

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	6
1. QUESTION DE RECHERCHE ET PROBLEMATIQUE	8
1.1. Hypertension artérielle	8
1.2. Contexte socio-sanitaire.....	9
1.3. Origine de la question de recherche.....	11
1.4. Perspective pratique infirmière.....	12
1.5. Définitions des concepts de soin retenus.....	14
1.5.1. L'éducation thérapeutique	15
1.5.2. Promotion de la santé et prévention	16
1.5.3. Le modèle conceptuel de McGill.....	17
2. METHODOLOGIE.....	19
2.1. Formulation de la question de recherche.....	19
2.2. Bases de données.....	20
2.3. Difficultés.....	20
2.4. Recherche des études	20
2.4.1. Elaboration de l'équation de recherche.....	20
2.4.2. PubMed (Medline).....	21
2.4.3. CINAHL	22
2.5. Sélection des études.....	22
2.6. Extraction des données	23
3. RESULTATS.....	24
4. ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES.....	26
4.1. Drevenhorn, E., Bengtson, A., Nilsson, P. M., Nyberg, P., & Kjellgren, K. I. (2012). Consultation training of nurses for cardiovascular prevention – A randomized study of 2 years duration. <i>Blood Pressure</i> , 21(5), 293-299.....	26
4.2. Dean, S. C., Kerry, S. M., Khong, T. K., Kerry, S. R., & Oakeshott, P. (2014). Evaluation of a specialist nurse-led hypertension clinic with consultant backup in two inner city general practices: randomized controlled trial. <i>Family Practice</i> , 31(2), 172-179.	27
4.3. Kauric-Klein, Z. (2012). Improving blood pressure control in end stage renal disease through a supportive educative nursing intervention. <i>Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association</i> , 39(3), 217-228. 29	

4.4. Drevenhorn, E., Kjellgren, K. I., & Bengtson, A. (2007). Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. <i>Journal of clinical nursing</i> , 16(7b), 144–151.	30
4.5. Hacıhasanoğlu, R., & Gözüm, S. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 20(5-6), 692-705.....	31
4.6. Irmak, Z., Duzoz, G., Bozyer, I. (2010). The Effectiveness of a follow-up program on blood pressure and cardiovascular risk Factors for hypertensive patients. <i>Australian Journal of Advanced Nursing</i> , The, 28(2), 60.	33
5. COMPARAISON DES RESULTATS	35
6. DISCUSSION.....	41
7. PERSPECTIVES POUR LE FUTUR.....	49
CONCLUSION	51
LISTE DE REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE	54
ANNEXE.....	58

INTRODUCTION

Notre cursus à la Haute Ecole de la Santé La Source arrive à son terme et nous l'achevons par la réalisation d'un travail de Bachelor. Celui-ci consiste en l'élaboration d'une revue de littérature qui vise à souligner que l'infirmier est le professionnel de santé à même de réaliser une éducation thérapeutique (ETP)¹ auprès de personnes hypertendues dans le but d'améliorer le contrôle de la pression artérielle, c'est à dire une pression artérielle inférieure ou égale à 140/90 mmHg.

L'hypertension artérielle est définie comme une pression artérielle supérieure à 140/90 mmHg. La pression artérielle est la pression que le sang exerce sur les parois des artères et des vaisseaux sanguins (Smeltzer & Bare, 2011). Selon Dregan et al. (2016), l'hypertension artérielle est l'un des facteurs de risques majeurs des maladies coronariennes, d'infarctus du myocarde ou d'insuffisance rénale. De plus, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)² (2013, cité dans Dregan, Ravindrarajah, Hazra, Hamada, Jackson, & Gulliford, 2016), les maladies cardiovasculaires sont responsables de 17 millions de décès dans le monde. L'OMS ajoute également que l'hypertension artérielle est l'un des facteurs principaux permettant d'expliquer ces chiffres puisque selon elle, 55% des décès provoqués par les maladies cardiovasculaires sont directement liés à l'hypertension artérielle.

Nos expériences professionnelles et personnelles nous ont amené à nous rendre compte que certains patients éprouvent des difficultés concernant l'adhésion aux médicaments antihypertenseurs et que ceux-ci manquent de connaissances sur l'hypertension artérielle. De plus, selon Santschi Chioloro (2007), l'hypertension étant une pathologie asymptomatique, la non adhésion thérapeutique est importante car le patient ne ressent pas les effets immédiatement. Selon Burnier « parmi les patients hypertendus, une adhésion insuffisante aux traitements médicamenteux est l'une des causes fréquentes du mauvais contrôle de l'hypertension » (2006, cité dans Santschi, Rodondi, Bugnon, Pannatier et Burnier, 2008, p. 1928). Face à une telle problématique de santé, nous nous sommes interrogés sur le rôle que l'infirmier pourrait avoir afin d'améliorer le contrôle de la pression artérielle.

¹ Dans la suite de notre travail, ce terme sera écrit en abréviation

² Dans la suite de notre travail, ce terme sera écrit en abréviation

Comme le souligne Lager, Pataky, et Golay (2009), l'ETP améliore de manière significative la santé des patients atteints de pathologies chroniques (comme l'hypertension artérielle). Selon Devine et Reifschneider (1995), l'ETP combinée à une thérapie cognitivocomportementale permet d'améliorer de 88% l'adhésion aux traitements médicamenteux. De plus, d'après les mêmes auteurs, elle permet d'améliorer de manière significative la pression artérielle. C'est pourquoi, nous avons identifié l'ETP comme un outil permettant à l'infirmier d'améliorer le contrôle de la pression artérielle.

Pour la réalisation de ce travail, nous allons tout d'abord expliquer la construction de notre question de recherche, de notre problématique ainsi que des concepts de soin en lien avec celle-ci. Dans notre méthodologie, sera expliqué le processus de recherche des articles scientifiques. Les résultats de cette recherche seront présentés dans le diagramme de flux. Suite à cela, les articles sélectionnés seront analysés à l'aide de la grille de lecture de Law et al (1998) et leurs résultats seront présentés dans des tableaux. Enfin, nous résumerons ces résultats et nous discuterons de la pertinence des différents outils de l'ETP utilisés dans chaque intervention dans la partie discussion. Les limites de notre travail de même que les perspectives pour la pratique seront aussi abordées. Pour conclure, nous parlerons de ce que ce travail nous a apporté ainsi que des réponses possibles pour notre question de recherche.

Afin de simplifier la compréhension de ce travail, seuls les termes au masculin « infirmier » et « patient » sont utilisés. Ils s'appliquent toutefois aussi bien aux hommes qu'aux femmes. Nous tenons aussi à préciser que le terme « prise en soin » sera utilisé au lieu de « prise en charge ». Nous avons opté pour ce choix car ce terme définit mieux notre vision du travail infirmier réalisé auprès du patient.

1. QUESTION DE RECHERCHE ET PROBLEMATIQUE

Dans ce chapitre il s'agira avant tout, de définir l'hypertension artérielle, sa prévalence au niveau mondial, suisse et lausannois, ainsi que sa problématique. Dans un deuxième temps, il sera question d'aborder la réflexion qui nous a amené à l'élaboration de notre question de recherche. De plus, les différentes étapes de notre travail seront présentées. Puis, sera explicité notre positionnement en tant que futurs infirmiers face à cette problématique de santé publique. Et enfin, seront illustrés et argumentés les principaux concepts de soin retenus.

1.1. Hypertension artérielle

Selon la Société Européenne d'Hypertension (ESH) et la Société Européenne de Cardiologie (ESC), l'hypertension artérielle correspond à une pression artérielle systolique (PAS)³ supérieure ou égale à 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD)⁴ supérieure ou égale à 90 mmHg [traduction libre] (2007, p. 1135).

Ces normes ont été établies arbitrairement en fonction du risque cardiovasculaire considéré comme acceptable dans la population (Forni, Wuerzner, Pruijm, Guihard, & Burnier, 2010).

Il est donc important de rappeler qu'il s'agit d'une guideline et qu'il est difficile de définir une valeur seuil considérée comme pathologique ainsi qu'une stratégie clinique pour chaque valeur de pression artérielle au-dessus des normes standard. Ainsi, trois degrés de sévérité de l'hypertension artérielle ont été établis et permettent de guider la prise en soin des personnes hypertendues (Figure 1 : tiré de ESH et ESC, 2013, p. 1927). Le contexte dans lequel la pression artérielle est mesurée est aussi à prendre en compte. Les valeurs de la pression artérielle peuvent différer considérablement suivant le moment ainsi que les conditions dans lesquelles elle a été mesurée. Ainsi, les normes standard pour une mesure ambulatoire de la pression artérielle sont différentes de celles retenues pour une mesure au cabinet et sont fixées également de manière arbitraire, à 135 mmHg pour la systolique et 85 mmHg pour la diastolique (Figure 2 : tiré de Forni, Wuerzner, Pruijm, Guihard, & Burnier, 2010, p. 1710).

³ Dans la suite de notre travail, ce terme sera écrit en abréviation

⁴ Dans la suite de notre travail, ce terme sera écrit en abréviation

Category	SBP		DBP
Optimal	<120	and	<80
Normal	120–129	and/or	80–84
High normal	130–139	and/or	85–89
Grade 1 hypertension	140–159	and/or	90–99
Grade 2 hypertension	160–179	and/or	100–109
Grade 3 hypertension	≥180	and/or	≥110
Isolated systolic hypertension	≥140	and	<90

Figure 1 : Classification des différents degrés de la pression artérielle au cabinet médical

Tableau 1. Seuils de la pression artérielle pour définir l'hypertension artérielle avec différents types de mesure, révisés selon les recommandations européennes de 2007¹
TA: tension artérielle; MAPA: mesure ambulatoire de la pression artérielle.

	TA systolique (mmHg)	TA diastolique (mmHg)
Au cabinet	140	90
Automesure ambulatoire	135	85
MAPA	24 heures	80
	Jour	85
	Nuit	75

Figure 2 : Différentes normes de l'hypertension artérielle

D'après Pruijm, Wuerzner, Forni, Bochud, Pechère-Bertschi et Burnier (2010), « l'hypertension artérielle est probablement le résultat d'une combinaison de facteurs génétiques et environnementaux » (p. 1715). Les mêmes auteurs définissent l'activité physique, l'exposition au tabac et à l'alcool, le stress ainsi que l'alimentation comme les facteurs environnementaux. De plus, selon Santschi, Rodondi, Bugnon, Pannatier et Burnier (2008), l'hypertension artérielle est l'un des facteurs de risques majeurs des maladies cardiovasculaires. En effet, cette pathologie peut engendrer de nombreuses complications, telles que : une attaque cérébrale, un infarctus du myocarde, une angine de poitrine, une insuffisance cardiaque, une insuffisance rénale (Mattle, Nussberger, Hobi, & Junker, 2009), des troubles circulatoires des membres inférieurs et des troubles oculaires (swissheart.ch, n.d). Ainsi, il est primordial de pouvoir la diagnostiquer et la traiter afin de prévenir toutes les complications.

1.2. Contexte socio-sanitaire

Au niveau mondial, les maladies cardiovasculaires sont à l'origine du plus fort pourcentage de décès par maladies non transmissibles (MNT) (48%), suivies par les cancers (21%) et les maladies respiratoires chroniques (12%) (statistiques sanitaires mondiales, 2012). De plus, selon l'OMS, « on estime que l'hypertension artérielle est à l'origine de 51% des décès par accident vasculaire cérébral et de 45% de ceux dus à une cardiopathie coronarienne » (2009, cité dans Statistiques Sanitaires Mondiales, Genève, 2012, p. 16). Elle est ainsi associée à environ 7,6 millions des décès par année dans le monde (13,5% de tous les décès) [traduction libre] (Chow et al., 2016, p. 960).

Au sein de la population suisse, selon Belly, et al. (2007, cité dans Mattle, Nussberger, Hobi et Junker, 2009), une étude bâloise a montré que sur 1000 patients provenant de 20 cabinets médicaux, 46% étaient hypertendus. De plus, selon l'Office fédéral de la statistique

(OFS) (2007, cité dans Mattle, Nussberger, Hobi, & Junker, 2009), avec l'âge, le pourcentage de personnes hypertendues augmente. Chez les hommes et les femmes de 55 ans, ce dernier est de 39% et 32%. Après 75 ans, ce pourcentage augmente à 54% et 55%.

Concernant le canton de Vaud et plus précisément la ville de Lausanne, l'étude CoLaus (2009), a démontré que l'hypertension artérielle a une prévalence, au sein de la population adulte de 35 à 75 ans (n = 6182), estimée à environ 36% [traduction libre] (Danon-Hersch et al., p. 69).

Selon l'OMS, « les maladies chroniques telle que l'hypertension artérielle représentaient en 2004 déjà près de 90% de la charge de morbidité en Suisse, en termes de pertes d'années de vie en bonne santé ». (2008, cité dans Bachmann, Burla, & Kohler, 2015, p. 29). De plus, selon les prévisions de l'OMS, de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) et de l'Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP), le nombre de personnes, au sein de la population Suisse, atteintes d'une pathologie chronique continuera à augmenter dans les années à venir. La principale raison de cette évolution peut être expliquée par une hausse de la population âgée voir très âgée. Cependant, cette augmentation de l'espérance de vie a un effet négatif sur certains facteurs de risques cardiovasculaires (Bachmann, Burla, & Kohler, 2015). Comme l'évoque les auteurs, et comme pour toutes pathologies chroniques, la prévention devrait être investie prioritairement. Malheureusement, le système de santé suisse se préoccupe d'avantage des pathologies aiguës au détriment des pathologies chroniques. Un changement de paradigme serait nécessaire ainsi qu'une restructuration de notre système de santé (Bachmann, Burla, & Kohler, 2015). Aujourd'hui, les différents acteurs et organisations du système de santé considèrent qu'il faut d'avantage centrer la médecine et le système sur le patient. Malheureusement, cette approche est encore insuffisamment pratiquée au quotidien (Bachmann, Burla, & Kohler, 2015).

De plus, selon Santschi Chiolero (2007), de nombreuses études démontrent que, quelque soit la maladie chronique, l'adhésion thérapeutique est une composante essentielle de la prise en soin en milieu ambulatoire. D'ailleurs, comme indiqué au début de notre travail, à travers nos expériences professionnelles et personnelles, nous pouvons remarquer que l'adhésion médicamenteuse n'est pas forcément favorisée et soutenue par les différents professionnels de santé. En outre, d'après J. H. LaRosa et J. C. LaRosa (2000, cité dans Santschi Chiolero, 2007) et L. A. Simons, Levis et J. Simons (1996, cité dans Santschi, 2007), plusieurs éléments peuvent influencer l'adhésion médicamenteuse des patients, tels qu'une mauvaise compréhension du traitement et de ses objectifs ainsi qu'une perception

erronée de la maladie et des croyances personnelles concernant l'efficacité des médicaments. Pour exemple, la peur des effets secondaires peut compromettre l'adhésion médicamenteuse des patients au long terme (Miller, Hill, Kottke, & Ockene, 1997 cité dans Santschi, 2007). Il faut savoir que la non adhésion médicamenteuse engendre des coûts non négligeables. Selon Sullivan, Kreling et Hazlet (1990, cité dans Santschi, 2007), 5% des hospitalisations aux Etats-Unis sont dues à la non adhésion médicamenteuse, ce qui représente un coût annuel de 8.5 milliards de dollars.

