



HAL
open science

L'hypertension artérielle gravidique. L'information donnée durant la grossesse. Comment la transmettre et développer les compétences des patientes

Anne Hélène Mersch

► **To cite this version:**

Anne Hélène Mersch. L'hypertension artérielle gravidique. L'information donnée durant la grossesse. Comment la transmettre et développer les compétences des patientes. Médecine humaine et pathologie. 2014. hal-01843952

HAL Id: hal-01843952

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01843952v1>

Submitted on 19 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine
École de sages-femmes de Metz

L'hypertension artérielle gravidique

L'information donnée durant la grossesse
Comment la transmettre et développer les
compétences des patientes

Mémoire présenté et soutenu par :

Anne-Hélène MERSCH

Née le 09 décembre 1990

Promotion 2010-2014

Université de Lorraine
École de sages-femmes de Metz

L'hypertension artérielle gravidique

L'information donnée durant la grossesse
Comment la transmettre et développer les
compétences des patientes

Mémoire présenté et soutenu par :

Anne-Hélène MERSCH

Née le 09 décembre 1990

Promotion 2010-2014

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur

Remerciements :

Je tiens à remercier :

En tout premier lieu mon directeur de mémoire, le Docteur VALLA, pour son aide, ses conseils et sa confiance. Pour les professionnels qu'il m'a permis de rencontrer.

Le Docteur GOETZ pour son aide et ses conseils.

Monsieur ZITO pour son accueil au sein de son service et ses conseils.

Le CHR Metz-Thionville et les cadres des services concernés pour leur autorisation à réaliser mon enquête auprès des patientes.

Les patientes, pour leur participation et leur gentillesse.

Mes amis et ma famille pour leur soutien dans la réalisation de mon travail, notamment ma mère.

Sommaire :

Introduction	3
Première partie : hypertension artérielle gravidique et principes de l'éducation thérapeutique du patient	4
1. Hypertension artérielle gravidique	5
1.1. Définition	5
1.2. Classification	6
1.3. Épidémiologie	7
1.4. Physiopathologie	7
1.4.1. Physiologie de la placentation	7
1.4.2. Étiologies des troubles de la placentation	9
1.5. Clinique	12
1.6. Complications :	13
1.6.1. Maternelles	13
1.6.2. Fœtales	14
1.7. Prise en charge	15
1.7.1. Maternelle	15
1.7.2. Fœtale	17
1.8. Traitements	17
1.8.1. Curatif	18
1.8.2. Préventif	19
2. Principes de l'éducation thérapeutique du patient	20
2.1. Définition et réglementation de l'E.T.P.	20
2.2. Buts de l'E.T.P.	21
2.3. À qui proposer l'E.T.P.	22
2.4. Qui peut la réaliser	23
2.5. Procédure de l'E.T.P.	25

2.5.1. Élaborer un diagnostic éducatif.....	23
2.5.2. Définir un programme personnalisé d'E.T.P.	24
2.5.3. Planifier et mettre en œuvre les séances d'E.T.P.	24
2.5.4. Réaliser une évaluation	25
2.6. E.T.P. et grossesse.....	25
Deuxième partie : méthode et résultats	27
1. Problématique	28
2. Hypothèses	28
3. Objectifs	28
4. Protocole d'étude.....	29
4.1. But de l'enquête	29
4.2. Moyen utilisé	29
4.3. Population visée	29
4.4. Méthode	30
4.5. Limites rencontrées	30
5. Présentation des résultats	31
Troisième partie : analyse et discussion	45
1. Analyse et discussion des résultats du questionnaire	46
2. Analyse et discussion du questionnaire	55
Conclusion	57
Bibliographie	59
Annexes	61

Introduction :

L'hypertension artérielle gravidique est une pathologie fréquemment retrouvée au cours de la grossesse, à partir du deuxième trimestre. Elle n'est pas sans conséquences pour la mère et le fœtus, que ce soit à court, moyen ou long terme. Elle nécessite donc une prise en charge et une surveillance particulière tout au long de la grossesse.

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les femmes enceintes bénéficient d'une information, favorisant ainsi leur participation active dans les décisions concernant leur santé.

Actuellement, une prise en charge plus personnalisée est proposée à chaque patient porteur d'une pathologie chronique : il s'agit de l'éducation thérapeutique du patient.

L'objectif de ce mémoire est de faire l'état des lieux des connaissances et des compétences des patientes présentant une hypertension artérielle gravidique afin de savoir si une prise en charge inspirée du modèle d'éducation thérapeutique du patient, pourrait leur être proposée.

Dans une première partie, nous rappellerons les principes physiopathologiques, cliniques et thérapeutiques de l'hypertension artérielle gravidique ainsi que ceux de l'éducation thérapeutique du patient.

Dans une seconde partie, nous présenterons la méthode et les résultats de l'enquête d'évaluation des connaissances et des compétences des patientes.

Enfin, les résultats de l'enquête seront analysés puis discutés pour permettre l'orientation vers un questionnaire éducatif.

Première partie :

L'hypertension artérielle gravidique et principes de
l'éducation thérapeutique du patient

1. Hypertension artérielle gravidique :

1.1. Définition :

L'hypertension artérielle (H.T.A.) gravidique est une H.T.A. survenant au cours de la grossesse. C'est une pathologie polyviscérale. Elle correspond, comme l'H.T.A. non gravidique, à une pression artérielle systolique (P.A.S.) supérieure ou égale à 140 millimètres de mercure (mmHg) et/ou une pression artérielle diastolique (P.A.D.) supérieure ou égale à 90 mmHg, après deux mesures consécutives séparées de quatre heures, au repos et en décubitus latéral gauche ou en position assise [1] [2] [3] [4].

L'organisme de la femme enceinte subit diverses modifications notamment du système cardiovasculaire. Le débit cardiaque augmente globalement de 30 à 50% d'une part par l'augmentation de la fréquence cardiaque de 15% et d'autre part par l'augmentation du volume d'éjection systolique de 30%. De ce fait, la mesure de la pression artérielle chez une femme enceinte est plus susceptible de subir des variations. D'où l'importance de réaliser ces mesures au calme, en position assise ou en décubitus latéral gauche, chez un sujet le plus détendu possible et à distance de l'examen gynécologique [4] [5].

Bien que le débit cardiaque augmente pendant la grossesse, la pression artérielle diminue d'environ 20 à 30% de 7 semaines d'aménorrhées (S.A.) jusqu'aux environs de 24 à 28 S.A. Cette diminution se fait de façon proportionnelle à la baisse des résistances périphériques.

Par contre, en fin de grossesse, l'effet vasomoteur des hormones et le shunt artério-veineux créé par l'unité fœto-placentaire contribuent à l'augmentation des résistances périphériques, entraînant donc une augmentation de la pression artérielle qui redevient identique à celle avant la grossesse [5].

La mesure ambulatoire de pression artérielle (M.A.P.A.) n'est actuellement pas reconnue comme un élément diagnostique de l'hypertension artérielle gravidique. En revanche, cette technique pourrait aider à distinguer les vraies hypertensions artérielles gravidiques des hypertensions artérielles liées à un effet « blouse blanche » [4].

1.2. Classification :

La classification de l'H.T.A. de grossesse est faite selon deux critères qui sont la date d'apparition de l'H.T.A. et la présence ou non de protéinurie.

La présence d'œdèmes n'est plus considérée comme un critère de classification car les œdèmes sont présents dans 80% des grossesses normales (la pression veineuse dans les membres inférieurs est augmentée par la compression des gros vaisseaux par l'utérus gravide). En revanche s'ils sont d'apparition brutale ou rapidement aggravés, ils restent un des signes d'aggravation de l'hypertension artérielle [5].

Ainsi, il y a quatre catégories d'H.T.A. pendant la grossesse :

- l'hypertension artérielle chronique. Elle est présente avant la grossesse, peut parfois être méconnue, diagnostiquée avant 20 S.A. Elle ne présente pas de protéinurie associée. Une hypertension artérielle diagnostiquée pendant la grossesse qui ne disparaît pas en post partum est à considérer comme chronique [1] [2] [3] [4] [6].

- l'hypertension artérielle gravidique. Elle est diagnostiquée pour la première fois après 20 SA, chez une patiente jusqu'alors normo tendue et n'associe pas de protéinurie [1] [2] [3] [4] [6].

- la pré-éclampsie. Il s'agit d'une hypertension artérielle gravidique associée à une protéinurie positive. C'est une pathologie spécifique de la grossesse [1] [2] [3] [4] [6].

- la pré-éclampsie surajoutée. Il s'agit d'une hypertension artérielle chronique associée à une protéinurie positive [1] [2] [3] [4] [6].

Une protéinurie est considérée comme positive lorsqu'elle est supérieure à 1g/L à la bandelette urinaire ou supérieure à 0,3g sur les urines de 24h. Il est toutefois important de savoir que la protéinurie apparaît tardivement dans l'évolution de la pré-éclampsie. C'est pourquoi il faut évoquer le diagnostic de pré-éclampsie pour toute patiente hypertendue, sans protéinurie mais présentant au moins un des signes suivants :

- œdèmes d'apparition rapide ou rapidement aggravés
- augmentation des transaminases

- uricémie supérieure à 350 mmol/L
- plaquettes inférieures à 100 000/mm³
- retard de croissance intra utérin [4].

1.3. Épidémiologie :

La prévalence de l'H.T.A. gravidique varie selon les sources de 5 à 15% des grossesses [3] [4] [6].

1.4. Physiopathologie [7] :

1.4.1. Physiologie de la placentation :

L'H.T.A. gravidique provient avant tout d'un trouble précoce de la placentation. La placentation nécessite une connexion entre le placenta et les vaisseaux maternels, notamment une augmentation de calibre des vaisseaux maternels pour assurer un débit sanguin suffisant afin d'assurer de bons échanges.

Le placenta commence à se former, 6 à 7 jours après fécondation de l'œuf, à l'insertion du blastocyste entre les cellules épithéliales de la muqueuse utérine.

Le syncytiotrophoblaste se trouve en périphérie du blastocyste. Les propriétés très invasives du syncytiotrophoblaste permettent au blastocyste de s'ancrer et de s'enfouir complètement au sein de l'endomètre : c'est la nidation.

Le trophoblaste se différencie en trophoblaste villositaire et trophoblaste extra villositaire après la nidation. Le trophoblaste villositaire a pour rôle les échanges gazeux et de nutriments entre la mère et le fœtus. Il est en contact avec les cellules circulantes de la mère car il est en contact avec le sang maternel.

Le trophoblaste extra-villositaire est quant à lui au contact de la muqueuse utérine et du myomètre. Il est donc en contact avec les cellules maternelles retrouvées au niveau de l'utérus.

Le syncytiotrophoblaste se creuse de lacunes. Les zones inter lacunaires seront envahies par le cytotrophoblaste, ce qui formera les villosités chorionales primaires. Les villosités

choriales secondaires seront constituées par la migration du mésenchyme embryonnaire dans le cytotrophoblaste. La croissance des villosités choriales, par vasculogénèse et angiogénèse, est permise par la prolifération du mésenchyme. Né alors les vaisseaux fœtaux. Les villosités choriales sont soit ancrées dans l'utérus : ce sont les villosités crampon, soit elles sont dans la chambre intervillieuse : ce sont les villosités flottantes. Les villosités choriales sont leur structure définitive 8 semaines après la fécondation de l'œuf.

Le syncytiotrophoblaste a des propriétés d'échanges (échange actif, transfert facilité, diffusion simple) entre la mère et le fœtus. C'est également la cellule endocrine du placenta : sécrétion d'hormones stéroïdes (œstrogène, progestérone), d'hormones polypeptidiques (human Chorionic Gonadotropin, hormone de croissance placentaire), de facteurs de croissance, de cytokines et de neuropeptides.

De plus, le syncytiotrophoblaste ayant des caractéristiques endothéliales, il produit certains facteurs de régulation de l'hémostase dans la chambre intervillieuse.

Il existe des jonctions communicantes nécessaires à la formation du syncytiotrophoblaste. Cette formation est inhibée par l'hypoxie, le LIF et le TGF β .

La première phase de l'invasion trophoblastique, à partir de 8 semaines après la fécondation, est caractérisée par la migration du cytotrophoblaste extra villoux dans la décidua et jusqu'aux artères spiralées du myomètre. La chambre intervillieuse est progressivement envahie par le sang maternel.

La seconde phase est plus tardive. Elle est caractérisée par une invasion endovasculaire des artères spiralées du myomètre. Les cellules trophoblastiques vont subir une transformation leur conférant une propriété endothéliale. C'est cette transformation qui va déterminer la bonne circulation materno-fœtale.

Les cellules épithéliales à la base des villosités crampons ont des propriétés invasives et migratoires. Elles sont regroupées dans la partie proximale de la villosité. Par la suite, ces cellules migrent et envahissent l'endomètre maternel. Cette étape nécessite une interaction avec les cellules de l'immunité telles que les macrophages et les cellules Natural Killer (N.K.). L'allo-greffe, que représente la formation de placenta, n'est pas rejeté par l'organisme maternel grâce à la présence d'antigène spécifiques type HLA-G et la sécrétion de cytokines et autres immunorégulateurs.

Les artères spiralées du myomètre sont colonisées aux alentours de 8 S.A. et jusque 15 S.A. Le cytotrophoblaste extra villoeux remplace l'endothélium des artères utérines et crée les bouchons trophoblastiques (PLUGS) : ceci permet une protection mécanique et biochimique de l'embryon au cours du premier trimestre.

Au deuxième trimestre, les PLUGS s'ouvrent, le sang maternel pénètre dans la chambre inter villoeuse. La circulation hémochoriale du placenta se met en place. Les PLUGS migrent et érodent la paroi des artères utérines dans leur tiers supérieur : elle perd ses propriétés contractiles et élastiques, son diamètre est augmenté, il n'y a plus de résistance. Le débit sanguin est continu jusqu'à la fin de la grossesse.

1.4.2. Étiologies des troubles de la placentation [4] [7] :

- L'anomalie de l'invasion des cellules trophoblastiques :

Cette anomalie révèle soit une absence de formation des artères spiralées, soit une transformation incomplète des vaisseaux sanguins placentaires. La vascularisation du placenta est donc insuffisante et provoque une ischémie placentaire. L'hypertension artérielle ne sera pas d'apparition immédiate mais se manifestera seulement lorsque l'ischémie aura atteint un seuil critique.

De plus, le placenta ischémique libère des cellules trophoblastiques nécrosées sous forme de vésicules. Ces vésicules pourraient inhiber très fortement la prolifération des cellules endothéliales et donc provoquer des lésions endothéliales. Ce phénomène serait majoré par la libération de monocytes et déclencherait ainsi la cascade de la réaction inflammatoire : vasoconstriction (apparition d'une hypertension artérielle) et activation de l'hémostase (thrombopénie).

- L'ischémie placentaire :

C'est la principale étiologie. Dans une étude réalisée [2] sur des modèles expérimentaux, il est démontré qu'une ligature des artères utérines (donc une hypoperfusion placentaire) provoque une hypertension artérielle puis l'apparition secondaire d'une protéinurie et se solde par la mort in utéro. D'autre part, cette hypertension et la protéinurie disparaissent spontanément dès la fin de l'état gravide. Les résultats expérimentaux trouvés ont été identiques pour l'hypertension artérielle chronique et gravidique.

L'insuffisance placentaire pourrait être à l'origine de plusieurs processus aboutissant à l'hypertension artérielle :

- Augmentation la sensibilité aux hormones vaso-pressives
- Activation de l'hémostase
- Diminution de la production de prostacycline avec conservation d'un taux physiologique de thromboxane à l'origine d'une vasoconstriction et d'une activation de la coagulation
- Dysfonction endothéliale marquée par un taux circulant de fibronectine et de facteur VIII élevé
- Diminution du taux de monoxyde d'azote (NO), agent vasodilatateur puissant.

L'ischémie placentaire pourrait avoir plusieurs origines :

- la compression de l'aorte et/ou des artères utérines par l'utérus gravide (majoré en cas de grossesse multiple ou d'hydramnios)
- une pathologie vasculaire préexistante
- une pathologie thrombophilique préexistante (syndrome des anti phospholipides, déficit en protéine C ou S, résistance à la protéine C activée, hyperhomocystéinémie, mutation du facteur V de Leiden, mutation du facteur II, mutation de la méthyltétrahydrofolate réductase.

- L'inflammation et les endotoxines :

Les endotoxines sont des toxines de l'inflammation. Dans le modèle expérimental, la présence de ces endotoxines provoque une hypertension artérielle, une protéinurie et une coagulopathie, soit le modèle d'une réaction inflammatoire.

Bien que ce phénomène inflammatoire au niveau du placenta soit présent pour une grossesse normale, il est fortement augmenté et plus diffus dans le cas d'une pré-éclampsie [4].

La réaction inflammatoire serait une réponse à une stimulation immunologique trop forte ou une réaction dysproportionnée de l'organisme maternel à l'état gravide.

