générale sont décriées ou ressenties. Une première est le sentiment que les institutions préventives spécialisées hospitalières déresponsabilisent souvent de fait les médecins généralistes qui se sentent mis à l'écart de leurs responsabilités, empêchés de suivre ces patients à long terme(54).

Un autre obstacle est lié à la relation entre les praticiens et les patients. « Le motif de la consultation ne permet pas de proposer tel acte préventif » disent les médecins qui souvent sous estiment leur grande

influence sur le comportement des patients et la demande implicite des patients pour plus de prévention » (55).

En 2006, une enquête de l'URML PACA auprès de médecins généralistes de la région PACA a recensé les différents obstacles évoqués par les médecins généralistes au développement de l'ETP en ambulatoire (56). On peut remarquer que les 2 raisons les plus évoquées sont **le manque de temps et le manque de formation (réunissant plus de 50 ou 60 %)**.

Figure réalisée à partir des données de l'enquête URML PACA en 2006



L'étude de l'ARS des Pays de Loire avait également exploré cette thématique (53). Les médecins avaient alors évoqué :

- les patients y sont résistants pour 78% d'entre eux.
- estimation que leur démarche individuelle est inefficace (environ 35%)
- ce n'est pas leur rôle de médecin de faire de l'ETP (30% environ).

L'ETP mis en place en médecine générale doit se faire de manière continue, au fil des consultations, sur des séquences intégrées aux soins, dont la plus part ne doit pas excéder 20 min. Nous savons également que notre pays souffre de nombreuses inégalités sociales et territoriales, et que les premiers touchés par ces inégalités sont malheureusement ceux qui bénéficient le moins des structures complémentaires réalisés afin de pallier à ces inégalités.

Pour répondre à cette problématique nous avons voulu créer un outil : ce programme.

I. HTA et ETP en France

Nous avons néanmoins trouvé des programmes pour les patients hypertendus en France.

1. Les principaux programmes et leur résultats

a) *Le programme de la MSA*

En 2004, la Mutualité Sociale Agricole (57) s'est donnée pour projet d'expérimenter des actions régionales d'éducation thérapeutique au bénéfice de patients assurés, suivis en ALD pour insuffisance cardiaque ou maladie coronaire. Ce programme éduque sur **les facteurs de risques** dont l'HTA. Le programme a été établie sur plus de 150 patients, dans 9 régions de France, avec le concours d'une quarantaine de médecins conseil de la MSA et autres personnels de santé. Sur les 153 patients cardiaques qui ont suivi dans les 9 régions expérimentales les 3 séances d'éducation thérapeutique collective (et une évaluation à 6 mois), on été exploré les gains éventuels de connaissances et leur maintien dans le temps, les changements de comportements déclarés, la satisfaction vis à vis de l'éducation thérapeutique. Les patients avaient un niveau initial de culture en santé assez élevé, ce qui explique qu'ils aient acquis, globalement, un nombre limité de connaissances. Par contre, les acquis les plus importants concernent des aspects vitaux ou essentiels à la bonne gestion de la maladie aux niveaux de la vigilance, de la compréhension du rôle des médicaments, de la biologie et de la diététique. Les connaissances acquises sont stables à six mois C'est plus particulièrement au niveau des changements de comportements déclarés que le succès de cette expérience d'éducation thérapeutique est le plus net.

Ces changements de comportement qui vont dans le sens d'une meilleure santé sont observables dans tous les domaines : nutrition, exercice physique, observance thérapeutique, compréhension du bon usage des médicaments. De plus, les patients ont acquis des compétences techniques d'auto-soin et d'auto-surveillance.

La satisfaction des patients vis à vis de ce programme d'éducation thérapeutique est très élevée ; elle est, pour toutes les dimensions explorées, supérieure à 90 %. Les 55 médecins traitants des neuf

régions concernées qui ont collaboré à l'expérience estiment en majorité que leurs patients ont acquis des connaissances sur leur maladie et leur traitement, lesquelles leur permettront d'améliorer leur hygiène de vie et leur confiance dans la gestion de leur maladie. La grande majorité de ces médecins considère que l'expérience de la MSA était utile et qu'il leur semble souhaitable de continuer une collaboration de ce type avec cet organisme.

Cette première expérience d'éducation thérapeutique de patients en ALD pour des problèmes cardio-vasculaires a permis d'obtenir des résultats suffisamment encourageants pour que la MSA décide d'étendre en 2006 son expérimentation d'ETP dans toutes les régions de France.

Depuis mai 2006, les assurés MSA de moins de 75 ans se voient proposer par le service médical de leur Caisse un programme d'éducation thérapeutique lors d'une demande de mise en ALD pour les affections suivantes : HTA, insuffisance cardiaque et maladie coronaire (soit un flux de plus de 12 000 personnes par an). Aussi le recrutement des patients est réalisé grâce au « médicament traceur » dans leur base de données puis les patients sont contactés et il leur est proposé par courrier ou par appel téléphonique de participer aux programmes d'ETP.

Pour chaque patient volontaire, le médecin généraliste est informé parallèlement de cette proposition et complète, lors d'une consultation avec son patient, le diagnostic éducatif nécessaire pour fixer les objectifs à atteindre. Via cet échange avec le médecin traitant, le recrutement des patients peut se faire également directement sur sa proposition en dehors du cadre de l'ALD, mais ce n'est rarement le cas selon une source téléphonique.

Les patients bénéficient ainsi de trois séances (d'une durée de trois heures) d'éducation thérapeutique **de groupe** qui leur permettent de mieux connaître la maladie, d'identifier les facteurs de risque, de

connaître les aliments à réduire ou privilégier, de planifier une activité physique adaptée à leur situation, d'identifier les signes d'alerte et de gérer le traitement médicamenteux. Ces séances se déroulent à proximité du domicile du patient et sont animées par un médecin ou une infirmière (salarié ou libéral) formé par l'IPCEM (Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicales) et conventionné avec la MSA. Les patients se voient remettre différents supports lors de ces séances (sets de table, semainier, ...) dont certains, comme le contrat d'éducation et la cible des facteurs de risque, peuvent servir d'appui au médecin généraliste pour poursuivre l'accompagnement de son patient dans les objectifs qu'il s'est fixés.

b) L'étude ESCAPE (étude Effet d'une Série de Consultations Approfondies de Prévention sur l'Evolution des facteurs de risques des patients hypertendus à haut risques cardio vasculaires réalisé entre 2007 et 2009

Escape est un essai comparatif randomisé (49) mené en médecine générale. Cette étude a analysé l'impact d'une intervention de formation de médecins généralistes et d'une série de consultations dédiées à la prévention cardio vasculaire sur le nombre de patients hypertendus à hauts risques cardio vasculaire atteignant les objectifs préconisés dans les recommandations. Cette étude (58) a été menée par 257 médecins généralistes enseignants.

ESCAPE avait pour objectif de déterminer si l'effet d'une intervention multifactorielle ciblée sur les médecins généralistes pouvait significativement augmenter la proportion de patients hypertendus à haut risque en prévention primaire atteignant tous les objectifs thérapeutiques préconisés dans les recommandations.

Dans un premier temps, les résultats d'ESCAPE à l'inclusion ont évalués les pratiques des MG sur les patients hypertendus à haut risque en prévention primaire ; la faible proportion de patients atteignant un et surtout plusieurs objectifs recommandés questionne la qualité des soins prodigués mais aussi l'accessibilité de ces objectifs en pratique courante en soins primaires.

Les médecins généralistes participants au groupe intervention ont participé à une journée de formation délivrée par des pairs. Ils ont reçu un tensiomètre électronique et un résumé schématique des recommandations à déposer sur leur bureau. Au long du suivi habituel des patients hypertendus inclus, ils ont dédié une consultation non standardisée tous les six mois pendant deux ans à l'évaluation des facteurs de risque cardiovasculaire. Enfin, ils ont été informés des résultats cliniques et biologiques de leurs patients à l'inclusion et à un an de suivi. Le critère de jugement principal était l'évolution du taux de patients atteignant tous les objectifs thérapeutiques préconisés dans les recommandations et chacun de ces objectifs.

1 832 patients hypertendus à haut risque cardiovasculaire en prévention primaire ont été inclus.

Les résultats se sont révélés plutôt positifs :

- le taux de patients atteignant tous leurs objectifs a significativement augmenté dans les deux groupes, mais significativement davantage dans le groupe intervention.
- Le taux de patients atteignant leur objectif de pression artérielle a été significativement supérieur dans le groupe intervention.
- La pression artérielle systolique a diminué de 1,5 mmHg dans le groupe témoin ($p = 0,007$) et de 6,3 mmHg dans le groupe intervention ($p < 0,0001$).

Cette étude a ainsi démontré qu'une intervention multifactorielle simple et reproductible ciblée sur les médecins généralistes permettait

aux patients hypertendus à haut risque d'atteindre les objectifs préconisés dans les recommandations.

c) L'étude ECOGEN

ECOGEN (55), elle, propose une approche de recherche en Médecine Générale. Pour la première fois une étude nationale et multicentrique décrit les motifs de consultations, les résultats de consultation (diagnostic) et les procédures (actions réalisées). Elle a été réalisée de décembre 2011 à avril 2012, par des internes observateurs en stage de premier niveau chez le praticien ; ECOGEN a été coordonnée par le CNGE Recherche.

Dans cette grande base de données, un travail de recherche a été réalisé en ce qui concerne les données sur l'éducation thérapeutique du patient en médecine générale. Les pathologies et les populations concernées par l'ETP en médecine générale sont néanmoins mal connues. Il a été donc recherché quelle est la place de l'ETP en soins primaires . Les résultats de consultation les plus fréquents concernent la **médecine préventive**. Il s'agit **avant tout d'éducation pour la santé**. Des pathologies aiguës apparaissent : infections respiratoires hautes et basses. Des pathologies chroniques sont également retrouvées comme l'HTA, le diabète, la dépression et l'obésité.

« Les populations concernées sont de toutes tranches d'âges avec une petite prédominance **des moins de 24 ans et des plus de 65 ans**. Les pathologies concernées sont variables en fonction de l'âge du patient. Les personnes sans activité professionnelle, les employés, et les retraités sont majoritaires, tout comme les patients avec un statut standard ou en ALD.

Il existe une **différence statistiquement significative en terme de durée entre une consultation sans ETP et avec ETP**. La plus grande partie des consultations avec ETP dure entre 15 et 29 minutes. Il est difficile de réaliser de l'ETP dans des consultations de moins de 15

minutes. Néanmoins cette pratique n'est pas si chronophage, la différence de durée moyenne sans et avec ETP étant d'une minute.

Les médecins ont en majorité plus de 55 ans. Ils exercent en milieu rural ou semi-rural, et travaillent en groupe médical. **L'ETP est en général réalisée lors de la consultation au cabinet et non programmée.** D'après les internes (qui collectaient les informations), dans deux tiers des cas cette action serait transférable à d'autres professionnels comme les infirmiers ou les pharmaciens. La condition principale serait l'utilisation d'un protocole défini. » (55).

d) Les programmes d'ETP pour les hypertendus proposés en Loire Atlantique pour l'hypertendu par ARS.

Lorsque l'on recherche les programmes pour les hypertendus actuels validés par l'ARS (59) en Loire atlantique on retrouve seulement 2 programmes dédiés à l'HTA qui sont :

- A la clinique Saint Joseph à Angers
- Et au pôle santé Sud CMCM au Mans. Or ce dernier malgré sa validation par l'ARS depuis 2011 n'est pas exercé actuellement (données non publiées).

D'autres programmes d'ETP validés par l'ARS et ayant une éducation concernant l'hypertension artérielle mais non dédiés à l'HTA sont retrouvés :

- Au pôle sante de Loire et Sillon à Savenay : « Prenez votre santé à cœur ! » qui concerne **le risque cardio vasculaire global.**
- A l'hôpital de Châteaubriant : « **les risques cardio vasculaires** » dans le cadre d'une rééducation cardiaque suite à des chirurgies cardiaques, type pontages coronaires ou changements de valves.

- Au pôle santé de Clisson : « **les risques cardio vasculaires** »
- A Nantes par l'association Respecticoeur est réalisé un programme d'éducation thérapeutique sur les **risques cardio vasculaires** qui éduquent environ 140 patients par an. (données non publiées)
- Et le programme de la MSA pour les **maladies cardio vasculaires**, dont l'HTA qui a permis d'éduquer en 2014 en Loire Atlantique Vendée 196 patients (données non publiées)

Tous ces programmes d'ETP sont mis en place par des associations, maisons médicales et les hôpitaux et les cliniques. Ce sont tous des programmes d'ETP de groupe. Aucun n'est individuel.

Il est important de noter également que ces programmes ne touchent qu'une partie infime de la population à risques cardio vasculaire, en effet le recrutement des patients est réalisé de manière biaisé : pour la plus part les patients sont à haut risques cardio vasculaires, recrutés soit suite à des chirurgies cardiaques, ou à des infarctus du myocarde soit suite à l'association de risques cardio vasculaires.

2. L'ETP et HTA en médecine générale

Nous n'avons retrouvé aucun programme défini d'ETP pour les hypertendus en médecine générale. Quand il y a une forme d'éducation thérapeutique, elle se réalise comme nous avons vu lors de l'étude ECOGEN, pendant une consultation de manière non programmée et cela ressemble plus à de l'éducation pour la santé car ne valide pas les critères de l'ETP définis par l'HAS.

4. Programme d'éducation thérapeutique individuel pour l'hypertendu en médecine générale.

A. Introduction

Actuellement le médecin généraliste est le premier intervenant pour l'hypertension artérielle, et reste l'intervenant le plus présent lors du suivi de cette pathologie chronique (sauf complications rénales ou cardiaques associées nécessitant un suivi spécialisé).

L'étude ESCAPE (58) réalisée en 2012 a démontré qu'une intervention multifactorielle simple et reproductible ciblée sur les médecins généralistes et délivrée par des pairs augmente significativement le taux de patients hypertendus à haut risque en prévention primaire atteignant les objectifs préconisés dans les recommandations, sans altérer leur qualité de vie ».

Ce projet est né d'une volonté de pratiquer l'éducation thérapeutique en consultations médicales individuelles, et de réduire les obstacles à sa mise en place. Puis de faciliter l'accès à l'éducation thérapeutique à la fois au patient et au médecin généraliste en proposant un programme comprenant un réel parcours éducatif adapté à la consultation de médecine générale

Nous avons ainsi créé un programme d'ETP répondant aux critères exigés pour les programmes d'ETP actuels, avec les 4 étapes classiques soulignées par E.DRAHI, et pouvant être intégré à la consultation de médecine générale. Aussi comme E. Drahi l'appuie : il est important que l'ETP de premiers recours soit « séquentielle et continue,

décomposée en plusieurs micro-objectifs et micro-actions sur des durées compatibles avec des consultations de médecine générale ». (60)

Puis dans un second temps (lors d'une 2eme thèse) sera évaluée la faisabilité de ce programme.

