

Document élaboré par un groupe de travail pluri professionnel
avec la participation de la HAS

Protocoles pluridisciplinaires de soins de santé primaire
en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé

HTA, conduite à tenir : découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé

ARGUMENTAIRE

Novembre 2010

Sommaire

1	Principes d'élaboration d'un protocole pluridisciplinaire de soins de santé primaire	4
2	Contexte de l'élaboration du protocole pluridisciplinaire	4
2.1	Exercice coordonné et protocolé en maison de santé, pôle de santé ou centre de santé	4
2.2	Choix du thème HTA - Anamnèse	4
2.2.1	Définition de l'HTA	4
2.2.2	Épidémiologie et contexte de l'HTA	4
2.3	Besoins exprimés en pratique	5
2.4	Objectifs du protocole pluridisciplinaire	5
2.4.1	Homogénéiser, à partir des recommandations le comportement et/ou le discours des professionnels de santé lors d'une découverte fortuite d'HTA	5
2.4.2	Informé le patient, le faire participer à la prise de décision	6
2.5	Modalités de la mise en oeuvre adaptée au système d'information et en fonction des besoins de la structure pluri professionnelle:	6
3	Recherche documentaire	6
3.1	Recommandations retenues	6
3.2	Recommandations, brochures et articles consultés	6
4	Analyse des recommandations	7
4.1	Gradation des recommandations et messages clés	7
4.2	Analyse des recommandations	7
4.3	Objectifs du protocole pluridisciplinaire	7
4.4	Messages clés retenus à partir des recommandations de bonne pratique (tableau 1 et annexe 6)	8
5	Moyens de la mise en oeuvre, outils d'aide à la décision	11
5.1	Supports existants	11
5.2	Supports mis à disposition	11
5.3	Évaluation des risques : liste des critères	12
5.3.1	Seize critères concernent les antécédents personnels et les facteurs exogènes	12
5.3.2	Estimation du RCV est basée sur 4 critères :	12
5.3.3	Sept critères d'urgence hypertensive :	12
6	Phase test n'a pas eu lieu, un retour d'expériences est attendu	12
7	Mesures d'impact	12
7.1	Modalités	13
7.2	Critères, indicateurs de suivi	13
7.3	Évaluation à long terme	13
	Annexe 1. Principes d'élaboration d'un protocole pluridisciplinaire de soins de santé primaire en maison de santé, pôle de santé et centres de santé	14
	Annexe 2. Stratégie thérapeutique en fonction des résultats de la pression artérielle	16
	Annexe 3. Modalités de prise de la pression artérielle	17
	Annexe 4. Indications de l'Automesure et mesure ambulatoire de la pression artérielle sur 24 heures (MAPA)	17
	Annexe 5. Principales sources d'erreur associées à la prise de la PA	18

Annexe 6. La prise en charge du patient hypertendu repose à la fois sur les valeurs de la pression artérielle et sur le niveau de risque cardio-vasculaire global (RCV).....	19
Annexe 7. Schéma des délais d'intervention médicale.....	20
Annexe 8. Messages-clés, supports et destinataires.....	21
Annexe 9. Actualisation des connaissances, reminders découverte fortuite d'HTA par un professionnel de santé.....	22
Annexe 10. Fiche de suivi.....	23
Annexe 11. Fiche information patient : teneur en sel et sodium de quelques aliments et conseils hygiène de vie.....	25
Participants	26

1 Principes d'élaboration d'un protocole pluridisciplinaire de soins de santé primaire

Un protocole pluridisciplinaire de soins de santé primaire (PPSSP) a pour objectif de répondre à une demande de professionnels de santé, organisés en maison ou pôle de santé ou en centre de santé afin d'harmoniser leurs pratiques à partir de recommandations de bonnes pratiques existantes. Ces thèmes concernent les soins de santé primaire (premiers recours, suivi ou prévention) ambulatoires. Les principes d'élaboration sont décrits dans l'annexe 1.

2 Contexte de l'élaboration du protocole pluridisciplinaire

2.1 Exercice coordonné et protocolé en maison de santé, pôle de santé ou centre de santé¹

Le parcours de soins coordonné, impliquant des professionnels de santé (PS) de disciplines diverses, repose sur une **organisation de qualité**, et une **coordination pluriprofessionnelle** autour d'un **projet de santé** commun. Cet **exercice coordonné** a pour objectif de garantir aux patients, sur l'ensemble du territoire, un accès équivalent, à la prévention programmée et à des soins de qualité. Ces professionnels de santé, regroupés (maison de santé, pôle de santé, centres de santé), dans une fédération régionale, voire nationale, repèrent des **besoins de protocolisation de la prise en charge** dans les domaines de la prévention ou des soins.

2.2 Choix du thème HTA - Anamnèse

2.2.1 Définition de l'HTA

L'hypertension artérielle, est définie de façon consensuelle par une PAS > 140 et/ou PAD > 90, mesurée au cabinet médical et confirmée (au minimum par 2 mesures par consultation, par un appareil validé, avec un brassard de taille adapté au bras) au cours de plusieurs consultations successives sur une période de 3 à 6 mois. La confirmation par une automesure ou une MAPA, repose sur des chiffres plus bas : PAS > 135 et/ou PAD > 85 (RPC juillet 2005). L'hétérogénéité des mesures expose à des interprétations erronées.

Les chiffres moyens varient avec l'âge et le sexe : moins de 130 avant 35 ans (116 chez les femmes), la PAS s'élève à 150 (145,6 chez les femmes) à partir de 64 ans.

Le tabagisme et une consommation excessive de sel influent sur la pression artérielle.

Chez le diabétique et l'insuffisant rénal les chiffres de l'HTA sont ramenés à 130/80.

2.2.2 Épidémiologie et contexte de l'HTA

La prévalence de l'hypertension artérielle dans la population est très importante en France puisque plus de 10 millions de patients sont aujourd'hui traités par un antihypertenseur, soit plus de 20 % de la population adulte. Il s'agit souvent de patients relativement âgés dont un peu moins de la moitié bénéficie d'une prise en charge en affection longue durée (ALD).

Une découverte fortuite d'hypertension peut entraîner des réactions excessives de crainte pour sa santé, ou plus rarement un déni. Cette crainte de danger imminent ou de gravité existe dans la population globale, et aussi chez les professionnels de santé non médecins.

¹ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/lexercice_coordonne_et_protocole_en_ms_ps_et_cs_-_novembre_2007.pdf

De fait, l'HTA est un des principaux facteurs de risque cardio-vasculaire (RCV) ; sa prise en charge précoce et l'atteinte d'un contrôle tensionnel optimal permettent d'éviter l'apparition des pathologies cardio-vasculaires qui sont des causes importantes de morbidité, de mortalité et de handicap. Le coût de la prise en charge de l'HTA pour la collectivité est important et sans cesse croissant puisque les seuls médicaments antihypertenseurs représentent un total annuel de plus de deux milliards d'euros pour l'assurance maladie, soit environ 10 % des dépenses de médicaments.

La prise en charge repose sur les valeurs de la pression artérielle (PA) et sur le risque cardiovasculaire (RCV) global.

Essentiellement réalisée par les MG, concernés par le diagnostic, la stratégie thérapeutique et le suivi. Le MG voit sa consultation assez souvent désorganisée par des consultations « en urgence », afin de contrôler la réalité d'une hypertension découverte fortuitement par d'autres PS (appareils à disposition en officines), ou lors de simples contrôles de routine chez le masseur kinésithérapeute (MK) ou l'infirmière (IDE) ou un autre PS.

Les mesures hygiéno-diététiques sont recommandées chez tous les patients hypertendus, quel que soit le niveau tensionnel. Dans la phase de diagnostic, lors du repérage d'éventuelles sources d'erreur dans la prise de pression artérielle, une information des patients afin de les éviter, présente l'intérêt d'initier des changements de comportement qui permettront une baisse des chiffres tensionnels. Cette **éducation en santé**, délivrée par des professionnels compétents afin d'agir sur des facteurs de risque modulables et « patient-dépendant », ouvre la perspective d'une véritable éducation thérapeutique, si l'hypertension est avérée.