- La composante immunologique :

Rappelons que le fœtus a pour origine génétique la moitié du patrimoine de sa mère et la moitié du patrimoine de son père. Pour l'organisme maternel, cet allo-greffe nécessite une tolérance immunitaire.

L'organisme maternel reconnaît les antigènes paternels et s'immunise contre ces derniers en produisant des anticorps circulants dirigés contre le système HLA paternel. Le système HLA inhiberait la cytotoxicité et régulerait (down regulation) la production des cellules N.K., permettant ainsi l'allo-greffe foetale.

Hors, dans le cas de l'hypertension artérielle, ce mécanisme est déséquilibré : il y a une diminution de l'effet du système HLA et une augmentation de la production de cellules N.K., ce qui conduit à une augmentation de la lyse cellulaire, un défaut de l'angiogénèse.

- La génétique :

En plus de la composante immunologique paternelle intervenant dans l'hypertension artérielle gravidique, une composante génétique serait également mise en jeu. Lorsqu'un couple a eu une grossesse présentant une pré-éclampsie, le risque de pré-éclampsie est presque doublé si le père de ce couple présente une nouvelle procréation avec une femme différente [4].

Par ailleurs un homme issu d'une grossesse pré-éclamptique augmente le risque de pré-éclampsie pour sa femme.

Certains gènes de la régulation de la pression artérielle, du remodelage vasculaire (pour la placentation notamment), de la régulation du volume plasmatique et plusieurs facteurs placentaires sont impliqués dans la pré-éclampsie et donc dans l'apparition d'une hypertension artérielle gravidique.

L'apparition d'une pré-éclampsie aurait un caractère héréditaire avec un risque relatif de 3,4.

Les gènes impliqués sont les suivants :

- le gène M235T de l'angiotensinogène. Il serait associé à une diminution de la dilatation des artères spiralées, donc un défaut de l'invasion trophoblastique
- le gène variant Glu298Asp de la NO synthase pourrait être un facteur de prédisposition à la pré-éclampsie
- un polymorphisme du gène du HLA-G pourrait être associé à la pré-éclampsie
- la mutation du facteur V de Leiden, responsable d'un état procoagulant a été étudiée mais les résultats sont discordants
- d'autres études ont évoqué une multitude de loci possibles et différents suivant les complications qui sont apparues

Les études génétiques apparaissent discordantes et fragiles mais restent une voie de recherche pour l'avenir.

1.5. Clinique :

L'objectif de l'examen clinique est de différencier les formes légères ou modérées des formes graves.

Les formes légères ou modérées sont surveillées en ambulatoire par des sages-femmes jusqu'au neuvième mois de grossesse. Au début du neuvième mois de grossesse, il est discuté d'un éventuel déclenchement du travail.

Pour les formes graves, nécessitant une hospitalisation immédiate, l'extraction fœtale en urgence par césarienne est indiquée [3].

En plus des valeurs de la tension artérielle obtenues, il est important de rechercher les signes cliniques de gravité [3] [6]:

- signes fonctionnels d'hypertension artérielle : pouls augmenté, trouble de la conscience, tachypnée, diurèse diminuée
- troubles visuels (phosphènes)
- troubles auditifs (acouphènes)
- douleur épigastrique ou de l'hypochondre gauche
- céphalées
- réflexes ostéo-tendineux vifs
- prise de poids récente et brutale
- P.A.S. > 160 mmHg ou P.A.D. >110 mmHg = poussée hypertensive
- protéinurie positive à la bandelette urinaire
- hauteur utérine inférieure pour l'âge gestationnel, pouvant révéler un retard de croissance intra utérin (R.C.I.U.)
- diminution des mouvements actifs fœtaux
- rythme cardiaque fœtal
- pour les multipares : antécédents d'hypertension artérielle gravidique, de pré-éclampsie ou éclampsie, d'hématome rétroplacentaire (H.R.P.) ou de mort fœtale in utéro (M.F.I.U.).

1.6. Complications [1] [2] [3] [4] [6]:

Les complications, quelles soient maternelles ou fœtales, peuvent engager le pronostic vital de la mère et/ou de l'enfant.

1.6.1. Complications maternelles :

- La poussée hypertensive sévère :

Elle se définit par une P.A.S. supérieure ou égale à 160 mmHg et/ou une P.A.D. supérieure ou égale à 110 à mmHg. Elle peut révéler une pré-éclampsie et être résistante aux traitements anti hypertenseurs. La poussée hypertensive sévère impose une extraction fœtale en urgence.

- Les troubles visuels :

Présence de phosphènes et/ou d'une amaurose.

- La pré-éclampsie ou toxémie gravidique:

La pré-éclampsie est diagnostiquée en présence d'une hypertension artérielle associée à une protéinurie positive. Cependant, elle peut être évoquée en présence d'une hypertension associée à des signes de gravité avec protéinurie initialement négative comme indiqué au paragraphe 1.2.

- L'éclampsie :

C'est une crise convulsive pouvant aboutir au coma. Elle est précédée des signes de pré-éclampsie. Le pronostic materno-fœtal est mis en jeu.

- L'hématome rétro placentaire (H.R.P.)

Il s'agit d'un décollement prématuré d'un placenta normalement inséré par la formation d'un hématome. Il apparaît de façon imprévisible, brutale et avec une symptomatologie trompeuse. Le pronostic materno-fœtal est mis en jeu. Si l'enfant est toujours en vie au moment de son diagnostic, il doit être extrait en urgence par césarienne. S'il est décédé au moment du diagnostic, l'accouchement est déclenché et doit intervenir dans les 12 heures suivantes.

D'autre part, l'H.R.P. peut provoquer de graves troubles de la crase sanguine dans les heures suivant son apparition. Une surveillance régulière des différents paramètres de la coagulation conditionne donc le pronostic maternel.

- Le HELLP syndrome (Hemolyse, Elevated Liver enzymes, Low plaquettes syndrome):

La principale complication de l'HELLP syndrome est l'hématome sous capsulaire du foie avec un risque de rupture hépatique. Il est donc nécessaire de réaliser une surveillance échographique hépatique, un scanner ou une I.R.M.

- La coagulation intravasculaire disséminée (C.I.V.D.)

Présente surtout en cas de HELLP syndrome : C.I.V.D. dans 21% des cas [4].

- Plus rarement :

- une insuffisance rénale aigüe
- des complications hépatiques type stéatose hépatique aigüe gravidique et hématome sous capsulaire du foie
- une hémorragie cérébro méningée lors d'une poussée hypertensive
- une rétinopathie hypertensive
- un œdème aigu du poumon
- un infarctus du myocarde

- Pour l'avenir :

Il a été prouvé qu'il existe un risque majoré d'hypertension artérielle chronique et de maladies cardiovasculaires à un stade plus tardif de l'existence pour les femmes ayant présenté une hypertension artérielle gravidique [8].

1.6.2. Complications fœtales :

- Un retard de croissance intra utérin (R.C.I.U.):

La sévérité de l'hypertension artérielle n'est pas corrélée à la sévérité du R.C.I.U. Un R.C.I.U. sévère peut être associé avec une hypertension artérielle modérée. Il est présent dans 7 à 20% des grossesses compliquées d'hypertension artérielle. La présence d'un R.C.I.U. nécessite une évaluation du bien être fœtal par le biais d'un

enregistrement du rythme cardiaque fœtal, des mesures des dopplers, une évaluation du score de Manning (annexe I).

- Une prématurité :

Elle est le plus souvent induite pour sauvetage maternel et/ou fœtal suite à une crise hypertensive sévère, une éclampsie, un HELLP syndrome, une hypotrophie fœtale sévère associée ou non à des anomalies du rythme cardiaque fœtal.

- Une mort fœtale in utero (M.F.I.U.):

Elle peut faire suite à un R.C.I.U. sévère ou lors d'une complication maternelle aigüe. La surveillance étroite du bien être fœtal lors de l'apparition de complication maternelle peut permettre d'éviter la M.F.I.U.

- Pour l'avenir :

Les enfants ayant été exposé à une hypertension artérielle maternelle pendant la grossesse ne présentent pas d'effets directs. Les effets négatifs sur la tension artérielle de l'enfant seraient plutôt dus à son faible poids de naissance.

Le faible poids de naissance est par ailleurs un des trois facteurs des risques d'une tension artérielle élevée durant l'enfance et à un stade plus tardif de l'existence [8].

1.7. Prise en charge :

1.7.1. Maternelle :

Concernant l'hypertension artérielle chronique, il est préférable de programmer la grossesse afin de pouvoir arrêter les anti hypertenseurs contre indiqués pendant la grossesse [1] [2] [3] [4] :

- les inhibiteurs de l'enzyme de conversion
- les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 (ARA2 ou sartans), responsables d'oligoamnios, de persistance du canal artériel, d'une insuffisance rénale et d'une anurie, de difficultés respiratoires et de mortalité fœtale
- les diurétiques, responsables d'une diminution de l'expansion volémique nécessaire à la perfusion utéro-placentaire [9]. Il en est de même pour le régime hyposodé.

Le diagnostic initial d'une hypertension artérielle pendant la grossesse doit dans un premier temps permettre de classer le type d'hypertension artérielle.

Il est complété par l'interrogatoire familial, médical et obstétrical de la patiente à la recherche d'antécédents d'hypertension artérielle chronique ou gravidique, d'antécédents d'H.R.P., de pré-éclampsie ou d'éclampsie, de diabète.

L'interrogatoire va permettre d'évaluer le risque de complications materno-fœtales.

Il permet de plus, de planifier une prise en charge personnalisée et adaptée à la patiente afin de pouvoir détecter le plus précocement possible les signes éventuels de complications dans l'objectif d'une intervention médicale la plus optimale.

En présence d'une hypertension artérielle pendant la grossesse, les examens biologiques à réaliser sont les suivants [3] [6]:

- la protéinurie des 24 heures, négative si elle est inférieure à 0,3g/24 heures
- l'uricémie, négative si elle est inférieure à 360 mmol/L
- un ionogramme et une créatinémie à la recherche d'une insuffisance rénale
- une numération formule sanguine et plaquettaire à la recherche d'une thrombopénie, d'une anémie ou d'une hémococoncentration
- un bilan de coagulation (TP, TCA, fibrinogène) à la recherche d'une C.I.V.D.
- les transaminases (ASAT/ALAT) et LDH à la recherche d'une cytolyse

Une protéinurie positive, une hyperuricémie, une augmentation de la protéinurie ou de l'uricémie à deux examens successifs sont des signes de gravités.

Une anémie associée à une cytolyse hépatique (augmentation des transaminases avec ASAT et ALAT >70 UI/L) et une thrombopénie (plaquettes <100 000/mm³) vont définir un HELLP syndrome (Hemolyse, Elevated Liver enzymes, Low Plaquettes syndrome).

Une insuffisance rénale, la C.I.V.D. et l'hémolyse intra hépatique sont pathognomoniques d'une forme grave.

La Haute Autorité de Santé a proposé en avril 2011 un protocole de suivi en Hospitalisation À Domicile (H.A.D.) de l'aggravation d'une H.T.A. gravidique modérée au cours de l'antepartum (annexe II) et d'une H.T.A. chronique modérée au cours de l'antepartum (annexe III).

1.7.2. Fœtale :

La symptomatologie maternelle doit aboutir à une évaluation du bien être fœtal.

Elle comprend :

- Un enregistrement cardiotocographique, réalisé à partir de 26 S.A., est l'examen de référence pour déterminer la présence d'une souffrance fœtale et donc de décider de l'extraction fœtale en urgence par césarienne (lorsque l'âge de la grossesse est loin du terme). En effet, une altération du rythme cardiaque fœtal, même modéré, est le témoin d'une souffrance fœtale qui peut précéder la M.F.I.U. Il est donc indispensable pour la surveillance des formes graves.

Sur l'enregistrement cardiotocographique, la réactivité, la variabilité du rythme et la présence de décélérations et accélérations sont étudiés.

- L'échographie obstétricale. Elle permet la réalisation des biométries fœtales (diamètre bipariétal, céphalique et abdominal, longueur fémorale), l'estimation du poids fœtal, l'évaluation du volume du liquide amniotique (la présence d'un oligoamnios est un signe de gravité), la réalisation du score de Manning.

- La mesure du doppler ombilical : son altération met en évidence un risque d'hypotrophie fœtale.

La mesure du doppler cérébral : il permet d'identifier la redistribution des flux sanguins fœtaux en réponse à l'hypoxie. S'il est altéré, il est le témoin d'une aggravation du bien être fœtal.

La mesure du doppler veineux : en cas de valeurs pathologiques, il précède de quelques heures les anomalies sévères du rythme cardiaque fœtal ou la M.F.I.U.

1.8. Traitements :

NB : ce mémoire traite de l'hypertension artérielle gravidique. Les traitements de la pré-éclampsie, la pré-éclampsie surajoutée et la crise d'éclampsie ne seront donc pas abordés.

1.8.2. Curatif :

Le seul traitement serait la fin de la grossesse mais il n'est justifié qu'en cas de forme grave ou proches du terme [3].

Dans le cas de l'hypertension artérielle légère ou modérée [3]:

- surveillance en externe : consultation tous les 10 jours, bilans sanguins régulièrement renouvelés, échographie mensuelle
- repos
- traitement antihypertenseur en monothérapie
- discussion du déclenchement artificiel du travail au neuvième mois de grossesse, en fonction des conditions obstétricales.

Le traitement médical antihypertenseur ne présente qu'un intérêt pour la mère en limitant le nombre d'hospitalisation et en donnant moins de poussées hypertensives [4]. Au contraire, pour le fœtus, il n'y a pas de réelle amélioration mais plutôt une augmentation de l'incidence de l'hypotrophie fœtale. Ce traitement n'apporterait donc qu'un faible bénéfice maternel [10].

Dans le cas d'une hypertension sévère [3] :

- hospitalisation en service de grossesse à haut risque
- repos
- surveillance materno-fœtale étroite
- traitement antihypertenseur, souvent en bi thérapie, par voie parentérale par le biais d'un pousse seringue électrique
- prévoir une éventuelle extraction fœtale en urgence.

Selon le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, l'intérêt du traitement médical antihypertenseur serait limité. Il influencerait de peu le pronostic car l'hypertension artérielle est qu'un symptôme polyviscéral. Au contraire, il pourrait aggraver une souffrance fœtale en réduisant la perfusion utéro-placentaire. Enfin, il ne servirait surtout qu'à éviter les coups hypertensifs [3]. En effet, l'hypertension artérielle n'est qu'une conséquence de l'ischémie placentaire et donc le traitement antihypertenseur ne serait pas forcément bénéfique au placenta donc à la croissance fœtale : la baisse du débit qu'il provoque est contraire aux buts recherchés [4].

Antihypertenseur autorisé pendant la grossesse [3] [4] [6] :

En première intention [10] :

- Inhibiteurs calciques sélectif : nifédipine, nicardipine surtout utilisée en solution injectable.
- Association d'alpha et bêtabloquants : alphaméthylodopa, labétalol.
- Antihypertenseurs centraux : clonidine.

En seconde intention :

- Bêtabloquants sélectif : acébutolol.
- Vasodilatateurs.

1.8.3. Préventif :

En cas d'antécédent d'hypertension artérielle gravidique, d'hypertension artérielle chronique, de pré-éclampsie, d'éclampsie, d'H.R.P., ou de M.F.I.U., différentes mesures sont à prendre pour une nouvelle grossesse car ces patientes sont plus à risque de présenter une récurrence de ces pathologies [4] [6].

L'ischémie placentaire étant la principale étiologie de ces pathologies, le moyen le plus efficace de les prévenir est donc d'agir en amont, au moment de la placentation, avant l'apparition des premières lésions placentaires et donc des premiers symptômes. Cette théorie est renforcée par la démonstration de la déception du traitement symptomatique [4].

De nombreuses études [4] ont montré l'efficacité de l'acide acétylsalicylique (ASA) utilisé pour la prévention de ces pathologies.

La prise d'ASA est à débiter avant 17 S.A., à une dose d'au moins 100 mg par jour [3] [4]. Ses propriétés anti agrégantes plaquettaires (en bloquant la synthèse du thromboxane A₂) oblige à suspendre le traitement autour de 35 S.A. afin de prévenir les complications hémorragiques de l'accouchement.

Il est à prévoir en plus, une surveillance renforcée de la grossesse à partir du 5^{ème} mois, avec une surveillance des doppler utérins. Leur altération précède de plusieurs semaines l'apparition d'une hypertension ou d'un R.C.I.U. [3].

L'arrêt du tabac ou d'autres substances toxiques est indispensable, du fait de leur action pro inflammatoire [4].

2. Principes de l'éducation thérapeutique du patient (E.T.P.) :

2.1. Définition et réglementation de l'E.T.P.:

L'ETP a été définie en 1998 par l'Organisation Mondiale de la Santé [11] comme étant une technique devant permettre aux patients d'acquérir ou de conserver les capacités et les compétences qui vont les aider à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie chronique. Il s'agit d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient.

