



FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD

Hypertension artérielle sévère : Epidémiologie et
évaluation du suivi ambulatoire des patients se
présentant aux urgences de Cayenne

Présenté et soutenu publiquement à la Faculté de Médecine des Antilles
et examiné par les enseignants de ladite Faculté

Le 31 octobre 2023

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par Alison Kosyk

Née le 15/05/1992 à Poitiers

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur NACHER Mathieu
Madame le Professeur SABBAH Nadia
Monsieur le Docteur FRANCK Yves-Kenol
Monsieur le Docteur NGOMBA Felix
Monsieur le Docteur FREMERY Alexis

Président du jury
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Directeur de thèse

Le Président de l'Université des Antilles : Michel GEOFFROY

Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Suzy DUFLO

Vice-Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Christophe DELIGNY

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Antoine ADENIS Antoine.adenis@ch-cayenne.fr	Epidémiologie, économie de la santé et prévention CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
Véronique BACCINI veronique.baccini@chu-guadeloupe.fr	Hématologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Pascal BLANCHET pascal.blanchet@chu-guadeloupe.fr	Chirurgie Urologique CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 95
Sébastien BREUREC sbreurec@gmail.com	Bactériologie & Vénérologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 12 80
Laurent BRUREAU laurent.brureau@chu-guadeloupe.fr	Urologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
André CABIE andre.cabie@chu-martinique.fr	Maladies Infectieuses CHU de Martinique Tel : 05 96 55 23 01
Philippe CABRE philippe.cabre@chu-martinique.fr	Neurologie CHU de Martinique

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
	Tel : 05 96 55 22 61
Raymond CESAIRE raymond.cesaire@chu-martinique.fr	Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 96 89 10 10
Nadège CORDEL nadege.cordel@chu-guadeloupe.fr	Dermatologie & Vénérologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Pierre COUPPIE pierre.couppie@ch-cayenne.fr	Dermatologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39
CHERET Antoine antoine.cheret@chu-guadeloupe.fr	Thérapeutique-Médecine de la douleur CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Michel DE BANDT Michel.DE-BANDT@chu-martinique.fr	Rhumatologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Bertrand De TOFFOL Bertrand.detoffol@ch-cayenne.fr	Neurologie CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
Magalie DEMAR - PIERRE magalie.demar@ch-cayenne.fr	Parasitologie et Infectiologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09
Christophe DELIGNY christophe.deligny@chu-martinique.fr	Médecine Interne CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 55
Félix DJOSSOU felix.djossou@ch-cayenne.fr	Maladies infectieuses et tropicales CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 50

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Moustapha DRAMÉ moustapha.drame@chu-martinique.fr	Épidémiologie, Économie de la Santé CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Suzy DUFLO suzy.duflo@chu-guadeloupe.fr	ORL – Chirurgie Cervico-Faciale CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 93 46 16
Narcisse ELENGA Narcisse.elenga@ch-cayenne.fr	Pédiatrie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 77 37
Loïc EPELBOIN loic.epelboin@ch-cayenne.fr	Maladies infectieuses CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00
Karim FARID karim.farid@chu-martinique.fr	Médecine Nucléaire CHU de Martinique Tel : 05 96 55 21 67
Jocelyn INAMO jocelyn.inamo@chu-martinique.fr	Cardiologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38
Hatem KALLEL hatem.kallel@ch-cayenne.fr	Médecine intensive-réanimation CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
Annie LANNUZEL annie.lannuzel@chu-guadeloupe.fr	Neurologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 14 13
Mehdi MEJDOUBI mehdi.mejdoubi@chu-martinique.fr	Radiologie et imagerie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Harold MERLE harold.merle@chu-martinique.fr	Ophtalmologie CHU de Martinique

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
	Tel : 05 96 55 20 00
Mathieu NACHER mathieu.nacher@ch-cayenne.fr	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
Rémi NEVIERE Remi.Neviere@chu-martinique.fr	Physiologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Olivier PARANT nicolas.venissac@chu-martinique.fr	Gynécologie-Obstétrique CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Stéphanie PUGET stephanie.puget@aphp.fr	Neurochirurgie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Chantal RAHERISON-SEMJEN marie-laure.mistrih@chu-guadeloupe.fr	Pneumologie, Addictologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Dabor RESIERE dabor.resiere@chu-martinique.fr	Thérapeutique-médecine de la douleur CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Pierre-Marie ROGER pierre-marie.roger@chu-guadeloupe.fr	Maladies infectieuses et tropicales CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
François ROQUES chirurgie.cardiaque@chu-martinique.fr	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 71
Jean ROUDIE jean.roudie@chu-martinique.fr	Chirurgie Digestive CHU de Martinique Tel : 05 96 55 21 01 - Tel : 05 96 55 22 71

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Maturin TABUE TEGUO maturin.tabueteguo@chu-martinique.fr	Médecine interne : Gériatrie et Biologie du vieillissement CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
André-Pierre UZEL andre-pierre.uzel@chu-guadeloupe.fr	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 14 66
Magaly ZAPPA magaly.zappa@ch-cayenne.fr	Radiologie et imagerie médicale CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00

Professeurs des Universités Associés - Praticiens Hospitaliers	
Stéphane AMADEO stephane.amadeo@chu-martinique.fr	Psychiatrie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Jacqueline DELOUMEAUX-TYNDAL jacqueline.deloumeaux@chu-guadeloupe.fr	Épidémiologie, économie de la santé et prévention CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Papa Ngalgou GUEYE papa.GUEYE@chu-martinique.fr	Médecine d'Urgence CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Hossein MEHDAOUI hossein.mehdaoui@chu-martinique.fr	Médecine intensive-réanimation CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Stéphane PLAWEKI splawecki@icloud.com	Chirurgie Orthopédique CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Patrick PORTECOP patrick.portecop@chu-guadeloupe.fr	Médecine d'urgence CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Marc PUJO Marc.pujo@ch-cayenne.fr	Médecine d'Urgence CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Cindy BERAL cindy.beral@chu-guadeloupe.fr	Ophthalmologie CHU de Guadeloupe Tél. : 0590 89 10 10
Romain BLAIZOT Blazot.romain@ch-cayenne.fr	Dermatologie-Vénérologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00
Moana GELU-SIMEON moana.simeon@chu-guadeloupe.fr	Gastroentérologie hépatologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Clarisse JOACHIM-CONTARET clarisse.joachim@chu-martinique.fr	Epidémiologie, économie de la santé et prévention CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Marie-Laure LALANNE-MISTRIH marie-laure.mistrih@chu-guadeloupe.fr	Nutrition CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 00
Amélie ROLLE amelie.rolle@chu-guadeloupe.fr	Anesthésie Réanimation CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Emmanuelle SYLVESTRE Emmanuelle.sylvestre@chu-martinique.fr	Biostatistique, Informatique médicale et Technologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE fritz-line.valayoudom@chu-guadeloupe.fr	Endocrinologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 03

Maître de Conférences	
Yoann GARNIER Yoann.garnier@inserm.fr	Biologie Moléculaire et Cellulaire INSERM

Maître de Conférences des Universités Associé - Praticiens Hospitaliers

Maïder FIRPION-COPPRY maider.coppry@chu-guadeloupe.fr	Hygiène hospitalière CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
--	--

Professeur des Universités de Médecine Générale

Jeannie HELENE-PELAGE jeannie.pelage@wanadoo.fr	Médecine Générale CHU de Guadeloupe / Cabinet libéral Tel : 05 90 84 44 40
--	---

Professeur Associé de Médecine Générale

Franciane GANE-TROPLENT franciane.troplent@orange.fr	Médecine générale Cabinet libéral Tel : 05 90 20 39 37
--	---

Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale

Philippe CARRERE philippe.carrere@gmail.com	Médecine générale Cabinet libéral
---	---

Maître de Conférence Associé de Médecine Générale

KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT Walé drwcdk@gmail.com	Médecine générale Cabinet libéral
Franck MASSE msspducoc@gmail.com	Médecine générale Cabinet libéral

Professeur émérite

Eustase JANKY	Gynécologie-Obstétrique eustase.janky@univ-antilles.fr
----------------------	--

LISTE DES CHEFS DE CLINIQUE 2022-2023	
ABOUT Frédégonde fredegonde.about@gmail.com	Maladies infectieuses CH l'ouest Guyanais Tél. : 07 67 14 40 66
BAALA Mélina melina.baala@gmail.com	Médecine Générale Tel : 06 95 40 09 43
BARRIGAH-BENISSAN Koko epiphanie08@yahoo.fr	Maladies infectieuses CH de Cayenne Tel : 06 58 11 85 52
CASSE Léo leo.casse@chu-guadeloupe.fr	ORL CHU de Guadeloupe Tel : 06 25 45 15 93
COCO-VILOIN Illitch illitch.cocoviloain@gmail.com	Médecine interne CHU de Martinique Tel : 06 50 22 22 05
DAGONIA Dorice dorice.dagonia@gmail.com	Gériatrie CHU de Guadeloupe Tel : 06 24 66 06 93
EECKOUT Marie marie.eeckout@yahoo.fr	Médecine Générale Tel : 06 80 74 70 05
FREMERY Alexis alexis.fremery@gmail.com	Accueil et Traitement de Urgences CH de Cayenne Tel : 06 90 55 05 64
GARZELLI Lorenzo lorenzo.garzelli@aphp.fr	Radiologie et Imagerie Médicale CH de Cayenne Tel : 06 42 53 00 68
HERTAULT Hugo hugohertault@yahoo.fr	Chirurgie générale et viscérale CHU de Martinique Tel :06 96 36 45 54

LISTE DES CHEFS DE CLINIQUE 2022-2023	
Jean-Pierre KARAM jpkey11@hotmail.com	Neurologie CHU de Guadeloupe Tél. : 06 58 11 99 93
KAULANJAN Kevin kevin.kaulanjan@gmail.com	Urologie CHU de Guadeloupe Tel : 06 49 34 42 15
LAHUNA Constance constance.lahuna@chu-martinique.fr	Maladies infectieuses CHU de Martinique Tel : 06 01 20 44 57
LAMBERT Yann yann.lambert@ch-cayenne.fr	Santé publique CH de Cayenne Tel : 06 76 64 67 49
LARA Kève-Yann keve_yannlara@hotmail.com	Médecine Générale Maison médicale Tel : 06 90 25 25 28
LETCHIMY Laurys letchimy.laurys@orange.fr	Gériatrie CHU de Martinique Tel : 06 96 51 32 21
LETHONGSAVARN Vincent vince.leths@gmail.com	Anatomie et Pathologie CHU de Guadeloupe Tel : 06 37 39 29 63
MONTAGNAC Clémentine montagnac.clementine@gmail.com	Neurologie CH de Cayenne Tel : 06 14 89 13 13
NEGRELLO Florian negrello.florian@gmail.com	Médecine d'urgence CHU de Martinique Tel : 06 90 24 01 44
NIAUX Moïse moiseniaux@gmail.com	Médecine Générale Tel : 06 94 24 22 98

LISTE DES CHEFS DE CLINIQUE 2022-2023	
POSTEL-VINAY Pierre pierre.postel.vinay@gmail.com	Réanimation CHU de Martinique Tel : 06 88 03 99 23
REJAUDRY-LACAVALERIE Mickaël lacavaleriemickael@gmail.com	Cardio/Labo Ea 7526 CHU de Martinique Tel : 06 82 38 78 00
ROMAMA Julie julie.romana@gmx.fr	Gériatrie CHU de Guadeloupe Tel : 06 90 98 78 03
ROTSSEN Dryss dryssrotsen@orange.fr	Psychiatrie CHU de Martinique Tel : 06 75 82 19 02
SUZON Benoît benoitsuzon@gmail.com	Médecine interne CHU de Martinique Tel : 06 07 83 17 90
STEMPFER Gautier gautierstempfer@hotmail.fr	Urologie CHU de Guadeloupe Tel : 06 90 19 50 41
THEVENET Eugénie eugethevenet@gmail.com	Cardiologie CHU de Martinique Tel : 06 27 72 67 94
WEBER Stéphanie stephanie.weber@live.fr	Parasitologie-mycologie CH de Cayenne Tel : 06 29 14 89 55

Table des matières

Remerciements.....	12
Liste des abréviations	15
Index des Figures et tableaux	17
Résumé	18
Abstract	19
Introduction.....	20
Matériel et Méthodes.....	22
<i>I Schéma et cadre de l'étude</i>	<i>22</i>
<i>II Description de la population étudiée</i>	<i>22</i>
<i>III Collection des données, méthode de sélection et de suivi des sujets.....</i>	<i>22</i>
<i>IV Variables Etudiées.....</i>	<i>23</i>
<i>V Analyse statistique.....</i>	<i>25</i>
<i>VI Aspects Législatifs.....</i>	<i>25</i>
Résultats.....	26
<i>I Description de la population générale.....</i>	<i>26</i>
<i>II Etat des lieux de la prise en charge aux urgences.....</i>	<i>31</i>
<i>III Evaluation du suivi libéral et analyse bivariée.....</i>	<i>32</i>
<i>IV Suivi à 1an.....</i>	<i>35</i>
Discussion.....	37
Conclusion.....	41
Références bibliographiques.....	42
ANNEXES.....	45
I Questionnaire EPICES.....	45
II Questionnaire ALCVIG.....	46
III Questionnaire GIRERD.....	48
DEMANDE D'IMPRIMATURE.....	49
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	50

Remerciements

À Monsieur le Professeur Mathieu NACHER. Merci pour tous vos conseils lors du séminaire d'écriture et pour votre disponibilité. Vous me faites l'immense honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Madame le Professeur Nadia SABBAH. Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Je vous remercie pour votre disponibilité et de votre participation à mon jury de thèse.