2.3 Besoins exprimés en pratique

L'intérêt de la pluridisciplinarité est prouvé dans la prise en charge de l'HTA. Une découverte fortuite lors d'examen systématique ou d'un contrôle spontané de la PA est assez fréquente et soulève des **questionnements** :

- Quel comportement adopter en cas de découverte fortuite d'HTA par un PS : MT, pharmacien, IDE, lors d'une automesure ou d'un examen préopératoire d'anesthésie etc ?
- Si la prise de PA peut être faite par tous les PS, quel crédit apporter à un appareil non homologué et/ ou non contrôlé ?
- Quelles sont les circonstances qui font monter le PA ponctuellement, sans qu'on puisse parler d'HTA ?
- Peut-on harmoniser et adapter le comportement des différents professionnels de santé qui découvrent une pression artérielle élevée inconnue jusque là, en fonction :
 1. des chiffres de PA découverts ;
 2. du caractère isolé ou non de l'HTA, avec ou sans signes associés pour éliminer les situations avec signes associés (ex hémorragie méningée) ;
 3. des circonstances de survenue ;
 4. de la possibilité d'évaluation du RCV ;
 5. de l'environnement médicalisé.

2.4 Objectifs du protocole pluridisciplinaire

2.4.1 Homogénéiser, à partir des recommandations le comportement et/ou le discours des professionnels de santé lors d'une découverte fortuite d'HTA

Tous les PS peuvent être concernés, en particulier les IDE, médecin du travail (MT), pharmacien, MK, etc .

- Disposer des résultats de PA datés, et identifiés, de la confirmation ou non **d'une HTA** ;
- Adapter la prise en charge de l'hypertension, et en particulier le **décalage de consultation médicale**, en fonction des chiffres tensionnels et du RCV.

2.4.2 Informer le patient, le faire participer à la prise de décision

- En le faisant participer au diagnostic par un contrôle tensionnel par l'automesure ;
- En négociant avec lui des modifications de comportement basées sur les mesures hygiéno-diététiques recommandées, concernant l'éviction de facteurs exogènes potentiellement hypertensifs, en fonction de son risque cardiovasculaire (éducation en santé voire thérapeutique) ;
- En le faisant participer à la prise de décision concernant les délais de recours au MG.

2.5 Modalités de la mise en oeuvre adaptée au système d'information et en fonction des besoins de la structure pluri professionnelle:

Le support Excel proposé, peut permettre **d'identifier les besoins** d'amélioration des pratiques, à propos de l'analyse de quelques prises en charge, soit en prospectif soit en rétrospectif de 3 à 5 dossiers. C'est un outil qui peut être simplifié.

Les autres outils (annexes et *reminders*) peuvent être repris et intégrés, par les éditeurs, dans les logiciels plutôt ciblés exercice pluridisciplinaire (ICT, Hellodoc, Medistory, Axisanté 5, etc.).

3 Recherche documentaire

3.1 Recommandations retenues

- Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle : actualisation RBP HAS (1999), juillet 2005 et synthèse.
- Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) : Guide d'implémentation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique. Mise à jour 2008.
- Actualisation de la 4^e CC en médecine d'urgences : l'HTA au service d'accueil et d'urgences 2005.
- *Joint National Committee V* 1993 : délais d'intervention en rapport avec l'ancienne classification en 4 stades.
- NHS management of hypertension in adults in primary care; review nov 2009.
- « Efficacité des méthodes de mise en oeuvre des recommandations médicales ». Paris : ANAES, 2000 ».
- Éducation thérapeutique du patient : Définitions, finalités et organisation HAS, 2007.
- Guide et recommandations: élaborer une brochure d'information pour les patients et usagers du système de santé, HAS juin 2008.

3.2 Recommandations, brochures et articles consultés

- BEH 16/12/2008 : surveillance de l'hypertension artérielle en France : éditorial, PrJ Menard.
- Georg G, Colombet I, Durieux P, Ménard J, Meneton P. A Comparative Analysis of Four Clinical Guidelines for Hypertension Management. *Journal of Human Hypertension* (2008) 22, 829-837; doi:10.1038/jhh.2008.99; published online 7 August 2008.
- Revue Prescrire : poussée hypertensive : l'urgence n'est pas de baisser la pression artérielle. fev 2003, 326 : 129-30.
- Revue Prescrire :préhypertension artérielle, un concept utile aux marchands, pas aux patients. dec 2006 ; 278 :843-44.
- JN Fiessenger, N Postel-Vinay, G Bobrie : l'automesure tensionnelle : recommandations de la commission IV des maladies cardiovasculaires ; Communiqué adopté le 9 mars 2010.

4 Analyse des recommandations

4.1 Gradation des recommandations et messages clés

La gradation des recommandations françaises de l'Anaes et de l'Afssaps est habituelle, basée sur le niveau de preuve des études, en grade A, B, C, AP.

La gradation de l'*American Association of Pediatrics*² (AAP), différente de celle retenue à la HAS, a retenu l'attention du groupe. Le grade s'exprime en 5 niveaux (A, B, C, D, X), leur niveau D correspondant à un avis d'expert (soit AP), le niveau X correspondant à une recommandation forte en absence de preuve mais avec une prépondérance bénéfique sur préjudice nette.

La force des recommandations est la résultante des grades et du rapport bénéfice - risque : Forte recommandation, recommandation, pas de recommandation et option. Lorsque la balance entre bénéfices et préjudices est équilibrée, la recommandation se transforme en option, c'est une option laissée au médecin et /ou, au professionnel de santé prescripteur ou effecteur.

Le groupe de travail a jugé utile d'exprimer, de manière explicite et simple, les messages clés, en 3 niveaux :

R : « il est recommandé de » correspondant aux grades A ou B français ou recommandation et forte recommandation américaine ;

RN : « il est recommandé de ne pas » correspondant à no recommandation ;

O : « option » : prescription laissée à l'appréciation du prescripteur.

4.2 Analyse des recommandations

- La recherche bibliographique vise à répondre aux problèmes posés par les professionnels de santé. Elle porte prioritairement sur les recommandations récentes (si possible de moins de 5 ans), d'abord françaises, étrangères si besoin.
- **En fait, il a fallu remonter à des recommandations de 1993 de la *Joint National Committee***, reprise en 2005 dans l'actualisation en médecine d'urgence, **pour retrouver une notion de délais de prise en charge**, qui a été confrontée à la réalité du terrain avant d'être adoptée. Les 4 stades, existant à cette époque, ont été réduits à 3 stades : HTA légère, modérée et sévère, selon les chiffres de la TA et /ou l'atteinte des organes cibles.
- Concernant les délais d'intervention qui préoccupent le GT.
 - absence de corrélation entre les chiffres et l'estimation du RCV hors mis l'absence de signes cliniques de gravité et la nécessité d'effectuer un FO à partir de 180/110.
 - quelques articles plus récents et/ou ciblés sur les questions en suspend, ont permis d'affiner la recherche.
- Une veille bibliographique est effectuée à la HAS et par les professionnels de santé qui mettent en oeuvre le protocole.

4.3 Objectifs du protocole pluridisciplinaire

- Respecter les conditions de contrôle des chiffres tensionnels, (patient et matériel).
- S'assurer de la réalité de l'HTA, dans les conditions requises.
- Tempérer le recours à la consultation médicale après une analyse bénéfice-risque.

Ce protocole peut servir de base scientifique à certains professionnels de santé, dans la perspective de protocoles de coopération (à partir du schéma en annexe 6).