1.3. Origine de la question de recherche

Notre thématique s'est rapidement portée sur l'hypertension artérielle, au vu de sa prévalence et de son non contrôle dans les différents lieux de stages fréquentés ainsi que de sa présence dans nos entourages respectifs.

Par exemple, Jonas Bourgnon a effectué un stage en médecine interne où il a rencontré un patient avec une pression artérielle non contrôlée. Un traitement a été introduit et adapté à plusieurs reprises. Le patient ne présentant plus de symptôme, a remis en question l'utilité de son médicament antihypertenseur. Les explications amenées par les infirmiers étaient selon Jonas Bourgnon incomplètes et a motivé ce dernier à effectuer des recherches sur cette pathologie.

Sarah Cucchia a réalisé un stage en cardiologie d'investigation où la majorité des patients souffraient d'une pathologie cardiovasculaire. Un documentaire sur les facteurs de risques et les complications des pathologies cardiovasculaires ainsi qu'une fresque concernant les facteurs de risques étaient présents dans le service. Cependant aucune ETP n'était proposée aux patients, ce qui a interpellé Sarah au vu des différents programmes thérapeutiques existant dans d'autres domaines (diabète).

Carina Saraiva compte parmi ses proches une personne hypertendue, qui a déjà eu plusieurs complications. Elle a pu s'apercevoir qu'il manquait à cette personne des informations sur sa pathologie et les habitudes de vie à adopter. Alors que le diagnostic a été posé lors d'un contrôle de routine chez son médecin traitant, ce dernier lui a prescrit des antihypertenseurs sans suivi particulier. Carina a pu se rendre compte qu'il ne s'agissait pas d'une situation isolée.

A la lumière de ces diverses expériences, plusieurs questions se sont posées. Comment informer les patients de leur hypertension artérielle et des nouvelles habitudes de vie à adopter ? Comment parvenir à une pression artérielle contrôlée ? Une ETP peut-elle être

bénéfique ? Comment les personnes peuvent-elles être sensibilisées aux comportements à risques susceptibles de provoquer une pathologie cardiovasculaire ? L'infirmier a-t-il les compétences nécessaires et est-il formé pour réaliser une ETP ? L'infirmier a-t-il plus de temps que le médecin pour réaliser une ETP ? De ce fait, notre question de recherche s'est orientée avant tout, vers l'identification des interventions éducatives infirmières.

Ce choix a notamment été motivé par le fait qu'un nombre important de patients n'observe ni les recommandations de leur médecin ni leurs traitements (OMS, 1998 ; Santschi Chiolero, 2007). Comme le précise DiMatteo, « un patient sur quatre n'adhère pas à son traitement médicamenteux » (2004, cité dans Sanstchi, Rodondi, Bugnon, Pannatier, & Burnier, 2008, p. 1928). De plus, un nombre insuffisant de médecins éduque leurs patients à prendre en soin leur pathologie (OMS, 1998). Ainsi comme évoqué dans le chapitre 2.2, il est important d'impliquer davantage le patient dans le traitement de sa pathologie chronique et de prendre en considération son point de vue et ses habitudes de vie (Bachmann, Burla, & Kohler, 2015). Dans ce cadre, l'ETP peut être un outil permettant d'avoir une meilleure participation du patient dans le projet thérapeutique. Cette hypothèse peut être soutenue par Assal et al, « l'éducation thérapeutique du patient a provoqué une diminution de 75% des admissions en milieu hospitalier des patients souffrant d'asthme bronchique et réduit dans la même proportion les cas de coma diabétique ainsi que le nombre d'amputations de membres inférieurs » (1993, cité dans l'OMS, 1998, p. 12). Pour finir, selon Coresloc (2013), l'infirmier est l'un des professionnels de santé le plus à même de réaliser une ETP car l'éducation fait partie intégrante de ses compétences professionnelles, comme la communication et l'élaboration d'un projet de soin éducatif. Dans ce travail, il s'agira de souligner qu'un infirmier, à l'aide d'une ETP, peut améliorer le contrôle de la pression artérielle auprès de patients hypertendus. A partir de ces éléments, notre question de recherche s'est articulée comme suit :

Comment l'infirmier peut-il améliorer le contrôle de la pression artérielle auprès de patients hypertendus (19 ans et plus) à l'aide d'une éducation thérapeutique en milieu ambulatoire ?

1.4. Perspective pratique infirmière

Selon C. Dallaire et M. Dallaire (2008), les fonctions propres au métier d'infirmier sont le soin, l'éducation, la coordination, la collaboration et la supervision. Ces fonctions facilitent les transitions (Meleis, 1985, cité dans C. Dallaire & M. Dallaire, 2008), l'adaptation (Roy & Andrews, 1991, cité dans C. Dallaire & M. Dallaire, 2008) et la santé (Gottlieb & Rowat,

1987, cité dans C. Dallaire & M. Dallaire, 2008) mais également l'indépendance (Henderson, 1966, cité dans C. Dallaire & M. Dallaire, 2008) ou visent le développement ainsi que la restauration des capacités d'auto-soin (Orem, 1971, cité dans C. Dallaire & M. Dallaire, 2008). Les personnes atteintes d'une pathologie chronique peuvent être amenées à modifier leur mode de vie. Ceci passe par une phase de transition et d'adaptation puis de consolidation. Pour cela, il est important qu'elles soient accompagnées et conseillées par des professionnels de santé qualifiés.

Dans le cadre de notre travail, il s'agira de décrire principalement la fonction éducative et celle du soin, sans pour autant négliger les autres fonctions propres à l'infirmier. Selon Collière, le soin comprend les soins de stimulation et d'entretien de la vie, de confrontation, du paraître, de compensation ainsi que d'apaisement (1996, cité dans C. Dallaire & M. Dallaire, 2008). De plus, selon C. Dallaire (2002, cité dans C. Dallaire & M. Dallaire, 2008), le soin doit être « à-propos », ce qui signifie qu'il doit convenir et correspondre aux besoins ainsi qu'aux manques du patient. En outre, il doit être individualisé et centré sur le patient et non sur la pathologie. D'après le même auteur, prendre soin des réactions et des symptômes est au cœur de la pratique infirmière, en particulier pour les personnes atteintes de pathologies chroniques. En outre, selon C. Dallaire et M. Dallaire (2008), l'infirmier doit non seulement être en mesure d'évaluer les facteurs protecteurs et facilitateurs, mais également les facteurs de risques pouvant avoir un impact négatif sur la santé. Cette évaluation permet à l'infirmier de réaliser une ETP adaptée au patient.

D'après Hagan (2006, cité dans C. Dallaire & M. Dallaire, 2008), l'éducation permet de renseigner et d'enseigner sur la santé. Elle favorise des choix libres et éclairés afin de permettre le développement global de la personne. Selon le même auteur, les interventions éducatives infirmières les plus fréquemment utilisées sont celles liées aux habitudes de vie, à la santé physique, à la santé mentale et aux différentes étapes de vie. Cela entre parfaitement dans une prise en soin des personnes hypertendues car le contrôle de cette pathologie passe entre autre par l'adaptation des habitudes de vie. En outre, selon Green et Kreuter (1999, cité dans C. Dallaire & M. Dallaire, 2008), l'éducation pour la santé comprend une combinaison d'apprentissages, destinée à faciliter l'adoption volontaire des comportements sains. De ce fait, un seul niveau d'apprentissage ne suffit pas, il est nécessaire d'en avoir plusieurs pour assurer une bonne compréhension et adaptation à la pathologie. Une meilleure compréhension de cette dernière peut également favoriser l'acceptation de la maladie et ainsi renforcer l'adoption volontaire des comportements sains. Cependant il ne s'agit pas uniquement de transmettre les connaissances au patient, mais il est nécessaire que ce dernier les comprenne, les adopte et les maintienne sur le long terme.

Selon Campbell et al., pour ce faire, l'infirmier doit assurer un suivi afin de maintenir et de favoriser l'autogestion du patient [traduction libre] (1999, cité dans Drevenhorn, Kjellgren, & Bengtson, 2007, p. 145). Les infirmiers transmettent des conseils et un savoir aux patients tout en les accompagnant dans la prise de décision. Toutefois, il faut reconnaître que certains patients souffrant d'hypertension artérielle seront toujours enclins à la non adhésion thérapeutique et à des habitudes de vie malsaines [traduction libre] (Hacihasanoglu & Gözüm, 2011, p. 703). Pour finir, il est également important de prendre en considération l'environnement social, politique et économique du patient lors de la prise en soin afin d'avoir une vision holistique car ces facteurs peuvent avoir un impact sur la prise de décision favorisant la santé (O'Neill, C. Dallaire, Gagnon, 2006, cité dans C. Dallaire & M. Dallaire, 2008 ; Gagnon, Turgeon, C. Dallaire, 2007, cité dans C. Dallaire & M. Dallaire, 2008 ; Gosselin, 2006, cité dans C. Dallaire & M. Dallaire, 2008 ; Gagnon & C. Dallaire, 2002, cité dans C. Dallaire & M. Dallaire, 2008).

Pour conclure, selon Rachlis (2007, cité dans C. Dallaire & M. Dallaire, 2008), le suivi des personnes atteintes de pathologies chroniques, devrait être assuré par des infirmiers, et non par des médecins, car ils sont probablement les professionnels de la santé les plus à même de réaliser ce travail. En effet, l'infirmier a des compétences propres à l'ETP acquises durant sa formation. De plus, il passe plus de temps que le médecin auprès du patient. En outre, non seulement les infirmiers sont formés aux techniques d'entretien, à l'écoute active mais également à l'élaboration d'objectifs et de projets de soin. De fait, ils possèdent les compétences et connaissances nécessaires pour améliorer le contrôle de la pression artérielle.

1.5. Définitions des concepts de soin retenus

Le but de ce travail est aussi de mettre en évidence l'importance du rôle infirmier lors d'un suivi de patients hypertendus afin que ces derniers puissent atteindre une pression artérielle contrôlée. Pour mener à bien ce travail, il est important de définir les concepts de soin liés à notre problématique. Tout d'abord, l'ETP sera présentée. Puis, la prévention et la promotion de la santé seront décrites. Enfin, le modèle conceptuel de McGill sera explicité. Ce dernier a pour but la promotion de la santé en se centrant sur les apprentissages et les ressources du patient.

1.5.1. L'éducation thérapeutique

Définition selon L'OMS-Europe (1996, cité dans La Haute Autorité de Santé (HAS), 2007) :
« *L'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie* ». (p.1)

Objectif de l'éducation thérapeutique

Selon l'OMS (1998), l'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à prendre en soin leur maladie au quotidien. Dans cette perspective, l'infirmier accompagne le patient dans un processus d'apprentissage centré sur lui. Pour ce faire, il doit évaluer le *coping* du patient, c'est-à-dire sa capacité d'adaptation face à une problématique de santé (OMS, 1998). De plus, il doit cerner les croyances ainsi que les représentations de la santé et de la maladie du patient, mais aussi déterminer quels sont les besoins éducationnels de ce dernier. L'infirmier va également aider le patient à identifier les ressources à disposition comme ses proches, les soignants et la société. Le fait de mettre en avant les compétences propres du patient et ses ressources, va lui permettre de devenir acteur de sa santé, et de ce fait un partenaire de soin plus efficace (elips.hug-ge.ch, 2010). En tant qu'infirmier, il est important de prendre en compte les dimensions psycho-affectives du patient afin d'assurer son engagement et son investissement sur le long terme (elips.hug-ge.ch, 2010). Le fait que cette dimension soit prise en compte va permettre une meilleure acceptation de sa situation ainsi qu'une amélioration de l'estime de soi et de son auto-efficacité. Celles-ci sont des composantes essentielles pour une adhésion thérapeutique optimale. Le fait que le patient prenne une part active à sa situation et qu'une alliance thérapeutique soit établie avec l'infirmier favorise une gestion de la maladie sur le long terme, une auto-vigilance, une prise des médicaments plus régulière et une modification de son hygiène de vie (alimentation et activités physiques) (elips.hug-ge.ch, 2010).

Rôle infirmier dans l'éducation thérapeutique

La formation en soins infirmiers en Haute Ecole Spécialisée (HES) a permis d'acquérir différentes connaissances et compétences propres au rôle infirmier. Telles que celle de communicateur, de promoteur de la santé et d'expert, qui sont nécessaires pour réaliser une ETP.

C'est à travers les différents stages réalisés pendant la formation ainsi que les nombreux cours de théorie et de simulation que nous avons pu développer des compétences relationnelles et communicationnelles. Ces dernières et différentes techniques d'entretien permettent d'établir une relation de confiance avec le patient et ses proches, d'adapter notre communication à la situation ainsi que de favoriser la prise de décision partagée avec le patient. De plus, l'infirmier sait soutenir le patient et agir en fonction des intérêts de ce dernier, de ses proches, de sa qualité de vie et tout ceci en faveur de sa santé. L'infirmier soutient l'autonomie du patient en respectant ses choix, son rythme, sa culture et en lui transmettant toutes les informations nécessaires au maintien de sa santé. Il est à même d'évaluer les besoins du patient en prévention et en promotion de la santé pour planifier et réaliser des interventions ciblées et adaptées. Celles-ci sont basées sur des données scientifiques actuelles, les principes éthiques de la profession, les modèles infirmiers et les recommandations actuelles d'une bonne prise en soin interprofessionnelle. Ainsi, l'infirmier informe et répond aux besoins de formation du patient en assurant une prise en soin optimale et dans sa globalité (Coresloc, 2013).

1.5.2. Promotion de la santé et prévention

« La prévention et la promotion de la santé visent toutes les deux à préserver et renforcer la santé. La prévention englobe les mesures destinées à prévenir les maladies contagieuses ou non contagieuses, alors que la promotion de la santé a pour objectif de renforcer les ressources et les potentiels des individus en matière de santé. Ces deux approches se complètent, leur but étant de permettre au plus grand nombre de mener une vie saine » (Promotion de la santé Suisse, 2014, p. 2)

Selon Vuille et Mach (2009), quatre différents types de prévention sont proposés : la prévention primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire. Ces auteurs les définissent comme suit :

- La prévention primaire consiste à éviter une maladie avant même son apparition. Ainsi, les recommandations concernant l'alimentation ou l'activité physique participent à éviter l'apparition de l'hypertension artérielle.