En 2007, la Haute Autorité de Santé (H.A.S.) [12], avec la participation de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (I.N.P.E.S.) [13], publie ses recommandations concernant la « structuration d'un programme d'éducation thérapeutique dans le champ de la maladie chronique ». Elle définit ainsi l'E.T.P., ses finalités, son organisation. Elle mène des travaux destinés à aider et accompagner les acteurs de l'E.T.P., à savoir les professionnels de santé médecins et non médecins. Elle leur permet de présenter un programme structuré qui doit être autorisé par les Agences Régionales de Santé (A.R.S.) [14].

En juin 2009, la Loi Hôpital Patient Santé Territoire (H.P.S.T.) inscrit l'E.T.P. dans le code de la santé publique dans le Titre 3 Prévention et santé publique, Article 84 [15]. Le 2 août 2010, des décrets précisent sa mise en œuvre dans le parcours de soins du patient [16].

L'E.T.P. devient partie intégrante de la prise en charge globale du patient.

Il ne s'agit plus simplement de donner des informations orales ou écrites, de réaliser des conseils de prévention mais de proposer des activités organisées, un soutien psychosocial afin que le patient et son entourage soient pleinement conscients de la maladie, des soins et traitements qu'elle nécessite [17].

Le patient doit acquérir des compétences qui se divisent en 3 niveaux d'apprentissage :

- Le savoir : c'est le domaine cognitif (connaissances, raisonnement, décision)
- Le savoir-faire : c'est le domaine sensorimoteur (mise en œuvre des connaissances acquises, habiletés gestuelles = compétences)
- Le savoir être : c'est le domaine psychoaffectif (attitudes à adopter)

2.2. Buts de l'E.T.P. :

Parmi toutes les maladies chroniques, le diabète est celle pour laquelle l'E.T.P. du patient a été la plus développée, formalisée et évaluée. De nombreuses autres expériences dans d'autres spécialités ont confirmé les effets d'une éducation (asthme, bronchite chronique, H.T.A., insuffisance cardiaque chronique, insuffisance rénale chronique, ostéoporose, polyarthrite rhumatoïde, S.I.D.A., lymphoedème, cancer, épilepsie, etc).

À chaque pathologie chronique son propre programme d'E.T.P., cependant les buts et les objectifs restent les mêmes.

En tout premier lieu, le patient doit acquérir les compétences d'autosoins et d'adaptation visant sa sécurité.

Le savoir, le savoir faire et le savoir être concernant la maladie et le traitement amènent le patient acteur à une amélioration de son équilibre métabolique, de sa qualité de vie, une prévention des épisodes aigus et des complications, une diminution des réhospitalisations, de la mortalité et donc une réduction des coûts de santé [18].

De nombreuses études en ont fait la preuve :

- Diminution des crises chez les patients asthmatiques éduqués [19]
- Amélioration de la glycémie capillaire et de l'hémoglobine glyquée chez le diabétique à un an et deux ans [20]

- Diminution des réhospitalisations et de la mortalité chez l'insuffisant cardiaque éduqué [21]
- Amélioration de la clinique chez l'insuffisant cardiaque éduqué [22]

2.3. À qui proposer l'E.T.P. :

L'E.T.P. peut être proposée à tout patient, de tout âge (adultes comme enfants) à un moment proche de l'annonce du diagnostic de leur maladie chronique, au cours d'une évolution de leur maladie, s'il ne l'avait pas acceptée auparavant ou s'il ne lui avait pas été proposé l'E.T.P. antérieurement.

L'E.T.P. peut également être proposée aux proches du patient si ce dernier souhaite les impliquer dans l'aide à la gestion de sa maladie.

Il existe différents types d'E.T.P. tout au long de la prise en charge de la pathologie chronique:

- l'E.T.P. après annonce de la maladie chronique
- l'E.T.P. de suivi régulier
- l'E.T.P. de renforcement
- l'E.T.P. de reprise

Il est important de noter que le niveau socio-économique du patient, son lieu de vie, son éducation, son niveau culturel et ses éventuelles difficultés à l'apprentissage ne doivent pas être un obstacle à l'E.T.P. Au contraire, ce sont des paramètres à prendre en compte pour adapter le programme d'E.T.P. au patient. Le soignant doit tenir compte des demandes, des attentes et des besoins de chaque patient, définis grâce à un diagnostic éducatif (voir paragraphe 2.5.1.) et il dispose de diverses techniques et outils pédagogiques (voir paragraphe 2.5.3) [17].

2.4. Qui peut la réaliser :

Tout professionnel de santé intervenant dans la prise en charge du patient porteur d'une pathologie chronique peut lui proposer de l'E.T.P.

Le patient peut accepter ou non la démarche éducative et en choisir ces propres buts.

L'E.T.P. peut se faire à l'hôpital, au sein de réseaux, d'associations de patients ou de patients-experts, au cabinet du praticien ou même au domicile du patient...

L'E.T.P. peut être organisée par un seul professionnel de santé, par une équipe, par une équipe pluridisciplinaire ou en séances collectives avec d'autres patients porteurs de la même pathologie.

L'équipe pluridisciplinaire se compose de médecins, infirmières, kinésithérapeutes, diététiciennes, psychologues, tabacologues, assistantes sociales, etc. Chaque membre de l'équipe apportant sa spécificité. Cela nécessite une organisation, une coordination et une transmission des informations (dossier d'éducation).

La prise en charge en E.T.P. nécessite une formation de la part des professionnels de santé [17] [18].

2.5. Procédure de l'E.T.P.:

Le programme d'éducation thérapeutique doit être personnalisé.

La démarche se planifie en quatre étapes [12] [17] :

2.5.1. Élaborer un diagnostic éducatif :

Il s'agit de la première étape de l'E.T.P.

Le diagnostic éducatif identifie les besoins et les attentes du patient en tenant compte des différents aspects de sa vie et de sa personnalité :

« Qui il est, ce qu'il fait, ce qu'il a, ce qu'il sait, ce qu'il veut »

- Connaissances des centres d'intérêts: renseignent sur la situation familiale du patient, son lieu de vie, sa profession, ses loisirs, ses activités sociales, culturelles, ses habitudes de vie, ...
- Connaissances de la pathologie : permet d'identifier l'histoire de la maladie du patient par le biais de son vécu, de son traitement, de ses antécédents, de son état de santé.

- Connaissances concernant la prise en charge de sa pathologie : permet d'évaluer sa conception de la santé, de la pathologie et du traitement.
- Croyances du patient concernant sa maladie, ses traitements, son comportement.
- Connaissances des projets de vie du patient.

2.5.2. Définir un programme personnalisé d'E.T.P. :

Un contrat avec des objectifs personnalisés est établi entre le soignant et le patient, en formulant les compétences à acquérir, à mobiliser ou à maintenir et en priorisant les apprentissages.

Ces compétences doivent optimiser l'observance et les réactions appropriées du patient tout au long de sa vie avec sa maladie.

Le patient doit être capable de...

F. d'Ivernois et R. Gagnayre, professeurs en Sciences de l'Éducation, ont proposé dès 2001 des exemples de compétences à acquérir par le patient au terme d'un programme d'éducation thérapeutique initialement dans la gestion de deux maladies chroniques, le diabète et l'asthme (annexe IV).

2.5.3. Planifier et mettre en œuvre les séances d'E.T.P. :

Les séances se font sous forme d'ateliers. Elles sont individuelles, collectives ou d'autoapprentissage.

Elles utilisent des méthodes, des techniques pédagogiques et des outils variés et adaptés au développement des compétences visées.

Exemples de méthodes et techniques pédagogiques : exposé interactif, remue-méninges (brainstorming), étude de cas, table ronde, travaux pratiques, activité sportive, jeu de rôle, photo-langage, etc.

Exemples d'outils : carnet, menu, audiovisuel, cédérom, jeu de cartes, brochures, mode d'emploi...

2.5.4. Réaliser une évaluation :

Toute action éducative doit faire l'objet d'une évaluation des compétences acquises.

Exemples de techniques et d'outils d'évaluation : questionnaire vrai/faux, questionnaire de degré de certitude, mise en situation, grille d'observation, etc.

Elle doit permettre des réajustements et des réorientations des activités d'E.T.P. mises en œuvre. C'est ce que l'on appelle la reprise éducative.

Une évaluation par le patient de l'éducation reçue est également importante et permet d'effectuer les réajustements nécessaires à l'évolution du programme. Un questionnaire d'opinion anonyme reste l'outil de choix.

2.6. E.T.P. et grossesse :

La grossesse ne s'inscrit pas dans le cadre d'une maladie chronique.

La H.A.S. a publié des recommandations sur l'information de la femme enceinte pour l'aider à prendre des décisions dans le cadre du suivi et de la naissance.

Le texte de la H.A.S. précise qu'il faut consacrer du temps, apporter une écoute attentive, délivrer une information orale voire écrite, utiliser un langage adapté, etc [23].

Il ne s'agit pourtant pas d'E.T.P. ; il n'y a pas de programme structuré : pas de diagnostic éducatif, pas de programme personnalisé, pas de séances formalisées et pas d'évaluation.

Par contre, la grossesse peut s'accompagner ou se compliquer de pathologies (diabète de grossesse, H.T.A. gravidique,...).

Il semble alors intéressant de passer de l'information à l'éducation afin d'optimiser la prise en charge des patientes : durant les 9 mois de grossesse, la femme peut tout à fait devenir actrice dans la gestion de la prise en charge de sa pathologie au quotidien.

Les compétences d'autosoin et d'adaptation préconisées par la H.A.S. semblent ainsi pouvoir s'appliquer :

- « - soulager les symptômes.
- prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure.
- adapter des doses de médicaments, initier un autotraitement.

- réaliser des gestes techniques et des soins.
- mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc).
- prévenir des complications évitables.
- faire face aux problèmes occasionnés par la maladie.
- impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.
- se connaître soi-même, avoir confiance en soi.
- savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress.
- développer un raisonnement créatif et une réflexion critique.
- développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles.
- prendre des décisions et résoudre un problème.
- se fixer des buts à atteindre et faire des choix.
- s'observer, s'évaluer et se renforcer. »

En 2012, en Lorraine, 120 programmes éducatifs sont recensés (annexe V). Une trentaine concerne le diabète dont deux sont intitulés spécifiquement le diabète gestationnel. Au CHR Metz-Thionville, deux programmes sont proposés concernant cette pathologie et incluent dans la population visée les femmes enceintes. Aucun programme ne s'intitule H.T.A. ou H.T.A. gravidique. Il faut cependant noter qu'une douzaine de programmes lorrains sur les maladies cardiovasculaires éduquent sur les facteurs de risque dont l'H.T.A.

Deuxième partie :

Méthode et résultats

1. Problématique :

Les professionnels de santé, en se guidant des recommandations de la H.A.S., délivrent une quantité importante d'informations pendant le suivi de grossesse dans le but de faire participer activement la femme enceinte à sa prise en charge dès le début de la grossesse.

Quand une pathologie vient compliquer cette période, des traitements, des examens complémentaires sont nécessaires ainsi qu'une information spécifique, plus ou moins associée à une éducation thérapeutique (pour le diabète gestationnel par exemple).

Il semble que pour l'H.T.A. gravidique, l'éducation n'existe pas sous une forme structurée (voir 2.6).

- 1) Quelle information est donnée ?
- 2) Que sait la patiente de cette complication ?
- 3) Comment gère-t-elle l'information donnée ?

Le propos de ce mémoire est de faire un état des lieux de cette problématique, en vue d'envisager la pertinence d'un programme éducatif.

2. Hypothèses :

- 1) L'information amène à un degré de connaissances et de compétences sur la pathologie.
- 2) L'information existe.
- 3) Un modèle éducatif pourrait-il être suggéré pour améliorer la prise en charge ?

3. Objectifs :

- 1) Mettre en place un questionnaire d'évaluation des connaissances.
- 2) Recenser les connaissances des patientes sur l'H.T.A. gravidique et les analyser.
- 3) Valider ce questionnaire pour développer un questionnaire éducatif.

4. Protocole d'étude :

4.1. But de l'enquête :

Le but de l'enquête est de développer et de valider un questionnaire d'évaluation des connaissances des patientes atteintes d'H.T.A. gravidique (premier objectif du mémoire).

Outre son intérêt épidémiologique, ce questionnaire pourra mettre en évidence d'éventuelles lacunes au niveau des connaissances des patientes (deuxième objectif du mémoire), dont l'analyse servira de base à la démonstration de l'intérêt d'un programme d'éducation thérapeutique, avec l'élaboration d'un questionnaire éducatif (troisième objectif du mémoire).

Le but du questionnaire éducatif est de permettre un état des lieux des connaissances avant éducation des patientes afin de leur proposer une prise en charge personnalisée. Ce même questionnaire est proposé après éducation, afin d'évaluer l'évolution des acquis des patientes.

4.2. Moyen utilisé :

L'enquête a été réalisée par le biais d'un questionnaire anonyme à réponse unique : « vrai », « faux » ou « je ne sais pas ». Il est constitué de cinq questions permettant de cibler l'identité de la patiente et de vingt questions se rapportant à l'H.T.A. gravidique. Il a été complété par la patiente elle-même.

L'enquête a été réalisée sur une période de deux mois : du 5 décembre 2013 au 5 février 2014.

4.3. Population visée :

La population incluse dans l'enquête est constituée des femmes nullipares, primipares ou multipares atteintes d'H.T.A. gravidique.

Les femmes en récurrence d'H.T.A. purement gravidique seront également incluses dans l'enquête.

Afin d'éviter un biais dans l'évaluation des connaissances, les femmes hypertendues chroniques ne seront pas incluses dans l'enquête.

4.4. Méthode :

Le questionnaire a été distribué lorsque les femmes étaient hospitalisées en service de grossesse à haut risque et en service de suites de couches, après demande et autorisation préalables du chef de pôle, du chef du service et de la cadre des services concernés au sein du C.H.R. de Metz-Thionville. Quatre services ont donc été impliqués : le service de grossesse à haut risque et le service de suites de couches de l'Hôpital Femme Mère Enfant à Metz, le service de grossesse à haut risque et le service de suites de couches de l'Hôpital Bel Air à Thionville.

Des questionnaires ont été donnés directement aux femmes répondant aux critères d'inclusion lors de visites régulières dans les différents services.

Ces mêmes questionnaires accompagnés d'une lettre expliquant le but et les critères d'inclusion de l'enquête ont également été laissés sur chaque site à la disposition du personnel, sollicité afin d'élargir le recrutement.

4.5. Limites rencontrées :

Sur 60 réponses attendues, 29 ont été traitées. Les résultats et leur interprétation seront donc limités par leur représentativité de la population cible.

Le nombre de questionnaires espérés est inférieur au nombre de questionnaires récupérés, ce qui peut être expliqué par le fait :

- qu'il n'y ait pas eu autant de patientes atteintes d'H.T.A. gravidique qu'attendu dans la période ciblée
- de la difficulté à se rendre sur les différents sites aussi souvent que souhaité.

5. Présentation des résultats :

L'outil utilisé pour l'enquête est présenté en annexe VI.

Soit « n » le nombre total de réponses, n=29.

L'enquête et les résultats ont été traités avec le programme Microsoft Excel : mac 2008©.

Tous les questionnaires ont été complètement et correctement remplis : il semble avoir bien été toléré par les patientes. Pour chaque questionnaire récupéré, il n'y avait à chaque fois qu'une seule réponse par question posée.

- Âge :

Il s'agit de déterminer l'âge moyen de la population cible.

n=29.

La plus jeune patiente a 22 ans et la plus âgée en a 43 (22ans<âge<43ans).

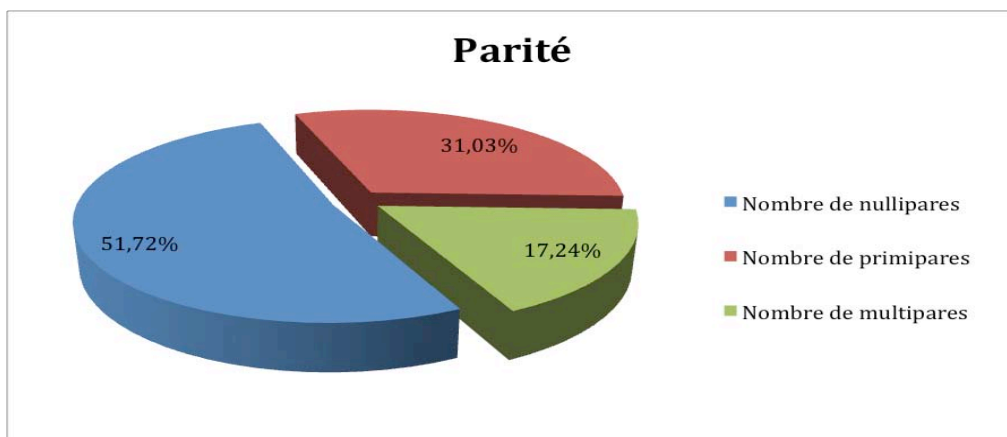
L'âge moyen est de 29,72 ans.