B. La méthode

1. Choix des objectifs

Nous avons sélectionné dans un premier temps tous les objectifs des hypertendus demandés par les recommandations :

- 1) Comprendre l'HTA,
- 2) Comprendre les risques et conséquences de l'HTA,
- 3) Réduire une consommation excessive de sel,
- 4) Pratiquer une activité physique régulière,
- 5) Réduire le poids en cas de surcharge pondérale,
- 6) Réduire une consommation excessive d'alcool,
- 7) Privilégier la consommation de fruits et de légumes,
- 8) Interrompre une intoxication tabagique.
- 9) Améliorer l'observance du traitement.
- 10) Autonomiser le patient avec apprentissage de l'automesure.

Puis nous avons sélectionné ceux qui nous paraissent les plus pertinents et réalisables en consultation de médecine générale.

Nous avons donc privilégié 6 objectifs qui sont :

- 1) La maladie HTA
- 2) Les facteurs de risques cardio vasculaires,
- 3) L'observance,
- 4) La consommation de sel
- 5) L'activité sportive,
- 6) L'auto mesure.

Nous avons préféré laisser les objectifs nutritionnels (réduction du poids en cas de surcharge pondérale et augmenter la consommation de fruits et légumes) à un professionnel mieux formé comme un nutritionniste ou un diététicien. Les objectifs concernant l'addiction (alcool ou tabac) plus connus par les médecins traitants n'ont pas été sélectionnés également.

Le but de ce programme étant qu'il soit à la portée du médecin généraliste et réalisable en médecine générale, il était important, voir primordial qu'il soit non chronophage, facile à réaliser pour le médecin généraliste. Nous rappelons que l'objectif de ce programme est d'améliorer la prise en charge du patient hypertendu, ce qui aura notamment pour conséquence comme nous avons pu le voir précédemment un impact sur la relation médecin/ patient et sur le médecin généraliste lui-même.

Aussi pour chaque objectif nous avons choisi des outils pédagogiques afin d'aider le professionnel et le patient dans cette démarche éducative. Ces outils ont par la suite été testés par des 2 médecins généralistes et moi-même, afin de vérifier si les outils remplissaient les critères de sélection définis ci-dessous.

2. Choix des outils

Ces outils ont été sélectionnés via plusieurs sources (internet, registre de la SFHTA, IPCEM, INPES, pédagogthèque du CHU de Nantes, issus de livres sur l'éducation thérapeutique de Rémi Gagnayre,...) ou ont été réalisés pour ce projet.

a) Les critères de sélections des outils

Afin d'être utilisés pendant une consultation de 15 minutes de médecine générale avec des patients de tout âge, les outils devaient être :

- ⇒ Faciles à comprendre et à utiliser
- ⇒ Rapides,
- ⇒ Adaptés aux objectifs visés,
- ⇒ Visuels,
- ⇒ Reproductibles,
- ⇒ Ne nécessitant pas de matériel spécifique.

b) Les modifications ou réalisations des outils

Ne trouvant pas toujours des outils adaptés à notre sujet ou au contexte de la consultation de médecine générale, nous avons été amenés à adapter des outils existants et à en créer certains.

c) Test des outils :

Tous ces outils ont été testés, auprès de patients hypertendus par 2 confrères généralistes et par moi-même. Cela a permis de les adapter

et d'assurer leur faisabilité dans un temps imparti recherché de 15/20 minutes maximum.

Leur évaluation et critiques ont été évalués à l'oral au cours d'un entretien individuel. Cela nous a permis :

- d'enlever certains outils qui paraissaient non pertinents et/ou inadaptés, et de rajouter des objectifs demandés par les médecins « testeurs » .
- de corriger la présentation du programme .

d) Résultats

Nous avons étudié dans la littérature au départ une trentaine d'outils relatifs à l'ETP et l'HTA.

Parmi ceux-là nous en avons sélectionnés 7 répondant aux critères de sélections :

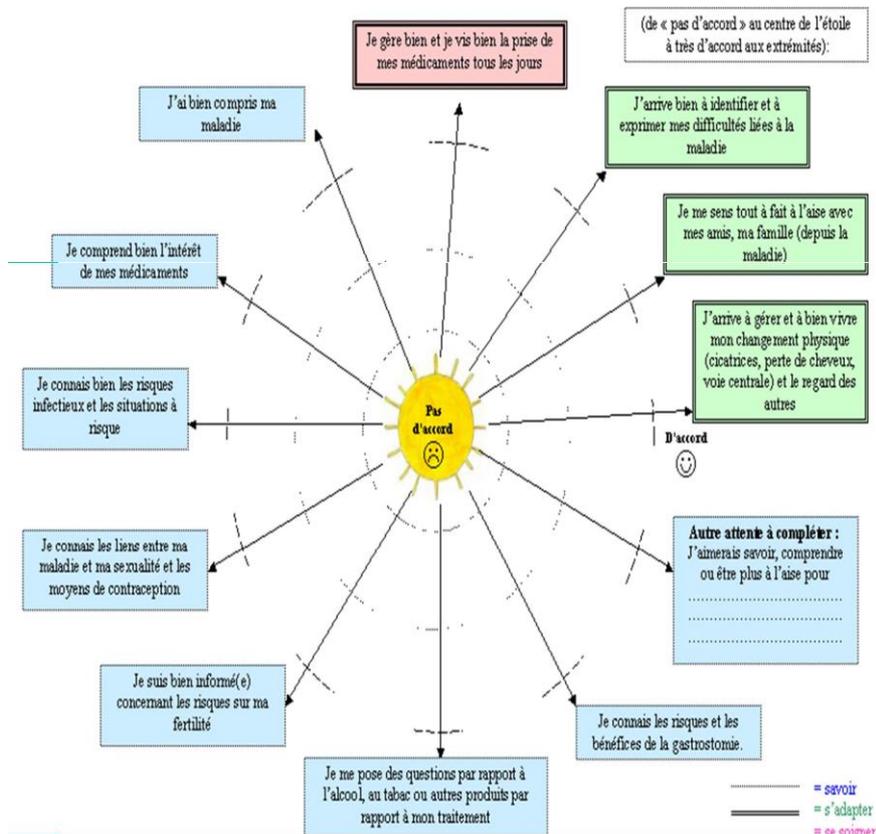
- Outil N° 3 : « Réseau artériel et veineux et les sites potentiellement atteints ».
- Outil N° 6 : « Comment changer mes facteurs de risques »,
- Outil N° 7 : « Mes médicaments au quotidien »,
- Outil N° 8 : « mon activité physique au quotidien »,
- Outil N° 11 : « auto mesure, mes tensions »
- Outil N° 12 : « fiche conseil sur l'auto mesure »
- Outil N° 13 : « résumé sur ma maladie ».

De plus nous avons également sélectionné et modifié certains outils afin qu'ils remplissent les critères de sélection précédemment décrits.

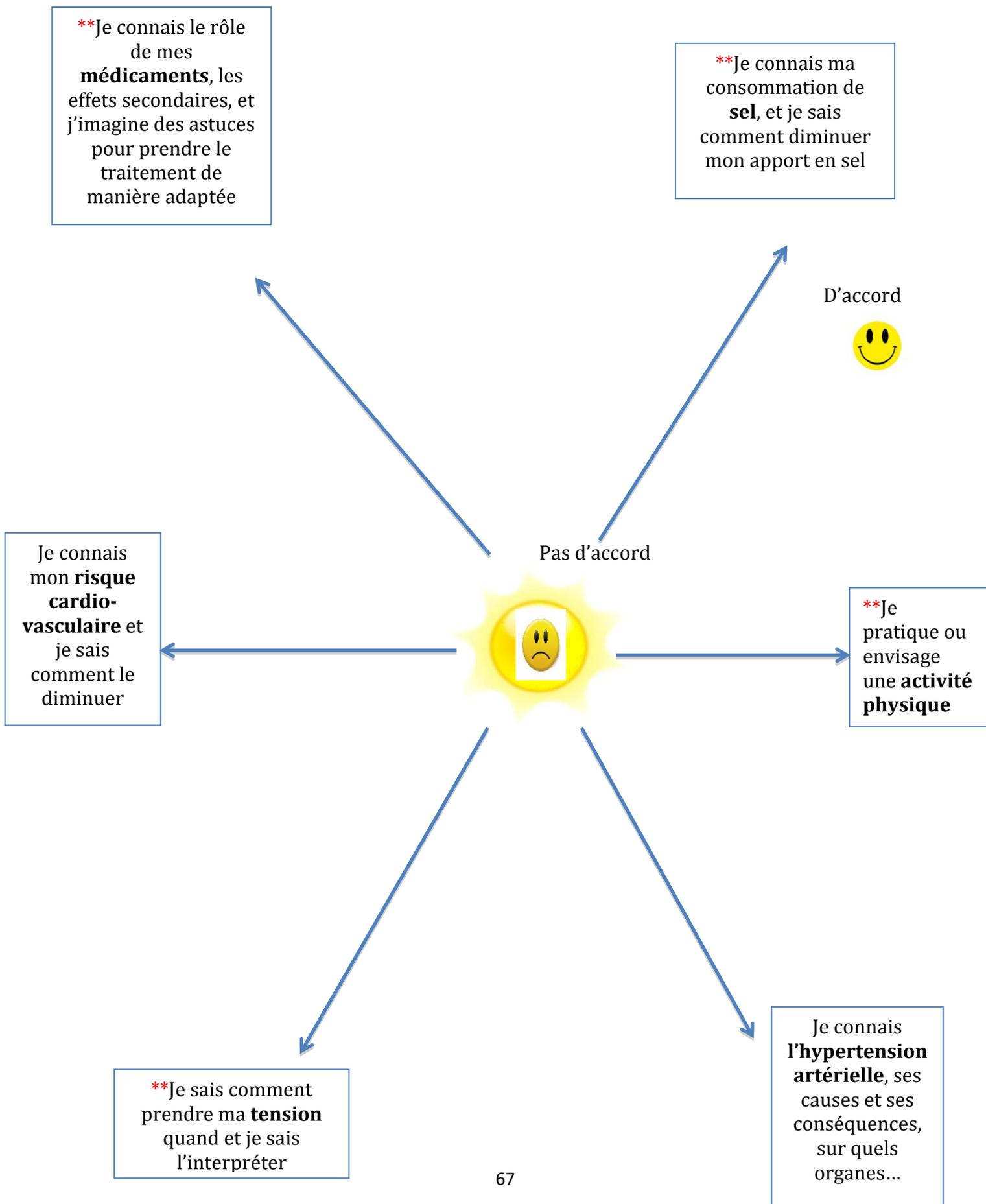
Nous avons ainsi élaboré :

- Outil N°1 : « guide d'entretien pour établir un diagnostic individuel »
- Outil N°2 : « l'étoile de compétence » qui a été inspirée de l'étoile de compétence (ci dessous) réalisée par le Dr Le Rhun Anne lors de la formation au diagnostic éducatif au CHU de Nantes.

Etoile de compétence du Dr Le Rhun :



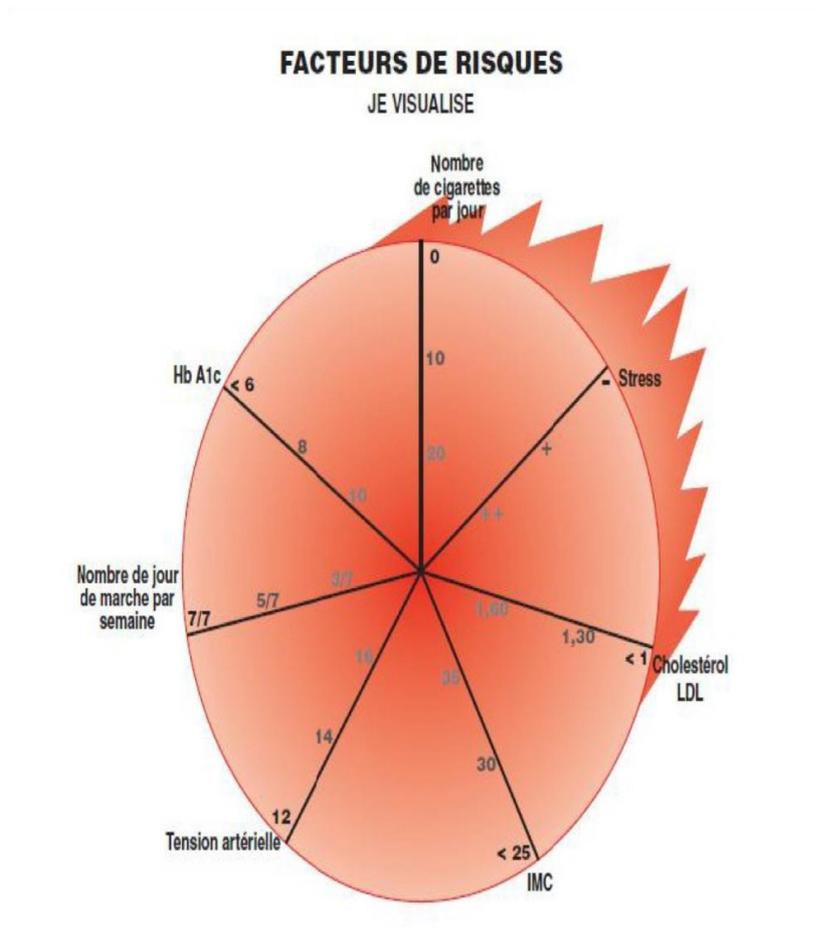
Etoile de compétence du programme :



- Outil N°5 : « son propre diamètre artériel »