- La prévention secondaire permet de dépister le plus précocement possible une maladie afin de pouvoir agir dans les plus brefs délais. Le fait de mesurer régulièrement sa pression artérielle lors d'une visite médicale permet de dépister l'hypertension artérielle.
- La prévention tertiaire a pour objectif de limiter les complications et handicaps engendrés par une pathologie en assurant un traitement adapté et interprofessionnel. Notre travail de Bachelor se situe à ce niveau de prévention.
- La prévention quaternaire correspond, dans un premier temps aux soins à visée palliative. Dans un deuxième temps, cette prévention s'élargit à toutes les actions entreprises afin de prévenir les effets néfastes de la médecine. Par exemple, pour un patient hypertendu il est important de l'orienter vers un spécialiste de cette pathologie pour adapter la médication et éviter la surmédication.

En 1986, la première conférence internationale pour la promotion de la santé s'est déroulée au Canada, durant laquelle a été établie la charte d'Ottawa. Selon OMS-Europe (1986), la promotion de la santé a pour but de donner aux patients des outils et des moyens pour maîtriser et améliorer le bien-être physique, mental et social. Selon ces mêmes auteurs (1986), « La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques » (p.1). Le maintien en bonne santé n'est donc pas seulement du ressort du secteur de la santé, mais il est également du devoir de chaque individu et de la société. Dans ce cadre les instances, tel que l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), se doivent de réaliser de la prévention et de la promotion afin de sensibiliser les citoyens sur les différentes pathologies ainsi que sur les comportements favorisant le maintien en bonne santé.

1.5.3. Le modèle conceptuel de McGill

Afin de mieux comprendre le rôle infirmier dans le suivi de personnes hypertendues, nous avons choisi d'utiliser le modèle conceptuel de McGill élaboré par Allen et Gottlieb en 1977. Ce modèle a pour but la promotion de la santé et s'appuie sur les ressources de la personne et de son entourage, tout en permettant un apprentissage des expériences vécues (Paquette-Desjardins, Sauvé, & Pugnaire Gros, 2015). Les différents postulats et valeurs de ce modèle rejoignent les concepts de soin de notre sujet et sont :

- « La santé d'une nation est sa ressource la plus importante.
- Les individus, les familles et la communauté aspirent à une meilleure santé et les personnes ont le potentiel pour y parvenir.

- La santé est un phénomène familial.
- La santé s'apprend par la participation active et par la découverte personnelle.
- Les soins infirmiers constituent la ressource de santé principale pour les familles et la communauté » (Paquette-Desjardins, Sauvé, & Pugnaire Gros, 2015, p. 29)

Voici les définitions de la santé, la personne, le soin et l'environnement selon le modèle :

La santé

D'après Paquette-Desjardins, Sauvé et Pugnaire Gros (2015), la santé se définit comme une façon d'être, de vivre et de se développer. Elle est continuellement en mouvement. Elle est un processus d'apprentissage, de *coping* et de développement. La santé n'est pas l'opposé de la maladie mais une entité pouvant coexister avec la maladie. Selon les mêmes auteurs, « la santé se définit donc par la capacité de la personne/famille de s'ajuster et de faire face aux événements quotidiens de la vie ainsi qu'aux défis, aux pertes et aux situations de crise qui la déstabilisent et la confrontent. » (p.34). Selon le modèle de McGill, le *coping* et le développement sont des concepts indissociables en matière de santé. Le *coping* est employé pour désigner les efforts que la personne développe pour faire face à une problématique ou à un événement. Le *coping* est un processus évoluant avec le temps, influencé par les différentes expériences vécues par l'individu. Le développement est un apprentissage du vécu et des expériences faites grâce aux moyens trouvés pour faire face à une situation. Ainsi, en développant ces capacités, les personnes seront plus aptes à réutiliser ces moyens dans de nouvelles situations. (Allen, 1981, cité dans Paquette-Desjardins, Sauvé, & Pugnaire Gros, 2015).

La personne/famille

Le modèle de McGill parle de concept de personne/famille car ceux-ci sont indissociables. En effet, la famille est considérée comme un système d'interactions continues. Allen et Gottlieb (1977), prennent en compte l'interdépendance entre les différents membres d'une famille plutôt que leur individualité. La personne/famille est active dans ses soins et a la responsabilité de sa santé. L'infirmier apporte ses connaissances et son soutien ce qui permet à la personne/famille de prendre en soin sa propre vie en utilisant ses forces, ses ressources et son énergie (Paquette-Desjardins, Sauvé, & Pugnaire Gros, 2015).

L'environnement

L'environnement est le contexte social dans lequel la personne fait son apprentissage en lien avec la santé. L'apprentissage se fait au travail, dans les loisirs, au sein de la famille ou

encore à l'école. De ce fait, les comportements de santé sont soit renforcés ou, au contraire, fragilisés par l'environnement de la personne et par sa famille (Paquette-Desjardins, Sauvé, & Pugnaire Gros, 2015).

Les soins infirmiers

Dans ce modèle, le rôle de l'infirmier est de collaborer avec la personne/famille. Il s'adapte au rythme de la personne/famille, l'accompagne en fonction de ses besoins et l'aide dans l'atteinte des objectifs fixés. La personne/famille étant active dans son processus de promotion de la santé, l'infirmier doit définir le potentiel d'apprentissage et de changement de la personne. Cette démarche lui permettra ainsi d'adapter ses interventions. De plus, il est nécessaire que l'infirmier sache ce que la personne et sa famille ont compris de la situation de santé, sans quoi la collaboration sera biaisée (Paquette-Desjardins, Sauvé, & Pugnaire Gros, 2015).

Pour résumer, « le modèle de McGill conçoit les soins infirmiers comme une interaction visant la promotion de la santé. Cette interaction se déroule entre les personnes, dans leur environnement biologique, psychologique, social et physique, et génère des apprentissages multiples » (Paquette-Desjardins, Sauvé, & Pugnaire Gros, 2015, p. 44).

2. METHODOLOGIE

Dans cette partie, nous allons détailler notre processus de recherche, allant de l'élaboration de l'équation de recherche jusqu'aux articles sélectionnés.

2.1. Formulation de la question de recherche

Nous avons tout d'abord formulé notre question de recherche selon les critères PICO, à savoir :

Population = Personnes hypertendues de 19 ans et plus.

Intervention = Intervention de type éducative ayant pour objectif d'améliorer le contrôle de la pression artérielle auprès de patients hypertendus.

Comparaison = Prise en soin habituel.

Outcomes / Résultats = Amélioration du contrôle de la pression artérielle.

2.2. Bases de données

Pour l'élaboration de notre travail de Bachelor, nous avons mené une recherche électronique de littérature dans les bases de données : MEDLINE (de 2005 à 2016) et CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) (de 2005 à 2016).

2.3. Difficultés

Au début de la réalisation de notre travail, une difficulté concernant l'utilisation des différentes bases de données s'est présentée. Afin de la résoudre, nous avons pris contact avec les bibliothécaires et réalisé, avec leur aide, le processus de recherche afin de mieux comprendre cette démarche. Une autre difficulté a été d'accéder aux bases de données en dehors de l'école. Ce souci a pu être rapidement résolu suite à des ajustements informatiques. De plus, les résultats de nos équations sur les bases de données variaient d'un jour à l'autre. Afin de pallier à ce désagrément, nous avons choisi de nous fixer sur les résultats d'un jour et de travailler à partir de ceux-ci.

2.4. Recherche des études

2.4.1. Elaboration de l'équation de recherche

Pour effectuer notre recherche de littérature, nous avons élaboré notre équation de recherche à l'aide des mots-clés provenant de notre question de recherche. Ensuite, nous avons défini les descripteurs correspondant à ces mots-clés. Afin de préciser nos recherches, nous avons utilisé les opérateurs booléens de la façon suivante : « OR » a été employé entre les termes similaires et « AND » entre les différentes thématiques. Puis, pour la base de données CINAHL, nous avons spécifié le champ de recherche afin d'élargir ou de restreindre les résultats. Pour notre équation, nous avons sélectionné le champ de recherche « *Exact Major Subject Heading* » (MM) de la base de données CINAHL. Selon Favre et Kramer (2013), ce mode de recherche est le plus restrictif et il permet d'obtenir le descripteur exact parmi tous ces derniers. Ces différentes étapes sont répertoriées dans les tableaux 1 et 2.

Afin d'élargir notre question de recherche, nous avons ajouté le mot spécifique « *Empowerment* » qui n'est pas présent dans le thésaurus des deux bases de données. Le fait d'ajouter ce terme nous a permis d'obtenir un nombre d'articles plus réduit.

2.4.2. PubMed (Medline)

Thématique	Mots clés en Français	Termes en anglais	en Descripteurs	Termes Non-Descripteurs
Profession infirmière	Rôle infirmier	Nurse's Role OR	Nurse's Role OR	
	Soins infirmiers	Nursing care	Nursing care	
	Le rôle du professionnel soignant	Professional role	Professional role	
Hypertension	Hypertension	Hypertension OR High blood pressure	Hypertension OR High blood pressure	
	Contrôle de la pression artérielle	Blood pressure monitoring	Blood pressure monitoring, ambulatory	
Education thérapeutique	Enseignement au patient	Patient education	Health Education → Patient Education as a topic	
	Empowerment	Empowerment		Empowerment
	Prévention	Prevention	Health Services → Preventive Health Services → Secondary Prevention	
Equation de recherche				
(((nurse's role OR professional role OR nursing care)) AND (blood pressure monitoring, ambulatory OR hypertension)) AND (patient education as a topic OR empowerment)				
Filtres	Date de publication	Langue	Age	
	2005 – 2016	Français, anglais & portugais	19 ans et +	

Tableau 1 : Processus d'élaboration de l'équation de recherche (PubMed)

2.4.3. CINAHL

Thématique	Mots clés en Français	Termes en anglais	en	Descripteurs	Termes Non-Descripteurs
Hypertension	Hypertension	Hypertension High blood pressure	OR	Hypertension	
	Contrôle de la pression artérielle	Blood pressure monitoring		Blood pressure monitoring, ambulatory	
Education thérapeutique	Enseignement au patient	Patient education		Health Education	
	Empowerment	Empowerment			Empowerment
	Prévention	Prevention		Preventive Health Care → Education → Patient education	
Equation de recherche					
Hypertension OR high blood pressure Or blood pressure monitoring, ambulatory (MM) AND health education OR patient education OR empowerment (MM)					
Filtres	Date de publication	Langue	Age		
	2005 – 2016	Français, anglais & portugais	Tous les adultes		

Tableau 2 : Processus d'élaboration de l'équation de recherche (CINAHL)

2.5. Sélection des études

La sélection des articles s'est effectuée en plusieurs étapes. Tout d'abord, nous avons ajouté des filtres à notre question de recherche afin de mieux cibler la population (l'âge) et la langue (Français, Anglais et Portugais) souhaitées. Puis, nous avons lu les titres et résumés des articles et nous avons éliminé ceux qui ne correspondaient pas à notre question de recherche. Pour terminer, nous avons lu les articles potentiellement éligibles, ce qui nous a permis de sélectionner les articles répondant à nos critères d'inclusions.

2.6. Extraction des données

Les données ont été extraites et analysées grâce à la grille de lecture critique d'études quantitatives de Law, Stewart, Pollock, Letts, L. Bosch et Westmorland (1998). Un exemplaire de cette grille se trouve en annexe.

3. RESULTATS

Après avoir sélectionné les articles correspondant à notre équation de recherche, nous avons identifié six articles pertinents. La figure 3 montre les différentes étapes de sélection.

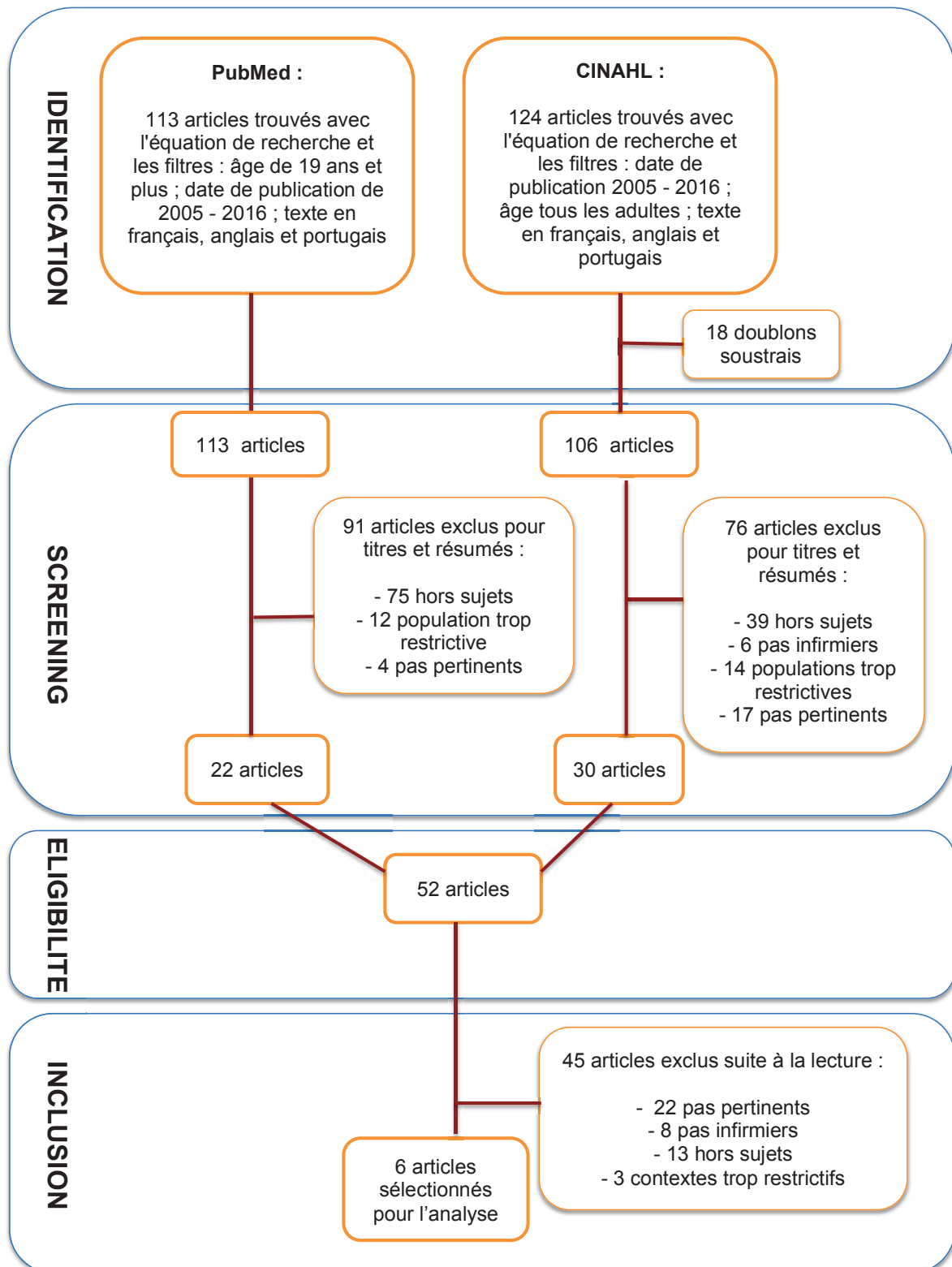


Figure 3 : Processus de sélection des articles

Voici la liste des articles sélectionnés ainsi que leurs références :