À Monsieur le Docteur Yves-Kenol FRANCK. Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Je vous remercie pour votre disponibilité et de votre participation à mon jury de thèse.

À Monsieur le Docteur Felix NGOMBA. Merci de m'avoir formé lorsque j'étais interne, j'ai énormément appris avec toi et ai pu prendre véritablement goût au métier de médecin généraliste lors mon stage en SASPAS passé à Cayenne. Merci de m'avoir proposé mon tout premier remplacement et de la confiance que tu m'as accordé pour prendre soin de ta patientèle. Je t'en serai éternellement reconnaissante. Pour finir, merci de me faire l'honneur de juger mon travail et d'avoir pu libérer de ton temps pour venir participer à mon jury de thèse.

À Monsieur le Docteur Alexis FREMERY. Merci d'avoir été là durant les différents aspects de ma vie d'interne Antilles-Guyane que ce soit au niveau de ma formation de jeune médecin lors des gardes aux Urgences, mais également à travers les conseils que tu as pu nous prodiguer dès notre arrivée en Guyane sur les meilleurs spots d'observation du Jaguar ! Et surtout merci d'avoir accepté de devenir mon directeur de thèse et de m'aider à mener ce projet à terme.

À ma maman et mon papa, merci de m'avoir toujours soutenue durant mon parcours scolaire et de m'avoir inscrite en médecine malgré le fait que durant ma jeunesse mon amour pour la plage était plus fort que celui des études ! Vous avez fait de moi la personne que je suis aujourd'hui, heureuse, libre et épanouie, et je vous en serai toujours éternellement reconnaissante. Je vous aime.

À mon frère et ma sœur, merci de vous être occupé de moi, que ce soit pour changer mes couches, mais aussi pour m'avoir donné ~~goût au trait~~ goût au houblon et à la levure ! Merci pour tous ces partages durant mon enfance, même si j'aurais aimé qu'il y en ait davantage. Merci de m'avoir soutenue durant les moments où j'en avais le plus besoin. Je vous aime.

Au Docteur Pierre Durand. Merci pour tout cet amour que tu me donnes depuis maintenant plus de 10 ans et pour tout ce soutien durant ce long périple universitaire. Merci pour tous ces fous rires, tous ces moments de complicité et surtout merci d'avoir fait de ma vie une véritable aventure. J'ai hâte de voir ce que la vie nous réserve. Je t'aime passionnément.

Au Docteur Victor Tertre. Tellement de choses à te dire mon très cher ami. Merci pour tous ces instants passés à tes côtés, que ce soit en soirée à picoler et refaire le monde, mais également au CHAR à travailler nos thèses ensemble. Tu es un modèle de réussite et je suis extrêmement fière d'avoir été présente lors de ton ascension professionnelle. J'ai hâte de revenir te voir en Guyane et de profiter de la comté avec toi sur un wake, une bière à la main !

À mes beaux-parents préférés Isabelle et Ludovic. Vous avez été présents pour nous à un point inimaginable, je ne saurai jamais assez vous remercier pour tout le soutien et l'aide que vous nous avez apporté que ce soit pour notre achat immobilier ainsi que pour tout le reste. Vivement la fin de la thèse que l'on puisse sortir à l'Aloha fêter ça dignement (ou presque !).

À l'équipe du SAU des Urgences de Cayenne. Merci pour votre participation et toute l'aide que vous nous avez fourni en remplissant les questionnaires dédiés à nos études de recherche respectives avec les Docteurs Tertre et Guinut. Ce travail n'aurait pas été possible sans vous.

À l'équipe du SAU des Urgences de Basse-Terre. Merci de m'avoir accueilli pour mon premier semestre de médecine générale. Moi qui appréhendais beaucoup ce début d'internat ; j'ai su le démarrer entouré d'une équipe bienveillante, à l'écoute et extrêmement impliquée dans notre apprentissage de la médecine clinique. Je vous salue tous et souhaite à l'ensemble de l'équipe une très bonne continuation.

À l'équipe de Cardiologie de Basse-Terre. Merci de m'avoir appris à décrypter correctement un ECG ! Merci également pour votre bienveillance et les pics d'hypertension (en plus de l'enrichissement) reçus lors des gardes en USIC ! Ce stage fut une sacrée expérience ! Merci encore à toute l'équipe, vous êtes super, surtout ne changez rien !

À l'équipe de Gynécologie de Cayenne. Merci de m'avoir accueilli pour mon dernier stage ainsi que pour mon poste de FFI. Une ambiance géniale à chaque instant, même durant les gardes avec une équipe de gynécologues et de sage-femmes au top ! Bonne continuation à tous pour la suite ; on se reverra !

Au CMIA de Cayenne. Merci de m'avoir laissé le superbe bureau du Docteur Arrive (que je remercie par ailleurs :p) ! J'ai pu travailler dans de très bonnes conditions cette première expérience en tant que médecin autonome et indépendant. Plein de courage dans vos futures missions contre l'orpillage. Vous êtes une équipe en Or.

Au Docteur Maud Detroussel. Tu as été une des personnes qui a le plus marqué ma vie de jeune interne, que ce soit à travers ton professionnalisme lors de mon premier stage aux Urgences de Basse-Terre, mais également à travers ta personnalité si intéressante, joyeuse et tumultueuse ; tu es une personne formidable. Merci pour tout ce que tu m'as apporté et que tu continues de m'apporter lors de nos rencontres. J'espère te revoir bientôt sous le soleil de Guadeloupe.

Au Docteur Remi Mutricy. Merci de m'avoir aidé à recueillir des données me permettant d'agrandir ma base de données, tu m'as permis de réaliser un travail plus intéressant avec un nombre de patients plus conséquent. Merci par ailleurs de m'avoir aidé avec mes problèmes de santé. Je te souhaite le meilleur pour la suite.

Au Docteur Romane Guinut. Merci doudou d'avoir été là en Guyane avec nous, que ce soit pour notre trio de thèse, mais aussi pour nos moments juste à profiter de l'instant présent. Tu es une très belle personne et je suis contente de t'avoir rencontré. Je te souhaite une très belle continuation ; et encore félicitation pour ta thèse !

Au Professeur Blanchet. Vous avez autorisé mon redoublement lors de mes débuts d'années de médecine ; je ne sais pas ce que j'aurais fait de ma vie si vous ne l'aviez pas fait. Je vous en serai toujours éternellement reconnaissante. Je vous souhaite le meilleur.

Au Docteur Chani Lamboux. Merci doudou pour toutes ces révisions de dernières minutes devant l'amphithéâtre de Guadeloupe avant nos examens de médecine ! Merci pour tous ces déplacements réalisés pour venir me voir à Poitiers, tu as été un véritable phare dans ma nuit lorsque nous étions dans le froid hexagonal. Tu es une femme forte et indépendante et je suis très fière de toi et de t'avoir dans ma vie. J'ai hâte de passer encore plus de moments à tes côtés ! Je t'aime.

Au Docteur Victoire Menseau, alias la belette. Tu es une personne extrêmement généreuse, bienveillante et drôle ; ta belle personnalité n'a d'égal que tous tes nouveaux gros biscoteaux ! Merci pour les nombreux conseils donnés tout au long de l'internat et par la suite durant mes premiers remplacements. Merci pour ton rire et ton sourire communicatif ; j'espère pouvoir faire plus d'activité physique (ou pas !) avec toi et Pierre l'année prochaine.

Au Docteur Flore Deboscker. Tu as été une de mes plus belles rencontres lors de mon internat de médecine générale ; tu es une femme belle et intelligente. Je te souhaite le meilleur pour ta nouvelle vie de dresseuse de chien de mini-traineau en Normandie ! En espérant te revoir bientôt autour d'un petit Mojito ! Je t'embrasse fort.

A Theo Herman. Merci d'avoir été un ami fidèle et pour tous ces bons moments passés ensemble en Guadeloupe et Guyane. J'espère pouvoir être présente pour ta thèse !

À Allan Merlin. Je suis contente de t'avoir rencontré durant mon internat, tu es une personne qui gagne vraiment à se faire connaître. Merci pour ces moments partagés et tous ces précieux souvenirs de la Guyane. J'ai hâte de refaire des nocturnes et de t'emmener dans mon repaire secret à Jaguar sur la montagne des singes ! J'espère pouvoir être présente pour ta thèse !

À Jeremy Vergez. Merci pour tous ces fous rires et ces moments hors du temps, tu es une personne incroyable, et le monde serait bien triste si tu n'existais pas. Vivement que je vienne te voir pour que tu nous parles devant ton jury de thèse de tous ces Bouglous !

Au Docteur Ken Lasserre. Merci d'être juste toi ! Merci pour toutes ces années de bonheur passés à tes côtés, merci d'être tout simplement mon meilleur ami. Je t'aime infiniment et ai hâte que tu deviennes également notre témoin de mariage à moi et Pierre.

À Sophie Condet. Tu es une personne extraordinaire qui m'a tellement donné plus que ce que, surement, je méritais. Ton amitié m'est très précieuse ; merci d'avoir toujours été là malgré les difficultés et de m'avoir fait Marraine de ton petit Léonard ; ta confiance est extrêmement importante pour moi. Je t'aime énormément.

À Jenny Legarrec. Tu es parti loin, mais je sais que nos chemins se recroiseront toujours ; merci de m'avoir soutenu durant toutes ces années ; je t'aime sincèrement.

À Paul Olle. Tant de choses à te dire my friend ! Tu es rentré de nouveau dans ma vie telle une Tornade inattendue ! Merci de m'avoir aidé à battre Sophie et Julien à la course en Kayak ! Merci de ne pas m'avoir abandonné sur les pistes durant nos vacances à la Tzoumaz ! (Je n'en dirai pas autant de l'Espagne, mais TMTTC !) Merci d'être un véritable ami ; je suis contente que tu sois dans ma vie ; surtout ne change jamais, tu es parfait tel que tu es.

Au Docteur Tania Panter alias Tania Chou. Tu es une de mes plus belles rencontres, et je suis très heureuse d'avoir partagé autant de choses en aussi peu de temps avec toi. Tu vas énormément me manquer ; puisses-tu penser à moi en découpant des cadavres sexy et notamment revenir en découper rapidement en Guadeloupe !

À Emeline Joly. Si tu n'existais pas, il faudrait t'inventer ! Merci pour tous ces incroyables fous rires et juste cette incroyable personnalité ! Garde toujours ce franc-parler si audacieux ; tu me vends du rêve. Au plaisir de te revoir en Guyane pour te voir passer ta thèse.

Au Docteur Melissa Martin. Ton sourire répand une joie immense dans mon petit cœur ; merci de ne pas m'avoir tué avec cette branche tombée dans le kayak alors que nous luttions pour notre survie ; merci pour tous ces massages dorsaux même si tu en profites plus que moi ! Merci d'être tout simplement là dans ma vie <3

À Joy Renouard. Puisses-tu continuer à t'occuper de mon minou et de celui de tant d'autres femmes ; tu es une sage-femme exemplaire, que ce soit dans ton professionnalisme ainsi que dans ta douceur dans ton relationnel avec ces femmes. Merci pour tous ces twerks endiablés, ces commérages et ces shooters de tequila paf, au moins l'enfer semblera plus sympa à deux !

Au Docteur Doriane Causse ; À Alexis Boulant ; Au Docteur Annabelle Cozzi ; Au Docteur Vincent Piriou ; À Camille Dorne ; À Syndra ~~Losackie~~ ~~Lossackie~~ ~~Lausackie~~ LSS ; À Charlotte Babouram ; À Shana Despont ; À Simon Lecerre ; Au Docteur Christopher Saccareau ; À Pierre Ciraud ; Au Docteur Frederic Gutter ; Au Docteur Piriou Vincent ; À Laura Milhas ; À Florent Ales, Au Docteur Kevin Arrive, Au Docteur Oliveira Charlène ... Je n'ai plus assez de pages mes amis ! Mais sachez que si les pages de remerciements se raccourcissent, il n'en est rien de l'affection et de la tendresse que je porte pour chacun de vous. Merci d'avoir été présent durant toutes ces dernières années et de m'avoir soutenue à votre façon dans mon travail de thèse <3

Liste des abréviations

AIT : Accident Ischémique Transitoire

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

ARA2 : Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II

ASALEE : Action de Santé Libérale en Équipe

ATCD : Antécédent

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

BU: Bandelette Urinaire

CHC : Centre Hospitalier de Cayenne

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification internationale des maladies

CMU-c : Couverture Médicale Universelle complémentaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CV : Cardiovasculaire

DMU : Dossier Médical des Urgences

DOM-ROM : Départements d'outre-mer et Régions d'outre-mer

DROM : Départements et Régions d'Outre-Mer

DT2 : Diabète de Type 2

ECG : Électrocardiogramme

EP : Embolie Pulmonaire

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

ET : Ecart-Type

ETP : Education Thérapeutique du Patient

EVASAN : EVAcuation SANitaire

FC : Fréquence Cardiaque

FO : Fond d'œil

FR: Fréquence Respiratoire

HAS: Haute Autorité de Santé
HTA : Hypertension Artérielle
ICA : Insuffisance Cardiaque Aigue
ICG : Insuffisance Cardiaque Globale
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion
IMC : Indice de Masse Corporelle
INDIA : INégalités sociales et pronostic des accidents vasculaires cérébraux à Dijon et en Antilles-Guyane
IOA : Infirmier Organisateur de l'Accueil
IPS : Index de Pression Systolique
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
MAPA : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle
MCV : Maladie Cardiovasculaire
MmHg : Millimètre de mercure
MT : Médecin Traitant
OAP : Œdème Aigu Pulmonaire
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PAD : Pression Artérielle Diastolique
PAS : Pression Artérielle Systolique
PC : Perte de Connaissance
RHD : Règles Hygiéno-Diététiques
RIPH : Recherches Impliquant la Personnes Humaine
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SCA ST+ : Syndrome Coronarien Aigu avec élévation du segment ST
SCA ST- : Syndrome Coronarien Aigu sans élévation du segment ST
SPO2 : Saturation Pulsée en oxygène
TAD : Tension Artérielle Diastolique
TAS : Tension Artérielle Systolique
TDM : Tomodensitométrie
USIC : Unité de Soins Intensifs Cardiologiques

Index des figures et tableaux

Figure n° 1 : Diagramme de flux

Figure n° 2 : Associations d'antihypertenseurs chez population étudiée

Figure n° 3 : Fréquence des urgences hypertensives recensées durant la période de l'étude.