² Diagnosis and management of bronchiolitis : fig1 : integrating evidence quality with assessment of the anticipated balance between benefits and harms . AAP : Oct 2006

4.4 Messages clés retenus à partir des recommandations de bonne pratique (tableau 1 et annexe 6)

- L'appellation « messages-clés » a été retenue car elle illustre l'appropriation des recommandations par le groupe pilote. Elle permet aussi d'harmoniser les styles différents de rédaction à partir des recommandations sources, en tenant compte de la réalité des exercices professionnels.
- Les messages clés font l'objet de **reminder** liés aux **critères du suivi** de la fiche de suivi, pour les professionnels de santé et/ou servent de base à l'éducation en santé du patient.
- **L'éducation en santé puis thérapeutique sont** incontournables. Elle débute par une information d'hygiène de vie lors de la découverte initiale d'HTA. Elle repose sur des mesures hygiéno-diététiques négociées avec le patient, objectif diététique acceptable et partagé avec le patient et adapté à son mode de vie. Chez un fumeur, l'arrêt du tabagisme est primordial. L'exercice physique recommandé tient compte des recommandations et des préférences du patient.
- Dans la **coordination multi professionnelle**, le MG est bien placé pour évaluer le risque cardio vasculaire, alors que l'infirmièr(e) diplômé(e) en éducation thérapeutique et/ou la diététicienne sont plus performants concernant l'éducation en santé ou thérapeutique.

Tableau 1. Références des recommandations « dans le texte ».

Messages clés	Sources				Niveau de recommandations
	Poussée hypertensive de l'adulte Afssaps mai 2002 et NHS management of hypertension in adults in primary care; review nov 2009	Le consensus de 1994 Joint Committee FMU actualisation HTA au service accueil urgence 2005	Guide d'implémentation dépistage et suivi HTA en milieu clinique. INSB Québec 2008 et programme éducatif canadien sur l'HTA (PECH)	Prise en charge des patients adultes atteints d'HTA Actualisation et Synthèse des recommandations HAS 2005	R, RN, O
La réalité d'une hypertension (TA >140/90) se vérifie par 2 mesures lors de 3 contrôles ou consultations différent(e)s, au cabinet. Chez un sujet assis, après 5 minutes de repos, dos maintenu, bras sur table, jambes non croisées, vessie vide, immobile, relaxé, ne parlant pas, brassard huméral de taille adaptée, correctement placé.	Avant de porter un diagnostic d'HTA répéter les contrôles tensionnels <i>To identify hypertension (persistent raised blood pressure >140/90) two subsequent clinic appointments from 2 readings under best conditions available. Arm support is very important.</i>	Pour vérifier une pression artérielle, multiplier les mesures au cours d'une même consultation ou de consultations répétées Gr A.	La mesure de la PA est la moyenne de 2 lectures à au moins une minute d'intervalle.	L'HTA doit être mesurée au cabinet médical et confirmée par 2 mesures par consultation au cours de 3 consultations successives sur une période de 3 à 6 mois.	R
L' automesure résulte de la moyenne de 3 prises réalisées à 1-2 mn d'intervalle, Son évaluation se fait à partir des résultats de 2 prises/j pendant une semaine. Hypertension > 135/85.	<i>Use Ambulatory BP monitoring if white coat effect is suspected.</i>		La valeur de référence par automesure à domicile est PAS 135 PAD 85mm Hg.	Il est recommandé de mesurer la PA en dehors du cabinet médical afin de s'assurer de sa permanence en dessous de 179/109.	R
Le délai de consultation médicale lors de la découverte d'HTA entre PAS 160-179 et PAD 100-109, varie en fonction du RCV entre plus d'un mois, et dans la journée.		Pas de traitement immédiat mais TA à contrôler dans l'heure pour une HTA légère ou modérée, en dessous de 179-109, donner des conseils de surveillance et de consultation médicale.		La décision de la prise en charge dépend des chiffres tensionnels et du RCV global. Entre 160-179/100-109 et 0 à 2 facteurs de risque, le risque est moyen.	
L' évaluation du risque cardiovasculaire est nécessaire en cas d'hypertension dès TA > 140/90, afin de pouvoir différer une consultation médicale au delà de 24 heures.	<i>Health professionals should be using the latest CVD risk assessment charts as listed in the current BNF or another validated risk assessment tool, to assess CVD Risk.</i>			RCV global faible si 140 < PAS < HTA < 159 et 90 < PAD < 99, sans facteur de risque supplémentaire ; Si associée à 1 ou 2 facteurs de risque le RCV est moyen.	R
Une HTA >180-110, contrôlée à 2 reprises est avérée, sévère, et nécessite un FO.	Le FO est indispensable pour confirmer l'absence de retentissement clinique de l'HTA sévère (>180-110) à très sévère au stade 3 (G B). <i>Refer immediately if the patient had TA > 180/110 with signs of papilloedema and or retinal hemorrhagic</i>	Les stades 3 et 4 (<i>hypertension sévère actuelle</i>), ne peuvent être considérés comme isolés qu'en cas de FPO normal.		Diagnostic d'HTA posé au delà de 180-110, lors de la deuxième visite d'évaluation le niveau de risque cardiovasculaire est élevé en présence d'une TA > 180/110, de diabète ou de maladie cardiovasculaire ou rénale associées.	R
Une découverte de TA ≥ 180/110 nécessite repos et réévaluation à court terme	En cas d'élévation tensionnelle ≥ 180/110 il est recommandé de	Une consultation dont le délai devrait être rapproché : dans la		En cas de PA > 180/110 il est recommandé de confirmer par 2	

Protocole pluridisciplinaire hypertension artérielle : Conduite à tenir lors d'une découverte fortuite de pression artérielle élevée par un professionnel de santé

(quelques heures).	contrôler ce niveau élevé de PA : Repos et réévaluation à court terme (quelques heures).	semaine au stade 3 et dans la journée au stade 4.		mesures par consultation au cours de 2 consultations rapprochées.	
Urgence hypertensive au dessus de 210-120, et/ou en présence de signes de souffrance viscérale (convulsions, céphalées, douleurs abdominales), nécessite une médicalisation dans l'heure.	Si souffrance viscérale grave et récente déficit neurologique aigu, OAP, dissection aortique, éclampsie urgence hypertensive : prise en charge hospitalière sous surveillance semi continue de la PA.	Recommande pour le stade 4 (TA> 210-120) une mise sous surveillance et un traitement dans l'heure.	Urgence hypertensive en cas de PAD>130, ou de signes d'encéphalopathie, dissection Ao, d'IVG aiguë ou d'ischémie aiguë (convulsions, céphalées, douleurs abdominales).		
La baisse de la PA en urgence doit se faire sous surveillance médicale hospitalière , pas de nifépidine ni d'autre médicament par voie orale ni sublinguale.	L'urgence thérapeutique hypertensive grade 3, justifie l'hospitalisation. (Gr A) En cas de déficit neurologique : ne pas faire baisser la TA lors de la prise en charge initiale (Gr A).				

* JN Fiessenger, N Postel-Vinay, G Bobrie : L'automesure tensionnelle. Recommandations de la commission IV des maladies cardio vasculaires Communiqué adopté le 9 mars 2010

5 Moyens de la mise en œuvre, outils d'aide à la décision

Ils concernent la nature et l'articulation des interventions des différents professionnels, la prévention individuelle et collective ; l'éducation thérapeutique des patients. Ils sont déclinables et adaptables selon les possibilités locales d'intégration à des logiciels et/ou dossier.

5.1 Supports existants

- Supports de la mise en œuvre des Maisons de santé Bletterans et Pont d'Ain.
- Documents des réseaux cardiovasculaires.

5.2 Supports mis à disposition

Une fiche de suivi pour les professionnels de santé, facilite l'actualisation des connaissances des professionnels de santé, permet de s'assurer de la mise à jour des données du patients et de celles des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge, le suivi et/ou l'éducation en santé.

Les critères déclenchent automatiquement **une trentaine de reminders synthétiques**.

Des **alertes** colorées sensibilisent à des prises en charges particulières, ou des signes de gravité ou d'urgence.

Certains documents plus conséquents issus des RBP font l'objet **d'onglets spécifiques**, en annexes dans cet argumentaire :

1. bonnes pratiques de mesure tensionnelle et l'indication d'automesure ou de MAPA ;
2. évaluation du RCV ;
3. délais d'intervention médicale ;
4. mesures hygiéno-diététiques, et la teneur en sel des aliments courants ;
5. questions du patient et réponses des PS, l'information et l'éducation en santé du patient.