1. Drevenhorn, E., Bengtson, A., Nilsson, P. M., Nyberg, P., & Kjellgren, K. I. (2012). Consultation training of nurses for cardiovascular prevention – A randomized study of 2 years duration. *Blood Pressure*, 21(5), 293-299.
2. Dean, S. C., Kerry, S. M., Khong, T. K., Kerry, S. R., & Oakeshott, P. (2014). Evaluation of a specialist nurse-led hypertension clinic with consultant backup in two inner city general practices: randomized controlled trial. *Family Practice*, 31(2), 172-179.
3. Kauric-Klein, Z. (2012). Improving blood pressure control in end stage renal disease through a supportive educative nursing intervention. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 39(3), 217-228.
4. Drevenhorn, E., Kjellgren, K. I., & Bengtson, A. (2007). Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. *Journal of clinical nursing*, 16(7b), 144–151.
5. Hacıhasanoğlu, R., & Gözümlü, S. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 692-705.
6. Irmak, Z., Duzoz, G., Bozyer, I. (2010). The Effectiveness of a follow-up program on blood pressure and cardiovascular risk Factors for hypertensive patients. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 28(2), 60.

4. ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES

4.1. Drevenhorn, E., Bengtson, A., Nilsson, P. M., Nyberg, P., & Kjellgren, K. I. (2012). Consultation training of nurses for cardiovascular prevention – A randomized study of 2 years duration. *Blood Pressure*, 21(5), 293-299.

L'étude, publiée dans la revue « *Blood Pressure* » en 2012 a été menée en Suède par la « Scandinavian Foundation for Cardiovascular Research ». Cette étude exploratrice s'est déroulée durant deux ans et a eu pour objectif d'améliorer l'adhésion aux traitements de l'hypertension artérielle à l'aide de consultations spécialisées réalisées par des infirmiers formés et spécialisés en hypertension.

Au total, 24 infirmiers de la Société suédoise du registre des infirmiers cliniciens spécialisés en hypertension ont été sélectionnés pour participer à cette étude. Ils ont été répartis aléatoirement dans le groupe intervention (n = 18) et dans le groupe contrôle (n = 6).

Les infirmiers ont ensuite sélectionné les patients de leur consultation selon les critères d'inclusion suivants : 1) patients (hommes et femmes) souffrant d'hypertension artérielle qui consultent des infirmiers au Centre de Santé ; 2) patients âgés de moins de 75 ans et 3) patients ayant une PAS \geq 160 mmHg et/ou une PAD \geq 90 mmHg ; une masse corporelle \geq 25 Kg/m² ; un taux de cholestérol \geq 6.5 mmol/l ; 4) patients qui ne pratiquent pas une activité physique régulière. Fumer du tabac n'est pas un critère d'exclusion.

Au total, 137 patients ont été sélectionnés dans le groupe intervention et 51 dans le groupe contrôle.

Les infirmiers ont eu une formation avant le commencement de l'étude durant trois jours entre 2003 – 2004. Cette formation centrée sur une éducation multifactorielle a abordé les thématiques suivantes : les étapes du changement, l'entretien motivationnel, la démarche à appliquer pour la prévention cardiovasculaire, les aspects des habitudes de vie et les traitements médicamenteux. Afin de se préparer aux entretiens avec les patients, les infirmiers ont participé à des simulations filmées. Ces vidéos ont ensuite été analysées en petits groupes avec l'équipe de recherche. Pour aider les infirmiers à réaliser et à bien structurer leurs entretiens avec les patients, un manuel spécialement conçu pour l'étude leur a été fourni. Il n'est pas clairement décrit dans l'étude ce que contient ce manuel, mais nous pouvons supposer qu'il fait office de protocole ou de marche à suivre.

Les patients ont également reçu un manuel explicatif centré sur l'autogestion des facteurs de risques cardiovasculaires et sur les étapes de changement de comportement. Ils ont aussi reçu un résumé de leur profil individuel de risques cardiovasculaires et une éducation multifactorielle adaptée à leur situation. Alors que les patients du groupe intervention ont reçu une éducation spécialisée lors des consultations avec les infirmiers formés, les patients du groupe contrôle ont reçu les soins habituels.

Les résultats ont montré une adhésion aux traitements médicamenteux antihypertenseurs dans le groupe intervention de 85% (n = 120) contre 90% (n = 46) dans le groupe contrôle après deux ans. Les résultats ont également montré une diminution de la PAS et de la PAD dans les deux groupes durant les deux ans de suivi.

A la fin de ces deux ans, 53% des patients du groupe intervention ont atteint les objectifs thérapeutiques, à savoir une normalisation de la pression artérielle ($\leq 140/90$ mmHg), contre 39% des patients du groupe contrôle.

De plus, d'autres résultats statistiquement significatifs ont été observés : une perte de poids chez les hommes ($p = 0.009$) et chez les femmes ($p = 0.0016$), une diminution du BMI ($p = 0.019$), une augmentation du taux d'activité physique régulière dans le groupe intervention ($p = 0.004$) et une diminution du taux de cholestérol dans les deux groupes ($p = 0.002$).

Cet article a retenu notre attention car il montre que l'intervention réalisée par des infirmiers ayant reçu une formation éducative sur les étapes du changement, l'entretien motivationnel, la démarche à appliquer pour la prévention cardiovasculaire, les aspects des habitudes de vie et les traitements médicamenteux, a permis un meilleur contrôle de la pression artérielle.

4.2. Dean, S. C., Kerry, S. M., Khong, T. K., Kerry, S. R., & Oakeshott, P. (2014). Evaluation of a specialist nurse-led hypertension clinic with consultant backup in two inner city general practices: randomized controlled trial. *Family Practice*, 31(2), 172-179.

Cette étude randomisée contrôlée, est parue en 2014 dans la revue « *Family Practice* » et s'est déroulée dans deux cliniques de Londres entre février et décembre 2008. Le but de cette étude a été d'évaluer l'impact d'un suivi infirmier spécialisé en hypertension sur le contrôle de la PAS.

La sélection des patients a été réalisée à partir d'une liste de 13'000 personnes enregistrées dans deux hôpitaux généraux de Londres comme ayant soit une hypertension artérielle, soit

un diabète, soit une maladie coronarienne ou un accident vasculaire cérébral/ accident ischémique transitoire (AVC/AIT).

Tous les patients âgés de 18 ans et plus, avec une hypertension artérielle non contrôlée (PA \geq 150/90 mmHg) selon les normes de la BHS (British Hypertension Society) sur les 12 derniers mois, ont été sélectionnés pour cette étude. Les patients ont été contactés par une lettre de leur médecin traitant leur transmettant que leur dernière valeur de pression artérielle était au-dessus de la cible et que de ce fait, ils ont été invités à se rendre à la clinique spécialisée dans l'hypertension artérielle afin de faire une évaluation.

Les patients potentiellement éligibles ont été assignés aléatoirement à l'un des deux groupes de l'étude, à savoir le groupe intervention et le groupe soins habituels (groupe contrôle). Au total, 353 patients ont été retenus pour participer à l'étude : 186 patients dans le groupe intervention et 167 patients dans le groupe contrôle. Cependant, 40 patients ont arrêté l'étude principalement à cause de l'absence du suivi dans l'enregistrement de la pression artérielle. Les principales mesures cliniques réalisées dans cette étude sont : la PAS et la PAD, la présence des patients au rendez-vous ainsi que les changements de traitements médicamenteux effectués.

Le groupe intervention a été suivi par un infirmier spécialisé dans l'hypertension artérielle. L'intervention s'est déroulée en cinq étapes. La première étape a consisté en l'envoi d'une lettre aux patients pour leur signaler que leur pression artérielle était trop haute et qu'ils étaient invités à se rendre à l'hôpital pour un contrôle avec un infirmier spécialisé. Pour la deuxième étape, une mesure de la pression artérielle a été réalisée. Les patients ont aussi rempli un questionnaire sur les habitudes de vie, l'adhésion aux traitements médicamenteux ainsi que sur leur connaissance de leurs traitements. Lors de la troisième étape, les patients ont eu un rendez-vous avec l'infirmier spécialisé et un médecin spécialiste de l'hypertension. Lors de ce suivi, le traitement médicamenteux et les habitudes de vie ont été discutés. La quatrième étape a consisté en une intensification du traitement antihypertenseur par un médecin spécialiste de l'hypertension ou par le médecin traitant. Pour la cinquième étape, l'infirmier a réalisé un suivi une fois par mois pendant six mois. Ce suivi a consisté en des entretiens motivationnels sur les habitudes de vie et sur l'adhésion aux traitements médicamenteux. Toutefois lorsque la pression artérielle était dans la cible, le suivi s'est arrêté et a été remplacé par un appel téléphonique afin d'encourager l'adhésion aux traitements médicamenteux. Le groupe contrôle a eu les soins habituels.

La PAS a diminué de 154.2 mmHg à 142.0 mmHg en moyenne dans le groupe intervention et de 152.9 mmHg à 146.1 mmHg dans le groupe contrôle. La PAD a aussi diminué mais de manière moins importante : 85.6 mmHg à 79.4 mmHg en moyenne dans le groupe intervention et de 85.5 mmHg à 82.6 mmHg dans le groupe contrôle.

Cet article a retenu notre intérêt car l'intervention a été réalisée par un infirmier spécialisé en hypertension, à l'aide d'un entretien motivationnel afin d'améliorer le contrôle de la pression artérielle.

4.3. Kauric-Klein, Z. (2012). Improving blood pressure control in end stage renal disease through a supportive educative nursing intervention. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 39(3), 217-228.

Cette étude quantitative, a été publiée dans le journal « *Nephrology Nursing Journal* » en 2012 et s'est déroulée durant 16 semaines dans six unités de dialyse de la région métropolitaine de Detroit aux Etats-Unis. Cette étude randomisée contrôlée a eu comme but de déterminer si une intervention en soins infirmiers de soutien comprenant une surveillance des mesures cliniques, l'établissement d'objectifs, et le renforcement positif, a permis d'améliorer le contrôle de la pression artérielle au sein d'une population dialysée.

Au total, 118 patients ont participé à l'étude et ils ont été assignés aléatoirement à un des deux groupes de l'étude : le groupe intervention (n = 59) et le groupe contrôle (n = 59). Les critères d'exclusion ont été les suivants : une dialyse depuis moins de six mois, un antécédent de consommation de drogues illicites, une dépression majeure mesurée à l'aide du Patient Health Questionnaire (PHQ-9), un trouble cognitif sévère mesuré à l'aide du Modified Mini-Mental State (3MS), un problème de santé majeur (ex : cancer, VIH), et une absence aux séances de dialyse plus de deux fois sur une période de quatre semaines. Les critères d'inclusions ont été : avoir plus de 18 ans, avoir une PAS > 150 mmHg et une PAD > 90 mmHg durant quatre semaines précédant chaque dialyses ainsi que savoir lire et parler anglais.

L'intervention en soins infirmiers s'est déroulée sur 12 semaines et est composée de trois étapes. La première étape a compris deux sessions d'éducation sur l'hypertension (physiopathologie, facteurs de risques, soins et interventions, facteurs améliorant la pression artérielle). La deuxième a consisté en un suivi de 10 à 15 minutes par semaine par l'auteur

durant 12 semaines portant sur les mesures retranscrites dans le journal de bord des patients. A travers ce suivi, des objectifs à atteindre ont été élaborés ainsi que des renforcements et des encouragements positifs ont été fournis auprès des patients. L'auteur a demandé aux patients de prendre leur pression artérielle et de retranscrire les valeurs deux fois par jours pendant 12 semaines ainsi que de retranscrire leur consommation hydrique journalière et leur consommation sodique une fois par semaine pendant 12 semaines. De plus, les connaissances sur le contrôle de la pression artérielle en dialyse, l'auto-efficacité du contrôle de la pression artérielle, ont été mesurées au début de l'étude puis à 12 semaines de suivi. Finalement la troisième étape a été une prise des mesures de la PAS, de la PAD et du gain de fluide trente jours après l'intervention (à 16 semaines).

Dans cette étude, l'intervention infirmière a diminué la moyenne de la PAD de 84.8 mmHg à 81 mmHg ($p = 0.00$) et la moyenne de la PAS de 163 mmHg à 153.5 mmHg ($p = 0.00$), du début à 16 semaines de suivi dans le groupe intervention. Dans le groupe contrôle, entre le début de l'étude à 16 semaines de suivi, la diminution de la PAS n'a pas été statistiquement significative ($p = 0.15$), mais la diminution de la PAD a été statistiquement significative ($p = 0.00$).

Cet article a retenu notre attention car c'est une intervention éducationnelle réalisée par un infirmier. De plus, l'étude est basée sur les compétences et les connaissances des patients ainsi que sur le rôle d'acteur de ce dernier face à sa pathologie.

4.4. Drevenhorn, E., Kjellgren, K. I., & Bengtson, A. (2007). Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. Journal of clinical nursing, 16(7b), 144–151.

Cette étude quantitative, est parue dans le « *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness* » en 2007 et a été réalisée dans un centre de santé situé au sud de la Suède. Le but de cette étude a été d'explorer l'efficacité d'un programme d'intervention mené par des infirmiers, composé de conseils et d'entretiens réalisés auprès de personnes hypertendues. L'étude s'est déroulée durant 15 mois avec un rendez-vous au début de l'étude, puis tous les trois mois, avec le même infirmier spécialisé.

