

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Un peuple - Un but - Une foi

République du Mali



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2022 – 2023

N°...../

Mémoire en Cardiologie

Observance thérapeutique chez les patients hypertendus dans le service de cardiologie du centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako

Présenté et soutenu le

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par

M. Oumar BORE

Pour l'obtention du Diplôme d'Etude Spécialisé (Diplôme d'Etat)

JURY

Président :

Directeur de mémoire :

Co-directeur :

Membre :



NOS REMERCIEMENTS

A Dieu le tout puissant, miséricordieux

A nos chers maîtres, enseignants et seniors :

Pr Boubacar DIALLO

Pr Mamadou DIARRA

Pr Ichaka MENTA

Pr Ilo B DIALL

Pr Souleymane COULIBALY

Pr Hamidou O BA

Pr Youssouf CAMARA

Pr Massama KONATE

Pr Ibrahima SANGARE

Pr Mamadou TOURE

Pr Coumba THIAM

Pr Asmao KEITA

Pr Mariam SACKO

Pr Mahamadou DIAKITE

Pr Noumou SIDIBE

Pr Samba SIDIBE

Pr Boubacar SONFO

Dr Almou A DIALL

Dr Boubacar DIARRA

Dr Adama SOGODOGO

Dr Hamidou CAMARA

Dr René DAKOUO

Merci pour l'enseignement reçu.

A mon Président du jury : Pr Souleymane COULIBALY

À mon Directeur de mémoire : Pr Hamidou Oumar BA

À mon Co-directeur : Pr Ibrahima SANGARE

Au membre du jury : Pr Mamadou TOURE

Votre rigueur scientifique, votre qualité de pédagogue, vos soucis de transmettre vos connaissances fait qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés. Trouvez ici chers Maîtres l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A tous les DES et internes en cardiologie : Merci pour les moments partagés.

À tout le personnel du CHU Gabriel TOURE, CHME, CHU Point G, CHU Kati, Cs réf CIII du district de BAMAKO.

À tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce travail.

DÉDICACES

Rendons grâce à Dieu pour ses biens faits et pour tout ce qu'il ne cesse d'accomplir à chaque instant de notre vie.

JE DÉDIE CE TRAVAIL

À mon défunt père

Boubacar BORE

Cher père, je suis fier de t'avoir eu comme père.

Ton soutien permanent, indéfectible ; tes conseils ton amour pour les études m'ont permis d'être ce que je suis aujourd'hui.

Les mots me manquent pour te dire combien je t'aime.

Tu as été ma source d'inspiration. Que la terre te soit légère.

A ma mère : Téné TANGARA

Femme modeste, humble, généreuse l'admiration que j'ai pour toi est sans limite, l'amour que tu portes pour tes enfants, ton souci pour la cohésion, la dignité, l'éducation et le sens de l'honneur nous servent de modèle. Je te dédie ce travail.

A ma femme et mes enfants : Awa TANDIA ,Boubacar et Mahamadou BORE

Merci pour l'amour et le soutien qu'ALLAH renforce notre union

A mes frères et sœurs :

Sidy, Saidou, Ada et Mohamed BORE

Puisse ALLAH renforcer les liens sacrés qui nous unissent, ce travail est le résultat de votre précieux soutien.

A mes camarades, compagnons, amis(es) et promotionnaires:

Pr Thierno M DIOP, Dr Drissa COULIBALY, Dr Modibo SANOGO, Dr Oumar FOFANA, Dr Korotoumou BAGAYOGO, Dr Ibrahima DOUMBIA, Dr Yacouba BALLO, Dr Issaka DIARRA.

J'ai été profondément touché par vos marques de sympathie, votre esprit de partage et votre amour pour le prochain. Puisse le Tout Puissant vous comblez de ses bénédictions. Vous pouvez croire à mon indéfectible amitié. Sincères remerciements.

ABRÉVIATIONS

HTZ : hydrochlorothiazide

BB : bêtabloquant

IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion

IC : inhibiteur calcique

FDRCV : facteurs de risque cardiovasculaire

HTA : hypertension artérielle

MHD : mesures hygiéno-diététiques

ARAI : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II

SMIG : salaire minimum interprofessionnel garanti

ONG : organisation non gouvernementale

AAP : antiagrégant plaquettaire

AVC : accident vasculaire cérébral

AIT : accident ischémique transitoire

AOMI : artériopathie oblitérante du membre inférieur

PA : pression artérielle

VD : ventricule droit

HVG : hypertrophie ventriculaire gauche

CSREF : centre de santé de référence

OMS : organisation mondiale de la santé

MSF : médecin sans frontière

ECG : électrocardiogramme

IMC : indice de masse corporelle

CHME : centre hospitalier mère-enfant

CHU : centre hospitalier universitaire

TABLE DES MATIÈRES

Introduction

Objectifs :

Objectif général :

Objectifs spécifiques :

I- Généralités

1-HTA

1-1-Définition

1-2-Types d'hypertension

1-3- Manifestations cliniques

1-4-Physiopathologie

1-5- Epidémiologie

1-6- Causes et facteurs de l'HTA

1-7- Complications

1-8-Examens paracliniques

1-9-Traitement

1-9-1-But du traitement et stratégies thérapeutiques

1-9-2- Traitement de fond

1-9-3- Mesures hygiéno-diététiques

1-9-4-Traitement médicamenteux

1-9-5-Choix des antihypertenseurs

1-9-6-Suivi du patient hypertendu

1-9-7- Prévention

1-9-7-1-Différentes mesures préventives

2-Problème d'observance thérapeutique

2-1-Facteurs liés aux patients

2-2-Facteurs liés à la maladie

2-3-Facteurs liés aux soignants
2-4-Facteurs liés aux systèmes de soins
2-5-Facteurs liés aux traitements
2-6-Evaluation de l'observance
2-7-Conséquences de la mauvaise observance
II-Méthodologie
1-Patients et méthode
2-Collecte des données
III-Résultats
IV-Commentaires et discussions
Conclusion
Références bibliographiques

1. INTRODUCTION

L'hypertension artérielle (HTA) est l'une des causes majeures de morbidité et de mortalité mondiale. Elle est identifiée comme l'un des facteurs de risque le plus prévalent pour le développement de nombreuses maladies telles que l'infarctus du myocarde, les maladies vasculaires périphériques, l'insuffisance rénale et l'insuffisance cardiaque congestive [1 ,2]. L'HTA est un problème majeur de santé publique dans les sociétés en transition épidémiologique comme c'est le cas du Mali.

Malgré l'amélioration dans la détection et le traitement de l'HTA depuis 1970 [3], les résultats des enquêtes récentes décrivent que l'HTA est mal contrôlée dans la pratique clinique [4]. L'observance, appelée aussi compliance, adhérence ou fidélité est définie comme la concordance entre le comportement d'un patient et les prescriptions faites par le médecin [2,5]. L'adhésion médiocre aux traitements est récemment reconnue comme une barrière majeure au contrôle satisfaisant de l'HTA. Elle contribue à l'échelle thérapeutique chez plus de deux tiers des hypertendus selon le Comité National mixte sur la prévention, le dépistage, l'évaluation et le traitement de l'hypertension artérielle (JNC VI) [6]. Selon l'étude NHANES 3 [7] aux Etas Unis, moins d'un quart des patients hypertendus ont leur hypertension bien contrôlée (inférieure à 140/90mmHg). La non-compliance est un problème universel, qui est reporté être l'une des causes majeures de l'hypertension réfractaire. A cause de l'étendue du problème, une attention particulière et croissante est donnée dans l'identification des facteurs qui contribuent à la non compliance du patient [8 ,9].

Le but de ce travail est de déterminer le niveau d'observance médicamenteuse des patients hypertendus dans les consultations de cardiologie du centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako et d'identifier les facteurs qui déterminent ce niveau d'observance.

1. Objectifs

1.1 OBJECTIF GENERAL :

Etudier l'observance thérapeutique des patients hypertendus dans le service de cardiologie du centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako.

1.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- _ Déterminer le niveau d'observance du traitement chez les patients hypertendus dans le service de cardiologie du CSRéf de la commune III du district de Bamako.
- Déterminer l'observance thérapeutique selon le niveau de revenu des patients dans le service de cardiologie du CSRéf de la commune III du district de Bamako.
- Evaluer l'observance thérapeutique des patients selon le nombre de prise journalière des médicaments dans le service de cardiologie du CSRéf de la commune III du district de Bamako.
- Evaluer l'observance thérapeutique des patients selon le nombre d'anti hypertenseur utilisé dans le service de cardiologie du CSRéf de la commune III du district de Bamako.

I : Généralités

Nous avons divisé cette partie théorique en deux. Nous parlerons de l'hypertension artérielle en premier lieu, du problème de l'observance thérapeutique en second temps.