Tableau n° 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Tableau n° 2 : Antécédents médicaux et mode de vie

Tableau n° 3 : Parcours de soin intra hospitalier

Tableau n° 4 : Evaluation du suivi libéral et de l'observance thérapeutique.

Tableau n° 5 : Analyse bivariée entre le suivi libéral par le médecin traitant (MT), l'observance, la précarité et les différentes variables.

Tableau n° 6 : Suivi à 1 an

Tableau n° 7 : Analyse bivariée entre le suivi par un médecin traitant (MT), l'observance, la précarité et le suivi à 1 an.

Résumé

Introduction :

L'hypertension artérielle est la plus fréquente des maladies chroniques dans le monde et est le premier motif de recours de consultation en médecine générale. Un retard de diagnostic et/ou de prise en charge provoquent secondairement une augmentation de complications neurovasculaires et cardiovasculaires. Ces pathologies, en pleine croissance, deviennent des causes de mortalité majeures en Guyane. L'objectif de la présente étude est de décrire l'incidence et l'épidémiologie des patients admis aux urgences de Cayenne pour Hypertension sévère. L'objectif secondaire est l'évaluation du suivi médical, paramédical et de l'observance thérapeutique de ces patients.

Matériel et méthode :

Nous avons réalisé une étude descriptive prospective et monocentrique dans le Service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier de Cayenne du 1^{er} mai 2021 au 31 décembre 2021. Tous les patients âgés de 18 ans ou plus admis pour une poussée hypertensive (TAS \geq 180 et/ou TAD \geq 110) ont été inclus. Ont été exclus les patients pour lesquels un facteur déclenchant intercurrent était tenu responsable de la poussée hypertensive. Le suivi ambulatoire et l'observance thérapeutique des patients ont été évalués ainsi que la morbi mortalité à 12 mois par rappel téléphonique.

Résultats :

Durant la période de l'étude, 217 patients ont présenté une hypertension artérielle sévère (incidence = 0.7%). La population était majoritairement féminine (sex ratio H/F = 0.85), d'une moyenne d'âge de 60 ± 15 ans et présentait un indice de masse corporel de $28,4 \pm 6,4$ kg/m². Le taux de précarité était marqué (42%). Concernant le suivi, 124 patients (70%) ont déclaré un médecin traitant, mais seulement un patient sur deux déclarait le consulter tous les 3 mois et 82 patients (66%) déclaraient une mauvaise observance. Selon l'analyse bivariée, le suivi et l'observance thérapeutique sont associées à diverses inégalités de santé dans une population appartenant à des catégories économiques distinctes représentées significativement par : l'origine, l'activité professionnelle, la précarité, la possession d'une mutuelle privée ou d'une ALD.

Conclusion :

La population hypertendue en Guyane Française est majoritairement féminine, d'âge intermédiaire, d'origine étrangère, en surpoids et en situation de grande précarité. La situation financière et la rareté de professionnels de santé sur le territoire entraînent un défaut de suivi avec pour conséquences une accentuation des poussées hypertensives chez des patients devenant non-observant. Les bénéfices de la baisse de pression artérielle chez un patient hypertendu sont maintenant bien connus (réduction du risque d'AVC, d'IC, de SCA, d'IRC) mais ces objectifs restent insuffisamment atteints. La gravité et la fréquence de ces pathologies pourraient être fortement diminuées grâce à un meilleur suivi – un patient sur deux voyant son médecin traitant tous les six mois ou plus ; ainsi que par la création d'un réseau de soins organisé par le médecin traitant afin d'améliorer la qualité et espérance de vie de ces derniers.

Mots-clefs :

Hypertension artérielle, Épidémiologie, Observance, Précarité, Prise en charge, Guyane Française

Abstract

Introduction:

Hypertension is the most common chronic disease in the world, and is the number one reason for consultation in general medicine. Delays in diagnosis and management lead to a secondary increase in neurovascular and cardiovascular complications. These fast-growing pathologies are becoming major causes of mortality in French Guiana. In this context, the aim of the present study was to describe the incidence and epidemiology of patients managed in the Cayenne emergency department for severe Hypertension. The secondary objective was to evaluate the medical follow-up and treatment compliance of these patients.

Material and method:

We conducted a prospective, single-center descriptive study in the Emergency Department of the Cayenne Hospital from May 1, 2021 to December 31, 2021. All patients aged 18 years or older admitted for hypertension (SBP \geq 180 and/or DBP \geq 110) were included. Patients for whom an intercurrent triggering factor was held responsible for the hypertensive event were excluded. Outpatient follow-up and compliance were assessed using the ALCVIG questionnaire. An assessment of morbimortality at 12 months was also carried out by a telephone recall.

Results:

During the study period, 217 patients presented with severe hypertension (incidence = 0.7%). The population was predominantly female (sex ratio M/F = 0.85), with an average age of 60 ± 15 years and a body mass index of 28.4 ± 6.4 kg/m². The rate of precariousness was marked (42%). About follow-up, 124 patients (70%) declared that they had a general practitioner (GP), but only one in two said consulted every 3 months, and 82 patients (66%) reported poor treatment compliance. According to the bivariate analysis, follow-up and treatment compliance were associated with various health inequalities in a population belonging to distinct economic categories significantly represented by origin, professional activity, precariousness, possession of a private mutual insurance or ALD.

Conclusion:

The hypertensive population in French Guiana is predominantly female, of intermediate age, of foreign origin, overweight and living in very precarious conditions. The financial situation and the scarcity of healthcare professionals in the region led to a lack of follow-up, with the result that hypertensive events becoming frequent in patients who are non-observant. The benefits of lowering blood pressure in hypertensive patients are now well known (reduced risk of stroke, CI, ACS, CKD), but these objectives remain insufficiently achieved. The severity and frequency of these pathologies could be greatly reduced by better follow-up - one in two patients seeing their GP every six months or more - and by the creation of a care network organized by the GP to improve quality of life and life expectancy.

Keywords:

Arterial hypertension, Epidemiology, Compliance, Precariousness, Management, French Guiana

Introduction

L'hypertension artérielle (HTA) est la plus fréquente des maladies chroniques dans le monde et un des principaux facteurs de risque cardiovasculaire [1]. Elle correspond à une pression trop élevée exercée sur la paroi des artères, généralement cliniquement asymptomatique. Elle peut évoluer vers l'urgence hypertensive, s'associant à une défaillance viscérale (cardiaque, cérébrale, vasculaire, rénale, etc....) pouvant mettre en jeu à court terme le pronostic vital [2]. D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'hypertension est à l'origine de plus de 9 millions de décès dans le monde en 2021 [3]. A l'heure actuelle, environ un milliard de personnes (13% de la population mondiale) souffre d'hypertension ; selon certaines projections, ce chiffre devrait continuer à augmenter pour atteindre 1.56 milliard de personnes en 2025 [4]. Cette hypertension mal ou insuffisamment contrôlée représente une dépense de santé de plus de 30 milliards d'euros par an dans le monde, dont plus de 2 milliards uniquement pour les traitements antihypertenseurs [5]. En France, l'hypertension artérielle touche plus de 15 millions d'adultes. De nombreuses études ont ainsi pu être réalisées en France devant le problème majeur que représente cette pathologie tant sur le plan de la santé individuelle que dans le domaine de la santé publique [6]. Cet impact est particulièrement important dans les pays ou régions à faibles revenus et serait ainsi supérieur dans les Antilles et la Guyane par rapport aux chiffres de France hexagonale [7].

La Guyane, seul territoire français d'Amérique du Sud situé entre le Suriname et le Brésil, est le plus grand département français et présente une densité de population extrêmement faible [8]. La variabilité linguistique et ethnique est hors norme et compte plus de 25 groupes différents [9]. Cette grande diversité entraîne une richesse culturelle, mais est source d'une plus grande précarité socio-économique et éducative. En 2017, plus de la moitié de la population Guyanaise vivait sous le seuil de pauvreté (trois fois plus que la France hexagonale) [10] ; conduisant à terme à une inégalité d'accès aux soins pour une grande partie de la population. Parmi les facteurs de risque connus de l'hypertension, la précarité, bien qu'encore trop sous-estimée aujourd'hui, est une situation psychosociale émergente qui accroît l'isolement social, la consommation de tabac et d'alcool, la sédentarité, le stress, une alimentation grasse et déséquilibrée... qui représentent 80% des facteurs de risque cardiovasculaires connus [11]. En plus des facteurs de risque cardiovasculaires présents sur le territoire, la démographie médicale révèle un manque de médecins généralistes et

spécialistes [12] préoccupant qui peut également impacter la bonne prise en charge chez le patient hypertendu chronique connu ou non.

L'hypertension est le premier motif de recours de consultation en médecine générale [13]. Un retard de diagnostic ou de prise en charge provoquent secondairement une augmentation de ces complications neurovasculaires et cardiovasculaires (Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) ; Syndrome Coronarien Aigu (SCA) ; Néphropathie Maligne ; Encéphalopathie hypertensive ; Dissection Aortique ...). Ces pathologies, en pleine croissance [14], deviennent des causes de mortalité majeure en Guyane. La mortalité sur le territoire est d'autant plus marquée par sa précocité (7 ans plus tôt qu'en France hexagonale pour les AVC) [15]. En Guyane, on retrouve par ailleurs chez les patients souffrant d'AVC, de SCA et d'insuffisance rénale terminale, une prévalence de l'hypertension plus élevée que la moyenne nationale [16 ; 17].

Bien que l'épidémiologie de l'hypertension ait déjà été étudiée en Guyane Française il y a quelques années [18 ; 19], aucune étude épidémiologique n'a été réalisée récemment concernant l'incidence et le suivi ambulatoire des patients hypertendus se présentant aux urgences pour une poussée ou crise hypertensive sévère. On retrouve par ailleurs peu d'études s'intéressant à l'épidémiologie et à la prise en charge des pathologies cardiovasculaires sur le territoire. Dans ce contexte, nous avons réalisé une étude dans l'objectif premier d'évaluer l'incidence, les profils socio-démographiques et cliniques, ainsi que le parcours de soins des patients se présentant pour poussées hypertensives aux urgences de Cayenne. L'objectif secondaire était d'identifier les défaillances de prise en charge et d'observance pouvant être responsables de ces admissions aux urgences.

Matériel et Méthodes

I Schéma et cadre de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, transversale et monocentrique réalisée dans le service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Cayenne (CHC). La collecte des données s'est déroulée durant 8 mois consécutifs sur la période du 1^{er} mai au 31 décembre 2021. Un rappel téléphonique a également été réalisé à un an du passage aux urgences des patients inclus.

II Description de la population étudiée

Les patients inclus avaient un âge supérieur ou égal à 18 ans, tout sexe confondu, avec découverte lors de leur passage au Service d'accueil des urgences (SAU) d'une HTA sévère, c'est-à-dire selon la Société Française d'hypertension artérielle et de l'European Society of Cardiology : Tension artérielle systolique supérieure ou égale à 180 et/ou une tension artérielle diastolique supérieure ou égale à 110. Les patients exclus de l'étude étaient ceux pour lesquels un facteur déclenchant intercurrent était diagnostiqué et ne pouvait incriminer directement un défaut de suivi ou une mauvaise observance thérapeutique par le patient. Les patientes consultant directement au Service des Urgences gynécologiques et obstétriques sans passer en amont par le SAU et les patients refusant de répondre au questionnaire n'étaient pas inclus dans l'étude.

III Collection des données, méthode de sélection et de suivi des sujets

Le recrutement des patients a été réalisé à l'accueil des urgences. La pression artérielle a été mesurée chez le patient en position assise ou demi assise, aux deux bras et au repos grâce à un tensiomètre moniteur PHILIPS IntelliVue MP5. Chaque patient était monitoré initialement dans un box individuel avec surveillance régulière de la tension et de sa bonne évolution sous traitements antihypertenseurs ou simple antalgique (critère d'exclusion de l'étude).

Un questionnaire papier a été remis à l'équipe médicale et paramédicale qui avait comme consignes de le remplir pour chaque patient présentant un épisode d'HTA sévère avec plus de 180 de systole et/ou 110 de diastole. Les membres de l'équipe ayant pour mission de remplir le questionnaire, se composaient d'infirmiers organisateurs de l'accueil (IAO) prenant les constantes et des médecins réalisant l'interrogatoire et l'examen clinique du patient. Un formulaire de non-opposition à l'anonymisation et la réalisation de statistiques dans une étude était remis aux patients, signé et archivé.

Le recueil des données manquantes a été réalisé à partir de logiciels informatisés médicaux tels que le DMU (Dossier Médical des Urgences), le logiciel SRI pour les résultats d'analyses biologiques, le logiciel Xplore pour les résultats d'imagerie, et le logiciel CORA pour la récupération de courriers et d'avis de spécialiste en lien avec une éventuelle hospitalisation. Un rattrapage d'inclusion rétrospectif a été réalisé pour les patients n'ayant pas été inclus lors de leur admission aux urgences malgré la présence de critères d'inclusions. Les patients concernés étaient retrouvés grâce au motif de venue « Hypertension Artérielle » ou au diagnostic effectué aux urgences de « Poussée aiguë HTA » ayant le codage spécifique I10 dans la Classification Internationale des Maladies (CIM) 10. Les patients concernés étaient ainsi rappelés par téléphone pour obtenir les informations manquantes.