L'écart type est de 5,11.

- Parité :

Il s'agit de déterminer le nombre d'accouchements antérieurs de chaque patiente.
n=29.

Il y a 51,72% de nullipares, 31,03% de primipares et 17,24% de multipares.

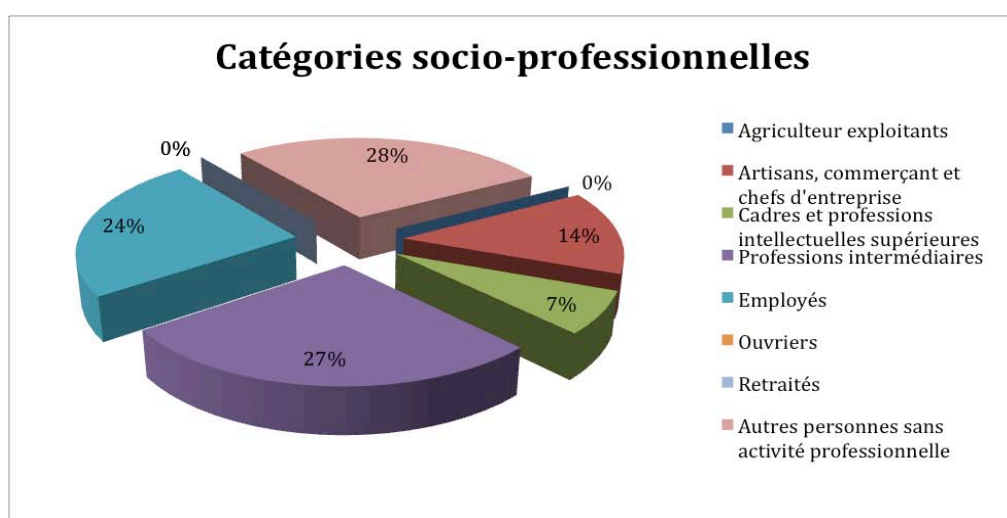


- Catégorie socio professionnelle

Il s'agit de repérer les classes socio professionnelles rencontrées.

n=29.

Il y a 28% de personnes sans activité professionnelle, 27% de professions intermédiaires, 24% d'employés, 14% d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise, 7% de cadres et de professions supérieures, 0% d'agriculteur et 0% de retraités.

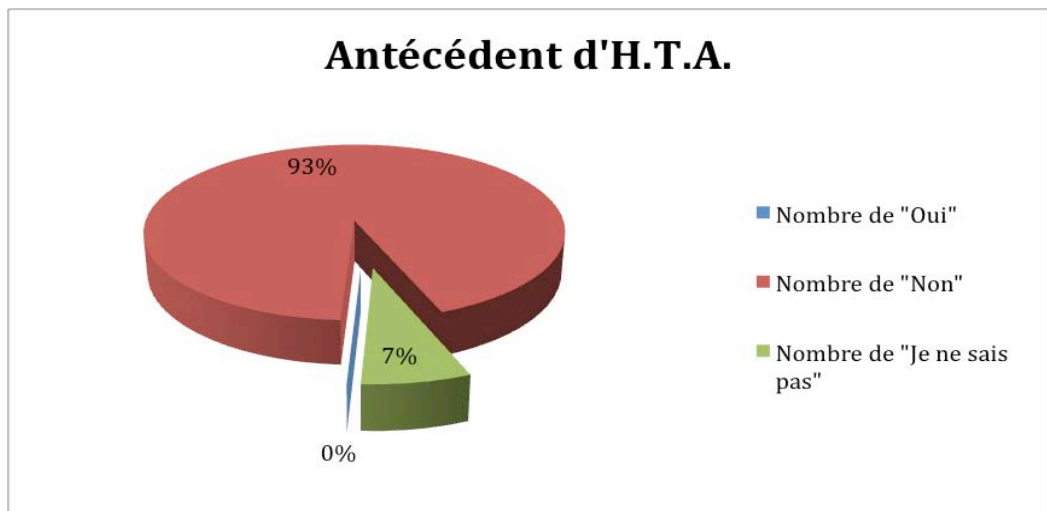


- Antécédent d'H.T.A.

Il s'agit de repérer les patientes hypertendues.

n=29.

Il y a 93% de patientes qui ne sont pas hypertendues chroniques, 7% de patientes qui ne savent pas si elle étaient hypertendues chroniques avant la grossesse et 0% de patiente hypertendue chronique.

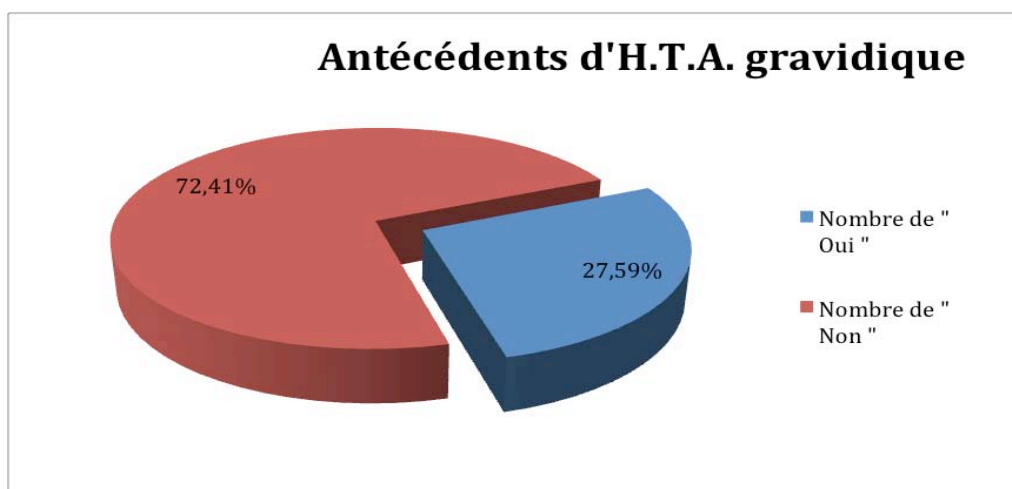


- Antécédents d'H.T.A. gravidique

Il s'agit de repérer les patientes en récurrence d'H.T.A. gravidique.

n=29.

72,41% des patientes n'ont jamais fait d'H.T.A. gravidique auparavant et 27,59% des patientes ont déjà présenté une H.T.A. gravidique.



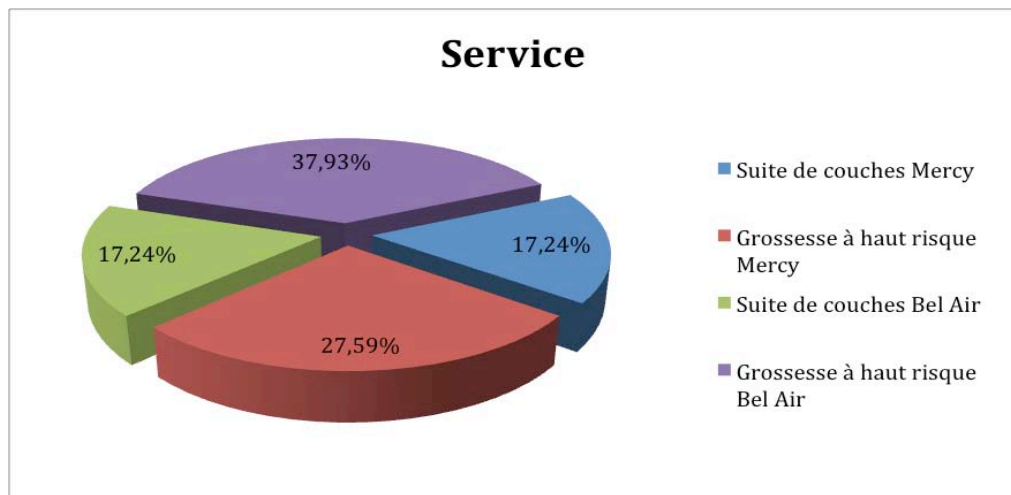
- Service

Il s'agit de savoir de quel service proviennent les patientes questionnées.

n=29.

37,93% proviennent du service de grossesse à haut risque de Bel Air, 27,59% proviennent du service de grossesse à haut risque de Mercy, 17,24% proviennent du service de suite de couche de Mercy.

17,24% proviennent du service de suite de couche de Bel Air.



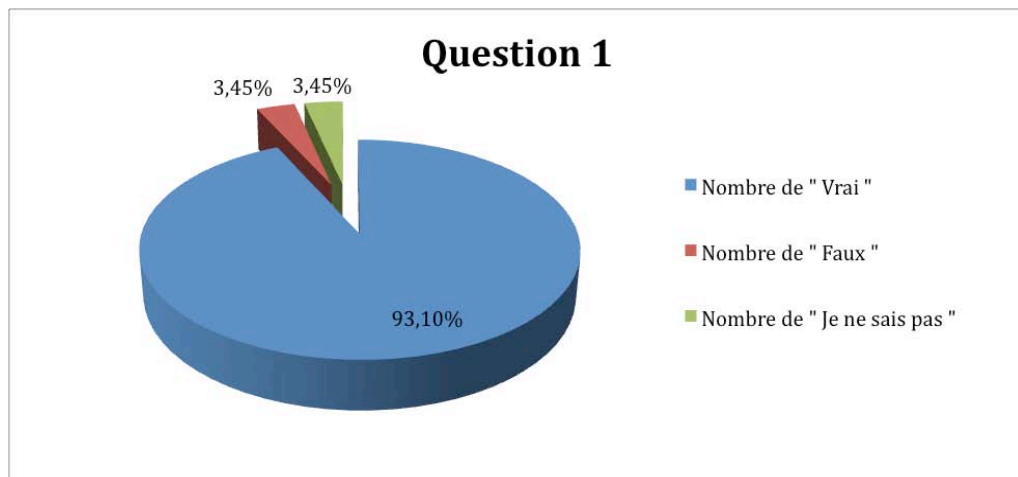
- Question 1 :

L'HTA est une pression artérielle trop augmentée par rapport aux valeurs dites normales de la tension artérielle.

La bonne réponse est « vrai ».

n=29.

93,10% des patientes ont répondu « vrai », 3,45% des patientes ont répondu « faux » et 3,45% des patientes ont répondu « je ne sais pas ».



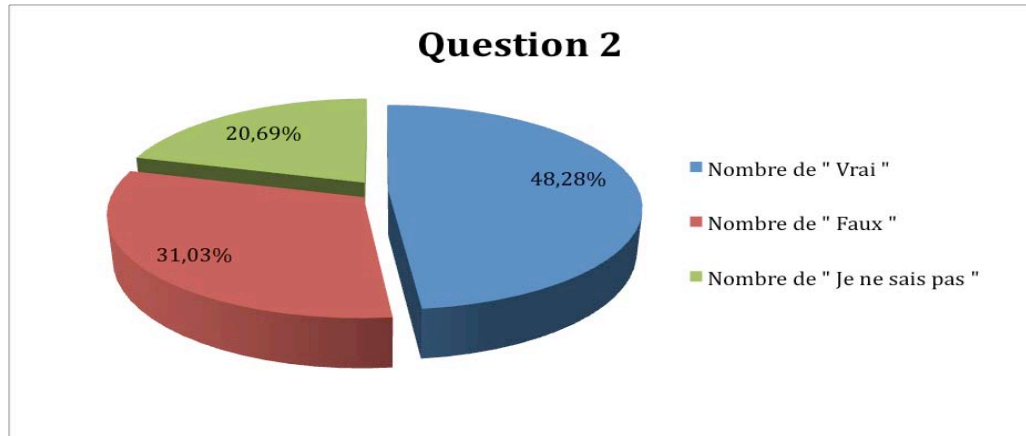
- Question 2 :

L'HTA est une maladie.

La bonne réponse est « vrai ».

n=29.

48,28% des patientes ont répondu « vrai », 31,03% des patientes ont répondu « faux » et 20,69% des patientes ont répondu « je ne sais pas ».



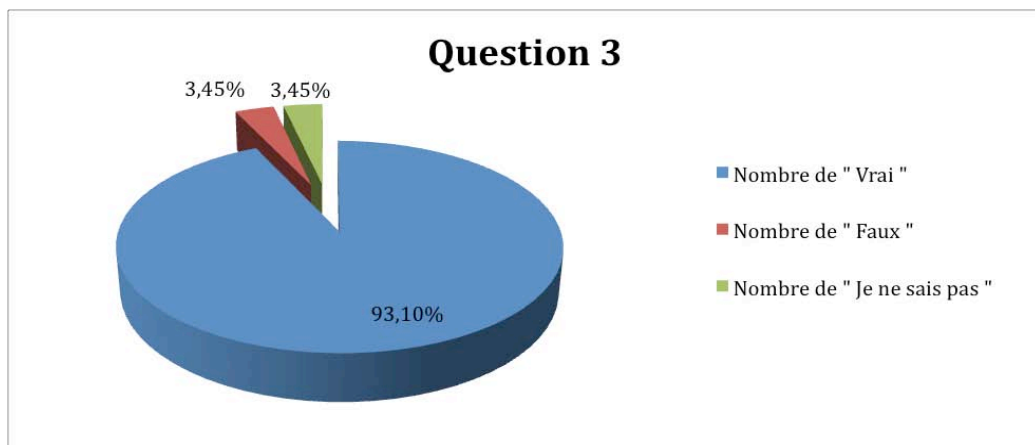
- Question 3 :

L'HTA gravidique est une pression artérielle trop augmentée pendant la grossesse par rapport aux valeurs dites normales de la tension artérielle.

La bonne réponse est « vrai ».

n=29.

93,10% des patientes ont répondu « vrai », 3,45% des patientes ont répondu « faux » et 3,45% des patientes ont répondu « je ne sais pas ».

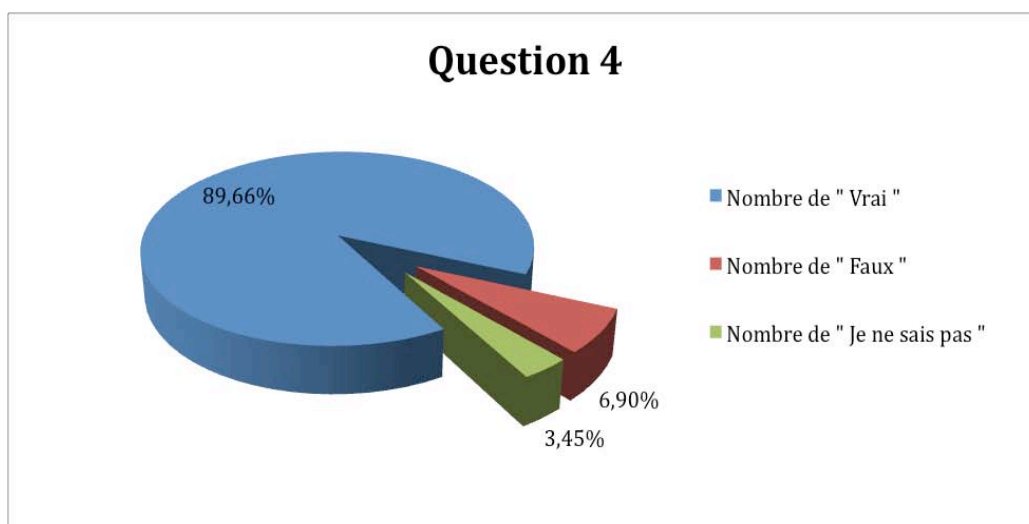


- Question 4 :

La dernière fois que ma tension artérielle a été mesurée, elle était dans les valeurs dites normales de la tension artérielle.

n=29.

89,66% des patientes ont répondu « vrai », 6,90% des patientes ont répondu « faux » et 3,45% des patientes ont répondu « je ne sais pas ».



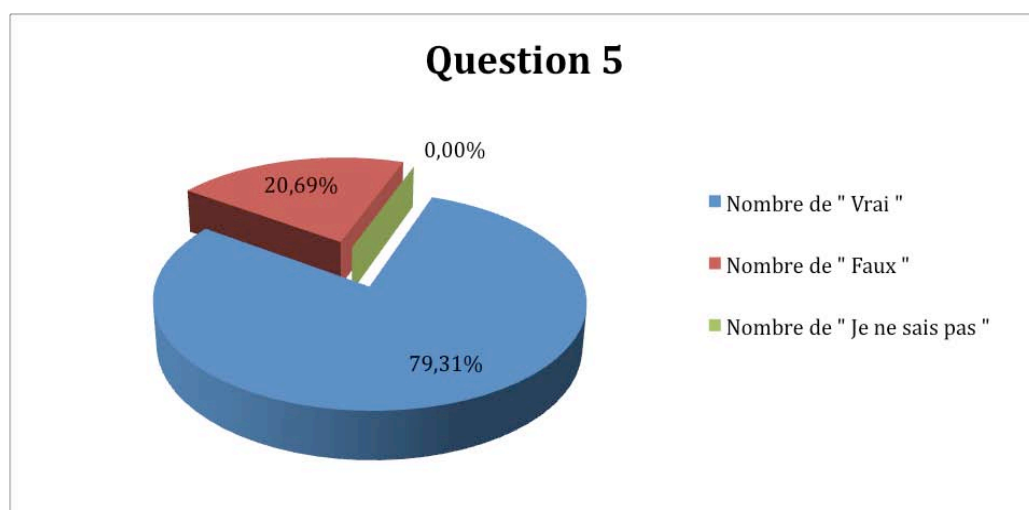
- Question 5 :

Des maux de tête peuvent révéler une HTA.