Au total, 100 patients du centre de santé entre 41 et 89 ans diagnostiqués hypertendus ont été suivis. Cependant, 17 patients ont arrêté l'étude pour diverses raisons, telles que des

raisons personnelles, d'autres pathologies, des grossesses et un décès soudain suite à un cancer non identifié jusqu'ici.

Lors de la première visite, tous les patients ont reçu un manuel informatif qui contient des explications sur l'hypertension artérielle, les complications cardiovasculaires (accident vasculaire cérébral et infarctus du myocarde), des informations sur comment changer ses habitudes de vie (consommation de tabac et d'alcool, activité physique, obésité et taux de lipides sanguins) ainsi que les effets désirés et secondaires des traitements médicamenteux. Ce manuel est présenté aux patients par l'infirmier. Lors de chaque visite, divers paramètres ont été mesurés (pression artérielle, la masse corporelle (BMI) et le rapport taille – hanche) ainsi que des interventions adaptées (des consultations avec une diététicienne, des conseils individuels, des informations concernant les risques de consommation élevée d'alcool ou de tabac, les bienfaits d'une activité physique régulière, des discussions sur la gestion du stress, des informations concernant le dosage et le mécanisme d'action des médicaments) ont été réalisées auprès des patients ayant des problèmes de santé individuels tel qu'un syndrome métabolique.

La moyenne de la PAS a diminué de 141.9 mmHg à 137.5 mmHg ($p = 0.015$), mais la diminution de la moyenne de la PAD observée n'a pas été statistiquement significative.

Cet article a retenu notre attention car l'intervention est réalisée par un infirmier spécialisé en hypertension. De plus, cet infirmier est un allié majeur dans le processus de changement que vit le patient pour atteindre non seulement des objectifs thérapeutiques mais également des objectifs personnels. Pour finir, cet article a mis en évidence la complexité et la difficulté d'induire un changement de comportement dans les habitudes de vie des patients à court et à long terme.

4.5. Hacıhasanoğlu, R., & Gözüm, S. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 692-705.

Cette étude randomisée contrôlée, est publiée dans « *Journal of Clinical Nursing* » en 2011 et a été réalisée entre février et novembre 2006 dans un centre public de soin primaire en Turquie. Le but de cette étude a été de déterminer l'effet d'une ETP sur la gestion de

l'hypertension artérielle (portant sur les habitudes de vie et l'adhésion aux traitements médicamenteux), centrée sur une surveillance au domicile du patient et réalisée auprès des personnes hypertendues.

Dans cette étude, les patients ont été assignés aléatoirement en trois groupes (groupe A, groupe B et groupe C = le groupe de soin habituel). Les critères d'inclusion ont été : un diagnostic d'hypertension artérielle posé depuis un an, un âge minimum de 35 ans, un médicament antihypertenseur en cours, une capacité de lecture, de compréhension et de communication suffisante permettant une bonne collaboration avec les auteurs ainsi que l'absence de pathologies telles que diabète, insuffisance rénale, infarctus.

Au total, 120 patients ont été répartis aléatoirement dans les trois groupes chacun composés de 40 personnes ; 10 patients ont été exclus après le début de l'étude en raison d'un emploi du temps incompatible avec l'étude. Les groupes A et B ont reçu six séances d'éducation mensuelles dont quatre réalisées durant les visites à l'établissement de santé primaire et deux au domicile du patient. Les deux groupes (A & B) ont reçu une éducation sur l'adhésion aux traitements médicamenteux, alors que le groupe B a reçu en plus une éducation sur les comportements de santé à adopter. Quant au groupe C, il a reçu un suivi habituel. Les trois groupes ont reçu des appels téléphoniques pour rappeler aux patients leur prochain rendez-vous. Différentes échelles ont été utilisées dont une pour l'auto-évaluation de l'adhésion aux traitements antihypertenseurs (MASES⁵) et une autre, sur les comportements pouvant améliorer la santé (HPLP⁶). Des pré-tests et post-tests aux interventions ont été réalisés afin de pouvoir objectiver la pertinence de celle-ci.

Les moyennes de la PAS et de la PAD ont diminué de 159.25 mmHg à 139.75 mmHg ($p = 0.000$) et de 71.10 mmHg à 55.30 mmHg ($p = 0.000$) pour le groupe A, de 158.62 mmHg à 133.50 mmHg ($p = 0.000$) et de 72.27 mmHg à 55.53 mmHg ($p = 0.000$) pour le groupe B. Les résultats de cette étude n'ont pas été statistiquement significatifs pour le groupe C.

Cet article a retenu notre attention car il correspond aux concepts de soin de notre question de recherche ainsi qu'à la définition de l'ETP effectuée par l'infirmier. De plus, l'intervention a permis de mettre en avant l'importance d'effectuer une éducation sur l'adhésion aux traitements médicamenteux et sur les comportements de santé avec des résultats

⁵ MASES : échelle de mesure d'auto-évaluation de l'adhésion aux traitements antihypertenseurs

⁶ HPLD : échelle de mesure des comportements d'un individu pouvant améliorer sa santé

statistiquement significatifs entre les groupes recevant une éducation spécialisée (A & B) et le groupe recevant les soins habituels (C).

4.6. Irmak, Z., Duzoz, G., Bozyer, I. (2010). The Effectiveness of a follow-up program on blood pressure and cardiovascular risk Factors for hypertensive patients. Australian Journal of Advanced Nursing, The, 28(2), 60.

Cette étude quantitative quasi-expérimentale, a été publiée dans « *Australian Journal of Advanced Nursing* » en 2011 et a été menée au Centre d'Hypertension, d'obésité et du diabète en Turquie de septembre 2005 à mai 2006. Le but de cette étude a été d'examiner l'efficacité d'un programme de suivi thérapeutique auprès des patients souffrant d'une hypertension artérielle, comprenant notamment des interventions multiples de soin infirmier telles que l'évaluation, l'éducation, les conseils sur l'hypertension artérielle et les facteurs de risques cardiovasculaires.

Au total, 45 patients ont été recrutés. Les critères d'inclusion ont été : un diagnostic d'hypertension artérielle, la prise d'un ou plusieurs médicaments antihypertenseurs ainsi que de vivre à Mulga. La moyenne d'âge était de 51 ans. Les patients ont été vus au début de l'étude et par la suite une fois par mois durant 6 mois et finalement une fois à la fin de l'étude.

Le programme d'éducation développé par les auteurs a eu pour objectif d'aider les patients à contrôler leur pression artérielle ainsi que de réduire les facteurs de risques des maladies cardiovasculaires. Le programme s'est composé de trois sessions. La première a traité des causes et des complications de l'hypertension artérielle. La deuxième a abordé les changements des habitudes de vie, comprenant l'approche diététique, l'importance du contrôle du poids, les avantages de l'exercice physique (au moins 30 minutes par jour) et les effets du tabac sur l'hypertension artérielle et sur les maladies cardiovasculaires. La troisième session a discuté des effets désirés (diminution de la pression artérielle) et des effets secondaires des différents traitements antihypertenseurs.

Il a été demandé aux patients de tenir à jour un journal de bord sur l'alimentation, l'exercice et la prise médicamenteuse durant six mois. Lorsque les auteurs ont rendu visite aux patients, le contenu de ces journaux était discuté. En fonction des résultats, ils leurs ont

donnés des conseils ou les ont orientés vers d'autres professionnels de santé tels que le médecin traitant ou la diététicienne si les objectifs n'étaient pas atteints.

La moyenne de la PAS avant l'intervention était de 137 ± 21 mmHg et après l'intervention de 124 ± 16 mmHg ($p = 0.001$). Il y a également eu une diminution de la moyenne de la PAD de 86 ± 13 mmHg à 77 ± 8 mmHg ($p = 0.001$). De plus, la proportion des patients qui ont atteint une pression artérielle contrôlée est passé de 47% au début de l'étude à 73% à la fin ($p = 0.002$).

Cet article a été retenu car les interventions sont réalisées par un infirmier. De plus, cette étude a évalué un programme éducatif de suivi infirmier qui a permis d'améliorer le contrôle de la pression artérielle ainsi que de réduire les facteurs de risques des maladies cardiovasculaires.

5. COMPARAISON DES RESULTATS

1. Consultation training of nurses for cardiovascular prevention – A randomized study of 2 years duration (2012)	
Auteur (s)	Drevenhorn, E., Bengtson, A., Nilsson, P. M., Nyberg, P., & Kjellgren, K. I.
Question de recherche / But de l'étude	Améliorer l'adhésion aux traitements de l'hypertension artérielle à l'aide de consultations spécialisées réalisées par des infirmiers formés et spécialisés en hypertension.
Principaux résultats	<p>Les consultations réalisées par les infirmiers ont permis de diminuer la PAS et la PAD dans les deux groupes de l'étude. Dans le groupe intervention (GI)⁷ ayant eu le suivi par l'infirmier formé 53% des patients ont atteint une pression artérielle contrôlée à la fin de l'étude, pour seulement 39% dans le groupe contrôle (GC)⁸.</p> <ul style="list-style-type: none"> • PAS : GI : 159.1 mmHg à 142.9 mmHg ; GC : 167 mmHg à 145.6 mmHg. • PAD : GI : 93 mmHg à 83.6 mmHg ; GC : 90.2 mmHg à 83.1 mmHg. <p>Cette étude relève aussi d'autres résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'adhésion aux traitements médicamenteux antihypertenseurs : GI : 85% (n = 120) ; GC : 90% (n = 46) après deux ans. • Cholestérol : GI : 6,3 mmol/l à 5.8 mmol/l ; GC : 6.4 mmol/l à 5.8 mmol/l. • BMI : GI : 31.4 kg/m² à 30.9 kg/m² ; GC : 30.9 kg/m² à 30.8 kg/m². • Activité physique : augmentation dans le GI.

⁷ GI sera abrégé uniquement dans les tableaux.

⁸ GC sera abrégé uniquement dans les tableaux.

	<ul style="list-style-type: none"> Prise de traitement hypolipidémiant : GI : 11% à 27.5% ; CG : 9.9% à 21.6%.
Implication pour la pratique	Ces résultats soulignent l'importance de former les infirmiers dans la consultation spécialisée et l'utilisation de modèle de comportement afin de motiver les patients à réaliser des changements dans leurs habitudes de vie, dans le but de contrôler leur pression artérielle. De plus, ces résultats démontrent l'effet positif de l'utilisation d'un manuel explicatif ainsi que de l'entretien motivationnel réalisé par les infirmiers.

2. Evaluation of a specialist nurse-led hypertension clinic with consultant backup in two inner city general practices: randomized controlled trial (2014)	
Auteur (s)	Dean, S. C., Kerry, S. M., Khong, T. K., Kerry, S. R., & Oakeshott, P.
Question de recherche / But de l'étude	Evaluer l'impact d'un suivi infirmier spécialisé en hypertension sur le contrôle de la PAS.
Principaux résultats	<p>Un suivi réalisé par un infirmier spécialisé dans la prise en soin des patients hypertendus permet d'améliorer le contrôle de la PAS.</p> <p>Deux groupes ont été créés pour cette étude, le GI qui a eu un suivi réalisé par un infirmier spécialisé dans l'hypertension artérielle et le groupe GC qui a eu le suivi habituel.</p> <ul style="list-style-type: none"> PAS : GI : 154. 2 mmHg à 142.0 mmHg ; GC : 152,9mmHg à 146,1 mmHg. PAD : GI : 85.6 mmHg à 79.4 mmHg ; GC : 85,5mmHg à 82,6 mmHg.
Implication pour la pratique	Un suivi réalisé par un infirmier spécialisé dans la prise en soin de patients hypertendus permet de diminuer la pression artérielle. Il est également observé que les patients adhèrent plus facilement à leurs traitements médicamenteux lorsque leur pression artérielle est mesurée régulièrement. L'entretien motivationnel réalisé par l'infirmier a eu un impact positif sur le changement des habitudes de vie et sur l'adhésion aux traitements médicamenteux.

3. Improving blood pressure control in end stage renal disease through a supportive educative nursing intervention (2012)	
Auteur (s)	Kauric-Klein, Z.
Question de recherche / But de l'étude	Déterminer si une intervention en soins infirmiers de soutien comprenant une surveillance des mesures cliniques, l'établissement d'objectifs, et le renforcement positif, permet d'améliorer le contrôle de la pression artérielle au sein d'une population dialysée.
Principaux résultats	<p>Les principaux résultats de cette étude montrent une diminution de la pression artérielle dans les deux groupes. Le GI, qui a eu un suivi ainsi qu'un renforcement par l'infirmier, présente une diminution de la PAS et PAD plus importante que celles du GC, qui a eu le suivi habituel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • PAS : GI : 163 mmHg à 153.5 mmHg ; GC : 164 mmHg à 160 mmHg. • PAD : GI : 84.9 mmHg à 81 mmHg ; GC : 89.9 mmHg à 86.8 mmHg.
Implication pour la pratique	L'atteinte des objectifs et le renforcement positif a amélioré la PAS et la PAD, l'adhésion aux dialyses et a diminué les changements de médicaments.

4. Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension (2007)	
Auteur (s)	Drevenhorn, E., Kjellgren, K. I., & Bengtson, A.
Question de recherche / But de l'étude	Explorer l'efficacité d'un programme d'intervention mené par des infirmiers, composé de conseils et d'entretiens réalisés auprès de personnes hypertendues.
Principaux résultats	<p>Le programme réalisé par un infirmier auprès de patients hypertendus a permis de diminuer la PAS de manière significative, mais pas la PAD.</p> <p>Les différentes variables ont été mesurées au début de l'étude (T0) et à 15 mois (T1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • PAS : T0 : 141.9 mmHg à T1 : 137.5 mmHg. • PAD : T0 : 86 mmHg à T1 : 82 mmHg. • BMI : T0 : 30 kg/m² à T1 : 28 kg/m². • Cholestérol total : T0 : 15 mmol/l à T1 : 17 mmol/l. <p>En plus de ces résultats, une augmentation de l'activité physique a pu être observée chez les patients.</p>
Implication pour la pratique	Un suivi réalisé par des infirmiers spécialisés ainsi que l'utilisation d'un manuel informatif sont favorable pour améliorer le contrôle de la pression artérielle. Cette étude montre les difficultés et la complexité d'inciter le patient à réaliser un changement de comportement.

5. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. (2011)	
Auteur (s)	Hacihasanoglu, R., & Güzüm, S.
Question de recherche / But de l'étude	Déterminer l'effet d'une ETP sur la gestion de l'hypertension artérielle (portant sur les habitudes de vie et l'adhésion aux traitements), centrée sur une surveillance au domicile du patient et réalisée auprès des personnes hypertendues.
Principaux résultats	<p>Cette étude montre l'importance de réaliser une ETP auprès de patients hypertendus, centrée sur l'adhésion aux traitements médicamenteux et sur les comportements de santé. Cette éducation permet de diminuer la PAS et la PAD, d'augmenter l'adhésion aux traitements antihypertenseurs, d'améliorer les comportements de santé et de diminuer le BMI dans les groupes A et B (groupes intervention) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • PAS : A : 159.25 mmHg à 139.75 mmHg ; B : 158.62 mmHg à 133.50 mmHg ; C : 158.50 mmHg à 156.00 mmHg. • PAD : A : 95.75 mmHg à 86.00 mmHg ; B : 95.50 mmHg à 83.50 mmHg ; C : 94.75 mmHg à 93.00 mmHg. • MASES : A : 55.30 à 71.10 ; B : 55.55 à 72.27 ; C : 55.12 à 56.85. • HPLD : A : 87.20 à 97.80 ; B : 86.62 à 118.80 ; C : 86.52 à 87.65. • BMI : A : 25.27 à 24.42 ; B : 25.62 à 24.26 ; C : 26.07 à 26.04.
Implication pour la pratique	L'ETP sur l'adhésion aux traitements seule ou en combinaison avec les habitudes de vie est un bon outil pour obtenir la réduction de la pression artérielle chez les patients hypertendus. Pour améliorer l'adhésion aux traitements et contrôler la pression artérielle, les infirmiers de soin primaire doivent être formés aux techniques d'ETP. En effet, cette dernière a un impact positif sur la gestion de l'hypertension artérielle, sur les connaissances des effets secondaires des médicaments, sur l'utilisation régulière des médicaments et sur l'adhésion aux traitements.

6. The Effectiveness of a follow-up program on blood pressure and cardiovascular risk Factors for hypertensive patients. (2010)	
Auteur (s)	Irmak, Z., Duzoz, G., Bozyer, I.
Question de recherche / But de l'étude	Examiner l'efficacité d'un programme de suivi thérapeutique auprès des patients souffrant d'une hypertension artérielle, comprenant notamment des interventions multiples de soin infirmier telles que l'évaluation, l'éducation, les conseils sur l'hypertension artérielle et les facteurs de risques cardiovasculaires.
Principaux résultats	<p>Ce programme a permis de diminuer les valeurs de la pression artérielle et des triglycérides de manière significative. Les variables ont été mesurées au début de l'étude (T0) et 6 mois après (T1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • PAS : T0 : 137.55 mmHg à T1 : 124.33 mmHg. • PAD : T0 : 86.77 mmHg à T1 : 77.88 mmHg. • Triglycérides : T0 : 181.40 mg/dl à T1 : 131.60 mg/dl. • BMI : T0 : 29.69 kg/m² à T1 : 29.33 kg/m². • Taux de cholestérol : T0 : 205.88 mg/dl à T1 : 208mg/dl. <p>La proportion des patients avec une pression artérielle contrôlée a augmenté de 46.7% au début de l'étude à 73.3% après l'intervention.</p>
Implication pour la pratique	Le programme élaboré permet de diminuer la pression artérielle et réduire les facteurs de risques cardiovasculaires. Ce dernier inclue les options de traitements antihypertenseurs, les changements des habitudes de vie et un traitement médicamenteux hypolipidémiant.

6. DISCUSSION

Avant d'entamer la discussion de notre travail, voici un résumé des résultats des études analysées.

- Dans l'article de Drevenhorn et al. (2012), l'ETP auprès du groupe intervention a permis d'obtenir une pression artérielle dans la cible pour 52.6% des patients. Alors que dans le groupe contrôle ce pourcentage est de 39.2%.
- Dans l'article de Dean et al., le suivi d'un infirmier spécialisé dans l'hypertension artérielle a diminué de 12 mmHg la moyenne de la PAS et de 6 mmHg la moyenne de la PAD, dans le groupe intervention. Dans le groupe contrôle, la moyenne de la PAS a diminué de 6 mmHg et la moyenne de la PAD de 3 mmHg.
- L'intervention présentée dans l'article de Kauric-Klein, a permis de diminuer la moyenne de la PAS de 163 mmHg à 153.5 mmHg dans le groupe intervention et de 164 mmHg à 160 mmHg dans le groupe contrôle après 16 semaines de suivi. La moyenne de la PAD a diminué de 84.8 mmHg à 81 mmHg dans le groupe intervention. Dans le groupe contrôle sa diminution n'est pas statistiquement significative.
- Dans l'article de Drevenhorn et al. (2007), l'intervention a diminué la moyenne de la PAS de 141.9 mmHg à 137.5 mmHg, au sein de l'échantillon. La diminution de la moyenne de la PAD n'est pas statistiquement significative.
- Dans l'article de Hacıhasanoğlu et al., la diminution la plus significative de la pression artérielle peut être observée. La PAS a diminué de 25 mmHg et la PAD de 12 mmHg pour le groupe intervention. Dans le groupe contrôle la PAS a diminué de seulement 2.5 mmHg et de 1.7 mmHg pour la PAD.
- Pour terminer dans l'article de Irmak et al., la moyenne de la PAS a diminué de 13 mmHg et la moyenne de la PAD a diminué de 9 mmHg. Ceci a permis d'augmenter le pourcentage des patients atteignant leur cible artérielle de 46,7% à 73.3%. Il n'y avait pas de groupe contrôle pour cette étude. A noter que les valeurs de la PAS et

de la PAD au départ ne correspondent pas aux valeurs classiquement admises pour un diagnostic d'hypertension artérielle, alors que c'est un critère d'inclusion.

Bien que les résultats de ces études soient concordants, ces dernières utilisent des approches différentes de l'ETP. Différents thèmes éducatifs peuvent être relevés : la formation des infirmiers, l'éducation thérapeutique, l'éducation aux traitements médicamenteux, l'éducation aux traitements non médicamenteux (habitudes de vie) ainsi que l'adhésion aux traitements médicamenteux. Ces différents points vont être discutés ci-dessous.

Tout d'abord, l'article de Drevenhorn et al. (2012) est le seul à avoir réalisé une formation auprès des infirmiers. Dans ce dernier, la formation réalisée auprès des infirmiers est très bien détaillée, ce qui pourrait servir de support utile à sa réalisation en Suisse. Elle a comme but de structurer les entretiens et les interventions auprès des patients. Cependant, sa durée est peut-être trop courte pour assurer une bonne maîtrise des outils et techniques de l'ETP enseignées aux infirmiers.

A contrario, l'intervention réalisée auprès des patients ne permet pas sa reproduction car elle n'est pas suffisamment décrite. La formation aux infirmiers est basée sur l'entretien motivationnel et les étapes de changement de comportement. Selon, Rimer et Viswanath (2008, cité dans Drevenhorn, Bengtson, Nilson, Nybers, I.Kjellgren, 2012) et Kosteva et al. (2010, cité dans Drevenhorn, Bengtson, Nilson, Nybers, I.Kjellgren, 2012), la connaissance croissante des modèles de comportement pour changer le mode de vie est encore malheureusement rarement prise en compte [traduction libre] (p. 293). Cependant, dans cette étude, le changement de comportement est identifié par les infirmiers car ils ont été formés à ces étapes. De ce fait, l'infirmier est plus attentif à ces dernières et parvient à les identifier afin d'adapter ses interventions au rythme du patient. Comme le précise Petrocelli, il est primordial d'évaluer dans quelle étape de changement se trouve le patient (2002, cité dans theses.ulaval.ca, 2006), afin d'adapter l'intervention et d'employer des stratégies qui contribuent à le faire progresser du stade où il se trouve au suivant (Perz, DiClemente, & Carbonari, 1992, cité dans theses.ulaval.ca, 2006).

De plus, la formation sur trois jours des infirmiers a des effets positifs sur le poids, l'activité physique, le stress perçu par les patients et le contrôle de la pression artérielle [traduction libre] (Drevenhorn, Bengtson, M.Nilson, Nyberg, & I.Kjellgren, 2012, p. 298). Il est pertinent de le relever car cela montre le bénéfice et l'importance de la formation continue des infirmiers travaillant avec des patients atteints d'hypertension artérielle afin qu'ils mettent à jour leurs connaissances.

D'après nos connaissances, un programme de formation des infirmiers prenant en soin des patients hypertendus n'est pas encore développé en Suisse.

Pour finir, l'utilisation de modèles de changement de comportement est importante pour motiver les patients à réaliser des changements dans leurs habitudes de vie afin de pouvoir contrôler leur pression artérielle.

Concernant l'ETP, elle est abordée sous différents angles et à l'aide de plusieurs outils. Dans l'article de Drevenhorn et al. (2012) et de Dean et al., l'outil principalement utilisé pour l'ETP est l'entretien motivationnel. Selon Miller et Rollnick (2013, cité dans entretienmotivationnel.org, 2015), cet outil se définit comme « un style de conversation collaboratif pour renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement ». De plus, d'après les mêmes auteurs, l'intention principale de l'entretien motivationnel est « de susciter un discours en faveur du changement pour aider la personne à aller dans cette direction » (2013, cité dans entretienmotivationnel.org, 2015). Il est donc important que l'infirmier accompagne et motive le patient au changement pour pouvoir, dans un deuxième temps modifier ces habitudes de vie.

Nous savons que changer ses habitudes de vie est un facteur protecteur contre l'hypertension. En effet, selon Helitzer et al, et Mancina et al, non seulement le traitement médicamenteux mais également les changements des habitudes de vie (traitements non médicamenteux) tels que le sevrage tabagique, la réduction de la consommation d'alcool, la réduction du poids, le régime alimentaire, l'activité physique et la gestion du stress sont importants pour réduire le risque de complications cardiovasculaires [traduction libre] (2010 et 2007, cité dans Drevenhorn, 2012, p. 293).

Cependant dans l'article de Drevenhorn et al. (2012), l'approche utilisée n'est pas clairement décrite. De ce fait, peu d'informations peuvent être amenées concernant l'utilisation de l'entretien motivationnel. De plus, des informations manquent concernant le déroulement et la fréquence de l'utilisation de l'entretien motivationnel réalisé auprès des patients.

Dans l'article de Dean et al., l'entretien motivationnel a été réalisé à chaque entretien de suivi hebdomadaire, dans le but d'encourager le patient à changer ses habitudes de vie en lien avec ses facteurs de risques cardiovasculaires. Cependant, aucune information n'a été donnée aux infirmiers concernant cette technique d'entretien dans le cadre de cette étude. Comme les infirmiers participants à cette étude sont spécialisés en hypertension, il est fort probable qu'ils aient suivi une formation spécialisée auparavant où l'entretien motivationnel a été abordé. Par ailleurs, l'utilisation de l'entretien motivationnel n'est pas clairement détaillée. De ce fait, il est difficile de savoir quelles thématiques principales ont été abordées durant les entretiens de suivi avec les patients.

L'entretien motivationnel est abordé dans le programme de formation des infirmiers HES en Suisse. De ce fait, ces infirmiers possèdent des bases concernant cet outil thérapeutique.

Un autre outil de l'ETP présent dans l'article de Drevenhorn et al. (2012) est un manuel explicatif qui a été réalisé spécialement pour le patient. Il est centré sur l'autogestion des facteurs de risques cardiovasculaires et sur les différentes étapes pouvant amener au changement de comportement. Dans un deuxième temps, leur profil de risques cardiovasculaires leur a été transmis. Le contenu de ce manuel n'est pas décrit dans l'étude. Nous pouvons supposer qu'il possède des informations sur les comportements sains à adopter ainsi que des éléments qui pourraient être abordés avec les infirmiers dans les différents entretiens. Le manuel permettrait aux patients de prendre connaissance des informations de manière autonome et de déjà se positionner face à ces différents points. De ce fait, cela permettrait à l'infirmier de ne pas se positionner de façon paternaliste, de « celui qui sait » par rapport au patient. Ainsi, il pourrait valoriser les informations que le patient possède déjà, les utiliser en début d'échange ou de conversation et répondre aux éventuelles questions ou interrogations de ce dernier. Cette approche pourrait être utilisée en Suisse, si ce n'est pas déjà le cas.

Dans l'article de Drevenhorn et al. (2007), l'outil utilisé est également un manuel mais celui-ci est plus informatif et contient des explications sur l'hypertension artérielle, les complications cardiovasculaires (accident vasculaire cérébrale et infarctus du myocarde), des informations sur comment changer ses habitudes de vie (consommation de tabac et d'alcool, activité physique, obésité et taux de lipides sanguins) ainsi que les effets désirés et secondaires des traitements médicamenteux. Ce manuel est transmis lors de la première visite durant laquelle il est présenté au patient par l'infirmier. Cependant, une critique pourrait être faite concernant cette méthodologie. En effet, le fait d'amener toutes ces informations en une seule fois, par un infirmier qu'ils ne connaissent pas encore, pourraient être non seulement mal perçus par le patient mais également représenter une somme d'informations excessives. Ce dernier pourrait adopter un comportement défensif qui aurait une influence négative sur l'adhésion aux stratégies proposées par l'infirmier. Cette approche serait ainsi moins indiquée à introduire en Suisse car elle pourrait être moins constructive et plus intrusive que dans l'article de Drevenhorn et al. (2012). De plus, dans cet article, il n'est pas précisé si cette approche est associée à un entretien motivationnel, chose qui aide à évaluer où se situe le patient et à l'amener dans le processus de changement.

Un autre outil a pu être identifié lors de notre revue de littérature, celui du journal de bord qui a été utilisé dans l'article de Kauric-Klein et celui de Irmak et al. Dans l'article de Kauric-Klein, en faisant référence à Denhaerynck et al, des études ont montré que de nombreux

patients sous dialyse ne suivent pas avec succès le régime alimentaire, l'apport hydrique et les traitements médicamenteux [traduction libre] (2007, cité dans Kauric-Klein, 2012, p. 218). Dans l'étude, l'auteur a demandé aux patients de retranscrire plusieurs mesures dans un journal de bord, afin d'évaluer l'adhésion de ces derniers aux différentes recommandations alimentaires et médicamenteuses. Dans cette étude, les mesures cliniques que les patients ont dû retranscrire étaient les suivantes : la prise médicamenteuse, l'apport sodique et hydrique, la participation aux séances de dialyse, la pression artérielle, les connaissances sur le contrôle de la pression artérielle en dialyse et l'auto-efficacité du contrôle de la pression artérielle. Ils devaient également écrire, au cas où, des commentaires pertinents concernant la cause de leur pression artérielle élevée et indiquer si leurs objectifs étaient atteints. Lorsqu'ils parvenaient à atteindre leurs objectifs, l'auteur leur transmettait des renforcements positifs ainsi que des encouragements. Lorsque les objectifs n'étaient pas atteints, l'auteur proposait des solutions ou d'autres stratégies pour atteindre l'objectif. Ce journal a permis d'évaluer l'auto-efficacité du contrôle de la pression artérielle à partir de l'adhésion des patients aux comportements d'auto-soins tels que la prise médicamenteuse, l'apport sodique et hydrique ainsi que la participation aux séances de dialyse. Non seulement, ce journal a permis d'évaluer l'adhésion à l'auto-surveillance du contrôle de la pression artérielle, mais encore, il a permis d'évaluer l'auto-évaluation du contrôle de la pression artérielle en fonction du nombre d'objectifs atteints par semaine. De plus, les connaissances sur le contrôle de la pression artérielle en dialyse, et l'auto-efficacité du contrôle de la pression artérielle ont été mesurées au début de l'étude puis à 12 semaines de suivi.

