Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique

République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

U.S.T.T-B

FACULTE DE MEDECINE ET ODONTOSTOMATOLOGIE

L'ANNEE UNIVERSITAIRES 2022 2023

N°: …….

THESE

ETUDE DE L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE DANS LE SERVICE DE CARDIOLOGIE DU CHU- GABRIEL TOURE

Présentée et soutenue publiquement le /03/07/2025
Devant la Faculté de Médecine et Odontostomatologie

Par Mlle DIARRA Anchata

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président	**M.**	**Ichaka MENTA**	**Professeur**
Membre	**M.**	**Marie Rene DAKOUO**	**Cardiologue**
Co-directeur	**Mme.**	**Coumba Adiaratou THIAM**	**Maitre de conférences**
Directeur	**M.**	**Hamidou Oumar BA**	**Maitre de conférences**

ADMINISTRATION

DOYEN : Mme Mariam SYLLA - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : Mr Mamadou Lamine DIAKITE – PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : Mr Monzon TRAORE – MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : Mr YAYA CISSE - INPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

1. Mr Ali Nouhoum DIALLO	Medecine Interne
2. Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
3. Mr Mamadou M. KEITA	Pediatrie
4. Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryologie
5. Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
6. Mr Abdoulaye Ag RHALY	Medecine Interne
7. Mr Boulkassoum HAIDARA	Legislation
8. Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicoogie
9. Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
10. Mr Daouda DIALLO	chime generale & minerale
11. Mr Issa TRAORE	radiologie
12. Mr Mamadou K. TOURE	cardiologie
13. Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
14. Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
15. Mr Abdourahamane S. MAIGA	parasitologie
16. Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
17. Mr Amadou DIALLO	Zoologie – Biologie
18. Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
19. Mr Khalilou OUATTARA	urologie
20. Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
21. Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
22. Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
23. Mr Brehima KOUMARE	Bactériologie - Virologie
24. Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
25. Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
26. Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
27. Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie

28. Mr Amadou TOURE	Histo-Embryolpogie
29. Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
30. Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Generale
31. Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
32. Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
33. Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Enterologie
34. Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R. L
35. Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
36. Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
37. Mme Habibabou DIAWARA	Dermatologie
38. Mr Yeya Tiomoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
39. Mr Sekou SIDIBE	Orthopedie Traumatologie
40. Mr Adama SANGARE	Orthopedie Traumatologie
41. Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
42. Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
43. Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
44. Mme Fatimata Sambou DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
45. Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
46. Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
47. Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
48. Dapa Aly DIALLO	Hématologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRE DE RECHERCHES

1. Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
2. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
3. Mr Hammadoum DICKO	Anesthésie-Réanimation
4. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie-Réanimation
5. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
6. Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie-Réanimation
7. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
8. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie-Réanimation
9. Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
10. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie-Réanimation

11. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
12. Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
13. Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
14. Mr Adama I GUINDO	Ophtalmologie
15. Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
16. Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
17. Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
18. Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
19. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
20. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
21. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
22. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
23. Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
24. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
25. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
26. Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
27. Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
28. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
29. Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
30. Mr Alkadri DIARRA	Urologie
31. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
32. Mr Boubacar BA	Médecine et Chirurgie Buccale
33. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
34. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
35. Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
36. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
37. Mr Brehima BENGALY	Chirurgie Générale
38. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
39. Mr Sekou Brehima KOUMARE	Chirurgie Générale
40. Mr Baoubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
41. Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
42. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
43. Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
44. Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique

45. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
46. Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
47. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
48. Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
49. Mr Brugada COULIBALY	Prothèse Scellée
50. Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopedie Dentofaciale
51. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
52. Mr Alhousseïny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
53. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
54. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
55. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
56. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
57. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
58. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopedie Traumatologie
59. Mr Layes TOURE	Orthopedie Traumatologie
60. Mr Mahamadou DIALLO	Orthopedie Traumatologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1.	Mr Ibrahima SANKARE	Chirurgie Thoracique et Cardiologie
2.	Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
3.	Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4.	Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
5.	Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pediatrique
6.	Mme Fadima Koreissy TALL	Anesthesie Reanimation
7.	Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
8.	Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
9.	Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
10.	Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
11.	Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme Lydia B. SITA	Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS /DIRECTEURS DE RECHERCHE

1.	Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER

2. Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
3. Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie
4. Mme Safiatou NIARE	Parasitologie Mycologie
5. Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
6. Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
7. Mr Bakary MAIGA	Immunologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES / MAÎTRES DE RECHERCHE

1. Mr Karim TRAORE	Parasitologie – Mycologie
2. Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie – Mycologie
3. Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
4. Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie-Virologie
5. Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
6. Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
7. Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
8. Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
9. Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
10. Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
11. Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétigue/Génomique
12. Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entonologie Medicale
13. Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
14. Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie
15. Mr Boubacar Sidiki lbrahim DRAME	Biologie Médicale Biochimie Clinique
16. Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologic et cvtogenetique
17. Mr Drissa COULIBALY	Entomologie medicale
18. Mr Adama DAO	Entomologie medicale
19. Mr Ousmane MAIGA	Biologie. Entomologie. Parasitologie

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
2. Mme Mariam TRAORE	Pharmacologie
3. Mr Saidou BALAM	Immunologie
4. Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
5. Mr Sidy BANE	Immunologie

6. Mme Arhamatoulaye MAIGA Biochimie
7. Mr Modibo SANGARE Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
8. Mr Moussa KETA Entomologie Parasitologie

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Harouna BAMBA Anatomie Patheogie
2. Mme Assitan DIAKITE Biologie
3. Mr Ibrahim KEITA Biologie Moleculaire
4. Mr Tata TOURE Anatomie
5. Mr Boubacar COULIBALY Entomologie, Parasitologie Medicale
6. Mme Nadie COULIBALY Microbiologie, Contrôle Qualité

D.E R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. Mr Adama Diaman KEITA Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Mahamadou DIALLO Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mr Sounkalo DAO Maladies Infectieuses et Tropicales
4. Mr Daouda K. MINTA Maladies Infectieuses et Tropicales
5. Mr Issa KONATE Maladies Infectieuses et Tropicales
6. Mr Boubacar TOGO Pédiatrie
7. Mme Mariam SYLLA Pédiatrie
8. Mme Fatoumata DICKO Pédiatrie
9. Mr Abdoul Aziz DIAKITE Pédiatrie
10. Mr Moussa T. DIARRA Hépato Gastro-Entérologie
11. Mr Ousmane FAYE Dermatologie
12. Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA Neurologie
13. Mr Yacouba TOLOBA Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
14. Mr Soulevmane COULIBALY Psychologie
15. Mr lchaka MENTA Cardiologie
16. Mr Souleymane COULIBALY Cardiologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mme KAYA Assétou SOUKHO Médecine Interne
2. Mme Djénébou TRAORE Médecine Interne
3. Mr Djibril SY Médecine Interne
4. Mr ldrissa Ah. CISSE Rhumatologie
5. Mr llo Bella DIALL Cardiologie

6. Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
7. Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
8. Mr Mamadou DlAKITE	Cardiologie
9. Mr Massama KONATE	Cardiologie
10. Mr lbrahim SANGARE	Cardiologie
11. Mr Samiba SIDIBE	Cardiologie
12. Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
13. Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
14. Mme COUMBA Adiaratou LilIam	Cardiologie
15. Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
16. Mme Mariam SAKO	Cardiologie
17. Mr Anselme KONATE	Hépato Gastro-Entérologie
18. Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépato Gastro-Entérologie
19. Mme Hourouma SOW	Hépato Gastro-Entérologie
20. Mme Sanra Deborah SANOGO	Hépato-Gastro-Entérologie
21. Mr Adama Aguissa DICKO	Dermatologie
22. Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
23. Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
24. Mme N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
25. Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
26. Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
27. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
28. Mr Jean Paul DEMMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
29. Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
30. Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
31. Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
32. Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
33. Mr llias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
34. Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
35. Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
36. Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
37. Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
38. Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
39. Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie

40. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY Psychiatrie
41. Mr Seybou HASSANE Neurologie
42. Mr Guida LANDOURE Neurologie
43. Mr Thomas COULIBALY Neurologie
44. Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE Pédiatrie
45. Mr Belco MAIGA Pédiatrie
46. Mme Djéneba KONATE Pédiatrie
47. Mr Fousseyni TRAORE Pédiatrie
48. Mr Karamoko SACKO Pédiatrie
49. Mme Lala N'DIAYE SIDIBE Pédiatrie
50. Mme SOW Djéneba SYLLA Endocrinologie, Maladies Métabolique et Nutrition
51. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE Pneumologie
52. Mme Khadidia OUATTARA Pneumologie
53. M Hamadoun YATTARA Néphrologie
54. Seydou SY Néphrologie
55. Mr Mamadou A.C CISSE Medecine d'urgence

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Mahamadou GUINDO Radiologie et Imagerie Medicale
2. Mr Mamadou N'DIAYE Radiologie et Imagerie Medicale
3. Mme Hawa DIARRA Radiologie et Imagerie Medicale
4. Mr Mamadou DEMBELE Radiologie et Imagerie Medicale
5. Mr Alassane KOUMA Radiologie et Imagerie Medicale
6. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE Radiologie et Imagerie Medicale
7. Mr Boubacar DIALLO Medecine Interne
8. Mr Adama Seydou SISSOKO Neurologie-Neurophysiologie
9. Mme Siritio BERTHE Dermatologie
10. Mr Djigui KEITA Rhumatologie
11. Mr Souleymane SDIBE Medecine de la Famille/ Communautaire
12. Mr Drissa Mansa SIDIBE Medecine de la Famille/ Communautaire
13. Mr Issa Souleymane GOITA Medecine de la Famille/ Communautaire
14. Mr Diakalia Siaka BERTIIE Hématologie
15. Mr Yacouba FOFANA Hématologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Boubacari Ali TOURE Hematologie Clinique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie
2. Mr Hamadoun SANHO Sante Publique, Chef de D.E.R.
3. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO Informatique Medicale
4. Mr Sory Ibrahim DIAWARA Epidémiologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Housseini DOLO Epidémiologie
2. Mr Oumar SANGHO Epidémiologie
3. Mr Cheick Abou COULIBALY Epidémiologie
4. Mr Nouhoum TELLY Epidémiologie
5. Mr Moctar TOUNKARA Epidémiologie
6. Mr Nafomon SOGOBA Epidémiologie
7. Mr Abdourahamane COULIBALY Anthropologie de la Santé
8. Mr Oumar THIERO Biostatistique / Bio-informatique
9. Mr Birama Apho LY Sante Publique

MAITRE ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Ousmane LY Santé Publique
2. Mr Ogobara KODIO Santé Publique
3. Mr Bakary DIARRA Santé Publique
4. Mme Lalla Fatouma TRAORE Santé Publique
5. Mr Mahamadou TOURE Santé Publique
6. Mr Cheick Papa Oumar SANGARE Nutrition
7. Mr Salia KEITA Médecine de la Famille/communautaire
8. Mr Souleymane Sekou DIARRA Epidémiologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHES

1. Mr seydou DIARRA Anthropologie de la Santé
2. Mr Abdourahamane ANNE Bibliothéconomie-Bibliographie
3. Mr Mohamed Mounine TRAORE Santé Communautaire
4. Mme fatoumata KONATE Nutrition et Diététique
5. Mr Ilo DICKO Santé Publique
6. Mme Niélé Hawa DIAWARA Santé Publique
7. Mr Moussa SANGARE Orientation, contrôle des Maladies

8. Mr Mahmoud CISSE Informatique Medicale
9. Mme Djeneba DIARRA Santé de la reproduction

CHARGES DE COURS & ENSEIGNEMENTS VACATAIRES

1. Mr Ousseynou DIAWARA Parodontologie Maitre de Recherche
2. Mr Amsalla NIANG Odonto Préventive et Sociale Chargé de Recherche
3. Mme Daoulata MARIKO Stomatologie
4. Mr Issa COULIBALY Gestion Maître de Conférences
5. Mr Klétigui Casmir DEMBELE Biochimie
6. Mr Bralhima DICKO Médecine Légale Chargé de Recherche
7. Mr Bah TRAORE Endocrinologie
8. Mr Modibo MARIKO Endocrinologie
9. Mme Aminata Hamar TRAORE Endocrinologie
10. Mr Ibrahim NIENTAO Endocrinologie
11. Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE Parodontologie Attaché de Recherche
12. Mme Rokia SANOGO Médecine Traditionnelle Professeur
13. Mr Benoit Y KOUMARE Chimie Générale Professeur
14. Mr Oumar KOITA Chirurgie Buccale
15. Mr Mamadou BA Chirurgie Buccale Maître de Recherche
16. Mr Baba DIALLO Epidémiologie Maître de Recherche
17. Mr Manmadou WELE Biochimie Professeur
18. Mr Djibril Mamadou COULIBALY Biochimie Maitre de Conférences
19. Mr Tietie BISSAN Biochimie
20. Mr Kassoum KAYENTAO Méthodologie de la recherche Directeur de Recherche
21. Mr Babou BAH Anatomie
22. Mr Zana Lamissa SANOGO Ethique-Déontologie
23. Mr Lamine DIAKITE Médecine de travail
24. Mme Mariame KOUMARE Médecine de travail
25. Mr Yaya TOGO Économie de la santé
26. Mr Madani LY Oncologie
27. Mr Abdoulaye KANTE Anatomie
28. Mr Nicolas GUINDO Anglais
29. Mr Toumaniba TRAORE Anglais

30. Mr Kassoum BARRY	Médecine Communautaire
31. Mr Blaise DACKOUO	Chimie organique
32. Mr Madani MARICO	Chimie Générale
33. Mr Lamine TRAORE	PAP/ PC
34. Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
35. Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie legale
36. Mr Abdrahamane A. N CISSE	ODE
37. MrSouleymane SISSOKO	PAP/ PC/lmplantologie
38. Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
39. Mr Morodian DIALLO	Physique
40. Mr lbralhim Sory PAMANTA	Rhumatologie
41. Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
42. Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
43. Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
44. Mr lbrathima FAlLL.	OCE
45. Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
46. Mr Abdoul Karim TOGO	OCE

ENSEIGNANT EN MISSION

Bamako, le /10/ 12 /2024

Le Secrétaire Principal

Dr Monzon TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicaces

En tout premier lieu ; je rends grâce à ALLAH le tout puissant, le tout miséricordieux, et le très miséricordieux de m'avoir donné la force et le courage pour mener à bien ce travail et pour m'avoir fait voir ce jour si important.

Qu'ALLAH guide encore mes pas vers le droit chemin .

A mon père Dramane Diarra

Ce travail est dédié pour toi cher père, tu m'as toujours poussé et motivé dans mes études, tu as su m'inculper le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi. Tes conseils m'ont toujours guidé vers la réussite. Tes patiences, tes encouragements, et tes sacrifices sont pour moi le soutien indispensable.

C'est l'occasion pour moi de te remercier pour le soutien moral et matériel que tu m'as apporté au cours de ces longues années d'études. Tu as fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Que DIEU te garde longtemps auprès de tes chers enfants afin que tu puisses gouter aux fruits de ton dur labeur.

A ma mère Mariam Thiam

Toi ma mère qui a accepté de tout donner pour le bonheur de tes enfants, tu as été pour moi un exemple de vie, tu m'as montré le bon chemin et tu as été là pour moi à chaque instant, tu m'as appris à me battre et me donner corps et âme pour réaliser ce travail. Aujourd'hui tu peux être fier de toi-même car ce travail est aussi le tien, je ne saurai te remercier assez.

Puisse ALLAH t'accorde une longue vie.