Dans le cadre du suivi, un appel téléphonique a été réalisé chez tous les patients à un an de leur passage aux urgences afin d'apprécier le taux de mortalité, mais également la morbidité réelle et ressentie par les patients en fonction de l'évolution de leur état de santé sur l'année.

IV Variables étudiées

Les données sociodémographiques suivantes ont été collectées près des patients : l'âge et le sexe ; la commune de résidence et la nationalité ; le nombre d'enfants et le contexte familial au sein du foyer ; la mesure de la taille et du poids avec estimation de l'indice de masse corporel (IMC) avec IMC classé secondairement en catégorie selon l'OMS ; le niveau d'étude validée avec le primaire comprenant les études primaires et collège et le secondaire comprenant le lycée et études supérieures ; la réalisation d'une activité professionnelle ou non ; la situation financière à la recherche d'une précarité ou non, inspirée du questionnaire EPICES (**Annexe n°1**) ; la présence ou non d'une affection de longue durée (ALD), d'une sécurité sociale et/ou d'une complémentaire santé.

Les variables concernant le style de vie ont ensuite été recensées grâce au questionnaire ALCVIG (**Annexe n°2**) comprenant la consommation d'alcool, qui selon les recommandations de bonne pratique du collège de cardiologie est égale à 2 verres par jour maximum pour les femmes et de 3 verres pour les hommes ; le tabagisme comprenant des fumeurs actifs ou anciens fumeurs ; le respect des règles hygiéno-diététiques avec un régime hyposodé et la pratique d'un exercice physique régulier avec au minimum une heure trente d'activité sportive par semaine selon les recommandations nationales sont également relevés.

Sur la prise en charge au sein du service des urgences ont été relevées les constantes hémodynamiques et respiratoires, les paramètres biologiques sanguins, la clinique, les antécédents et les facteurs de risques cardiovasculaires personnels ainsi que la prise d'un traitement médicamenteux ; avec principalement la prise d'antihypertenseurs parmi six différentes classes thérapeutiques. Nous avons également recueilli les données concernant la réalisation d'examens complémentaires tels que les électrocardiogrammes (ECG), la bandelette urinaire (BU), le fond d'œil (FO) et la réalisation des examens d'imagerie ; nous avons relevé les traitements instaurés, les actes médicaux pratiqués et le diagnostic retenu. Nous avons précisé l'orientation du patient à l'issue de la prise en charge.

Concernant le suivi habituel des patients avant leur passage aux urgences, nous nous sommes intéressés au suivi ambulatoire avec la fréquence de consultation chez le médecin traitant et le cardiologue référent, la réalisation dans l'année de prélèvements sanguins et réalisation dans les 5 années d'un ECG, ainsi que l'observance thérapeutique évaluée à l'aide du questionnaire GIREL (**Annexe n°3**), la prise de tension artérielle au domicile et la notion de passages récurrents aux urgences pour motif d'HTA sévère.

Enfin, nous nous sommes intéressés au suivi après un an et avons donc de nouveau recueilli : - la fréquence de visite chez le médecin traitant et spécialiste pour les patients ayant un suivi connu en amont, et l'obtention de premiers rendez-vous médicaux pour ceux n'ayant pas eu de suivi connu lors de leur venue au SAU ; - l'évolution de l'observance ; la prise de tension artérielle (TA) au domicile par le patient ou par un Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) mis en place à posteriori ; l'apparition d'un ou plusieurs épisodes d'HTA sévère de novo durant l'année ; l'apparition de crise hypertensive avec défaillance viscérale ainsi que de décès éventuel.

V Analyse statistique

L'ensemble des variables a été analysé et calculé à l'aide d'Excel pour le calcul des moyennes, écarts-types, médianes et pourcentage. Nous avons également recherché une association entre le suivi du médecin traitant, l'observance et la précarité en fonction des autres variables sociodémographiques à l'aide du logiciel P-value pour analyser des données bivariées. Les variables continues sont décrites en moyenne +/- écart type quant aux variables qualitatives, elles, sont exprimées en pourcentage avec une valeur p retenue significative inférieure à 0.05. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des tests d'indépendance du Chi 2 (ou Pearson's chi-squared) pour la comparaison de deux variables binaires, mais également avec le test exact de Fisher pour les plus petits échantillons. Les variables quantitatives distribuées selon une loi normale ont été comparées par le test de Welch, et celles distribuées selon une loi non normale, par le test de Wilcoxon.

VI Aspects Législatifs

Le recueil de données de santé a été effectué en accord avec la loi Jardé : recherche non interventionnelle impliquant la personne humaine (RIPH3). Un engagement de conformité à la méthodologie de référence MR-003 a été réalisé auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), qui encadre les traitements des données à caractère personnel à des fins d'étude (n°2229575, le 28 mars 2021). Une information collective a été réalisée et cette recherche a été inscrite au registre des traitements internes de l'hôpital ainsi que sur le site de la Health Data Hub (n°F20210503163604).

Résultats

I Description de la population générale

Sur la période du 1^{er} mai 2021 au 31 décembre 2021, les urgences du centre hospitalier de Cayenne ont accueilli 31 017 patients. Au total, 217 patients présentaient une PAS \geq 180 mmHg et/ou une PAD \geq 110 mmHg lors de la mesure des constantes à l'accueil des urgences ; ce qui représente une incidence de 0.70% de l'ensemble des passages aux urgences. Parmi ces 217 patients, 37 ont été exclus de l'étude avec finalement un total de **180** patients retenus. Le diagramme de flux de l'étude est présenté dans la **figure n°1**.

a) Caractéristiques de la population étudiée

Les caractéristiques socio-démographiques sont présentées dans le **Tableau n°1**. La population est représentée par une majorité de femmes avec 97 patientes (54%), et un sex-ratio H/F de 0.85. La moyenne d'âge est de 60 ans (\pm 15 ans). La population présente un surpoids (IMC = 28.4 ± 6.4 kg/m²) et est principalement d'origine étrangère (n=101, 58%). En ce qui concerne le niveau éducatif, 95 patients (65%) ont arrêté leurs études avant l'entrée au secondaire. Parallèlement, la situation financière retrouvait une précarité marquée chez 60 patients (42%). Une partie de la population (13%) ne disposait d'aucune assurance maladie valide quand 74 patients (42%) bénéficiaient cependant de la CMU-C ou de l'AME.

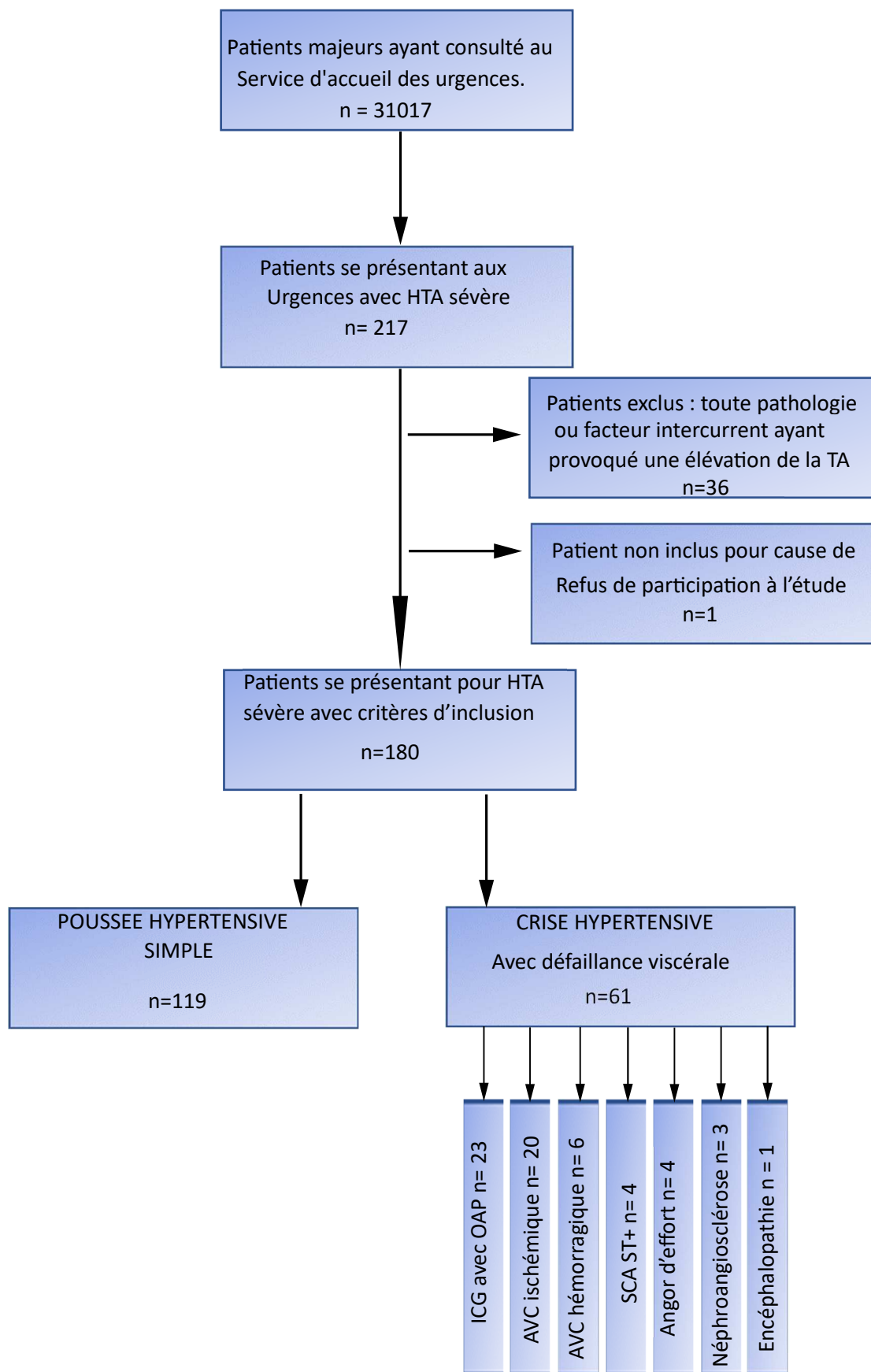


Figure n° 1 : Diagramme de flux

HTA : hypertension artérielle aigüe ; TA : Tension artérielle ; ICG : Insuffisance Cardiaque gauche ; OAP : Œdème aigu pulmonaire ; AVC : Accident Vasculaire cérébral ; SCA ST+ : Syndrome coronarien aigu avec sus décalage du segment ST

Tableau n°1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Variable	Nombre de patients (n=180)
Caractéristiques démographiques	
Age (années)	60 ± 15
Sexe (masculin)	83 (46%)
Poids (kg) (n=168)	78 ± 20
Taille (cm) (n=166)	165 ± 0.1
IMC (kg/m ²) (n=166)	28.4 ± 6.4
Caractéristiques sociales	
Enfants (nombre) (n=164)	3.26 ± 2.4
Contexte familial dans le foyer (n=175)	
Vit en Famille	62 (36%)
Vit en concubinage	55 (31%)
Vit seul	57 (32%)
Vit en EHPAD	1 (1%)
Lieu de naissance (n=175)	
Haïti	61 (35%)
Guyane	51 (29%)
Antilles	12 (7%)
France Hexagonale	11 (6%)
Brésil	10 (6%)
République Dominicaine	9 (5%)
Guyana	8 (5%)
Suriname	6 (3%)
Autre	7 (4%)
Niveau scolaire validé (n=147)	
Aucun	14 (10%)
Primaire	81 (55%)
Secondaire	52 (35%)
Situation financière (n=144)	
Suffisante	46 (32%)
Limite	38 (26%)
Précaire	60 (42%)
Activité professionnelle (n=170)	
Présente	50 (29%)
Absente	61 (36%)
Retraite	59 (35%)
Couverture sociale (n=179)	
Régime général avec mutuelle privée	51 (28%)
Régime général sans mutuelle privée	28 (17%)
CMU-C	54 (30%)
AME	22 (12%)
Aucune	24 (13%)
Inscription au régime d'affection longue durée (n=173)	75 (43%)

IMC : Indice de masse corporel ; EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; CMU-C : Complémentaire Maladie Universelle ; AME : Aide Médicale d'Etat

Les antécédents médicaux et habitude de vie sont présentés dans le **tableau n°2**. Dans la population, 151 (83%) patients avaient une hypertension artérielle connue, dont 44 (29%) avaient également un diabète associé. Soixante-dix-neuf patients (56%) déclaraient ne pas respecter strictement les consignes hygiéno-diététiques comprenant un régime hyposodé et 107 patients (71%) déclaraient ne pas réaliser d'activité physique.

