

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SUPERIEURS ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE.

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple Un But Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO
Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie



ANNEE UNIVERSITAIRE 2009-2010

N° /...../

TITRE

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 20/11/2010 à.....Heures devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Par Mandé BERTHE

Pour obtenir le grade de *Docteur en MEDECINE* (DIPLÔME D'ETAT)

JURY

Président du Jury: Pr. Saharé FONGORO
Membres: Dr. NIENTAO Antoine Ibrahim
Dr. Kassoum M SANOGO
Co-directeur : Dr. Hamidou O BA
Directeur de thèse: Pr BoubaKar DIALLO

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicace:

✓ **A Dieu, le Tout-Puissant, le Très-Haut, le Miséricordieux :**

Je te remercie de m'avoir donné la santé et la force nécessaire pour arriver à bout de ce travail.

Que la gloire te revienne sur la terre comme au ciel !

✓ **A mon père Kader Berthé :**

Ce travail est le fruit de tes longues années de labeur.

Merci de l'éducation que tu nous as léguée. Je suis fier de toi et trouve ici l'expression de mes sentiments les plus respectueux !

Que Dieu te donne longue vie et la force nécessaire de nous guider sur le droit chemin !

✓ **A ma mère Sata Traoré :**

Merci de tes conseils !

Que Dieu te donne longue vie pour jouir du fruit des arbres que tu as plantés, nous tes enfants !

✓ **A ma grande sœur aînée Feue Fatoumata Berthé :**

Tu as bien joué ton rôle de grande sœur, voir de maman durant tout le temps que tu as passé avec nous sur terre ici bas. J'aurai souhaité ta présence ce jour.

Mais hélas ! Rien ne peut contre la volonté de Dieu.

Que ton âme repose en paix !

✓ **A mon oncle Charles Blonda Traoré :**

Merci de ta générosité et de tes conseils. Les mots me manquent pour te remercier. Sans toi, ce travail ne serait pas accompli.

Recevez ici l'expression de toute ma reconnaissance !

- ✓ **A mes tantes Mme Berthé Rokia Sidibé, Mme Guindo Kadiatou Blonda Traoré, Mme Blonda Assan Traoré, Mme Blonda Ramata Deh, Mme Blonda Assétou Maïga, Mme Blonda Niakamba Konaté.**

Je vous remercie pour votre amour et pour tout le sacrifice consenti.

- ✓ **A mon père Feu Mamadou Berthé :**

Que la terre te soit légère !

- ✓ **A mes oncles : Abdoulaye Traoré, Sidi Traoré, Youba Blonda Traoré,**
- ✓ **A mes frères, sœurs et cousins(es).**
- ✓ **A Toutes les familles Diabaté (Djélibougou), Blonda (Badialan 1), Kéïta (Bancoumana), Berthé (Sikoroni, Bancoumana)**

Merci pour tout le soutien durant cette thèse !

- ✓ **A mon épouse Mme Berthé Astan Touré et ses enfants :**

Merci pour ton courage et ta patience!

- ✓ **A mes beaux parents : Mamadou Diakité (Inspecteur Police 5^{eme} Arrondissement), Feu Moussa Touré, Mme Diakité Oumou Sow, Mme Aminata Sow, Mme Ina Sow, Youssouf Keïta, Mme Astan Keita, Mme Konaté Assétou Touré, les jumelles (Adam + Bintou Touré).**

Merci pour tous vos soutiens et je vous serai reconnaissant !

REMERCIEMENTS :

C'est dans l'allégresse que je tiens à remercier tous ceux qui se sont sacrifiés pour la réalisation de ce travail.

Cependant, je ne saurais énumérer de façon exhaustive les parents, amis,

collaborateurs et maîtres qui m'ont apporté leur soutien tout au long de cette thèse.

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Mes remerciements :

a) A toute l'équipe de cardiologie du CHU-GT et particulièrement mes maîtres :

- **Dr SANOGO** **Kassoum**

- **Dr BA** **Hamidou** **Oumar**

- **Dr MENTA** **Ichaka**

- **Dr SANGARE** **Ibrahim**

- **Dr SIDIBE** **Noumou**

- **Dr TRAORE** **Aladji**

Chers maîtres, recevez ici l'expression de mes sentiments les plus respectueux et de ma profonde reconnaissance !

b) Aux nouveaux Médecins du service de cardiologie :

- a) **Dr ALBAKAYE** Mohamed
- b) **Dr BARRY** Aissata
- c) **Dr BATHILY** Cheick Oumar
- d) **Dr COULIBALY** Baby
- e) **Dr COULIBALY** Joseph
- f) **Dr DEMBELE** Bouréma
- g) **Dr DIAKITE** Fanta Kaba
- h) **Dr FOFANA** Cheick Hamalla
- i) **Dr MACALOU** Diala
- j) **Dr TRAORE** Fatou Dramane

Ce travail est le fruit de vos efforts conjugués. Recevez ici l'expression de ma très haute considération !

c) A mes collègues thésards :

- ❖ **COULIBALY** *Alhouseny* ❖ **KEITA** *Fadjougou*
- ❖ **DEMBELE** *Maxime* ❖ **KONE** *Oumar Daouda*
- ❖ **DIARRA** *Moussa* ❖ **MAIGA** *Ibrahim*
- ❖ **DIOMA** *Abel* ❖ **MARIKO** *Bakary*
- ❖ **DOUGNON** *Fousseny* ❖ **MOUNKORO** *Dabélé*
- ❖ **KAMATE** *Bakary* ❖ **TIELA** *Salif*
- ❖ **KEITA** *Békaye*

Merci pour le sacrifice tout au long de ce travail et recevez ici mes salutations fraternelles !

d) Aux Infirmiers (es), aux Aides-soignants (es), aux Stagiaires et aux Manœuvres du service de cardiologie du CHU-GT : Merci de votre disponibilité !

e) Aux Internes et aux Thésards du CHU-GT :

Merci pour tout le temps passé ensemble !

f) Mes remerciements particuliers à :

- **Dr CISSOUMA Mamadou** (Médecin-Chef CSCOM-BONIABA) et son personnel ;
- **Dr KONE Yssouf** (Médecin-Chef CSCOM Mékin-Sikoro) et son personnel ;
- **Dr TEMBELY Fanta** (Médecin-Chef Adjoint CSCOM Mékin-Sikoro)
- **Dr COULIBALY Gada** (DES Gynéco-Obstétrique) ;
- **Dr KONE Ibrahima Moussa** (Ancien Thésard du service de Cardiologie du CHU-GT)
- **Dr DIARRA Mohamed** (Médecin-Colonel Génie Militaire)
- **Mr. THERA Mohamed dit YAYI** (Thésard au CNLC)

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

Merci pour tous vos soutiens et conseils. Recevez à travers cette thèse l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon respect !

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury :

Pr Saharé FONGORO

Maître de Conférences de Néphrologie à la FMPOS ;

Praticien hospitalier au service de Néphrologie au CHU du Point G ;

Chevalier de l'Ordre National du Mérite du Mali.

Cher Maître, vous nous avez donné une formation de qualité.

Nous n'oublierons jamais l'honnêteté intellectuelle et la rigueur avec laquelle vos enseignements étaient dispensés.

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos remarques et vos critiques ont été les bienvenues pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Veuillez accepter cher Maître
l'expression de notre profonde reconnaissance.

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

A notre Maître et Directeur de thèse :

Pr DIALLO Boubakar;

Professeur titulaire de Cardiologie à la FMPOS;

Spécialiste de Pneumologie;

Diplômé d'Allergologie, d'Immunologie clinique, de Radiologie thoracique et de

Médecine du sport;

Chef de service de Cardiologie du CHU du Point G.

Cher Maître, depuis nos premiers pas à la faculté de médecine, nous avons bénéficié de votre grand savoir.

Nous avons été marqués et nous continuons de l'être par votre mémoire inégalable, votre polyvalence et votre dynamisme.

Nous vous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail qui nous a permis de bénéficier une fois encore, de vos nombreuses expériences. Votre richesse scientifique et votre amour pour le travail bien fait, ont cultivé en nous, l'amour du savoir, l'amour de la Médecine.

Merci pour tout ce que vous avez fait pour nous.

A notre Maître et Co-Directeur de thèse :

Dr Bâ Hamidou Oumar :

Cardiologue et Spécialiste en pathologie cardiovasculaire infantile au service de cardiologie du CHU-GT ;

Praticien hospitalier ;

Membre de la SOMACAR (Société Malienne de Cardiologie).

Cher Maître nous vous remercions pour la confiance que vous nous faites en nous confiant ce travail.

Nous avons pu apprécier pendant toutes ces années votre rigueur pour le travail bien fait.