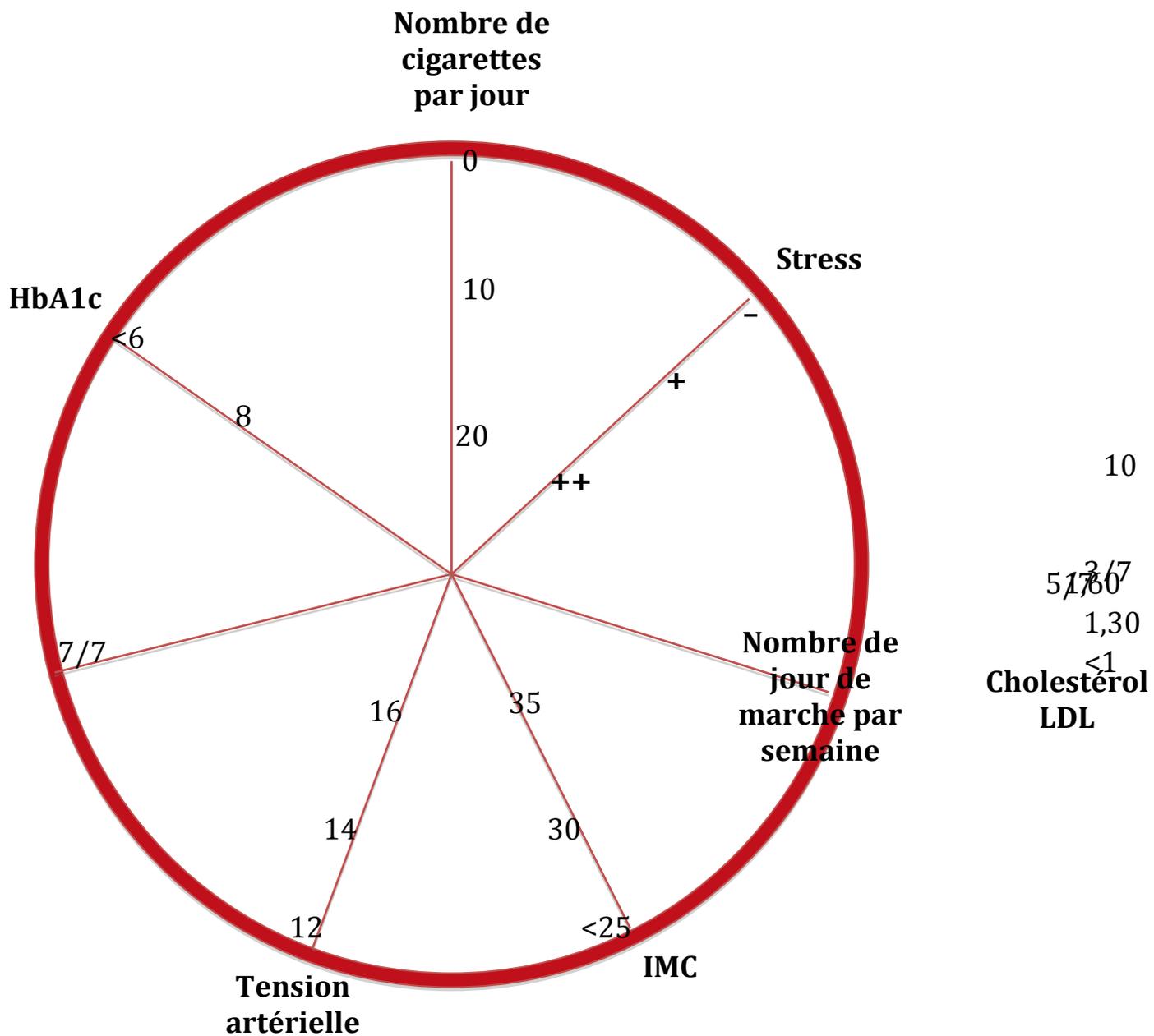
L'outil « Mes facteurs de risques » du CHU de Toulouse Rangueil a été modifié pour le rendre plus « visuel » pour le patient et le médecin, car celui-ci après avoir été testé chez certains médecins généralistes était mal « compris ».

Outil avant modification :



Outil après modification :

Consigne : « tracez votre diamètre artériel en fonction de vos facteurs de risques »



Enfin certains outils (6 outils) ont été créés, afin de respecter les critères définis parmi lesquels sont :

- L'outil N°4 : « échelle d'évaluation de l'importance de la maladie »
- L'outil N°9 : « évolution de mon activité physique au quotidien »
- L'outil N°10 : « Fiche d'auto évaluation » de l'auto mesure »
- L'outil N°14 : « Vos repas dans une journée »
- L'outil N°15 : « 1G de Sel »
- L'outil N°16 : « Fiche conseil : régime réduit en sel »

Nous avons ainsi conçu ce programme d'éducation thérapeutique individuel adapté à la consultation de médecine générale pour les hypertendus englobant ces 16 outils.

Ce programme est structuré en 3 parties :

 **La première partie** consiste en la réalisation d'un diagnostic éducatif, pour lequel seront utilisés les outils N°1 et 2 ; puis la négociation avec le patient des objectifs (2) à réaliser.

 **La deuxième partie** consiste au développement des 6 objectifs proposés à savoir :

1. La maladie HTA (outils N°3, et N°4 et N°13)
2. Risque cardio vasculaire (outils N°5 et N°6)
3. Les médicaments (outils N°7)
4. Exercice physique (outils N°8 et N°9)

5. Auto mesure tensionnelle (Outils N°10, N°11, N°12)
6. Régime surveillé en sel (outils N°14, N°15 et N°16)

Dans ce programme ont été incluses des corrections et modifications suggérées par les médecins testeurs à savoir :

- Retrait des pyramides issues du programme d'ETP MOTHIV (cf en annexe), rendant compte de l'objectif concernant les médicaments. En effet cet outil a été jugé peu compréhensible par les médecins testeurs et trop chronophage.
- De rajouter un objectif concernant le sel, car aucun des outils décrits dans la littérature n'étaient adaptés à la consultation de médecine générale.
- D'améliorer la présentation du programme en insérant un cigle. Ce cigle permet de reconnaître les Outils à donner au patient AVANT la consultation.

❖ CIGLE:



❖ Détails mis sur l'étoile :

**** : Objectif où le patient devra remplir un document *avant* la consultation, document à donner lors de la consultation précédente !**

- ✚ Le programme est complété par une troisième et dernière partie qui consiste en l'évaluation du programme.

C. Mise en application du programme

L'objectif sera de tester ce programme d'ETP adaptée à la consultation individuelle de médecine générale.

1. Population cible

La participation au programme sera proposé à tout patient adulte atteint d'hypertension artérielle que ce soit au diagnostic ou après plusieurs années de suivi, avec ou sans complications de sa maladie, lors de sa consultation de médecine générale.

Aussi afin qu'il n'y ai aucun biais de sélection de la part du médecin généraliste, il sera proposé aux **premiers patients** rencontrés par le médecin généraliste qui accepteront de participer à ce programme.

Les critères de sélection des patients sont :

1. Hypertension artérielle reconnue
2. Volontariat du patient
3. Absence de démence
4. Autonome.

Que le patient ait 35 ans ou 80 ans, avec ou sans complications secondaires à la maladie, avec ou sans autres facteurs de risques, celui-ci peut bénéficier du programme d'éducation thérapeutique.

Les critères d'exclusion des patients sont :

1. La démence,
2. La vie en institution (car cela peut engendrer un biais vis à vis de l'observance, et du programme étant donné que les médicaments sont très fréquemment distribués à heure fixe sous la responsabilité des soignants.)

2. Modalités de mise en place

a) *Le recrutement*

Il est nécessaire d'adapter l'offre d'ETP à l'exigence de proximité pour remporter l'adhésion des patients à un programme personnalisé. Cette facilitation d'accès aux soins est conditionnée par un projet de soins partagé par les acteurs locaux au minimum sensibilisés à ces pratiques, sur un territoire de proximité. En effet, les patients se confient plus facilement aux professionnels qui leur paraissent les plus accessibles.

L'enjeu dans ce projet est celui d'une ETP de premiers recours qui permettrait de trouver des réponses rapides à des difficultés de la vie quotidienne ou des questions sur l'HTA afin de mieux l'accepter et de mieux se soigner au quotidien.

Aussi nous avons pensé qu'il serait plus adapté de demander à des médecins généralistes ayant suivi une formation d'ETP de participer à ce projet, et ce pour plusieurs raisons :

- ❖ Déjà la première raison est qu'on ne peut pratiquer d'ETP sans avoir été formé (61)(62)
- ❖ Le médecin généraliste formé à l'ETP est sensibilisé à l'utilisation d'outils
- ❖ Il a été sensibilisé à réaliser un diagnostic éducatif,
- ❖ Il a appris à avoir une posture d'éducateur et non de soignant seul,
- ❖ Il aura plus de facilité à poser des questions ouvertes, et non fermées pour relancer la discussion,
- ❖ Il aura plus de facilité à sensibiliser ses patients à l'ETP et donc à participer à ce projet

Ce programme sera donc utilisé par des médecins généralistes volontaires formés à l'ETP, ceux ci seront recrutés par mail, ou échange téléphonique. Afin d'optimiser le nombre de participants nous aimerions un échange en personne rapide afin d'expliquer le projet et outils pour minimiser le temps de compréhension du programme.

b) Le déroulement du programme

Un programme par patient est distribué à chaque médecin généraliste.

- Dans un premier temps le médecin lors d'une consultation de renouvellement de traitement antihypertenseur, va proposer à son patient de suivre ce programme d'ETP, soit 3 consultations consacrées à l'ETP. L'objectif est d'avoir au minimum 4 patients suivis par son médecin généraliste. Une fois que le patient accepte de suivre ce programme, ils planifient 3 consultations dédiées étalées maximum sur 2 mois (afin que le suivi soit plus facile).
- Lors de la première consultation dédiée à ce programme, sera réalisé le diagnostic éducatif, puis le médecin et le patient se mettront en accord sur 2 objectifs éducatifs. Cette consultation ne devra pas durer plus de 25 min.
- Puis 2 consultations seront consacrées aux objectifs éducatifs fixés, sur une durée de 15 min maximum par consultation. Lors de la dernière consultation sera remis au patient un questionnaire d'évaluation du programme.

c) Evaluation

(1) Des patients

Les patients seront évalués à partir d'un questionnaire qui sera remis par le médecin puis rendu au médecin. Celui-ci nous permettra d'évaluer :

- le ressenti du patient vis à vis d'un tel programme d'éducation,
- son utilité,
- l'acquisition de nouvelles connaissances sur l'HTA, et les facteurs de risques cardio vasculaires, l'automesure, le traitement anti hypertenseur,
- l'impact sur sa vie quotidienne (en fonction des objectifs choisis : sport, sel, ...)
- l'impact sur la relation médecin patient.

Les patients devront répondre au questionnaire (cf ci dessous) donné par leur médecin traitant à la fin du programme.

Evaluation Questionnaire Patient

	Tout à fait d'accord	D'accord	En partie d'accord	Pas d'accord	Ne souhaite pas répondre
Ces séances d'éducation m'ont été utiles					
J'ai acquis de nouvelles connaissances sur ma maladie, qui vont m'aider au quotidien					
Je connais mes facteurs de risques cardio vasculaires					
Je comprends mon traitement					
Je sais pratiquer automesure					
J'ai envie de/ je continue de pratiquer un sport hebdomadaire					
J'ai ressenti un bien être suite à ces séances					
Durant les séances les explications et les messages étaient clairs					
Durant ces séances, je me suis sentie écoutée					
Ma relation avec mon médecin traitant a changé					
J'aimerais faire d'autre séance d'éducation thérapeutique					
J'aimerais faire des séances collectives					
J'ai trouvé les outils utilisés utiles, faciles et adaptés					
Remarques libres.....					

Merci pour votre participation.

(2) Des médecins généralistes

Enfin dans un dernier temps les médecins généralistes seront regroupés un jour donné durant 2h maximum pour réaliser une focus groupe afin d'évaluer le programme, et surtout la faisabilité d'un tel programme en médecine générale. L'évaluation se basera sur un guide d'évaluation (cf ci contre).

L'évaluation se fera lors d'un focus groupe animé par un médecin généraliste en cours de thèse.

Guide d'entretien d'évaluation des médecins

- Vous êtes un homme une femme
- Vous avez entre 30 et 40 ans 40 et 50 ans 50 et 60 ans > 60 ans
- Vous êtes installé en cabinet de groupe seul
- De quand date votre formation en ETP ? < 5 ans > 5 ans >10 ans
- Votre cabinet est installé rural semi rural ville

Vous avez accepté de participer à ce programme d'éducation thérapeutique dans votre cabinet médical, qu'est ce qui vous a incité à y participer, est ce faisable en médecine générale ?

1. Facteurs facilitant la mise en place de l'ETP :

- Vos motivations sont elles personnelles, ou professionnelles ?
- Avez vous eu des appréhensions à la mise en place du projet ? lesquelles ?
- Le contexte national vous y a t il poussé (loi HPST, HAS, recommandations ...) ?
- Le contexte local vous a t il décidé (isolement, programme ETP inaccessibles pour certain patient,)

2. Organisation du programme ETP

- Comment avez vous recruté vos patients ? quels critères ?
- Avez vous rencontré des difficultés pour recruter des patients ? pourquoi ?
- Comment avez vous organisé votre emploi du temps pour planifier ces séances d'ETP? (consultations plus longuesplages horaires dédiées ?)
- Avez vous eu des difficultés à mettre en places les différentes consultations avec les patients ? pourquoi, lesquelles ?

3. Déroulement des séances

- Comment avez vous présentez l'ETP aux patients ? dans quel contexte ?
- Avez vous eu des difficultés à réaliser le diagnostic éducatif ? lesquelles ?
- Comment avez vous « choisis » les objectifs ? Ont ils été négociés avec les patients ? Cela a-t-il posé problème ?
- Avez vous trouvé les séances trop longues, inadaptés ?lesquelles ?
- Les outils proposés ont-ils étaient tous utilisés ? Vous ont-ils aidés ? Qu'en pensez-vous ? Les utiliserez vous par la suite ?

4. Obstacles rencontrés durant le programme

- Y a t il eu des obstacles à la mise en place (administratif, paiement des séances,refus des patients....) ?
- Avez vous ressenti des difficultés face au changement de pratique/ de position (éducateur et non enseignant) pour vous et vis à vis du patient ?
- Quelles réussites percevez vous dans la mise en place de ce programme ?

5. Bénéfices du programme

- Quels bénéfices pensez vous que l'ETP ait apporté ?
- Vos relations médecin/ patient ont elles changés ? en quoi ?
- Que vous apporte l'ETP en consultation individuelle ? Avez vous envie de continuer ? pour quels autres pathologies ?
- Cela vous donne t-il envie de faire plus d'ETP dans votre pratique ?pourquoi ?
- Pouvez vous décrire sur cette échelle votre ressenti de bien être au travail suite à ce programme?



Merci pour votre participation.

L'évaluation du programme se réalisera selon une méthode qualitative, lors d'un focus groupe. La méthode choisie est l'entretien semi-dirigé. Le support sera un guide d'entretien.

Le guide explorera chez les médecins :

- Les facteurs facilitants la mise en place de l'ETP
- L'organisation du programme d'ETP
- Le déroulement des séances
- Les obstacles rencontrés durant le programme
- Et les bénéfices du programme

Les questions et relances seront les plus ouvertes possibles. Le focus groupe sera enregistré avec l'accord des participants, puis il sera retranscrit intégralement jusqu'à permettre l'élaboration d'une d'analyse de contenu permettant de dégager le ressenti des médecins quant à la faisabilité du programme, les difficultés rencontrées, l'amélioration d'un tel programme.

5. Discussion

Nous avons donc réalisé un programme d'ETP individuel « adapté » à la consultation de médecine générale, pour les patients hypertendus, respectant les 4 étapes recommandées. Ce programme est innovant par certaines caractéristiques. En effet, très peu de programmes d'ETP spécifiquement centré sur l'HTA sont actuellement réalisés en Pays de Loire.