Tableau n°2 : Antécédents médicaux et mode de vie de la population d'étude

Variable	Population (n=180)
Antécédents médicaux connus	
Hypertension artérielle	151 (83%)
Diabète	48 (27%)
Dyslipidémie	32 (18%)
Accident vasculaire cérébral	24 (13%)
Insuffisance rénale	20 (11%)
Insuffisance cardiaque	14 (8%)
Trouble du rythme	12 (7%)
Infarctus du myocarde	9 (5%)
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	5 (3%)
Aucun antécédent connu	23 (13%)
Respect des RHD dont Régime hyposodé (n=140)	
Respect strict	47 (34%)
Rares écarts	14 (10%)
Non-respect	79 (56%)
Pratique régulière du sport (n=150)	
Pratique régulière	25 (17%)
Pratique occasionnelle	18 (12%)
Absence	107 (71%)
Consommation d'alcool (n=160)	
Consommation nulle	106 (66%)
Mésusage	17 (11%)
Consommation occasionnelle	37 (23%)
Consommation, de Tabac (n=163)	
	41 (25%)

RHD : Règles Hygiéno-Diététiques

b) Traitements habituels de la population étudiée

Au total, sur 151 patients avec antécédents d'hypertension connu, 113 (75%) recevaient un traitement antihypertenseur prescrit par leur médecin traitant ou par un autre médecin. Parmi ces patients, 38 (21%) étaient traités par monothérapie, 30 (17%) par bithérapie, 31 (17%) par trithérapie et 14 patients (8%) par quadrithérapie. Concernant le reste des patients, 15 (10%) n'avaient pas de traitements antihypertenseurs au long cours et n= 23 (15%) ne connaissaient pas le nombre et/ou le nom de leur(s) traitement(s). Les traitements les plus utilisés étaient les *Inhibiteurs calciques*, prescrits chez 77 (43%) patients, suivi de près par les *traitements agissant sur le système rénine-angiotensine* prescrits chez 75 (42%) patients. Les différents traitements prescrits aux patients, antérieurement à leur passage au SAU, sont représentés dans la **figure n°2**.

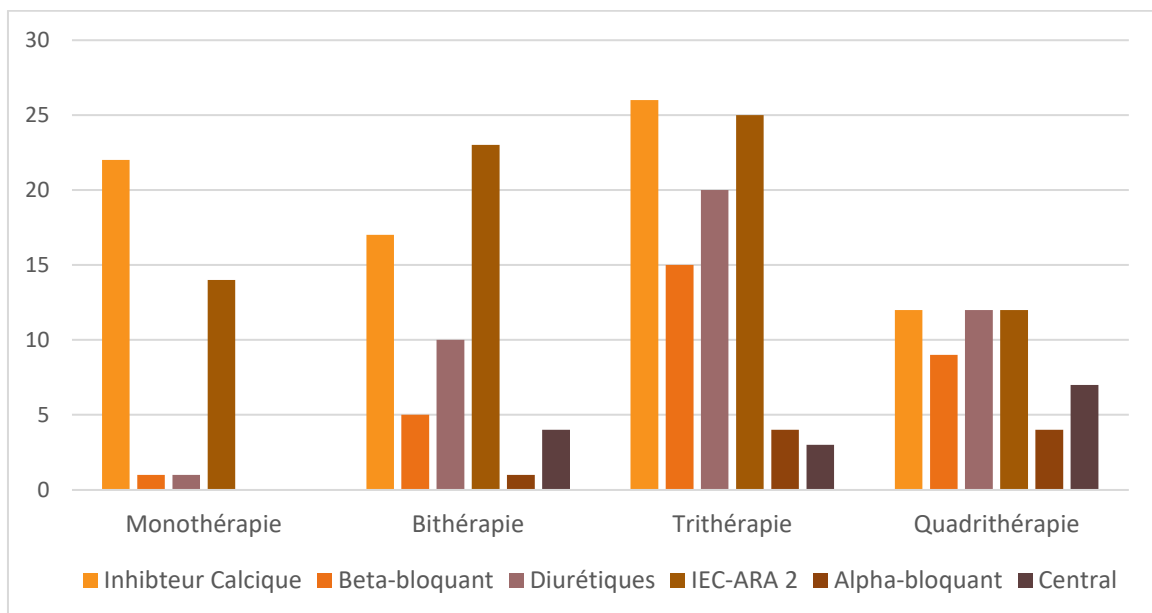


Figure n° 2 : Associations d'antihypertenseurs chez population étudiée

II Etat des lieux de la prise en charge aux urgences.

La prise en charge intra hospitalière des patients participants à cette étude est rapportée dans le **tableau n°3**.

Tableau n°3 : Prise en charge et parcours de soins intra hospitalier

Variable	Nombre de patient (N=180)
Constantes	
Hypertension artérielle systolique (TAS >180mmHg)	163 (91%)
Hypertension artérielle diastolique (TAD>110mmHg)	86 (48%)
Polypnée (FR>20/min) (n=53)	35 (66%)
Tachycardie ou bradycardie (FC<50 ou >100bpm)	61 (34%)
Hyperglycémie (glycémie >1.26g/L) (n=75)	16 (21%)
Hypoxémie (SPO2 <95%)	17 (9%)
Trouble de la conscience (Glasgow <15)	11 (6%)
Mesures thérapeutiques mise en place au SAU	
Anti-hypertenseur	144 (80%)
Antiagrégant	38 (21%)
Anticoagulant	35 (19%)
Diurétiques	33 (18%)
Insuline	15 (8%)
Statine	8 (4%)
Thrombolyse	4 (2%)
Choc électrique externe	1 (1%)
Absence de traitement	16 (9%)
Examens complémentaires	
Biologie sanguine	150 (83%)
Electrocardiogramme (ECG)	144 (80%)
Bandelette Urinaire	44 (24%)
IRM/TDM cérébrale	43 (24%)
Echocardiographie trans thoracique	35 (19%)
Radiographie Pulmonaire	30 (17%)
Scanner thoracique/abdominal	22 (12%)
Echographie des voies urinaires	3 (2%)
Echodoppler des membres inférieurs	2 (1%)
Index de Pression Systolique (IPS)	0 (0%)
Fond d'œil (FO)	0 (0%)
Orientation	
Retour à domicile	108 (60%)
Hospitalisation	71 (39%)
-Neurologie	25 (35%)
- Autre service conventionnel	22 (31%)
-Soins intensifs cardiologie	19 (27%)
-Réanimation	3 (4%)
-Cardiologie conventionnelle	2 (3%)
EVASAN Martinique en Urgence	1 (1%)
Décès intra hospitalier (n=71)	
5 (7%)	
Orientation poussées hypertensives (n=119)	
Retour à domicile	98 (82%)
Hospitalisation avec Diagnostic Poussée HTA simple	8 (7%)
Hospitalisation avec Diagnostic secondaire	13 (11%)
Décompensation DT2	8 (61%)
Embolie Pulmonaire	3 (23%)
Malaise sans PC	1 (8%)
AOMI	1 (8%)

TAS : tension artérielle systolique ; FR : fréquence respiratoire TAD ; tension artérielle diastolique ; FC : fréquence cardiaque ; SPO2 : saturation pulsée en oxygène ; mmHg : millimètre de mercure ; IRM Imagerie par résonance magnétique ; TDM : Tomodensitométrie ; EVASAN : évacuation sanitaire ; DT2 : Diabète de type 2 ; PC : Perte de Connaissance ; AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

La répartition détaillée des urgences hypertensives est représentée en **figure n°3**. Parmi les 180 patients de notre population d'étude, 61 (34%) présentaient une urgence avec souffrance d'organe aiguë dans les 24 premières heures.

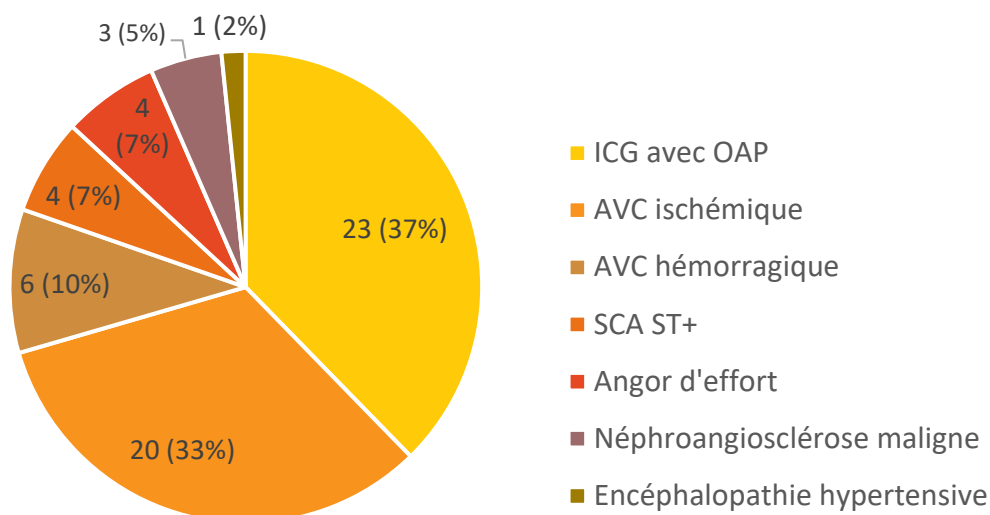


Figure n° 3 : Fréquence des urgences hypertensives recensées durant la période de l'étude.

ICG : Insuffisance Cardiaque gauche ; OAP : Œdème aigu pulmonaire ; AVC : Accident Vasculaire cérébral ; SCA ST+ : Syndrome coronarien aigu avec sus décalage du segment ST

Les urgences hypertensives ont été hospitalisées dans 84% (n= 51) des cas ; malgré la prise en charge intra hospitalière, l'aggravation de l'état de santé de 5 patients (8%) a entraîné leur décès dans les 2 à 30 jours suivants leur admission. Parmi les causes de décès nous retrouvons une insuffisance cardiaque gauche avec œdème aigu pulmonaire, deux AVC ischémiques et deux AVC hémorragiques.

III Évaluation du suivi libéral et analyse bivariée

L'évaluation du suivi libéral et de l'observance thérapeutique sont présentées dans le **tableau n°4**. Nous avons pu évaluer le suivi chez le médecin généraliste de 178 (99%) patients et le suivi médical chez le cardiologue de 157 (87%) patients. Cent vingt-quatre patients (70%) ont déclaré un médecin traitant, parmi eux 76 patients (61%) le consulteraient tous les trois mois. Seuls 42 patients (27%) déclarent avoir un cardiologue, parmi eux 34 patients (81%) le consulteraient au moins une fois par an. Concernant l'observance chez les patients se classant dans la catégorie requérant un traitement, 82 patients (66%) expliquent avoir une mauvaise observance.

Tableau n°4 : Évaluation du suivi libéral et de l'observance thérapeutique

Variable	Population (n=180)
Suivi par le médecin traitant (n=178)	
Présence d'un médecin traitant attitré	124 (70%)
Fréquence des consultations adaptées (n=124)	76 (61%)
Suivi par le cardiologue (n=157)	
Présence d'un cardiologue attitré	42 (27%)
Fréquence des consultations adaptées (n=45)	34 (81%)
Fréquence des prises de sang adaptée (n=136)	107 (79%)
Fréquence des ECG adaptée (n=150)	74 (49%)
Fréquence du suivi à jour toute catégorie (n= 131)	21 (16%)
Patient sous traitement antihypertenseur (n=151)	113 (75%)
Observance des patients (n=125)	
Bonne	43 (34%)
Traitement délivré par IDE libéral.e	18 (42%)
Insuffisante	82 (66%)
Tensiomètre au domicile (n=133)	45 (34%)
Automesure tensionnelle	27 (20%)
TA mesurée par IDE à domicile	18 (14%)
Antécédents de venue aux urgences pour HTA sévère (n=180)	65 (36%)
Oui, une fois	38 (21%)
Oui, plusieurs fois	27 (15%)
Observance des patients avec ATCD d'HTA sévère aux urgences (n=65)	
Bonne observance	21 (32%)

ECG : électrocardiogramme ; IDE : Infirmier diplômé d'état ; HTA Hypertension Artérielle

L'évaluation de l'analyse bivariée du suivi médical et de l'observance thérapeutique par rapport aux principales variables est représentée dans le **tableau n°5**. Un suivi de qualité par le médecin généraliste est associé à un meilleur suivi global : cardiologique (26% vs. 5%, $p < 0.001$) ; biologique (98% vs. 58%, $p < 0.001$) ; ainsi que le suivi toute catégorie (33% vs. 0%, $p < 0.001$). Avoir un antécédent d'hypertension connu ou tout autre antécédent cardiovasculaire est associé à un meilleur suivi chez le médecin généraliste avec respectivement 91 vs. 74% et 95% vs 78% pour un $p < 0,01$. La bonne observance thérapeutique est également associée au suivi régulier par le médecin traitant (53% vs. 10%, $p < 0.001$). L'observance thérapeutique est associée à diverses inégalités de santé dans une population appartenant à des catégories économiques distinctes représentées par l'origine (57% vs. 29%, $p < 0.01$), l'activité professionnelle (17% vs. 52%, $p < 0.001$), la précarité (46% vs. 75%, $p < 0.01$), la possession d'une mutuelle privée (45% vs. 17%, $p < 0.001$) ou d'une ALD (70% vs. 33%, $p < 0.01$). La précarité quant à elle est également significativement liée à chacune de ces catégories ainsi qu'au nombre d'années scolarisées (25% vs. 59%, $p < 0.001$).

Tableau 5 : Analyse bivariée entre le suivi par un médecin traitant (MT), l'observance, la précarité et les différentes variables.