Votre abord facile, votre simplicité, votre disponibilité, votre souci pour la prise en charge des patients à peu de frais font de vous un homme admirable.

Veuillez accepter cher Maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

A notre Maître et Juge :

Dr Sanogo Kassoum M.

Spécialiste de cardiologie et premier échocardiographiste au Mali ;

Maître-assistant à la FMPOS ;

Directeur médical du CHU Gabriel TOURE ;

Chef de service de cardiologie du CHU Gabriel TOURE

Cher Maître, c'est un immense honneur que vous nous faites en jugeant ce travail.

Votre expérience, l'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique et votre dynamisme font de vous un Maître accompli, admirable et respecté.

Cher Maître nous vous prions de croire en la sincérité de nos sentiments respectueux et de toute notre reconnaissance.

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

A notre Maître et juge :

Dr Nientao Antoine Ibrahim

Chef de service de Diabétologie du CHU-GT;

Spécialiste en Médecine Interne en Diabétologie;

Médecin-Chef du Centre de Lutte contre le Diabète;

Médecin Colonel du service de santé des Armées.

Cher Maître, votre abord facile, votre simplicité, votre modestie surmontée d'un bon sens élevé de sociabilité font de vous un homme admirable.

Cher Maître, en cet instant solennel nous vous prions d'accepter l'expression de notre profonde gratitude.

Liste des abréviations :

AA2 : Antagonistes de l'Angiotensine 2

ADA : American Diabetes Association

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de santé

AIT : Accident Ischémique Transitoire

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CHU-GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

ESH-ESC: European Society of Hypertension-European Society of Cardiology

FID: Fédération Internationale du Diabète

FRCV : Facteurs de Risque Cardio-vasculaires

g/l : Gramme par litre

HDL : High Density Lipoprotein

HVG : Hypertrophie Ventriculaire Gauche

HTA : Hypertension Artérielle

IC : Insuffisance Cardiaque

IDF : International Diabetes Federation

IDM : Infarctus du myocarde

IEC : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

ISH: International Society of Hypertension

JNC: Joint National Committee

LDL: Low Density Lipoprotein

MCV: Maladies Cardio-vasculaires

mm Hg: millimètre de mercure

NST : Nombre de sujets à traiter

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Pression Artérielle

PAD : Pression Artérielle diastolique

PAS : Pression Artérielle Systolique

RR : Risque Relatif

URML : Unions Régionales des Médecins Libéraux

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| I. INTRODUCTION : | |
| 1 | |
| II.OBJECTIFS : | |
| 4 | |
| III.GENERALITES : | |
| 6 | |
| 3.1. Hypertension artérielle | |
| (HTA) | 8 |
| 3.2. Diabète | |
| (Hyperglycémie) :..... | |
| 16 | |
| 3.3. | |
| Dyslipidémies | |
| 20 | |
| 3.4. Connaissance et perception des | |
| FRCV : | 23 |

IV. MATERIELS ET

METHODES :..... 27

V.

RESULTATS :.....
.....31

5.1. Présentation de

l'échantillon :..... 32

5.2. Perception de

l'HTA :.....
35

5.3. Perception du

Diabète :..... 39

5.4. Perception des

Dyslipidémies :..... 42

VI.

COMMENTAIRES

ET

DISCUSSION :..... 45

VII. CONCLUSION ET

RECOMMANDATIONS :..... 51

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES :..... 54

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

FICHE SIGNALITIQUE

..... 62

ANNEXE.....

..... 66



INTRODUCTION

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

1.INTRODUCTION:

Un facteur de risque cardiovasculaire (FRCV) peut se définir comme un état physiologique (âge) ou pathologique (HTA) ou encore un comportement ou une habitude de vie (Tabagisme) associé à une incidence accrue de la maladie. **(1)**

L'HTA, le diabète et les dyslipidémies ne sont plus des maladies des pays et des hommes riches, cela à cause de la modernisation (OMS) avec son lot de changements de comportements notamment la sédentarité, le tabagisme et l'alimentation riche en graisses.

Des études ont permis d'évaluer la fréquence des FRCV et ont prouvé que ces pathologies frappaient sans distinction de classe sociale (URML, JNC7, ADA, ANAES, OMS, ESH-ESC, étude Pathologies Cardio-vasculaires Bamako 2002, etc.).

La connaissance des FRCV est un pré-requis important pour la mise en œuvre à la fois primaire et secondaire des stratégies de prévention des maladies cardiovasculaires (MCV). **(2)**

La détermination et la prise en charge des facteurs de risque permettent d'empêcher sinon de retarder l'apparition de certaines maladies. **(3)**

L'urbanisation progressive et l'adoption d'un mode de vie occidentale ("western" style de vie) ont contribué à la charge croissante des maladies cardiovasculaires (MCV) dans le monde en développement. **(4; 5; 6)**

Les pays en développement sont encore sous-équipés pour gérer ce fardeau et ceci couplé à des taux d'alphabétisation bas et à la méconnaissance des symptômes de la maladie cardiovasculaire. **(7)**

Les résultats des enquêtes transversales de population conduites dans le cadre du projet Monica (projet international de recherche sur les maladies cardiovasculaires menées sous l'égide de l'OMS) ont

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

révélé des aspects souvent intéressants du niveau de connaissance des populations interrogées en matière de santé, notamment dans le domaine de la pathologie cardiovasculaire. **(8)**

La Maladie Cardio-vasculaire (MCV) peut évoluer à bas bruit **(52)**, s'intéresser à la connaissance et à la perception des FRCV peut améliorer la santé de la population d'une région.

La perception et la connaissance des FRCV varient d'une population à une autre.

Dans une étude hospitalière en Inde, 41% des malades avaient une bonne connaissance sur les FRCV ; 68-73% de la population ont identifié le tabac, l'obésité, l'HTA et l'hypercholestérolémie contre 30% de la population qui identifie le diabète comme facteurs de risque. **(39)**

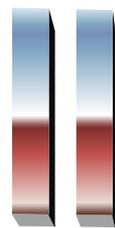
En Amérique du sud, dans une communauté noire américaine, la population percevait l'HTA comme une maladie qui touchait uniquement les noirs américains. Ils associaient l'HTA aux atteintes cardiaques et la percevaient comme « un tueur silencieux ». **(40)**

Le diabète est perçu comme un élément de la société servant d'agent disciplinaire puisqu'il est parfois invoqué pour inciter les gens à se conformer à la justice. **(44)**

Au Mali, le prestige relié au surpoids et à l'obésité et qui symbolisent une réussite sociale, un signe de bonne santé et de prospérité, est une difficulté supplémentaire à affronter pour les praticiens. **(28)**

Aucune étude à notre connaissance n'a abordé ce chapitre majeur de la cardiologie indispensable à la prise en charge des pathologies cardiovasculaires d'où, l'intérêt du présent travail en milieu spécialisé cardiologique, se proposant comme objectifs les suivants :

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.



OBJECTIFS

2.OBJECTIFS:

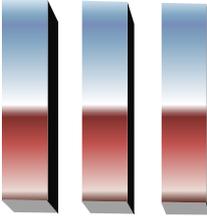
2.1. Objectif général :

- ❖ Etudier les FRCV et leur perception par les patients aboutissant à la prévention et la prise en charge des pathologies cardiovasculaires.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de l'HTA, du diabète et de la dyslipidémie en consultation cardiologique ;
- Evaluer le niveau d'information des patients sur l'HTA, le diabète et les dyslipidémies ;
- Identifier les sources d'information ;
- Comparer la perception entre patient selon la présence du facteur de risque.

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.



GENERALITES

3.GENERALITES:(1)

Certains critères sont nécessaires pour définir le terme de « Facteur de risque » :

- Force de l'association : elle est exprimée par le risque relatif (RR) observé chez les sujets exposés par rapport aux non exposés ;
- Association graduelle : le risque de développer la maladie augmente parallèlement avec les facteurs de risque ;
- Cohérence dans le temps : le facteur de risque précède bien la maladie et non l'inverse ;
- Cohérence entre différentes études : l'association est bien retrouvée dans diverses études portant sur des populations différentes et des groupes vivant dans des conditions différentes ;
- Indépendance : l'association entre le facteur et la maladie persiste même lorsque sont pris en considération les effets des autres facteurs de risque (analyse multivariée) ;
- Caractères plausibles de l'association : l'association constatée est cohérente avec les résultats d'autres approches : Sciences fondamentales, expérimentations animales ou in vitro, études cliniques ;
- Réversibilité : si la correction du facteur de risque permet de prévenir la maladie (ou plus précisément d'en réduire l'incidence), il s'agit là de l'argument le plus fort en faveur d'une relation causale.