I.1. Hypertension artérielle

I.1.1. Définition

L'HTA est par définition, une élévation transitoire ou permanente de la pression sanguine au niveau des artères. Alors que la pression sanguine est cette pression que le sang exerce sur la paroi des vaisseaux, cette dernière n'est pas identique partout dans le réseau vasculaire, en effet, elle varie en fonction du rythme du cœur. La pression sanguine dépend de la compliance des artères, de la volémie, du débit cardiaque et de la résistance périphérique. [10]

La définition de l'HTA se base sur deux paramètres de pression artérielle à savoir, une pression systolique de 140 mmHg et/ou une pression diastolique de 90 mm Hg, selon la recommandation européenne de 2018. [11]

Tableau I : Classification des niveaux de pression artérielle [10]

Catégorie	PA Systolique (mmHg)	PA Diastolique (mmHg)
PA optimale PA normale PA normale haute	< 120 et 120 – 129 et/ou 130– 139 et/ou	<80 80 – 84 85 - 89
Hypertension grade 1 Hypertension grade 2 Hypertension grade 3	140 – 159 et/ou 160 – 179 et/ou ≥ 180 et/ou	90 – 99 100 – 109 ≥ 110
HTA Systolique isolée	≥ 140 et	< 90

Il est cependant important de souligner qu'en fonction du risque cardiovasculaire global de chaque personne, le seuil réel utilisé pour définir l'HTA doit être considéré comme variable, plus ou moins élevé. C'est en trois ou six mois, avec trois visites consécutives et au moins deux mesures par visite que l'on pose le diagnostic d'hypertension de grade 1 et 2 au cabinet du médecin. En revanche, en ce qui concerne l'hypertension de grade trois, cette dernière est confirmée par deux mesures par consultation lors de deux consultations rapprochées.

I.1.2. Type d'hypertension

Il existe deux types d'hypertension artérielle. D'une part, L'HTA primaire ou essentielle qui représente environ 90 % des cas. Sa cause n'est pas connue, mais elle est occasionnée par plusieurs facteurs dont les effets s'accumulent durant plusieurs années. Parmi ces différents facteurs, nous pouvons citer l'âge, l'hérédité et les habitudes de vie. C'est ainsi que le stress, l'obésité, la sédentarité, l'abus d'alcool et le tabagisme contribuent considérablement à l'hypertension artérielle. Cette dernière se manifeste fréquemment vers 50 ans, toutefois ça peut être avant 50 ans. Une relation entre la consommation du sel en grande quantité et cette dernière a été mise en évidence. [10]

D'autre part, l'hypertension secondaire qui résulte d'un autre problème de santé comme l'atteinte rénale ou endocrinienne, ou encore une anomalie congénitale de l'aorte ainsi que l'usage fréquent de certains médicaments tels que les AINS, les antidépresseurs, les bronchodilatateurs, les décongestionnants nasaux à cause de l'éphédrine qu'ils contiennent. Parfois, il est possible que l'hypertension secondaire résulte de la consommation de drogues telles que la cocaïne et les amphétamines. Il est important de noter que la plupart des HTA secondaires sont d'origine rénale. [10]

I.1.3. Manifestations cliniques

L'HTA est généralement asymptomatique. Elle est découverte de manière fortuite au cours de l'examen systématique au cabinet ou à l'hôpital. Dans la plupart des

cas, les patients consultent pour des symptômes que l'on peut qualifier de mineurs. Ces symptômes peuvent être la fatigue, des insomnies, un bourdonnement d'oreille, la nervosité, parfois aussi des vertiges, des palpitations et des fourmillements dans les mains et les pieds.

En réalité, ces symptômes peuvent être occasionnés par plusieurs causes. C'est après avoir prélevé la tension artérielle (TA) que le médecin va remarquer une anomalie de la pression artérielle (PA) qui peut être par moment associée à des céphalées occipitales qui résistent aux analgésiques. [10]

I.1.4. Physiopathologie

L'HTA est une des maladies chroniques les plus répandues au monde. Elle est due à une PA anormalement élevée dans les vaisseaux sanguins. C'est une maladie qui évolue à bas bruit. Ainsi 90 % des cas sont dits primaires, les 10 % restants sont dit secondaires. Elle est due à un défaut d'excrétion du sodium à long terme. Plusieurs autres hypothèses concernent le système rénine-angiotensine-aldostérone (le système autonome). Certains facteurs liés au mode de vie agissent comme des facteurs aggravants. Par exemple, la consommation excessive d'alcool et de sel, la sédentarité, la surcharge pondérale, la consommation insuffisante des légumes et des fruits. [10]

I.1.5. Epidémiologie

L'hypertension artérielle est un problème mondial de santé publique. Les maladies cardio-vasculaires provoquent environ 17 millions de décès par an dans le monde. Sur ces 17 millions, 9.4 millions de morts sont attribués aux complications de l'hypertension artérielle. Il favorise la survenue d'accidents cardiaques avec environ 45 % de décès et la survenue d'accident vasculaires cérébraux avec 51 % des décès. C'est une maladie qui est à la fois évitable et traitable, cependant, elle continue de tuer des nombreuses personnes dans le monde entier. Les pays à revenus élevés ont une prévalence de l'hypertension plus faible, environ 35% alors que celle des autres pays est de 40 %. « Cette augmentation de la prévalence est due à la croissance démographique, au

vieillesse, et aux facteurs de risque comportementaux comme ; la consommation d'alcool, la surcharge pondérale, l'exposition à un stress persistant, la mauvaise alimentation ». [12]

I.1.6. Causes et facteurs de l'hypertension artérielle

L'hypertension est une maladie non-infectieuse qui n'a pas de cause spécifique, mais il a des facteurs de risque pouvant augmenter le risque de le présenter. Ces facteurs sont liés au mode de vie de chacun, au comportement, au vieillissement de la population, etc. [12] Ces différents facteurs sont :

- Les mauvaises habitudes alimentaires tels qu'une alimentation riche en sel, les aliments trop gras, une consommation excessive d'alcool, le manque d'activité physique, la sédentarité, une faible consommation des fruits et des légumes.
- Le vieillissement : après la ménopause, les femmes sont plus susceptibles de présenter l'hypertension artérielle.
- L'obésité : les personnes obèses et en surpoids ont un risque accru de développer l'HTA, cela au fur-et-à-mesure que l'indice de masse corporelle (IMC) augmente.
- La grossesse : la femme enceinte développe une hypertension artérielle transitoire au cours de la grossesse, mais elle finit par se stabiliser après l'accouchement.
- Le tabagisme : les fumeurs sont exposés au risque d'hypertension artérielle, car le tabac contient des composés chimiques qui entraînent une sténose artérielle.
- Le diabète, le stress, les facteurs génétiques, un taux de cholestérol élevé. [12]

I.1.7. Complications

Lorsqu'elle n'est pas prise en charge, l'HTA expose le patient à plusieurs types de complications tels que :

- Infarctus du myocarde : il survient généralement lorsqu'un caillot sanguin bloque le flux sanguin vers le cœur. Dans ces conditions, le

tissu perd l'oxygène et les cellules du muscle cardiaque meurent par hypoxie.

- Accident vasculaire cérébral (AVC) : par une lésion cérébrale due à une interruption de l'apport en sang par un embolie ou par une hémorragie intracrânienne due à la rupture d'un anévrisme.
- Une insuffisance cardiaque : par l'incapacité du cœur à pomper suffisamment de sang vers la périphérie.
- Une insuffisance rénale : par sténose de l'artère rénale.
- L'HTA peut aussi entraîner des lésions rétinienne pouvant aboutir à la cécité. [13]

I.1.8. Examens paracliniques

Après la confirmation du diagnostic, il est important de réaliser un bilan dans le but d'évaluer les répercussions sur les autres organes.

- Radiographie du thorax : pour avoir une précision sur le volume et la forme du cœur.
- Un bilan cardiaque avec : L'ECG pour vérifier le retentissement de l'hypertension sur le cœur ; l'échographie cardiaque, pour dépister l'hypertrophie du ventricule gauche (HVG) et le fonctionnement du ventricule droit (VD)
- Le fond de l'œil : pour apprécier l'état des artéioles.
- L'IRM cérébrale : si le médecin suspecte une hémorragie cérébrale.
- Bilan de coagulation : Coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)
- Numération formule sanguine : Créatinémie ; Ionogramme (calcium, potassium et sodium le plus souvent) ; Bilan lipidique : low-density lipoprotéins(LDL), high-density lipoproteins (HDL). [14]

I.1.9. Traitement

I.1.9.1. Buts du traitement et stratégie thérapeutique

Le but du traitement anti-hypertenseur est de réduire le risque de morbi-mortalité

cardiovasculaire, de réduire les chiffres tensionnels et traiter les différents facteurs de risque associés.

Les différentes approches sur lesquelles reposent la prise en charge de l'HTA :

- Les mesures hygiéno-diététiques
- Le traitement des facteurs de risque
- Le traitement médicamenteux
- Et l'éducation thérapeutique. [14].

I.1.9.2. Traitement de fond

En cas d'HTA légère avec une pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 et/ou une pression systolique diastolique (PAD) ≥ 90 sans pathologie cardiovasculaire, sans diabète, il est souhaitable de débiter avec les mesures hygiéno-diététiques. Le traitement médicamenteux est préconisé quand la PAS est ≥ 160 et/ou PAD ≥ 100 , au cas où l'HTA serait liée à une autre maladie cardiovasculaire comme l'AVC ou le diabète. De même, quand l'HTA n'est pas maîtrisée en observant uniquement les mesures hygiéno-diététiques seules. [14]

I.1.9.3. Mesures hygiéno-diététiques

L'exercice physique, un régime hyposodé (entre 2-3 g par jour), un apport réduit en calories, et une perte de poids si l'IMC ≥ 25 , l'arrêt du tabac et d'alcool sont des mesures recommandées. [14]

I.1.9.4. Traitement médicamenteux

La décision de commencer un traitement antihypertenseur dépend du niveau de pression artérielle systolique et diastolique, ainsi que de l'évaluation du risque cardiovasculaire global

I.1.9.5. Choix des antihypertenseurs

Lorsqu'on a affaire à une hypertension non compliquée, il est demandé de débiter avec les antihypertenseurs suivants :

- Inhibiteur calcique : Amlodipine PO : On commence par 5 mg

une fois par jour et 2.5 mg/jour chez les personnes âgées. On peut augmenter jusqu'à 10 mg en cas de nécessité. Ne jamais dépasser la dose maximale de 10 mg par jour.