Actuellement un programme d'ETP collectif est réalisé à Angers à la clinique Saint Joseph, et un programme au Mans n'a malheureusement pas abouti. Dans d'autres régions, de rares programmes ont vu le jour, par exemple le programme HTAVasc dans la région d'Aras. Celui-ci consiste, après un diagnostic éducatif, en la réalisation d'ateliers éducatifs (63). Ce programme en vigueur depuis 2009 a pris en charge plus de 200 patients avec des résultats très encourageants. En effet l'HTA bénéficie rarement de programme d'ETP de manière indépendante, mais est plutôt intégrée à des programmes destinés à des pathologies d'organe (tel que les programmes réalisés dans l'insuffisance cardiaque réalisé par Respecticoeur, mais aussi dans les programmes pour les insuffisants rénaux chroniques réalisé par le CHU de Nantes, ...)

Actuellement en médecine générale aucun programme d'ETP ciblé sur l'HTA n'existe. De même les médecins traitants formés à l'ETP réalisent des consultations d'éducation sans programme structuré comme explicité dans l'étude ECOGEN (55). Les pratiques actuelles sont basées sur des outils certes référencés, mais sans programme détaillé avec des objectifs clairs. Notre programme s'inscrit dans une logique d'ETP en respectant les 4 étapes requises, ce qui pourra permettre d'améliorer l'acquisition globale des connaissances et les compétences du patient.

La deuxième caractéristique de notre projet est la réalisation d'un programme individuel. Dans ce projet nous proposons un abord

différent de l'ETP. Effectivement la grande majorité des programmes d'ETP sont collectifs, si bien qu'ils nécessitent une organisation particulière avec des lieux dédiés (maison de santé, centre sociaux, hôpitaux, association, ...), sur des plages horaires dédiées fixes. Cela impose des contraintes horaires et de déplacements des patients, et au final l'ETP ne peut concerner qu'une certaine partie des patients. De ce fait nous retrouvons de nouveau des inégalités de prise en charge.

Le médecin généraliste est le premier recours médical concernant l'HTA, et il nous a parut important qu'un programme d'ETP soit adapté au mieux à la pratique courante de médecine générale, avec les contraintes que celle-ci impose. C'est pourquoi nous avons opté pour l'élaboration d'un programme individuel réalisable entre le patient et son médecin, qui diffère de la définition retrouvée dans les recommandations actuelles de l'HAS, dans lesquelles l'ETP individuelle a sa place après la réalisation d'un ETP collectif, afin d'accompagner le patient de manière plus précise selon ses besoins propres (64).

Notre travail comporte néanmoins certaines limites. En effet, nous n'avons pas réalisé une analyse des besoins préalables : nous n'avons pas mené d'enquête auprès d'un groupe de médecins généralistes formés concernant les objectifs les plus pertinents auxquels un programme d'ETP pouvait répondre.

Nous avons décidé de sélectionner 6 objectifs qui nous semblaient être les plus importants et pour lesquels le médecin traitant était le mieux placé pour réaliser ces temps éducatifs. C'est pourquoi nous avons exclu les objectifs hygiène alimentaire, alcool, et tabac pour lesquels une diététicienne ou addictologue sont souvent nécessaires.

Effectivement nous n'avons pas inclus de patient ressource comme recommandé actuellement (65) et nous sommes bien conscients que cela puisse être un écueil pour notre projet.

De plus il s'agit d'un programme d'ETP individuel qui sera dispensé par un seul professionnel de santé et, ne sera donc pas pluridisciplinaire

comme il est demandé actuellement dans le cahier des charges des programmes d'ETP (66). Néanmoins ces recommandations sont essentiellement destinées pour les programmes collectifs ; ici notre projet est justement un programme adapté à la consultation de médecine générale, qui se réalise donc entre le patient et son médecin. Certes, les programmes collectifs ont certains avantages que ce programme n'offrira pas tel que l'échange entre les patients, la confrontation des conceptions différentes des patients et l'apprentissage par les pairs, qui sont des aspects enrichissants et essentiels.

Cependant l'avantage d'un programme individuel est qu'il sera plus facilement réalisable, et qu'il pourra bénéficier à un plus grand nombre de patient.

Ce programme d'ETP va ainsi être utilisé et testé sur un certain nombre de patients. Les principaux objectifs sont de tester la faisabilité de l'ensemble des outils et l'évaluation de la qualité par les médecins et les patients. Ainsi les risques potentiels auxquels nous risquons d'être confrontés sont :

- ✓ Le recrutement des médecins : ceux-ci peuvent craindre la chronophagité de ce travail et ne pas vouloir s'engager.
- ✓ Le recrutement des patients : ceux-ci peuvent ne pas se sentir concernés.
- ✓ Le financement de ce programme : après un entretien avec le président du conseil de l'ordre des médecins de Loire Atlantique, il a été convenu que ces consultations d'éducation thérapeutique durant le programme seraient cotées C (23euros) comme toute autre consultation. Par conséquent il est possible que certain patient soit retissant à régler de nouveau une consultation, malgré la prise en charge habituelle.

Pour le moment ces programmes sont adaptés aux médecins formés mais dans un idéal et afin de minimiser les inégalités, il serait souhaitable d'étendre ce programme.

6. Conclusion

Le lien particulier entre le médecin généraliste et son patient fait de la consultation de médecine générale un lieu privilégié et essentiel pour l'éducation thérapeutique à la maladie chronique. Pourtant, la plus part des programmes d'éducation thérapeutique sont réalisés par des réseaux, des hôpitaux ou par des maisons médicales lors de sessions collectives. La plus part des médecins qui pratiquent l'ETP en consultation individuelle adoptent une démarche très peu formalisée, et plutôt intuitive dans son ensemble.

Afin de rendre accessible l'éducation thérapeutique à un plus grand nombre de patients, nous avons créé un programme d'éducation thérapeutique individuel méthodologique **adapté** à la médecine générale pour les patients hypertendus, dans le but de proposer une démarche structurée mais cohérente face aux contraintes du médecin. Des outils éducatifs adaptés à l'entretien individuel ont été développés ainsi qu'un guide d'utilisation du programme et un guide d'évaluation du programme.

Dans le temps imparti pour cette thèse, il n'a pas été possible de mettre en pratique cette démarche éducative. Cela sera fait dans le cadre d'une autre thèse en utilisant la méthodologie décrite dans ce travail. Ce programme sera donc « testé » par des médecins et des patients volontaires afin de confirmer ou d'infirmer la faisabilité d'un tel programme d'ETP en médecine générale lors de consultation individuelle et l'apport de cette pratique dans la prise en charge des patients .

**Education thérapeutique pour les hypertendus
adaptée à la consultation individuelle de
médecine générale**

**Marjolaine Couvrat-Desvergues Médecin généraliste
remplaçante**

Chères consoeurs, chers confrères,

Je suis actuellement médecin généraliste remplaçante depuis plus de 2 ans et réalise ma thèse de médecine générale sur la mise en place d'éducation thérapeutique en médecine générale pour le patient hypertendu. Ce projet consiste à mettre en pratique l'éducation thérapeutique lors de consultations planifiées de médecine générale, en mettant à votre disposition une boîte à outils, et dans un 2eme temps évaluer la faisabilité de la mise en place d'un tel projet.

Aussi, je vous propose de participer à ce projet et de l'intégrer dans votre pratique. Ce projet est basé sur **le volontariat des médecins et des patients**.

Ayant remplacé dans différents cabinets à long terme ou à court terme, je suis consciente que ce travail (si vous acceptez ce projet) ne doit pas être chronophage pour vous, aussi il a été réfléchi afin que les consultations ne dépassent pas 15/20 min, 25 min maximum pour la première consultation.

Il vous sera demandé :

1. De proposer aux 4 premiers patients hypertendus, de participer à ce programme,
2. Réaliser une première consultation (dans la quelle sera établi le diagnostic éducatif), qui a pour but de comprendre et connaître le patient puis de s'accorder sur les objectifs d'apprentissage (2 objectifs sur 6 proposés) maximum 25 min.
3. Réaliser une consultation par objectif fixé maximum 20 min.
Ces 3 consultations sont à réaliser dans un délai de 2 mois si possible. Ces entretiens seront réalisés lors de consultation standard de médecine générale.
4. Puis il vous sera demandé de remettre au patient à la fin des 3 consultations un questionnaire d'évaluation, afin de connaître son ressenti vis à vis de cette démarche, et enfin pour vous médecin, il sera organisé un focus groupe afin de vous rencontrer pour évaluer ce programme sur un temps de 2H maximum.

Lors de chaque consultation vous serez guidés par un guide d'entretien et par des outils d'éducation thérapeutique réalisés à cet effet.

Si vous avez la moindre question n'hésitez pas à me contacter par téléphone ou par mail.

Je vous remercie de votre attention et de vos réponses positives par avance,

Bien confraternellement,

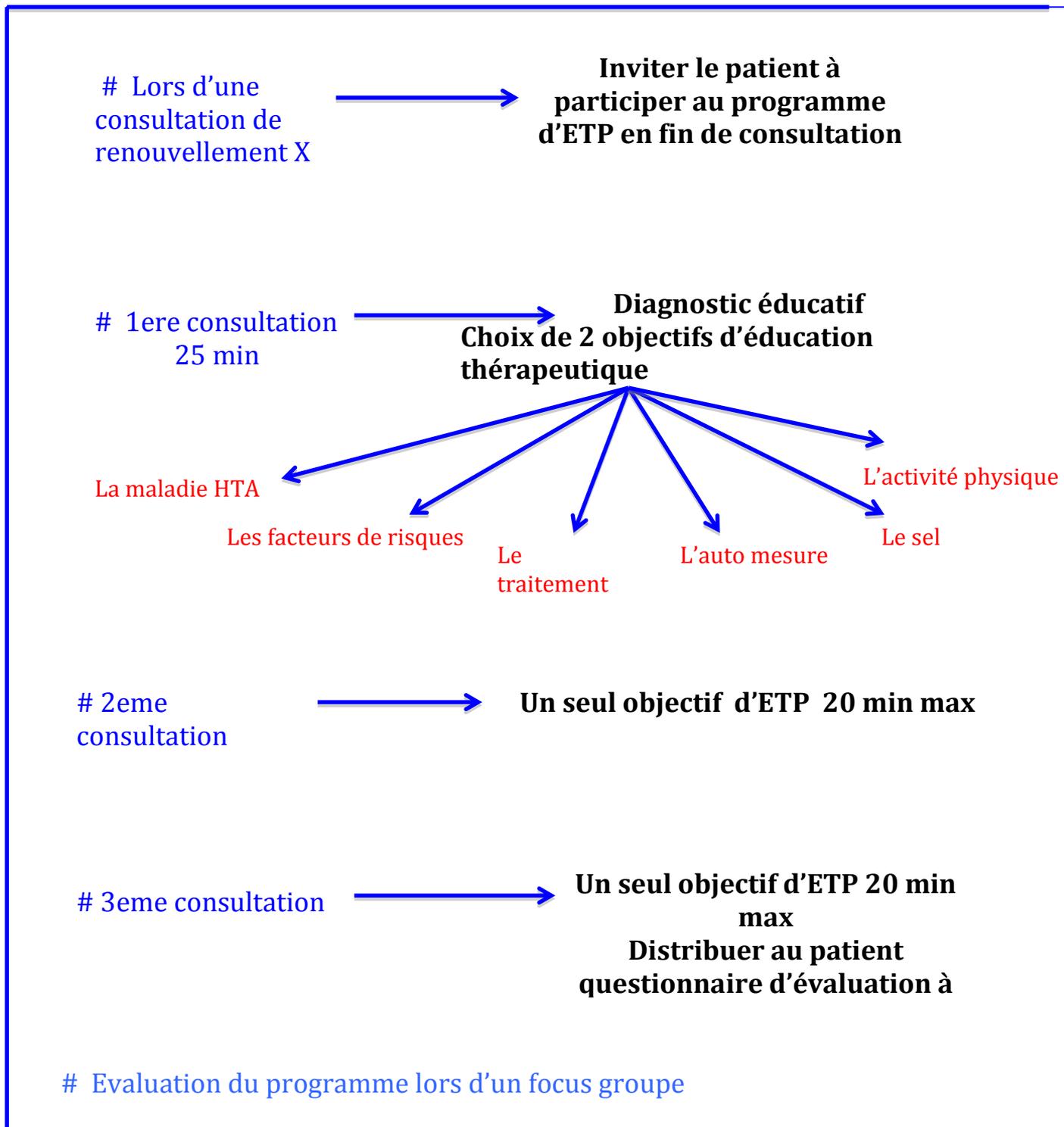
Marjolaine Couvrat

0663225267

marjolainebode@gmail.com

Tout au long de ce programme, il vous ai demandé de garder une trace écrite sur les schémas, de manière simple, un projet par patient vous sera distribué, ou vous pouvez également noter des éléments dans votre logiciel en mettant comme objet de consultation « éducation thérapeutique, ou ETP ».

SCHEMA de la démarche thérapeutique :



1. DIAGNOSTIC EDUCATIF :

- **20 min** pour remplir le tableau (**OUTIL N°1: Guide d'entretien pour diagnostic individuel**) avec le patient en posant des questions ouvertes avec des relances, ne pas répondre à la place du patient. **Prévenir le patient que vous ne répondrez pas à ces questions lors de cette consultation.**
- **5 min** avec le patient pour s'accorder sur 2 objectifs, en négociant, à partir de l'étoile de compétence. **OUTIL N° 2.**

2. Objectif : la maladie, l'hypertension artérielle.

L'objectif étant que les patients s'expriment sur la conception de leur maladie, l'HTA, leur vécu au jour le jour, dans des situations particulières (vacances, activités sportives, sorties famille ou amis), et qu'ils comprennent les principes de base de l'HTA : la cause de l'HTA, la physio-pathologie et les conséquences.

- 5 min** : - Qu'est-ce que c'est pour vous l'HTA ?
- A votre avis quelles en sont les causes ?
- Et quelles peuvent en être les conséquences ?

 En cas de fausse croyance, éviter la confrontation, chercher à comprendre sur quoi se base celle-ci !

5 min : faire une rétro information, c'est à dire expliquer rapidement, succinctement et simplement le rôle de l'HTA sur l'épaississement de la paroi, sur la thrombose, et sur la conséquence découlant : l'IDM et l'AVC, démence.

Se baser sur ce schéma (**OUTIL N°3**) si cela peut vous aider.

2 min : Evaluer l'importance de la maladie selon le patient à partir de cette échelle, **OUTIL N°4**.

Puis remettre au patient à la fin de la séance une fiche résumée sur l'hypertension artérielle (**OUTIL N°13**).

3. Objectif: risque cardio vasculaire

L'objectif étant de leur faire connaître et de les amener à prendre conscience de leur propre facteur de risque.

5min : Demander au patient « que connaissez vous comme risques cardio vasculaires, les énumérer. Qu'est ce que c'est pour vous le risque cardio vasculaire ?