A la mémoire de ma grande sœur : Feu Wassa Diarra

Chère bien aimée, j'aurai tant aimé que tu sois là pour voir s'accomplir le couronnement de mes dures années de sacrifices mais le destin inévitable à décider autrement.

Aucune dédicace ne peut exprimer mon amour et ma gratitude de t'avoir comme grande sœur. Infatigable et compréhensive tu étais, toujours présente lors de mes moments de peine et de joie, une grande sœur qui pouvait tout sacrifier juste pour le bonheur de sa petite sœur,tu avais un cœur en or, je n'oublierai jamais le soutien que tu m'as apporté le long de mes études. Tu as été une seconde mère pour moi, que ce travail soit un hommage que je rends à ta mémoire.

Puisse Dieu tout puissant t'accorde sa clémence, sa miséricorde et t'accueillir dans son saint paradis.

À mes tantes : Assa Thiam et Abi Thiam

Merci pour vos soutiens tout au long de mes études

A mes frères : Omar, Aly, Awa, Adam, Bintou, Alassane, Laou, Soutoura, Aguibou , Aicha

Vous m'avez toujours supporté et soutenu dans les moments de difficultés comme dans les moments de joie. Ce travail est le vôtre.

Puisse ce travail consolide d'avantage le lien de sang qui nous uni.

A ma chère petite nièce : Mariam Diarra

Je te dédie ce travail. Qu'ALLAH te donne une longue vie.

Aux medecins cardiologue du CHU-GT : Pr Ichaka Menta, Pr Bah, Pr Sangaré, Pr Sidibé, Dr Diarra, Dr Camara, Dr Traoré, Dr Dakouo, Dr Sogodogo.

Merci pour la qualité de l'enseignement reçu.

A mes ainés du service de cardiologie : Dr Tahar, Dr tékété, Dr Doumbia, Dr Sagara, Dr Lamine Traoré, Dr Dembélé, Dr Daniel, Dr dramé, Dr poudiougou, Dr Nimaga, Dr Fomba, Dr Coulibaly, Dr Kamaté, Dr Moussa Traoré, Dr Hamidou Diarra, Dr Koné, Dr Tambadou, Dr Niambélé, Dr Kader Traoré, merci infinement.

A mes collègues du service : Banly Doucouré, Nikarel Tresor, Mama Komota, Bakary traoré, Renata, Seydou Sidibé, Daniella, Mariétou Sidibé, Fatoumata sidibé, Nouhoum Coulibaly, Mariam Zebret, Lynda, Ilias

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

Hommage aux membre du jury

À notre Maître et Président du jury.

Pr MENTA ICHAKA

- **Professeur titulaire en cardiologie à la FMOS ;**
- **Spécialiste en cardiologie du sport ;**
- **Chef de service de cardiologie au CHU Gabriel Touré ;**
- **Président de la Société Malienne de Cardiologie (SOMACAR) ;**
- **Membre associé de la société française de cardiologie.**

Cher maitre**,**

Nous sommes honorés malgré vos multiples occupations, accepté de présider ce jury. Votre rigueur scientifique, votre esprit méthodique, votre expérience et votre grande disponibilité forcent respect et incitent à l'admiration. Votre sagesse, votre accueil toujours courtois et affectif, votre humanisme et votre modestie font de vous un maitre admirable.

Veuillez recevoir cher maître toute notre considération et profonde gratitude.

À notre Maître et Directeur de thèse

Pr BA HAMIDOU OUMAR

- **Maître de conférences agrégé en cardiologie à la FMOS ;**
- **Cardiologue et spécialiste en pathologie cardiovasculaire infantile ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- **Membre du collège ouest africain des médecins ;**
- **Membre de la Société Malienne de Cardiologie (SOMACAR).**

Cher maitre,

Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines et votre goût pour le travail bien fait ont marqué notre esprit tout au long de notre formation. Vous avez guidé et suivi ce travail, s'il est accepté, le mérite vous revient entièrement. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance.

À notre Maitre et Co-directeur de thèse,

Professeure Coumba Adiaratou THIAM

- **Maitre de conférences en cardiologie à la FMOS,**
- **Spécialiste de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque,**
- **Praticienne hospitalière au CHU Pr BOCAR SIDY SALL de Kati,**
- **Membre de la SOMACAR**

Cher maitre,

Ce fût un immense plaisir de vous avoir comme membre du jury. Votre abord facile, votre simplicité et votre disponibilité font de vous une femme admirable. Veuillez croire, cher maître, à notre profonde reconnaissance et à notre grande considération.

À notre Maitre et Membre du JURY :

Dr. DAKOUO MARIE RENE

- **Spécialiste en pathologie cardiovasculaire ;**
- **Chargé de recherche à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- **Membre de la SOMACAR.**

Cher maitre,

Votre accessibilité et votre humilité font de vous un maitre exemplaire.

Nous vous remercions pour l'honneur accordé.

Table des matières

1. Introduction 1
2. Objectifs 3
2.1. Objectif général : 3
2.2. Objectifs spécifiques : 3
3. Généralités 5
3.1. Définition 5
3.2. Méthodes d'évaluation 5
3.3. Déterminants de l'observance 9
3.4. Conséquences de la non-observance 12
4. Méthodologie 14
4.1. Type d'étude 14
4.2. Population d'étude : 14
4.3. Critères d'inclusion 14
4.4. Critères de non-inclusion 14
4.5. Méthodes de collecte des données 14
4.6. Analyse des données 14
4.7. Aspects éthiques et réglementaires : 14
5. Résultats 17
5.1. Données sociodémographiques 17
5.2. Facteurs de Risque Cardio-vasculaires 20
5.1. Diagnostic 21
5.2. Prise en charge 21
6. Discussion 36
6.1. Aspects socio-démographiques : 36
6.2. Les FDRCV 36
6.3. Observance thérapeutique 36
7. Conclusion 42
8. Recommandations 44
9. Références 46
10. Annexes 52

Liste des figures

Figure 1 : **Répartition selon l'âge des patients** 17
Figure 2 : Répartition selon le sexe des patients 17
Figure 3 : Répartition selon la profession des patients.....18
Figure 4 : Répartition selon Le statut des patients 18
Figure 5 : Répartition selon Le niveau d'étude des patients.....19
Figure 6 : Répartition selon le niveau d'étude de l'entourage des patients.....19
Figure 7 : Répartition selon le niveau socio-économique des patients.....20
Figure 8 : Répartition selon le Nombre de molécules journalier des patients 21
Figure 9 : Répartition selon la périodicité du contrôle des patients.....22
Figure 10 : Répartition selon le Type de soins des patients 22

Liste des tableaux :

Tableau I : **Test d'évaluation de l'observance thérapeutique selon Girerd** [18].....7
Tableau II : Test d'évaluation de l'observance thérapeutique selon Morisky [22].....8
Tableau III : Répartition selon les Facteurs de risque des patients.....20
Tableau IV : Répartition selon le diagnostic.....21
Tableau V : Réponses de nos patients au questionnaire de MORISKY GREEN.....23
Tableau VI : Répartition du taux d'observance selon l'échelle de Morisky.....24
Tableau VII : Répartition de l'observance en fonction du sexe (Morisky).....24
Tableau VIII : Répartition de l'observance en fonction de la tranche d'âge (selon Morisky Green).....24
Tableau IX : Observance thérapeutique en fonction de la profession (selon Morisky Green).....25
Tableau X : Répartition de l'observance selon le statut matrimonial (Morisky Green).25
Tableau XI : Répartition de l'observance en fonction du niveau d'étude (Morisky Green) :.....25
Tableau XII : Répartition de l'observance en fonction de la résidence (Morisky).....26
Tableau XIII : Répartition de l'observance en fonction du revenu mensuel.....26
Tableau XIV : Répartition de l'observance en fonction du nombre de molécules (selon Morisky Green).....27
Tableau XV : Répartition en fonction du nombre de prise journalière (selon Morisky Green).....27
Tableau XVI : Répartition en fonction du nombre de la périodicité du contrôle (selon Morisky Green).....27
Tableau XVII : Répartition en fonction de celui en charge des couts (selon Morisky Green).....28
Tableau XVIII : Réponses de nos patients au questionnaire de GIRERD Xavier.....28
Tableau XIX : Répartition du taux d'observance selon l'échelle de Girerd.....29
Tableau XX : Répartition de l'observance en fonction du sexe (selon Girerd Xavier)...29
Tableau XXI : Répartition de l'observance en fonction de la tranche d'âge (selon Girerd Xavier).....29
Tableau XXII : Observance thérapeutique en fonction de la profession (selon Girerd Xavier).....30
Tableau XXIII : Répartition de l'observance selon le statut matrimonial (selon Girerd Xavier).....30
Tableau XXIV : Répartition de l'observance en fonction du niveau d'étude (selon Girerd Xavier).....31
Tableau XXV : Répartition de l'observance en fonction du revenu mensuel (selon Girerd Xavier).....31
Tableau XXVI : Répartition de l'observance en fonction du nombre de molécules (selon Girerd Xavier).....32
Tableau XXVII : Répartition en fonction du nombre de prise journalière (selon Girerd Xavier).....32

Tableau XXVIII : Répartition en fonction du nombre de la périodicité du contrôle (selon Girerd Xavier).....33
Tableau XXIX : Répartition en fonction de celui en charge des couts (selon Girerd Xavier).....33

Liste des abréviations

AAP : Antiagrégants plaquettaires

ACFA : Arythmie complète par fibrillation auriculaire

ADO : Antidiabétiques oraux

AOD : Anticoagulants oraux

ARA II : Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II

AVCH : Accident vasculaire cérébrale hémorragique

AVCI : Accident vasculaire cérébrale ischémique

BB : Bétabloquant

CMD : Cardiomyopathie dilatée

CMPP : Cardiomyopathie du péri-partum

EP : Embolie pulmonaire

HTA : Hypertension artérielle

IAo : Insuffisance aortique

IC : Inhibiteur calcique

IEC : Inhibiteur de l'enzyme de conversion

IM : Insuffisance mitrale

IPP : Inhibiteur de la pompe à protons

IR : Insuffisance rénale

OAP : Œdème aigu du poumon

RM : Rétrécissement mitrale

TVP : Thrombose veineuse profonde

INTRODUCTION

1. Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'observance est « la mesure dans laquelle le Comportement d'une personne (prise de médicaments, régime alimentaire et/ou modification du mode de vie) respecte les recommandations convenues avec un professionnel de santé » [1]. Elle peut également se définir comme le degré de concordance thérapeutique entre le comportement du patient avec la prescription ou les recommandations médicales ceci en termes de prise de médicaments ; de suivi du régime ou de changement du style de vie [2]. C'est un facteur primordial pour diminuer le nombre de personnes atteints de maladies cardiovasculaires. Le concept d'observance thérapeutique se définit comme la capacité à prendre correctement son traitement c'est-à-dire tel qu'il est prescrit par le médecin. Haynes le définit comme le degré de respect ou d'écart entre les prescriptions et les pratiques du patient en termes de santé [3]. Pour Morris et Schultz, l'observance thérapeutique est le degré avec lequel le patient suit les prescriptions médicales concernant le régime prescrit, l'exercice ou la prise de médicaments [4]. Plusieurs études ont été, menées pour évaluer le niveau d'observance thérapeutique des patients hypertendus. La prévalence de l'observance différait selon des pathologies graves mais ne semblait pas dépasser 80% même pour les maladies graves [5].

Plusieurs études ont été menées pour évaluer le niveau d'observance thérapeutique des patients hypertendus. Girerd Xavier et al. En France trouvaient 8% de mauvaise observance, 53% avec un minime problème d'observance et 39 %avec une bonne observance dans une population d'hypertendus suivis en milieu spécialisé [6].

En Afrique, au Maroc une étude réalisée au service de consultation externe de cardiologie du CHU-Mohammed VI trouvait que 65.5% des patients avaient des difficultés à observer correctement leur traitement (16.5% ayant des problèmes minimes d'observance et 49% étaient de mauvais observant). Seuls 34.5% avaient une bonne observance [7]. Kama I et al au Congo rapportaient dans une étude réalisée en unité de consultation externe de cardiologie de trois hôpitaux du Congo une bonne observance chez 32.5% des patients, un minime problème d'observance dans 46.2 et une mauvaise observance chez 32.5% des patients [8]. Koffi et al. en côte d'ivoire trouvaient que 60 de patients avaient les difficultés à prendre correctement leur traitement, 25% avaient des difficultés à observer leur traitement et 15% observaient correctement leur traitement [9]. Au Sénégal A. Gangue en 2018 trouvait 9.1% de mauvaise observance, 45.5% de minimes problèmes d'observance et 45.5% de bonne observance chez les patients hypertendus suivis à l'hôpital de Grand Yoff et M. Fall [10] trouvait 26.5% de non observant chez des sujets hypertendus de la ville de Touba [11].

De rares données sur l'observance thérapeutique au service de cardiologie du CHU-GT au Mali c'est pourquoi il nous est paru opportun d'évaluer l'observance thérapeutique dans le service de cardiologie du centre hospitalier et universitaire Gabriel – Touré.

2. Objectifs

2.1. Objectif général :

Étudier l'observance thérapeutique dans le service de cardiologie du CHU-GT.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la proportion de patients non observants dans le service de cardiologie du CHU-GT selon Girerd Xavier.
- Déterminer la proportion de patients non observants dans le service de cardiologie du CHU-GT selon Morisky Green.
- Décrire les facteurs qui influencent l'observance thérapeutique dans le service de cardiologie du CHU-GT.

GÉNÉRALITÉS

3. Généralités

3.1. Définition

L'observance thérapeutique se définit comme la bonne concordance entre les prescriptions et recommandations du comportement du patient [12].

Il est classique de distinguer 3 composantes à cette observance :

– L'observance médicamenteuse correspond au suivi rigoureux de la prescription médicamenteuse. Elle étudie à la fois le respect de la posologie prescrite, de l'horaire de prise, de la durée de traitement ainsi que des différentes consignes données par le médecin.

– L'observance des règles hygiéno-diététiques, plus mal évaluée, reflète le suivi des changements de mode de vie et de régime alimentaire proposés par le médecin.

– L'observance du suivi médical, enfin, correspond au respect des rendez-vous de consultation programmées et des prescriptions d'examens complémentaires [12].

3.2. Méthodes d'évaluation

3.2.1. Méthodes directes

3.2.1.1. Dosage biologique des médicaments :

La mesure des concentrations sanguines ou urinaires du produit administré : cette méthode est coûteuse, pas possible pour tous les médicaments mais permet de s'assurer que le médicament a été pris. Toutefois, les variations interindividuelles du métabolisme des médicaments ne permettent pas de s'assurer avec fiabilité des prises médicamenteuses et de leur chronologie [13]. Tous les antihypertenseurs ne se dosent pas. À ce jour, les dosages de certains bêtabloquants, IEC, sartans, inhibiteurs calciques et alpha bloquants se pratiquent à partir d'un échantillon sanguin alors que les diurétiques sont dosés à partir de recueils urinaires, idéalement de 24-48 heures [14].

3.2.1.2. Utilisations de marqueurs

Aux dosages plasmatiques et urinaires du médicament, on peut aussi substituer la mise en évidence dans le sang et les urines d'un marqueur intégré au médicament. Les marqueurs biologiques sont non toxiques, stables et facilement détectables. Ils n'entraînent pas de modifications de concentrations et les médicaments gardent les mêmes propriétés [14].