- Diurétique thiazidique : Hydrochlorothiazide PO : administrer 12,5 à 25 mg une fois par jour le matin.
- Inhibiteur de l'enzyme de conversion : Enalapril PO : on débute avec 5 mg en une prise journalière. Puis on augmente toute les 1 à 2 semaines en fonction de l'état de la tension artérielle. Il est possible d'aller jusqu'à 10 à 20 mg une fois par jour.
- Bêta-bloquant : Bisoprolol PO : On débute avec 5 à 10 mg une fois par jour. Il est important de noter que l'interruption brutale du traitement est très dangereuse et peut occasionner un malaise et l'angor. [14]

Il est important de noter que le choix d'un antihypertenseur est fonction de la situation clinique de chaque patient, de la tolérance du médicament, du coût et de l'efficacité du traitement.

Il est préférable de débiter avec les diurétiques thiazidiques. Chez les patients avec autres maladie associé, il est primordial de contrôler la T.A après un mois. S'il n'y a pas de changement après quatre semaines, malgré un traitement correctement suivi, il est souhaitable d'associer le traitement avec un autre antihypertenseur. [14]

I.1.9.6 Suivi du patient hypertendu

C'est par le suivi que le soignant évalue l'observance et le traitement. Il doit s'assurer du bon fonctionnement des organes cibles, il doit contrôler les facteurs de risque, conseiller et surveiller la prise mesure de la TA à domicile et la mesure ambulatoire de la pression artérielle dans la mesure du possible. [14].

Pendant le suivi, le médecin surveille la biologie en fonction de ce qu'il a instauré comme traitement. Les bilans de l'ECG, de la glycémie et le bilan

lipidique se font tous les trois ans s'il n'y a pas d'élément nouveau et si le bilan initial est normal. Le suivi des patients à domicile se fait de la manière suivante : une consultation tous les trois mois avec une surveillance de la TA et du poids puis tous les six mois. Le rythme des consultations est établi en fonction des caractéristiques du patient et la prise en charge des comorbidités (diabète, p. ex.). [14]

I.1.9.7. Prévention

Il est important de prévenir la survenue de l'hypertension artérielle, car souvent le risque de troubles cardiovasculaires double chaque fois que la pression systolique augmente de 20 mmHg et que la pression diastolique augmente de 10 mmHg. Le risque qu'un patient développe un AVC est considérablement réduit en contrôlant sa pression sanguine. Les personnes adoptant des habitudes de vie saines ne feront pas d'hypertension artérielle sauf s'ils ont une composante héréditaire dans la famille. [14]

I.1.9.7.1. Les différentes mesures préventives

- Aliments très salés : il est recommandé de consommer avec modération les aliments salés pour réduire considérablement les risques de développer une HTA.
- Alimentation riche en fruits, légumes et poissons : Les légumes et les fruits apportent au corps le potassium, les fibres alimentaires et les antioxydants importants pour une bonne santé. Les aliments tels que la pomme de terre, la banane sont riches en potassium et permettent d'équilibrer le sodium.
- Réduire la consommation d'alcool et les matières grasses.
- Maintenir un bon poids et être actif en effectuant des exercices physiques.
- Éviter les situations stressantes [10]

Après avoir examiné l'HTA dans sa globalité, à présent, nous allons aborder le problème d'observance thérapeutique.

I.2. Problème d'observance thérapeutique

On parle d'observance thérapeutique quand il existe une conformité entre les recommandations du thérapeute et le comportement du malade. [15] pour l'OMS, elle correspond aux attitudes que doit adopter une personne en matière de traitement et des habitudes de vie selon les consignes en commun accord avec le médecin. [16]

Chez les Anglo-saxons, l'observance thérapeutique correspond au terme « adhérence ». Ce terme désigne l'attachement par une union étroite et forte. Il a donné naissance à deux termes qui ne véhiculent pas les mêmes idées « adhérence » et « adhésion ». L'adhérence indique une situation, un état alors que l'adhésion indique la force qui produit cet état. L'adhésion est un acte qui est volontaire, elle demande une implication personnelle, cependant l'adhérence évoque un état plus empreint de passivité ou d'inertie. C'est ainsi que le terme « observance » a souvent été préféré aux deux autres. [17]

Lorsqu'on évoque la participation et l'implication d'un patient au traitement, on envisage aussi deux autres concepts : « l'alliance thérapeutique » et « la compliance thérapeutique ». L'alliance thérapeutique désigne le lien thérapeutique qui se crée entre le patient et son thérapeute dans un esprit de collaboration et/ou de confiance. La compliance thérapeutique est la rigueur avec laquelle un patient suit les prescriptions d'un médecin. [17]

L'observance est un phénomène qui est très complexe. En effet, différents facteurs sont à l'origine de la non-observance du malade. Nous pouvons citer les conséquences des médicaments, l'affinité ou le feeling avec le thérapeute, le choix du malade, la situation familiale et sociale entre autres. La non-observance thérapeutique est un phénomène très préoccupant qui ne fait que prendre de l'ampleur dans le monde entier. Alors que des sommes très considérables sont investies dans la recherche de nouveaux médicaments, environ la moitié des patients ne prennent pas correctement le traitement prescrit. Une étude réalisée en 2018 a estimé l'observance thérapeutique en France de l'ordre de 50-70 % pour les patients souffrant de l'HTA. Ce qui correspond aux chiffres avancés par

En rapport avec le patient	<ul style="list-style-type: none"> • L'âge • Les contraintes socio-professionnelles • La connaissance et la croyance • Le niveau d'anxiété et le statut émotionnel.
En rapport avec la maladie	<ul style="list-style-type: none"> • La gravité et le pronostic • La nature de la maladie (psychiatrique) • L'intensité des symptômes
En rapport avec le soignant	<ul style="list-style-type: none"> • La communication (intérêt pour l'observance) • La motivation et force de conviction • La relation soignant-soigné
En rapport avec la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Le nombre des prises journalières • La durée du traitement • L'efficacité • Le coût des médicaments
En rapport avec le système de soin	<ul style="list-style-type: none"> • La coordination entre les soignants • Isolement relatif du médecin • Financement en fonction des performances • Le dossier médicaux électroniques

Tableau II : Facteurs susceptibles d'influencer l'observance thérapeutique [19]

l'OMS de l'ordre de 50 % pour les patients atteints des maladies chroniques dans les pays développés. [18]

Il existe de nombreux déterminants de non-observance thérapeutique. Souvent, ils sont divisés en facteurs liés aux patients, à la maladie, aux personnels de santé et aux systèmes de soins [19]

I.1.2. Facteurs liés aux patients

Plusieurs facteurs liés aux patients, conditionnent l'observance thérapeutique. Parmi ces facteurs, nous pouvons citer ; les facteurs cognitifs, comportementaux, sociaux et même émotionnels. L'Age du patient est le premier facteur que nous allons prendre en compte. Les personnes jeunes et les personnes âgées sont susceptibles de ne pas adhérer au traitement. En ce qui concerne les personnes jeunes, la dépendance aux parents favorisent l'inobservance.

Tandis que pour les personnes âgées, les comorbidités avec la polymédication, le manque de soutien et les nombreuses difficultés fonctionnelles compliquent l'adhésion au traitement. D'autres facteurs telles que la perception du patient, les connaissances, les proches du patient intervenir dans l'observance thérapeutique. Les patients qui ne croient pas à l'efficacité du traitement, les fausses informations sur le traitement et les effets indésirables des médicaments. Pour finir, les contraintes socio-économiques comme le coût des médicaments [19]

I.2.2. Facteurs liés à la maladie

Il est important de noter que l'observance thérapeutique peut-être influencé par plusieurs caractéristiques de la maladie. Un patient qui reçoit un traitement et qui ne sait pas remarquer son efficacité, est susceptible de ne pas adhérer au traitement instauré. En effet, en prenant l'exemple des pathologies asymptomatiques. L'inconvénient est qu'il est difficile pour le patient de reconnaître les symptômes de ces maladies et ensuite évaluer l'efficacité du traitement. [19]

Un autre élément à prendre en compte est la durée du traitement. Elle joue un rôle

très capital dans l'observance thérapeutique. En effet, le traitement d'une maladie chronique telle que l'HTA étant à vie, il n'est pas facile à assurer comme celui des maladies aiguës telle que le paludisme. A force de prendre plusieurs médicaments par jour, le patient fini par se fatiguer et arrête le traitement. [20]

I.2.3. Facteurs liés aux soignants

Prescrire un médicament est un acte relationnel et la qualité de la relation entre le médecin et le patient influence considérablement l'observance thérapeutique. La relation médecin-patient participe énormément à l'élaboration, à la mise en place, et au suivi du traitement. Plusieurs études ont démontré l'importance de la confiance que le malade place en son soignant sur l'adhésion ultérieure au traitement.« *Une étude britannique réalisée en soins primaires a montré une hétérogénéité entre les divers médecins généralistes quant aux scores d'achat en pharmacie des médicaments prescrits à leurs patients respectifs* ».Le médecin doit impérativement avoir une bonne relation avec son patient pour espérer qu'il adhère mieux aux traitements qui lui seront prescrits [19].