Caractéristiques	Suivi MT tous les 3 mois (n=76) 50%	Pas de suivi MT régulier (n=77) 50%	P value	Observant (n=42) 34%	Non observant (n=82) 66%	P value	Précarité (n=98) 68%	Pas de Précarité (n=46) 32%	P value
Age moyen (ET)	66 ± 16	53 ± 13	<0.001	72 ± 16	55 ± 13	<0.001	61 ± 16	58 ± 16	0.3
Sexe masculin	29 (38%) (n = 76)	42 (55%) (n = 77)	0.042	28 (67%) (n = 42)	43 (52%) (n = 82)	0.13	48 (49%) (n = 98)	18 (39%) (n = 46)	0.27
IMC normal	18 (26%) (n = 70)	28 (38%) (n = 74)	0.12	22 (58%) (n = 38)	56 (75%) (n = 75)	0.069	31 (34%) (n = 91)	8 (19%) (n = 42)	0.077
Alimentation équilibrée	35 (47%) (n = 75)	23 (38%) (n = 61)	0,29	21 (55%) (n = 38)	24 (36%) (n = 67)	0.053	36 (40%) (n = 89)	20 (45%) (n = 44)	0.58
Activité physique régulière	14 (18%) (n = 76)	10 (16%) (n = 62)	0,72	6 (15%) (n = 39)	9 (13%) (n = 67)	0.84	14 (15%) (n = 92)	10 (23%) (n = 43)	0.26
Consommation d'alcool respectée	70 (93%) (n = 75)	56 (84%) (n = 67)	0,067	38 (97%) (n = 39)	66 (93%) (n = 71)	0.42	80 (86%) (n = 93)	41 (95%) (n = 43)	0.14
Absence de tabagisme	58 (77%) (n = 75)	51 (71%) (n = 72)	0,37	34 (85%) (n = 40)	59 (79%) (n = 75)	0.41	68 (72%) (n = 95)	38 (84%) (n = 45)	0.097
Scolarité lycée et études supérieures	28 (38%) (n = 73)	22 (33%) (n = 66)	0,54	16 (43%) (n = 37)	18 (25%) (n = 72)	0.052	24 (25%) (n = 97)	27 (59%) (n = 46)	<0.001
Activité professionnelle	56 (74%) (n = 76)	34 (47%) (n = 73)	<0.001	7 (17%) (n = 42)	40 (52%) (n = 77)	<0.001	50 (52%) (n = 97)	37 (80%) (n = 46)	<0.001
Précarité	20 (28%) (n = 72)	36 (55%) (n = 66)	<0.01	16 (46%) (n = 35)	54 (75%) (n = 72)	<0.01	-	-	-
Origine française	36 (49%) (n = 74)	26 (34%) (n = 76)	0.073	24 (57%) (n = 40)	24 (29%) (n = 82)	<0.01	32 (33%) (n = 97)	29 (64%) (n = 45)	<0.001
Mutuelle privée	28 (37%) (n = 76)	14 (18%) (n = 77)	<0.01	20 (47%) (n = 42)	14 (17%) (n = 82)	<0.001	16 (16%) (n = 98)	24 (52%) (n = 46)	<0.001
ALD	40 (55%) (n = 73)	19 (25%) (n = 76)	<0.01	28 (70%) (n = 40)	26 (33%) (n = 79)	<0.001	35 (36%) (n = 97)	19 (42%) (n = 45)	0.48
ATCD HTA connu	69 (91%) (n = 76)	57 (74%) (n = 77)	<0.01	41 (98%) (n = 42)	81 (99%) (n = 82)	1	80 (82%) (n = 98)	39 (85%) (n = 46)	0.64
ATCD de pathologie CV	72 (95%) (n = 76)	61 (78%) (n = 77)	<0.01	41 (98%) (n = 42)	81 (99%) (n = 82)	1	82 (84%) (n = 98)	43 (93%) (n = 46)	0.11
Suivi MT à jour, fréquence <3 mois	-	-	-	34 (87%) (n = 39)	30 (41%) (n = 74)	<0.001	44 (47%) (n = 94)	28 (64%) (n = 44)	0.065
Suivi Cardio à jour fréquence <1an	26 (37%) (n = 71)	5 (7%) (n = 70)	<0.001	17 (45%) (n = 38)	12 (16%) (n = 73)	<0.01	16 (17%) (n = 92)	15 (33%) (n = 45)	0.036
Suivi Biologique à jour, dernier <2 ans	64 (98%) (n = 65)	38 (58%) (n = 66)	<0.001	30 (97%) (n = 31)	56 (79%) (n = 71)	0.035	67 (77%) (n = 87)	34 (85%) (n = 40)	0.3
Suivi ECG à jour, dernier <5 ans	45 (64%) (n = 70)	23 (34%) (n = 68)	<0.001	25 (69%) (n = 36)	37 (49%) (n = 76)	0.039	43 (47%) (n = 92)	26 (60%) (n = 43)	0.14
Fréquence du suivi à jour, toute catégorie	21 (33%) (n = 63)	0 (0%) (n = 66)	<0.001	13 (43%) (n = 30)	7 (10%) (n = 67)	<0.001	9 (11%) (n = 84)	11 (28%) (n = 39)	0.014
Bonne Observance	34 (53%) (n = 64)	5 (10%) (n = 49)	<0.001	-	-	-	16 (23%) (n = 70)	19 (51%) (n = 37)	<0.01
Traitements antihypertenseurs	53 (80%) (n = 66)	39 (59%) (n = 66)	<0.01	39 (95%) (n = 41)	56 (92%) (n = 61)	0.7	56 (68%) (n = 82)	28 (70%) (n = 40)	0.85
ATCD de venue aux urgences pour HTA sévère	33 (44%) (n = 75)	20 (26%) (n = 76)	0.023	21 (51%) (n = 41)	34 (41%) (n = 82)	0.3	30 (31%) (n = 97)	17 (38%) (n = 45)	0.42
Prise de tension au domicile	34 (52%) (n = 66)	6 (10%) (n = 60)	<0.001	28 (74%) (n = 38)	11 (19%) (n = 59)	<0.001	20 (25%) (n = 79)	17 (42%) (n = 40)	0.056

MT : Médecin Traitant ; ET : Ecart-Type ; IMC : Indice de Masse Corporelle ; ALD : Affection Longue Durée ; ATCD : Antécédents ; CV : Cardiovasculaire ; ECG : Electrocardiogramme ; HTA : Hypertension Artérielle

IV Suivi à 1 an

L'évaluation du suivi à 1 an est présenté dans le **tableau n°6**. Sur les 175 patients restant de notre population d'étude initiale, 32 patients (18%) ont été totalement perdus de vue et n'ont pu être questionnés sur leur suivi en médecine ambulatoire. Nous pouvons constater que parmi les 107 patients (82%) ayant déclaré un médecin traitant, 18 patients (17%) d'entre eux n'en bénéficiaient pas un an auparavant. Plus des deux tiers, soit 92 patients (71%), affirment avoir eu un suivi annuel chez le cardiologue. Malgré un bon suivi réalisé par la majorité de notre population d'étude ; 48 patients (34%) seront revenus aux urgences pour un nouvel épisode d'hypertension sévère dans l'année. Le nombre de décès déclarés durant l'année s'élève à 8 patients (6%) dont 4 ayant eu une urgence hypertensive au SAU au cours de l'année.

Tableau n°6 : Suivi à un an

Variables	Population (n=142)
Médecin traitant revu dans l'année (n=130)	107 (82%)
Patient n'ayant pas de médecin traitant initialement	18 (17%)
Cardiologue traitant revu dans l'année (n=133)	92 (71%)
Patient n'ayant pas de cardiologue initialement	53 (58%)
Tensiomètre au domicile (n=127)	93 (73%)
Automesure tensionnelle	50 (54%)
TA mesurée par infirmier à domicile	43 (46%)
Observance chez les patients requérant un traitement (n=128)	
Bonne	82 (64%)
Mauvaise avant passage aux urgences (n=81)	29 (36%)
Délivrée par IDE libéral.e ou structure	42 (33%)
Fréquence de patients revenus aux urgences pour HTA sévère (n=142)	48 (34%)
Défaillance viscérale secondaire	24 (17%)
Observance chez patient ayant eu durant l'année une HTA sévère (n=48)	
Patient avec une mauvaise observance durant l'année	24 (52%)
Patient avec une bonne observance durant l'année	20 (42%)
Observance inconnue	4 (8%)
Décès durant l'année (n= 143)	8 (6%)

TA : Tension Artérielle ; IDE : Infirmier diplômé d'état ; HTA Hypertension Artérielle

L'évaluation de l'analyse bivariée entre le suivi par le médecin traitant, l'observance, la précarité et le suivi à 1 an est représenté dans le **tableau n°7**. On observe une association entre le bon suivi chez le médecin traitant et le suivi à un an : chez le médecin traitant (100% vs. 62%, $p < 0.001$), chez le cardiologue (78% vs. 57%, $p < 0.011$) mais également de la tension avec l'automesure tensionnelle réalisée à domicile (83% vs. 60%, $p < 0.01$). Une association

existe entre l'observance thérapeutique et le fait d'avoir eu un suivi régulier chez le médecin traitant au cours de l'année (97% vs. 75%, $p < 0.01$) ainsi que le fait d'avoir eu une bonne observance durant l'année suivante (94% vs. 48%, $p < 0.001$). L'analyse bivariée révèle enfin que la précarité et l'apparition d'une urgence hypertensive sont par ailleurs liées (23% vs. 5%, $p = 0.014$).

Tableau 7 : Analyse bivariée entre le suivi par un médecin traitant (MT), l'observance, la précarité et le suivi à 1 an.

Caractéristiques	Suivi MT tous les 3 mois (n=76) 49%	Pas de suivi MT régulier (n=78) 51%	P value	Observant (n=42) 34%	Non observant (n=82) 66%	P value	Précarité (n=98) 68%	Pas de Précarité (n=46) 32%	P value
Suivi à 1 an, revu MT	67 (100%) (n = 67)	36 (62%) (n = 58)	<0.001	33 (97%) (n = 34)	45 (75%) (n = 60)	<0.01	64 (80%) (n = 80)	35 (90%) (n = 39)	0.18
Suivi à 1 an, revu cardiologue	51 (78%) (n = 65)	35 (57%) (n = 61)	0.011	23 (70%) (n=33)	46 (72%) (n = 64)	0.82	57 (70%) (n = 82)	27 (71%) (n = 38)	0.86
Suivi à 1 an Bonne observance	46 (73%) (n = 63)	31 (56%) (n = 55)	0.048	34 (94%) (n=36)	29 (48%) (n = 60)	<0.001	47 (61%) (n = 77)	28 (78%) (n = 36)	0.079
Suivi à 1 an, tensiomètre au domicile	54 (83%) (n = 65)	33 (60%) (n = 55)	<0.01	33 (94%) (n = 35)	35 (62%) (n = 56)	<0.001	50 (64%) (n = 78)	36 (92%) (n = 39)	<0.01
Suivi à 1 an, revenu au SAU pour HTA sévère	23 (34%) (n = 68)	18 (29%) (n = 62)	0.56	14 (38%) (n = 37)	24 (36%) (n = 66)	0.88	28 (33%) (n = 85)	9 (23%) (n = 39)	0.26
Suivi à 1 an, souffrance viscérale de novo	11 (16%) (n = 68)	10 (16%) (n = 62)	0.99	8 (22%) (n = 37)	15 (23%) (n = 65)	0.87	19 (23%) (n = 84)	2 (5%) (n = 40)	0.014
Suivi à 1 an, Décès	2 (3%) (n = 69)	3 (5%) (n = 62)	0.67	4 (11%) (n = 38)	4 (6%) (n = 66)	0.46	5 (5%) (n = 85)	0 (0%) (n = 40)	0.18

MT : Médecin Traitant ; SAU : Service d'Accueil des Urgences; HTA Hypertension Artérielle ;

Discussion

Épidémiologie et profil de la population d'étude

Cette étude a permis de décrire, l'épidémiologie de l'hypertension sévère et l'incidence (0,7%) aux urgences du Centre Hospitalier de Cayenne. Parmi eux, 119 (66%) ont eu une poussée hypertensive simple et 61 (34%) étaient associées à une défaillance viscérale. Cette incidence est similaire à celle retrouvée aux urgences de Pau en 2020 [20] sur une même durée d'étude. Le travail de Guiga H et al. sur la prévalence et la gravité des urgences et poussées hypertensives dans le service d'urgence du CHU La Timone à Marseille [21] a recueilli les données sur 3 mois et a retrouvé une incidence de 0.97%. Le recrutement par les urgences impose un biais à notre étude. Toutefois, le service des urgences de Cayenne étant le seul service d'urgence dans un périmètre de 50 km, nous pouvons extrapoler que la population de l'agglomération de Cayenne ayant eu un recours hospitalier s'est présentée dans ce service. Nous ne pouvons cependant pas estimer l'incidence des patients pris en charge en ambulatoire par la médecine libérale.

La population d'étude est d'âge intermédiaire (60 ± 15 ans), et est relativement jeune par rapport aux études réalisées en France hexagonale (73 ± 16 ans) [22]. L'étude INDIA réalisée en 2022 [23] retrouve également un jeune âge des patients atteints d'AVC en Guyane (62 ± 14 ans) comparé à la France Hexagonale. Le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire ayant fait un comparatif entre les différentes prévalences d'hypertension observées entre les DROM retrouvait aussi un âge moyen de 10 ans plus jeune en Guyane qu'en Martinique [24]. La population se compose majoritairement de femmes (H/F 0,85) en surpoids (IMC 28.4 ± 6.4 kg/m²). Atallah et al retrouve des résultats équivalents [25] [26] dans ses travaux évaluant les caractéristiques épidémiologiques des patients hypertendus dans les DOM-ROM comparés à la France Hexagonale. En Guyane comme dans les autres DROM, il existe une prévalence plus élevée d'hypertension chez les femmes ; la principale explication étant une plus forte prévalence de l'obésité chez la femme dans ces départements. La population d'étude est majoritairement d'origine étrangère (58%). Historiquement la Guyane est un territoire d'immigration et notamment de nombreuses personnes originaires d'Haïti s'y sont installées. Toutefois, notre étude retrouve une sur-représentation de patients d'origine étrangère [27]. L'étude INDIA révélait également une telle prévalence [23]. Selon les travaux de Jean-Charles RR [28] sur les défis liés à l'hypertension en Haïti, la population originaire d'Haïti serait davantage sensible à l'hypertension en raison d'une consommation excessive de sel. Cette

hygiène alimentaire retrouvée dans notre étude pourrait en partie expliquer la prévalence de certaines populations dans notre travail.