Les FRCV sont classées en : **(1)**

- ❖ Facteurs de risque classiques et validés répondant totalement ou en partie aux critères énoncés ci-dessus : Age, sexe, Tabagisme, Diabète, Antécédents familiaux, HTA, Dyslipidémies, Obésité, Sédentarité, facteurs nutritionnels,

hyperuricémie.

- ❖ Facteurs de risque en cours de validation : Hyperhomocysteinémie, Facteurs thermogéniques, traitements hormonaux, facteurs psychosociaux, Elévation de la CRP, Fréquence cardiaque, etc.

3.1. Hypertension artérielle (HTA)

3.1.1. Définition (9, 10, 11, 12,13)

Les trois recommandations (OMS 1999, ANAES (françaises) 1997, JNC VI (américaines)) concordent sur la définition de l'hypertension artérielle: il s'agit d'une pression artérielle ≥ 140 et/ou 90 mm Hg, mesurée au cabinet de consultation avec un sphygmomanomètre de préférence à mercure. **(9; 10)**

Mais l'actuelle définition de l'HTA est celle du JNC VII **(12)** qui regroupe les stades définis par l'ESH **(13)** comme « PA normale » et « PA normale haute » sous le nom de « pré-hypertension » et les grades 2 et 3 sous le nom de stade 2. **(11)**

Niveaux Tensionnels Selon L'ESH et le JNC VII : (11)

| ESH | PA systolique | PA diastolique |
|-------------------------|----------------------|-----------------------|
| JNC VII | | |
| Optimal | < 120 | < 80 |
| Normal | | |
| Normal | 120-129 | 80-84 |
| Pré-hypertension | | |
| Normal haut | 130-139 | 85-89 |
| Grade 1 | 140-159 | 90-99 |
| Stade 1 | | |

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

| | | |
|----------------|----------------|----------------|
| Grade 2 | 160-179 | 100-109 |
| Stade 2 | | |
| Grade 3 | ≥ 180 | ≥ 110 |

Ces différences sont toutefois essentiellement sémantiques et ne modifient pas réellement la prise en charge de l'HTA.

3.1.2. Epidémiologie de l'HTA : (14, 15, 16, 17, 18, 19, 20,21)

L'HTA est très répandue dans le monde : aux USA sa prévalence est estimée à 15,2% (NHS) et en France à 20% (Richard) **(10)**.

En Afrique également, elle constitue un problème de santé publique avec une fréquence hospitalière à 41% à Libreville et Ibadan ; 32,5% à Dakar et 21,5% à Abidjan **(15)** ; 31% à Tunis **(17)** ; 43 % à Brazzaville en 2008 **(20)**

Au Mali, Coulibaly .Y et coll. évaluent dans un travail en milieu hospitalier la prévalence de l'HTA à 16,1% en 2005 **(16)** ;

Elle estimée à 51,8% dans une étude rétrospective par Touré M K et coll. **(2)**, contre Diallo B A qui obtient une fréquence hospitalière de 20,83% en 1993 **(14)** ; à 59,6% par Diallo B et coll. en 2007 **(21)** et 21% pour Coulibaly J en 2008. **(19)**

Maïga M A et coll. dans une étude hospitalière en zone sahélienne évaluent la prévalence de l'HTA à 23,7%. **(18)**

3.1.3. Risques liés à l'HTA : (22, 23)

L'HTA est un facteur de risque cardiovasculaire majeur. Elle est plus fortement liée à la survenue d'un infarctus du myocarde (IDM) chez l'africain que dans les autres populations du monde: le pourcentage d'IDM attribuables à l'HTA y est de 29,6%. **(22)**

Le risque relatif de faire un IDM pour un hypertendu est par ailleurs plus important dans le groupe ethnique des noirs africains que dans le reste de la population étudiée par l'étude Interheart (6,99 vs 2,48). **(23)**

L'HTA est souvent associée à d'autres facteurs de risque, en particulier le tabagisme, le diabète et l'obésité abdominale, et à un moindre degré les dyslipidémies. **(23)**.

L'HTA se trouve souvent associée aux différents désordres constitutifs du syndrome métabolique, et en particulier au diabète de type 2. **(20)**

3.1.4. Conséquences de l'HTA : (10, 24)

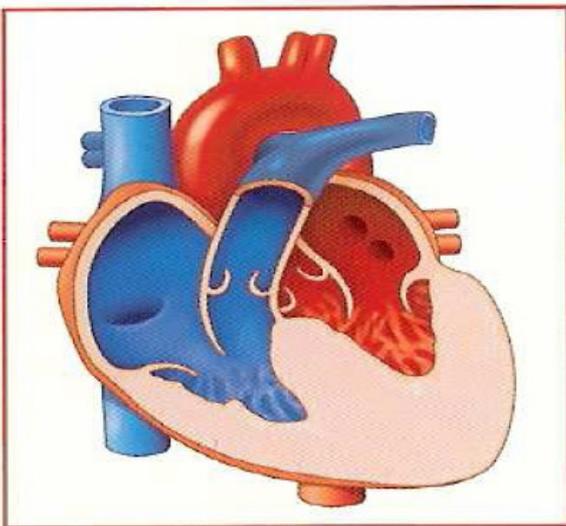
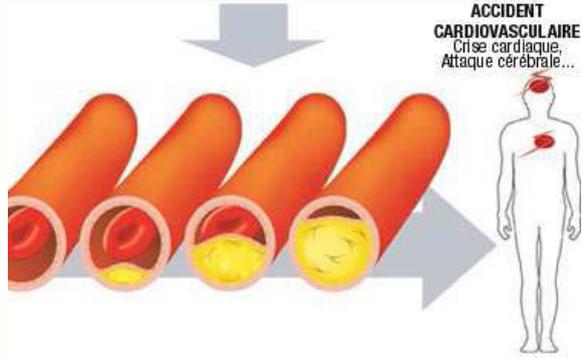
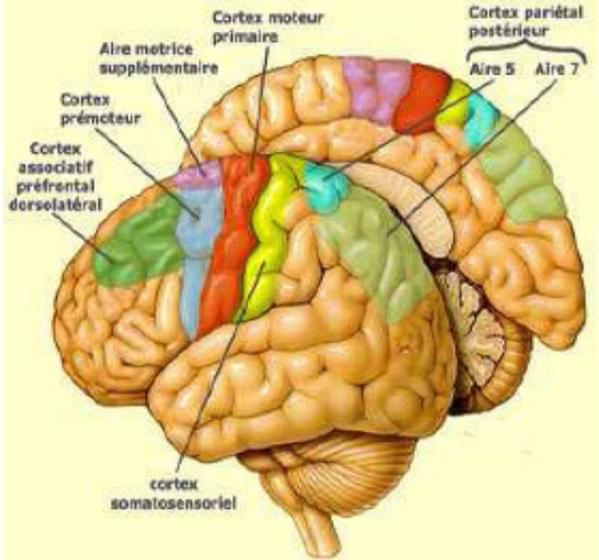
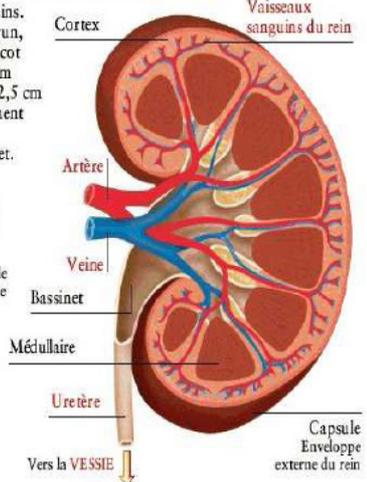
Les conséquences de l'HTA sont multiples. Ainsi, on peut noter :

- Une HVG responsable d'une altération de la fonction diastolique et favorisant une ischémie myocardique ;
- Une artériosclérose avec hypertrophie de la média ;
- Une athérosclérose touchant notamment les troncs supra-aortiques, les artères coronaires et celles des membres inférieurs ;
- Une insuffisance coronaire sous toutes ses formes, une insuffisance cardiaque, un AVC (ischémique ou hémorragique) ;
- Une rétinopathie maligne ;
- Une néphroangiosclérose maligne ;
- Une encéphalopathie hypertensive.