5 min : Lui faire dessiner son propre diamètre artériel en fonction de ses facteurs de risques, puis : qu'en pensez vous ? Quels sont les facteurs modifiables ? Y en a t il que vous souhaiteriez modifier actuellement (si possible s'accorder sur un objectif, tabac, cholestérol ...) à partir de **l'OUTIL N°5**.

Après cet entretien, vous lui remettez une feuille d'objectif (**OUTIL N°6**) qu'il pourra ou non remplir afin de « réduire » ses facteurs de risques cardio-vasculaires.

4. Objectif : Les Médicaments



(OUTIL N°7) au préalable en salle d'attente ou chez soi. : document à remplir

Demander au patient de remplir l'**OUTIL N° 7 (MES MÉDICAMENTS AU QUOTIDIEN)** sur la prise quotidienne du médicament à domicile ou dans la salle d'attente.

10 min : L'objectif est de faire exprimer au patient les effets indésirables ressentis, et comprendre ceux qui posent problème pour l'observance, et inviter le patient à trouver ses propres solutions. A l'aide de ces questions ouvertes :

« **Comment ca se passe avec vos médicaments ?** »

« **Ressentez vous des effets secondaires avec la prise de certains médicaments ?** »

« **Comment faites vous avec ?** »

« **Que pourriez vous faire pour éviter ça.... ?** »

5 min : Mettre en place avec le patient des astuces quand c'est possible pour que les effets secondaires soient le moins pénibles pour lui, si nécessaire faire une petite rétro information du bon usage du médicament.

5. Objectif: exercice physique



: document à remplir (OUTIL N°8) au préalable en salle d'attente ou chez soi.

L'objectif est de valoriser le patient dans ce qu'il fait déjà et de l'aider à commencer ou continuer une activité physique qui lui sera bénéfique de lui faire prendre conscience des différentes activités physiques qui lui sont possibles.

10 min : discussion autour de l'**OUTIL N°8** « mon activité au quotidien » qui aura été rempli (en salle d'attente si possible), et calcul de son indice de sédentarité.

Si nécessaire demander au patient : actuellement faites vous une activité sportive particulière ?

- si oui : laquelle, à quelle fréquence ?
- si non : pourquoi, manque de temps ? de motivation ? crainte de se blesser ? crainte suite à son HTA ?

Discussion avec le patient, enlever les fausses croyances, les craintes par rapports à l'HTA. Rétro information rapide des bénéfices du sport sur la baisse de la tension artérielle.

5 min : négocier la mise en place d'une activité sportive adaptée aux habitudes de vie et aux conditions physiques du patient. Mettre en place des objectifs. Puis remettre au patient l'**OUTIL N°9** « évolution de mon activité au quotidien ».

6. Objectif : auto mesure tensionnelle



Document OUTIL N°10 à remplir au préalable en salle d'attente ou chez soi.

Donner la fiche d'auto évaluation (**OUTIL N°10**) au préalable en salle d'attente à remplir par le patient.

L'objectif est de leur apprendre à bien réaliser l'automesure et à savoir l'utiliser à bon escient.

5min : Demander au patient de décrire comment, quand, à quel moment et à quelle fréquence prend il sa tension à la maison.

10 min : Reprendre avec le patient les principes de l'auto mesure tensionnelle et lui fournir un tableau qu'il pourra remplir à la maison (**OUTIL N° 11**).

Puis remettre au patient une fiche conseil à la fin de la séance sur l'auto mesure (**OUTIL N°12**).

7. Objectif : Régime Surveillé en SEL



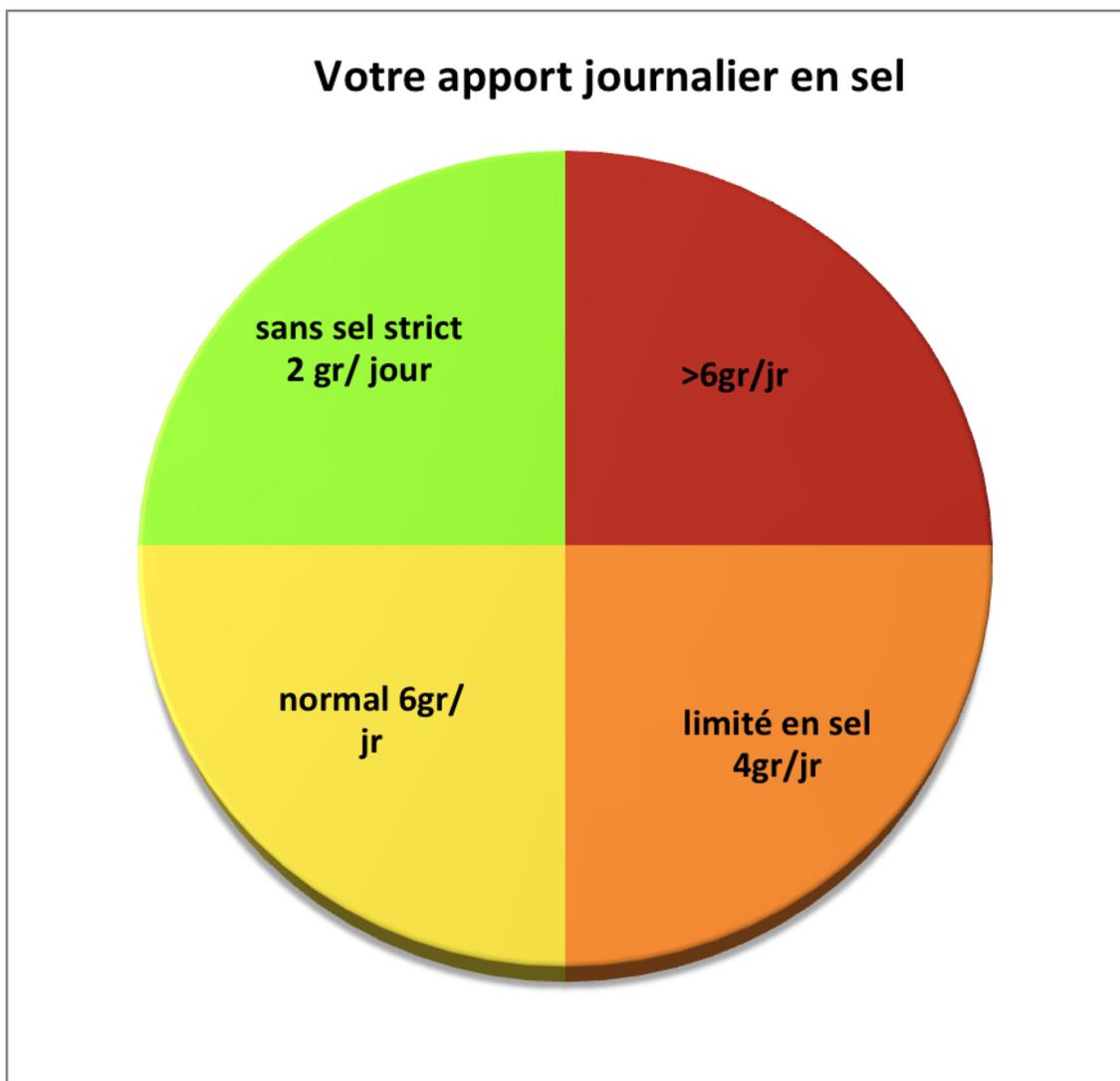
: Document

OUTIL N°14 à remplir au préalable en salle d'attente ou chez soi.

L'objectif est de faire prendre conscience au patient la quantité de sel utilisé par jour et lui donner des moyens pour diminuer cet apport.

10 min : Calculer **avec le patient** à partir de l'**Outil N°14** (qu'il aura rempli au préalable) et à l'aide de l'**Outil N°15** son apport en sel sur une journée.  Il faut savoir que avant tout ajout de sel, on considère qu'il y a 2 grammes de sel dans l'alimentation sur une journée. **L'objectif de l'hypertendu est de 6gr par jour, soit un ajout de 4gr sur la journée.**

5min : Noter le résultat dans ce schéma ci-dessous est ce le résultat attendu ? Discuter avec le patient si ce n'est pas le cas. Puis lui remettre l'**Outil N°15** d'équivalence en sel, et l'**Outil N°16**, fiche conseil sur le régime pauvre en sel.



Outil N°1 : Guide d'entretien pour établir un diagnostic individuel

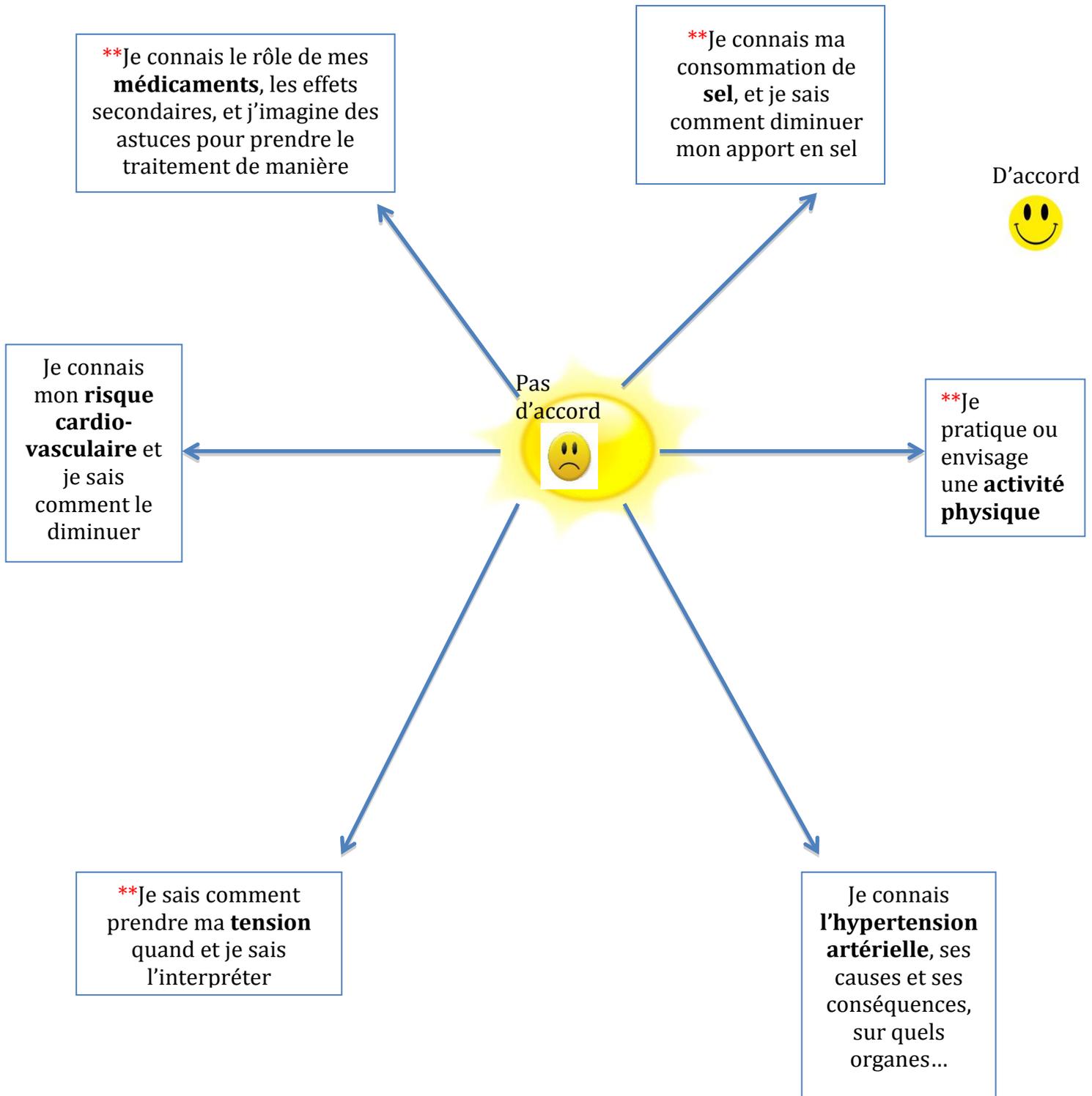
Nom et prénom du patient :

Situation personnelle	
<p>Quelle est votre situation familiale actuelle (si non connue) ? Quel travail faites vous ? Quels sont vos horaires ? Avez vous d'autres activités, loisirs (sportives, ou culturelles) ?</p>	
La maladie	
<p>Que savez vous sur votre maladie, l'hypertension artérielle? Comment comprenez vous ce qui vous arrive (par rapport à votre santé) ? Comment avez vous réagit lorsqu'on vous a parlé d'HTA ? A quoi cela vous fait penser ? Que savez vous de vos traitements ? Comment vous renseignez vous (sur l'HTA ou le traitement) ?</p>	

Les croyances et ressentis	
<p>Que pensez vous des médicaments (de leur bienfaits et méfaits) ? A quoi attribuez vous votre HTA? Pensez vous avoir une influence sur votre HTA, ou votre santé en générale ? Avez vous des craintes concernant votre état de santé ?</p>	
Projet de vie	
<p>Comment voyez vous l'avenir ? Avez vous des projets ? L'hypertension vient-elle interférer dans vos projets ou vie quotidienne ? cela change t-il quelque chose pour votre famille, vos proches ?</p>	
Actions face à l'hypertension	
<p>Quelle est la principale difficulté pour vous dans votre vie actuelle avec l'hypertension? Qu'attendez vous de votre médecin qui vous accompagne ?</p>	