I.2.4. Facteurs liés au système de soin

Le manque de coordination entre les partenaires de santé représente un grand obstacle à l'observance du traitement. Une situation qui est d'autant plus grave chez les patients avec comorbidité et qui doivent prendre plusieurs molécules par jour. La non-observance thérapeutique est une des principales causes de rechutes. Et pour finir, le coût des médicaments qui ne permet pas à tous les malades d'en acheter, le manque des mutuelles de santé, la mauvaise utilisation des médicaments [19].

I.2.5. Facteurs liés au traitement

Le traitement influence grandement l'observance thérapeutique. Si le traitement est bien suivi par le patient, et que ce dernier est capable de prouver son efficacité, il sera très bien toléré. Le patient sera motivé de prendre car convaincu des résultats.

Vue que les données épidémiologiques nous démontrent que le taux de la non-observance thérapeutique est considérable dans le monde, les soignants doivent bien évaluer l'observance des patients. Enfin, un médecin qui s'intéresse au traitement de son patient, encourage ce dernier à mieux adhérer au traitement [19].

I.2.6. Evaluation de l'observance thérapeutique

Il existe quelques techniques pouvant aider à évaluer l'observance thérapeutique chez un patient. Premièrement, le médecin peut réaliser une estimation subjective à partir des critères simples obtenus lors de la consultation. Il va tenir compte de l'observance déclarée par le patient, la fréquence des renouvellements des ordonnances, le respect des rendez-vous et la présence des effets attribuables aux médicaments prescrits. Il est cependant important, de confronter cette impression clinique du médecin à un questionnaire validé. Par exemple, l'auto-questionnaire qui a été mis au point par le comité français de lutte contre l'HTA. [15]

Lorsqu'il persiste des doutes, le médecin peut utiliser des méthodes pharmacologiques telles que ; le dosage sanguin ou urinaire des médicaments. Plusieurs techniques de contrôle des prises médicamenteuses ont été développées dans le cadre de la recherche clinique et cela permet d'évaluer l'observance thérapeutique. Et pour finir nous évoquons la méthode du pilulier électronique qui est considéré à l'heure actuelle comme standard de référence pour la mesure de l'observance thérapeutique. L'avantage de cette méthode est qu'elle notifie objectivement l'heure et la date de l'ouverture du flacon. Néanmoins, son application reste limitée en pratique médicale. Il existe plusieurs moyens plus ou moins sophistiqué pour évaluer l'observance thérapeutique, quelques-unes plus efficaces que d'autres, mais le plus important est que ces différentes méthodes permettant au médecin de déceler les difficultés dans l'observance du traitement et ainsi l'aider à l'améliorer. [15]

I.2.7. Les Conséquences de la mauvaise observance thérapeutique

Le non-respect fréquent des prescriptions médicales diminue significativement l'efficacité de la prise en charge des maladies que ce soit aiguës ou chroniques.

Ce non-respect est responsable de plusieurs complications rencontrées chez les patients souffrants de maladies chroniques. Cela entraîne des problèmes non-seulement pour la santé du patient, mais aussi sur ses finances. L'arrêt d'un traitement antiagrégant plaquettaire chez un patient souffrant de maladie coronarienne peut entraîner non seulement la mort, mais également des nombreuses dépenses pour la prise en charge future et des nombreux bilans si le patient survit. Pour ce qui est de l'HTA, il est connu qu'une bonne observance du traitement est souvent associée à une réduction considérable du coût des soins de santé, mais aussi des hospitalisations. Les dépenses sont moins conséquentes lorsqu'il s'agit d'une maladie aiguë. Tandis que pour les maladies chroniques telles que l'HTA dont le traitement est à vie, la prise en charge est très pénible. [19].

II Méthodologie

2.1 Participants

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive et transversale qui a porté sur un échantillon de patients hypertendus suivi dans les consultations de cardiologie du Centre de Santé de Référence de la commune III du district de Bamako allant du 1^{er} Août au 31 Octobre 2022. Ont été inclus à l'étude les patients suivis pour HTA dans la consultation de cardiologie.

2.2 Procédure de collecte des données

Les données ont été collectées à travers un questionnaire soumis aux patients lors d'une entrevue, qui ont répondu favorablement au questionnaire du test d'observance de Girerd.

Les six (6) questions du test de l'évaluation de l'observance ont été celles d'un auto questionnaire mis au point et validé par Girerd et al, interprété de la façon suivante :

Si le total des oui=0 bonne observance, si le total des oui =1ou 2 minime problème d'observance, si le total des oui ≥ 3 mauvaise observance

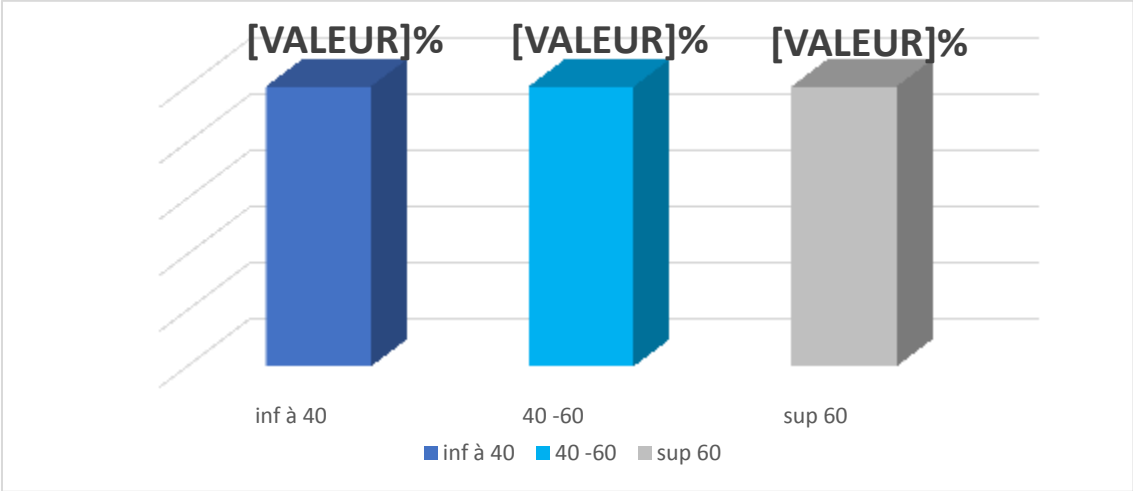
Les données ont été traitées sur ordinateur à l'aide du logiciel Spss version 20.

Le questionnaire a été soumis au patient à sa sortie de la consultation, après une brève présentation des objectifs de l'étude et l'obtention de son consentement.

Résultats

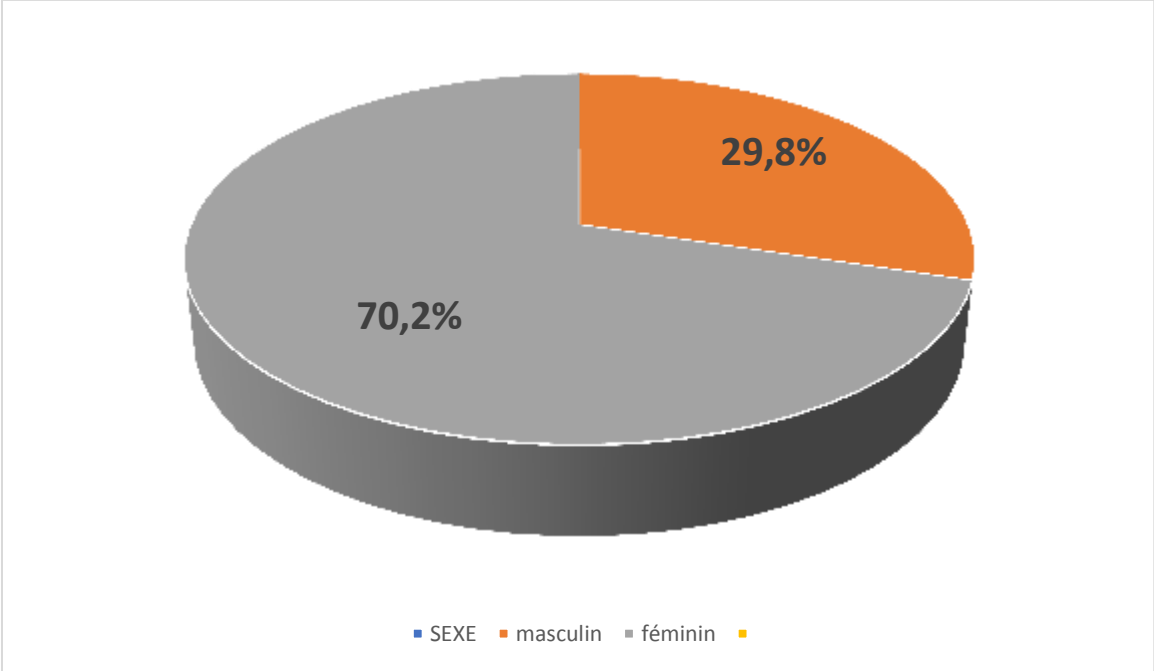
Observation thérapeutique chez les patients Hypertendus au CS réf de la commune III du District Sanitaire de Bamako

Figure I : Répartition des patients selon la tranche d'âge



Les plus de 60 ans représentaient 42% de notre échantillon.