La bonne réponse est « vrai ».

n=29.

79,31% des patientes ont répondu « vrai », 20,69% des patientes ont répondu « faux » et 0,00% des patientes ont répondu « je ne sais pas ».



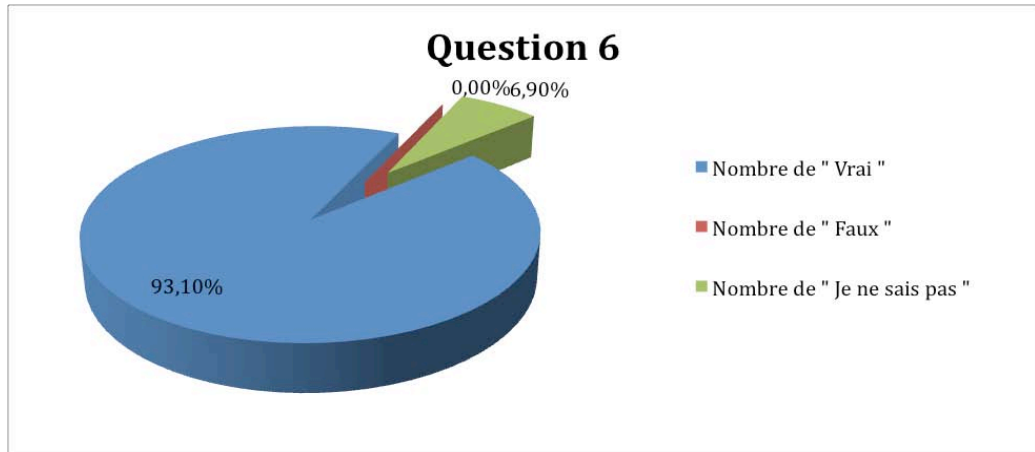
- Question 6 :

L'HTA gravidique peut avoir des effets sur ma santé pendant ma grossesse.

La bonne réponse est « vrai ».

n=29.

93,10% des patientes ont répondu « vrai », 6,90% des patientes ont répondu « je ne sais pas » et 0,00% des patientes ont répondu « faux ».



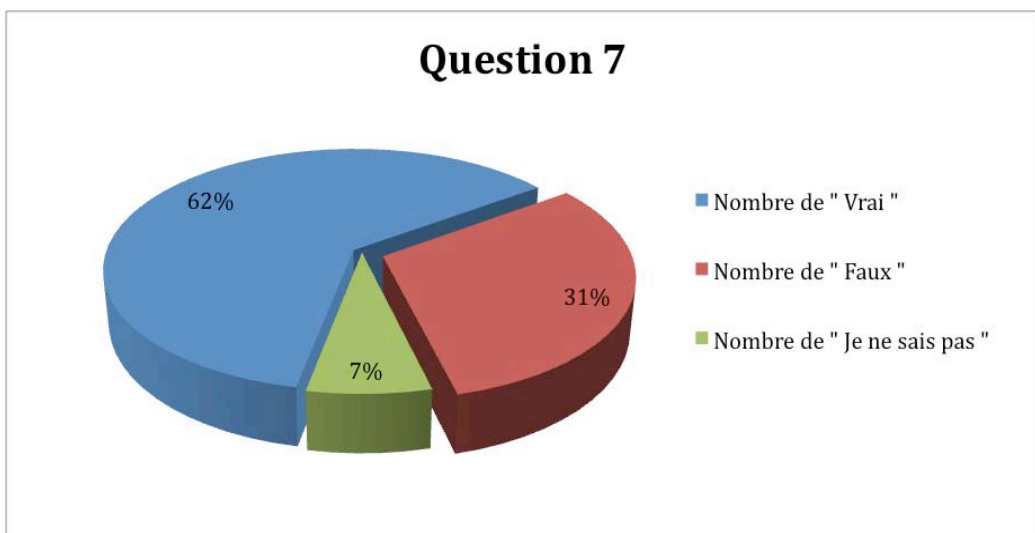
- Question 7 :

L'HTA gravidique peut avoir des effets sur ma santé après ma grossesse.

La bonne réponse est « vrai ».

n=29.

62% des patientes ont répondu « vrai », 31% des patientes ont répondu « faux » et 7% des patientes ont répondu « je ne sais pas ».



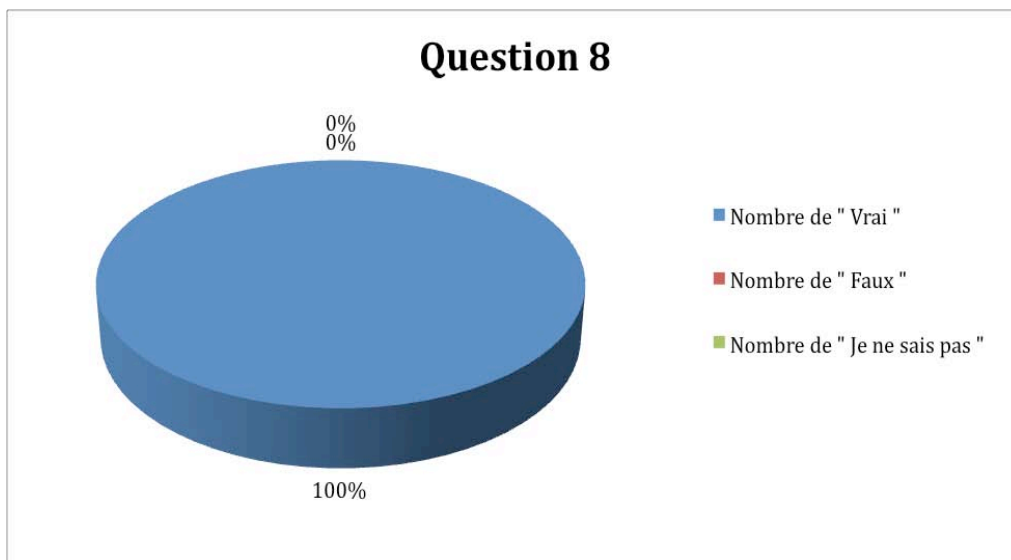
- Question 8 :

L'HTA gravidique peut avoir des effets sur la santé de mon bébé pendant la grossesse.

La bonne réponse est « vrai ».

n=29.

100% des patientes ont répondu « vrai », 0% des patientes ont répondu « faux » et 0% des patientes ont répondu « je ne sais pas ».



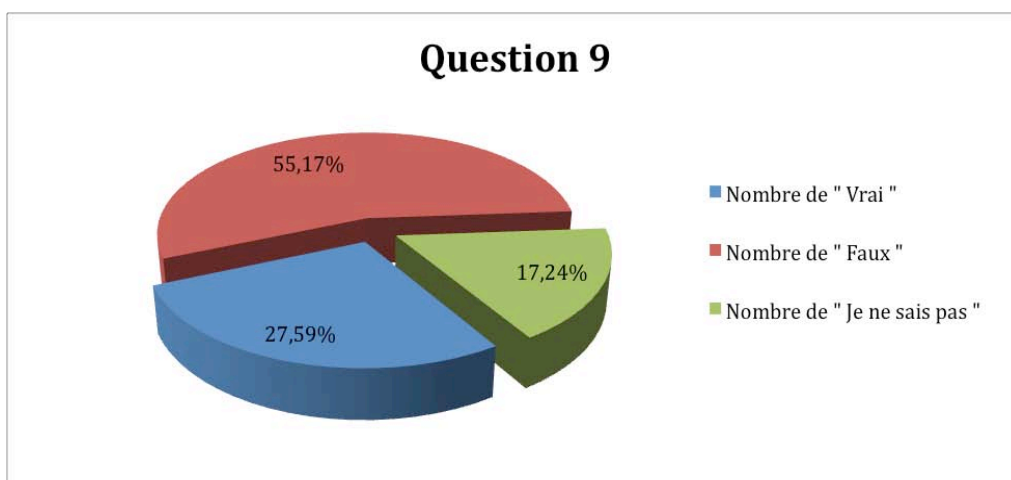
- Question 9 :

L'HTA gravidique peut avoir des effets sur la santé de mon bébé après l'accouchement.

La bonne réponse est « vrai ».

n=29.

55,17% des patientes ont répondu « faux », 27,59% des patientes ont répondu « vrai » et 17,24% des patientes ont répondu « je ne sais pas ».



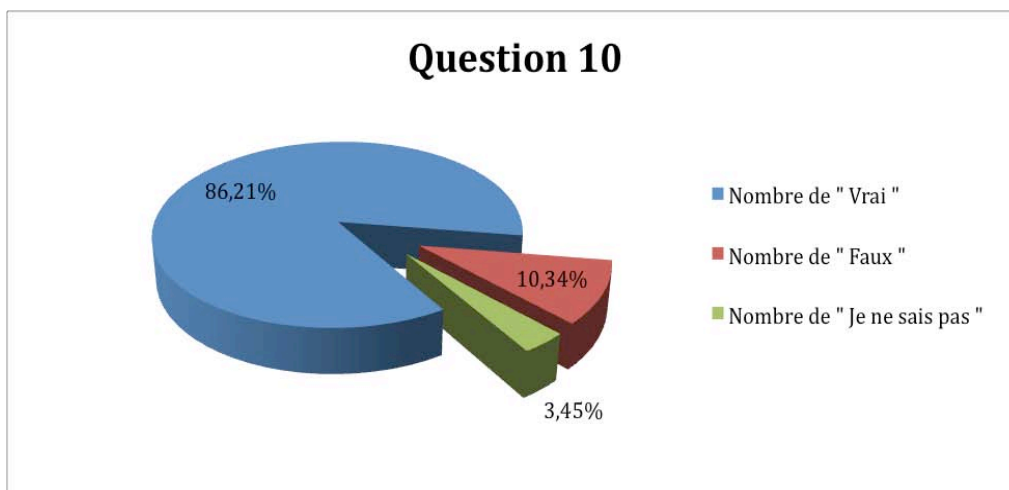
- Question 10 :

Il y a des examens à réaliser pour vérifier mon bien être et celui de mon bébé pendant la grossesse si j'ai de l'HTA gravidique.

La bonne réponse est « vrai ».

n=29.

86,21% des patientes ont répondu « vrai », 10,34% des patientes ont répondu « faux » et 3,45% des patientes ont répondu « je ne sais pas ».



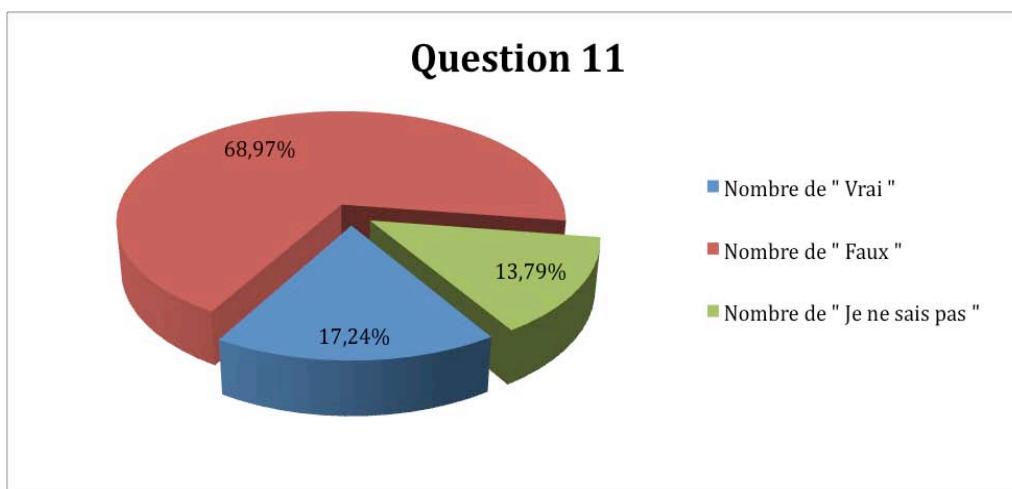
- Question 11 :

Il est impossible que je mesure moi même ma tension artérielle.

La bonne réponse est « faux ».

n=29.

68,97% des patientes ont répondu « faux », 17,24% des patientes ont répondu « vrai » et 13,79% des patientes ont répondu « je ne sais pas ».



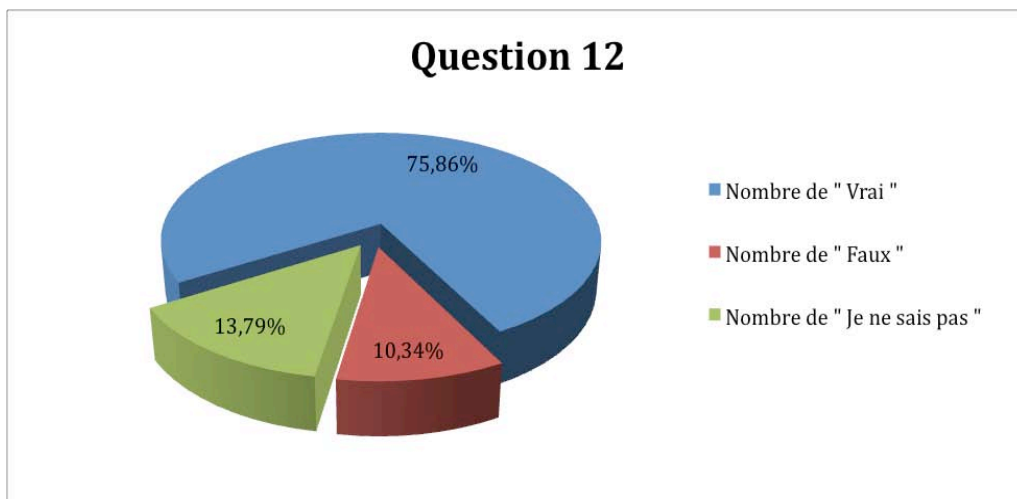
- Question 12 :

Des œdèmes peuvent être un des signes de complication de mon HTA gravidique.

La bonne réponse est « vrai ».

n=29.

75,86% des patientes ont répondu « vrai », 13,79% des patientes ont répondu « je ne sais pas » et 10,34% des patientes ont répondu « faux ».



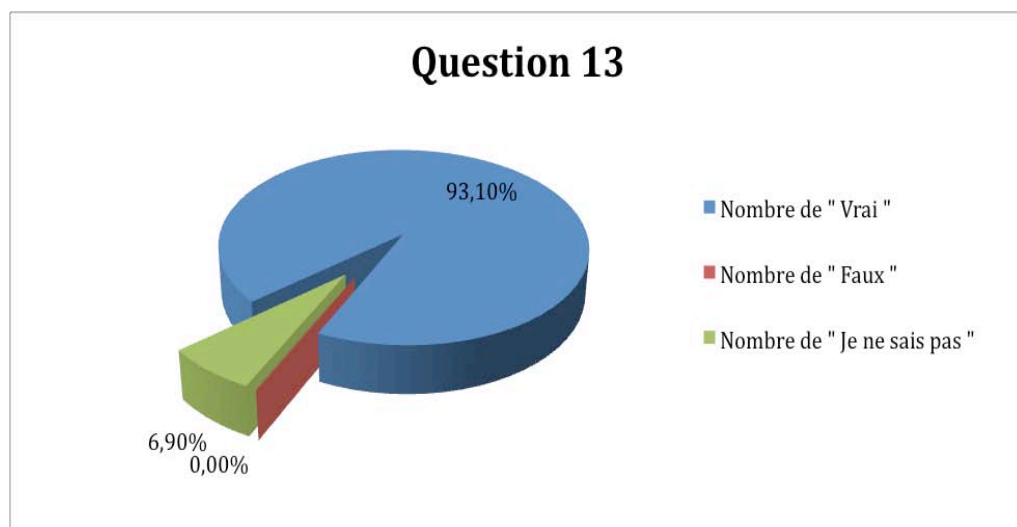
- Question 13 :

Des mouches devant les yeux et/ou des bourdonnements d'oreilles peuvent être un des signes de complication de mon HTA gravidique.

La bonne réponse est « vrai ».

n=29.

93,10% des patientes ont répondu « vrai », 6,90% des patientes ont répondu « je ne sais pas » et 0,00% des patientes ont répondu « faux ».