3.2.1.3. Mesure de l'effet biologique du traitement

Certains médicaments entraînent des modifications biologiques caractéristiques qui peuvent être mesurées. Les deux exemples les plus connus sont l'International Normalised ratio (INR) et l'hémoglobine glyquée (HbA1c). Il existe également une grande variabilité métabolique intra-individuelle notamment au niveau diététique. Une alimentation riche en glucides les mois précédents le dosage de l'HbA1c va contribuer à une augmentation de cette dernière sans que

L'observance du traitement ne soit mauvaise. De la même façon une alimentation riche en vitamine K les jours précédents le dosage de l'INR va diminuer ce dernier malgré la bonne prise des anticoagulants [15].

3.2.1.4. L'observation directe : « Directly Observed Therapy » (DOT)

L'observation directe consiste à surveiller la prise effective des médicaments selon la posologie et les modalités de prise. Cette méthode est très utilisée dans l'étude de la tuberculose. Elle peut être considérée comme un outil efficace pour améliorer l'observance. Elle nécessite le consentement des malades et pour des raisons pratiques [14]. Possibilité de dissimulation Inapplicable dans la plupart des situations de la vie quotidienne [16].

3.2.2. Méthodes indirectes

3.2.2.1. L'interrogatoire et le questionnaire

L'interrogatoire du patient, informel ou à l'aide d'un questionnaire structuré est couramment utilisé. Les demandes portent sur la réalité des prise, leurs horaires, la fréquence des oublis. Des questions plus indirectes estiment les difficultés que le malade ressent pour adhérer au traitement, le bénéfice ou les effets indésirables qu'il en ressent, sa volonté de le poursuivre ou de l'interrompre en fonction de son état de santé perçu, les facteurs gênant la pris. Il est souvent utile de recueillir l'avis de l'entourage proche [13]. Les biais sont cependant plus nombreux qu'avec les méthodes directes (biais de déclaration, biais de, biais de mémorisation).

Plusieurs échelles de mesure standardisées existent pour évaluer l'observance mais également certains aspects de l'adhésion thérapeutique.

3.2.2.2. Échelle de Girerd ou Test d'évaluation de l'observance (TEO)

Le questionnaire de Girerd crée en 2001, initialement pour évaluer l'observance dans l 'hypertension artérielle en milieu hospitalier. Six questions ont généralisé à l'ensemble des pathologies chroniques. Cette méthode d'évaluation est intéressante car elle est simple, efficace, intégrée à la relation de soin [13]. Elle évalue les attitudes face à la maladie et au traitement. Elle est non coûteuse, non coercitive et non formelle [13]. Cependant, c'est une méthode de faible fiabilité car elle risque de surestimer l'observance, la qualité des réponses étant influencée par la capacité à reconnaitre ses affects [13]. On peut enfin mettre en évidence un biais de mémorisation et de déclaration entrainant une surestimation de l'observance. Certains patients peuvent avoir oublié qu'ils ont mal pris leur traitement ou peuvent ne pas reconnaitre des difficultés de prise ou des oublis [17].

Tableau I : **Test d'évaluation de l'observance thérapeutique selon Girerd** [18]

Test d'évaluation de l'observance	Oui	Non
1.Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?		
2.Dépuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?		
3.Vous est-il arrivé de prendre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?		
4.Vvous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?		
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 ?		
6.Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?		
Total des oui :		
Interprétations du test : Total des oui= 0 bonne observance Total des oui=1 ou 2 Minime problème d'observance Total des oui ≥ 3 Mauvaise observance		

3.2.2.3. Morisky Médication Adherence Scale (MMAS)

L'échelle d'observance des médicaments de Morisky est un outil d'évaluation validé utilisé pour mesurer la non-observance dans une variété de populations de patients. L'outil utilise une série de courtes questions comportementales conçues de manière à éviter le biais du « ouï-dire » couramment observé avec les soins chroniques les patients L'échelle d'observance des Médicaments de Morisky, qui était au départ un questionnaire en quatre points, a depuis été élargie en une enquête structurée en huit questions [19]. Bien que l'échelle d'observance des Médicaments Morisky ait été largement acceptée dans les milieux cliniques, son utilisation présente certains avantages et inconvénients. L'avantage de l'outil d'évaluation réside Principalement dans sa rentabilité et sa facilité d'utilisation. Semblable à d'autres méthodes D'autoévaluation, l'échelle d'observance des médicaments de Morisky peut être sujette à une foule de facteurs de confusion tels que le biais de rappel .[19,20]

3.2.2.4. Brief Médication Questionnaire (BMQ)

Brief Médication Questionnaire (BMQ) est un outil d'auto-évaluation pour le dépistage de l'observance et des obstacles à l'observance. L'outil comprend onze items : cinq items sur le Traitement lui-même, deux sur les croyances, deux sur le rappel et deux sur l'accessibilité [21].

Tableau II : Test d'évaluation de l'observance thérapeutique selon Morisky [22]

Veuillez répondre à chaque question ci-dessous en **cochant** la case qui correspond le mieux à votre réponse.

1. Vous arrive-t-il d'oublier de prendre le médicament prescrit pour votre ostéoporose (c'est-à-dire autre que le calcium et la vitamine D) ?	☐[0] Oui	☐[1] Non
2. Il arrive que des personnes ne prennent pas leur médicament pour d'autres raisons qu'un simple oubli. En repensant aux quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de ne pas prendre votre médicament pour l'ostéoporose ?	☐[0] Oui	☐[1] Non
3. Vous est-il déjà arrivé de diminuer ou d'arrêter la prise de votre médicament pour l'ostéoporose sans en informer votre médecin, parce que vous vous sentiez plus mal quand vous le preniez ?	☐[0] Oui	☐[1] Non
4. Lorsque vous voyagez ou quittez votre domicile, vous arrive-t-il d'oublier d'emporter votre médicament pour l'ostéoporose ?	☐[0] Oui	☐[1] Non
5. Avez-vous pris votre médicament pour l'ostéoporose la dernière fois que vous étiez censé(e) le prendre ?	☐[0] Oui	☐[1] Non
6. Si vous avez l'impression que votre médicament pour l'ostéoporose n'est pas efficace, vous arrive-t-il d'arrêter de le prendre ?	☐[0] Oui	☐[1] Non
7. Pour certaines personnes, prendre le médicament exactement de la façon prescrite n'est vraiment pas pratique. Vous arrive-t-il parfois d'être ennuyé(e) par le fait de devoir suivre votre plan de traitement de l'ostéoporose ?	☐[0] Oui	☐[1] Non
8. À quelle fréquence avez-vous du mal à vous souvenir de prendre tous vos médicaments ? ☐[4] Jamais/Rarement ☐[3] De temps en temps ☐[2] Parfois ☐[1] Souvent ☐[0] Tout le temps		

3.2.2.5. Décompte des comprimés restants

Les patients doivent ramener leur traitement lors de leur visite médicale. Un membre de l'équipe médicale comptabilise le nombre de pilules ou de gélules restant et évalue ainsi l'observance en considérant qu'une pilule ou gélule manquante correspond à une pilule ou gélule absorbée [22].

Facile à réaliser et peu couteuse cette méthode comporte de nombreux biais qui la rendent peu précise en pratique courante. Le patient ne doit pas oublier de ramener ses boîtes de comprimés [16]. La méthode ne garantit pas que les comprimés achetés aient été pris et ne reflète pas les variations de prises journalières [16].

3.2.2.6. Les piluliers électroniques

Ces piluliers enregistrent chaque prise et son horaire. Ils sont chers et ne sont pas d'usage courant.

En outre, il y'a possibilité de dissimulation secondaire [16]. Il existe deux systèmes disponibles : MEMS (Medication Event Monitoring System, Aprex Corporation Union City, Californie) et eDEM monitor (AARDEX Corporation, Palo Alto, Californie) [14]. Les piluliers sont constitués de bouchons électroniques qui affichent l'heure et la date de dernière prise. Ce système permet d'apprécier le rythme quotidien de prise mais ne peut permettre d'affirmer la prise effective par le patient. Il reste difficile à intégrer dans le mode de vie du patient et est très coûteux [14].

3.2.2.7. Renouvellements des ordonnances

Cette méthode permet d'obtenir les informations concernant le nombre et la fréquence de Médicaments obtenus par le patient à l'aide des données de renouvellements d'ordonnance Provenant des dossiers de pharmacie ou des banques de données administratives [23]. Cette méthode suppose néanmoins que le patient se fournisse toujours dans la même pharmacie et ne garantit pas que le patient ait pris réellement ses comprimés.

3.3. Déterminants de l'observance

3.3.1. Déterminants liés au patient

3.3.1.1. Age

L'impact de l'âge sur l'observance aux traitements est documenté. Certaines études montrent que les âges extrêmes, les plus jeunes et les plus vieux, sont décrits comme étant à plus fort risque de non-observance. Il serait cependant hasardeux de déterminer les limites d'âge permettant de pronostiquer systématiquement des critères de meilleure observance [23]. La problématique est particulièrement grave et fréquente chez le sujet vieillissant en raison des particularités de la pharmacothérapie dans ce groupe d'âge : poly médication, performance diminuée des processus d'élimination ou de métabolisation des médicaments, répercussions plus marquées liées à des erreurs thérapeutiques [24].

3.3.1.2. Sexe

Les femmes sont en moyennes moins observantes que les hommes [25]. Cependant la grande Majorité des études ne retrouvent aucun lien entre la qualité de l'observance thérapeutique et le sexe des patients [19].

3.3.1.3. Niveau socio-économique

Le facteur « statut socio-économique », apparaît être un indicateur de variation de l'observance, les conditions de vie de la personne, ressources financières, conditions de logement, environnement familial, social, peuvent avoir des répercussions sur le suivi des traitements [26,27]. Plusieurs études réalisées en Afrique montraient une relation entre le niveau socio-Économique et le niveau d'observance thérapeutique [26,28]; la mauvaise observance étant souvent liée à un bas niveau socioéconomique [29].

3.3.2. Déterminants liés aux traitements

3.3.2.1. Schéma thérapeutique

La simplicité du schéma posologique joue, par ailleurs, un rôle déterminant. Le traitement complexe, le nombre important de comprimés à prendre sur une journée avec des horaires de prise stricts, peuvent influencer l'observance ; ceci même pour des molécules bien tolérées [30]. Plusieurs essais cliniques ont démontré une meilleure observance à un traitement en une prise ou deux, par rapport à un traitement nécessitant trois, voire quatre prises quotidiennes [31,32]. Il a été montré que les prescriptions de plusieurs médicaments étaient associées à un risque plus élevé de non-observance [33].

3.3.2.2. Effets secondaires

Les manifestations indésirables du traitement constituent un des principaux obstacles à la bonne adhésion. Plus ces effets secondaires sont fréquents et/ou sévères, moins le patient sera observant [22,30].

3.3.2.3. Efficacité du traitement

Le rôle de l'efficacité du traitement est complexe. En effet, il peut s'agir de l'efficacité ressentie par le patient, de l'efficacité perçue par le médecin ou encore de la normalisation biologique. Ces différentes modalités de perception divergent bien souvent. L'efficacité ressentie par le patient à une grande influence sur l'observance du traitement. Elle peut la renforcer comme la diminuer : un patient se jugeant guéri, peut tenter d'arrêter par lui-même son traitement. D'ailleurs, les patients évoquent souvent l'amélioration clinique comme excuse face à un rendez-vous manqué [34]. Cette dernière peut donc représenter un facteur de mauvaise observance, au contraire, un patient ne percevant pas d'amélioration peut interrompre un traitement qu'il estime inefficace, enfin, dans les maladies chroniques, les périodes de rémission clinique incitent le patient qui se trouve asymptomatique, à arrêter son traitement. À l'inverse, la perception du risque de rechute améliore l'observance [35].

3.3.2.4. Durée du traitement

Selon Evans et Spelman, les études sur le rôle de la durée du traitement dans l'observance donnent des résultats contradictoires [36]. Cependant la majorité des auteurs estiment que l'observance diminue avec la durée du traitement [37].

3.3.3. Déterminant liés aux prescripteurs

3.3.3.1. Relation médecin-patient

La relation médecin-malade participe à l'élaboration, la mise en place et le suivi de la thérapeutique. L'acte de prescrire est un acte relationnel et la qualité de la relation va Indiscutablement influencer l'observance thérapeutique. Diverses études ont démontré toute L'importance de la confiance que le patient place dans son thérapeute sur l'adhésion ultérieure au traitement [37]. Certaines attitudes des médecins sont reconnues pour faciliter l'observance comme l'écoute de son patient, l'apport d'une bonne information avec notamment une explication de la prescription, l'entretien d'une bonne relation, la mise en place d'un projet de soin, la formation médicale continue et la surveillance de l'efficacité du traitement [38,39].

3.3.3.2. Convictions

L'adhésion des médecins et des soignants au traitement qu'ils proposent et qu'ils suivent est une condition importante de l'adhésion thérapeutique des patients. Le doute, la réticence ou la méconnaissance du prescripteur peuvent amener soit un retard au traitement, soit un suivi Inapproprié et pas assez vigilant [27,40].

3.3.4. Déterminants liés à la maladie

Les caractéristiques de la maladie peuvent également influencer l'observance thérapeutique. L'adhésion au traitement sera meilleure si le patient peut en vérifier immédiatement les effets bénéfiques (grâce à la disparition des douleurs en cas de pathologie algique, par exemple) que si la maladie est asymptomatique ou seulement pauci symptomatique (problématique rencontrée avec les antihypertenseurs ou les hypolipidémiants, par exemple) [37]. Par contre, la durée du traitement joue certainement un rôle important et la prise en charge d'une maladie chronique est beaucoup plus difficile à assurer par les patients pour deux raisons essentielles :

- une lassitude bien compréhensible face à la prise au long cours d'un ou plusieurs médicaments quotidiennement, conduisant à un défaut de « persistance » ;
- un manque de perception de l'impact bénéfique du traitement, dont les effets positifs ne se marqueront qu'avec retard alors que les contraintes (voire les éventuelles manifestations indésirables) sont immédiates [37].

3.4. Conséquences de la non-observance

La non-observance thérapeutique peut être responsable de multiples complications, comme cela a été démontré dans divers domaines de la médecine, dont celui des maladies cardio-vasculaires [41]. Si la non-observance thérapeutique peut avoir des conséquences dramatiques pour le patient, il ne faut pas négliger l'impact considérable qu'elle peut aussi avoir sur le plan pharmaco-économique. Pour des pathologies comme le diabète, l'hypertension artérielle et L'hypercholestérolémie, il a été montré qu'une bonne adhésion au traitement pharmacologique était associée à une réduction significative des hospitalisations et, dès lors, directement impliquée dans une réduction des coûts des soins de santé [41]. De même, la non-observance thérapeutique a été identifiée comme une cause importante de rechutes et de ré hospitalisations. Selon une enquête américaine, 1 sujet âgé sur 10 est hospitalisé pour non-observance du traitement prescrit, ce qui a, de toute évidence, des répercussions majeures en termes de santé publique [42]. Enfin, il faut encore ajouter le coût, sans doute considérable, des médicaments achetés, mais non utilisés ou utilisés de façon non optimale [38].

MÉTHODOLOGIE

4. Méthodologie

4.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive auprès de 300 patients, du 1er septembre 2024 au 30 Novembre 2024.

4.2. Population d'étude :

Le recrutement des participants a été effectué à partir des consultations pour diverses pathologies dans le service de cardiologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Gabriel Touré.