Figure II : Répartition des patients selon le sexe



Le sexe féminin prédominait soit 70,2%

Tableau III : Répartition des patients selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	%
Marié	150	69,8
Célibataire	17	7,9
veuf/veuve	48	22,3
Total	215	100,0

Les mariés représentaient 69,8% de notre échantillon.

Tableau IV : Répartition des patients selon la résidence

résidence	Effectifs	%
Rurale	33	15,3
Urbaine	182	84,7
Total	215	100,0

Les personnes vivantes en zone urbaine représentaient 84,7%

Tableau V : Répartition des patients selon le niveau scolaire

Niveau scolaire	Effectifs	%
Non scolarisé	73	34
Primaire	81	38
Secondaire	39	18
Universitaire	22	10
Total	215	100,0

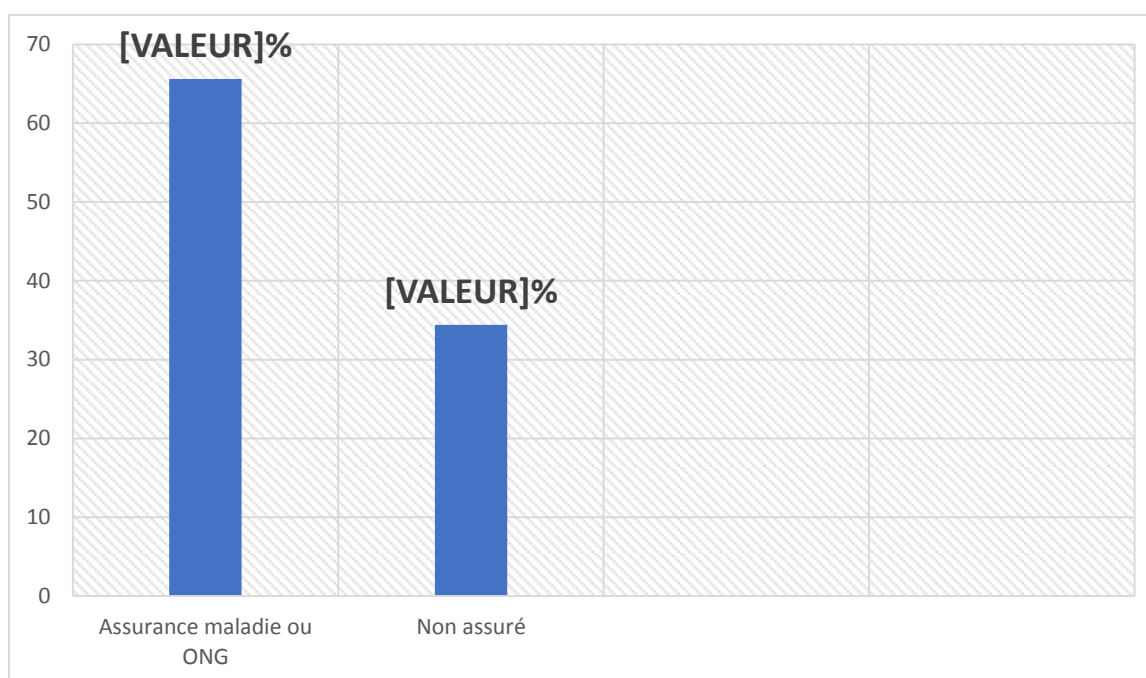
Le niveau primaire représentait 38% suivi des non scolarisés 34%.

Tableau VI : Répartition des patients selon le niveau de revenus

Niveau de revenus	Effectifs	%
0	117	54,4
faibles : < 40000	12	5,6
moyens :(40000-199000)	45	20,9
élevés :> 200000	39	18,1
Total	214	99,5

54,4% de nos patients n'avaient pas de revenus.

Figure III : Répartition des patients selon la couverture sociale



65,6% de nos patients avaient une couverture sociale.

Tableau VII : Répartition des patients selon l'ancienneté de l'HTA

Ancienneté HTA (ans)	Effectifs	%
< 5	107	50
5-10	52	24,3
> 10	55	25,7
Total	214	100,0

50% de nos patients avaient une HTA de moins de 5 ans.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le grade d'HTA

Grade d'HTA	Effectifs	%
grade 1	93	43,3
grade 2	97	45,1
grade 3	25	11,6
Total	215	100

HTA de grade 2 représentait 45,1% suivi de HTA de grade 1 avec 43,3% dans notre étude.

Tableau IX : Répartition des patients selon le nombre de pathologies associées

Nombre de pathologies associées	Effectifs	%
1	113	52
2	34	16
≥ 3	8	4
0	60	28
Total	215	100

Une seule pathologie associée à l'HTA représentait 52% dans notre étude.

Tableau X : Répartition du sexe comme risque cardiovasculaire selon l'âge

FDRCV selon le sexe	Effectifs	%
M	62	31
F	139	69

69% de sexe féminin représentaient un FDRCV dans notre étude.

Tableau XI : Répartition des patients selon les FDRCV

FDRCV	Effectifs	%
Âge	108	21
Obésité	30	6
Dyslipidémie	48	9
Tabac	12	2
Alcool	7	1
Sédentarité	96	19
HTA	215	42

L'HTA et l'âge représentaient les FDRCV les plus élevés avec respectivement 42% et 21% dans notre étude.

Tableau XII : Répartition des patients selon les complications de l'HTA

Complication sur HTA	Effectifs	%
Néphropathie	2	0,9
AVC/AIT	16	7,6
AOMI	5	2,4
Valvulopathie	14	6,7
insuffisance cardiaque	17	8
Péricardite	5	2,4
Néphropathie+IC	1	0,5
Valvulopathie+IC	4	2
AVC+IC	1	0,5
Coronaropathie+val+IC	1	0,5
Avc+val+IC	1	0,5
AVC+Val	1	0,5
AUCUN	141	67,5

67,5% de nos patients n'avaient aucune complication.

Tableau XIII : Répartition des patients selon le type de traitement

Type de traitement	Effectifs	%
MHD seules	2	0,9
MHD+antihypertenseur	213	99,1
Total	215	100,0

La majorité de nos patients avait comme type de traitement MHD+antihypertenseur soit 99,1%

Tableau XIV : Répartition des patients selon les molécules utilisées

Traitement molécules utilisées	Effectifs	%
IEC OU ARAII	8	3,8
IC	22	10,3
THAZIDIQUE	1	0,5
BETABLOQUANTS	1	0,5
CENTRAUX	13	6,1
IEC ou ARAII+HTZ+BB	38	17,8
IEC ou ARAII +IC	22	10,3
IEC ou ARAII+HTZI	30	14,1
IEC ou ARAII+BB	17	8
IEC ou ARAII +BB +DAH	7	3,3
IC+BB	8	3,8
IEC ou ARAII+IC +BB	2	0,9
IEC ou ARAII+CENTRAUX	5	2,3
BB+CENTRAUX	2	0,9
IEC ou ARAII+IC+HTZ	13	6,1
HTZ+ BB	4	1,9
IEC ou ARAII +IC+HTZ+BB	4	1,9
IEC ou ARAII+IC+HTZ+CENTRAUX	4	1,9
IEC ou ARAII+IC+CENTRAUX	1	0,5
IC+HTZ+BB	6	2,8
IEC ou ARAII+CENTRAUX+BB	3	1,4
IEC ou ARAII +BB+ANTI AL	2	0,9

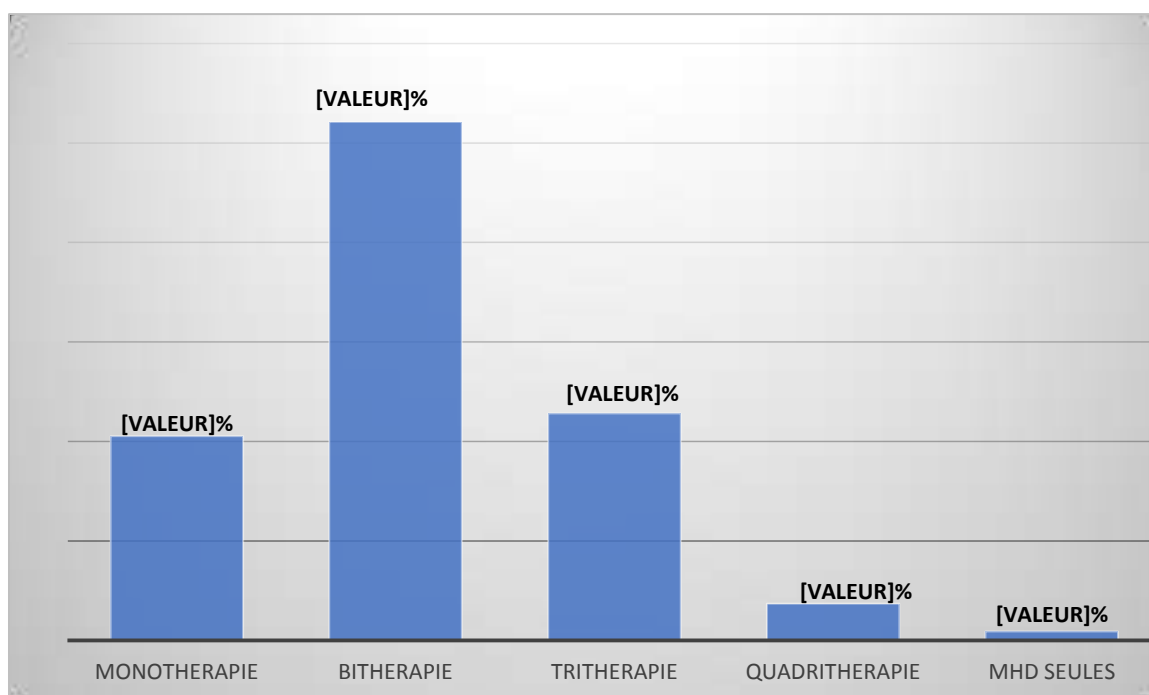
L'association IEC ou ARAII+HTZ et BB représentaient 17,8% dans notre étude.