Le concept de disparité socio-économique va bien au-delà du simple niveau de revenu, et inclut des paramètres tels que l'origine géographique, la possession d'une mutuelle ou encore le niveau scolaire. Les patients de l'étude étaient nombreux à être inactifs (36% vs 29%), à ne pas bénéficier d'assurance maladie avec mutuelle privée (72% vs 28%) et à ne pas avoir poursuivi de formation scolaire au-delà du primaire (65% vs 35%). Les travaux d'Atallah et al. portant sur l'accès aux soins et réalisés aux Antilles retrouvent une prévalence de l'hypertension 3 fois plus élevée chez une population économiquement défavorisée et chez les personnes ayant stoppé leur scolarité au primaire [29]. Les études conduites dans l'Hexagone et à l'internationale [30 ; 31] montrent qu'en plus des prévalences élevées d'hypertension, la surcharge pondérale, l'obésité, le syndrome métabolique et le diabète sont également plus élevées chez les personnes ayant un niveau socioéconomique plus faible. La précarité est omniprésente en Guyane et lors de l'Enquête Baromètre Santé en 2018 [32] un tiers des personnes avait renoncé à des soins pour raisons financières. S'ajoute à cela le retrait de l'HTA sévère de la liste des ALD 30 : décret 2011-726 et 2011-727 en date du 24 juin 2011. Et même si les personnes possédant une ALD avant la parution de ce décret sont toujours remboursées [33], cela n'est dorénavant plus possible ; entraînant un accroissement des inégalités sociales chez les personnes les plus précaires.

Évaluation du suivi libéral

Dans notre population, 124 patients (70%) ont déclaré avoir un médecin traitant, mais sans association à un suivi régulier tous les 3 mois avec ce dernier. Parmi ceux qui avaient une hypertension connue, 55 patients n'avaient pas déclaré de médecin traitant et n'avaient donc pas de suivi régulier. Selon notre étude, l'absence d'activité professionnelle et la précarité jouent un rôle dans le défaut de suivi chez le médecin traitant. Si le niveau de scolarité et l'origine géographique n'impactaient pas directement le suivi chez le médecin traitant, ils étaient en revanche associés significativement à une plus grande précarité. Selon l'enquête baromètre Santé de Santé Publique France [32], le taux de renoncement à une consultation médicale est plus élevé en Guyane qu'en France hexagonale (12,2% contre 7,6%). Les raisons retrouvées dans cette étude sont principalement des raisons financières, mais évoquent également les délais d'obtention de rendez-vous trop longs conséquence du manque de professionnels de santé sur le territoire.

Si le suivi chez le médecin traitant reste insuffisant ; à première vue celui-ci s'avère plus prometteur chez le spécialiste. En effet, parmi les patients ayant déclaré un cardiologue, 81% réaliseraient un suivi correct. Ce résultat encourageant est cependant biaisé par l'effectif réduit de 42 patients ayant un cardiologue attiré (27%). En réalité sur les 157 patients pour lesquels un suivi chez le cardiologue a pu être questionné, 34 patients (22%) réaliseraient un suivi annuel chez celui-ci. Nous remarquons également que moins d'un patient sur six, bénéficie d'un suivi complet. Le suivi régulier par le médecin traitant entraîne en conséquence l'augmentation de la fréquence d'antihypertenseurs prescrits ainsi que de la prise de la tension au domicile. À leur arrivée aux urgences, 44 patients (28%) ne recevaient aucun traitement antihypertenseur ; ce qui pourrait expliquer la cause de leur poussée tensionnelle. L'automesure tensionnelle est de plus réalisée chez un trop faible nombre de patients (20%) ; hors tension mesurée par un(e) IDE à domicile. Pourtant, l'automesure tensionnelle à domicile est en France l'examen recommandé pour évaluer l'efficacité du traitement instauré dans le cadre du suivi au domicile. L'absence d'instauration de traitements antihypertenseurs et d'automesure tensionnelle dans notre population étayent l'hypothèse d'un défaut de suivi chez ces patients.

Concernant l'observance thérapeutique, 34% seulement déclarent avoir une « bonne observance ». Ces chiffres nous confortent sur une des hypothèses quant à l'origine de cette hypertension sévère qui était principalement le défaut d'observance. Ces chiffres dépassent largement l'estimation de l'OMS qui évoquent que la moitié des patients ne prennent pas leurs traitements comme prescrits par leur médecin traitant [34]. Nous observons dans nos résultats que la qualité de l'observance est significativement corrélée à la qualité du suivi médical dans tous les domaines, ainsi qu'à la situation financière des patients, la possession d'une mutuelle et d'une ALD. Ces résultats corroborent ceux de l'étude de Tertre V [35] sur les cardiopathies aiguës aux urgences de Cayenne qui retrouvent des résultats similaires quant à la problématique de l'observance perçue dans une population souffrant de cardiopathies diverses. Cette problématique est également retrouvée dans les travaux de Saguner et Al [36] qui avaient ainsi mis évidence que la mauvaise observance thérapeutique était le facteur de risque influençant le plus le risque de survenue d'une poussée hypertensive.

Évaluation du suivi libéral à 1 an

Alors qu'une amélioration du suivi chez le médecin traitant est remarquée avec 82% des patients ayant revu un médecin traitant dans l'année suivant le passage aux urgences, nous observons aussi une amélioration du suivi chez le cardiologue. Nous soulignons également une amélioration de l'observance thérapeutique chez 82 (64%) patients dont 29

(36%) déclaraient initialement une mauvaise observance. Si une prise de conscience a donc pu être suscitée chez certains patients, nous remarquons également que la bonne prise médicamenteuse est également assurée par la mise en place d'IDE, que ce soit à domicile ou dans des structures adaptées, pour 42 (33%) patients vs. 18 (14%) avant la poussée.

Malgré toutes ces améliorations ; 48 (34%) patients auront de nouveau au moins un épisode d'hypertension sévère durant l'année nécessitant un passage aux urgences dont 24 (17%) avec défaillance viscérale. Ces chiffres sont retrouvés dans l'étude de Merlo C et Al sur la prise en charge de l'hypertension artérielle sévère en soins primaires [37] où 17% des patients de l'étude auront également un évènement cardiovasculaire documenté (SCA, ICA, AVC ou AIT) dans l'année suivant leur épisode d'hypertension sévère.

Parmi les 24 patients hospitalisés pour crise hypertensive, quatre décéderont. Si la proportion de nouvel épisode d'hypertension sévère à un an est sensiblement la même qu'en France hexagonale, la mortalité, elle, y est beaucoup plus faible [22]. L'importance du suivi médical et de l'observance thérapeutique sont donc primordiales et doivent être améliorées pour diminuer la morbi mortalité de la population. L'hypertension est le premier motif de consultation en médecine ambulatoire et son suivi correct impose des consultations régulières. Un patient hypertendu va donc voir son médecin traitant plusieurs fois par an, soit pour renouveler son ordonnance, soit pour traiter les comorbidités fréquemment associées à l'hypertension. Par leur grande fréquence, ces consultations sont parfois banalisées par le corps médical. Les médecins ne prenant plus assez de temps pour éduquer et expliquer les risques cardiovasculaires liés à l'hypertension et à la mal observance. Ces instants de rencontre entre médecins et patients sont pourtant les éléments fondateurs de la réussite de la prise en charge d'une maladie chronique comme l'hypertension [38]. Pour pallier le manque de médecin généraliste, une solution alternative pourrait être de proposer aux patients : la création d'un réseau de soins comprenant des infirmiers Actions de santé libérales en équipe (ASALEE) [39] qui réaliseraient de l'éducation thérapeutique (ETP) afin d'améliorer la qualité et espérance de vie de ces derniers. La grande diversité linguistique du territoire crée certaines barrières qui ont des incidences sur la qualité et l'accès aux soins, sur les médecins et les patients ainsi que sur les coûts de la santé. Une collaboration avec des médiateurs permettrait d'améliorer la compréhension des consignes et d'obtenir une meilleure adhérence thérapeutique.

Conclusion

La population hypertendue en Guyane Française est majoritairement représentée par des femmes d'âge intermédiaire, d'origine étrangère, en surpoids et en situation de grande précarité. La situation financière et la raréfaction de professionnels de santé sur le territoire entraînent un défaut de suivi avec comme conséquences un risque d'augmentation des poussées hypertensives chez des patients non-observants et aggravant ainsi leur pronostic. La mauvaise observance thérapeutique est une problématique croissante en médecine, notamment dans le domaine cardiovasculaire. Les bénéfices de la baisse de pression artérielle chez un patient hypertendu sont maintenant bien connus (réduction du risque d'AVC, d'IC, de SCA, d'IRC) mais ces objectifs restent insuffisamment atteints. La gravité et la fréquence de ces pathologies pourraient être fortement diminuées grâce à un meilleur suivi – un patient sur deux ne voyant son médecin traitant que tous les 6 mois ou plus. Les médecins généralistes jouent un rôle sentinelle dans le dépistage précoce de l'hypertension, l'instauration de traitements, la surveillance de survenue de complications et surtout - dans l'éducation thérapeutique encore largement insuffisant.

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé. Société Française d'Hypertension Artérielle. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Sep 2016. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_hta__mel.pdf
2. Blacher J, Halimi JM, Hanon O, Mourad JJ, Pathak A, Schnebert B, et al. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Recommandations 2013 de la Société française d'hypertension artérielle. La Presse Médicale. mai 2013;42(5):819-25.
3. Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, Riley LM, Paciorek CJ, Stevens GA, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. The Lancet. sept 2021;398(10304):957-80.
4. Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, Riley LM, Paciorek CJ, Stevens GA, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. The Lancet. sept 2021;398(10304):957-80.
5. Alcocer L, Cueto L. Review: Hypertension, a health economics perspective. Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease. juin 2008;2(3):147-55.
6. Perrine AL, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. BEH. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. L'hypertension artérielle en France : Prévalence, Traitement et Contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. Sept 2018.
7. Organisation mondiale de la Santé. Hypertension. Mars 2023. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
8. Insee. L'essentiel sur... la Guyane. Jan 2023. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4313999>
9. GITPA. Groupe International de Travail pour les Peuples Autochtones. Article « Guyane, le renouveau amérindien ». Amérindiens de Guyane. 2005. Disponible sur : <https://gitpa.org/Peuple%20GITPA%20500/gitpa500-2-GUYANEfiche.pdf>
10. Raimbaud B, Kempf N, Demougeot L. Insee. Article Insee Analyses Guyane - 46. Niveaux de vie et pauvreté en Guyane en 2017 : la moitié des guyanais vivent sous le seuil de pauvreté. Juil 2020. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4623886>
11. Lecoffre C, Decool E, Olié V. Hospitalisations pour maladies cardio-neuro-vasculaires et désavantage social en France en 2013. Bull Epidémiol Hebd. 2016; (20-1):359-66. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/20-21/2016_20-21_2.html
12. Duplan H, Sanna A, Rousseau C, De Bort C. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. BEH. Guyane : Système de Soins et Bilan des principales pathologies. Géographie et Offre de soins en Guyane. Oct 2019.
13. Mourad JJ, Zuber M, Girerd X. CFLHTA/SFHTA/ SFNV. Hypertension. Objectif 2015 70% des hypertendus contrôlés. 2014. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Objectif_2015_Hypertension.pdf

14. Aflalo M, Agarande Y, Ahoukenco D, Alecandre bird A, Alvarez F, Ambroise S et al. ARS. Agence Régional de Santé. PRS Guyane 2018-2027. Schéma Régional de Santé 2018-2028. Disponible sur: <https://www.guyane.ars.sante.fr/media/92574/download?inline>
15. Rochemont D, Mimeau E, Misslin-Tristch C, Franck YK, Delmas E, De Toffol B et al. Pathologie neuro et cardiovasculaires en Guyane : particularités épidémiologiques et pistes d'amélioration. Bull Epidemiol Hebd. 2020, n°. 36-37, p. 714-722. Juin 2019.
16. Rochemont DR, Dueymes JM, Roura R, Meddeb M, Couchoud C, Nacher M. End stage renal disease as a symptom of health inequalities in French Guiana. J Health Inequal. 2018;4(1):31-5.
17. Rochemont DR, Lemenager P, Franck Y, Farhasmane A, Sabbah N, Nacher M. The epidemiology of acute coronary syndromes in French Guiana. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie. 1 févr 2021;70(1):7-12.
18. Atallah A, Atallah V, Daigre JL, Boissin JL, Kangambega P, Larifla L, et al. Hypertension artérielle et obésité : disparités entre quatre régions d'Outre-mer. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie. juin 2014;63(3):155-62.
19. Payen A, Nguyễn-Forton G. Hypertension artérielle en Guyane. Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux - Pratique. févr 2005;2005(136):19-21.
20. Mathilde Lannes. Évaluation diagnostique des patients présentant une hypertension artérielle sévère aux urgences de Pau. Sciences du Vivant. Thèse n°3266. 37 p : Dec 2020. ffdumas-03048752. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03048752/document>
21. Guiga H, Sarlon-Bartoli G, Silhol F, Radix W, Michelet P, Vaisse B. Prévalence et gravité des urgences et des poussées hypertensives dans le service d'urgence hospitalière du CHU La Timone de Marseille : suivi à trois mois des patients hospitalisés. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie. juin 2016;65(3):185-90.
22. Guiga H, Decroux C, Michelet P, Loundou A, Cornand D, Silhol F, et al. Hospital and out-of-hospital mortality in 670 hypertensive emergencies and urgencies. J Clin Hypertens. nov 2017;19(11):1137-42.
23. Rochemont DR, Mimeau E, Misslin C, Papaix-Puech M, de Toffol B, Sabbah N, et al. A Prospective Comparative Study of Health Inequalities and the Epidemiology of Stroke in French Guiana and Dijon, France. Front Public Health. 13 mai 2022;10:849036.
24. Olié V, Gabet A, Grave C, Gautier A, Blacher J. Prévalence de l'hypertension artérielle déclarée dans les départements et régions d'outre-mer, l'enquête Baromètre de Santé publique France de 2021. Bull Epidemiol Hebd. Fév 2023. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/8/2023_8_2.html
25. Atallah A, Carrère P, Atallah V, Inamo J. Différences de prise en charge de l'HTA entre la métropole et les DOM-ROM. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie. oct 2019;68(4):260-3.
26. Atallah A, Kelly-Irving M, Zouini N, Ruidavets JB, Inamo J, Lang T. Controlling arterial hypertension in the French West Indies: a separate strategy for women? The European Journal of Public Health. 1 déc 2010;20(6):665-70.
27. Insee. Dossiers régionaux Insee. Atlas des populations immigrées en Guyane. Sept 2006. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1290097>