4.3. Critères d'inclusion

Les patients âgés de 18 ans au moins

Vus en consultation dans le service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré et

Ayant accepté de participer à l'étude de façon volontaire

4.4. Critères de non-inclusion

Patients qui inaptes à répondre au questionnaire.

Patients n'ayant pas accepté d'adhérer à l'étude.

4.5. Méthodes de collecte des données

Nos données ont été obtenus à travers le questionnaire de Morisky Green et Girerd Xavier.

Les paramètres retenus étaient les suivants :

- **Paramètres sociodémographiques :**

- Age
- Sexe
- Statut matrimonial
- Niveau intellectuel
- Profession

- **Aspects Thérapeutiques :**

Les patients étaient questionnés sur : traitement reçu, type du traitement monothérapie, bithérapie, trithérapie ou plus, nombre de médicaments pris par jour, traitement de comorbidités et nombre de contrôle.

4.6. Analyse des données

Les données recueillies ont été saisies, enregistrées et analysées avec le logiciel de statistiques IBM SPSS version 23.

4.7. Aspects éthiques et réglementaires :

Tous les patients ont été informés sur l'objectif et le caractère volontaire et confidentiel de l'étude et sans que cela ne puisse affecter leur prise en charge en cas de refus d'y participer.

Le recueil des données a été exécuté en respectant l'anonymat et le consentement éclairé des patients ainsi que la confidentialité des informations collectées.

RESULTATS

5. Résultats

La taille de notre échantillon était de 300 patients, avec une moyenne d'âge de 54,81 ans avec des âges extrêmes allant de 18 ans à 86 ans. Notre série avait 221 femmes pour 79 les hommes soit un pourcentage respectif de 73,7 % contre 26,3%.

La majorité de nos patients (174 cas) ne bénéficiaient pas d'une couverture sociale, soit 58% de la population totale contre 126 cas ayant une couverture sociale soit 42%. Dans notre échantillon 270 patients résidaient en ville soit 90% et contre 30 patients en rurale soit 10%.

5.1. Données sociodémographiques

5.1.1. L'âge

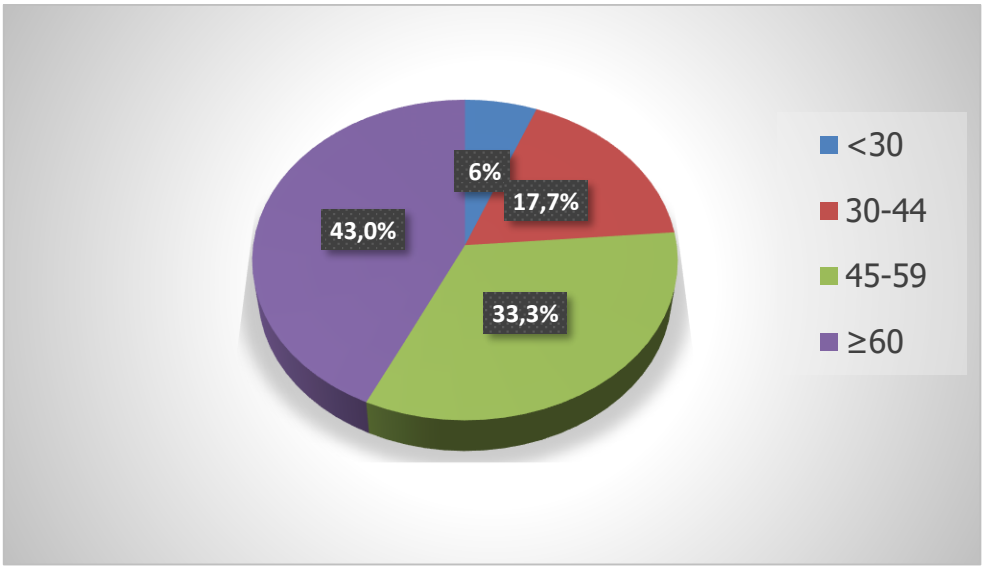

Figure 1 : **Répartition selon l'âge des patients**

La tranche d'âge prédominante était les plus de 60 ans chez les patients avec 43%.

5.1.2. Le sexe

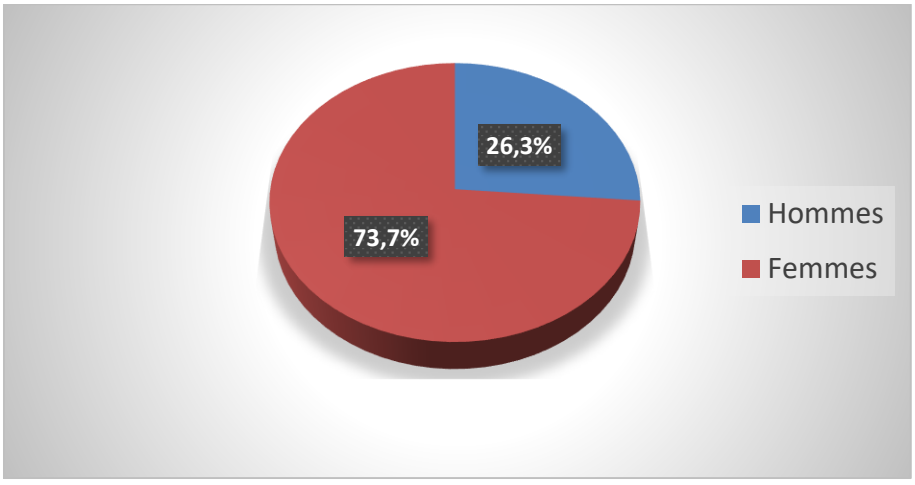

Figure 2 : Répartition selon le sexe des patients

Dans notre étude, la majorité de nos patients était des femmes avec un pourcentage de 73.7%.

5.1.3. La profession

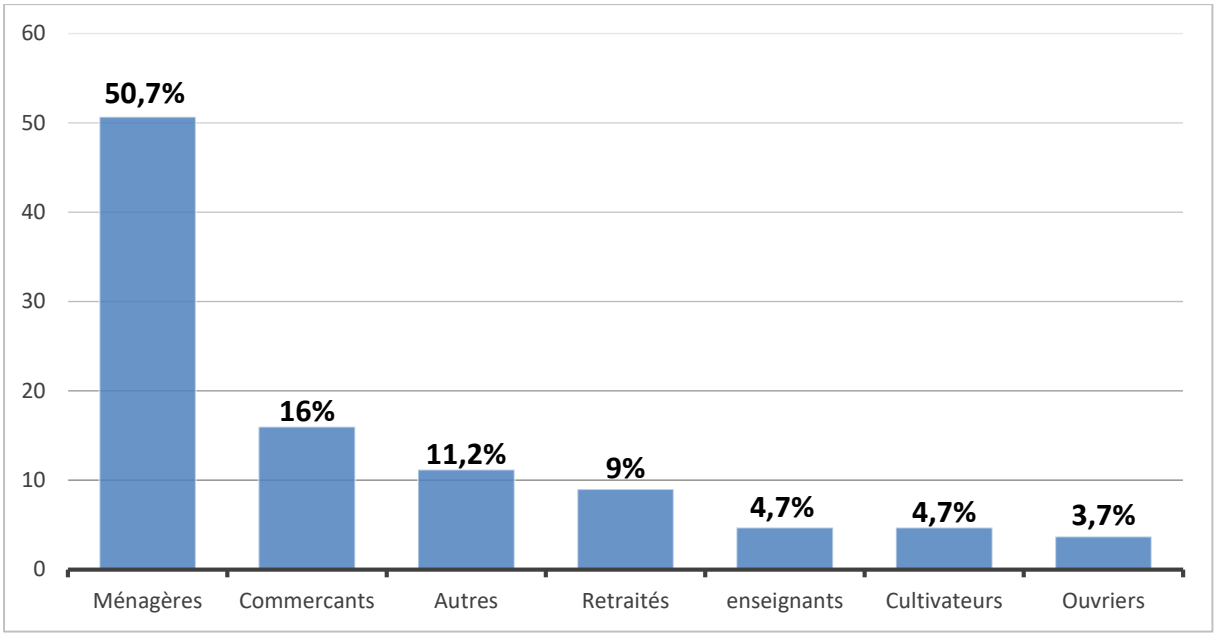

Figure 3 : Répartition selon la profession des patients

Les femmes au foyer et les commerçants représentaient respectivement 50.7 et 16.0 % des patients.

5.1.4. Statut matrimonial

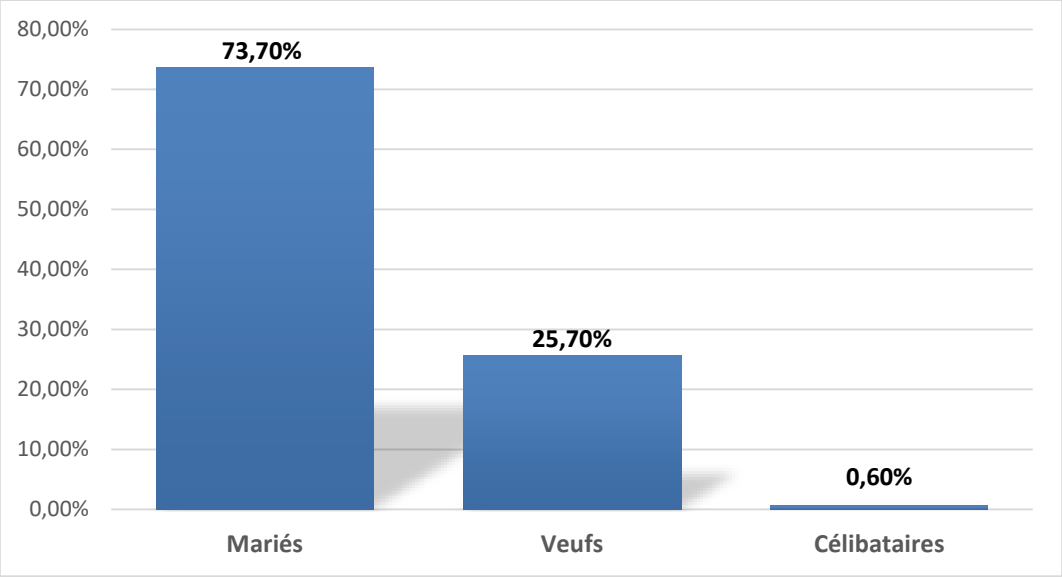

Figure 4 : Répartition selon Le statut des patients

Les mariés et les veufs étaient respectivement retrouvé dans 73.7% et 25.7%.

5.1.5. Niveau d'étude du patient

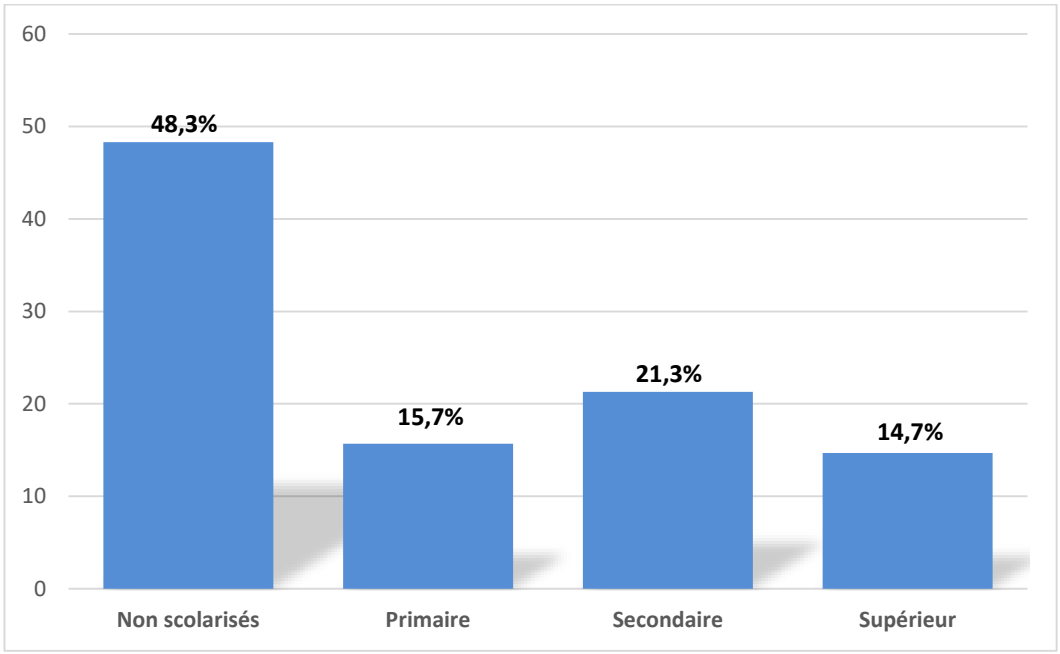

Figure 5 : Répartition selon Le niveau d'étude des patients

Les patients non scolarisés étaient prédominant avec 48,3%, suivi des patients ayant un niveau du secondaire avec 21,3 %.

5.1.6. Niveau d'étude de l'entourage

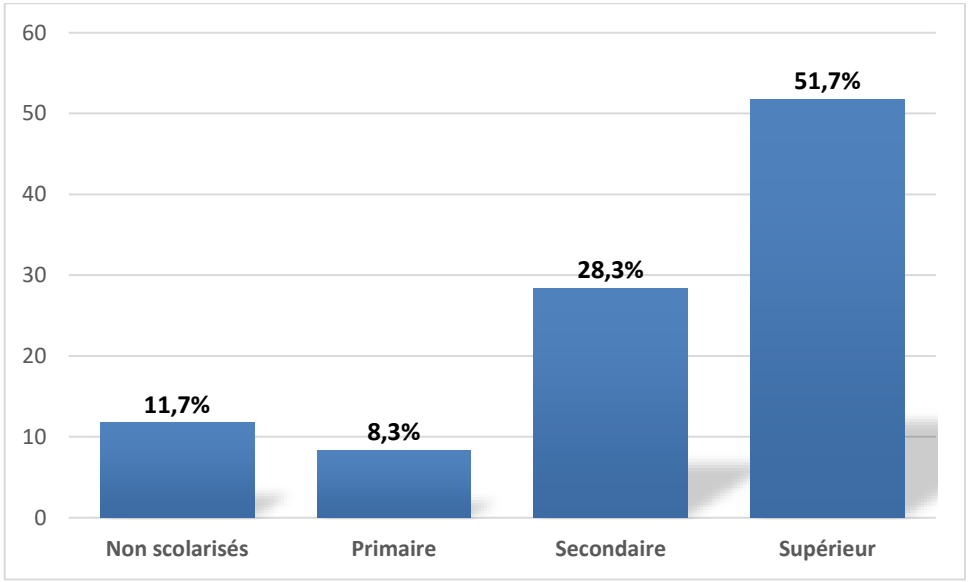

Figure 6 : Répartition selon le niveau d'étude de l'entourage des patients

L'entourage des patients avait un niveau supérieur dans 51,7 % des cas.