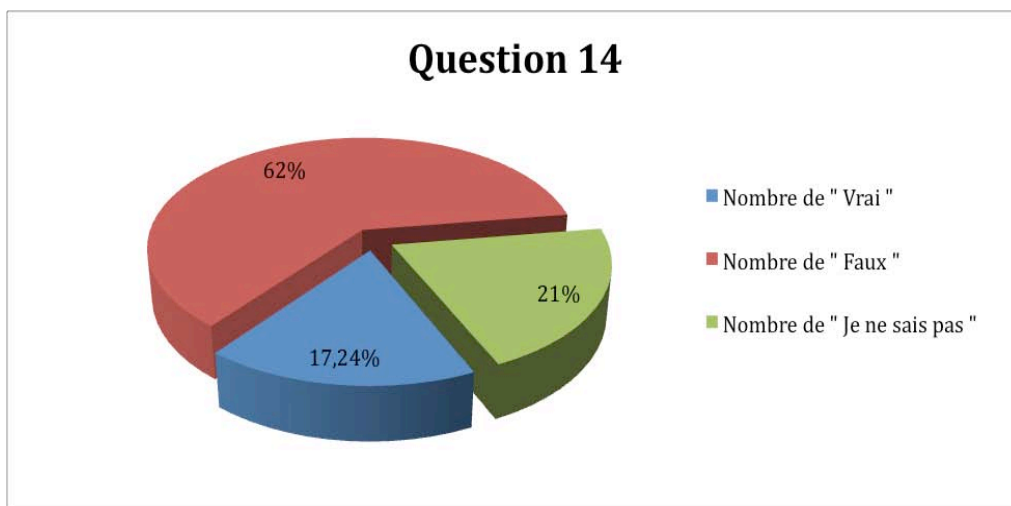
- Question 14 :

Des signes de complication de mon HTA gravidique n'existent pas car l'HTA ne se repère qu'en mesurant ma tension artérielle avec un matériel adapté.

La bonne réponse est « faux ».

n=29.

62% des patientes ont répondu « faux », 21% des patientes ont répondu « je ne sais pas » et 17% des patientes ont répondu « vrai ».



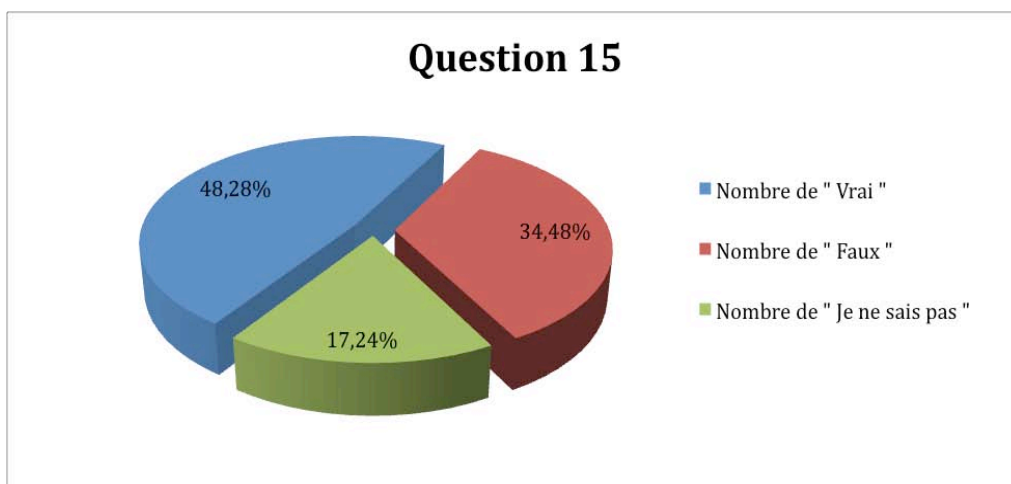
- Question 15 :

Pour traiter mon HTA je dois rester au repos strict.

La bonne réponse est « faux ».

n=29.

48,28% des patientes ont répondu « vrai », 34,48% des patientes ont répondu « faux » et 17,24% des patientes ont répondu « je ne sais pas ».



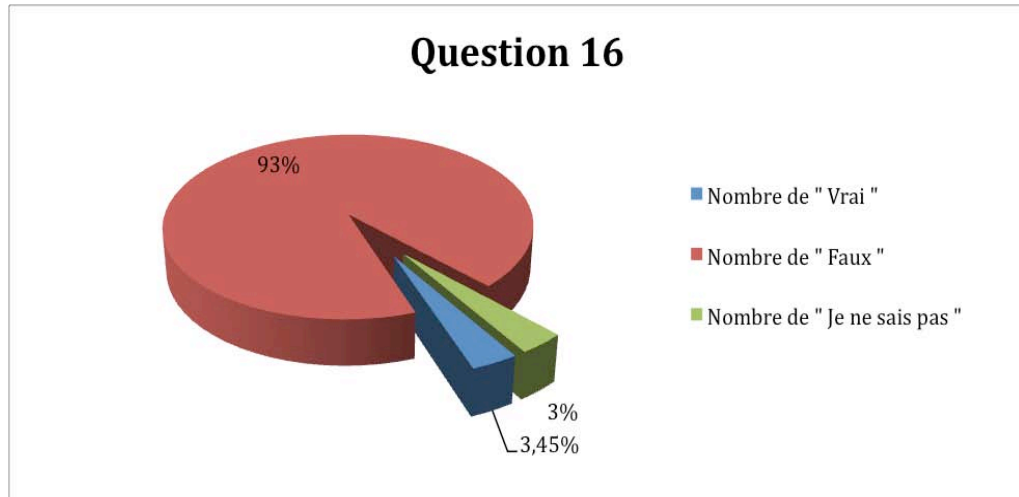
- Question 16 :

L'HTA gravidique ne peut pas se traiter.

La bonne réponse est « faux ».

n=29.

93,10% des patientes ont répondu « faux », 3,45% des patientes ont répondu « vrai » et 3,45% des patientes ont répondu « je ne sais pas ».



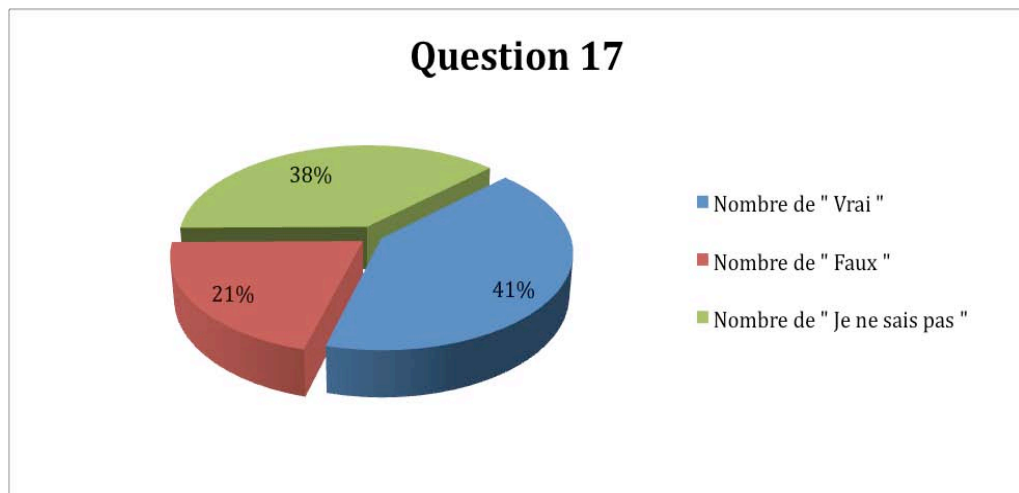
- Question 17 :

Je suis plus à risque d'avoir de l'HTA si j'ai eu de l'HTA gravidique.

La bonne réponse est « vrai ».

n=29.

41% des patientes ont répondu « vrai », 38% des patientes ont répondu « je ne sais pas » et 21% des patientes ont répondu « faux ».



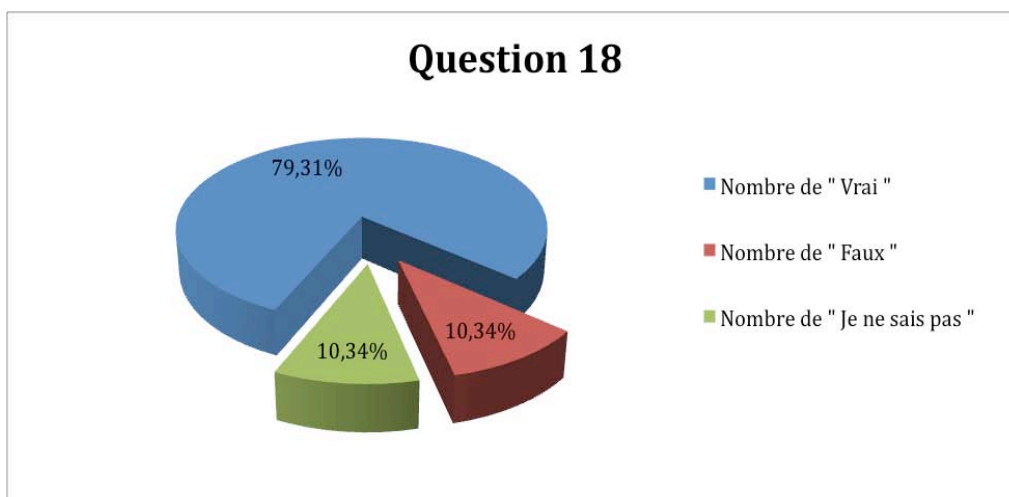
- Question 18 :

Normalement, après l'accouchement ma tension artérielle doit retrouver les valeurs dites normales de la tension artérielle sans que je fasse quoi que se soit.

La bonne réponse est « vrai ».

n=29.

73,31% des patientes ont répondu « vrai », 10,34% des patientes ont répondu « faux » et 10,34% des patientes ont répondu « je ne sais pas ».



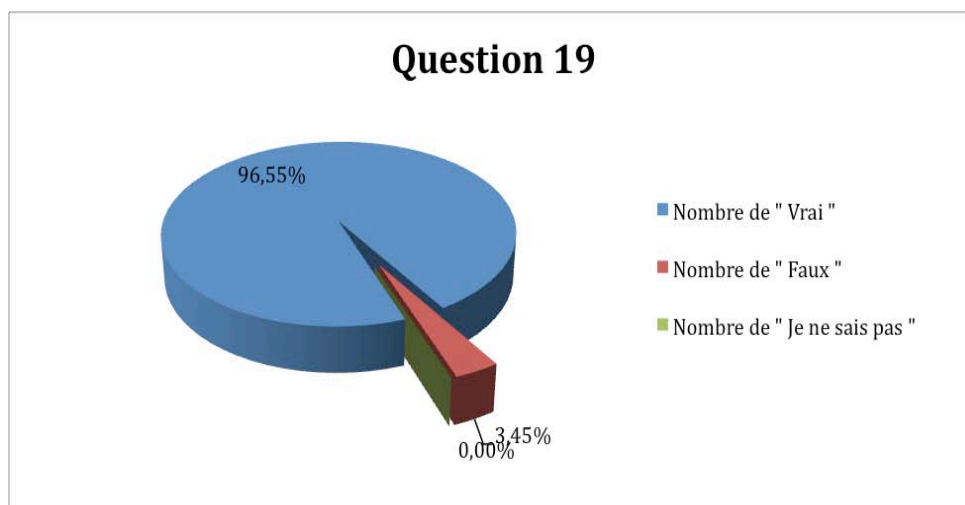
- Question 19 :

Si j'ai eu de l'HTA gravidique lors d'une grossesse précédente, je dois en informer mon gynécologue ou ma sage femme en cas de nouvelle grossesse.

La bonne réponse est « vrai ».

n=29.

96,55% des patientes ont répondu « vrai », 3,45% des patientes ont répondu « faux » et 0,00% des patientes ont répondu « je ne sais pas ».



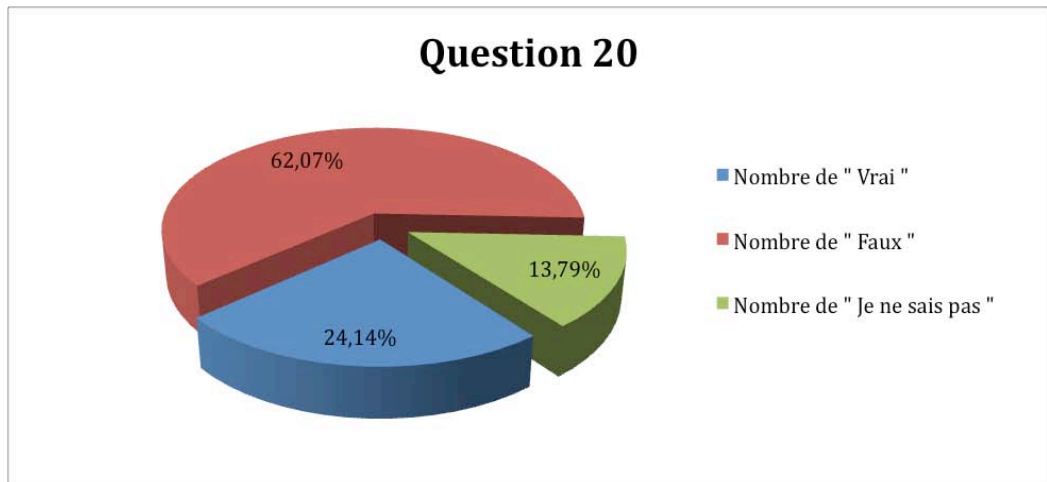
- Question 20 :

À mon avis, si j'ai eu de l'HTA gravidique lors d'une grossesse, j'en aurai forcément lors d'une grossesse suivante.

La bonne réponse est « faux ».

n=29.

24,14% des patientes ont répondu « vrai », 62,07% des patientes ont répondu « faux » et 13,79% des patientes ont répondu « je ne sais pas ».



Troisième partie :

Analyse et discussion

1. Analyse et discussion des résultats du questionnaire :

La population de l'enquête à un âge moyen de 29,72 ans. Elle est représentative car elle peut être superposée à l'âge moyen des grossesses en France. En effet, en 2010, en France métropolitaine, les femmes ont en moyenne leur premier enfant à 28 ans. Au total, l'âge moyen des mères à l'accouchement, quel que soit le rang de naissance de l'enfant, atteint 30 ans en 2010 [25].

L'âge ne semble pas représenter un facteur de risque de l'H.T.A. gravidique.

La moitié des femmes interrogées sont des nullipares, un tiers sont des primipares et un sixième sont des multipares. Les nullipares sont donc les plus nombreuses dans l'étude et semblent ainsi confirmer la bonne représentativité de la population étudiée puisque la nullité représente un facteur de risque de l'H.T.A. gravidique.

Toutes les classes socio-professionnelles sont retrouvées sans prédominance. La population est donc représentative de la population française. Il est ainsi possible d'affirmer que la catégorie socioprofessionnelle n'est pas un facteur de risque de l'H.T.A. gravidique.

Selon les patientes, elles se savent non hypertendues. Deux d'entre elles ne connaissent pas leur antécédent éventuel. Ce qui ne permet pas d'affirmer qu'elles sont ou non hypertendues. Le critère de non inclusion semble confirmé, il n'y a pas de biais de sélection dans la population.

Sur les 29 patientes interrogées, un quart est en récurrence d'H.T.A. gravidique. Ce critère exclu les nullipares. Il s'agit à 60% de primipares et à 40% de multipares. La parité ne semble pas un facteur de risque de récurrence d'HTA gravidique.

Enfin, la population de l'enquête provient essentiellement des services de grossesse à haut risque (60%). Elle est au moment de l'enquête plus représentée sur un des sites (Bel Air). L'H.T.A. gravidique étant une complication de la grossesse elle est donc traitée et retrouvée dans les services spécialisés. L'H.T.A. gravidique persiste après l'accouchement c'est pourquoi elle est aussi retrouvée dans les services de suites couches.

L'analyse se fait pour chaque question puis est regroupée par thèmes.

Pour tous les résultats, les primipares et multipares n'ont pas été plus performantes que les nullipares dans leurs réponses : la part de bonnes ou de mauvaises réponses est sensiblement équilibrée quelque soit la parité.

- Question 1 :

L'HTA est une pression artérielle trop augmentée par rapport aux valeurs dites normales de la tension artérielle.

Les patientes ont presque toutes la connaissance de ce qu'est l'H.T.A.

Elles semblent avoir la notion initiale de leur problème de santé.

- Question 2 :

L'HTA est une maladie.

Il y a ici un décalage entre la vision médicale et la vision des patientes puisque seulement la moitié des patientes considèrent l'H.T.A. comme une maladie.

Plus d'un quart n'arrive pas à définir si l'H.T.A. est une maladie ou non et une plus petite proportion ne sait pas répondre à cette question. Cela démontre que la notion sur la représentation de la maladie est un point à aborder dans l'information à donner aux femmes.

Il serait intéressant de faire préciser aux patientes ce qu'est une maladie pour elles.