Tableau XV : Répartition des patients selon le traitement médicamenteux des complications

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS	Effectifs	%
AAP	32	24
STATINE	33	26
AAP +STATINE	61	47
AAP +ANTICOAGULANT	2	2
AAP +STATINE+ANTICOAGULANT	1	1

Antiagrégant plaquettaire+Statine étaient les plus utilisés soit 47% dans notre étude.

Figure IV : Répartition des patients selon le mode de traitement



La bithérapie représentait 52,1% dans notre étude.

Tableau XVI : Répartition des patients selon le nombre de prise journalière

NOMBRE DE PRISE JOURNALIERE	Effectifs	%
1FOIS	160	80
2FOIS	34	17
3FOIS ou plus	6	3
Total	200	100

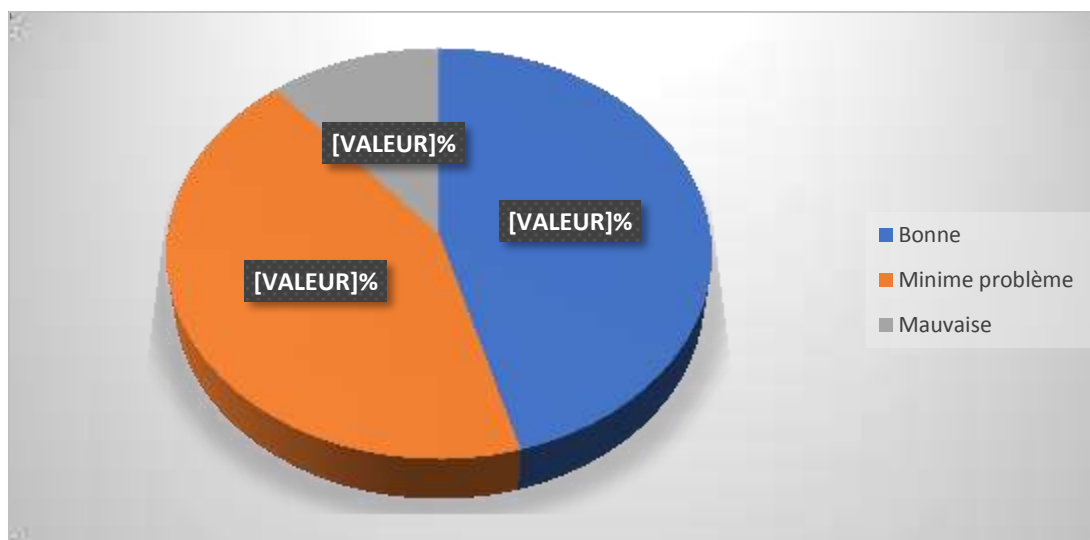
Une seule prise journalière représentait 80% dans notre étude.

Tableau XVII : Répartition des patients selon la durée de suivi entre deux contrôles

DUREE DE SUIVI ENTRE DEUX CONTROLES	Effectifs	%
Hebdomadaire	14	6,5
mensuelle	142	66
trimestrielle	29	13,5
pas de suivi régulier	30	14
Total	215	100

66% de nos patients étaient suivis mensuellement dans notre étude.

Figure V : Répartition des patients selon le degré d'observance thérapeutique



45,6% de nos patients étaient bon observant dans notre étude.

Tableau XVIII : Relation entre couverture sociale et l'observance thérapeutique

Observance	Bonne	Minime problème	Mauvaise	Valeur p
Couverture sociale				
Assurance maladie ou ONG	53(38,4%)	72(52,2%)	13(9,4%)	0,007
non assuré	39(56,5%)	20(29%)	10(14,5%)	0,006

Les assurés étaient les plus observants

Tableau XIX : Relation entre niveau de revenus et l'observance thérapeutique

Observance	Bonne	Minime problème	Mauvaise	Valeur p
Niveau de revenus(FCFA)				
0	51(44,7%)	49(43%)	14(12,3%)	0,62
< 40000	4(33,3%)	6(50%)	2(16,7%)	0,57
40000-199000	17(37,8%)	23(51,1%)	5(11,1%)	0,75
>200000	21(58,3%)	13(36,1%)	2(5,6%)	

Il n'y a pas de relation significative entre l'observance et le niveau de revenu

Tableau XX : Relation entre la résidence et l'observance

Observance	Bonne	Minime problème	Mauvaise	Valeur p
Résidence				
Rurale	13(48,1%)	8(29,6%)	6(22,2%)	0,26
Urbain	79(43,9%)	84(46,7%)	17(9,4%)	0,25

L'observance n'est pas en relation avec la résidence

Tableau XXI : Relation entre scolarisation et l'observance thérapeutique

Observance scolarité	Bonne	Minime problème	Mauvais	Valeur p
Non scolarisé	38(55,1%)	23(33,3%)	8(11,6%)	0,31
Primaire	29(36,7%)	40(50,6%)	10(12,6%)	0,27
Secondaire	14(35,9%)	22(56,4%)	3(7,7%)	0,5
Universitaire	10(50%)	8(40%)	2(10%)	

Le niveau scolaire n'a pas d'impacte sur l'observance

Tableau XXII : Relation entre le sexe et l'observance thérapeutique

Observance Sexe	Bonne	Minime problème	Mauvais	Valeur p
Masculin	31(52,5%)	22(37,3%)	6(10,2%)	0,33
Féminin	60(40,5%)	71(47,1%)	17(11,5%)	0,33

Le sexe n'est pas un facteur déterminant de l'observance

Tableau XXIII : Relation entre fréquence de prise journalière et l'observance thérapeutique

Observance Fréquence de prise journalière	Bonne	Minime problème	Mauvais	Valeur p
1FOIS	74(47%)	66(42%)	17(11%)	0,38
2FOIS	12(36,4%)	19(57,6%)	2(6%)	0,37
3FOIS ou plus	3(60%)	1(20%)	1(20%)	0,89

Il n'ya pas de relation significative entre le nombre de prise et l'observance therapeutique

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude a été réalisée au Centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako.

Au cours de cette étude nous avons pris 215 patients et 45,6% patients étaient bon observant au traitement.

Tranche d'âge :

Dans notre étude les plus de 60 ans étaient majoritairement représentés soit 42%. Cette observation a été faite par **HGhozzi et Al.** [21] qui avaient retrouvé 64,6%. Ces résultats sont différents de **ZIYAD B.** [22] qui retrouvait 59% de moins de 60 ans.

Sexe :

Le sexe féminin était majoritairement représenté soit 70,2%, le même constat a été fait par **HGhozzi et Al, Malik KS et Al.** [21,23] qui avaient retrouvé respectivement 67% et 63,7%.

Statut matrimonial :

Dans notre série les mariés représentaient 69,8% des cas ce qui est comparable à celui de **HGhozzi et Al.** [21]

Résidence :

Nous avons retrouvé 84,7% qui résidait en milieu urbain dans notre étude.

Joseph C. et DJIBRIL N. [24,25] avaient retrouvé 67,7% et 65,88%. Ces résultats pourraient s'expliquer par la proximité de la population urbaine avec les services de cardiologie.

Niveau scolaire

Le niveau primaire était plus représenté soit 38%. Ce résultat est supérieur à celui de **Malik KS et al** mais proche de celui de **Joseph C.** qui avaient retrouvé respectivement 24,6% et 32,4% [23,24] ce qui pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon et la durée de l'étude.

Niveau de revenus :

La majorité des patients dans notre étude n'avait pas de revenus soit 54,4%.

Pio et al, Essomba et al [26,27] avaient trouvé respectivement 61,31% et 39,9% dans leurs études.

Couverture sociale

Une proportion de 65,6% de nos patients avaient une couverture sociale en accord avec celui de Ghozzi H et al et Martine HZ [21 ; 28] respectivement 70% et 72% mais qui diffère largement de celui de Baldé MD avec 4,3% [29]

Ancienneté de l'HTA

Les patients avec une HTA de moins de 5 ans représentaient 50% dans notre étude. Ce résultat est inférieur à celui de Joseph C [24] et de Konin C et al [30] avec respectivement 78,1% et 75%.

Grade de l'HTA

L'HTA grade 2 était la plus représentée dans notre étude soit 46,1% contrairement à celle de H Ghozzi et al [21] où l'HTA grade 1 était de 49,8%

Pathologies associées

Dans notre étude 52% de nos patients avaient une seule pathologie associée à l'HTA.

Notre résultat est inférieur à celui de Martine HZ avec 87,1% [28]

Facteurs de risque cardio-cardiovasculaire

Le sexe féminin, l'HTA, l'âge et la sédentarité constituaient les principaux FDRCV chez nos patients avec respectivement 69% ,42% ,21% et 19%. Notre résultat est proche de celui de M'BAYE A et al [31] qui avaient trouvé comme principaux facteurs de risque la sédentarité (90,5%), l'HTA (65,7%) et l'hypercholestérolémie (47,6%) mais diffère un peu de celui de Joseph C [24] qui retrouvait l'âge (80,5%), le diabète (14,9%) et l'obésité (10,91%).