5.1.7. Niveau socio-économique :

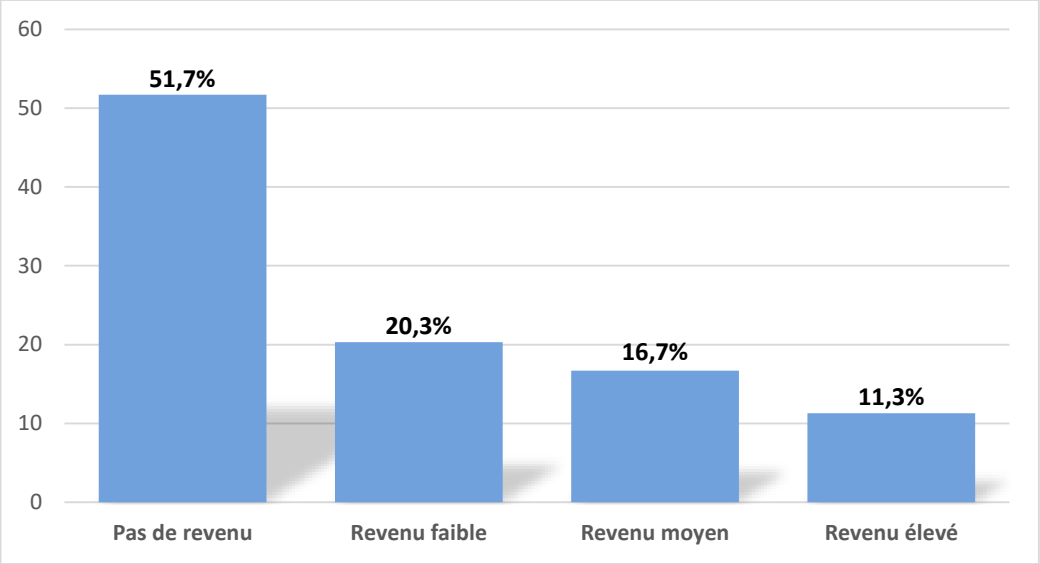

Figure 7 : Répartition selon le niveau socio-économique des patients

51,7% de nos patients n'avaient pas de revenu, 20,3 % avait un revenu faible, suivi par le revenu moyen (16,7%) et enfin le revenu élevé (11,3%) chez la population totale.

5.2. Facteurs de Risque Cardio-vasculaires

Tableau III : Répartition selon les Facteurs de risque des patients

Facteur	Effectif	Pourcentage
Age	173	43%
HTA	121	40.0%
Ménopause	2	7.0%
Sédentarité	1	3.0%
Tabac	1	3.0%
Dyslipidémie	1	3.0%
Obésité	1	3.0%
Total	300	100%

Les FDRCV étaient dominés par l'âge avec 43.0%.

5.1. Diagnostic

Tableau IV : Répartition selon le diagnostic

Diagnostics	Effectifs	Pourcentages
HTA	222	74%
CMD	30	10%
IDM	19	6,3%
CMPP	9	3%
Autres	20	6,67%
Total	300	100%

Le diagnostic le plus représenté était HTA avec 74 %suivit de CMD avec 10%.

5.2. Prise en charge

5.2.1. Nombre de molécules

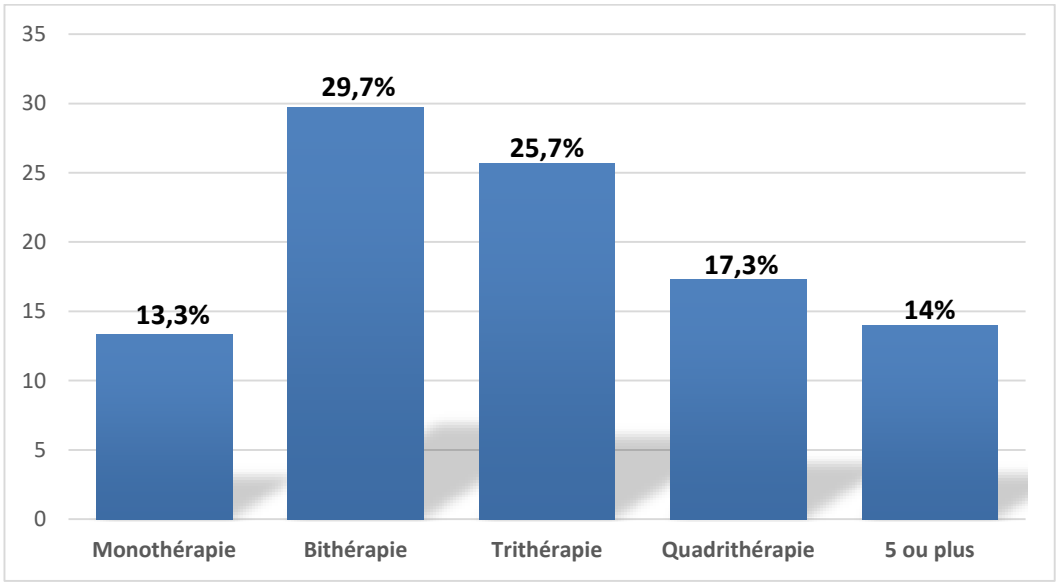

Figure 8 : Répartition selon le Nombre de molécules journalier des patients

La bithérapie et la trithérapie étaient retrouvées chez 29.7% et la trithérapie chez 25.7% de nos patients.

5.2.2. Périodicité du contrôle

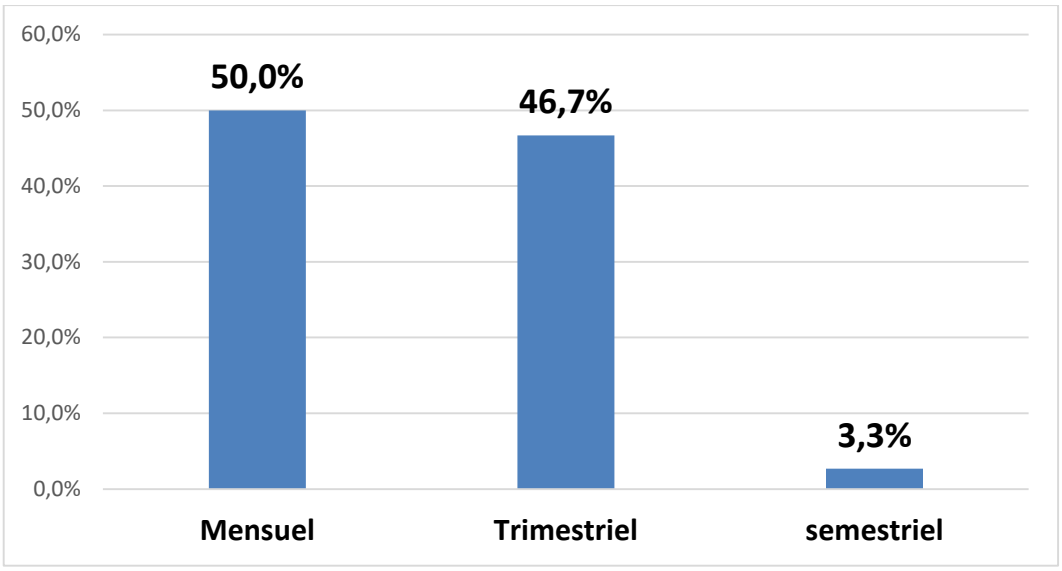

Figure 9 : Répartition selon la périodicité du contrôle des patients

Le contrôle mensuel était majoritaire avec 150 cas soit 50 ,0%, suivi du contrôle trimestriel avec 140 cas soit 46,7%.

5.2.3. Type de soins :

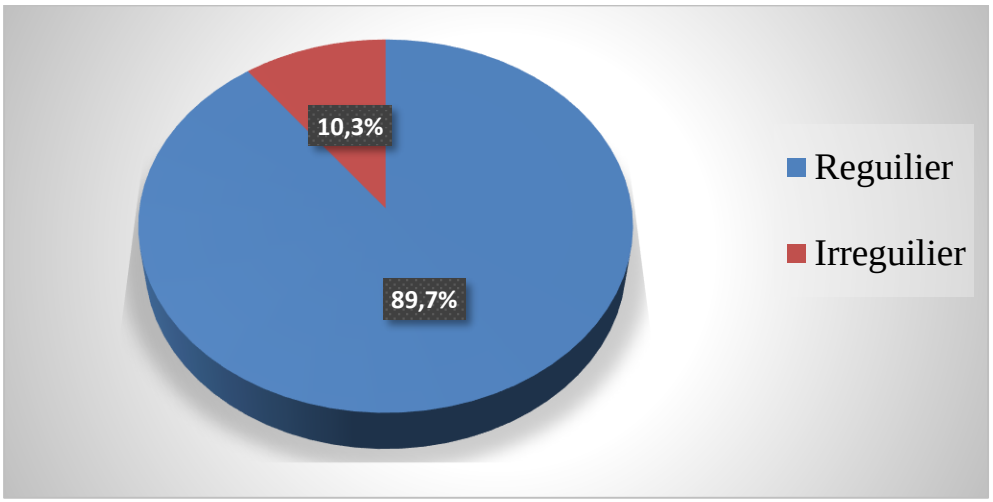

Figure 10 : Répartition selon le Type de soins des patients

89,7% de nos patients étaient en soins régulier.

5.2.4. Taux d'observance thérapeutique :

Tableau V : Réponses de nos patients au questionnaire de MORISKY GREEN

1.vous arrive-t-il parfois d'oublier de prendre vos médicaments ?	Non=260	Oui=40
2.Certaines personnes ne prennent pas leurs médicaments pour d'autres raisons qu'un oubli. En pensant aux 2 dernières semaines, Ya-il eu des jours ou vous n'avez pas pris votre médicament ?	Non=265	Oui=35
3.Vous est-il arrivé de réduire la dose ou d'arrêter de prendre vos médicaments sans informer votre médecin parce que vous vous sentiez moins bien en les prenant ?	Non=283	Oui=17
4.Lorsque vous voyagez ou que vous quittez la maison vous arrive-t-il d'oublier d'emporter vos médicaments ?	Non=263	Oui=37
5.Avez-vous pris votre médicament hier ?	Non=26	Oui=274
6.Quand vous vous sentez beaucoup moins voire plus de vos symptômes ; vous arrive-t-il parfois d'arrêter de prendre vos médicaments ?	Non=284	Oui=16
7.Le fait de devoir prendre des médicaments tous les jours représente un réel inconvénient pour certaines personnes. Vous arrive-t-il parfois d'être contrarié (e) par le fait d'avoir à respecter un traitement ?	Non=281	Oui=19
8.Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous rappeler de prendre tous vos médicaments ? Choix de réponses : -De temps en temps=0.75 -Parfois=0.5 -Régulièrement=0.95 -Tout le temps=0		

Tableau VI : Répartition du taux d'observance selon l'échelle de Morisky

Échelle de Morisky	Effectif	*Pourcentage*
Bonne observance	162	*54.0%*
Non observance minime	105	35.0%
Mauvaise observance	33	11.0%
Total	300	100.0%

Dans notre étude 162 patients avaient une bonne observance soit 54.0% et 35 patients avaient une mauvaise observance soit 11,0%.

Tableau VII : Répartition de l'observance en fonction du sexe (Morisky)

Sexe	Bonne	Minime	Mauvaise	Effectif
Femme	118(53.4%)	77(34.8%)	26(11.8%)	221(100.0%)
Homme	44(55.7%)	28(35.4)	7(8.9%)	79(100.0%)
Total	162(54.0%)	105(35.0%)	33(11.0%)	300(100.0%)

Dans notre étude, 44 hommes avaient une bonne observance soit 55,7% contre 7hommes ayant une mauvaise observance soit 8,9 %.

Nous avons également retrouvé 118 femmes avec une bonne observance soit 53,4% contre 26 femmes avec une mauvaise observance soit 11.8%. P=0,775

Tableau VIII : Répartition de l'observance en fonction de la tranche d'âge (selon Morisky Green)

Age	Bonne	Minime	Mauvaise	Effectifs
<30 ans	11(61.1%)	5(27.8%)	2(11.1%)	18(100.0%)
30-44 ans	24(45.3%)	22(41.5%)	7(13.2%)	53(100.0%)
45-59 ans	53(53.0%)	32(32.0%)	15(15.0%)	100(100.0%)
≥60 ans	74(57.4%)	46(35.7%)	9(7.0%)	129(100.0%)
Total	162(54.0%)	105(35.0%)	33(11.0%)	300(100.0%)

La tranche d'âge de moins de 30 ans avait 61,1% de bonne observance, suivie des plus de 60 ans avec 57.0%.

La tranche d'âge de 45 à 59ans avait la plus grande proportion de mauvaise observance dans notre étude avec 15.0% alors que le pourcentage le plus faible de mauvaise observance a été obtenu chez les plus de 60 ans avec 7.0%. P=0.426

Tableau IX : Observance thérapeutique en fonction de la profession (selon Morisky Green)

Professions	Bonne observance	Non observance minime	Mauvaise observance	Total
Ménagères	83(54.6%)	54(35.5%)	15(9.9%)	152(100.0%)
Commerçants	26(54.2%)	13(27.1%)	9(18.8%)	48(100.0%)
Enseignant	8(57.1%)	5(35.7%)	1(7.1%)	14(100.0%)
Cultivateur	7(50.0%)	6(42.9%)	1(7.1%)	14(100.0%)

La proportion de bonne observante était plus importante parmi les ménagères (54.6%).

La proportion de mauvaise était plus importante parmi les commerçants (18.8%).

Tableau X : Répartition de l'observance selon le statut matrimonial (Morisky Green)

Statut	Bonne observance	Non observance minime	Mauvaise observance	Effectifs
Mariés	122(55.2%)	74(33.5%)	25(11.3%)	221(100.0%)
Veuf	39(50.0%)	30(39.0%)	8(10.4%)	77(100.0%)
Célibataire	1(50.0%)	1(30.0%)	0(0.0%)	2(100.0%)
Total	162(54.0%)	105(35.0	33(11.0%)	300(100.0%)

Dans notre étude, 55,2% des mariés avaient une bonne observance 55 contre 11,3% de mauvaise observance.

Et les veufs étaient à 50,0 % de bonne observance contre 10,4% de mauvaise

Observance (P=0.893).

Tableau XI : Répartition de l'observance en fonction du niveau d'étude (Morisky Green) :

Niveau d'étude	Bonne observance	Non observance minime	Mauvaise observance	Effectifs
Non scolarisés	74(51.0%)	60(41.0%)	11(7.6%)	145(100.0%)
Primaire	24(51.1%)	15(31.9%)	8(17.0%)	47(100.0%)
Secondaire	29(45.3%)	27(42.2%)	8(12.5%)	64(100.0%)
Supérieur	20(45.5%)	16(36.4%)	8(18.2%)	44(100.0%)
Total	147(49.0%)	118(39.3%)	35(11.7%)	300(100.0%)

Les non scolarisés et les patients ayant un niveau d'étude primaire avaient la meilleure proportion de bonne observance avec respectivement 51% et 51,1%.

Les patients avec un niveau primaire et supérieur avaient la plus grande proportion de mauvaise observance avec respectivement 17% et 18,2% (p =0,449).

Tableau XII : Répartition de l'observance en fonction de la résidence (Morisky)

Residence	Bonne observance	Non observance minime	Mauvaise observance	Effectifs
Urbaine	146(54.1%)	95(35.2%)	29(10.7%)	270(100.0%)
Rurale	16(53.3%)	10(33.3%)	4(13.3%)	30(100.0%)
Total	162(54.0%)	105(35.0)	33(11.0%)	300(100.0)

La proportion de mauvaise observance était plus importante parmi les patients vivant en zone rurale (P=).