Après l'étude, les patients ont relevé qu'il y avait trop de données à retranscrire. D'ailleurs l'auteur l'a mentionné comme étant une limite, car l'intervention a demandé trop de travail aux patients. La plupart des journaux n'ont donc pas été complétés notamment ceux sur l'apport hydrique et sodique [traduction libre] (Kauric-Klein, 2012, p. 226). De ce fait, comme relevé par Kauric-Klein (2012), les futures études devraient se focaliser sur l'amélioration d'un comportement à la fois [traduction libre] (p. 227). Effectivement, cette étude demande beaucoup d'implications pour les patients. De plus, ces derniers sont en plein processus de changement, ce qui est déjà une source de surcharge.

De ce fait, il semble peu judicieux d'introduire cet outil en Suisse, car la culture et le stress perçus dans notre société sont tels, qu'il semblerait difficile de demander autant d'implications de la part des patients.

Dans l'article de Irmak et al., le journal de bord est également utilisé. Les auteurs ont demandé de retranscrire moins de mesures que dans l'étude de Kauric-Klein : l'alimentation, l'exercice physique et la prise de médicaments, sur une durée de six mois. Lorsque des ajustements et des conseils ont semblé nécessaires, l'infirmier les a apportés aux patients.

Lorsque les objectifs fixés concernant la pression artérielle n'ont pas été atteints, les patients ont été référés auprès de leur médecin traitant afin qu'il réajuste les traitements médicamenteux. Pour les patients qui ont présentés des difficultés à gérer leur alimentation et donc leur poids, ils ont été référés à une diététicienne qui a apporté des recommandations appropriées. Cette procédure a suscité notre intérêt car les patients qui ont présenté des difficultés ont été référés à d'autres professionnels de la santé. Ces attitudes sont caractéristiques d'une bonne démarche interprofessionnelle. De plus, cela permet à l'infirmier de mieux intégrer les limites de sa profession et le cas échéant de référer à un autre professionnel de la santé. Contrairement à l'étude précédente (article de Kauric-Klein), les auteurs n'ont pas submergé les patients de mesures à retranscrire. Cette intervention serait intéressante à reproduire en Suisse.

Les séances d'éducation, comme outil thérapeutique, sont utilisées dans l'article de Kauric-Klein, celui de Hacıhasanoğlu et al. et celui de Irmak et al. Dans l'article de Hacıhasanoğlu et al., une première séance d'éducation individuelle centrée sur les traitements médicamenteux a été réalisée. Les thèmes abordés ont été : l'importance de l'adhésion aux traitements médicamenteux et non médicamenteux, l'efficacité des traitements antihypertenseurs, les effets secondaires des traitements et leur gestion, ainsi que l'importance du suivi. Par la suite, une autre séance d'éducation individuelle centrée sur les traitements non médicamenteux a été réalisée sur différents aspects concernant les habitudes de vie : la nutrition, la diminution de l'apport sodique, la gestion du stress, le contrôle du poids, l'activité physique ainsi que le risque de consommation d'alcool et tabac. Simultanément aux informations transmises sur les habitudes de vie, des notions concernant l'hypertension artérielle (définition, facteurs de risques et complications) ont également été abordées. Les séances débutaient par une explication des différents thèmes puis, étaient suivies par une phase dédiée aux questions et réponses et se terminaient par une discussion.

Cette intervention semble pertinente, car tous les aspects de l'hypertension artérielle sont abordés. D'après notre compréhension de l'étude, il nous semble que les informations sur les traitements médicamenteux et non médicamenteux sont réparties sur l'ensemble des séances. De ce fait, cela limiterait la quantité d'informations amenées en une seule séance. En outre, il est intéressant d'enseigner les comportements à adopter en cas de manifestation d'effets secondaires. Pour finir, la description de l'intervention permettrait sa reproduction en Suisse.

Concernant l'article de Irmak et al., un programme éducatif a été élaboré avant l'intervention. Ce dernier est divisé en trois sessions. La première parle des causes et des complications de l'hypertension artérielle durant 20 minutes. La suivante évoque les changements des

habitudes de vie (l'approche diététique, l'importance du contrôle du poids, les bienfaits de l'activité physique et les effets du tabac sur l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires) durant 30 minutes. Dans la troisième, les effets désirés et secondaires des différents groupes de médicaments sont discutés.

Comme dans l'article de Hacıhasanoğlu et al., cette étude a abordé les différentes thématiques concernant l'hypertension artérielle. Cette approche pourrait permettre une bonne assimilation par le patient des différentes informations. De plus, les auteurs ont réfléchi à l'élaboration d'un programme éducatif avant l'intervention, ce qui a permis de la structurer et de la cibler à cette population hypertendue. Il serait également possible de reproduire cette intervention en Suisse car elle est structurée et correctement détaillée.

L'article de Kauric-Klein a, dans un premier temps, réalisé une séance d'éducation collective où la pression artérielle, la physiopathologie, les facteurs de risques, les soins et les interventions ainsi que les facteurs améliorant la pression artérielle ont été abordés. Ensuite, des séances individuelles ont été réalisées. Le fait de réaliser des séances d'éducation individuelle pourrait aider le patient à exprimer ses interrogations et ses représentations. Cependant, il n'est pas clairement décrit si une éducation sur les habitudes de vie ou les traitements a été réalisée.

De ce fait, il semble peu pertinent de ne pas aborder ces problématiques car, comme relevé par Irmack, Duzoz et Bozyer (2011), pour gérer l'hypertension artérielle et réduire les facteurs de risques cardiovasculaires, un programme est nécessaire et devrait être mis en œuvre pour inclure les options de traitements antihypertenseurs, les changements des habitudes de vie et un traitement médicamenteux hypolipidémiant [traduction libre] (p. 65).

L'élaboration d'objectifs a été principalement utilisée comme outil thérapeutique dans l'article de Kauric-Klein. Dans cet article, l'auteur a prédéfini de nombreux objectifs avant l'intervention en se basant sur des guidelines cliniques. Comme relevé dans l'étude de Kauric-Klein (2012), les évidences modestes indiquent que les interventions comprenant une combinaison des composants d'autorégulation [...] avec l'élaboration d'objectifs et l'évaluation ont été les plus utiles pour aider le contrôle de la pression artérielle dans une population sous dialyse chronique [traduction libre] (Christensen et al, 2002, cité dans Kauric-Klein, 2012, p. 218 ; Hegel, Ayllon, Thiel, & Oulton 1992, cité dans Kauric-Klein, 2012, p. 218 ; Nozaki, Oka, & Chaboyer 2005, cité dans Kauric-Klein, 2012, p. 218 ; Sagawa, Oka, Chaboyer, Satoh, & Yamaguchi 2001, cité dans Kauric-Klein, 2012, p. 218 ; Sharp, Sauvage, & Gumley 2005, cité dans Kauric-Klein, 2012, p. 218 ; Tsay 2003, cité dans Kauric-Klein, 2012, p. 218 ; Tucker 1989, cité dans Kauric-Klein, 2012, p. 218).

Pour finir, l'adhésion aux médicaments antihypertenseurs est abordée dans l'article de Drevenhorn et al. (2012), celui de Dean et al., celui de Kauric-Klein, ainsi que celui de Hacıhasanoğlu et al.

Tout d'abord, dans l'article de Drevenhorn et al. (2012), l'intervention réalisée par les infirmiers a permis d'augmenter de 104 à 120 le nombre de patients adhérant aux médicaments antihypertenseurs après deux ans de suivi. Cependant, dans cet article, l'adhésion aux médicaments antihypertenseurs n'est pas statistiquement significative. Dans l'étude de Dean et al., l'adhésion aux médicaments antihypertenseurs a été abordée par les infirmiers auprès des patients, à travers l'entretien motivationnel. De plus, elle a été réalisée par des appels téléphoniques mensuels auprès des patients afin de les encourager à maintenir leurs habitudes de vie saines et à prendre leurs médicaments antihypertenseurs.

Cette approche téléphonique peut être intéressante. Cependant, il paraît difficile de pouvoir objectiver la prise médicamenteuse par téléphone.

Dans l'article de Kauric-Klein, l'adhésion aux médicaments antihypertenseurs a été évaluée à partir de l'échelle de Morisky, Green, et Levine (1986). De plus, l'adhésion aux comportements d'auto-surveillance (pression artérielle, apport hydrique et sodique) a été évaluée à travers la retranscription des mesures cliniques des patients dans des journaux de bord. L'idée de retranscrire les mesures cliniques dans un journal de bord peut être bénéfique. Cependant, dans cette étude, le nombre de paramètres évalués est trop élevé pour espérer obtenir un taux d'adhésion statistiquement significatif. L'auteur conclut en relevant que l'adhésion aux traitements médicamenteux est fortement liée aux résultats de la pression artérielle [traduction libre] (Kauric-Klein, 2012, p. 227). Toujours d'après l'auteur, les infirmiers devraient d'avantage encourager et promouvoir l'adhésion médicamenteuse auprès des patients [traduction libre] (Kauric-Klein, 2012, p. 227).

Puis, dans l'article de Hacıhasanoğlu et al., l'intervention est composée de séances éducatives centrées sur l'adhésion aux traitements médicamenteux et aux habitudes de vie saines. L'adhésion aux traitements médicamenteux a été évaluée à partir de l'échelle MASES. Cette étude sur les interventions infirmières est la première à améliorer tant l'adhésion médicamenteuse que les habitudes de vie saines. Dans cette étude, l'auteur met en avant le rôle professionnel d'éducateur de l'infirmier. De ce fait, comme relevé dans l'article de Dean et al., le fait d'être rigoureux sur l'adhésion médicamenteuse de l'hypertension permet d'améliorer le contrôle de la pression artérielle et de réduire le taux de mortalité des maladies cardiovasculaires [traduction libre] (Williams, 2003, cité dans Dean, 2013 ; Glynn, Murphy, Smith, Schroeder, & Fahey, 2010, cité dans Dean, 2013, p. 172).

A la lumière de ces résultats, une réponse à notre question peut être apportée : L'ETP réalisée par un infirmier permet d'améliorer le contrôle de la pression artérielle.

Après la rédaction de notre travail, nous relevons quelques limites à notre revue de littérature. Tout d'abord, étant novices dans la réalisation d'un tel travail, il nous a été difficile de réaliser le processus de recherche des articles. De ce fait, nous sommes peut-être passés à côté de certains articles qui auraient pu être davantage pertinents et en lien avec notre question de recherche. Pour terminer, l'anglais étant la langue utilisée dans nos articles, il se peut que certains termes aient été mal interprétés.

7. PERSPECTIVES POUR LE FUTUR

A la fin ce travail, il nous est possible de proposer des exemples de bonnes pratiques. En effet, par une formation de quatre périodes de 1 heure 30, les infirmiers pourraient acquérir des connaissances et des compétences spécifiques telles que l'entretien motivationnel, les étapes de changement, les traitements médicamenteux et les habitudes de vie. Ces compétences permettraient de prendre en soin les patients hypertendus de manière structurée et adaptée. Si nous pouvons nous permettre l'illustration suivante : l'infirmier pourrait créer « sa boîte à outils » afin de pouvoir adapter ses interventions éducatives à chaque patient, à l'aide des différents outils enseignés durant la formation. Une fois les infirmiers formés, ils pourraient réaliser l'intervention auprès des patients hypertendus. Lors de la première rencontre collective avec l'infirmier, ce dernier pourrait effectuer une anamnèse complète (selon Virginia Henderson et McGill). De plus, un photocopié spécialement conçu pour cette intervention abordant l'autogestion des facteurs de risques cardiovasculaires (habitudes de vie) et les étapes de changement de comportement, serait distribué aux patients. Les patients prendraient le photocopié à domicile, ce qui leur permettrait de prendre connaissance des différentes informations par eux-mêmes et de pouvoir s'y référer en cas de besoin. Ensuite, lors du premier entretien collectif, un temps de discussion serait proposé afin que l'infirmier réponde aux éventuelles interrogations et attentes des patients. Dès ce premier entretien, l'infirmier aurait en tête les éléments clefs qu'il abordera avec les patients durant tout le suivi. Les éléments clefs seraient : l'explication de l'hypertension artérielle (causes et complications), l'éducation aux traitements non médicamenteux (habitudes de vie) ainsi que des informations sur les traitements médicamenteux (la gestion des effets secondaires et les effets désirés). A la fin de ce premier entretien, l'infirmier demanderait aux patients de réfléchir à des objectifs qu'ils aimeraient atteindre sur le long terme. Nous partons du principe que le suivi des patients souffrant d'une pathologie chronique ne se limite pas à un temps déterminé. Durant le deuxième entretien individuel, l'infirmier établirait des objectifs en accord avec le patient et

répondrait aux besoins de ce dernier. Les entretiens suivants auront comme utilité de continuer le suivi et l'évaluation des objectifs établis. Pour favoriser une relation thérapeutique de confiance et assurer le suivi, un infirmier, ou maximum deux, prendraient en soin le patient afin d'éviter des conseils divergents. Cependant, il serait intéressant d'introduire d'autres professionnels de la santé (pharmacien, diététicienne, physiothérapeute, médecin, psychologue) dans la prise en soin des personnes hypertendues afin d'améliorer la collaboration interprofessionnelle et la circulation des informations pour une orientation des soins commune. Ceci permet d'améliorer l'adhésion médicamenteuse et non médicamenteuse et de ce fait, le contrôle de la pression artérielle du patient.