Les complications sur HTA

Plus de la moitié soit 67,5% des patients dans notre étude n'avaient pas de complications sur HTA, cela pourrait avoir comme explication que la majorité de nos patients étaient vus à un stade non avancé de leur HTA.

Contrairement à celui d'Essomba et al [27] qui avait rapporté 86,6% de diabète comme complication.

Le type de traitement

La majorité de nos patients étaient sur les MHD associées aux antihypertenseurs environ dans 99,1%, deux sous MHD seules soit 0,9%

Les autres auteurs n'ont pas pris en compte les MHD dans leurs études

Les molécules utilisées

Les molécules les plus utilisées chez nos patients étaient les IEC ou ARAII+HTZ et BB (17,8%), les IEC ou ARAII+HTZ (14,1%) suivi des IC seuls et IEC ou ARAII+IC (10,3 %) chacun.

Certains auteurs avaient trouvé 48,6% pour les IEC et 26,2% en association fixe **Joseph C**[24], **Essomba et al** [27] qui avaient retrouvé les IC, Diurétique dans respectivement 52,5% et 51% des cas.

Traitement des complications

L'association antiagrégant plaquettaire et statine était les molécules les plus utilisées soit 47% suivi de statine et de l'antiagrégant plaquettaire avec respectivement 26% ,24% dans le traitement médicamenteux des complications

Le mode de traitement

Plus de la moitié de nos patients étaient sous bithérapie soit 52,1% suivi de la trithérapie (22,8%) et de la monothérapie (20,5%). Notre étude se rapproche de celui d'**Ikama MS et al** [32] avec 47% de bithérapie. Les pourcentages suivants 33,3%, 45%, 35,4% de monothérapie de **Baldé MD et al**, **Konin C et al**, **Ikama MS et al** sont supérieurs à notre résultat [29, 30,32]

Pour la trithérapie notre résultat est proche de celui de **Konin C et al** avec 26,5% [30] et supérieur à ceux de **Baldé MD et al**, **Ikama MS et al** respectivement 9,3%, 12,3% [29,32].

La fréquence de prise journalière

La majorité de nos patients avait comme fréquence une prise journalière soit 80% et 17% avec deux prises journalières.

D'autres auteurs ont trouvé 33,8% pour une prise journalière ; 56,01% pour deux prises journalières **DIARRA MB et al** [33], **H Ghozzi et al** [21]avaient

trouvé 35,9% chacune pour la double et la triple prise journalière et **Baldé MD et al** [29] avaient eu 100% pour plus d'une prise journalière.

Durée de suivi entre deux contrôles

Le suivi mensuel chez nos patients était de 66% ; 13,5% de suivi trimestriel et 14% de nos patients n'avaient pas de suivi régulier, cela pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos patients étaient sous couverture sociale dont le renouvellement de l'ordonnance se faisait mensuellement.

L'observance thérapeutique

« Il n'existe aucun moyen parfait pour mesurer l'observance thérapeutique. L'anamnèse n'est pas fiable. Le recours au monitoring thérapeutique peut être utilisé pour objectiver l'observance. Le dosage de la concentration sérique ou urinaire du médicament permet alors d'attester la prise régulière du traitement. [19] Pour simplifier l'évaluation de l'observance thérapeutique, Girerd et al [34] ont mis au point un questionnaire standardisé simple qui est un véritable test d'évaluation de l'observance.

Le résultat principal de notre étude a été la mise en évidence d'une bonne observance chez 45,6% des patients.

La faible observance des hypertendus a été mentionnée par la plupart des études [21, 26,30]

La majorité de nos patients soit 65,6% avaient une couverture sociale supérieure à ceux de **Baldé MD et al** et Adoubi et al [29, 35] respectivement 4,3% et 49,4% Avec la couverture sociale l'observance thérapeutique semble être meilleure dans notre étude ($p=0,007$), comme dans les pays développés avec une sécurité sociale

Les patients qui avaient des revenus élevés étaient plus observants avec 58,3%, 44,7% des patients qui n'avaient pas de revenus étaient bon observants.

La notion de revenus n'a pas une influence majeure sur l'observance thérapeutique chez nos patients ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité étaient sous couverture sociale au même titre que ceux qui ont des revenus ou non.

Contrairement à celui de Konin C et al [30] ou la quasi inexistence de couverture sociale et le coût élevé du traitement ont été des facteurs de mauvaise observance thérapeutique.

La résidence n'a pas d'impact significatif sur l'observance thérapeutique dans notre étude. Dans la littérature, les études s'accordent sur une prévalence plus importante de l'HTA en zone urbaine. Mais elles font très peu cas de relation entre la provenance des malades et l'observance du traitement [36]

Le niveau de scolarisation des patients était bas avec 38% pour le primaire et 34% pour le non scolarisé qui est similaire à celui Essomba et al [27] avec 40,1% pour le primaire ou moins.

Notre étude a trouvé 55,1% de bon observant parmi les non scolarisés, 36,7% pour le primaire. Nous n'avons pas trouvé de relation significative entre le niveau d'éducation et la mauvaise observance ($p=0,31$)

Les hommes étaient plus observants que les femmes dans notre étude avec 52,5% pour les hommes et 40,5% pour les femmes. Notre résultat est supérieur à celui de Konin C et al [30] avec 17,2% pour les hommes et 9,2% pour les femmes.

La raison en était que les femmes sont économiquement dépendantes de leurs maris.

L'observance thérapeutique était bonne chez les patients avec une seule prise journalière dans notre étude identique à celui HGhozzi [21] et de Baldé MD et al [29]. Ce constat a été rapporté dans la littérature.

Conclusion

L'observance thérapeutique est un défi majeur, surtout dans le traitement des maladies chroniques comme l'HTA.

Dans notre série l'observance a été bonne cela est dû à la couverture sociale chez la majorité de nos patients, un appel aux autorités pour pérenniser et étendre la couverture sociale pour toutes les couches sociales mais surtout d'amoinrir le coût de la prise en charge de cette affection.

L'information et l'éducation des patients est une des solutions pour améliorer l'observance thérapeutique.

Recommandations

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

- Aux Personnels soignants faire l'éducation thérapeutique chez tous les patients hypertendus
- Aux hypertendus de respecter les consignes donnés par le personnel soignant

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-**Andrade JP ,Vilas-Boas F,ChagasH,AndradM.**Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension .Arq Bras Cardiol 2002 ;79 : 380-4

2-**Lloyd-Jones DM,Evans JC ,Levy D.** Hypertension in adults across the agespectrum :current outcomes and control in community.

JAMA 2005 ;294 :466-72

<https://books.google.ml> Consulté le 08/03/2022

3-**Ghannem H.,Hadj Fredj A.** ,transition épidémiologique et facteurs de risque cardiovasculaire en Tunisie .RevEpidemiol Santé publique 1997 ;45 :236-92

<https://documentation.ehesp.fr> Consulté le 08/03/2022

4-**GasconJJ,Sanchez-OrtunoM ,LlorB,SkidmoreD,SturnoPJ.**Why hypertensive patients do not comply with the treatment.

FamPract 2004 ;21 :125-30

5-**Haynes RB, Taylor DW, SackettDL.**Compliance in healthcare .Baltimore : Johns Hopkins university Press ;1979

<https://repository.library.georgetown.edu> Consulté le 08/03/2022

6-**Joint national committee on prevention, detection evaluation and treatment of high blood pressure .**The sixth report of the joint national Committee on prevention .Archintern Med 1997 ;157 :2413.

7-**Hyman DJ ,PavlikVN.**Uncontrolled hypertension as a risk for coronary artery disease :Patient characteristics in the role of physician intervention .CurrAtherosclerRep 2003 ;5(2) :131-8

8-**Nelson MR, Reid CM ,Ryan Ph ,Willson K ,Yelland L .**Self-reported adherence With medication in cardiovascular disease outcomes in the second Australian National Blood Pressure Study (ANBP2) Med J Aust 2006 ;185(9) :487-9

9-**Williams B,Poulter NR, Brown MJ ,David M, Mcinnes GT ,Potter JF et Al .**British hypertension society guidelines for hypertension management 2004 (BHS-IV). BMJ 2004 ; 328 :634-40.

10-**Dominique la Croix, Yvette Bernard et al, 2010** Cardiologie : Collège national des enseignants de cardiologie et de la société Française de cardiologie. Elsevier Masson (III), 298-319

11-**Alexandre Vallée, Michel E. Safar et al.** (2019), Hypertension artérielle permanente essentielle : définitions et revue hémodynamique, clinique et thérapeutique.

Presse Med. 2019 ; 48 : 19–28

www.sciencedirect.com Consulté le 08/03/2022

12-**OMS (2013)**. Panorama mondial de l’hypertension, un « tueur silencieux » responsable d’une crise de santé publique mondiale. Page 09, p1-40.