Tableau XIII : Répartition de l'observance en fonction du revenu mensuel

Revenu mensuel	Bonne observance	Non observance minime	Mauvaise observance	Effectifs
Pas de revenu	88(56.8%)	53(34.2%)	14(9.0%)	155(100.0%)
Revenu faible	35(57.4%)	15(24.6%)	11(18.0%)	61(100.0%)
Revenu moyen	24(48.0%)	21(42.0%)	5(10.0%)	50(100.0%)
Revenu élevé	15(44.1%)	16(47.1%)	3(8.8%)	34(100.0%)
Total	162(54.0%)	105(35.0%)	33(10.0%)	300(100.0%)

Des patients n'ayant pas de revenu mensuel fixe avait un pourcentage de bonne observance estimé à 56,8% contre 14% de mauvaise observance.

Par contre des patients avec un revenu élevé avaient une mauvaise observance soit 8.8%. Le P=0.185.

Tableau XIV : Répartition de l'observance en fonction du nombre de molécules (selon Morisky Green)

Nombre de molécule	Bonne observance	Non observance minime	Mauvaise observance	Effectifs
Monothérapie	22(55.0%)	17(42.5%)	1(2.5%)	40(100.0%)
Bithérapie	44(49.4%)	30(33.7%)	15(16.9%)	89(100.0%)
Trithérapie	41(53.2%)	27(35.1%)	9(11.7%)	77(100.0%)
Quadrithérapie	29(55.8%)	17(32.7%)	6(11.5%)	52(100.0%)
5 médicaments et plus	26(61.9%)	14(33.3%)	2(4.8%)	42(100.0%)
Total	162(54.0%)	105(35.0%)	33(11.0%)	300(100.0%)

Le meilleur pourcentage de bonne observance est obtenu par les patients sous cinq médicaments et plus avec 61,9% contre 49,4% pour la bithérapie.

La plus faible proportion de mauvaise observance a été retrouvé chez les patients sous monothérapie avec 2,5%. P=0,377.

Tableau XV : Répartition en fonction du nombre de prise journalière (selon Morisky Green)

Nombre de prise	Bonne observance	Non observance minime	Mauvaise observance	Effectifs
1	161(54.2%)	103(34.7%)	33(11.1%)	297(100.0%)
≥2	1(33.3%)	2(66.7%)	0(0.0%)	3(100.0%)
Total	162(54.0%)	105(35.0%)	33(11.0%)	300(100%)

La bonne observance avec une seule prise par jour a été obtenu chez 54.2 % des patients contre 11,1% de mauvaise observance.

Le p=0,486.

Tableau XVI : Répartition en fonction du nombre de la périodicité du contrôle (selon Morisky Green)

Périodicité de contrôle	Bonne observance	Non observance minime	Mauvaise observance	Effectifs
Mensuel	80(53.3%)	55(36.7%)	15(10.0%)	150(100.0%)
Trimestre	76(54.3%)	46(32.9%)	18(12.9%)	140(100.0%)
Semestriel	5(62.5%)	3(37.5%)	0(0.0%)	8(100.0%)

Dans notre échantillon, la proportion la plus élevée de bonne observance a été retrouvée chez les patients qui ont un contrôle semestriel (62.5%) et la mauvaise observance est le plus retrouvé chez les patients avec un contrôle trimestriel avec 12.9% (P=0,896).

Tableau XVII : Répartition en fonction de celui en charge des couts (selon Morisky Green)

Bailleur	Bonne observance	Non observance minime	Mauvaise observance	Effectifs
Malade	53(48.2%)	47(42.7%)	10(9.1%)	110(100.0%)
Enfant	63(64.3%)	24(24.5%)	11(11.2%)	98(100.0%)
Conjoint	35(47.9%)	28(38.4%)	10(13.7%)	73(100.0%)
Autres	11(57.9%)	6(31.6%)	2(10.5%)	19(100.0%)
Total	162(54.0%)	105(35.0%)	33(11.0%)	300(100.0%)

Le pourcentage de mauvaise a été obtenu chez les patients dont les couts sont à la charge leurs enfants avec 11.2%.

Tableau XVIII : Réponses de nos patients au questionnaire de GIRERD Xavier

1.Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?	NON = 260	OUI = 40
2.Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicaments ?	NON = 219	OUI = 81
3.Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	NON = 219	OUI = 81
4.Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	NON = 264	OUI = 36
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 ?	NON = 285	OUI = 15
6.Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	NON =266	OUI = 34

Le retard de prise et la panne des médicaments était les deux raisons de non-observance les plus retrouvées dans notre série.

Tableau XIX : Répartition du taux d'observance selon l'échelle de Girerd

Echelle Grirerd Xavier	Effectif	Pourcentage
Bonne observance	147	49.0%
Non observance minime	118	39.3%
Mauvaise observance	35	11.7%
Total	300	100.0%

Dans notre étude 147 patients avaient une bonne observance soit 49.0% et 35 patients avaient une mauvaise observance soit 11,7%.

Tableau XX : Répartition de l'observance en fonction du sexe (selon Girerd Xavier)

Sexe	Bonne observance	Non observance minime	Mauvaise observance	Effectif
Femme	107 (48.4%)	86 (38.9%)	28 (12.7%)	221 (100%)
Homme	40(50.6%)	32 (40.5%)	7 (8.9%)	79 (100%)
Total	147(49.0%)	118 (39.3%)	35 (11.7%)	300 (100%)

Dans notre étude, 40 hommes avaient une bonne observance soit 50,6% contre 7 hommes ayant une mauvaise observance soit 8,9 %.

Nous avons également retrouvé 107 femmes avec une bonne observance soit 48,4% contre 12,7% avec une mauvaise observance. P=0,664

Tableau XXI : Répartition de l'observance en fonction de la tranche d'âge (selon Girerd Xavier)

Age	Bonne observance	Non observance minime	Mauvaise observance	Effectif
<30 ans	10 (55.6%)	6 (33.3%)	2 (11.1%)	18 (100.0%)
30-44 ans	23 (43.4%)	21 (39.6%)	9 (17.0%)	53 (100.0%)
45-59 ans	47 (47.0%)	40 (40.0%)	13 (13.0%)	100 (100.0%)
≥60 ans	67 (51.9%)	51 (39.5%)	11 (8.5%)	129 (100.0%)
Total	147 (49.0%)	118 (39.3%)	35 (11.7%)	300 (100.0%)

La tranche d'âge de moins de 30 ans avait la proportion la plus élevée de bonne observance, (55.6%) suivie des plus de 60 ans avec 51.9%.

La tranche d'âge de 30 à 44 ans avait la plus mauvaise observance avec 17% alors que le pourcentage le plus faible de mauvaise observance a été obtenu chez les plus de 60 ans avec 8,5%(P=0.742).

Tableau XXII : Observance thérapeutique en fonction de la profession (selon Girerd Xavier)

Profession	Bonne observance	Non observance minime	Mauvaise observance	Effectif
Ménagères	81 (53.3%)	55 (36.2%)	16 (10.5%)	152 (100.0%)
Commerçants	20 (41.7%)	22 (45.8%)	6 (12.5%)	48 (100.0%)
Enseignants	8 (57.1%)	4 (28.6%)	2 (14.3%)	14 (100.0%)
Cultivateurs	4 (28.6%)	9 (64.3%)	1 (7.1%)	300 (100.0%)

Dans ce résultat nous avons un pourcentage de bonne observance 53.3% chez les enseignants, alors que chez les cultivateurs ce pourcentage était de 28,6%.

Le pourcentage de mauvaise observance était de 14,3% chez les enseignants et de 7,1% chez les cultivateurs.

Tableau XXIII : Répartition de l'observance selon le statut matrimonial (selon Girerd Xavier)

Statut	Bonne observance	Non observance minime	Mauvaise observance	Effectif
Mariés	107 (48.4%)	89 (40.3%)	25 (11.3%)	221 (100.0%)
Veufs	40 (51.9%)	28 (36.4%)	9 (11.7%)	77 (100.0%)
Célibataires	0 (0.0%)	1 (50.0%)	1 (50.0%)	2 (100.0%)
Total	147 (49.0%)	118 (39.3%)	35 (11.7%)	300 (100.0%)

Dans notre étude, 48,4% des mariés avaient une bonne observance contre 11,3% de mauvaise observance.

Et les veufs étaient à 51,9 % de bonne observance contre 11,7% de mauvaise observance (P=0.412)

Tableau XXIV : Répartition de l'observance en fonction du niveau d'étude (selon Girerd Xavier)

Niveau d'étude	Bonne observance	Non observance minime	Mauvaise observance	Effectif
Non scolarisés	74 (51.0%)	60 (41.4%)	11 (7.6%)	145 (100.0%)
Primaire	24 (51.1%)	15 (31.9%)	8 (17.0%)	47 (100.0%)
Secondaire	29 (45.3%)	27 (42.2%)	8 (12.5%)	64 (100.0%)
Supérieur	20 (45.5%)	16 (36.4%)	8 (18.2%)	44 (100.0%)
Total	147 (49.0%)	118 (39.3%)	35 (11.7%)	300 (100.0%)

Dans cette catégorie, les non scolarisés et les patients ayant un niveau d'étude primaire avaient le meilleur pourcentage de bonne observance avec respectivement 51% et 51,1%

Les patients avec un niveau primaire et supérieur détenaient le taux le plus élevé de mauvaise observance avec respectivement 17% et 18,2% (p =0,384).

Tableau XXV : Répartition de l'observance en fonction du revenu mensuel (selon Girerd Xavier)

Revenu	Bonne observance	Non observance minime	Mauvaise observance	Effectif
Pas de revenu	81 (52.3%)	58 (37.4%)	16 (10.3%)	155 (100.0%)
Revenu faible	30 (49.2%)	24 (39.3%)	7 (11.5%)	61 (100.0%)
Revenu moyen	23 (46.0%)	20 (40.0%)	7 (14.0%)	50 (100.0%)
Revenu élevé	13 (38.2%)	16 (47.1%)	5 (14.7%)	34 (100.0%)
Total	147 (49.0%)	118 (39.3%)	35 (11.7%)	300 (100.0%)

Les patients n'ayant pas de revenu mensuel fixe avait la proportion la plus élevée de bonne observance (52,3%) contre 38,2% pour la catégorie ayant un revenu élevé.

Par contre 14,7% des patients avec un revenu élevé avaient une mauvaise observance contre 10,3% pour la catégorie sans revenu fixe (P=0.852).

Tableau XXVI : Répartition de l'observance en fonction du nombre de molécules (selon Girerd Xavier)

Nombre de molécules	Bonne observance	Non observance minime	Mauvaise observance	Effectif
Monothérapie	29 (72.5%)	10 (25.0%)	1 (2.5%)	40 (100.0%)
Bithérapie	39 (43.8%)	32 (36.0%)	18 (20.2%)	89 (100.0%)
Trithérapie	38 (49.4%)	33 (42.9%)	6 (7.8%)	77 (100.0%)
Quadrithérapie	21 (40.4%)	24 (46.2%)	7 (13.5%)	52 (100.0%)
≥5 molécules	20 (47.6%)	19 (45.2%)	3 (7.1%)	42 (100.0%)
Total	147 (49.0%)	118 (39.3%)	35 (11.7%)	300 (100.0%)

Le meilleur pourcentage de bonne observance est obtenu par les patients sous monothérapie avec 72,5% contre 40,4% pour la quadrithérapie.

La plus faible proportion de mauvaise observance a été retrouvé chez les patients sous monothérapie avec 2,5%. (P=0,011).

Tableau XXVII : Répartition en fonction du nombre de prise journalière (selon Girerd Xavier)

Nombre de prise journalière	Bonne observance	Non observance minime	Mauvaise observance	Effectif
1	146 (49.2%)	117 (39.4%)	34 (11.4%)	297 (100.0%)
≥2	1 (33.3%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)	3 (100.0%)
Total	147 (49.0%)	118 (39.3%)	35 (11.7%)	300 (100.0%)

La proportion la plus élevée de bonne observance était retrouvé chez les patients avec une seule prise par jour (49,2%) contre 11,4% de mauvaise observance (p=0,497).

Tableau XXVIII : Répartition en fonction du nombre de la périodicité du contrôle (selon Girerd Xavier)

Périodicité du contrôle	Bonne observance	Non observance minime	Mauvaise observance	Effectif
Mensuel	74 (49.3%)	62 (41.3%)	14 (9.3%)	150 (100.0%)
Trimestriel	70 (50.0%)	51 (36.4%)	19 (13.6%)	140 (100.0%)
Semestriel	3 (37.5%)	3 (37.5%)	2 (25.8%)	8 (100.0%)

La proportion la plus élevée de bonne observance est retrouvée dans le contrôle trimestriel (50.0%) et la mauvaise observance est le plus retrouvée chez les patients qui ont un contrôle semestriel avec 25.8% (p=0,896).

Tableau XXIX : Répartition en fonction de celui en charge des couts (selon Girerd Xavier)

Bailleur	Bonne observance	Non observance minime	Mauvaise observance	Effectif
Malade	49 (44.8%)	49 (44.5%)	12 (10.9%)	110 (100.0%)
Enfant	57 (59.2%)	31 (31.6%)	10 (10.2%)	98 (100.0%)
Conjoint	32 (43.8%)	31 (42.5%)	10 (13.7%)	73 (100.0%)
Autre	9 (47.4%)	7 (36.8%)	3 (15.8%)	19 (100.0%)
Total	147 (49.0%)	118 (39.3%)	35 (11.7%)	300 (100.0%)

La proportion la plus élevée de mauvaise observance a été retrouvé chez les patients dont les couts sont à la charge d'un tiers avec 15,8% (P=0.452).

5.2.5. Les facteurs liés à la mauvaise observance

5.2.5.1. L'Age

Dans notre étude, nous avons retrouvé que la tranche d'âge de 30-44 ans était la moins observante avec un pourcentage de 45.3%, suivi des moins des 45-59 ans avec un pourcentage 53.0%.

5.2.5.2. Le Sexe

Dans notre étude, les femmes avaient une mauvaise observance plus que les hommes avec respectivement un pourcentage de 11,8% contre 8,9%.

5.2.5.3. La profession

Les commerçants et les ménagères étaient les moins observant dans notre échantillon avec une mauvaise observance respectivement de 18.8% et 9,9%.

5.2.5.4. Le statut matrimonial

Dans notre série, les mariés et les veufs étaient les moins observant avec respectivement un pourcentage de 11,3% et 10,4%.

5.2.5.5. Le Niveau d'étude

Dans notre échantillon, la mauvaise observance était retrouvée chez 8 personnes du niveau supérieur soit un pourcentage de 18,2% contre 11 cas des patients non scolarisés soit un pourcentage de 7,6%.

5.2.5.6. Le niveau socio-économique

Le niveau socio-économique n'avait pas affecté positivement l'observance thérapeutique de nos patients, en effet nous avions obtenu le taux le plus élevé de mauvaise observance (14%) dans les catégories ayant des revenus faibles soit 18.0% et revenues moyennes soit 10.0%.

5.2.5.7. La résidence

La mauvaise observance chez nos patients vivants en zone rurale avec 13,3% contre 11% chez ceux vivants en zone urbaine

5.2.5.8. La couverture sociale

Dans notre étude, la mauvaise observance a été retrouvé dans 10,3% des patients ayant une couverture sociale contre 11,5% chez ceux qui n'en ont pas.

5.2.5.9. Le nombre de molécules et de prise journalière

Les patients ayant deux comprimés ou plus à prendre par jour ont une mauvaise observance que les patients sous monothérapie. Les patients ayant une prise journalière des médicaments, avaient un pourcentage de mauvaise observance plus élevé que ceux qui ont ≥2 prises.