28. Jean-Charles RR. Challenges in Hypertension: The Haiti Experience. *J Clin Hypertens*. févr 2014;16(2):97-8.
29. Atallah A, Inamo J, Larabi L, Chatellier G, Rozet JE, Machuron C, et al. Reducing the burden of arterial hypertension: what can be expected from an improved access to health care? Results from a study in 2420 unemployed subjects in the Caribbean. *J Hum Hypertens*. 1 avr 2007;21(4):316-22.
30. INSERM. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 721p. 2014
31. Vigneron E, 2011. Les inégalités de santé dans les territoires français. Etat des lieux et voies de progrès. Issy les Moulineaux. Elsevier Masson 194p.
32. Melle A van, Cropet C, Parriault MC, Adriouch L, Lamaison H, Sasson F, et al. Renouncing care in French Guiana: the national health barometer survey. *BMC Health Services Research*. 6 févr 2019;19(1):99.
33. LegiFiscal. LégiSocial. L'hypertension artérielle n'est plus une ALD ! Sept 2011. Disponible sur: <https://www.legisocial.fr/actualites-sociales/108-lhypertension-arterielle-nest-plus-une-ald.html>
34. De Geest S, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur J Cardiovasc Nurs*. déc 2003;2(4):323.
35. Victor Tertre. Cardiopathies aiguës aux urgences : épidémiologie, évaluation prospective du suivi libéral et de l'observance thérapeutique. 54p. Thèse Université des Antilles-Guyane ; Dec 2022
36. Saguner AM, Dur S, Perrig M, Schiemann U, Stuck AE, Burgi U, et al. Risk Factors Promoting Hypertensive Crises: Evidence From a Longitudinal Study. *American Journal of Hypertension*. 1 juill 2010;23(7):775-80.
37. Merlo C, Bally K, Tschudi P, Martina B, Zeller A. Management and outcome of severely elevated blood pressure in primary care: a prospective observational study. *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13507.
38. Vaïsse B. Comité Français de Lutte Contre l'Hypertension Artérielle (CFLHTA). Nov 2013. Disponible sur : <https://www.comitehta.org/>
39. Gautier J. Action de Santé Libérale En Equipe. 2010. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-04/po208.pdf>
40. Sass C, Moulin JJ, Gueguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C et Al. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Le score EPICES : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197389 personnes. Avr 2006. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/le-score-epices-un-score-individuel-de-precarite.-construction-du-score-et-mesure-des-relations-avec-des-donnees-de-sante-dans-une-population-de>
41. Ikama MS, Nsitou BM, Loumouamou M, Kimbally-Kaky G, Nkoua JL. L'observance médicamenteuse et ses facteurs dans un groupe d'hypertendus congolais. *Pan Afr Med J*. 6 août 2013;15:121.

Annexes

I Questionnaire EPICES [40]

1) Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?

Oui : + 10,06 Non : 0

2) Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ?

Oui : - 11,83 Non : 0

3) Vivez-vous en couple ?

Oui : - 8,28 Non : 0

4) Êtes-vous propriétaire de votre logement ?

Oui : - 8,28 Non : 0

5) **Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ?**

Oui : + 14,80 Non : 0

6) Avez-vous fait du sport au cours des 12 derniers mois

Oui : - 6,51 Non : 0

7) Êtes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre) au cours des 12 derniers mois.

Oui : - 7,10 Non : 0

8) Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois

Oui : - 7,10 Non : 0

9) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec votre famille autre que vos parents ou vos enfants ?

Oui : - 9,47 Non : 0

10) en cas de difficulté, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?

Oui : - 9,47 Non : 0

11) en cas de difficulté, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle en cas de besoin ?

Oui : - 7,10 Non : 0

Constante : 75,14 ; Seuil de précarité : 30

II : Questionnaire ALCVIG

Etiquette

Questionnaire ALCVIG

A REMPLIR PAR IAO SI CONSULTATION AUX URGENCES POUR L'UN DES MOTIFS SUIVANTS :

- DOULEUR THORACIQUE
- PALPITATION
- MALAISE
- DYSPNEE
- OEDEME DE MEMBRE INFERIEUR BILATERAL

OU SI

TA SYSTOLIQUE > 180 MMHG OU TA DIASTOLIQUE >110 MMHG

Informations personnelles et sociales :

Téléphone : 06 94 Médecin traitant : Dr

Activité professionnelle: Travail Sans Emplois Retraité

Origine : Guyane Haïti Brésil Suriname Métropole

Autre

Motif d'admission :

- Douleur thoracique Palpitation Hypertension (TAS>180 et/ou TAD>110)
- Dyspnée OMI Malaise

**PUIS METTRE LA FICHE DANS LE
DOSSIER PATIENT**

A REMPLIR PAR MEDECIN EN **BOX**

SI ET SEULEMENT SI **CONFIRMATION** D'UN DES DIAGNOSTICS SUIVANTS (à cocher):

- SYNDROME CORONAIRE AIGU (ST + ou ST -)
- ANGOR
- INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGUE
- TROUBLE DU RYTHME CARDIAQUE (VENTRICULAIRE OU SUPPRA VENTRICULAIRE)
- TROUBLE DE LA CONDUCTION DE HAUT GRADE (BAV 2 OU 3)

OU SI **A L'ACCUEIL**

- POUSSEE AIGUE DE TENSION (TAS >180 OU TAD > 110)
- DECOMPENSATION DE DIABETE (GLYCEMIE >2,5g/L OU < 0,6 g/L)

Antécédents :

- HTA AVC Diabète Fibrillation atriale/ Flutter Tabac Dyslipidémie (Cholestérol)
- Insuffisance cardiaque chronique Infarctus du myocarde Insuffisance rénale chronique AOMI

Si présentation d'un des antécédents ci-dessus : Déclaration en ALD OUI NON NE SAIT PAS

Suivi médical **REGULIER** PAR UN MEDECIN **ATTITRE** :

Suivi par un Cardiologue OUI NON Dernière consultation : < 1 an > 1 an
Suivi par un Médecin Traitant OUI NON

Rythme des consultation chez le médecin traitant tous les : 3 mois 6 mois Ans > 1 an Jamais ou presque

Examens Paracliniques :

Dernière prise de sang <3 mois <6 mois <1 An > 1an <2 ans > 2 ans
Dernier ECG 1an < 5 ans Jamais fait

Adhérence aux traitements :

Le traitement est-il délivré par un ou une infirmière ? OUI NON

Si oui, ne pas répondre aux autres

Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre médicament ? OUI NON

Depuis la dernière consultation médicale, avez-vous été en panne (manque) de médicament ? OUI NON

Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à d'habitude ? OUI NON

Vous est-il arrivé de ne pas prendre pas prendre votre traitement certains jours car votre mémoire vous fait défaut ? OUI NON

Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ? OUI NON

Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ? OUI NON

DEMANDER SI LE PATIENT N'EST PAS OPPOSE A L'ANONYMISATION ET LA REALISATION DE STATISTIQUES DANS UNE ETUDE

NE PAS OUBLIER DE SIGNER FORMULAIRE DE NON-OPPOSITION

PUIS METTRE LA FEUILLE DANS LA BANETTE VERTE

Si autre diagnostic cocher :
Diagnostic :
NE PAS REMPLIR LA FICHE SI AUTRE DIAGNOSTIC QUE LA LISTE, ET METTRE LA FEUILLE DANS LA BANETTE VERTE

III : Questionnaire de GIRERD [41]

TEST D'ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE

1. Ce matin avez vous oublié de prendre votre médicament ?
 Oui Non
2. Depuis la dernière consultation avez vous été en panne de médicament ?
 Oui Non
3. Vous est il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?
 Oui Non
4. Vous est il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?
 Oui Non
5. Vous est il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?
 Oui Non
6. Pensez vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?
 Oui Non

INTERPRÉTATION DU TEST :

OUI (0) : Bonne observance

OUI (1 ou 2) : Minime problème d'observance

OUI (> 3) : Mauvaise observance

Réf : Girerd X et col. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse Med 2001 ; 30 : 1044-8.

**UNIVERSITÉ DES ANTILLES
FACULTÉ DE MÉDECINE HYACINTHE BASTARAUD**

DEMANDE D'IMPRIMATUR

THESE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(SPECIALITE - MEDECINE GENERALE)

Présentée par, Mme KOSYK Alison

Née le 15 mai 1992 à Poitiers

Département de la Vienne (86) Pays : France

Et intitulée : Hypertension artérielle sévère : Epidémiologie et évaluation du suivi ambulatoire des patients se présentant aux urgences de Cayenne

Président : M le Professeur Mathieu Nacher


Juges :

M le docteur Yves Kenol Franck

Mme le docteur Nadia Sabbah

Mr le docteur Felix Ngomba

M le docteur M. Alexis Fremery

Vu, le 27/09/2023 Le Président de Thèse  Pr Mathieu NACHER INSERM CIC 1424 Centre Hospitalier de CAYENNE RPPS 1 0002189081	Pour accord, le Le Doyen de l'UFR Santé Pr Suzy DUFLO
AUTORISE A SOUTENIR ET A IMPRIMER LA THÈSE <i>Pointe-à-Pitre, le</i> Le Président de l'Université des Antilles Pr Michel GEOFFROY	

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels, collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

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

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

NOM ET PRÉNOM : KOSYK Alison
SUJET : Hypertension artérielle sévère : Epidémiologie et
évaluation du suivi ambulatoire des patients se présentant aux
urgences de Cayenne

THÈSE : MÉDECINE
Qualification : Médecine générale
ANNÉE : 2023

Introduction :

L'hypertension artérielle est la plus fréquente des maladies chroniques dans le monde et est le premier motif de recours de consultation en médecine générale. Un retard de diagnostic et/ou de prise en charge provoquent secondairement une augmentation de complications neurovasculaires et cardiovasculaires. Ces pathologies, en pleine croissance, deviennent des causes de mortalité majeures en Guyane. L'objectif de la présente étude est de décrire l'incidence et l'épidémiologie des patients admis aux urgences de Cayenne pour Hypertension sévère. L'objectif secondaire est l'évaluation du suivi médical, paramédical et de l'observance thérapeutique de ces patients.

Matériel et méthode :

Nous avons réalisé une étude descriptive prospective et monocentrique dans le Service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier de Cayenne du 1^{er} mai 2021 au 31 décembre 2021. Tous les patients âgés de 18 ans ou plus admis pour une poussée hypertensive (TAS \geq 180 et/ou TAD \geq 110) ont été inclus. Ont été exclus les patients pour lesquels un facteur déclenchant intercurrent était tenu responsable de la poussée hypertensive. Le suivi ambulatoire et l'observance thérapeutique des patients ont été évalués ainsi que la morbi mortalité à 12 mois par rappel téléphonique.

Résultats :

Durant la période de l'étude, 217 patients ont présenté une hypertension artérielle sévère (incidence = 0.7%). La population était majoritairement féminine (sex ratio H/F = 0.85), d'une moyenne d'âge de 60 ± 15 ans et présentait un indice de masse corporelle de $28,4 \pm 6,4$ kg/m². Le taux de précarité était marqué (42%). Concernant le suivi, 124 patients (70%) ont déclaré un médecin traitant, mais seulement un patient sur deux déclarait le consulter tous les 3 mois et 82 patients (66%) déclaraient une mauvaise observance. Selon l'analyse bivariée, le suivi et l'observance thérapeutique sont associées à diverses inégalités de santé dans une population appartenant à des catégories économiques distinctes, représentées significativement par : l'origine, l'activité professionnelle, la précarité, la possession d'une mutuelle privée ou d'une ALD.

Conclusion :

La population hypertendue en Guyane Française est majoritairement féminine, d'âge intermédiaire, d'origine étrangère, en surpoids et en situation de grande précarité. La situation financière et la raréfaction de professionnels de santé sur le territoire entraînent un défaut de suivi avec pour conséquences une accentuation des poussées hypertensives chez des patients devenant non-observant. Les bénéfices de la baisse de pression artérielle chez un patient hypertendu sont maintenant bien connus (réduction du risque d'AVC, d'IC, de SCA, d'IRC) mais ces objectifs restent insuffisamment atteints. La gravité et la fréquence de ces pathologies pourraient être fortement diminuées grâce à un meilleur suivi – un patient sur deux voyant son médecin traitant tous les six mois ou plus ; ainsi que par la création d'un réseau de soins organisé par le médecin traitant afin d'améliorer la qualité et espérance de vie de ces derniers.

Mots-clefs :

Hypertension artérielle, Épidémiologie, Observance, Précarité, Prise en charge, Guyane Française

JURY : Président : Professeur NACHER Mathieu.
Juges : Professeur SABBAH Nadia
Docteur FRANCK Yves-Kenol
Docteur NGOMBA Felix
Directeur de thèse : Docteur FREMERY Alexis

UFR SCIENCES MEDICALES HYACINTHE BASTARAUD

Adresse du candidat : App 102 Bât A, résidence de l'université, Morne l'Hermitage, 97139 Les Abymes, Guadeloupe