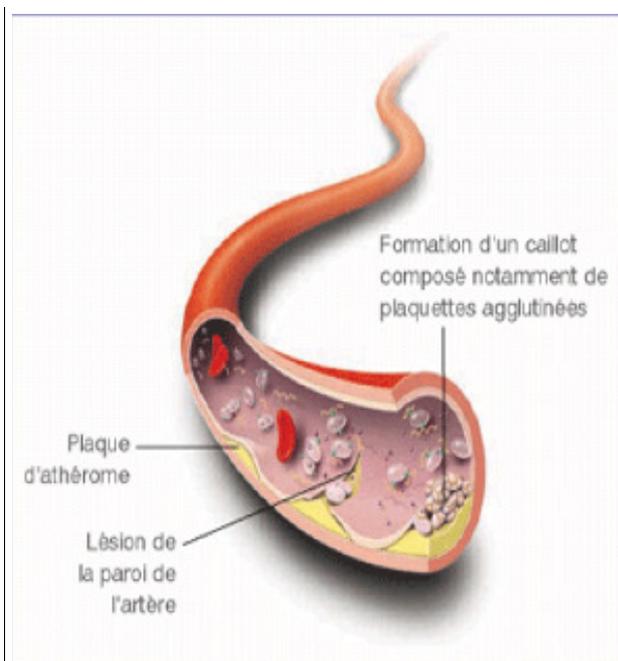
3.1.5. Quelques images illustrant les complications de l'HTA : (10)



Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

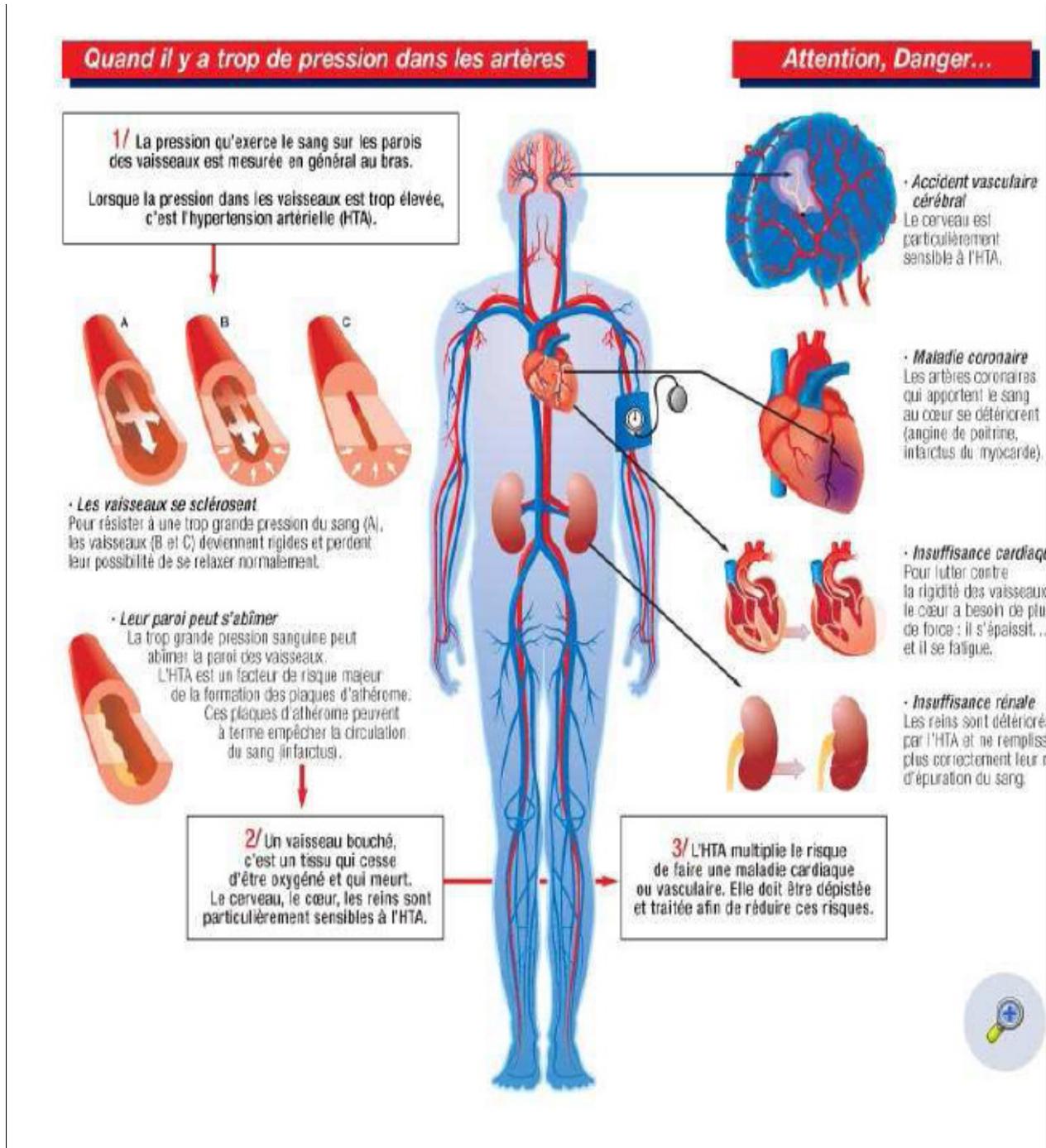
| | |
|---|---|
| <p>HVG</p>  <p>HVG</p> | <p>FACTEURS ACCÉLÉRANT L'ÉVOLUTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES</p> <p>Hérédité Tabac</p> <p>Diabète Hypertension Excès de cholestérol</p> <p>Manque d'exercice Surpoids</p> <p>1 seul facteur expose au risque mais plus le nombre de facteurs est élevé chez un individu, plus les artères s'obstruent rapidement et plus l'accident surviendra tôt.</p> <p>ACCIDENT CARDIOVASCULAIRE Crise cardiaque, Attaque cérébrale...</p>  <p>ATHÉROSCLÉROSE</p> |
|  <p>CERVEAU</p> | <p>ANATOMIE DU REIN</p> <p>NOUS AVONS deux reins. De couleur rouge-brun, ils ont la forme d'un haricot et mesurent environ 10 cm de long, 5cm de large et 2,5 cm d'épaisseur. Ils comprennent trois parties : le cortex, la médullaire et le bassinnet.</p> <p>Cortex Contient des pelotons de vaisseaux filtrant le sang</p> <p>Médullaire Contient des millions de petits tubes produisant l'urine</p> <p>Bassinnet En forme de tunnel, il récupère et canalise l'urine</p>  <p>REIN</p> |

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.



VAISSEAUX

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.



3.1.6. Signes cliniques de l'HTA :

Dans la plupart des HTA, les symptômes sont absents ou non spécifiques : céphalées, sensation de mouches volantes, vertiges, dyspnée d'effort peu marquée pour attirer l'attention, etc. **(24)**

L'HTA non compliquée est totalement asymptomatique. Le diagnostic repose donc sur la seule mesure de la PA qui doit être systématique et bien faite. **(10)**

Souvent, elle peut rester longtemps méconnue et le diagnostic est porté à l'occasion des grandes complications évolutives cardiovasculaires et rénales. **(22)**

3.1.7. Prise en charge de l'HTA :(25)

(Adaptée des recommandations de l'ANAES-2000, du JNC 7-2003 et de l'ISH-2003).

3.1.7.1. Bénéfices attendus du traitement de l'HTA en prévention primaire : (25)

Les essais thérapeutiques dans l'HTA ont montré que le traitement antihypertenseur réduisait de 35 à 40% l'incidence des AVC, de 20 à 25% celle de l'IDM et de plus de 50% celle de l'IC. Les effets bénéfiques du traitement sont observés chez les sujets jeunes et âgés, les patients des deux sexes et pour les HTA systolo-diastoliques et systoliques pures.

Le bénéfice est d'autant plus grand que le risque cardiovasculaire de base est élevé. Ainsi, chez les patients ayant une HTA grade 1 (PAS=140-159 mm Hg ou PAD=90-99 mm Hg) et des facteurs de risque associé, il est estimé qu'une réduction permanente de 12 mm Hg de PAS pendant 10 ans pourrait prévenir un décès tous les 11 patients traités (Nombre de sujets à traiter NST=11). En présence d'une pathologie cardio-vasculaire sous jacente ou d'une atteinte des organes cibles, le NST est de 9.

3.1.7.2. Bénéfices attendus du traitement de l'HTA en prévention

secondaire : (25)

Bien qu'aucun essai thérapeutique de l'HTA n'ait été réalisé spécifiquement chez des patients hypertendus atteints de maladie coronaire, ceux-ci doivent être considérés d'emblée comme à très haut risque cardiovasculaire et traités activement.

Chez les patients ayant déjà fait un AIT ou AVC ischémique ou hémorragique, le NST pendant 5 ans pour éviter une récurrence d'AVC est de 14 pour une réduction de PA de 15,5 mm Hg obtenue par combinaison d'une faible dose d'un IEC et d'un diurétique (essai PROGRESS). Le bénéfice du traitement est observé indépendamment du niveau tensionnel de base.