Dans la même optique, il serait judicieux d'effectuer différentes études scientifiques dirigées vers les points suivants :

- L'impact de l'ETP dans une prise en soin interprofessionnel pour contrôler la pression artérielle
- La formation des infirmiers HES permet de réaliser une ETP afin de contrôler la pression artérielle
- Le système sanitaire Suisse est favorable à la réalisation d'une ETP complète et adéquate

CONCLUSION

Premièrement, nous avons appris à élaborer une équation de recherche puis à réaliser le processus de recherche au sein des bases de données (CINAHL & PubMed). Par ces recherches, nous avons lu des articles rédigés en anglais. Ainsi, nous avons dû nous adapter au vocabulaire scientifique dans cette langue. En effet, cette étape nous a permis d'élargir notre vocabulaire professionnel en anglais. Lors de l'extraction des données à l'aide de la grille d'analyse, nous avons eu, dans un premier temps, des difficultés pour garder notre propre avis concernant les articles. De ce fait, nous avons dû apprendre à nous mettre dans une position neutre afin de ne retranscrire que les éléments figurants dans les articles. Ensuite, à travers les différentes étapes de réalisation de ce travail, nous avons appris à rédiger en nous appuyant sur des preuves scientifiques, chose qui n'a pas été facile dans les débuts de la rédaction.

Deuxièmement, nous avons passablement élargi nos connaissances concernant l'hypertension artérielle. Au départ, nous avons, non seulement, été surpris d'apprendre la forte prévalence qu'elle représente au niveau mondial et surtout au niveau suisse et lausannois, mais également de réaliser la fréquence importante de son non contrôle. A travers nos différentes lectures, nous avons pu prendre conscience du faible taux d'adhésion des patients aux traitements antihypertenseurs et ainsi de l'importance d'un suivi thérapeutique sur le long terme. Par ailleurs, nous avons pu observer qu'en Suisse la prévention primaire des pathologies chroniques est de manière générale insuffisante. De ce fait, il serait bénéfique de sensibiliser la population à l'hypertension artérielle ainsi que d'élargir les prestations de soin dans ce domaine, comme le propose « la Campagne nationale sur la tension artérielle de la Fondation Suisse de Cardiologie » (Mattle, Nussberger, Hobi, & Junker, 2009). L'acquisition de ces connaissances va nous permettre d'avoir une vision globale sur la prise en soin des patients hypertendus.

Troisièmement, nous avons également développé des compétences personnelles, professionnelles et de collaboration à travers la réalisation de ce travail de Bachelor. Tout d'abord, cela nous a appris à élaborer un travail à trois sur un long terme. En effet, cela nous a demandé de trouver une rigueur dans notre manière de travailler et une systématique commune afin de mener à bien sa construction. De plus, le fait d'être un groupe de trois a demandé à chacun de s'adapter aux autres et de prendre en considération les différents avis. Ainsi, nous avons pu développer des compétences de communication et de collaboration, qui nous seront fort utiles lorsque nous intégrerons une équipe de soin.

Par la réalisation de ce travail, nous avons pu répondre à notre questionnement de départ. A savoir, si l'impact d'une ETP réalisée par un infirmier peut améliorer le contrôle de la pression artérielle chez les patients hypertendus. Comme expliqué dans notre méthodologie, nous avons analysé 6 articles scientifiques afin de répondre au mieux à notre question de recherche. Les résultats de ceux-ci nous ont permis d'apporter des réponses pertinentes à notre questionnement initial. La première constatation est que l'ETP menée par un infirmier clinicien spécialisé en hypertension artérielle permet d'améliorer le contrôle de la pression artérielle.

Dans nos résultats, nous pouvons constater qu'une formation apportée aux infirmiers permet de diminuer la pression artérielle de manière significative. La formation aide les infirmiers à structurer leurs entretiens auprès des patients. Seul l'article de Drevenhorn et al. (2012) parle d'une formation donnée aux infirmiers. Comme la description de cette formation est très détaillée, nous pensons qu'il est possible de la reproduire en Suisse.

De plus, nous avons aussi relevé l'importance de l'entretien motivationnel. Non seulement, celui-ci est essentiel pour amener le patient à initier, puis à maintenir, un changement à long terme, mais il permet également la création d'une alliance thérapeutique entre l'infirmier et le patient. En plus, par sa formation, l'infirmier est le professionnel de la santé le plus à même de réaliser un entretien motivationnel.

En outre, le manuel explicatif spécialement réalisé pour les patients a toute son importance pour apporter de nouvelles connaissances ainsi que des éclaircissements. Non seulement, le manuel permet aux patients de s'y référer en tout temps, mais il fait aussi office de support de référence. En plus, il permet à l'infirmier d'illustrer ses propos et de mieux se faire comprendre auprès des patients.

Pour finir, nous avons relevé dans l'article de Kauric-Klein le journal de bord rempli par les patients comme un outil judicieux pour l'ETP. Celui-ci a ses avantages comme ses limites. Une de ses limites est d'avoir demandé de retranscrire un nombre trop important de mesures cliniques aux patients. De ce fait, les patients ont pu identifier cela comme étant une corvée empêchant la retranscription des mesures cliniques de manière rigoureuse. Par contre, s'il est demandé de retranscrire une à deux mesures cliniques aux patients, ce dernier pourrait davantage adhérer et collaborer. Un autre avantage de ce journal est qu'il permet à l'infirmier d'avoir une vision globale du suivi, d'observer une évolution ainsi que d'obtenir des mesures cliniques objectives. Avec ceci, l'infirmier peut réajuster les objectifs si besoin ainsi qu'encourager le patient dans ses changements de comportements.

Tous ces outils et techniques d'ETP permettent d'améliorer le contrôle de la pression artérielle chez les patients hypertendus. Cependant, est-ce que notre système de santé permet une telle pratique ? Est-ce que les politiques et les cadres d'hôpitaux sont prêts à adopter ces changements au sein de leur institution ? Est-ce que les infirmiers sont prêts à changer leur pratique ?

LISTE DE REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

- Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel. (2015). L'entretien motivationnel. Repéré à <http://www.entretienmotivationnel.org/entretienmotivationnel/#1>
- Bachmann, N., Burla, L., & Kohler, D. (2015). *La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques : Rapport national sur la santé 2015*. Berne, Suisse : Observatoire suisse de la santé.
- Brodeur, N. (2006). Le modèle transthéorique du changement. Repéré à <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/23895/ch02.html#d0e419>
- Chow, C.K., Teo, K.K., Rangarajan, S., Islam, S., Gupta, R., Avezum, A., ... Yusuf, S. (2016). Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Rural and Urban Communities in High-, Middle-, and Low-Income Countries. *Original Investigation, 310*, 959-968.
- Coresloc. (2013). *Évaluation des compétences – niveau 3ème année bachelor*. Repéré à http://www.ecolelasource.ch/images/stories/articles_attachement/formation_pratique/Eval_compet_FR_03_2012.pdf
- Dallaire, C., & Dallaire, M. (2008). Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières. Dans C. Dallaire (inf., Ph. D.), *Le savoir infirmier : Au cœur de la discipline et de la profession* (pp. 265-305). Montréal, Canada : G. Morin.
- Danon-Hersch, N., Marques-Vidal, P., Bovet, P., Chiolerio, A., Paccaud, F. M., Pécoud, A., ... Vollenweider, P. (2009). Prevalence, awareness, treatment and control of high blood pressure in a Swiss city general population: The CoLaus study. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation, 16*, 66-72.
- Dean, S. C., Kerry, S. M., Khong, T. K., Kerry, S. R., & Oakeshott, P. (2014). Evaluation of a specialist nurse-led hypertension clinic with consultant backup in two inner city general practices: randomized controlled trial. *Family Practice, 31*(2), 172-179. <http://doi.org/10.1093/fampra/cmt074>
- Devine, E. C., & Reifschneider, E. (1995). A meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with hypertension. *Nursing research, 44*(4), 237-245.

- Dregan, A., Ravindrarajah, R., Hazra, N., Hamada, S., Jackson, S. H. D., & Gulliford, M. C. (2016). Longitudinal Trends in Hypertension Management and Mortality Among Octogenarians Prospective Cohort Study. *Hypertension*, 68(1), 97-105. <http://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.07246>
- Drevenhorn, E., Bengtson, A., Nilsson, P. M., Nyberg, P., & Kjellgren, K. I. (2012). Consultation training of nurses for cardiovascular prevention – A randomized study of 2 years duration. *Blood Pressure*, 21(5), 293-299. <http://doi.org/10.3109/08037051.2012.680734>
- Drevenhorn, E., Kjellgren, K. I., & Bengtson, A. (2007). Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. *Journal of clinical nursing*, 16(7b), 144–151.
- ELIPS. (2010). L'éducation thérapeutique du patient. Repéré à http://elips.hug-ge.ch/infos_soignants/education_therapeutique.html
- Favre, N., & Kramer, C. (2013). *La recherche documentaire au service des sciences infirmières : Méthodes et ressources*. Rueil-Malmaison, France : Editions Lamarre.
- Fondation Suisse de Cardiologie. Tension artérielle. Repéré à https://www.swissheart.ch/fr/maladies-cardiaques-avc/facteurs-de-risque/tension-arterielle.html?gclid=CJiJ_dT_q80CFZEy0wodJcEGhA&cHash=03fde2397927fa72e9f594e10f93a67a
- Forni, V., Wuerzner, G., Pruijm, M., Guihard, L., & Burnier, M. (2010). Traiter l'hypertension artérielle : l'incertitude des définitions et des cibles. *Revue Médicale Suisse*, 6, 1709-1714.
- Hacihasanoglu, R., & Gözüm, S. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 692-705. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03534.x>
- Irmak, Z., Duzoz, G., Bozyer, I. (2010). The Effectiveness of a follow-up program on blood pressure and cardiovascular risk Factors for hypertensive patients. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 28(2), 60.

- Kauric-Klein, Z. (2012). Improving blood pressure control in end stage renal disease through a supportive educative nursing intervention. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 39(3), 217-228.
- Lagger, G., Pataky, Z., & Golay, A. (2009). Efficacite de l'education therapeutique. *Revue médicale suisse*, (196), 688.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M. - McMaster University.
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redón, J., Zanchetti, A., Böhm, M., ... Zannad, F. (2013). 2013 ESH-ESC Guidelines for the management of arterial hypertension : The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*, 31(7), 1281-357. <http://doi:10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc>.
- Mancia, G., De Backer, G., Dominiczak, A., Cifkova, R., Fagard, R., Germano, G., ... Zanchetti, A. (2007). 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension*, 25(6), 1105-1187.
- Mattle, H., Nussberger, J., Hobi, C., & Junker, T. (2009). Mesurer sa tension artérielle – Il faut y penser ! *Bulletin des médecins suisses*, 90, 21-22
- Nosikov, A., & Jardel, J. – P. (2002). *Rapport su la santé en Europe 2002*. Copenhague, Danemark : Organisation mondiale de la santé EUROPE.
- Organisation Mondiale de la Santé (1998). Education thérapeutique du patient. Programme de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Repéré à http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Repéré à http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (2012). Statistiques Sanitaires Mondiales 2012. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44857/1/9789242564440_fre.pdf

- Paquette-Desjardins, D., Sauvé, J., & Pugnaire Gros, C. (2015). *Modèle de McGill : une approche collaborative en soins infirmiers*. Montréal, Canada : Chenelière Education
- Promotion de la santé Suisse. (2014). *Promotion Santé Suisse : Une fondation agissant sur mandat légal et s'appuyant sur une stratégie à long terme*. Repéré à https://promotionsante.ch/assets/public/documents/2_fr/d-ueber-uns/1-stiftung/1-auftrag-ziele/Brochure_Promotion_Sante_Suisse.pdf
- Pruijm, M., Wuerzner, G., Forni, V., Bochud, M., Pechère-Bertschi, A., & Burnier, M. (2010). Alimentation et hypertension artérielle : au-delà du sel de table. *Revue Médicale Suisse*, 6, 1715-1720.
- Santschi Chiolero V. (2007). *Adhésion au traitement médicamenteux et suivi électronique: une approche clinique de la prise en charge à long terme du patient chronique dans un réseau ambulatoire patient, pharmacien et médecin*. Thèse de doctorat inédit, université de Genève. Repéré à <http://doc.rero.ch/record/8014>
- Santschi, V., Rodondi, N., Bugnon, O., Pannatier, A., & Burnier, M. (2008). Suivi de l'adhésion thérapeutique des patients hypertendus ou dyslipidémiques par les cercles de qualité médecins-pharmaciens. *Revue Médicale Suisse*, 4, 1928-1936
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2011). *Soins infirmiers : médecine et chirurgie : Volume 2. Fonction respiratoire, cardiovasculaire et hématologique* (éd. Française). Traduction française par S. Longpré, & B. Pilote, Bruxelles, Belgique : De Boeck
- Vuille, C., & Mach, F. (2009). *Prévention cardiovasculaire à usage des praticiens*. Genève, Suisse : Editions Médecine & Hygiène
- Tourette-Thurgis, C. (2015). *L'éducation thérapeutique du patient : la maladie comme occasion d'apprentissage*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck

ANNEXE

Grille de lecture critique pour études quantitatives

Citation	Citez l'article au format en vigueur dans l'institution.
But de l'étude Clair ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Listez le(s) but(s) de l'étude, si vous avez un questionnement en quoi y répondent-ils ?
Littérature La revue de littérature est-elle concluante ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Comment les auteurs argumentent-ils la nécessité de leur étude à la lumière de la revue de littérature ?
Devis Quant, qual, mixte. Descriptif, exploratoire, explicatif, prédictif, etc.	Décrivez la méthodologie de recherche. Avez-vous identifié des biais ? Dans quel sens influenceraient-ils l'étude ?
Echantillon N = Est-il décrit en détail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Echantillonnage (qui; caractéristiques; combien ; méthode d'échantillonnage ?) Si plusieurs groupes, leurs similitudes ont-elles été testées ? Commission d'éthique (consentement éclairé obtenu) ? :
Mesures Validité ? Fiabilité ?	Quand et/ou à quelle fréquence les mesures ont-elles été réalisées ? Quelles variables sont mesurées ?

<p>Intervention</p> <p>L'intervention est-elle décrite en détail ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas d'intervention</p> <p>Y a-t-il des facteurs confondants ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'en identifie pas</p>	<p>Décrire l'intervention (focus ? par qui est-elle effectuée ? à quelle fréquence ? dans quel cadre ? l'intervention pourrait-elle être répliquée à partir des informations contenues dans l'article ?).</p>
<p>Résultats</p> <p>Mentionnent-ils la significativité et/ou les IC ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Les implications cliniques sont-elles mentionnées ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Décrivez les résultats. Sont-ils statistiquement significatifs (i.e., $p < 0.05$) ?</p> <p>Les différences entre groupes sont-elles expliquées et statistiquement interprétables ?</p>
<p>Conclusions et implications</p> <p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?</p>	<p>Quelles sont les conclusions de l'étude ? Quelles conséquences pour la pratique ? Quelles limites ou biais empêchent une généralisation ?</p>

Référence : Traduite et inspirée de : Critical Review Form – Quantitative Studies ©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M. - McMaster University.