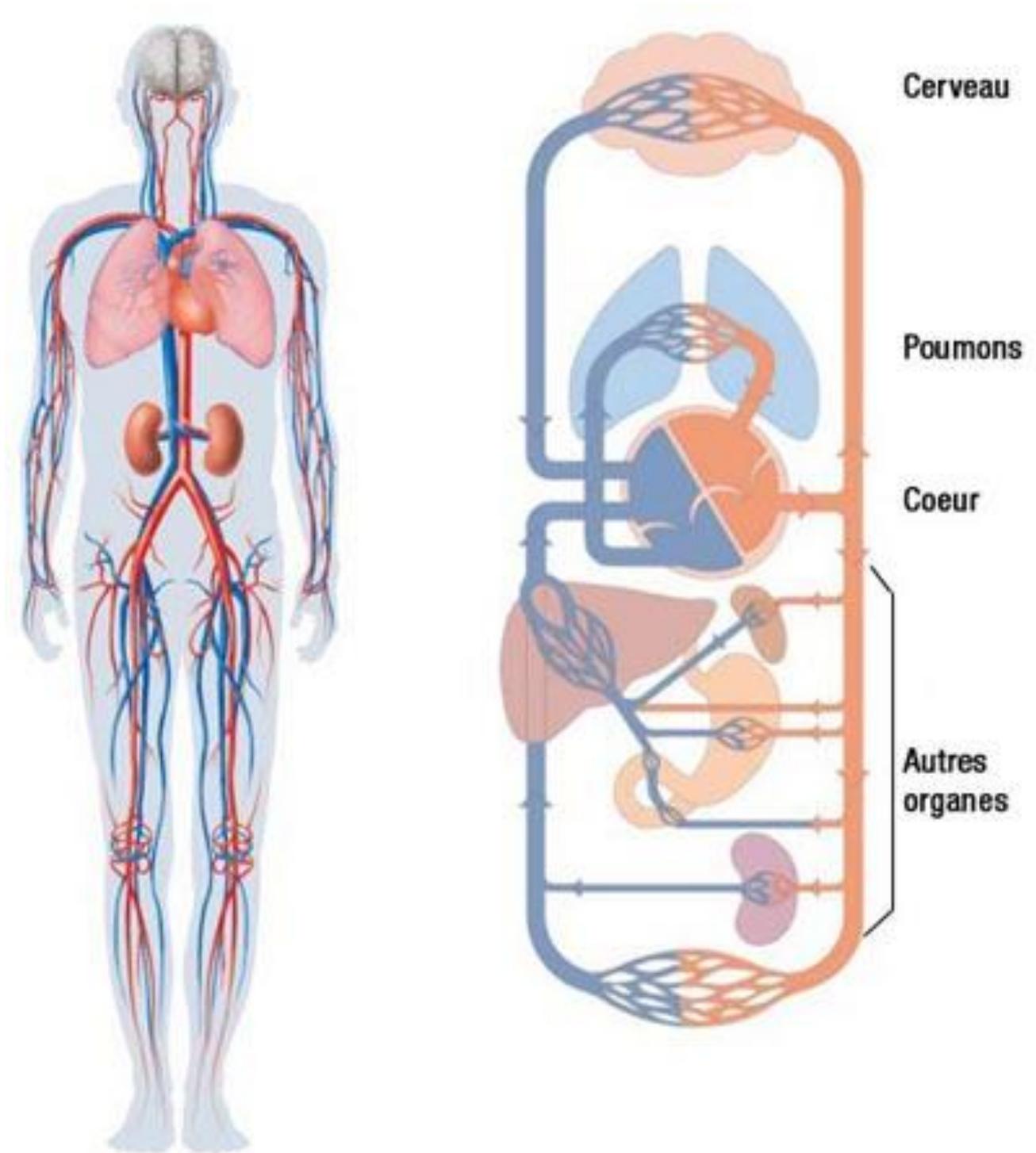
OUTIL N°2 : étoile de compétence

****** : Objectif où le patient devra remplir un document **avant** la consultation, document à donner lors de la consultation précédente !



OUTIL N°3: réseau artériel et veineux et les sites potentiellement atteints

Image issue de (<http://collettemathieu.blog.lemonde.fr/2010/02/17/cours-sur-la-rigidite-artérielle/>)



OUTIL N°4 : Echelle d'évaluation de l'importance de la maladie:

Je me sens
en bonne
santé

Je me sens
en
mauvaise
santé

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



J'explique mon choix :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

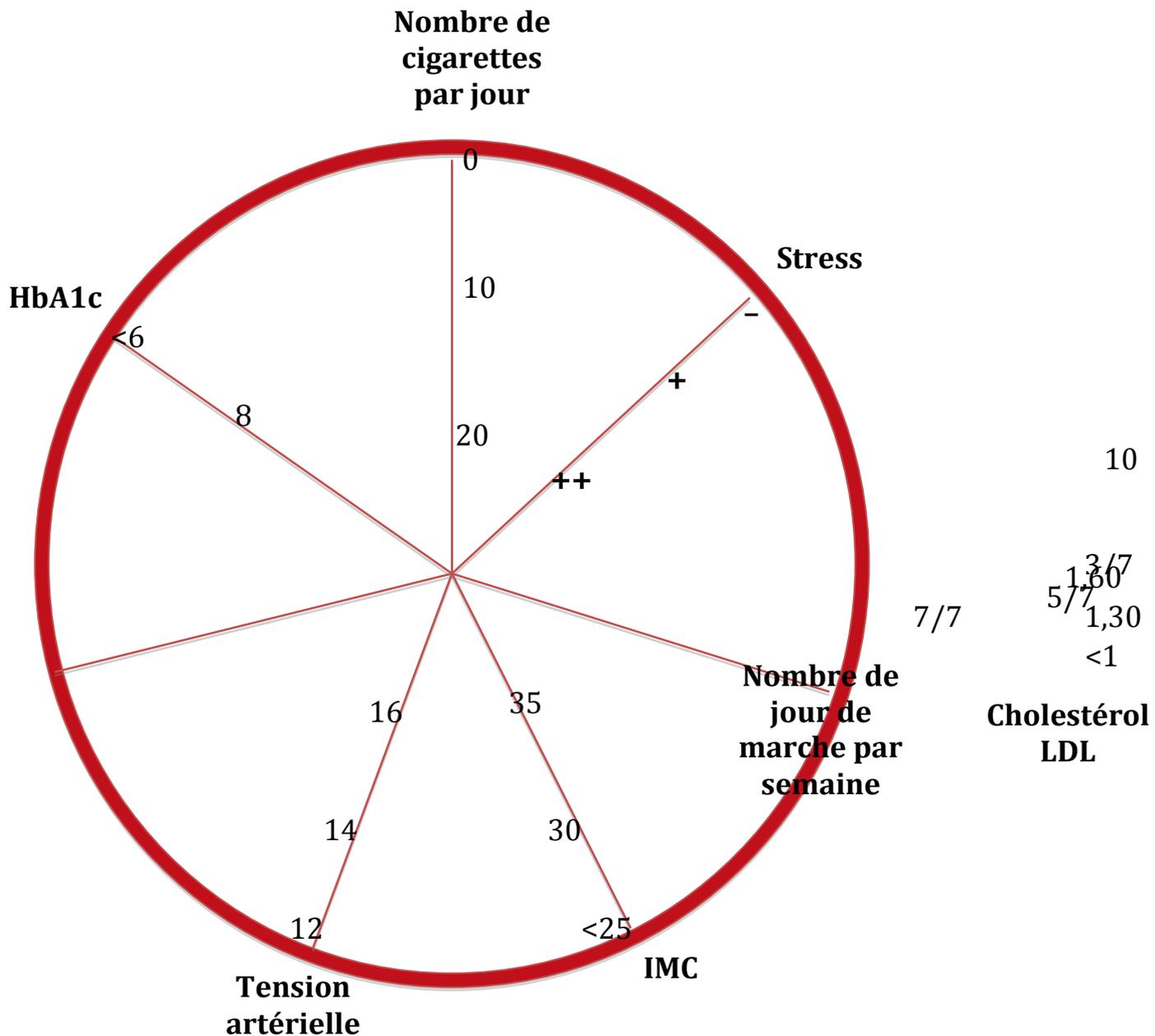
.....

OUTIL N ° 5 : SON PROPRE DIAMETRE ARTERIEL

(Outil réalisé à l'aide d'un outil du programme d'ETP du CHU de Toulouse Rangueil)

Le patient doit positionner ses facteurs de risque et dessiner son propre diamètre artériel.

MON DIAMETRE ARTERIEL



OUTIL N°6 COMMENT CHANGER MES FACTEURS DE RISQUES

Date:

A la maison, je décide:

Choisissez ce que vous souhaitez faire aujourd' hui. Utilisez la case vierge si vous avez d' autres idées
Comment allez-vous vous y prendre concrètement ?

<p>J' augmente mon activité physique</p>  <p>Comment je vais m' y prendre concrètement ?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Je démarre mon sevrage</p>  <p>Comment je vais m' y prendre concrètement ?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Je mange équilibré</p>  <p>Comment je vais m' y prendre concrètement ?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>Comment je vais m' y prendre concrètement ?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>



OUTIL N°7 : MES MÉDICAMENTS AU QUOTIDIEN

Mes médicaments: A quoi servent-ils? Combien et quand je les prends

Demander au patient de noter les noms de leurs médicament en face de son rôle, puis de noter la dose prise à quel moment de la journée sur le tableau

			Avant	Petit déjeuner	dans l' intervalle	Déjeuner	dans l' intervalle	Dîner	dans l' intervalle	Coucher
		Nom du médicament								
Protéger mes artères	Cholestérol									
	Tension artérielle									
Cœur										
Diabète										
Poumons										
.....										
.....										
.....										



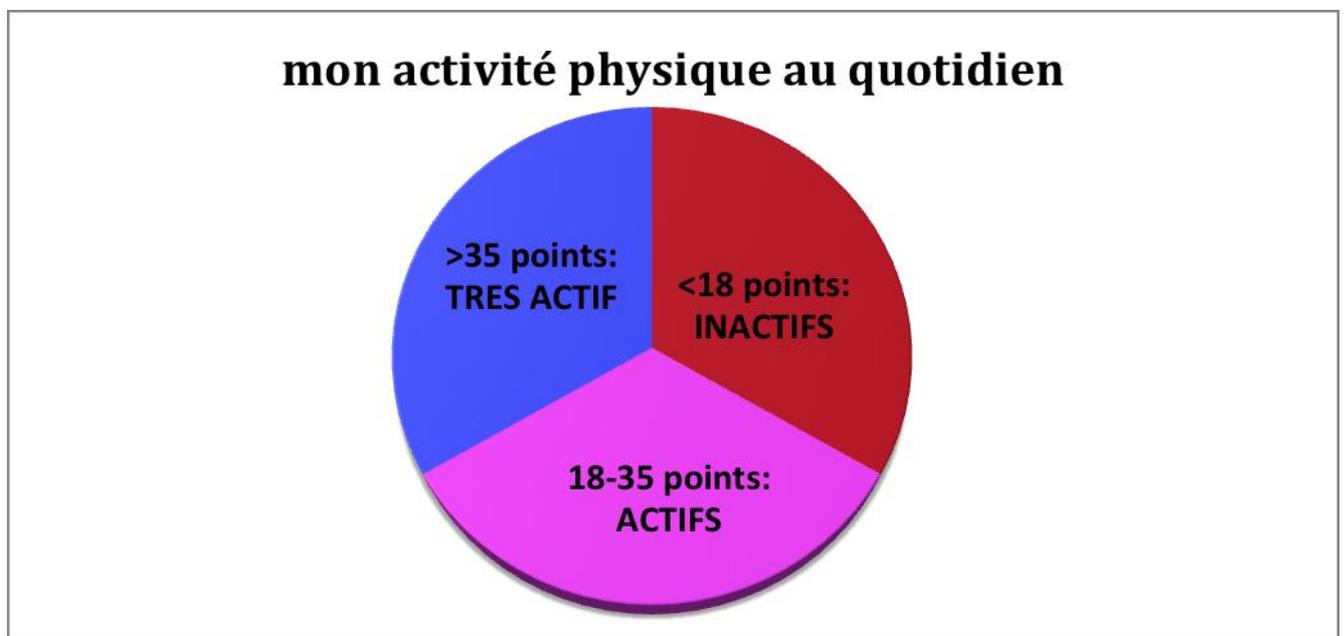
OUTIL N°8 MON ACTIVITE PHYSIQUE AU QUOTIDIEN

(Tableau réalisé d'après Ricci et Gagnon et modifié par JM. Sené, et F. Laurens).

POINTS	1	2	3	4	5	SCORE
Combien de temps passez vous en position assise (travail, télévision, ordinateur ?...	+ de 5 h	4 à 5 h	3 à 4 h	2 à 3 h	- de 2 h	
Pratiquez vous une ou des activités physiques ?	NON				OUI	
A quelle fréquence faites vous une activité physique ?	1 à 2 fois / mois	1 fois / semaine	2 fois / semaine	3 fois / semaine	4 fois et + / semaine	
Combien de minutes consacrez vous en moyenne à chaque séance ?	- de 15'	16' à 30'	31' à 45'	46' à 60'	+ de 60'	
Comment percevez vous votre effort (1 : très facile, 5 : très difficile)	1	2	3	4	5	
Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?	Léger	Moyen	Modéré	Intense	Très intense	

En dehors de votre travail combien d'heure consacrez vous aux travaux légers (ménage, jardinage, bricolage ...) par semaine	- de 2h	3 à 4 h	5 à 6 h	7 à 9 h	+ de 10 h	
Combien de minutes faites vous de marche par jour	- de 15'	16' à 30'	31' à 45'	46' à 60'	+ de 60'	
Combien d'étages montez vous par jour	- de 2	3 à 5	6 à 10	11 à 15	+ de 16	
					Total :	

Après calcul du total vous obtenez :



OUTIL N°9 : Evolution de mon activité physique au quotidien

Remplir en temps en minutes ces activités classées par intensité	Intensité très légère : plier le linge, repassage, cuisiner, laver la vaisselle, épousseter, jouer à la pétanque, Autres :.....	Intensité légère : balayer, aspirer, jardinage, étirements, marcher d'un pas modéré, Autres :.....	Intensité moyenne : marche d'un bon pas, tondre, ramasser les feuilles, aquagym, nager, faire du vélo, pêche, danse, renforcement musculaire, autres :.....	Activité intense : marche rapide ou footing, vélo (VTT) rythme soutenu, Monter les escaliers, couper du bois, natation basket, football, tennis, autres :.....
LUNDI				
MARDI				
MERCREDI				
JEUDI				
VENDREDI				
SAMEDI				
DIMANCHE				
TOTAL				



OUTIL N° 10: Fiche d'auto évaluation

Date :

	Toujours	Parfois	Jamais
Je m'assoie au calme au moins 5 minutes avant de commencer la mesure			
Je place le tensiomètre sur une table devant moi			
Je place le brassard à hauteur du cœur			
Je répète la mesure 3 fois de suite à 1 minute d'intervalle			
Je note toutes les mesures sur la fiche			
Je calcule la moyenne des auto-mesures et la compare à mon objectif de tension artérielle			
Je fais le relevé d'auto-mesure selon la règle des 3 (3 mesures matin et soir pendant 3 jours) en prévision de chaque consultation avec le médecin			
Je fais le relevé d'auto-mesure de façon plus fréquente si je veux m'assurer que mon traitement est efficace			
En cas de résultat trop élevé ou trop bas, je prends Rendez-vous avec mon médecin			

OUTIL N°11 : AUTOMESURE, MES TENSIONS

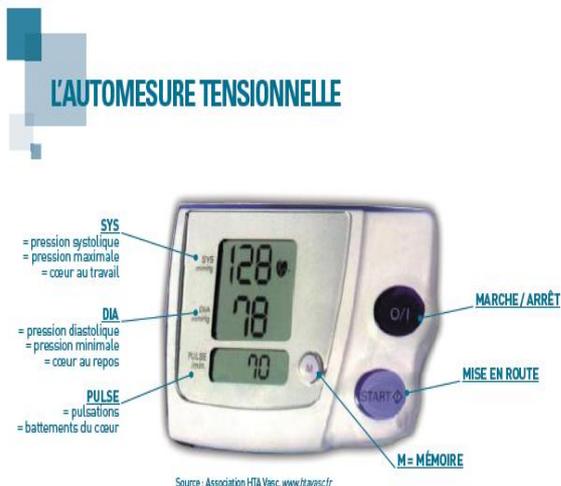
Tableau issu du programme « réseau HTA vasc ».