Ainsi, un traitement antihypertenseur combinant une faible dose d'un IEC et un diurétique est indiqué chez tous les patients ayant fait un AVC indépendamment de leur statut tensionnel.

3.1.7.3. Modalités de prise en charge : (25)

❖ Mode de vie et qualité de l'observance : (25)

Le mode de vie et l'observance (traitement non médicamenteux et médicamenteux) sont essentiels dans la prise en charge du patient hypertendu.

❖ Mesures hygiéno-diététiques : (25)

Elles sont à appliquer dans tous les cas et sont les suivantes :

- Réduire le poids en cas de surcharge pondérale ;
- Diminuer la consommation d'alcool ;
- Limiter les apports sodés à 5 à 6 g de sel par jour ;
- Augmenter la consommation de fruits et de légumes ;
- Réduire la consommation des lipides alimentaires saturés ;
- Augmenter l'activité physique aérobie ;
- Arrêter la consommation tabagique.

❖ Traitement médicamenteux de l'HTA : (25)

Le traitement de l'HTA nécessite la prescription d'une des classes

médicamenteuses suivantes :

- ✓ Diurétiques thiazidiques à faibles dose ;
- ✓ β -bloquants ;
- ✓ Dihydropyridines de longue durée d'action (lca) ;
- ✓ IEC (Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion) ;
- ✓ Ou AA2 (antagonistes de l'Angiotensine 2).

❖ **Objectifs tensionnels du traitement : (25)**

- L'objectif à atteindre est une PAS < 140 mm Hg et une PAD < 90 mm Hg chez le patient tout venant ;
- Un objectif tensionnel de 130/80 mm Hg est recommandé chez un patient diabétique hypertendu ;
- En cas d'insuffisance rénale, l'objectif tensionnel est < 130/85 mm Hg et < 125/75 mm Hg si une protéinurie > 1g/24 Heures.

3.2. DIABÈTE (HYPERGLYCÉMIE):

3.2.1. Définition :

Les recommandations de l'OMS **(27)** sont identiques à celles de l'ADA **(26)** et définissent le diabète sucré par : Une glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/l (à 2 reprises) = seuil d'apparition de la microangiopathie diabétique (rétinopathie) ou une glycémie aléatoire ≥ 2 g/l et signes cliniques d'hyperglycémie.

3.2.2. Epidémiologie :(4, 20, 21, 28, 29, 30, 31)

Le diabète n'est plus aujourd'hui une maladie des pays et des hommes riches ;

L'OMS estime que la progression des cas sera de 40% pour les pays développés (PD) entre 2000 et 2025, tandis qu'elle sera de 17% pour les pays en voie de développement (PVD). On passera en 2000 de 171.000.000 de personnes atteintes à 366.000.000 en 2030, soit une prévalence de 2,8% à 4,4% dans l'hypothèse favorable où l'obésité ne progresse pas. Les PVD compteront alors 76% des patients diabétiques dans le monde. **(28)**

En France, 120.000 à 130.000 personnes sont atteintes par le DID. **(31)**

En Afrique, la prévalence du diabète est de 3,5% à Dakar ; 2,3% à Lomé ; 2% au Burkina parmi les hospitalisés, 1,7% sur les populations non hospitalisées à Dakar **(29)** et 13 % à Brazzaville **(20)**.

Le Mali affichait une prévalence de diabète de 0,92% en 1985 (Enquête KBK), de 1,5% en 2000 (Données de la fédération

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

Internationale du Diabète), estimée aujourd'hui à plus de 2% par les médecins spécialistes (Analyse des registres de consultation). L'ensemble des dépistages réalisés en 2005 et 2006 trouvait une incidence du diabète variant entre 5 et 16%. **(28)** ; Touré M K et coll. obtiennent 14,2% dans une étude hospitalière rétrospective **(2)** et 12,3% en 2007 par

Diallo B et coll. **(21)**

En 2008, Maïga A dans son étude trouve une prévalence de 0,34% de diabétique au CSRef de la commune 5 du district de Bamako contre 3,11% au CHU-GT. **(30)**

L'étude de prévalence faite en 2008 sur toute l'étendue du pays (Mali) trouvait 9,3%.

3.2.3. Risques liés au diabète : (32, 33)

Parmi les risques liés au diabète on peut citer :

- Les complications coronariennes ischémiques (RR=3 chez la femme et RR=2 chez l'homme);
- L'AOMI (avec des formes infra-poplitées);
- L'AVC correspondant en grande partie à une fréquence accrue de lacunes (atteinte des petites artères perforantes) ;
- L'atteinte rénale concomitante avec protéinurie ;
- L'hyperglycémie qui est elle-même un FRCV de complication macrovasculaire et microvasculaire ;
- L'hypertension.

3.2.4. Conséquences du diabète : (33)

Le diabète entraîne des lésions souvent irréversibles sur le corps :

- La rétinopathie diabétique qui est l'une des principales causes de cécité et de troubles visuels ;

Le diabète sucré provoque, au niveau des capillaires de la rétine,

des lésions qui entraînent une baisse de l'acuité visuelle.

- L'insuffisance rénale, mais sa fréquence varie d'une population à l'autre. ;
- Les cardiopathies, responsables d'environ 50 % des décès chez les diabétiques dans les pays industrialisés ;
- Les neuropathies diabétiques (perte de la sensibilité et les lésions des membres, impuissance sexuelle chez les hommes, pied diabétique).

Le pied diabétique évolue fréquemment vers l'ulcération et doit souvent être amputé. C'est l'une des conséquences les plus lourdes (financièrement, socialement et psychologiquement) du diabète, pour le malade, les parents et la communauté.

Le diabète est la cause la plus fréquente d'amputation chirurgicale des membres inférieurs d'où l'intérêt et l'obligation d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces.

3.2.5. Signes cliniques du diabète: (33)

Les symptômes du diabète peuvent être manifestes, sournois ou même inexistant.

Dans le diabète de type 1, les symptômes classiques sont une polyurie, une polydipsie, une polyphagie, une perte de poids et une sensation de lassitude.

Dans le diabète de type 2, ces symptômes peuvent être moins marqués.

Ils peuvent être même inexistant au début et le diagnostic ne sera posé que plusieurs années après l'apparition de la maladie, alors que les complications existent déjà.

3.2.6. Prise en charge du diabète: (25, 27 ; 54)

(Adaptée des recommandations de l'ANAES-2000)

3.2.6.1. Règles hygiéno-diététiques : (25)

Elles sont la première étape du traitement des patients diabétiques. Mais elles restent indispensables à toutes les étapes de la stratégie thérapeutique.

- ❖ Réduire l'excès pondéral par la réduction des apports caloriques ;
- ❖ Adapter la ration glucidique, qui doit représenter environ la moitié de la ration calorique quotidienne (apport minimal de l'ordre de 180 g par jour), essentiellement sous forme d'aliments riches en amidon (pain, pâtes, riz, autres féculents) et dans une moindre mesure de fruits et de laitages ;
- ❖ Diminuer la consommation d'alcool (2 verres de vin ou équivalent d'alcool par jour) ;
- ❖ Limiter les apports sodés à 5 à 6g de sel par jour ;
- ❖ Augmenter la consommation de fibres (légumes et fruits) ;
- ❖ Réduire la consommation de lipides alimentaires saturés ;
- ❖ Augmenter l'activité physique aérobie ;
- ❖ Arrêter la consommation tabagique.

3.2.6.2. Etapes pharmacologiques du traitement : (27)

- Traitement insulinique : C'est le traitement principal du diabète de type 1, à vie, palliatif ;
- Dans le diabète de type 2 : on utilise les antidiabétiques oraux et l'insulinothérapie.

3.2.6.3. Objectifs thérapeutiques :

L'objectif optimal à atteindre est une HbA_{1c}=6,5%.

Si cet objectif est atteint sous régime seul, il n'y a pas lieu de prescrire un médicament hypoglycémiant.

3.3. DYSLIPIDEMIES:

3.3.1. Définition: (31, 34)

Les dyslipidémies correspondent à une augmentation du taux des lipides dans le sang.

3.3.2. Epidémiologie : (4, 8, 21, 30, 35, 36, 37, 38)

Des études (URML, Etude tunisienne, OMS, ADA, etc.) ont prouvé que les dyslipidémies constituent un facteur de risque coronarien et un véritable problème de santé publique.

Dans le monde, la prévalence est estimée :

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

En France à 31,7% (Toulouse), 40% (Strasbourg), 35,5% (Lille) dans une population âgée de 35-64 ans. **(35)**

Aux USA en 1982, à 37,9% (>20 ans) et à 8,2% (>49 ans) ; contre 32,2% (20-79 ans) en Suisse (Vienne) en 1986 et 37,5% (20-69 ans) au Mexique en 2000. **(35)**

En Afrique, elle est estimée à 14,3% en Tunisie par Ben Romdhane et Coll. en 2001 **(35)** ; contre 47,4% en Côte d'Ivoire **(36)** et 7,06% au Togo **(38)**.