La représentation d'une maladie est-elle liée aux traitements mis en place, aux signes et en particulier à la notion de douleur qui n'existe pas dans l'H.T.A. ?

Est-ce que, pour ces femmes, la maladie n'existe plus à partir du moment où elle est traitée et stabilisée ?

- Question 3 :

L'HTA gravidique est une pression artérielle trop augmentée pendant la grossesse par rapport aux valeurs dites normales de la tension artérielle.

Les patientes ont presque toutes la connaissance de ce qu'est l'H.T.A. gravidique dans les mêmes proportions que la connaissance de ce qu'est l'H.T.A.

Elles sont donc sensibles à la complication de leur grossesse.

- Question 4 :

La dernière fois que ma tension artérielle a été mesurée, elle était dans les valeurs dites normales de la tension artérielle.

La tension artérielle est prise de façon très régulière par un professionnel de santé durant l'hospitalisation.

Bien que cette question ne corresponde pas à un vrai/faux, les femmes savent y répondre presque toutes, retiennent les chiffres, elles peuvent les énoncer et savent se référer à la normalité pour orienter leur réponse.

Elles semblent sensibilisées à leur problème de santé et connaissent l'examen de référence (mesure de la tension artérielle).

Dans les résultats de l'enquête, 93% des patientes ont une tension artérielle stabilisée après prise en charge médicale.

- Question 5 :

Des maux de tête peuvent révéler une HTA.

Les patientes interrogées sont affirmatives sur cette question puisque qu'aucune dit ne pas savoir répondre à la question.

Cependant, un quart de la population ignore un des signes majeurs de l'H.T.A. Il s'agit de nullipares pour plus de la moitié.

Les maux de têtes sont un problème fréquent mais non spécifique de cette pathologie. Les femmes ont donc pu en souffrir dans d'autres contextes (grippe, périodes menstruelle, etc) et n'ont de ce fait, sans doute jamais fait le lien entre les maux de tête et l'H.T.A.

- Question 6 :

L'HTA gravidique peut avoir des effets sur ma santé pendant ma grossesse.

Les patientes savent pour la plupart que l'H.T.A. gravidique peut avoir des répercussions sur leur santé durant la grossesse. Aucune n'affirme l'inverse.

Elles comprennent ainsi qu'il existe d'éventuelles complications sur leur grossesse et qu'une surveillance en hospitalisation est souhaitable.

- Question 7 :

L'HTA gravidique peut avoir des effets sur ma santé après ma grossesse.

Les femmes sont moins affirmatives pour cette question que pour la précédente : un tiers pense que cette affirmation est fausse.

L'H.T.A. gravidique est une pathologie spécifique de la grossesse, ce qui peut expliquer que les femmes soient moins affirmatives sur l'après grossesse. L'H.T.A. gravidique pouvant révéler une H.T.A. chronique, il semble important d'informer les patientes sur ce point et les motiver à une hygiène de vie adaptée.

- Question 8 :

L'HTA gravidique peut avoir des effets sur la santé de mon bébé pendant la grossesse.

C'est la seule question où les femmes sont unanimes et justes dans leur réponse.

L'idée et le désir d'avoir un enfant en bonne santé reste la préoccupation essentielle de la femme pendant la grossesse. Elles se questionnent sans doute plus et sont plus attentives et réceptives à l'information donnée à ce sujet.

- Question 9 :

L'HTA gravidique peut avoir des effets sur la santé de mon bébé après l'accouchement.

C'est une des deux questions où les femmes se sont majoritairement trompées dans la réponse (avec la question 15) avec seulement un quart de bonne réponse.

Les femmes pensent-elles que le fait d'accoucher n'expose plus leur bébé aux mêmes risques que pendant la grossesse ?

- Question 10 :

Il y a des examens à réaliser pour vérifier mon bien être et celui de mon bébé pendant la grossesse si j'ai de l'HTA gravidique.

Durant leur hospitalisation, les patientes bénéficient de différents examens.

Une large majorité comprend la nécessité de leur réalisation. Elles font donc le lien entre ces interventions et la surveillance de la grossesse.

Pour les autres, il faudrait déterminer leur représentation de l'examen médical puisqu'en répondant par « faux » à cette question, elles semblent ne pas reconnaître l'acte médical en tant qu'examen.

- Question 11 :

Il est impossible que je mesure moi même ma tension artérielle.

Plus de la moitié savent que la tension artérielle peut se prendre en automesure.

L'utilisation d'appareil électronique de mesure dans les services démontre la facilité et la possibilité de l'automesure. C'est la capacité d'autosoins qui est évaluée dans cette question.

- Question 12 :

Des œdèmes peuvent être un des signes de complication de mon HTA gravidique.

La plupart des femmes reconnaissent ce signe comme complication de la pathologie.

Il est à noter qu'elles y sont sensibilisées par l'équipe soignante qui les interroge souvent sur ce point.

- Question 13 :

Des mouches devant les yeux et/ou des bourdonnements d'oreilles peuvent être un des signes de complication de mon HTA gravidique.

Presque toutes les femmes font le lien entre ces signes et la maladie. De plus, aucune n'affirme l'inverse.

Il est à noter qu'elles y sont sensibilisées par l'équipe soignante qui les interroge souvent sur ce point. Les mouches devant les yeux et/les bourdonnements d'oreilles sont plus facilement reconnus par les femmes que les œdèmes. Ce qui peut s'expliquer par le fait que la gêne occasionnée est plus importante.

- Question 14 :

Des signes de complication de mon HTA gravidique n'existent pas car l'HTA ne se repère qu'en mesurant ma tension artérielle avec un matériel adapté.

Cette question est la synthèse des deux précédentes. Moins de femmes ont su y répondre.

Les mêmes mots à savoir « signes de complication » sont pourtant employés dans chacune d'elles.

Un langage facile et une forme affirmative semblent indispensables pour faciliter la compréhension et les aider à répondre.

- Question 15 :

Pour traiter mon HTA je dois rester au repos strict.

Près de la moitié des femmes pensent à tort que cette affirmation est vraie. C'est une des deux questions où les femmes ont le moins bien répondu (avec la question 9).

Durant leur séjour en hospitalisation, les femmes passent la plupart de leur temps dans leur chambre. Ce qui est peut être responsable de l'idée que les femmes se font de l'H.T.A. gravidique et de l'activité quotidienne et physique qu'elles peuvent avoir. Elles doivent certes avoir une vie au calme mais elles restent libres de se mouvoir et de se déplacer normalement au quotidien.

C'est peut être aussi le terme « strict » que les patientes n'ont pas su discerner : le repos est bel et bien recommandé en cas d'H.T.A. gravidique mais pas le repos strict.

- Question 16 :

L'HTA gravidique ne peut pas se traiter.

Presque toutes les femmes sont d'accord pour dire que l'H.T.A. gravidique peut se traiter. Elles sont hospitalisées dans un but de surveillance mais aussi d'optimisation de leur traitement.

Elles prennent en général des médicaments et relient donc ce traitement à l'H.T.A. gravidique.

- Question 17 :

Je suis plus à risque d'avoir de l'HTA si j'ai eu de l'HTA gravidique.

C'est dans cette question que la disparité de réponses est la plus grande.

Pourtant, il peut être affirmé grâce aux questions 1 et 3 que les femmes savent définir les deux pathologies. Mais elles ne font pas le lien entre l'une et l'autre.

- Question 18 :

Normalement, après l'accouchement ma tension artérielle doit retrouver les valeurs dites normales de la tension artérielle sans que je fasse quoi que se soit.

Plus de trois quarts des réponses des patientes sont exactes. Ces patientes ont la notion que l'H.T.A. gravidique est liée à la grossesse.

- Question 19 :

Si j'ai eu de l'HTA gravidique lors d'une grossesse précédente, je dois en informer mon gynécologue ou ma sage femme en cas de nouvelle grossesse.

Les patientes interrogées sont affirmatives sur cette question puisque qu'aucune dit ne pas savoir répondre à la question.

Presque toutes les femmes savent que les antécédents d'H.T.A. gravidique sont importants à prendre en compte.

- Question 20 :

À mon avis, si j'ai eu de l'HTA gravidique lors d'une grossesse, j'en aurai forcément lors d'une grossesse suivante.

Une majorité de patientes savent que la récurrence d'H.T.A. gravidique n'est pas systématique lors d'une prochaine grossesse. Pour celles ayant répondu « vrai » ou « je ne sais pas » à cette question, le mot « forcément » n'a peut être pas été pris en compte.

Ainsi différents thèmes ont été abordés dans le questionnaire :

1) La connaissance de la maladie (question 1, 3, 10, 14, 18 et 20) :

C'est le niveau d'apprentissage du domaine du cognitif. Les scores respectifs de 93%, 93%, 86%, 73%, 62% et 62% de bonnes réponses prouvent que les patientes ont un bon savoir à propos de la pathologie. L'information qu'elles reçoivent dans les services semble être bien délivrée et reçue puisqu'acquise.

La question 14 (62% de bonne réponse) appartient au domaine du raisonnement sur la connaissance de la pathologie. Son score de réussite plus faible prouve une plus grande difficulté de raisonnement des patientes.

2) Les complications de la maladie chez la mère, le fœtus et le nourrisson (questions 5, 12, 13, 17, 19) :

C'est le niveau d'apprentissage du domaine du cognitif. Les scores de 80%, 75%, 93%, 41%, 96% de bonnes réponses montrent un bon savoir à propos des complications de la pathologie, à l'exception du savoir sur la santé à long terme. Le risque de complications à long terme n'est pas acquis par les patientes.

3) Les effets de la maladie sur la santé de la mère, du fœtus et du nourrisson (questions 6, 7, 8 et 9) :

C'est le niveau d'apprentissage du domaine du cognitif. Les scores de 93%, 62%, 100% et 28% de bonnes réponses soulignent une grande disparité des connaissances sur les effets de la pathologie à plus long terme. Les femmes sont beaucoup plus sensibilisées sur les risques à court et moyen termes.

Il est à noter que c'est pour ces trois thèmes que le niveau de certitude est le plus fort (les scores de « je ne sais pas » y sont les plus bas).

4) Les compétences des patientes (questions 4 et 11) :

C'est le domaine du sensori-moteur. Les scores de 90% et 65% de bonnes réponses dévoilent que les patientes sont sensibilisées sur leur mesure de la tension artérielle. Il faut cependant noter que presque la moitié des femmes ignorent qu'elles peuvent la prendre elles-mêmes et sans l'intervention d'un professionnel de santé, preuve qu'elles n'y sont pas initiées durant l'hospitalisation.

Il semble pourtant important que ce soit le premier geste à acquérir pour la gestion de cette pathologie.

5) Le traitement (question 16) :

C'est le niveau d'apprentissage du domaine du cognitif (connaissances et raisonnement). Le score de 93% de bonnes réponses prouve qu'elles le reconnaissent comme un traitement de l'H.T.A. gravidique. L'unique question sur ce thème limite l'analyse du niveau de connaissance.

6) La vie quotidienne (question 15) :

C'est le domaine du psycho-affectif, des attitudes à adopter. Le score de 34% de bonnes réponses peut témoigner d'un biais dû à la formulation « strict » ou d'un thème non abordé par les professionnels de santé.

7) La représentation de la maladie (question 2) :

C'est le domaine du psycho-affectif. C'est un domaine plus complexe car il se rapporte aux croyances des patientes. On comprend ainsi le mauvais score de 43% de bonnes réponses à cette question.

Au total, les scores du questionnaire des patientes est variable : de 100% à 28%. Ce qui prouve que l'information est donnée. Elles ont été plus performantes dans le domaine cognitif que dans les autres (sensori-moteur et psycho-affectif) : par exemple, elles ne savent pas prendre leur tension, elles ignorent les conséquences à long terme...

Ce qui confirme qu'elles ont reçu une information et pas une éducation thérapeutique, d'autant qu'elle n'est pas structurée, évaluée ni formalisée.

Un modèle éducatif selon les critères vus chapitre 2.5. pourrait alors être envisagé.

Le programme permet d'élargir et de consolider les connaissances des patientes, mais aussi de leur donner des compétences d'autosoin et d'adaptation :

- Connaissance, savoir faire et savoir être autour de la maladie et de ses complications
- Connaissance, savoir faire et savoir être autour du traitement
- Connaissance, savoir faire et savoir être autour de la vie quotidienne

Ce programme est personnalisé en fonction des besoins et des attentes de chaque patiente.

2. Analyse et discussion du questionnaire :

Ces analyses ont également permis d'évaluer le questionnaire et de penser qu'il peut être optimisé dans sa forme et dans son fond pour être validé :

- En diminuant au maximum les biais.
- En employant un langage simplifié et explicite car le questionnaire s'adresse à toutes les classes socio-professionnelles.
- En regroupant et organisant les thèmes.
- En évaluant chaque thème dans les mêmes proportions.

En tenant compte de cette réflexion, voici une proposition d'un nouveau questionnaire :

Légende :

Thème de la représentation de la maladie

Thème de la connaissance de la maladie

Thème des complications de la maladie

Thème des effets de la maladie

Thème des compétences

Thème du traitement

Thème de la vie quotidienne

Corrections apportées dans la forme

QUESTIONNAIRE	Vrai	Faux	Je ne sais pas
1. L'HTA est une maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'HTA est une pression artérielle trop augmentée par rapport aux valeurs dites normales de la tension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. L'HTA gravidique est une pression artérielle trop augmentée pendant la grossesse par rapport aux valeurs dites normales de la tension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il y a des examens à réaliser pour vérifier mon bien être et celui de mon bébé pendant la grossesse si j'ai de l'HTA gravidique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. À mon avis, si j'ai eu de l'HTA gravidique lors d'une grossesse, j'en aurai aussi lors d'une grossesse suivante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Des maux de tête peuvent révéler une HTA gravidique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Des mouches devant les yeux et/ou des bourdonnements d'oreilles peuvent être un des signes de complication de mon HTA gravidique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je suis plus à risque d'avoir de l'HTA si j'ai eu de l'HTA gravidique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. L'HTA gravidique peut avoir des effets sur ma santé pendant ma grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. L'HTA gravidique peut avoir des effets sur la santé de mon bébé pendant la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. L'HTA gravidique peut avoir des effets sur ma santé après ma grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. L'HTA gravidique peut avoir des effets sur la santé de mon bébé après l'accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Il est impossible que je mesure moi même ma tension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. J'ai besoin d'un matériel spécifique pour mesurer ma tension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. La dernière fois que ma tension artérielle a été mesurée, elle était dans les valeurs dites normales de la tension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. L'HTA gravidique ne peut pas se traiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Si ma tension artérielle est normale, je peux arrêter mon traitement pendant ma grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Pour traiter mon HTA gravidique je dois rester au repos strict, c'est à dire en restant un maximum allongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. L'activité sexuelle n'est pas autorisée en cas d'HTA gravidique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je peux faire des balades en marchant doucement si j'ai de l'HTA gravidique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conclusion :

L'enquête effectuée grâce au questionnaire en 20 points a donc permis de constater que pendant la grossesse et les suites de couches les femmes reçoivent une information pour mieux comprendre et gérer leur quotidien avec l'H.T.A. gravidique.

Elles acquièrent en partie des connaissances et compétences mais ne sont pas réellement actrices de leur prise en charge.

Cette information aux seins des services ne semble donc pas complète, elle n'est pas structurée, pas évaluée ni formalisée.

Une éducation des patientes s'inspirant des grands principes de l'éducation thérapeutique, semblerait plus adaptée. Un même questionnaire éducatif d'évaluation initial et final permettrait d'évaluer les connaissances et compétences avant et après éducation.

Un programme de ce type existe déjà pour le diabète gestationnel. Il pourrait être étendu à l'hypertension de grossesse et proposé pour chaque grossesse.

Une telle prise en charge nécessite une organisation des soins. Il supposerait également d'intégrer et de former les sages femmes dans la prise en charge éducative.

Bibliographie :

- [1] BEAUFILS M., HADDAD B., BAVOUX F., *Hypertension artérielle pendant la grossesse : aspects physiopathologiques et pronostic à long terme*, EMC Obstétrique, tome 2, 5-036-A-10, 2012, pages 1 à 13.
- [2] LANSAC J., MAGNIN G., *Hypertension et grossesse*, Obstétrique, 5^o édition, collection pour le praticien, édition Masson, 2008, chapitre 7, pages 161 à 172.
- [3] Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, *Principales complications de la grossesse, hypertension artérielle gravidique*, rapport, item 17, module 2, 27 juillet 2006.
- [4] BEAUFILS M., « Hypertensions gravidiques, Hypertensive disorders of pregnancy », article de *La revue de médecine interne*, éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, numéro 23, 2002, pages 927 à 938.
- [5] Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF, Université Médicale Virtuelle Francophone, *Les modifications physiologiques de la grossesse*, 01 mars 2011, pages 15 à 18.
- [6] Faculté de médecine ULP 67000 Strasbourg, *Hypertension artérielle et grossesse*, rapport, item numéro 17 et 218, 2004-2005.
- [7] MERVIEL P., CHALLIER J-C., FOIDART J-M., UZAN S., *Implantation et placentation, physiologie, pathologies et traitements*, précis de gynécologie-obstétrique, édition Masson, 2001.
- [8] Organisation Mondiale de la Santé, journée mondiale de la santé, *La grossesse : hypertension chronique et gravidique*, 2013.