13-**OMS, (2019)**, Hypertension artérielle,

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> Consulté le 08/03/2022

14- **Médecins Sans Frontières, (2019)**. Guide clinique et thérapeutique. Edition 2019. ISBN 978-2-37585-042-8

<https://reliefweb.int> Consulté le 08/03/2022

15-**S. Le jeune, J.J. Mourad (2012)**, Inobservance et inertie clinique : deux obstacles majeurs à la prise en charge de l’hypertension artérielle. Revues Générales Hypertension artérielle. Page 38-42

<http://www.realites-cardiologiques.com> Consulté le 06/06/2022

16-**OMS (2003)**. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. OMS/MNC/03.01. Genève:

www.who.int/chronic_conditions/en/adherencereport.pdf

17-**M.Benoit, J.Pon, M.A Zimmermann (2009)**. Comment évaluer la qualité de l’observance ? Supplément 3, p87–p90

www.em-consulte.com consulté le 06/06/2022

18-**N. El Bèze, A. Vallée et al (2018)**. Observance des traitements cardiovasculaires, Adhésion au traitement des maladies cardiovasculaires, Elsevier, Volume 12, numéro 6 , octobre 2018, pages 496-501

19-**ScheenAJ, Giet D.** Non observance thérapeutique : Causes, Conséquences, Solutions. Rev Méd Liège. 2010 ; 65 : 5-6: 239-245.

<https://www.semanticscholar.org> Consulté le 09/03/2022

20-**Benilde Bepouka Izizag et al.** (2020) Déterminants de la non-observance au traitement antirétroviral chez l’adulte à Kinshasa.

Pan African Medical Journal. 2020 ; 37(157). 10.

21 H. Ghozzi, M. Kassis, A. Hakim, Z. Sahnoun, A. Abderrahmen, R. Abbes, S. Malej, S. Hammami, L. Hajkacem, K. Zeghal

Observance médicamenteuse chez un échantillon d'hypertendus dans la région de Sfax (Tunisie), 2010, p132

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs> Consulté le 15/05/2022

22-ZIYAD B.

Hypertension artérielle chez le sujet jeune

Thèse de Médecine. Université Paris Diderot ,2014 ; 4799 : P20-22

<http://www.bichat-larib.com> Consulté le 15/05/2022

23- Malik KS et al.

Environnement familial et observance du traitement de l'hypertension artérielle dans une population d'hypertendus à Abidjan 2020 ; P70

www.hsd-fmsb.org Consulté le 15/05/2022

24- Joseph C

État de Connaissances des hypertendus à de propos de l'hypertension artérielle dans le service de cardiologie du CHU Gabriel Touré à propos de 210 cas.

Thèse de médecine, Bamako, 08M. P :26. N°586

<https://www.keneya.net> Consulté le 15/05/2022

25-DJIBRIL N

Étude de la prescription, de la disponibilité et de la dispensation des médicaments cardiovasculaires à la pharmacie hospitalière du Point G,

Thèse de pharmacie, Bamako, thèse : 08P ; P : 51 N°.51

<https://www.keneya.net> Consulté le 15/05/2022

26-Pio M et al

Observance thérapeutique de l'hypertension artérielle et ses facteurs dans le service de cardiologie du CHU Tokoin de Lomé

PanAfrican médical journal .2013 ; 14 :48.doi :10.11604/pamj.2013.14.48.1973

27-Essomba N E et al

Facteurs de non observance au traitement antihypertenseur chez les adultes à Douala HealthSci. Dis: Vol 18 (3) July – August – September 2017

Available at www.hsd-fmsb.org consulté le 11/05/2022

28-Martine HZ

L'observance thérapeutique chez les patients diabétiques et hypertendus : une revue systématique de la littérature. Thèse de pharmacie, Antananarivo 2013 N°0031Ph

<http://biblio.univ-antananarivo.mg> Consulté le 11/05/2022

29-Baldé MD et al

Evaluation du niveau d'observance thérapeutique chez les hypertendus suivis en ambulatoire au service de cardiologie de l'hôpital National Ignace Deen.

EDUCI 2017. Revintscméd -RISM-2017;19,2:105-109.

30-Konin C et al

L'observance thérapeutique et ses facteurs chez l'hypertendu noir africain

Archives des maladies du cœur et des vaisseaux 07;100(8):page 631-633

<https://pascal-francis.inist.fr> Consulté le 05/04/2022

31-M'Baye A et al

Prévalence et facteurs liés à l'observance thérapeutique chez des patients noirs africains coronariens stables, suivis en ambulatoire en service de cardiologie de Dakar au Sénégal

doi:10.1016/j.ancard.2011.07.001

<https://www.sciencedirect.com> Consulté le 08/03/2022

32-Ikama MS et al

L'observance médicamenteuse et ses facteurs dans un groupe d'hypertendus congolais

PanAfricanMedicalJournal. 2013; 15:121. doi:10.11604/pamj.2013.15.121.2435

33- DIARRA MB et al

Facteurs relatifs à l'observance du traitement de l'hypertension artérielle

Medecine d'Afrique noire 2009-56(2):page88

34-GirerdX, Hanon O, Anangnostopoulos K et al. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire: mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse Méd. 2001 ; 30: 1044-1048.

<https://crip-pharma.fr> Consulté le 18/02/2022

35- **Adoubi KA, Diby KF, Nguetta R, et al.** Facteurs de la mauvaise observance thérapeutique de l'hypertendu en Côte d'Ivoire.

Rev Int Sc Med 2006 ; 8(2): 18-22.

<https://indexmedicus.afro.who.int> Consulté le 11/12/2022

36- **Bouda D C** étude de l'observance thérapeutique chez des malades hypertendus suivis en ambulatoire au centre hospitalier universitaire souro-sanou de Bobo dioulasso Thèse de médecine, Bobo Dioulasso, 2013 N°08

<https://beep.ird.fr> Consulté le 08/03/2022

ANNEXES

Annexe 1

Fiche d'enquête

N° : _____

1. Données sociodémographiques :

Q1. Nom : _____ Prénom : _____

Q2. Âge: /____ / 1. <40ans, 2. 40-60ans, 3. > 60ans

Q3. Sexe : /____ / 1. Masculin, 2. Féminin

Q4. Statut matrimonial : /____ / 1. Marié(e) 2. Célibataire 3. Veuf/veuve

Q5. Résidence : /____ / 1. Rurale 2. Urbaine

Q6. Niveau scolaire : /____ / 1. Nonscolarisé 2. Primaire 3. Secondaire
4. Universitaire

Q7. Niveau de revenus du patient : /____ /

1. Pas de revenus

2. Revenus faibles < SMIG (<40 000 FCFA)

3. Revenus moyens > au SMIG (40 000 – 199000) FCFA.

4. Revenus élevés ≥ 200.000 FCFA.

Q8. Couverture sociale : /____ / 1. Assurance maladie ou ONG, 2. Non assuré

2. Données cliniques :

2.1 Données sur HTA

Q7. Ancienneté de l'Hypertension : /____ / 1. Moins de 5 ans, 2. 5 à 10 ans, 3. Plus de 10 ans

Q8. Type d'HTA : /____ / 1. grade1, 2 grade2, 3. grade3

Q9. Le nombre de pathologies (Diabète, dyslipidémies, hépatopathies, VIH, ulcères, tuberculose) associées : / ____ / 1.1pathologie, 2.2pathologies, 3.3 au plus, 4. Aucun

2.1.2Facteurs de risques cardiovasculaires associés :

Q10. Sexe : / ____ / 1. Masculin, 2. Féminin

Q11. Age : / ____ / 1. Oui, 2. Non

Q12. Obésité (IMC \geq 30) : / ____ / 1. Oui, 2. Non

Q13. Dyslipidémie : / ____ / 1. Oui, 2. Non 3. Non spécifié

Q14. Tabac : / ____ / 1. Oui, 2. Non

Q15. Alcool : / ____ / 1. Oui, 2. Non

Q16. Sédentarité : / ____ / 1. Oui, 2. Non

Q17. HTA : / ____ / 1. Oui, 2. Non

2.1.3Données sur les complications de l'HTA

Q18. Type de complications : / ____ / 1. Néphropathie, 2. Coronaropathie, 3.AVC /AIT, 4. AOMI, 5. Valvulopathie, 6. Insuffisance cardiaque, 7.Non spécifié, 8. Aucun

2.1.4 Traitement de l'HTA :

Q19. Type de traitement : / ____ / 1.MHD seul, 2.MHD + antihypertenseurs, 3. Traditionnel,

Q20.Mode de traitement:/ ____/ 1.Monothérapie, 2.Bithérapie, 3.Trithérapie, 4.Quadrithérapie, 5.Médicaments + traitement traditionnel.

- Q21.** Traitement selon les molécules utilisées : /_____/ 1. IEC ou ARA II
2. Inhibiteurs calciques, 3. diurétiques thiazidiques, 4. bêtabloquants,
5. Anti-aldostérone, 6. Anti-hypertenseurs centraux.
- Q22.** Traitement des complications : /_____/ 1. Antiagrégant plaquettaire
2. Statine 3. Anticoagulant. 4. Anti arythmique.
- Q23.** Nombre de prise journalière de médicament : /___ / 1. 1fois, 2. 2fois, 3.
3fois au plus.
- Q24.** Durée de suivi entre deux contrôles : /___ / 1. Hebdomadaire, 2. Mensuel,
3. Trimestriel, 4. Pas de suivi régulier

L'observance thérapeutique a été appréciée à partir du questionnaire de Girerd.

Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?2

Oui

Non

Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicament ?

Oui

Non

Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?

Oui

Non

Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?

Oui

Non

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

Oui

Non

Pensez-vous que vous avez trop de médicaments à prendre ?

Oui

Non

Total des OUI = 0. Score = 0 : Bonne observance

Total des OUI = 1 ou 2. Score = 1 ou 2:Minime problème d'observance

Total des OUI \geq 3 Score \geq 3 : Mauvaise observance