Au Mali, selon les études hospitalières la prévalence est estimée à 23,29% par Maïga A en 2008 **(8)** ; à 9,3% par Touré M K et coll. **(4)** ; à 0,7% en 2002 par Péliaba K dans une enquête de masse dans le district de Bamako **(37)** et à 1,8% en 2007 par Diallo.B et coll. **(21)**

3.3.3. Risques liés aux dyslipidémies: (35)

L'ADA, l'AFSSAPS, l'ANAES, l'OMS, l'URML, etc. ont montré que les dyslipidémies constituent un facteur de risque coronarien.

En effet, dans plus de 20 cohortes prospectives effectuées dans différents pays, il a été montré que le cholestérol plasmatique total est fortement associé au risque de cardiopathies ischémiques, avec gradation du risque, quel que soit le sexe et indépendamment des autres facteurs de risque coronariens (Chen et al., 1991).

Dans la "Seven Country Study 1980", le coefficient de corrélation entre la cholestérolémie moyenne et l'incidence des cardiopathies ischémiques est de 0,84 (Mann, 2000).

Cette association est largement modifiée par les autres facteurs de risque comme un taux de HDL-cholestérol bas, le tabagisme, l'hypertension artérielle et le diabète qui aggravent l'effet de l'hypercholestérolémie (Neaton et Wentworth, 1992). **(35)**

Cette association entre le cholestérol total et les cardiopathies ischémiques est entièrement due à la fraction LDL-cholestérol. Il

n'existe pas de valeur seuil à partir de laquelle il y a une augmentation du risque coronarien.

Certaines études ont montré qu'une augmentation de 10 % du LDL-cholestérol est associée à une augmentation d'environ 20 % du risque de cardiopathies ischémiques (Neaton et Wentworth, 1992). Il existe une forte association mais inverse entre le taux de HDL-cholestérol et le risque de cardiopathies ischémiques (Assmann, 1998). Une méta-analyse récente ainsi que des études épidémiologiques prospectives ont montré que l'hypertriglycémie est aussi un facteur de risque des cardiopathies ischémiques indépendamment de l'élévation du cholestérol (Austin, 1997 ; Jeppesen et al. 1998). Aussi il a été démontré que l'apolipoprotéine B est un bon indicateur du risque d'athérosclérose, et son effet apparaît comme indépendant de celui du cholestérol total.

De même pour la lipoprotéine (a) dont l'augmentation de la concentration permet d'identifier les personnes à haut risque de cardiopathies ischémiques (Sandholzer et al. 1992). **(35)**

3.3.4. Conséquences des dyslipidémies : (32)

Les conséquences des dyslipidémies sont:

- Souvent une complication athéromateuse : insuffisance coronaire, artériopathie des membres inférieurs, AVC ;
- Rarement une pancréatite aiguë observée lors des hyperchylomicronémies.

3.3.5. Signes cliniques : (32)

Les signes cliniques évocateurs des dyslipidémies sont :

- ❖ Parfois des dépôts lipidiques banals : arc cornéen et xanthélasma (valeur sémiologique avant 60 ans) ;
- ❖ Rarement des xanthomes : xanthomes tendineux (extenseur des doigts et des tendons d'Achille), xanthomes plans cutanés, xanthomes tubéreux ;
- ❖ Exceptionnellement un syndrome hyperchylomicronémique : hépatomégalie stéatosique, douleurs abdominales, xanthome éruptive, lipémie rétinienne.

3.3.6. Prise en charge des dyslipidémies: (25)

(Adaptée des recommandations de l'AFSSAPS-2000)

La prise en charge des patients dyslipidémiques repose initialement sur une thérapeutique diététique poursuivie durant au moins 3 mois :

- Réduction des apports en graisses saturées et en cholestérol ;
- Réduction pondérale ;
- Accompagnée d'une prescription adaptée d'exercice physique.
- Le traitement médicamenteux destiné à obtenir une diminution supplémentaire du LDL-C doit être institué après avoir déterminé le risque coronarien global du patient.
- Lorsqu'un traitement médicamenteux est nécessaire (c.à.d. quand la diététique n'a pas permis un abaissement suffisant du LDL-C), le choix doit se porter sur les classes thérapeutiques ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans ces indications : Statines, Fibrates ou Cholestyramine.

Les présentes recommandations sont fondées sur l'état actuel des connaissances scientifiques.

3.3.7. Objectifs thérapeutiques :

La prise en charge d'un patient dyslipidémique vise à obtenir un abaissement du LDL-C au-dessous du seuil de décision thérapeutique.

3.4.CONNAISSANCE ET PERCEPTION DES FRCV : (3; 8; 28; 39; 40; 41; 42;43; 44; 45; 46 ;47,48,49,52,53)

L'amélioration de la Santé d'une population ne dépend pas seulement de l'existence de services de pointe mais aussi de la recherche de solutions aux problèmes qui se posent quotidiennement à la médecine de base **(52)** et également de la connaissance et la perception des FRCV.

La Maladie Cardio-vasculaire (MCV) évoluant souvent à bas bruit **(52)**, s'intéresser à la connaissance et à la perception des FRCV améliore la santé de la population d'une région.

Dans le monde, le niveau de connaissance des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires varie selon les différentes populations. Le niveau d'éducation est l'un des facteurs prédictifs de la connaissance des modes de vie sains. **(3)**

Des études antérieures ont révélé que les programmes d'éducation pour les personnes âgées ont permis d'améliorer les connaissances et les comportements de promotion de la santé. **(23 ; 48 ; 53)**

Dans l'enquête MONICA **(47)**, des aspects souvent intéressants du niveau de connaissance des populations furent révélés.

A la question « Quelle précaution peut-on prendre pour éviter un IDM ? » : 61% des Bas-Rhinois ont cité une alimentation pauvre en lipides, 56% la pratique du sport, 46% l'arrêt du tabac et 47% la diminution de la consommation d'alcool. **(8)**

Elle a permis de mettre l'accent sur la perception des FRCV en fonction du niveau d'instruction. Des études supérieures sont liées à un meilleur niveau de connaissance des principaux facteurs de

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

risque (tabac, alimentation, etc.). A l'inverse, les personnes ayant un niveau d'étude moindre identifient plus volontiers les soucis, le surmenage, le manque de sommeil, etc., comme des facteurs potentiels. **(8)**

Par contre en Belgique peu d'études se sont focalisées sur la qualité de la perception des FRCV chez le patient diabétique. Il existait une inadéquation entre l'existence réelle des facteurs de risque et la connaissance de ceux-ci. **(41)**

Un patient sur cinq et un peu moins d'un patient sur trois admettait que l'HTA et le diabète représentaient des FRCV. L'hyperlipidémie et le tabagisme étaient cités le plus souvent dans 56% et 47,7% des cas respectivement. **(41)**

Et dans un hôpital de soins tertiaires à Karachi, au Pakistan les études ont montré qu'il existe des facteurs de risque de maladie cardiaque chez les patients souffrant de maladies cardiovasculaires. Dans cette étude seulement 42% de la population avaient un bon niveau de connaissances. Dans l'analyse de régression logistique multiple, les prédicteurs indépendants de «bon» niveau de connaissance ont été : plus de dix ans de scolarité, le système de famille nucléaire (un ménage composé de deux parents et leurs enfants juridiques), l'origine ethnique sindhi (langue maternelle). **(3)**

Saeed O et coll. dans une étude hospitalière en Inde, trouvent que 41% des malades avaient une bonne connaissance sur les FRCV ; 68-73% de la population ont identifié le tabac, l'obésité, l'HTA et l'hypercholestérolémie contre 30% de la population qui identifie le diabète comme facteurs de risque. 70% des participants avaient un niveau d'étude supérieur ou étaient au collège tandis que 4,6% avait au moins 5 ans de formation scolaire, la majorité savait lire ou comprenait la langue hindoue. **(39)**

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

En Amérique du sud, dans une communauté noire américaine, la population percevait l'HTA comme une maladie qui touchait uniquement les noirs américains. Ils associaient l'HTA aux atteintes cardiaques et la percevaient comme « un tueur silencieux ». **(40)**

En Afrique également, il existe une multitude de perceptions des FRCV et les niveaux de connaissance varient aussi d'une population à une autre. D'après les croyances traditionnelles, à chaque maladie correspond un traitement. **(44)**

Le diabète est perçu comme un élément de la société servant d'agent disciplinaire puisqu'il est parfois invoqué pour inciter les gens à se conformer à la justice. Le non-paiement d'une dette importante, par exemple, peut provoquer l'arrivée du diabète dans une famille. **(44)**

Au Cameroun, dans les systèmes de croyance traditionnels, le diabète est classé en trois catégories : le diabète naturel, le diabète provoqué par l'homme et le diabète ancestral. **(45)**

90% des tradipraticiens pensent que l'organe cible de l'HTA est le cœur et les vaisseaux, le rein et/ou le cerveau pour 46,7%.