- [9] COUTURE G., MILOT A., *Hypertension artérielle et grossesse. In société Québécoise d'hypertension artérielle, Guide thérapeutique, 2^{ème} édition Janvier 2002, pages 97 à 120.*
- [10] BARGOIN V., «Grossesse et cardiopathie », article, *theHeart.org*, 28 septembre 2011.
- [11] Report of a WHO Working Group. Therapeutic Patient Education. Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Prevention of Chronic diseases, 1998.
- [12] *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques.* Recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant l'éducation thérapeutique du patient atteint de maladies chroniques, 2007.
- [13] Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, *L'Éducation Thérapeutique du Patient*, livre, 2010..
- [14] Agence Régionale de Santé, *Éducation Thérapeutique du Patient*, schéma régional de l'offre de soins, annexe de juin 2011
- [15] Loi Hôpital Patient Santé Territoire, 22 juillet 2009.
- [16] Décret de loi du 02/08/2010, texte 27/128 NOR : SASH1017847D concernant les compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.
Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient texte 25/128 NOR : SASP1007571D.
Loi Hôpital patient santé territoire N°2009-879 du 21 juillet 2009 titre 3 article 84.
www.legifrance.gouv.fr
- [17] Haute Autorité de Santé, *Éducation thérapeutique du patient, définitions, finalités et organisation*, rapport de juin 2007

- [18] D. SIMON, P.-Y. TRAYNARD, F. BOURDILLON, R. GAGNAYRE, A. GRIMALDI, *Education thérapeutique, Prévention et maladies chroniques*, Abrégés, édition MASSON, 2^{ième} édition, 2009, pages 4-271 à 276.
- [19] A. WARSI et COLL., *Self-management Education programs in chronic Disease : A systematic review and methodological Critique of the litterature*, Arch Intern Med, 2004 ; 164 (15) : 1641-49.
- [20] T. DEAKIN et COLL., *Group based training for self-management strategies in people with Type 2 diabete Mellitus*, Cochrane Database Syst Rev, 2005, apr 18; (8) : CD 003417.
- [21] STEWART S., MARLEY J-E., HOROWITZ J-D., *Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study*, Lancet 1999; 354 :1077-83.
- [22] Roccaforte R, Demers C, Baldassarre F, Teo KK, Yusuf S. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. Eur J Heart Fail 2005;7: 1133-44.
- [23] Haute Autorité de Santé, *Comment mieux informer les femmes enceintes*, rapport de 2005.
- [24] Direction des projets et des affaires médicales, *Programmes d'éducation thérapeutique du patient, demande d'autorisation, CHR Metz-Thionville*, 2012, pages 40 et 112.
- [25] DAVIE E., *Division Enquêtes et études démographiques*, INSEE, Première N° 1419, octobre 2012.

Annexes

Annexe I :

Profil biophysique fœtal ou score de Manning

paramètres	Critères de normalité	Présent	absent
Mouvements globaux du corps fœtal	≥ 3 mouvements isolés des membres ou du tronc sur une période de 30 minutes	2	0
Mouvements respiratoires	≥ 1 épisode de mouvement respiratoire d'une durée ≥ 30 secondes sur une période de 30 minutes.	2	0
Tonus fœtal	≥ 1 épisode d'extension active avec retour en flexion d'un membre ou du tronc, ou d'ouverture et fermeture d'une main sur une période de 30 minutes.	2	0
Enregistrement du rythme cardiaque fœtal	≥ 2 épisodes d'accélération du RCF de <ul style="list-style-type: none">• ≥ 15 battements par minute et• ≥ 15 secondes sur une période de 30 minutes	2	0
Quantité du liquide amniotique	≥ 1 citerne de liquide amniotique de ≥ 2 cm dans deux plans perpendiculaire	2	0

Valeur du Score de Manning	Interprétation	Risque de mort périnatale à une semaine sans intervention	Conduite à tenir
<ul style="list-style-type: none"> • 10 • 8/10 avec quantité du liquide amniotique normale. • 8/8 sin non stress test non réalisé 	Risque d'asphyxie fœtale extrêmement faible	1‰	Intervention uniquement sur indication obstétricale. Pas d'indication d'intervention pour souffrance fœtale
8/10 avec quantité du liquide amniotique anormale (diminuée)	Souffrance fœtale chronique probable	89‰	S'assurer que les reins fœtaux soient fonctionnels et que les membranes soient intactes. Si oui, accouchement pour indication fœtale
6/10 avec quantité du liquide amniotique normale	≥ Test douteux, asphyxie fœtale possible	Variable	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de maturité fœtale : accouchement En cas d'immaturité fœtale, répéter le test dans les 24 h : si < 6, accouchement
6/10 avec quantité du liquide amniotique anormale	Asphyxie fœtale probable	89‰	Accouchement pour indication fœtale
4/10	Asphyxie fœtale probable	91‰	Accouchement pour indication fœtale
2/10	Asphyxie fœtale certaine	125‰	Accouchement pour indication fœtale
0/10	Asphyxie fœtale certaine	600‰	Accouchement pour indication fœtale

Annexe II :

Proposition d'un protocole de suivi en HAD de l'aggravation d'une HTA gravidique modérée au cours de l'*antepartum*

Pathologie maternelle gravidique	
<p align="center">Aggravation d'une HTA gravidique modérée (PAS < 160 mmHg, PAD < 110 mmHg)</p> <p align="center">isolée (sans protéinurie), associée à un RCIU modéré (5-10^e percentile) et en l'absence d'antécédents notables (MFIU, HRP, éclampsie, prématurité induite)</p>	
Fréquence des visites	Plurihebdomadaire, au maximum quotidienne, en fonction de l'évaluation du professionnel se rendant à domicile et du matériel mis à disposition
Contenu des visites	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux : céphalées, douleurs épigastriques, vomissements, métrorragies, contractions utérines, diminution des mouvements actifs fœtaux - Examen clinique : poids, pression artérielle, œdème rapidement progressif, hauteur utérine - Protéinurie semi-quantitative (bandelette urinaire) - Enregistrement du RCF - Prélèvements sanguins hebdomadaires : numération globulaire, plaquettes, ASAT, ALAT - Protéinurie/24 heures si protéinurie positive à la bandelette urinaire - Vérification des résultats biologiques et d'éventuelles échographies supplémentaires
Complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes anormaux (précédemment énumérés) - HTA sévère (PAS ≥ 160 mmHg et/ou PAD ≥ 110 mmHg) - Apparition d'une pré-éclampsie - Anomalies du RCF - Cassure de la courbe de croissance fœtale - Anomalie du Doppler ombilical

ALAT : alanine aminotransférase ; ASAT : aspartate aminotransférase ; HRP : hématome rétroplacentaire ; HTA : hypertension artérielle ; MFIU : mort fœtale *in utero* ; PAD : pression artérielle diastolique ; PAS : pression artérielle systolique ; RCF : rythme cardiaque fœtal ; RCIU : retard de croissance *in utero*

Proposition d'un protocole de suivi en HAD de l'aggravation d'une HTA chronique modérée au cours de l'*antepartum*

Pathologie maternelle préexistante	
Aggravation d'une HTA chronique modérée (PAS < 160 mmHg, PAD < 110 mmHg) isolée (sans protéinurie), associée à un RCIU modéré (5-10 ^e percentile) et en l'absence d'antécédents notables (MFIU, HRP, éclampsie, prématurité induite)	
Fréquence des visites	<ul style="list-style-type: none"> - Plurihebdomadaire, au maximum quotidienne, en fonction de l'évaluation du professionnel se rendant à domicile et du matériel mis à disposition
Contenu des visites	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux : céphalées, douleurs épigastriques, vomissements, métrorragies, contractions utérines, diminution des mouvements actifs fœtaux - Examen clinique : poids, pression artérielle, œdème rapidement progressif, hauteur utérine - Protéinurie semi-quantitative (bandelette urinaire) - Enregistrement du RCF - Prélèvements sanguins hebdomadaires : numération globulaire, plaquettes, ASAT, ALAT - Protéinurie/24 heures si protéinurie positive à la bandelette urinaire - Vérification des résultats biologiques et d'éventuelles échographies supplémentaires
Complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes anormaux (précédemment énumérés) - HTA sévère (PAS ≥ 160 mmHg et/ou PAD ≥ 110 mmHg) - Apparition d'une pré-éclampsie - Anomalies du RCF - Cassure de la courbe de croissance fœtale - Anomalie du Doppler ombilical

ALAT : alanine aminotransférase ; ASAT : aspartate aminotransférase ; HRP : hématome rétroplacentaire ; HTA : hypertension artérielle ; MFIU : mort fœtale *in utero* ; PAD : pression artérielle diastolique ; PAS : pression artérielle systolique ; RCF : rythme cardiaque fœtal ; RCIU : retard de croissance *in utero*

Matrice de compétences développées en 2001 par J-F. d'Ivernois et R. Gagnayre :

1. Comprendre, s'expliquer

Comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions socio-familiales de la maladie, s'expliquer les principes du traitement.

2. Repérer, analyser, mesurer

Repérer les signes d'alerte, les symptômes précoces, analyser une situation à risque, des résultats d'examen. Mesurer sa glycémie, sa tension artérielle, son débit respiratoire de pointe, etc.

3. Faire face, décider

Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypoglycémie, hyperglycémie, crise d'asthme, etc.), décider dans l'urgence, etc.

4. Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention

Ajuster le traitement, adapter les doses d'insuline. Réaliser un équilibre diététique sur la journée, la semaine.

Prévenir les accidents, les crises.

Aménager un environnement, un mode de vie, favorable à sa santé (activité physique, gestion du stress, etc.).

5. Pratiquer, faire

Pratiquer les techniques (injection d'insuline, autocontrôle glycémie, spray, chambre d'inhalation, peak flow). Pratiquer des gestes (respiration, auto-examen des œdèmes, prise de pouls, etc.).

Pratiquer des gestes d'urgence.

6. Adapter, réajuster

Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse, etc.).

Réajuster un traitement ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie.

7. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits

Savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher l'information utile ; Faire valoir des droits (travail, école, assurances, etc.). Participer à la vie des associations de patients, etc.

Annexe V :

PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT AUTORISES EN LORRAINE

Département	Identité du promoteur	Intitulé du programme ou thématique	Nom du coordonnateur
DEPARTEMENT DE MEURTHE ET MOSELLE			
54	ARAIRLOR	J'appriivoise ma BPCO	Pr CHABOT
54	CLINIQUE LOUIS PASTEUR	Patient à risque cardiovasculaire élevé	Mme MARCHAL
54	CHU Nancy	Patient vivant avec le VIH	Dr LETRANCHANT
54	CHU Nancy	Patient atteint de BPCO	Dr GUILLAUMOT
54	CHU Nancy	Patient asthmatique	Dr GUILLAUMOT
54	CHU Nancy	Patient atteint de mucoviscidose	M. GARDIN
54	CHU Nancy	Prise en charge spécifique de la dépendance au tabac associée aux différentes pathologies et co-dépendances	Dr WIRTH
54	CHU Nancy	Patient atteint de rhumatisme inflammatoire en particulier traité par biothérapie	Dr RAT
54	CHU Nancy	Jeune patient atteint diabète de type 1 ou d'endocrinopathie chronique	Dr JELLMAN
54	CHU Nancy	Patient atteint de mucoviscidose et leur famille : dépistage néonatal au transfert dans un CRCM	Dr DERELLE
54	CHU Nancy	Enfant asthmatique	Dr SCHWEITZER
54	CHU Nancy	Patient alcool-dépendant hospitalisé pour soins complexes	Dr MAHEUT-BOSSER
54	CHU Nancy	Patient insuffisant cardiaque chronique	Dr JUILLIERE
54	CHU Nancy	Programme DENUART : ETP du patient en nutrition artificielle au long cours	Dr QUILLIOT
54	CHU Nancy	Programme EDUDIJOB : personne présentant un diabète et/ou une obésité	Dr ZIEGLER
54	CHU Nancy	Ecole de l'Atopie : patients atopiques, porteurs d'allergie(s) alimentaire(s) à haut risque anaphylactique et leur famille	Pr KANNY
54	CHU Nancy	ETP des patient ayant une dermatite atopique	Dr WATON
54	CHU Nancy	Programme Edugreffe -patient transplanté rénal	Pr KESSLER
54	CHU Nancy	Enfant insuffisant rénal chronique	Dr VRILLON

Annexe VI :

Je suis Anne-Hélène MERSCH, étudiante sage femme à l'école de Metz. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude intitulé :

« L'hypertension artérielle gravidique

L'information donnée durant la grossesse

Comment la transmettre et développer les compétences des patientes », je souhaiterais réaliser une enquête auprès des patientes atteintes d'hypertension artérielle gravidique afin de leur proposer la mise en place d'une « éducation » à la gestion de cette complication de la grossesse.

C'est pourquoi je vous sollicite pour remplir ce questionnaire.

Ce questionnaire en 20 points a pour but d'évaluer vos connaissances sur l'hypertension artérielle de grossesse.

Pour chaque question, une réponse est possible. Cochez celle qui vous semble juste.

Le questionnaire est anonyme.

Comptez environ 15 minutes pour répondre à la totalité des questions.

Je vous remercie du temps que vous aurez consacré pour remplir ce questionnaire et ainsi de m'avoir aidé dans la réalisation de mon travail.

Remarque : Hypertension artérielle = HTA

Quelques informations vous concernant :

- 1) J'aians
- 2) J'ai déjà un enfant
 J'ai déjà deux enfants ou plus
 Je n'ai pas encore eu d'enfant
- 3) Mon activité professionnelle
est :.....
- 4) J'ai déjà eu de l'HTA en dehors de la grossesse
 Oui
 Non
 Je ne sais pas
- 5) J'ai déjà eu de l'HTA pendant une grossesse précédente
 Oui
 Non
 Je ne sais pas

QUESTIONNAIRE	Vrai	Faux	Je ne sais pas
1. L'HTA est une pression artérielle trop augmentée par rapport aux valeurs dites normales de la tension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'HTA est une maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. L'HTA gravidique est une pression artérielle trop augmentée pendant la grossesse par rapport aux valeurs dites normales de la tension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La dernière fois que ma tension artérielle a été mesurée, elle était dans les valeurs dites normales de la tension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Des maux de tête peuvent révéler une HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. L'HTA gravidique peut avoir des effets sur ma santé pendant ma grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. L'HTA gravidique peut avoir des effets sur ma santé après ma grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. L'HTA gravidique peut avoir des effets sur la santé de mon bébé pendant la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. L'HTA gravidique peut avoir des effets sur la santé de mon bébé après l'accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Il y a des examens à réaliser pour vérifier mon bien être et celui de mon bébé pendant la grossesse si j'ai de l'HTA gravidique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Il est impossible que je mesure moi même ma tension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Des œdèmes peuvent être un des signes de complication de mon HTA gravidique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Des mouches devant les yeux et/ou des bourdonnements d'oreilles peuvent être un des signes de complication de mon HTA gravidique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Des signes de complication de mon HTA gravidique n'existent pas car l'HTA ne se repère qu'en mesurant ma tension artérielle avec un matériel adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Pour traiter mon HTA je dois rester au repos strict	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. L'HTA gravidique ne peut pas se traiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Je suis plus à risque d'avoir de l'HTA si j'ai eu de l'HTA gravidique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Normalement, après l'accouchement ma tension artérielle doit retrouver les valeurs dites normales de la tension artérielle sans que je fasse quoi que se soit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Si j'ai eu de l'HTA gravidique lors d'une grossesse précédente, je dois en informer mon gynécologue ou ma sage femme en cas de nouvelle grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. À mon avis, si j'ai eu de l'HTA gravidique lors d'une grossesse, j'en aurai forcément lors d'une grossesse suivante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Résumé :

L'hypertension artérielle gravidique est une complication fréquemment retrouvée au cours de la grossesse. Elle nécessite une prise en charge et une surveillance particulière tout au long de cette période et du post partum.

L'objectif de ce mémoire est de faire l'état des lieux des connaissances et des compétences des patientes sur cette pathologie, grâce à un questionnaire d'évaluation. L'analyse de ce questionnaire permet de déterminer si une prise en charge inspirée du modèle d'éducation thérapeutique du patient pourrait améliorer la gestion de la pathologie au quotidien.

Ce questionnaire d'évaluation des connaissances des patientes sur l'H.T.A. gravidique est élaboré et validé.

Mots clés : hypertension artérielle gravidique, évaluation des connaissances, élaboration et validation d'un questionnaire, modèle d'éducation thérapeutique.