DISCUSSION

6. Discussion

6.1. Aspects socio-démographiques :

La prévalence :

Sur 300 patients consultés dans le service, nous avons obtenu 54.0% de bonne observance contre 11% de mauvaise observance selon Morisky Green et 49% de bonne observance contre 11.7% de bonne observance selon Girerd Xavier.

Age

Notre échantillon d'étude avait un âge moyen de 54.81 ans avec des extrêmes allant de 18 et 86 ans. Ce résultat n'est pas loin de celui de Sacko D [43] en 2012 qui avait trouvé un âge moyen de 58.01 +ou -16.33 ans avec des extrêmes âges de 20 et 84 et celle de Pio [44] au Togo en 2014 et de l'étude multicentrique THESUS en 2012 (en Afrique subsaharienne) qui retrouvait respectivement une moyenne d'âge de 52.2 + ou – 16.7 ans et 52.3+ ou moins 18.3 [45].

Sexe

L'échantillon était composé de 221 femmes et 79 hommes soit un sexe ratio de ce qui concorde avec le résultat de Djiré M avec un sexe ratio de 0.39 [46] et celui de Wanvoegbe et al [47] qui retrouve une prédominance du sexe féminin à 70% et un sexe ratio de 0.43.

La résidence

La majorité des patients résidaient en zone urbaine 90% ceci n'est pas loin de Diallo [48] qui avait retrouvé 73,3%.

6.2. Les FDRCV

Les FDRCV étaient dominés par l'âge soit 43% en concordance avec la littérature.

6.3. Observance thérapeutique

Dans notre échantillon nous avons obtenu 54% de bonne observance et 11.0% de mauvaise observance, des résultats similaires obtenus avec Gierd et al qui ont utilisé les questionnaires de Girerd à six questions ont aussi relevé des résultats meilleurs dans leur première étude 66%des patients avaient une bonne observance, 10% une mauvaise observance [49]. Dans leur deuxième étude 39% présentait une bonne observance et 8% une mauvaise observance [50].

3.4.1. Les déterminants de l'observance selon Morisky

L'âge

Dans la littérature le rôle joué par l'âge dans l'observance est controversé certaines études montraient que les âges extrêmes, les plus jeunes et les âgés sont plus à risque de non-observance. Dans notre étude la mauvaise observance était plus importante dans la tranche d'âge de 45-59 ans sans relation significative P=0.426

La personne âgée présente souvent des problèmes telles que : l'oubli et la compréhension de la prise médicamenteuse, ils sont généralement poly-médiquée et le fait d'avoir plus de 3 comprimés à prendre, est un facteur aggravant reconnu du point de vue de l'observance [51].

Le sexe

Nous n'avons pas trouvé de relation significative entre le sexe et l'observance (P= 0.775). Cependant la proportion des femmes était plus importante par les mauvaises observance11.8% ceci pourrait s'expliquer par la négligence des femmes face à leur problème de santé.

Statut matrimonial

Il n'y avait pas de relation significative (P=0.893). Cependant les patients mariés avaient la plus grande proportion de mauvaise observance soit 11.3%. Nganou-Gnindjio [52] non plus ne trouvait de relation entre ces deux.

Le niveau scolaire

Notre étude ne montre pas de relation statistiquement significative entre le niveau scolaire et l'observance(**p=0.449**). N'Cho-Mottoh [13] en côte d'ivoire non plus ne retrouvait de relation entre ces deux variables. Par contre pour Nganou-Gnindjio [12] avoir un niveau d'études supérieur augmentait significativement le risque d'une mauvaise observance, car ce type des patients ont Plus de confiance en soi et sont généralement en contact avec l'internet par conséquent ont tendance à moins respecter les consignes données par le médecin.

Couverture sociale

Il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre l'observance et la couverture sociale (**p=0.893**). Cependant les patients non assurés avaient la plus grande proportion des mauvaises observances (78,6%). Ce constat avait été fait par l'étude Togolaise qui avait trouvé une relation entre la mauvaise observance et la couverture sociale. Cette absence de relation dans notre étude pourrait s'expliquer par le faible taux d'assurance maladie (38,1%) d'une part et d'autre par la taille de l'échantillon pouvant influer sur le résultat statistique.

3.4.2. Les déterminants de l'observance selon Morisky Green

L'âge

Notre étude n'a pas trouvé de relation statistiquement significative entre l'observance thérapeutique et l'âge. Pio et al [44] n'avaient pas non plus trouvé de relation entre l'observance thérapeutique et l'âge. Ils notaient cependant que le taux de mauvaise observance était plus élevé chez les patients de 50-60 ans, alors que dans notre série la tranche d'âge 30 -44 ans avait la plus grande proportion de mauvaise observance (17,0%).

Le sexe

Dans notre étude nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre le sexe et l'observance thérapeutique. La proportion de patients qui avaient une mauvaise observance était plus importante chez les patients de sexe féminin (12,7 %) Aissata Sow dans son étude n'avait pas trouvé de relation.

La série de Konin et al [50] trouvait aussi une meilleure observance chez les hommes comparés aux femmes. Par contre Essomba et al [65] de même que les auteurs de l'enquête FLASH 2018 en France [66] qui étudiaient respectivement les facteurs de non-observance au traitement antihypertenseur chez les adultes à Douala et les différences entre les sexes dans l'adhésion au traitement antihypertenseur chez les patients âgés de plus de 55 ans trouvaient que la mauvaise observance était associée au sexe masculin.

Statut matrimonial

Il n'y avait pas de relation significative (P=0.412). Cependant les patients célibataires avaient la plus grande proportion de mauvaise observance soit 50.0%.

Sacko D [43] ne trouvait pas non plus de relation.

Le niveau scolaire

Notre étude ne montre pas de relation statistiquement significative entre le niveau scolaire et l'observance(**p=0.384**).

Couverture sociale

Il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre l'observance et la couverture sociale (**p=0,698**). Cependant les patients assurés avaient la plus grande proportion des mauvaises observances (13,5%).

3.4.3. Les déterminants de l'observance selon Girerd Xavier

Notre échantillon d'étude avait un âge moyen de 54,81 ans avec des extrêmes allant de 18 et 86 ans. Ce résultat n'est pas loin de celui de Sacko D [43] en 2022 qui avait trouvé un âge moyen de 58,01±16,33 ans avec des extrêmes de 20 et 84 ans et celle de Essoli S qui avait trouvé une moyenne d'âge de la population totale était de 60 +13,11 ans avec des âges extrêmes allant de 20 à 91 ans [53].

L'observance de nos patients a varié avec l'âge, nous avons obtenus une meilleure observance chez les moins de 30 ans suivi des plus de 60 ans avec respectivement 55,2% et 52%. Cela pourrait être dû au hasard ou à la faible représentativité des moins de 30 ans dans notre étude, ce résultat est similaire à celui de Machihude Pio et al [49] qui avaient retrouvés que les meilleurs observants ont été aux âges extrêmes (moins de 30 ans et plus de 80 ans) avec respectivement 54,54% et 60% de bonne observance.

Dans notre échantillon, la plus mauvaise observance a été retrouvé chez les 30-44 ans avec 17%, suivi des 45-59 ans avec 13 %. Nous estimons que ce résultat est lié aux exigences de la vie active de ces patients car les patients trop actifs ont des difficultés à se soumettre aux exigences des médecins [50].

L'échantillon était composé 221 femmes et 79 hommes avec un sexe ratio de 0,35 ce qui concordent avec l'étude de Djiré M avec un sexe ratio de 0,39 [46] et celui de Wanvoegbe et al [47] qui retrouve une prédominance du sexe féminin à 70% et un sexe ratio de 0,43.
Dans notre étude les hommes étaient un peu mieux observants avec 50,6% que les femmes avec 48,4%, ce qui retrouvé dans la série de Konin et al où les hommes étaient un peu mieux observants que les femmes. La raison en était que les femmes sont économiquement dépendantes du salaire déjà précaire de leurs maris [50].
Nous n'avons pas trouvé une relation significative entre le sexe et l'observance thérapeutique comme retrouvé par Bahloul A [54], contrairement aux données de la littérature où les femmes étaient souvent mieux observantes que les hommes comme le montre les résultats de l'étude française FlaHs [51].
Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé une corrélation entre le niveau d'instruction et la bonne observance, cela peut s'explique par le fait dans notre échantillon la majorité des patients avaient un entourage instruit avec un niveau d'étude supérieur, comme rapporté par Selon Nourris et al., le niveau de connaissance n'est pas corrélé à l'observance ni à l'amélioration des facteurs de risque à long terme [52]. Ce qui signifie que les patients hypertendus restent incapables de modifier leur mode de vie et leur alimentation malgré des conseils hygiéno-diététiques réitérés. Le développement de stratégies capables d'induire des changements du comportement du patient à long terme est indispensable. Ainsi, le concept d'éducation thérapeutique, mis en avant par les recommandations de l'OMS, insiste sur la valeur thérapeutique d'une démarche éducative auprès des malades atteints de maladies chroniques [55]. Il s'agit, non pas d'informer, mais d'éduquer le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat lui permettant d'arriver à un équilibre entre ses aspirations et le contrôle optimal de sa maladie dans le cadre de son projet de vie [55].
La mauvaise observance était de 23,7% chez les fonctionnaires et de 10,7% chez les femmes au foyer. Le support social paraît crucial dans n'importe quel plan de traitement au long cours [56]. Notre étude montre que la famille peut renforcer la supervision du patient, assister et encourager sa compliance thérapeutique.

La moitié des patients n'ayant pas de revenu mensuel fixe avait un pourcentage de bonne observance estimé à 52,3% contre 38,2% pour la catégorie ayant un revenu élevé. Par contre 14,7% des patients avec un revenu élevé avaient une mauvaise observance contre 10,3% pour la catégorie sans revenu fixe. Les données de la littérature concernant l'influence des facteurs sociodémographiques sur l'observance thérapeutique sont contradictoires [50]. Ainsi, malgré la correction des facteurs habituels de mauvaises observances liées au problème de bas niveau socio-économique des pays africains, d'autres facteurs ont constitué un obstacle à l'observance dominés par des croyances faussent [9].

La bonne observance avec la monothérapie a été obtenu chez 72,5 % contre 43,8% chez les patients sous bithérapie.la mauvaise observance est de 2,5% chez les patients sous monothérapie contre 20,2% en bithérapie.

Selon Girerd [57], les associations des facteurs de risque cardiovasculaires obligent les patients à respecter jusqu'à dix lignes d'ordonnance, réduisant ainsi l'observance thérapeutique. Dans les études de Konin et al [50], les patients qui avaient plus de deux comprimés étaient mauvais observant. Le choix d'associations fixes avec des molécules de longue durée d'action permettent d'éviter ce facteur. Il faut préférer la mono prise quotidienne qui est moins contraignante et limite les oublis ; il faut privilégier la prise matinale qui est la mieux acceptée par les patients, la prise du soir est souvent oubliée et celle du midi peu adapté aux patients qui travaillent.

L'observance est donc bien une dimension fondamentale dans la prise en charge des patients en cardiologie, ce qui a suscité un intérêt croissant des chercheurs depuis de nombreuses années.

Malgré les limites, les résultats de notre étude ont suscité quelques commentaires quant à l'observance thérapeutique chez les malades du service de cardiologie du CHU Gabriel Touré.

CONCLUSION

7. Conclusion

L'observance thérapeutique est un véritable problème auquel le couple médecin-patient est confronté. Plusieurs facteurs peuvent l'influencer notamment l'âge, la profession et le revenu mensuel des patients, le mode de traitement et son coût.

C'est un facteur clé du traitement d'un patient en cardiologie car celle-ci peut conditionner son pronostic. Cette étude nous a permis de trouver un véritable problème d'observance chez nos patients.

Il importe d'insister sur l'éducation thérapeutique ce qui permettrait de réduire l'incidence des complications et les coûts liés à la prise en charge

RECOMMANDATIONS

8. Recommandations

Il est important de rappeler que la littérature à ce sujet reste très hétérogène, sans standardisation des méthodes d'évaluation, et des résultats encore peu concluants. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), dans une mise au point rappelle que l'observance est déterminée avant tout par la qualité de la relation médecin-malade, qui repose sur quatre axes : empathie ; relation non porteuse de jugement ; disponibilité du médecin et les compétences en communication.

En effet, la relation médecin-malade s'appuie en grande partie sur l'éducation thérapeutique du patient. Le but de l'éducation thérapeutique est d'aider le patient à comprendre : sa maladie, les options thérapeutiques et les risques à long terme, notamment en l'absence de traitement adéquat.

Au terme de cette étude, nous recommandons aux :

Malades de :

- Suive les mesures hygiéno-diététiques
- Prendre régulièrement leur traitement
- Respecter les rendez-vous pour le suivi.

Aux médecins de :

- Effectuer l'éducation thérapeutique en insistant sur l'observance à chaque consultation
- Multiplier les enseignements post universitaires
- Etablir un référentiel national de prise en charge des malades en cardiologie en l'adaptant à notre contexte particulier.

Aux autorités sanitaires de :

- Développer des programmes d'éducation thérapeutique
- Appliquer un régime d'assurance maladie universelle
- Assurer la formation continue des professionnels de santé.
- Augmenter le taux d'alphabétisation de nos populations
- Lutter contre la pauvreté.

REFERENCES

9. Références

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies : evidence for action. 2003; Disponible sur: https://iris.who.int/handle/10665/42682

2. Bauer C, Tessier S. Observance thérapeutique chez les personnes âgées. Synthèse Doc CRESIF. 2001;32.

3. Haynes RB, Sackett DL, Gibson ES et al. Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension. Lancet. 1976 ; 1(7972) :1265-8.

4. Morris LS, Schulz RM. Medication compliance: the patient's perspective. Clin Ther. 1993 ;15(3): 593-606.

5. Fompeyrine D. Livre blanc: l'observance des traitements, un défi pour les politiques publiques. Paris Fond Concorde. 2014;

6. Girerd X, Radauceanu A, Achard JM, et al. Evaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées [Evaluation of patient compliance among hypertensive patients treated by specialists]. Arch Mal Coeur Vaiss. 2001;94(8):839-842.

7. Ben Amar 1, Idrissi H, Rachid L, E l hattaoui M, El karimi S. l'observance thérapeutique chez l'hypertendu. Expérience de service de cardiologie CHU Mohammed UI de Marrakech. Revue Marocaine de cardiologie; 2019 ;28 :1 -54.

8. 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 2013 ;5 :21.

9. Koffi J, Konin C, Gnaba A, Ngoran Y, Mottoh N, Guikahue MK. Intérêts de l'éducation thérapeutique dans l'observance du traitement antihypertenseur chez le noir Africain. Annales de cardiologie et d'Angéiologie ; 2018 ; 67(1) : 9-13.

10. Gangue A. Étude de l'observance thérapeutique chez les patients hypertendus suivis en ambulatoire : enquête évaluatrice auprès de 99 patients au service de cardiologie de l'hôpital général du Grand-Yoff de Dakar [Thèse] Médecine. UCAD ; Dakar ; 2019 ; n°152 : 143.

11. Fall MDB. Analyse des facteurs de non-observance thérapeutique chez des sujets hypertendus de la ville de Touba [Thèse] Médecine. UCAD ; Dakar ; 2019 ; n°44 : 166.