D'autres perçoivent l'HTA comme une maladie héréditaire (pour 83,7%) et congénitale (pour 40%). Tous estiment qu'elle est grave et peut être chronique pour 86,7%, et aigue pour 30%.

Pour 70%, la maladie provient des conditions particulières de notre environnement économique, socioculturel et professionnel qu'il faut prendre en compte au cours du traitement. 30% pensent que le non respect des coutumes, des rites et des sacrifices de divers ordres contribuent à la maladie et doivent être prise en compte dans sa prise en charge. **(49)**

Au Nigeria, 47,2% des patients pensaient que l'HTA est plus sévère chez les noirs caucasiens et 43,7% croyaient qu'elle était plus

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

sévère chez l'homme que chez la femme. **(43)**

11,4% des malades trouvaient qu'elle avait un effet délétère sur les organes ; 30,2% à 45,5% croyaient que les céphalées et les palpitations étaient les maîtres symptômes de l'HTA ; 53,2% des malades étaient d'accord que le cœur et les reins étaient les seuls organes endommagés par l'HTA. **(43)**

58,3% croyaient que les anti-HTA étaient utilisés seulement lorsqu'il y avait des symptômes cliniques.

D'autres pensaient que les anti-HTA étaient pris seulement pendant deux semaines à cinq ans et non toute la vie par contre 35,4% des patients savaient que le traitement de l'HTA était à vie. **(43)**

Au Burkina-Faso, Zabsonre P et coll dans une étude hospitalière trouvaient que des 1800 sujets, 1 475 avaient déjà entendu parler de l'HTA et que la proportion de sujets percevant l'HTA comme une « maladie » a diminué avec le niveau d'instruction ($p < 0,001$), tandis que celle des sujets la percevant comme un « facteur de risque cardiovasculaire » a augmenté avec ce niveau ($p < 0,001$). **(42)**

Les principales sources d'information sur les facteurs de risque cardiovasculaires (FRCV) étaient les discussions avec les parents et amis, la radio et les discussions avec les professionnels de santé. 140 sur 200 professionnels de santé avaient défini l'HTA comme une élévation de la pression artérielle, principalement de la systolique. **(42)**

L'HTA a été classée en 4^e position comme FRCV, après l'alcool, le tabac et l'obésité. **(42)**

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

L'HTA et les autres FRCV ne sont pas connus de toute la population burkinabé et sont insuffisamment pris en charge par les professionnels de santé. **(42)**

En Tunisie, la prise de poids est synonyme de bonne santé, "bissaha". Les femmes obèses, tous niveaux d'instruction confondus, détiennent l'information, mais justifient leurs comportements inadéquats par de nombreuses raisons telles que des facteurs familiaux, culturels, sociaux et environnementaux. Il n'y avait pas de grandes différences de connaissances sur l'obésité et les comportements alimentaires rapportés entre les femmes de niveau primaire et celles de niveau supérieur. Les aliments énergétiques, riches en graisses et les sucreries sont aussi cités comme ceux qui génèrent l'obésité. **(46)**

Au Mali, le prestige relié au surpoids et à l'obésité et qui symbolisent une réussite sociale, un signe de bonne santé et de prospérité, est une difficulté supplémentaire à affronter pour les praticiens. **(28)**

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

IV
MATERIELS
ET
METHODES

4. MATERIELS ET METHODOLOGIE.

4.1. Cadre et lieu d'étude :

Notre étude a été effectuée dans le service de cardiologie du CHU-GT, qui était d'abord un dispensaire central. Il fut érigé en 1959 en Hôpital du nom d'un étudiant, Gabriel Touré, décédé lors d'une épidémie de charbon à Dakar.

Doté d'un statut d'Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) depuis 1992, il fut érigé en Etablissement Public Hospitalier (EPH) par la loi hospitalière adoptée par l'Assemblée nationale en Juillet 2002.

C'est un centre hospitalier situé en plein centre-ville de Bamako. De par sa situation géographique, il est le centre hospitalier le plus sollicité. Il comporte plusieurs services dont le service de cardiologie situé coté Est de l'Hôpital.

Le service reçoit les référés et évacués des différents CSRef des communes de Bamako et les malades d'autres horizons.

4.1.1. Infrastructures : Le service comporte :

- Vingt et six (26) lits repartis entre quatre (4) salles ;
- Un (1) bureau de consultation pour Médecin ;
- Un (1) bureau pour le Major du service ;
- Une (1) salle de garde pour les Infirmiers et les Aides-soignants ;
- Une (1) salle de garde pour les faisant fonctions d'Internes.

4.1.2. Personnels : Au cours de la période de l'étude, le personnel du service se composait comme suite :

- ❖ Six (6) Médecins cardiologues ;
- ❖ Des Médecins en spécialisation ;
- ❖ Un nombre variable de faisant fonction d'Internes ;
- ❖ Un nombre variable d'Etudiants en Médecine et d'Infirmiers Stagiaires ;
- ❖ Sept (7) Infirmiers d'Etat et trois (3) Aides-soignants ;
- ❖ Deux (2) Manœuvres.

4.1.3. Activités du service :

Les différentes activités du service de cardiologie sont les suivantes :

- Les consultations externes qui s'effectuent du Lundi au

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

Vendredi avec en moyenne quarante (40) malades par séance de consultation ;

- La visite des malades hospitalisés: elle a lieu tous les Lundi, Mercredi et Vendredi;
- Les staffs ou rencontres scientifiques qui se déroulent tous les Jeudi.

4.2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale allant du 1^{er} Décembre 2009 au 31 Janvier 2010, soit deux (2) mois.

4.3. Population d'étude :

Tous les malades vus durant cette période en consultation externe.

4.4. Echantillonnage :

4.4.1. Critères d'inclusion :

Tous les malades adultes vus en consultation externe durant cette période.

4.4.2. Critères de non inclusion :

- Les enfants (âge < 15 ans) ;
- Les malades aphasiques.

4.4.3. Technique d'échantillonnage :

Tous les malades adultes vus en consultation externe durant cette période ont été systématiquement enregistrés.

4.5. Déroulement de l'enquête :

- Toutes les mesures de pression artérielle avaient été faites selon les recommandations de l'OMS ;
- Le poids et la taille étaient mesurés dans la salle de consultation avec un pèse-personne électronique muni de toise ;
- L'indice de masse corporelle était calculée selon la formule : $IMC = \text{Poids} / \text{Taille}^2$;
- Les examens complémentaires (Glycémie à jeun, NFS-VS, Créatininémie, Lipidogramme, ECG, Radiographie du thorax

55

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

de face, Echo-cœur, Scanner cérébral) étaient faits soit dans les structures publiques (CHU, INRSP, CNTS, CSRef) soit privées (Cabinets Médicaux, Polycliniques, Laboratoires d'analyse médicale privés).

4.6. Plan de collecte des données :

Le support des données a été :

- ✓ Les registres de consultation médicale ;
- ✓ Les dossiers médicaux.

Tous les patients ont bénéficié d'une fiche d'enquête individuelle (voire annexe).

La technique de collecte des données a été l'interrogatoire direct des patients, l'examen physique, les dosages biologiques, l'imagerie médicale, et l'utilisation du support des données.

4.7. Variables étudiées :

- Les constantes anthropométriques (âge, poids, taille, IMC)
- Les caractéristiques socio-démographiques ;
- les antécédents personnels et familiaux ;
- la Perception de l'HTA;
- la perception du diabète;
- la Perception de la dyslipidémie.

4.8. Aspects éthiques :

Tous les malades inclus dans l'étude étaient informés au préalable et avaient donné leur consentement éclairé.

4.9. Plan d'analyse:

Les données ont été saisies, traitées et analysées par le logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Version 11.

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

V RESULTATS

5.RESULTATS DE L'ETUDE:

5.1.Présentation de l'échantillon:

Au cours de notre étude sur 1309 patients, consultés par le service 458 avaient participé à l'enquête.

Tableau I: Description des constantes anthropométriques

| Variables | Minimum | Maximum | Moyenne |
|------------------|----------------|----------------|----------------|
| Age | 16 | 90 | 51,52 |
| Poids | 37 | 131 | 70,40 |
| Taille | 152 | 192 | 167,08 |
| IMC | 13,72 | 44,96 | 25,21 |

Les moyennes étaient de 51,52 ans ; 70,40 Kg ; 167,08 cm et 25,21Kg/m² respectivement pour l'âge, le poids, la taille et l'IMC.