Ces éléments n'ont pas fait l'objet de test, mais **sont mis à disposition des professionnels de santé** intéressés, et en primeur aux membres du groupe pilote pluri professionnel. Chaque maison de santé en adaptera tout ou partie comme **reminders** selon les capacités de leurs logiciels :

- **Argumentaire** du protocole pluridisciplinaire incluant tous les outils en annexes ;
- **Fiche de suivi** (annexe 9). Partagée par tous les professionnels de santé de la structure, informatisée (Excel). Les **messages clés** (annexe 7) y font l'objet de reminders automatiques, avant d'inscrire la réponse à partir d'un menu déroulant. 4 rubriques :
 1. coordonnées identitaires du patient, des professionnels de santé,
 2. évaluation des risques, les antécédents et les facteurs exogènes pouvant être responsables d'HTA,
 3. résultats des chiffres tensionnels et leur moyenne,
 4. stratégie de prise en charge de la découverte d'HTA,
 5. calcul automatique du RCV,
 6. description des critères d'urgence hypertensive,
 7. tableau des délais de consultation en fonction des résultats chiffrés de la pression artérielle et du risque cardiovasculaire.
- Actualisation de connaissances (annexe 8) peut permettre aux professionnels de santé de partager avec le patient la **prise de décision concernant le délai de l'intervention médicale**.
- Deux **fiches information patient** sur la teneur en sel des aliments courants et sur les conseils d'hygiène de vie (annexe 10).

5.3 Évaluation des risques : liste des critères

5.3.1 Seize critères concernent les antécédents personnels et les facteurs exogènes

- Surpoids voire obésité ;
- Tabagisme ;
- Stress ;
- Exercice physique ;
- Diabète ;
- Insuffisance rénale ;
- Dyslipidémie ;
- Déséquilibre hygiéno-diététique ;
- Grossesse ;
- Apnée du sommeil ;
- Stupéfiants ;
- Alcool : consommation excessive de réglisse ;
- Stéroïdes, AINS ;
- Contraceptifs oraux et hormones sexuelles ;
- Vasoconstricteurs ;
- Consommation de sel > 6g / jour.

5.3.2 Estimation du RCV est basée sur 4 critères :

- Tabagisme ;
- Antécédents familiaux d'accident cardiovasculaire précoce ;
- Diabète ;
- Dyslipidémie.

5.3.3 Sept critères d'urgence hypertensive :

- Douleur abdominale ;
- Dyspnée ;
- Vertiges ;
- Nausées vomissements ;
- Troubles de la conscience ; troubles de la vision ;
- Paresthésies ;
- Pâleur.

Le résultats de 3 mesures tensionnelles et leur moyenne, permet d'affirmer l'hypertension et d'adapter la prise en charge selon les recommandations.

Une **analyse rétrospective de quelques dossiers** permet de souligner les critères à améliorer qui feront l'objet d'indicateurs dans une structure donnée.

6 Phase test n'a pas eu lieu, un retour d'expériences est attendu.

Les maisons centres et pôles de santé subissent la pression existentielle de leur financement. Ces structures ont donc souhaité intégrer, sans participer à un test national, tout ou partie de ce protocole, après adaptation à leurs logiciels.

7 Mesures d'impact

Elles reposent sur un suivi d'indicateurs pertinents pour la structure et/ou une inscription à des registres.

Elles sont variables selon les moyens de traitement de données à disposition : interne au niveau d'une maison de santé, avec un appui régional (ARS), voire national (Fédération des maisons de santé, Organisme agréé DPC, etc.)

7.1 Modalités

Le mode prospectif peut être retenu pour inclure les nouveaux patient dont la pression artérielle est élevée , lors d'un contrôle chez un professionnel de santé.

Le mode rétrospectif, peut présenter l'intérêt d'une analyse de contenu du dossier, en particulier au niveau du contrôle de l'hypertension, d'un recours à une consultation médicale, et du délais de ce recours.

7.2 Critères, indicateurs de suivi

Les critères de suivi devraient permettre aux maisons pôles ou centres de santé de choisir, en fonction des objectifs initiaux, quelques indicateurs de suivi à moyen ou long terme.

Ex : tenue d'un registre des hypertendus, pourcentage de suivis avec prise en charge non médicamenteuse, avec traitement médicamenteux, pourcentage d'appel au 15, taux d'hospitalisation évitées.

7.3 Évaluation à long terme

Un suivi d'indicateur dans la durée pourrait vraiment permettre de conclure sur l'intérêt de l'inclusion de ce protocole en routine dans les maisons de santé pluridisciplinaires.

Annexe 1. Principes d'élaboration d'un protocole pluridisciplinaire de soins de santé primaire en maison de santé, pôle de santé et centres de santé

Une méthode simplifiée devrait être élaborée à la HAS et mise à disposition des professionnels de santé travaillant en équipe dans le domaine des soins primaires en 2011.

Un groupe qui pilote la conception d'un protocole pluridisciplinaire se doit d'en rédiger une synthèse dans un argumentaire à disposition d'utilisateurs n'ayant pas participé à son élaboration. Cet argumentaire explicite les critères de choix du thème retenu, les objectifs de la mise en œuvre du protocole, les recommandations sources et les messages clés retenus.

Il doit répondre au mieux à des critères de qualité d'élaboration.

● CRITÈRES DE CHOIX D'UN THÈME DE PROTOCOLE

- Besoin fréquemment exprimé par les professionnels de santé concernés, une priorité de santé nationale ou régionale.
- Ciblage du thème, en questions ou problèmes à résoudre (par échanges entre les membres du groupe de pilotage et l'accompagnateur méthodologique HAS).
- Champ correctement référencié, en particulier des recommandations de bonne pratique.
- Écart avec les pratiques recommandées, une nouveauté ou une actualisation des recommandations.
- Intégration aisée dans la pratique par la mise en œuvre d'outils pluri-professionnels.
- Intérêt à coordonner les interventions des différents professionnels de santé lors de la prise en charge pluridisciplinaire dans un souci d'amélioration du service rendu, au patient, à l'utilisateur ou à la population.
- Nécessité d'homogénéiser les pratiques coordonnées.
- Mesure d'impact possible, y compris en terme d'efficacité.

● OBJECTIFS D'UN PROTOCOLE PLURIDISCIPLINAIRE

- Proposer des supports pratiques d'aide à la décision coordonnée, des aides mémoires informatisés aux professionnels de santé, intervenant dans une démarche pluridisciplinaire de prise en charge de pathologies courantes, de prévention ou d'éducation thérapeutique.
- Après s'être assuré de l'existence de recommandations de bonnes pratiques, harmoniser leur mise en œuvre par des professionnels de santé différents aux actions coordonnées. Il ne s'agit pas d'écrire une recommandation ni même de l'actualiser.
- Valoriser les productions professionnelles de bonne qualité en particulier les outils pratiques.
- Valider un protocole, concevoir les moyens de sa mise en œuvre et initier le suivi d'indicateurs.
- Diffuser ces supports pratiques informatisés.

● CRITÈRES DE QUALITÉ D'ÉLABORATION D'UN PROTOCOLE

- Choix du thème en fonction des critères ci-dessus.
- Analyse de la littérature correspondante (expertise scientifique garante de l'acceptabilité) en vue de sélectionner les recommandations pertinentes, et de se les approprier par une nouvelle rédaction sous forme de **messages-clés**, synthétiques et clairs, adaptés aux objectifs.
- Collecte et analyse des expériences locales et des outils existants (arbres décisionnels pluri professionnels, reminders, fiches de suivi patient, d'info patient, questionnaires, affiches, rappels informatisés etc.).
- Élaboration d'un protocole commun pluridisciplinaire, par pathologie ou symptôme, pour les patients concernés, mais adapté à chaque cas. Ce protocole peut être complété si besoin de protocoles de prise en charge spécifiques à certains professionnels de santé. Il est aussi adaptable en fonction des compétences professionnelles et des ressources locales.