Je prends mes tensions 3 fois en suivant au même bras 3 jours consécutifs.

Nom: Prénom: Relevé du .. au .. / .. /	Tension maximale ou systolique ou 1er chiffre	Tension minimale ou diastolique ou 2eme chiffre	Pouls
Date du prêt: .. / .. /			
bras gauche <input type="checkbox"/> - bras droit <input type="checkbox"/>			
1 ^{er} jour	MATIN	> > >	> > >
	SOIR	> > >	> > >
2 ^{ème} jour	MATIN	> > >	> > >
	SOIR	> > >	> > >
3 ^{ème} jour	MATIN	> > >	> > >
	SOIR	> > >	> > >
MOYENNE (divisée par 18)			

OUTIL N°12 : fiche conseil sur l'auto mesure

Outil issu du programme ETP de la fédération française de cardiologie.



CHOISIR SON APPAREIL

Tous les appareils commercialisés ne sont pas homologués. Choisissez de préférence un appareil équipé d'un brassard au bras plutôt qu'un appareil qui se fixe au poignet. Il est plus facile à utiliser, car la mauvaise position de l'appareil sur le poignet est une source d'erreur fréquente. Utilisez plutôt un appareil validé, dont la liste figure sur les sites www.afssaps.sante.fr ou www.automesure.com. Parlez-en également à votre médecin ou votre pharmacien.

QUAND RÉALISER MES MESURES ?

Mesurez votre pression artérielle au calme :

- le matin au lever, avant ou après le petit-déjeuner,
- le soir juste après le dîner.

Chaque mois, vous effectuez les mesures 3 jours de suite, 3 fois de suite le matin, 3 fois de suite le soir : c'est la « règle des 3 ». Pour ces 18 mesures, vous prendrez toujours votre tension au même bras.

6 CONSEILS CLÉS

- 1** Installez le tensiomètre sur une table, asseyez-vous confortablement au calme, dénudez votre bras et reposez-vous quelques minutes.
- 2** Si votre tensiomètre s'adapte au bras, enfitez le brassard au bras gauche si vous êtes droitier. Ajustez-le, posez l'avant-bras sur la table, paume de la main vers le haut, sans serrer le poing. Le tuyau est dirigé vers votre main. Si votre tensiomètre s'adapte au poignet, posez votre coude sur la table et placez le poignet à hauteur de votre cœur.
- 3** Installez-vous bien et actionnez la mesure. Ne bougez pas et restez détendu pendant le gonflage et le dégonflage.
- 4** Répétez la mesure 3 fois de suite à une minute d'intervalle. Notez immédiatement tous vos résultats dans votre carnet de suivi.
- 5** Calculez la moyenne de vos 18 mesures et notez-la dans votre carnet de suivi.
- 6** Ne modifiez pas votre traitement vous-même, sans l'avis de votre médecin.

OUTIL N°13 : Résumé sur ma maladie

Comprendre mon Hypertension Artérielle ?

> Qu'est-ce que l'hypertension ?

- ma tension artérielle est le reflet de la pression du sang dans les artères
- la mesure de ma tension s'exprime par 2 chiffres : Par exemple : 120/80

120 : chiffre de la pression du sang lorsque mon cœur "se contracte"
→ **Systolique**



80 : chiffre de la pression du sang lorsque mon cœur "se relâche"
→ **Diastolique**



L'hypertension artérielle correspond à une pression trop élevée du sang dans mes artères
Je suis "**hypertendu**" si ma tension artérielle est régulièrement supérieure à **140/90**

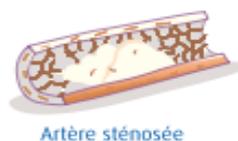
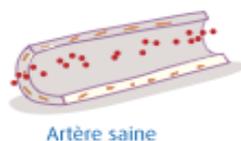
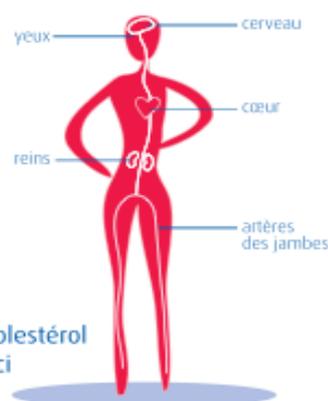


> Qu'est-ce que l'hypertension compliquée ?

Mon hypertension a "endommagé" le bon fonctionnement d'un organe qui peut être :

- le cœur
- les artères des jambes
- les reins
- le cerveau
- les yeux

Une hypertension artérielle "non prise en charge" abîme la paroi de mes vaisseaux. Elle favorise le développement de plaques de cholestérol et l'épaississement de mes artères, réduisant le diamètre de celles-ci (sténoses). Mon cœur peut également devenir trop gros.



Réseau HTA vasc
Nord - Pas de Calais





OUTIL N° 14 : Vos repas dans une journée

Repas/ Plats	Apéritif	Entrée	Plat	Fromage	Dessert
Petit déjeuner					
Déjeuner préciser si eau de cuisson salée (E+) ou non (E-), rajout de sel dans l'assiette (A+) ou (A-)					
Collation					
Dîner préciser si eau de cuisson salée (E+) ou non (E-), rajout de sel dans l'assiette (A+) ou (A-)					
Autres , grignotage...					

Préciser le nombre de tranches de pain, de jambon, de gâteaux, et la quantité en nombre de cuillère de légumes...

environ .

Résultat :

Outil N°15 : 1GR DE SEL = ...

Sel : 1 sachet de sel de 1g = 1 pincée de sel

- **Céréales** : 60g de pain blanc salé (3tranches) = 60g de pain complet = 10 biscottes salées = 1 croissant = 100g de brioche (3 tranches)= 30 gr de corn flakes = 100g de biscuits type Petit Beurre = 1part de gâteau réalisé avec de la levure chimique
- **Fromages** : 1 portion = 40g de cantal = 50g de camembert = 70g de chèvre =25g de roquefort
- **Charcuterie** : 1 tranche de jambon (50g) = 50g de boudin = 1 chipolata = 50g de pâté de Campagne = 1 tranche de foie gras (80 gr)
- **Poissons** : 2 à 3 sardines en boite = 6 à 12 huîtres selon la taille sans l'eau = 30g de crevettes (2 crevettes) = 100g de poisson pané=35 g de saumon fumé (1 tranches fine)= 150g de coquille saint jacques cuites à l'eau sans sel ; 1/2l de moules
- **Légumes** : 130g de légumes en conserve poids net égoutté = ½ brique (125ml) de potage de légume (ou 1 /2 assiette)
- **Autres** : 5 olives noires,....
- **Eau de cuisson salé** = 2 cc de sauce vinaigrette = 0,5gr de sel
- 1 portion de choucroute en conserve (300 g) = 4,5 g
- 1 part de pizza ou quiche (200 g) = 2,6 g
- 1 bol de soupe (250 ml) = 2,5 g
- 1 demi baguette = 1,7 g
- 1 pain au lait = 1,5g

Outil N° 16 : Fiche conseil régime réduit en sel

Aliments pauvres en sel	Aliments riches en sel (à éviter)
<p>pommes de terre , riz, pâtes, couscous, polenta, semoule, farine</p>	<p>Tous les plats surgelés et les conserves, tous les plats réparés/instantanés du commerce</p>
<p>légumes frais ou surgelés non préparés, les jus de légumes maison</p> <p>fruits frais, fruits surgelés, en conserves, ou en compotes, les jus de fruit frais</p>	<p>bouillons et fond de : boeuf, veau, volaille, poisson et légumes en cubes, en poudre ou liquides (Liebig, Oxo, Knorr,...) et les cubes dégraissés</p>
<p>potage de légumes maison : légumes frais ou surgelés non préparés + (féculents si souhaité) + eau et ajouter des épices et/ou des aromates ou 1 cube bouillon <i>Liebig pauvre en sel</i> / 2 litres d'eau</p>	<p>Potage en boîte, surgelés ou déshydratés, Choucroute</p>
<p>poisson frais, poisson surgelé non préparé</p>	<p>poissons fumés : hareng, saumon, truite, anguille, maquereau,...</p> <p>conserves de poisson : anchois, maquereau, sardines, saumon, thon, harengs marinés, rollmops, caviar et autres œufs de poisson , salade de poisson, terrines et mousses de poissons, surimi, mollusques et crustacés : huîtres, moules, homard, langoustines</p>
<p>viande fraîche, viande surgelée non préparée : bœuf, veau, porc, agneau, volaille, gibier</p> <p>viande froide : rosbif, rôti de porc, de dinde, poulet rôti froid</p> <p>en petite quantité : jambon</p>	<p>viandes fumées et charcuteries : jambon, lard, filet d'Anvers, filet de saxe, viande de grison, salami, saucisson, saucisses, pâtés, boudins,...viandes hachées préparées : haché préparé, saucisses, paupiettes, viandes préparées : plats préparés, salades de viande...saucisses de Francfort, viennoises, boulettes,</p>

cuit	rillettes, ...
œufs	Apéritif et fruits à coques salés
fromage : frais - blanc, mozzarella, ricotta, cottage, gervais, ... en petite quantité : Passendale, Brie, Camembert,...	fromages : bleus, comté, cheddar, Edam, feta, fromages fondus...
lait, yaourt, lait battu, crème	
matières grasse non salées : huiles végétales, margarines végétales (« Bécel, Vitelma, Alpro,...) beurre non salé	Matières grasses salés, beurre salé, Margarine....
les garnitures sucrées : confiture, marmelade, sirop de liège, choco à tartiner, miel, ...	sauces commerciales : sauce soja, sauce Worcester, Maggi, tapenade, pesto,...
eaux pauvres en sel : Volvic, Evian, Vittel, Salvetat, Pierval, San Pellegrino, ...	eaux riches en sodium : Appolinaris, Arvie, Badoit, Vichy Célestin et Saint Yorre, Saint Alban, Saint léger, Vals...

Pour relever le goût des aliments, utilisez :

- - les herbes aromatiques (ail, échalote, oignon, persil, ciboulette, estragon, cerfeuil, basilique, thym, romarin, sauge, menthe, aneth, roquette, marjolaine, raifort, coriandre, laurier, ...)
- - les épices (poivre, muscade, gingembre, curry s/sel, safran, piment, paprika, cumin, clou de girofle, genièvre, cannelle, anis, vanille,...)
- - du citron
- - du vinaigre aromatisé (vinaigre de vin, pommes, framboises, Xéres, estragon, balsamique,...)
- - de l'huile aromatisée (première pression, huile aux herbes, huile pimentée,...)

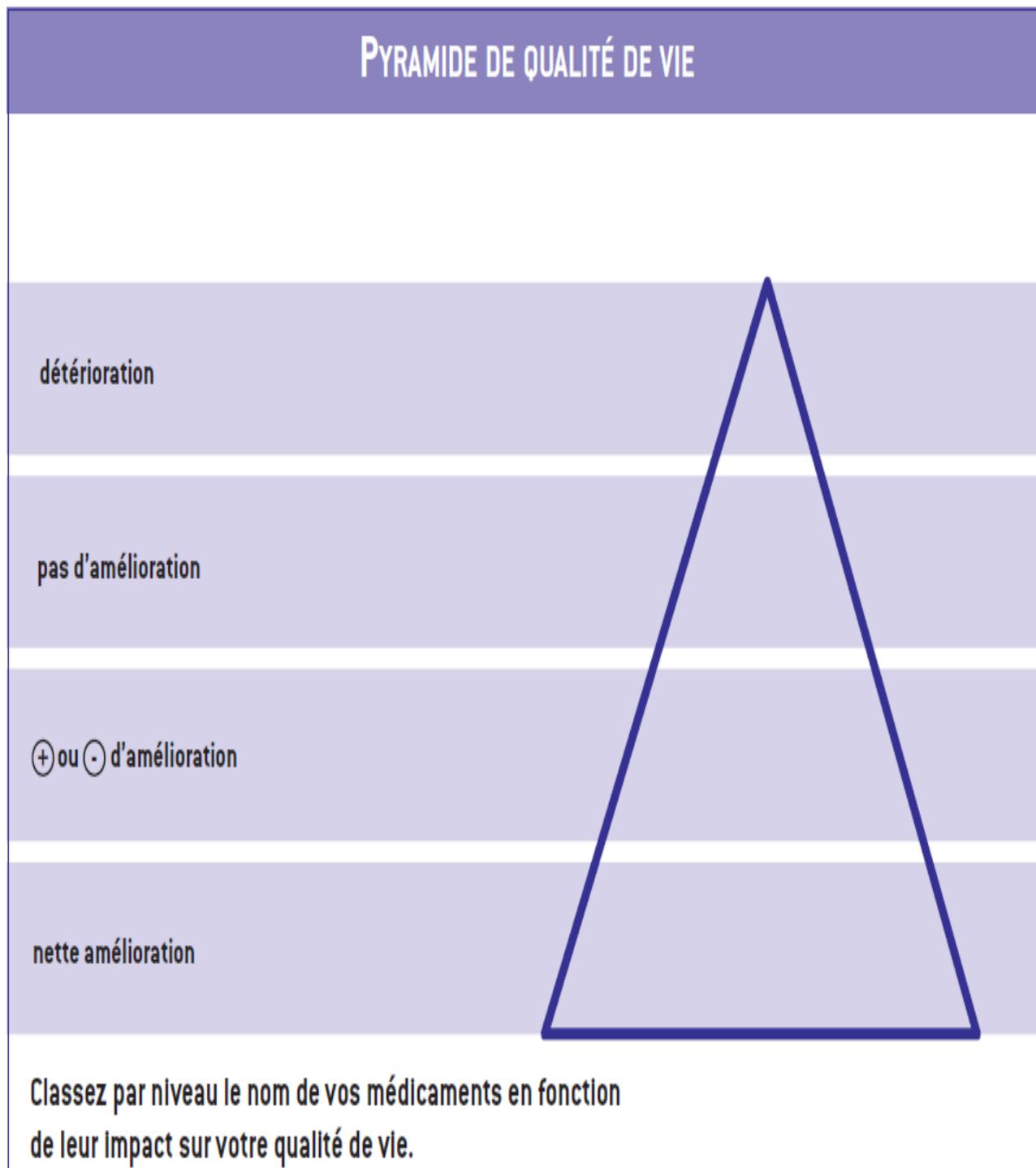
Cuisiner au vin (un très grand pourcentage de l'alcool s'évapore), mariner, ou flamber les viandes, volailles et poissons pour donner des goûts aromatiques.

Sont **également déconseillés** : les levures chimiques, poudres « digestives », comprimés effervescents, bicarbonate de soude, pastilles pour la toux, sulfate de soude.

Les PYRAMIDES

Outils issus du programme d'ETP MOTHIV.

PYRAMIDE PATIENT



Puis le médecin remplit dans le même temps, cette pyramide de priorité médicale en placant tous les traitements.