12. Nganou-Gnindjio CN, Bâ H, Ananfack G et al. Évaluation de l'Observance Thérapeutique chez les Patients Suivis pour Insuffisance Cardiaque Chronique en Milieu Urbain Camerounais : Étude Observationnelle. Health Sci. Dis ; 2021 ; 22(3) : 40-45.

13. N'Cho-Mottoh MP, Boka B, Yayehd K, et al. Évaluation de la compliance chez l'insuffisant cardiaque noir africain [Assessment of treatment adherence among black Africans with heart failure]. Med Sante Trop; 2015; 25(4) : 373-6.

14. Doumbia CT, Maïga AK, Daouda Fofana et al. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques de l´insuffisance cardiaque au Service de Cardiologie du CHU de Kati. PAMJ Clinical Medicine ; 2021; 6(1) : 7.

15. Le Jeune S, Mourad JJ. Inobservance et inertie clinique : deux obstacles majeurs à la prise en charge de l'hypertension artérielle. Réalités Cardiologiques ; 2012 ; 286 : 7.

16. Benoît M, Pon J, Zimmermann MA. Comment évaluer la qualité de l'observance ?☆. Enceph-Rev Psychiatr Clin Biol Ther [Internet]. 2009;35. Disponible sur: https://api.semanticscholar.org/CorpusID:143845087

17. Bouhanick B, Vaïsse B, Schavgoulidze A, Gandia P. Dosage des médicaments antihypertenseurs en France en 2019 et observance. Presse Médicale. 1 déc 2019;48(12):1520-6.

18. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad J J, Consoli S
Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. La Presse médicale (1983), 2001:30(21):1044

19. ANRS. L'observance aux traitements contre le VIH/ sida: mesure, déterminants, évolution. Paris : Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS) ; 2001 : 112.

20. Tesson C. Archive du Service Commun de la Documentation de l'Université de Nantes. [Thèse Méd]. Nantes, 2017, n°081 :58 p.

21. Allenet B, Baudrant M, Lehmann A et al. Comment évaluer l'adhésion médicamenteuse ? Le point sur les méthodes. Annales Pharmaceutiques Françaises ; 2013; 71(2) : 135- 41.

22. Morisky, D.E., Ang, A., Krousel-Wood, M. and Ward, H.J. (2008), Retracted: Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. The Journal of Clinical Hypertension, 10: 348-354. https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x

23. Sison G. The Morisky Medication Adherence Scale: An Overview [Internet]. PharmD [cité 7 mai 2021] Pillsy 2018. Disponible sur: https://www.pillsy.com/articles/the-morisky-medication-adherence-scale-definition-alternatives-and-overview.

24. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. Patient Educ Couns; 1999; 37(2): 113- 24.

25. Hess L, Raebel M, Conner D, Malone D. Measurement of Adherence in Pharmacy Administrative Databases: A Proposal for Standard Definitions and Preferred Measures. The Annals of pharmacotherapy ; 2006 ; 40 : 1280-8.

26. Petermans J, Suarez AS, Hees TV. Observance thérapeutique en gériatrie. Rev Med Liège ; 2010 ; 65(5-6): 261-6.

27. CRIP, QuintilesIMS. Observance thérapeutique : des leviers pour agir [Internet]. Cercle de réflexion de l'industrie pharmaceutique. [En ligne]. 2017 [cité le 23 mai 2023]. https://portaildoc.univ-lyon1.fr/medias/fichier/guide-bibliographique-norme-vancouver-_1473163402177-pdf.

28. N'Guessan AG. Environnement familial, sexe et observance du traitement médical chez des malades cardiaques de l'institut de cardiologie d'Abidjan, Côte d'Ivoire. European Journal of Social Sciences Studies; 2018; 2(11): 14.

29. Yaméogo NV, Kagambèga LJ, Millogo RCG et al. Facteurs associés à un mauvais contrôle de la pression artérielle chez les hypertendus noirs africains : étude transversale de 456 hypertendus burkinabé. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie ; 2013 ;62(1) : 38- 42.

30. Sarradon A, Egrot M, Blanc MA, Faure M. Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle. Pratiques et Organisation des Soins. 2008 ;39(1) :3-12.

31. Seck SM, Elhadj FK, Fall S et al. Observance thérapeutique chez les patients non dialysés atteints de pathologies rénales chroniques en Afrique sub-saharienne. Néphrologie & Thérapeutique 2008 ;4(5) :325-9.

32. Doubi S, El Ouahabi H, Dakkar O, Ajdi F. L'évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique chez le patient diabétique dans un Centre Hospitalier Universitaire marocain : résultats préliminaires d'une enquête pilote. Pan Afr Med J ; 2014 ;18 : 258.

33. Krzesinski JM, Krzesinski F. Importance de la mauvaise adhésion au traitement antihypertenseur dans la population hypertendue : comment l'améliorer ? Rev Med Liège 2010 ; 65(5-6) :278-84.

34. Delahaye F. Recommandations de la Société européenne de cardiologie et de la Société européenne d'hypertension sur la prise en charge de l'hypertension artérielle. [En ligne]. 2019 [cité le 23 mai 2025]. Disponible sur : https://www.realitescardiologiques.com/wpcontent/uploads/sites/2/2019/07/Delahaye_HTA.pdf.

35. Akkara A, Koubaa AA, Sriha AB, Rdissi A, Amamou K. Les facteurs prédictifs de la mauvaise observance au traitement de l'hypertension artérielle. La Tunisie Médicale ; 2019 ; 97(4) :564-71.

36. Monegat M, Sermet C. La polymédication : définitions ; mesures et enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure ; 2014 ; (204) : 8.

37. Bureau M. L'observance thérapeutique : ses facteurs et ses enjeux [Thèse Méd]. Nancy, 2001, n°123 : 159.

38. Ankri J, Ankri J, Disert DL, Henrard JC. Comportements individuels face aux médicaments : de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature. Santé Publique ;1995; 4:427-41.

39. Evans L, Spelman M. The problem of non-compliance with drug therapy. Drugs ; 1983 ; 25(1) :63-76.

40. Scheen AJ, Giet D. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. Rev Med Liège ; 2010 ; 65(5-6) :239-45.

41. Bizouard F, Jungers C. Évaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin malade : impact sur l'observance [Thèse Méd]. Université Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble, 2014 : 58.

42. Tarquinio C, Tarquinio P. L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. Pratiques Psychologiques - Prat Psychol. 2007 ; 13 :1-19.

43. Sacko D. Observance médicamenteuse chez les patients suivis pour insuffisance cardiaque chronique en ambulatoire au Service de Cardiologie du CHU BSS de Kati [Thèse en ligne] Médecine. FMOS, Bamako, 2020, n°23M437 : 84.

44. Pio M, Afassinou Y, Pessinaba S et al. Épidémiologie et étiologies des insuffisances cardiaques à Lomé. Pan Afr Med J 2014 ;18 :183.

45. Damasceno A, Mayosi BM, Sani M et al. The causes, treatment, and outcome of acute heart failure in 1006 Africans from 9 countries. Arch Intern Med. 2012 ; 172(18) : 1386-1394.

46. Djiré M. Observance thérapeutique chez le diabétique de type 2 [Thèse en ligne] Médecine. FMOS, Bamako, 2020, n°20M175 : 155.

47. Wanvoegbe. Évaluation de l'observance thérapeutique chez les diabétiques au Benin, Médecine d'Afrique Noire ; 2018 ; 6507 : 355-61.

48. Diallo B, Sanogo K, Diakité S et al. L'insuffisance cardiaque au service de cardiologie du CHU Point G. Mali Médical ; 2004 ; 3(2) :1-3.

49. Machihude Pio et al. Observance thérapeutique de l'hypertension artérielle et ses facteurs dans le service de cardiologie du CHU Tokoin de Lomé. Pan African Medical Journal; 2013 ; 14 :48.

50. Konin C, Adoh M, Coulibaly I et al. L'observance thérapeutique et ses facteurs chez l'hypertendu noir africain. Archives des maladies du coeur et des vaisseaux ; 2007 ; 100(8): 630-4.

51. Lefort M, Neufcourt l, Pannier B et al. Sex differences in adherence to antihypertensive treatment in patients aged above 55: The French league against Hypertension survey (FlaHs). The Journal of Clinical Hypertension. 2018 ; 20(10) : 1496-503.

52. Nourris SL, Engelgou MM, Venkat Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. Diabetes Care ; 2001 ; 24 : 566–87.

53. Essoli S. L'observance thérapeutique chez les patients atteints de maladies chroniques : Cas du diabète et de l'hypertension artérielle [Thèse Med]. FMPM, Marrakech, 2020, n°2682.

54. Bahloul A et al. Déterminants de la non observance thérapeutique chez l'hypertendu tunisien dans la population rurale. Revue Tunisienne de Cardiologie ; 2021. 17 (3).

55. Ferrières J, Durak-Bown I, Giral P, Chadarevian R, Benkritly A, Bruckert E. Éducation thérapeutique et patient à haut risque : une nouvelle approcheen cardiologie. Ann Cardiol Angeiol ; 2006 ; 55: 27–31.

56. Navarro R, Rivera J, Rosado A, Ruiz H, Iriarte RI. Compliance with current therapy guidelines in hypertensive patients at an emergency service. Bol Asoc Med ; 2004 ; 96(4) :209–17.

57. Girerd X, Radaceau A, Achard JM et al. Évaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées. Arch Mal Cœur Vaiss ; 2001 ; 94 : 839-42.

ANNEXES

10. Annexes

Fiche signalétique :

Nom : Diarra

Prénom : Anchata

Titre de thèse : Étude de l'observance thérapeutique dans le service de cardiologie du CHU-Gabriel Touré

Année universitaire : 2024-2025

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de Bamako

Email :mt0793672 @gmail.cpm

Tél : 72465456

Résumé : Nous avons réalisé une étude descriptive auprès de 300 patients du 1 septembre 2024 au 30 novembre 2024.Le recrutement des patients a été effectué à partir des consultations pour diverses pathologies dans le service de cardiologie du CHU-GT.

Sur 300 patients, une moyenne d'âge de 54,81 ans avec des âges extrêmes allant de 18 à 86 ans. Notre série avait 221 femmes pour 79 hommes soit un pourcentage respectif de 74% contre 26%.

HTA était le facteur de risque cardio-vasculaire le plus retrouvé.

Observance selon Morisky Green :

44 hommes avaient une bonne observance soit 55,7% contre 47 hommes de mauvaise observance soit 8,9% et 118 femmes avaient une bonne observance soit 53,4% contre 26 femmes de mauvaise observance soit 11,8%.

Observance selon Girerd Xavier :

40 hommes avaient une bonne observance soit 50,6% contre 7 hommes de mauvaise observance soit 8,9% et 107 femmes avaient une bonne observance soit 48,4% contre 12,7% de mauvaise observance.

Mots clés : Étude, observance, thérapeutique, cardiologie, CHU-GT

Fiche d'enquête :

Les variables collectées étaient :

Nom : prénom :

Age : sexe : profession :

Statut matrimonial :

Marié : célibataire : veuf/veuve :

Niveau scolaire :

Non scolarisé : primaire :

Secondaire : Supérieur :

Résidence

Rurale Urbaine

Niveau de revenu du patient

Pour cela les patients ont été classées en 4 classes

-Pas de revenus

-Revenus faibles < 40 000 fcfa qui correspond au SMIG

-Revenus moyens entre 40 000 et 199 999 fcfa

-Revenus élevés ≥ 200 000 fcfa

Facteurs de risque cardiovasculaire

HTA Diabète Alcool Sédentarité

Dyslipidémie Tabagisme Obésité ménopause

Couverture sociale

Assurance maladie ou ONG Non assurés

Qualité de l'entourage familiale

Niveau de scolarité des proches qui vivent avec le patient :

Conjoint : non scolarisé primaire secondaire supérieur

Enfant non scolarisé primaire secondaire supérieur

Parent non scolarisé primaire secondaire supérieur

Les différents diagnostics :/—/

1.SCA 2. Embolie pulmonaire 3. CMPP 4 .CMD

5. IM 6. IAo 7. RM 9. EI

8. Dissection aortique 10. Péricardite 11.TVP

Autres : ——

1.Diabète / / 2. Dysthyroïdie

/

Types de complications : ____/

1.ACFA 2. AVCI 3. AVCH 4. Embolie pulmonaire

Autre complication : /

1.IR 2. 0AP 3. Rétinopathie 4. Autre

Les classes médicamenteuses : /____/

1.IEC 2. ARA II 3. Anti aldostérone 4 Diurétique de l'anse 5.bétabloquants 6.Inhibiteur calcique 7.diurétique thiazidique 8. Antiarythmique 9. Digitalique

La ou les molécules : _____

_____

Autre traitement : /____/

1.ADO 2. Antithyroïdien 3.IPP 4. Insuline 5. Autre

Traitement des complications et à visée étiologique : /____/

1. Antiagrégant plaquettaire 2. Statine 3. Anticoagulant 4.Antiarythmique 5. HBPM 6. AVK

Mode de traitement : /____/

1. Monothérapie 2. Bithérapie 3. Trithérapie 4. Quadrithérapie 5 .5 Médicament ou plus 6. Médicament traditionnel

Nombre de prise journalière de médicament : ____/

1.1 fois 2. 2 fois 3. 3 fois et plus

Durée de suivi entre contrôle : ____/

1. Hebdomadaire 2. Mensuel 3. Trimestre

Type de soins :

1.Régulier 2. irrégulier

Qui paye le médicament : ____/

1.Malade 2. conjoint 3. Enfant 4. Autre

	M	G	OUI	NON
Vous arrive-t-il parfois d'oublier de prendre vos médicaments ?	+	+		
Depuis la dernière fois avez-vous été en panne de médicament ?	-	+		
Parfois certaines personnes ne prennent pas leurs médicaments pour d'autres raisons qu'un oubli. En pensant aux 2 dernières semaines, y a-t-il des jours ou vous n'avez pas pris votre médicament ?	+	-		
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	-	+		
Vous est- il déjà arrivé de réduire la dose ou d'arrêter de prendre vos médicaments sans en informer votre médecin parce que vous vous sentiez moins bien en les prenant ?	+	-		
Vous êtes il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	-	+		
Lorsque vous voyagez ou que vous quittez la maison vous arrive-t-il d'oublier d'emporter vos médicaments ?	+	-		
Vous êtes-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 du bien ?	-	+		
Avez-vous pris votre médicament hier ?	+	-		
Pensez-vous que vous avez trop de médicament à prendre ?	-	+		
Quand vous ressentez beaucoup moins, voire plus de vos symptômes, vous arrive-t-il parfois d'arrêter de prendre vos médicaments ?	+	-		
Le fait de devoir prendre des médicaments tous les jours représente un réel inconvénient pour certaines personnes. Vous arrive-t-il parfois d'être contrarié (e) par le fait d'avoir à respecter un traitement ?	+	-		
Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous rappeler de prendre tous vos médicaments ? Choix de réponses :	+	-		

-De temps en temps = 0,75 -Parfois = 0,5 - Régulièrement = 0,25 - Tout le temps =0				

Interprétation :

Gired xavier : M **Morisky green**: G

Total des oui =0 ; bonne observance 8 : Observant

Total des oui = 1 ou 2 ; Minime problème d'observance 6<8 : Non observant mineur

Total des oui ≥ 3 ; Mauvaise observance <6 : Non observant

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ! »

Je le jure