- ▶ Mise à disposition d'outils pratiques de la mise en œuvre : à partir des supports existants : fiches de synthèse des RBP ou des maladies chroniques (HAS, autres), fiches information patient ou familles (Inpès, réseaux...), les adapter ou en créer, concevoir des actualisations de connaissances (**rappels informatisés (reminders)**) pour les professionnels de santé.
- ▶ **Test d'acceptabilité du protocole et de la faisabilité de sa mise en œuvre** concernant les messages clés et supports, auprès des équipes pluridisciplinaires (regroupées en maison de santé, pôles de santé ou centres de santé) ; chaque professionnel de santé étant sollicité pour renseigner un questionnaire-acceptabilité-faisabilité.
- ▶ Proposition de modalités de suivi de la mise en place du protocole pluridisciplinaire qui intègrent, autant que faire se peut, la notion d'efficience.
- ▶ Veille documentaire afin de mettre à jour le protocole (sur les recommandations) et les outils.

● CONDITIONS OPTIMALES DE MISE EN ŒUVRE D'UN PROTOCOLE PLURIDISCIPLINAIRE

Une équipe pluridisciplinaire qui souhaite protocoliser la coopération des professionnels de santé exerçant dans la maison le pôle ou le centre de santé le fera d'autant plus facilement qu'elle :

- ▶ choisit les protocoles pluridisciplinaires de dépistage et de prévention individuelle ou collective ou de soins en fonction des **besoins locaux** d'amélioration des pratiques et en cohérence avec les priorités de santé publique territoriales, régionales ou nationales. Les thèmes peuvent concerner la prise en charge d'une pathologie, d'un symptôme, l'éducation en santé ou l'éducation thérapeutique, ou encore le circuit de soins du patient ;
- ▶ utilise un **support partagé**, dossier ou autre document thématique (papier ou informatique) ;
- ▶ informe et forme les professionnels de santé afin d'harmoniser les connaissances et de coordonner les pratiques locales (**réunions de développement professionnel continu**) ;
- ▶ **analyse et suit les améliorations mises en place**, à l'aide de paramètres cliniques notés dans les dossiers, questionnaires de satisfaction soignants et/ou patients ou mesures d'impact d'actions sanitaires entreprises ;
- ▶ l'équipe en **restitue les résultats** lors de réunions de concertation-coordination concernant le fonctionnement de la structure et les relations avec les acteurs locaux médicaux et sociaux ;
- ▶ organise la mise en œuvre de **l'information des patients-usagers**, en les faisant participer à la conception ou au test des outils (fiches d'information et/ou affiches pour les salles d'attente, carnets de suivi) qui leur sont destinés en organisant des séances individuelles ou collectives d'éducation en santé ou thérapeutique ;
- ▶ **actualise les protocoles** en fonction de la veille documentaire.

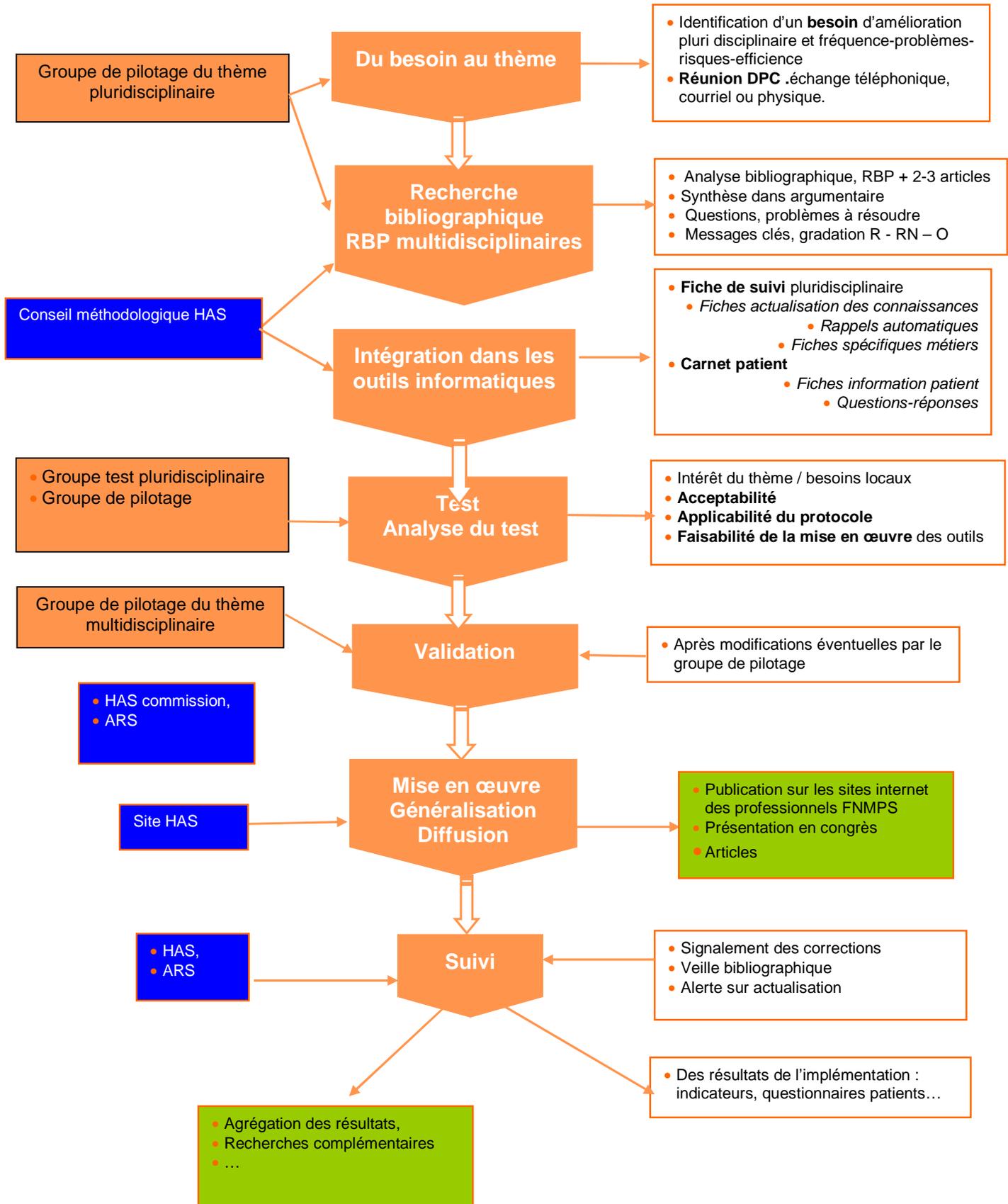


Figure 1. Récapitulatif de l'élaboration de protocoles de soins de santé primaire en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé

Annexe 2. Stratégie thérapeutique en fonction des résultats de la pression artérielle

(Sources : HAS. Guide ALD juillet 2007)

Facteurs de risques	PA140-159 / 90-99	PA160-179 / 100-109	PA ≥180 / 110
0 FDR CV	Risque faible MHD 6 mois puis TTT pharmaco si objectif non atteint	Risque moyen MHD 1 à 3 mois puis TTT pharmaco si objectif non atteint	Risque élevé MHD et TTT pharmacologique
1 à 2 FDR	Risque moyen : mesures H'Diet MHD 1 à 3 mois puis TTT pharmaco si objectif non atteint		
≥ 3 FDR CV et/ou AOC et/ou diabète	Risque élevé MHD et TTT pharmacologique		
Maladies cardiovasculaires ou rénales associées			

FDR CV : facteur de risque cardio-vasculaire – MHD : mesures hygiéno-diététiques – TTT : traitement – AOC : atteintes des organes cibles.

Annexe 3. Modalités de prise de la pression artérielle.

(Sources : Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle 2005 Actualisation HAS 2005)

- minimum 2 mesures par consultation (une mesure à chaque bras au cours de la 1^{re} consultation) ;
- avec un appareil validé, un brassard adapté à la taille du bras et placé sur le plan du cœur ;
- chez un patient en position couchée ou en position assise depuis plusieurs minutes ;
- avec recherche systématique d'une hypotension orthostatique (particulièrement sujet âgé, diabétique).

Annexe 4. Indications de l'Automesure et mesure ambulatoire de la pression artérielle sur 24 heures (MAPA)

Ces compléments à la mesure conventionnelle permettent d'éviter les erreurs de diagnostic par excès (HTA blouse blanche) ou par défaut, plus rares (HTA masquée ou ambulatoire isolée) et, de s'assurer de la permanence de l'HTA.