Pyramide médecin

PYRAMIDE DES PRIORITÉS MÉDICALES

Classez par niveau le nom des médicaments en fonction
des priorités médicales pour Mr ou Mme

BIBLIOGRAPHIE

1. Traité de prévention [Internet]. [cité 28 mai 2015]. Disponible sur: http://www.unitheque.com/Livre/medecine_sciences_flammarion/Traite/Traite_de_prevention-26802.html
2. Haute Autorité de Santé - Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. [cité 28 mai 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/fr/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques
3. plan-national-eps.pdf [Internet]. [cité 28 mai 2015]. Disponible sur: <http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/2/42/32/99/Textes-de-reference/plan-national-eps.pdf>
4. Epidémiologie | SFHTA [Internet]. [cité 15 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.sfhta.eu/category/epidemiologie/>
5. Gueyffier F. Prise en charge de l'hypertension artérielle en médecine générale (no 1). Médecine. 2006;2(3):118- 22.
6. DUHOT D, MARTINEZ L, FERRU P, KANDEL O, GAVID B. Prévalence de l'hypertension artérielle en médecine générale. Rev Prat Médecine Générale. 2002;(562):177- 80.
7. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de (...) - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 28 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-consultations-et-visites-des-medecins-generalistes-un-essai-de-typologie,4672.html>
8. Haute Autorité de Santé - Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle - Actualisation 2005. Cette recommandation est suspendue. [Internet]. [cité 28 mai 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272459/fr/prise-en-charge-des-patients-adultes-atteints-dhypertension-arterielle-essentielle-actualisation-2005-cette-recommandation-est-suspendue
9. admin. L'hypertension artérielle [Internet]. Hypertension artérielle et maladies cardiovasculaires. [cité 24 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.htavasc.fr/page-d-exemple/hypertension-arterielle/>
10. Simon D., Traynard PY., Bourdillon F., Gagnayre R., Grimaldi A., éducation thérapeutique; elsevier masson, Abrégés 3eme édition 2013
11. Bauduceau B, Baigts F, Bordier L et al. Etude Epidémiologique des Facteurs de Risque et du Syndrome Métabolique en Milieu Militaire (étude EPIMIL). Diabetes Metab

- 2005; 31:353-9. 12. John Libbey Eurotext - MT Cardio - Obésité et hypertension artérielle épidémiologie, physiopathologie et prise en charge [Internet]. [cité 28 mai 2015]. Disponible sur: http://www.jle.com/fr/revues/mca/e-docs/obesite_et_hypertension_arterielle_epidemiologie_physiopathologie_et_prise_en_charge_274785/article.phtml
13. Kannel WB. Hypertension: reflections on risks and prognostication. *Med Clin North Am.* mai 2009;93(3):541- 58, Table of Contents.
14. Chrostowska M, Szczech R, Narkiewicz K. Antihypertensive therapy in the obese hypertensive patient. *Curr Opin Nephrol Hypertens.* sept 2006;15(5):487- 92.
15. Chamontin B, Poggi L, Lang T, Ménard J, Chevalier H, Gallois H, et al. Prevalence, treatment, and control of hypertension in the French population: data from a survey on high blood pressure in general practice, 1994. *Am J Hypertens.* juin 1998;11(6 Pt 1):759- 62.
16. Krzesinski J-M. Epidémiologie de l'hypertension artérielle. *Rev Médicale Liège.* 2002;57(3):142- 7.
17. Li Q, Otsuka T, Kobayashi M, Wakayama Y, Inagaki H, Katsumata M, et al. Acute effects of walking in forest environments on cardiovascular and metabolic parameters. *Eur J Appl Physiol.* 2011;111(11):2845- 53.
18. Montesi L, Moscatiello S, Malavolti M, Marzocchi R, Marchesini G. Physical activity for the prevention and treatment of metabolic disorders. *Intern Emerg Med.* 2013;8(8):655- 66.
19. DORANGE A. TITRE: Evaluation qualitative de la prescription de l'activité physique régulière en soins primaires aux patients présentant au moins un facteur de risque cardiovasculaire. [cité 28 mai 2015]; Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0640936.pdf>
20. FAUSSIÉ M. HTA et nutrition: L'importance du rapport sodium/potassium et du surpoids. *Diabétologie Nutr Facteurs Risque.* 2005;11(90):64- 9.
21. Hypertension in Older Adults and the Role of Positive Emotions [Internet]. [cité 28 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615677/>
22. Alexander F. Emotional factors in essential hypertension: Presentation of a tentative hypothesis. *Psychosom Med.* 1939;1(1):173- 9.
23. RAPP_INST_ENNS_Web.pdf [Internet]. [cité 28 mai 2015]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/publications/2007/nutrition_enns/RAPP_INST_ENNS_Web.pdf
24. L'hypertension artérielle en France en 2007 : étude Mona Lisa | SFHTA [Internet]. [cité 28 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.sfhta.eu/lhypertension-arterielle-en-france-en-2007-etude-mona-lisa/>
25. Enquête FLASH 2012 : 50% d'hypertendus à l'objectif, pas d'amélioration depuis 2007 [Internet]. [cité 24 juill 2014]. Disponible sur:

<http://www.medscape.fr/voirarticle/3488309>

26. Lindholt JS, Henneberg EW, Fasting H, Juul S. Mass or high-risk screening for abdominal aortic aneurysm. *Br J Surg*. 1997;84(1):40- 2.

27. SuivezLeGuideCFLHTA_vDEF_print_Final.pdf [Internet]. [cité 16 janv 2015]. Disponible sur: http://www.comitehta.org/wp-content/uploads/downloads/2012/12/SuivezLeGuideCFLHTA_vDEF_print_Final.pdf

28. Herpin D, Paillard F. Facteurs de risque cardio-vasculaire et prévention. *Homme*. 2001;58(154.8):251- 2.

29. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*. 2004;364(9438):937- 52.

30. Cours [Internet]. [cité 29 mai 2015]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/cardiologie-et-maladies-vasculaires/enseignement/cardiologie1/site/html/1.html>

31. Blacher J, Halimi J-M, Hanon O, Mourad J-J, Pathak A, Schnebert B, et al. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Recommandations 2013 de la Société française d'hypertension artérielle. *Presse Médicale*. 2013;42(5):819- 25.

32. 030586121.pdf [Internet]. [cité 29 mai 2015]. Disponible sur: <http://depote.uqtr.ca/6923/1/030586121.pdf>

33. Educ-DIU-2011 - EDUCATION_DES_PATIENS_HYPERTENDUS.pdf [Internet]. [cité 29 mai 2015]. Disponible sur: http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/09/EDUCATION_DES_PATIENS_HYPERTENDUS.pdf

34. Efficacité de l'éducation thérapeutique - Revue médicale suisse [Internet]. [cité 25 juill 2014]. Disponible sur: <http://rms.medhyg.ch/numero-196-page-688.htm>

35. Efficacité de l'éducation thérapeutique - revmed [Internet]. [cité 28 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.revmed.ch/rms/2009/RMS-196/Efficacite-de-l-education-therapeutique>

36. 28-05-2015 - Education thérapeutique du patient [Internet]. [cité 29 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.ars.paca.sante.fr/Education-therapeutique-du-pat.94769.0.html>

37. Recherche en education therapeutique.pdf [Internet]. [cité 29 mai 2015]. Disponible sur: [https://plone.unige.ch/aref2010/symposiums-longs/coordonateurs-en-c/education-et-sante-3eme-partie-outils-et-evaluation/Recherche en education therapeutique.pdf](https://plone.unige.ch/aref2010/symposiums-longs/coordonateurs-en-c/education-et-sante-3eme-partie-outils-et-evaluation/Recherche%20en%20education%20therapeutique.pdf)

38. Jourdan D, Berger D. De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé. *Santé Homme*. 2005;(377):17- 20.

39. definitionssante.pdf [Internet]. [cité 29 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.rbdsante.be/wp-content/uploads/2009/02/definitionssante.pdf>
40. [cité 29 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.ars.paca.sante.fr/Education-therapeutique-l-AR.171866.0.html>
41. Pédagogie et transmission des savoirs - robbes_rayou.pdf [Internet]. [cité 29 mai 2015]. Disponible sur: http://www.meirieu.com/ACTUALITE/robbes_rayou.pdf
42. Quand les médecins se font pédagogues - Les Cahiers pédagogiques [Internet]. [cité 29 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.cahiers-pedagogiques.com/Quand-les-medecins-se-font-pedagogues>
43. Duffau N, Le Vaillant P. L'éducation thérapeutique en consultation de médecine générale: analyse des pratiques de 12 médecins généralistes impliqués en éducation thérapeutique. France; 2011.
44. Albano MG, Crozet C, d' Ivernois JF. Analysis of the 2004–2007 literature on therapeutic patient education in diabetes: results and trends. *Acta Diabetol.* 2008;45(4):211- 9.
45. Lombraïl P, Lang T, Pascal J. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé: que sait-on de l'accès secondaire? *Santé Société Solidar.* 2004;3(2):61- 71.
46. Lombraïl P. Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. *Rev Dépidémiologie Santé Publique.* 2007;55(1):23- 30.
47. Rendez-vous de l'éducation thérapeutique : programme 2015 | Santé Pays de la Loire [Internet]. [cité 29 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.santepaysdelaloire.com/actualites/rendez-vous-de-leducation-therapeutique-programme-2015>
48. Efficacité de l'éducation thérapeutique - revmed [Internet]. [cité 28 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.revmed.ch/rms/2009/RMS-196/Efficacite-de-l-education-therapeutique>
49. Huas D, Chevallier P, Pouchain D. Les données d'inclusion dans l'étude ESCAPE. *Exercer.* 2008;80:17- 8.
50. Drahi E., "ETP séquentielle en médecine générale", *La revue du praticien, médecine générale*, 2010; 847:673-675
51. REPRESENTATIONS ET PRATIQUES DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE : enquête auprès de médecins généralistes de la région Rhône Alpes - *Education_therapeutique.pdf* [Internet]. [cité 31 oct 2014]. Disponible sur: http://clge.fr/IMG/pdf/Education_therapeutique.pdf
52. REPRESENTATIONS ET PRATIQUES DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE : enquête auprès de médecins généralistes de la région Rhône Alpes - *Education_therapeutique.pdf*

[Internet]. [cité 29 mai 2015]. Disponible sur:
http://clge.fr/IMG/pdf/Education_therapeutique.pdf

53. Observatoire Régional de la Santé. Education Thérapeutique, Hospitalisation à Domicile et loi Léonetti : la perception des médecins généralistes - Enquête n°5 Pays de la Loire. Panel d'Observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 2011;6-9.
54. Bourit O, Drahi E. Education thérapeutique du diabétique et médecine générale: une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. Médecine. 2007;3(5):229- 34.
55. Denis Rudelle K, Lauchet N, Université de Limoges, Université de Limoges, Faculté de médecine et de pharmacie. L'éducation thérapeutique du patient en médecine générale: analyse des résultats de l'étude ECOGEN. [[S.l.]]: [s.n.]; 2014.
56. untitled - 06-SY14.pdf [Internet]. [cité 29 mai 2015]. Disponible sur:
http://www.sesstim-orspaca.org/syntheses_resultats/pdf/06-SY14.pdf
57. Crozet C, Van Bockstael V, Devos J, d' Ivernois J-F. Évaluation d'un programme national en France d'éducation thérapeutique pour des patients du régime agricole atteints de maladies cardio-vasculaires. Educ Thérapeutique Patient-Ther Patient Educ. 2009;1(1):33- 8.
58. Pouchain D, Lievre M, Huas D, Lebeau JP, Renard V, Bruckert E, Girerd X, Boutitie F, CNGE. Effets d'une intervention multifactorielle sur les facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients hypertendus à haut risque; exercer 2014;112:52-64.
59. programmes_Education_Therapeutique_31.12.2014.pdf [Internet]. [cité 29 mai 2015]. Disponible sur: http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_acteurs_sante/education_therapeutique_patient/programmes_Education_Therapeutique_31.12.2014.pdf
60. Drahi É. ETP séquentielle en médecine générale. Jnmg 2010 Somm. 2010;673.
61. Jourdain P, Juillièrre Y, Brion R, Boireau A. Textes réglementaires concernant l'éducation thérapeutique du patient atteint de maladies chroniques. Arch Mal Coeur Vaiss-Prat. 2012;2012(205):21- 6.
62. Mascret C. L'éducation thérapeutique du patient: 1re partie–Les programmes d'éducation thérapeutique. Actual Pharm. 2011;50(502):57- 8.
63. Education thérapeutique | | Hypertension artérielle et maladies cardiovasculairesHypertension artérielle et maladies cardiovasculaires [Internet]. [cité 27 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.htavasc.fr/education-therapeutique/>
64. epreuve 1 - etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf [Internet]. [cité 28 mai 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-

_recommandations_juin_2007.pdf

65. LES 30 MOTS Vers 13 septembre - MOTS.pdf [Internet]. [cité 27 mai 2015].
Disponible sur: <http://www.ipcem.org/etp/PDFetp/MOTS.pdf>

66. Haute Autorité de Santé - Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. [cité 28 mai 2015].
Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/fr/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques

Titre de Thèse : Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique individuel pour l'hypertendu en médecine générale.

RESUME

L'hypertension artérielle est une maladie très courante (12 millions de français) et grave par ses conséquences. Le médecin généraliste est le premier intervenant dans cette maladie chronique, et reste l'intervenant le plus présent lors du suivi du patient. Il a été démontré que l'éducation thérapeutique est un moyen efficace pour améliorer la prise en charge de cette maladie chronique, et actuellement rares sont les programmes d'ETP de groupe dédiés à l'HTA, et ceux-ci ne sont pas accessibles à tous les patients (de par les contraintes de temps et de localisation).

Afin de rendre accessible l'éducation thérapeutique à un plus grand nombre de patients, nous avons créé un programme d'éducation thérapeutique individuel méthodologique adapté à la médecine générale pour les patients hypertendus, dans le but de proposer une démarche structurée et cohérente face aux contraintes du médecin généraliste. Des outils éducatifs adaptés à l'entretien individuel ont été développés ainsi qu'un guide d'utilisation du programme et un guide d'évaluation du programme. Ce programme est composé de 3 parties distinctes (Diagnostic éducatif et objectifs négociés / développement des objectifs négociés / évaluation du programme médecin et patients). En se basant sur les outils déjà publiés nous avons conçu un programme avec 16 outils (7 outils déjà utilisés dans des programmes d'ETP, et 9 outils que nous avons créés spécialement pour ce programme) et 2 guides d'évaluation.

Ce programme sera dans un deuxième temps « testé » par des médecins et des patients volontaires afin de confirmer ou d'infirmer la faisabilité d'un tel programme d'ETP en médecine générale lors de consultation individuelle et d'évaluer l'apport de cette pratique dans la prise en charge des patients .

MOTS-CLES

Education thérapeutique du patient, médecine générale, Hypertension artérielle, démarche éducative, consultation, programme individuel.