Avant de débiter un traitement :

- si PA entre 140-179/90-109 mmHg et en l'absence d'une atteinte des organes cibles, d'antécédent cardio ou cérébro-vasculaire, de diabète ou d'insuffisance rénale ;
- chez le sujet âgé (après s'être assuré de sa faisabilité).

À tout moment de la prise en charge :

- en cas d'HTA résistante et dans l'évaluation thérapeutique.

Indications plus spécifiques à la MAPA :

- évaluer le mode de variation de la PA nocturne ;
- rechercher une variabilité inhabituelle de la PA ;
- dans les cas où l'automesure n'est pas réalisable.

Automesure	135/85 mmHg
MAPA éveil	135/85 mmHg
MAPA sommeil	120/70 mmHg
MAPA 24 h	130/80 mmHg

Seuils de pression artérielle
définissant une HTA pour
les mesures hors cabinet médical
(moyenne des mesures)

Annexe 5. Principales sources d'erreur associées à la prise de la PA

(Source : Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) : Guide d'implémentation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique. mise à jour 2008. Page 36 ou 134)

SOURCES D'ERREUR DANS LA MESURE DE LA PA		
Source : Reeves, 1995. et tableau 5 du PECH guide Québec		
Sources d'erreur	EFFETS en mm de Hg	
	PAS	PAD
Vient de fumer	+ 6	+5
Vient de boire un café	+ 11	+5
Vessie distendue (envie d'uriner)	+15	+10
Mesure prise en parlant	+7	+8
Brassard trop petit	-8 à+10	-2 à +8
Brassard posé sur les vêtements	+5à+50	-
Bras du patient non soutenu	+1à+7	+5 à +11
Dos du patient non soutenu	+6à+10	-
Trou auscultatoire manqué	-10à-50	-
Arrondissement entre 0.5 et 10mmHg	-10	-10

Plusieurs facteurs peuvent fausser la mesure de la pression artérielle liés :

- au patient (usage de tabac ou café dans les minutes qui précèdent la lecture, pas de temps de repos avant la mesure, position du patient, etc.),
- au matériel utilisé (calibrage, positionnement) et à la technique employée (valeurs arrondies, brassard trop petit ou placé sur les vêtements, etc..).

Le PECH recommande d'utiliser une technique standardisée pour la mesure de la PA. Afin d'ajouter à la fiabilité de la mesure, il faut prendre les précautions suivantes :

- attendre au moins une minute entre deux lectures ;
- réviser la technique de mesure périodiquement ;
- utiliser un brassard dont la largeur convient à la circonférence du bras du patient (les repères apposés sur les brassards guident le choix de la taille et son bon positionnement) ;
- utiliser des appareils en bon état de fonctionnement et les calibrer sur une base régulière ;
- procéder régulièrement à une inspection rapide de l'appareil (vérifier la tubulure et la vessie pour les fissures, et la poire et la valve pour les fuites) ;
- remplacer progressivement les appareils au mercure par des appareils anéroïdes ou électroniques recommandés.

Annexe 6. La prise en charge du patient hypertendu repose à la fois sur les valeurs de la pression artérielle et sur le niveau de risque cardio-vasculaire global (RCV).

(Sources : HAS. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle 2005)

FACTEURS DE RISQUE UTILISÉS POUR ESTIMER LE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE GLOBAL

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

Atteinte des organes cibles

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

L'évaluation à la recherche d'une atteinte d'organe cible infraclinique (microalbuminurie chez le patient non diabétique, HVG échographique, etc.) n'est pas recommandée de façon systématique. Cette recherche peut être effectuée dans des cas spécifiques, par des cliniciens ou des équipes spécialisées.

La place réelle de ces marqueurs dans le bilan initial devra être précisée dans l'avenir, notamment par des études médico-économiques.

L'échocardiographie est indiquée chez les patients hypertendus symptomatiques (douleur thoracique, dyspnée d'effort, etc.) ou ayant un souffle cardiaque, ou en cas d'anomalie de l'électrocardiogramme (troubles de la repolarisation, bloc de branche gauche).

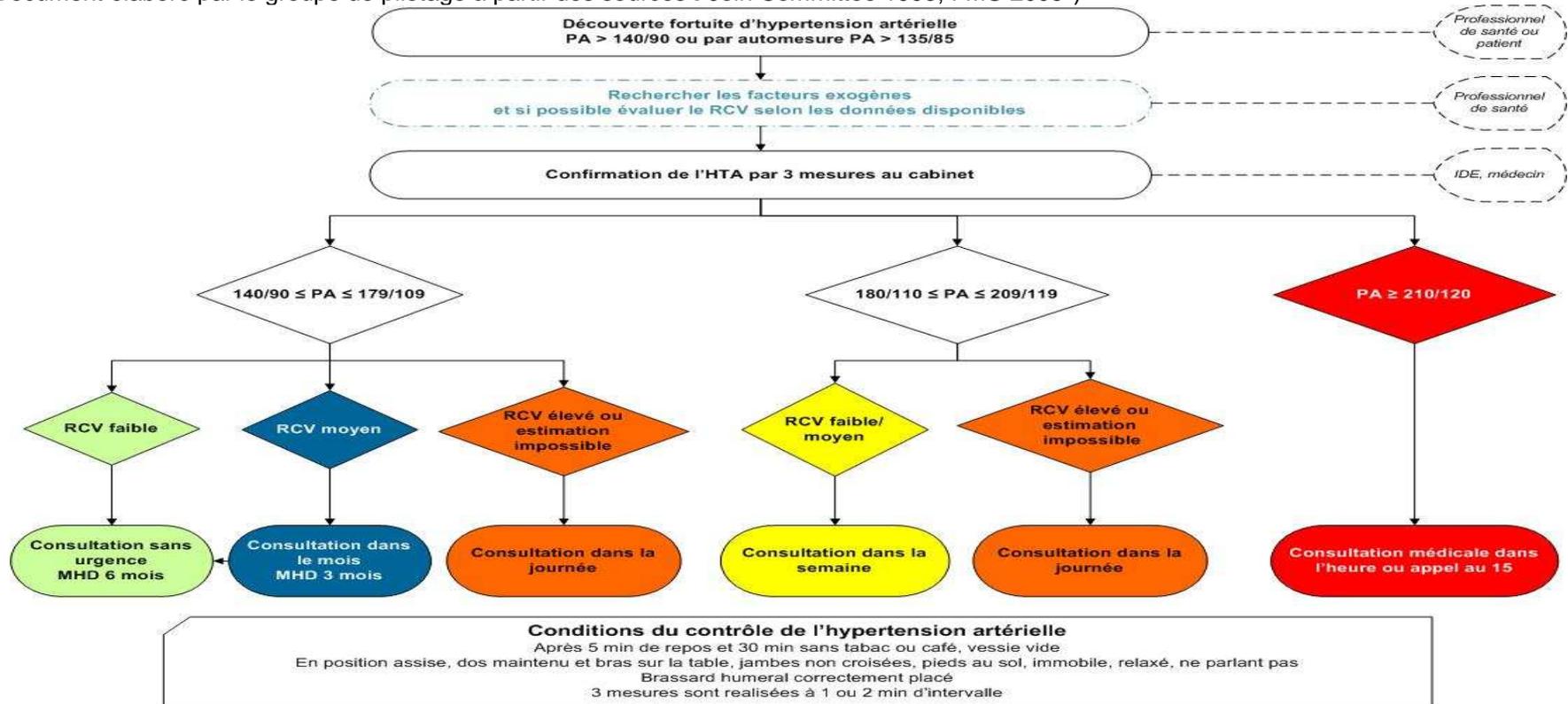
Maladies cardio-vasculaires et rénales

- Insuffisance rénale (DFG < 60 ml/min) ou protéinurie > 500 mg/j.
- Accident ischémique transitoire (AIT) et accident vasculaire cérébral (AVC).
- Insuffisance coronarienne.
- Artériopathie des membres inférieurs et aorto-iliaque.

Au terme de cette analyse prenant en compte les facteurs de risque cardio-vasculaire, l'atteinte des organes cibles et les maladies cardio-vasculaires et rénales associées, on est en mesure de déterminer si le patient présente un niveau de risque faible, moyen ou élevé.

Annexe 7. Schéma des délais d'intervention médicale

(Document élaboré par le groupe de pilotage à partir des sources : Join Committee 1993, FMU 2005*)



* Les HTA de stades 3 et 4 ne sont considérées comme isolées qu'en l'absence de rétinopathie (stade II, III) au FO. Dans ce cas, elles ne nécessitent pas de traitement en urgence mais d'un contrôle dans l'heure et d'une consultation dont le délai doit être rapproché : dans la semaine pour un stade 3 et dans la journée pour un stade 4. En présence de signes de rétinopathie, l'HTA doit être considérée comme une HTA avec retentissement clinique, c'est-à-dire nécessitant une hospitalisation et un traitement immédiat.

Annexe 8. Messages-clés, supports et destinataires.

La hiérarchisation de leur mise en œuvre repose sur les besoins et des possibilités d'amélioration d'une structure pluri-professionnelles. D'autres peuvent apparaître.

Messages clés	R, RN, O	Quel support ? <i>reminder</i> , fiche info, fiche suivi Quel destinataire ? Comment?
La réalité d'une hypertension (TA>140/90) se vérifie par 2 mesures lors de 3 contrôles ou consultations différent(e)s, au cabinet. Chez un sujet assis, après 5 minutes de repos, dos maintenu, bras sur table, jambes non croisées, vessie vide, immobile, relaxé, ne parlant pas, brassard huméral de taille adaptée, correctement placé*.	R	Fiche de suivi : tout professionnel de santé Reminder et annexe 2
L' automesure résulte de la moyenne de 3 prises réalisées à 1-2 mn d'intervalle, Son évaluation se fait à partir des résultats de 2 prises/j pendant une semaine. Hypertension > 135/85	R	Fiche de suivi : MG, IDE, ...
Le délai de consultation médicale lors de la découverte d'HTA entre PAS 160-179 et PAD 100-109, varie en fonction du RCV entre plus d'un mois, et dans la journée.	R	Fiche de suivi : MG, IDE
L'évaluation du risque cardiovasculaire est nécessaire en cas d'hypertension dès TA> 140/90, afin de pouvoir différer une consultation médicale au delà de 24 heures	R	Fiche de suivi : MG, IDE, autres PS ayant accès au dossier. Reminder : estimation RCV, annexe 5
Une HTA >180-110, contrôlée à 2 reprises est avérée et nécessite un FO	R	Fiche de suivi : MG, IDE,... Reminder : annexe 6
Une découverte de TA ≥ 180/110 nécessite du repos et une réévaluation à court terme (quelques heures)	R	Fiche de suivi : MG, IDE, ...
L' urgence hypertensive au dessus de 210-120, et/ou en présence de signes de souffrance viscérale (convulsions, céphalées, douleurs abdominales), nécessite une médicalisation dans l'heure.	R	Fiche de suivi : TOUS les PS, ...
La baisse de la PA en urgence doit se faire sous surveillance médicale hospitalière, pas de nifépidine par voie orale ni sublinguale	R	Fiche de suivi , TOUS les PS, Reminder

R : il est recommandé de, grade A ou B.

RN : il est recommandé de ne pas prescrire, de grade A ou B aussi.

O : (option) : prescription laissée à l'appréciation du prescripteur.

Annexe 9. Actualisation des connaissances, reminders découverte fortuite d'HTA par un professionnel de santé

1. L'hypertension artérielle doit être mesurée en cabinet et confirmée par 2 mesures par consultation au cours de 3 consultations successives sur une période de 3 à 6 mois.
2. L'hypertension artérielle est confirmée lorsque en cabinet PAS>140 et PAD>90, mais en auto-contrôle PAS>135 et PAD>85.
3. La cible PA chez le diabétique et l'insuffisant rénal est de PAS 130 PAD 80.
4. A partir de 80 ans, la PAS cible est de 150 mm Hg.
5. HTA> 180/110 doit être confirmée et amène à rechercher les signes de souffrance viscérale en particulier un FO.
6. En l'absence de rétinopathie (stade II, III) au FO, l'HTA sévères (stade 3) est considérée comme isolées ; ne nécessite pas de traitement en urgence mais un contrôle tensionnel dans l'heure, une consultation médicale dans la semaine en cas de RCV moyen, dans la journée si RCV élevé ou d'estimation impossible.
7. En présence de signes de rétinopathie, nécessité d'hospitalisation et un traitement immédiat.
8. La baisse de la PA en urgence doit se faire sous surveillance médicale hospitalière (pas de nifépidine par voie orale ni sublinguale).
9. Souffrance viscérale: AVC, Insuffisance cardiaque congestive, cardiopathie ischémique, dissection Aortique, éclampsie.
10. La pré-éclampsie sévère: PAS sup à 160 et PAD sup à 110 en cours de grossesse, est une urgence hypertensive.
11. FO : œdème papillaire, hémorragie, exsudats rétinien signent la gravité et une prise en charge aux urgences hospitalières.
12. L'urgence hypertensive met en jeu le pronostic vital, à très court terme.
13. Examens complémentaires requis : estimation débit de filtration glomérulaire, kaliémie sans garrot, bandelette urinaire, glycémie, chol total, HDL, LDL, triglycérides et ECG de repos.
14. HTA toxique réglisse ectasy, amphétamines, cocaïne.
15. OH : Consommation excessive d'alcool : homme >3 unités/j, femmes >2 unités/j sans pause hebdomadaire.
16. En cas de surpoids 25< IMC<30 ou d'obésité IMC>30 la cible est une perte de poids de 10 pour cent.
17. Surpoids entre 25 et 30 : obésité au dessus, alimentation variée type régime méditerranéen recommandée, avec perte de poids entre 5 et 10 % en cas d'obésité.
18. La cible LDL varie selon le risque cardiovasculaire global, en dessous 1,6 g/l, il s'abaisse en fonction des facteurs de risques associés.
19. Le diabète est un risque vasculaire majeur. La cible LDL se situe autour de 1g/l.
20. En cas de prévention secondaire (ou de diabète) la cible LDL se situe autour de 1g/l.
21. HTA iatrogène : AINS, contraception orale, corticoïdes, ciclosporine, tacrolimus, vasoconstricteurs nasaux.
22. Etiologies d'HTA à rechercher chez les jeunes : sténose artère rénale, phéochromocytome, hyperaldostéronisme primaire, coarctation aorte.
23. l'Apnée du sommeil, étiologie curable de l'HTA, est à rechercher systématiquement.
24. Consommation de sel recommandée inférieure à 6g/j soit une cuillère à thé = 5ml.
25. Le but de l'éducation thérapeutique est d'atteindre les objectifs fixés par le patient avec les PS et le plus proche possible des recommandations.
26. La diététique et à personnaliser en fonction des préférences patients, la référence étant la pyramide du régime type méditerranéen.
27. Si l'IMC est supérieur à 25, une perte de poids de 5 pourcent est suffisante pour diminuer le RCV.
28. Activités physique recommandée entre 30 et 60 mn/j 3 fois /semaine en plus des activités de la vie couranteLe type à adapter selon le patient ; Gain attendu : PAS - 5mm; PAD - 3,7mm.
29. Le tabagisme est un facteur de risque majeur, dont l'arrêt est à négocier prioritairement.
30. L'éducation thérapeutique repose sur 4 objectifs à négocier dans le temps avec le patient : se connaître soi-même, avoir confiance en soi, prendre des décisions, résoudre un problème.

Annexe 10. Fiche de suivi.

HTA : découverte fortuite par un PS		Code couleur	Calcul automatique	Menu déroulant	Remplissage manuel	Urgence ou risque majeur
IDENTITE DU PATIENT		PROFESSIONNELS DE SANTE REFERENTS				
Maison de santé :					NOM du médecin traitant	
Région					Téléphone	
Code du patient						
Coordonnées actualisées du patient ?					NOM d'un autre professionnel de santé référent	
Taille (en metre ; ex: 1,75)					Sa spécialité	
poids (en kg)					Téléphone	
Antécédents familiaux						
Antécédents personnels					NOM d'un autre professionnel de santé référent	
Difficultés psychosociales					Sa spécialité	
Age					Téléphone	
Sexe						

Evaluation des risques - Antécédents - Facteurs exogènes- Iatrogénie

SURPOIDS (IMC > 25)		Stupéfiants dont cocaïne	
TABAGISME		Consommation excessive d'alcool	
STRESS		Réglisse	
EXERCICE PHYSIQUE (3 x 30mn / sem)		Stéroïdes, AINS	
DIABETE		Contraceptifs oraux et hormones sexuelles	
INSUFFISANCE RENALE		Vasoconstricteurs	
DYSLIPIDEMIE		IMAO, Milodrine, EPO	
DESEQUILIBRE HYGIENO DIETETIQUE		cyclosporine, tacrolimus	
GROSSESSE		Apnée du sommeil	
		Consommation de sel > 6g /jour	

PRESSION ARTERIELLE	1ère mesure	2ème mesure	3ème mesure	Moyenne des 3 mesures
Date (Exemple : 01/05/08)				
Intervenants				
PAS				
PAD				

Annexe 10 (suite). Fiche de suivi

STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE dans le temps				
Date (Exemple : 01/05/08)				
Intervenants				
Confirmation de l'HTA par PS				
Suivi diététique				
Consultation sevrage tabagique				
ECG				
Examens biologiques complémentaires				
FO				
Orientation vers un autre professionnel de santé				
Délai de consultation médicale				

ESTIMATION RCV en fonction données accessibles	
Données inaccessibles, RCV inconnu	
Tabagisme	
Antécédents familiaux d'accident cardiovasculaire précoce	
Diabète (Diabète traité ou non traité)	
Dyslipidémie	
RCV	RISQUE INCONNU

URGENCE HYPERTENSIVE souffrance viscérale	
pâleur	
douleur abdominale, céphalées majeures	
dyspnée	
vertiges	
nausées, vomissements	
troubles conscience	
troubles vision	
paresthésies	

DELAI de consultation médicale en fonction des chiffres tensionnels et du RCV	PAS 140-159 / PAD 90-99: HTA légère	PAS 160-179 / PAD 100-109 HTA modérée	PAS 180-209 / PAD 110-119 HTA sévère	PA >210 / 120 HTA très sévère
Si 0 FDR	RCV faible MHD 6 mois Consultation chez le MG programmée sans urgence	RCV moyen MHD 3 mois Consultation chez le MG programmée sans urgence	Appel MG pour consultation dans la semaine	Intervention médicale immédiate OU Appel au 15
Si 1 ou 2 FDR	RCV moyen Consultation chez le MG dans le mois	RCV moyen Consultation chez le MG dans le mois	Appel MG pour consultation dans la semaine	Intervention médicale immédiate Appel au 15
Si 3 FDR et/ou diabète et/ou maladies cardiovasculaires / rénales	RCV élevé Appel MG pour consultation dans la journée	RCV élevé Appel MG pour consultation dans la journée	Appel MG pour consultation dans la journée	Intervention médicale immédiate Appel au 15
	Normal ou sans urgence	Risque moyen	Urgence ou risque majeur	

Annexe 11. Fiche information patient : teneur en sel et sodium de quelques aliments et conseils hygiène de vie

Conseils hygiène de vie :

- limitation de la consommation en sel (NaCl) jusqu'à 6 g/j ;
- réduction du poids en cas de surcharge pondérale, afin de maintenir l'IMC < 25 kg/m², ou baisse de 10 % du poids initial ;
- pratique d'une activité physique régulière, adaptée à l'état clinique du patient, d'au moins 30 min, environ 3 fois par semaine ;
- limiter la consommation d'alcool à moins de 3 verres de vin ou équivalent par jour chez l'homme et 2 verres de vin ou équivalent par jour chez la femme ;
- régime alimentaire riche en légumes, en fruits et pauvre en graisses saturées (graisse d'origine animale) ;
- arrêt du tabac, associé si besoin à un accompagnement du sevrage tabagique.

Aliment	Teneur en sodium (en mg)	Equivalence en sel (en mg)
1/4 de baguette ou un pain individuel	390	975
1 tranche de jambon de Bayonne (30 g)	455	1 138
1 tranche de jambon blanc (50 g)	438	1 095
5 rondelles fines de saucisson sec (50 g)	1 050	2 625
2 petites saucisses (100 g)	950	2 377
une portion individuelle de Roquefort (25 g)	400	1 000
une portion individuelle de camembert (30 g)	240	600
une portion individuelle d'emmenthal (30 g)	66	165
un plat cuisiné surgelé pour 1 personne (300 g)	au moins 750	au moins 1 875
une part individuelle de quiche ou pizza (150 g)	750	1 875
un sandwich jambon/beurre	1 100	2 750
3 cuillères à soupe de vinaigrette industrielle (30 g)	300	750
un sachet individuel de chips (30 g)	165	413
un bol (1/4 l) de potage en sachet	au moins 875	au moins 2 188
un croissant (50 g)	246	615
4 "petits beurres" (30 g)	150	375
2/3 de bol (50 g) de corn-flakes	500	1 250
un demi-bol de muesli (50 g)	125	313
1 verre (150 ml) d'eau de Vichy	190	475

Participants

Comité de pilotage des protocoles pluridisciplinaires de soins de santé primaire

Dr Pierre de Haas, généraliste, maison de santé, Pont-d'Ain
Dr Claudie Locquet, chef de projet HAS, Saint-Denis La Plaine
Dr Jean-Michel Mazué, généraliste, maison de santé, Bletterans
Dr Michel Serin, généraliste, maison de santé, Saint Amand-en-Puisaye.

Groupe de travail

Dr Pascal Bonnet, généraliste, maison de santé, Cessieu
M. Henri Bruno, kinésithérapeute, pôle de santé, Pesmes
Dr Pierre de Haas, généraliste, maison de santé, Pont d'Ain
Dr Philippe Despierre, généraliste, pôle de santé, Malestroit
M^{me} Michèle Dumon, infirmière, maison de santé, Pont d'Ain
Dr Catherine Elsass, généraliste, centre de santé, Belfort
M. Frédéric Garnier, pharmacien, maison de santé, Pont d'Ain
M^{me} Sabine Guillerault, diététicienne, maison de santé, Saint-Amand-en-Puisaye
M^{me} Céline Jandard, infirmière, maison de santé, Villefranche-sur-Saone
M. Jean-Paul Kerjean, kinésithérapeute, pôle de santé, Sauve

M^{me} Mirelle Locicero, infirmière, maison de santé, Sauve
Dr Claudie Locquet, chef de projet HAS, Saint-Denis La Plaine
Dr Jean-Michel Mazué, Généraliste, maison de santé, Bletterans
M^{me} Nathalie Morel, infirmière, maison de santé, Bletterans
Dr José-Philippe Moréno, généraliste, centre de santé, Belfort
Dr Anne Moulin, généraliste, centre de santé, Orly
Dr Michel Serin, maison de santé, Saint-Amand-en-Puisaye
M^{me} Fabienne Thibault, sage-femme, maison de santé, Besancon.

Remerciements

Le comité de pilotage tient à remercier l'ensemble des membres cités ci-dessus ainsi que les personnes dont les noms suivent, pour leur implication particulière :

- Le Pr Jean-Michel Chabot, conseiller médical du directeur de la HAS, Saint-Denis La Plaine, pour son soutien tout au long du projet.
- Le Dr Claudie Locquet, chef de projet HAS, pour son aide méthodologique et la conception des outils de la mise en oeuvre.
- M^{lle} Gersende Georg, chef de projet HAS, pour la conception des outils informatisés de la mise en oeuvre.
- M^{lle} Isabelle Le Puil pour la gestion des questionnaires-acceptabilité-faisabilité sur l'application web de la HAS GRaAL.
- M^{me} Catherine Solomon, assistante HAS, pour la mise en forme des documents.