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

Tableau II: Description des caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

| Variabiles | | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| Sexe | Féminin | 299 | 65,3 |
| | Masculin | 159 | 34,7 |
| Tranche d'âge | 15-29 ans | 43 | 9,4 |
| | 30-44 ans | 105 | 22,9 |
| | 45-59 ans | 138 | 30,1 |
| | 60-74 ans | 113 | 24,7 |
| | + 75 ans | 40 | 8,7 |
| | Non précisée | 19 | 4,1 |
| Mode d'admission | Référence | 269 | 58,7 |
| | Domicile | 189 | 41,3 |
| Résidence | Bamako | 320 | 69,9 |
| | Hors Bamako | 108 | 23,6 |
| | Non précisée | 30 | 6,6 |
| Niveau de scolarisation | Non Scolarisé | 254 | 55,5 |
| | Primaire | 77 | 16,8 |
| | Secondaire | 63 | 13,8 |
| | Supérieur | 25 | 5,5 |
| | Non précisé | 39 | 8,5 |
| Profession | Ménagère | 220 | 48,00 |
| | Ouvrier/Paysan | 70 | 15,3 |
| | Bureau | 53 | 11,6 |
| | Retraité | 47 | 10,3 |
| | Scolaire | 11 | 2,4 |
| | Sans Profession | 5 | 1,1 |
| | Autres* | 9 | 2 |
| | Non précisée | 23 | 5 |

* **Autres** : Chauffeurs, Marabouts, Diplômés sans emplois, sans

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

profession

Le sexe féminin était majoritaire (65,3%) avec un sex-ratio Homme : Femme de 0, 53.

La tranche d'âge 45-59 ans prédominait (30,1%).

Plus de la moitié des patients (58,7%) étaient référés.

La majorité des patients (69,9%) résidait à Bamako.

Les non scolarisés (55,5%) prédominaient.

Les ménagères (48,00%) étaient la couche sociale la plus représentée.

Tableau III : Répartition selon les antécédents personnels

| Antécédents de FRCV | Effectif | Pourcentage |
|----------------------------|-----------------|--------------------|
| HTA | 319 | 69,7 |
| Diabète | 21 | 4,6 |
| Dyslipidémie | 5 | 1,1 |
| Tabagisme | 46 | 10 |
| Alcoolisme | 5 | 1,1 |
| AVC | 26 | 5,7 |

Plus de la moitié des patients (69,7%) étaient connus hypertendus.

Tableau IV : Répartition selon les antécédents familiaux

| Antécédents familiaux de FRCV | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------------|-----------------|--------------------|
| HTA familiale | 249 | 54,4 |
| Diabète familliliale | 39 | 8,5 |
| AVC dans la famille | 9 | 2 |
| Dyslipidémies dans la famille | 2 | 0,4 |
| Décès suite HTA | 5 | 1,1 |
| Décès suite diabète | 1 | 0,2 |

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

La majorité des patients (54,4%) avait des antécédents familiaux d'HTA.

5.2. Perception de l'HTA:

Tableau V : Connaissance de l'hypertension artérielle

| Connaissance de l'HTA | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------|------------|-------------|
| Non | 181 | 39,5 |
| Oui | 277 | 60,5 |
| Total | 458 | 100 |

Plus de la moitié des patients (60,5%) ont déclaré connaître l'hypertension artérielle.

Tableau VI : Relation entre la connaissance sur l'HTA et pression artérielle

| Connaissance sur l'HTA | Hypertendus | |
|------------------------|-------------|--------------|
| | Non | Oui |
| Non | 76 (55,00%) | 105(33,00%) |
| Oui | 63(45,00%) | 214 (67,00%) |
| Total | 139 | 319 |

La majorité des patients hypertendus, 214 (67,00%) a déclaré connaître l'HTA.

Tableau VII: Répartition des concepts évoqués dans la définition de l'HTA.

| Concepts | Pression artérielle | | Total |
|----------|---------------------|-------------|-----------|
| | Normotendus | Hypertendus | |
| Volémie | 26 | 64 | 90 |

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

| | | | |
|---------------------|------------|------------|------------|
| Autres | 9 | 48 | 57 |
| Excès de sel | 4 | 39 | 43 |
| Pression | 8 | 16 | 24 |
| Volémie+Sel | 3 | 1 | 4 |
| Aucun | 89 | 151 | 240 |
| Total | 139 | 319 | 458 |

Le concept de volémie et celui d'excès de sel ont été significativement énumérés pour définir l'HTA. (P < 0,0001)

Autres : Maladies paralysantes, maladies des riches, etc.

Tableau VIII: Réception de l'information sur l'HTA et pression artérielle

| Réception d'information | Pression artérielle | | Total |
|--------------------------------|----------------------------|--------------------|--------------|
| | Normotendus | Hypertendus | |
| Non | 114 | 209 | 323 |
| Oui | 25 | 110 | 135 |
| Total | 139 | 319 | 458 |

Parmi les 319 patients hypertendus 110 (34,5%) ont déclaré avoir reçu des informations sur l'HTA

Tableau IX: Sources d'information sur l'HTA

| Source d'information | Pression artérielle | | Total |
|-----------------------------------|----------------------------|--------------------|--------------|
| | Normotendus | Hypertendus | |
| Inconnue | 115 | 215 | 330 |
| Autres sources | 4 | 10 | 14 |
| Médecin | 13 | 78 | 91 |
| Autres Personnels de santé | 0 | 1 | 1 |
| Proches | 7 | 15 | 22 |
| Total | 139 | 319 | 458 |

P = 0,005

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

Le Médecin et les proches sont les sources d'information les plus citées.

Les patients hypertendus (24,5%) ont reçu des informations de la part du Médecin et du proche.

Les patients normotendus (9,4%) ont reçu des informations de la part du Médecin.

NB :

- **Autres sources :** Radio, Télévision, Livres, etc.
- **Autres Personnels de santé :** Infirmiers, Sages-femmes, Aides - Soignants, etc.

Tableau X: Demande d'information selon la pression artérielle

| Demande d'information | Pression artérielle | | Total |
|-----------------------|---------------------|-------------|------------|
| | Normotendus | Hypertendus | |
| Non | 128 (92,00%) | 250 (78,4%) | 378 |
| Oui | 11 (8,00%) | 69 (21,6%) | 80 |
| Total | 139 | 319 | 458 |

Les patients hypertendus déclarant n'avoir pas demandé d'information sur l'HTA (78,4%) sont majoritaires. (P < 0,0001)

Tableau XI: Répartition des causes d'HTA avancée par le patient.

| Cause de l'HTA | Normotendus | Hypertendus | Total | Pourcentage |
|----------------|-------------|-------------|-------|-------------|
| Non citée | 100 | 175 | 275 | 43,3 |
| Sel | 19 | 73 | 94 | 22,9 |
| Sel-Inactivité | 2 | 10 | 12 | 4,3 |
| Sel-stress | 4 | 8 | 12 | 4,3 |
| Stress | 1 | 6 | 6 | 2,2 |
| Inactivité | 0 | 1 | 1 | 0,7 |
| Sel-Obésité | 0 | 5 | 5 | 1,4 |

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

| | | | | |
|--------------------|------------|------------|------------|------------|
| Hérédité | 1 | 2 | 3 | 1,1 |
| Inactivité-Obésité | 2 | 2 | 3 | 1,1 |
| Obésité | 1 | 1 | 2 | 0,7 |
| Sédentarité | 0 | 2 | 2 | 0,7 |
| Volémie | 0 | 2 | 2 | 0,7 |
| Diabète | 0 | 2 | 2 | 0,4 |
| Autres | 9 | 30 | 39 | 13,00 |
| Total | 139 | 319 | 458 | 100 |

Les patients hypertendus avaient évoqué la consommation de sel dans 22,9% des cas comme cause d'HTA. (73/319)

NB :

Autres causes : Céphalées(9), palpitation (10), alimentation (10), huile (10).

Volémie : Excès de sang, trop de sang

Tableau XII: Connaissance des conséquences de l'HTA

| Conséquences connues | Normotendus | Hypertendus | Pourcentage |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Autres conséquences | 43 | 163 | |
| Atteinte cérébrale | 35 | 138 | <0,0001 |
| Atteinte oculaire | 5 | 21 | 0,204 |
| Atteinte cardiaque | 4 | 19 | 0,165 |
| Atteinte rénale | 2 | 4 | 0,873 |

L'atteinte cérébrale a été la plus citée, suivie de l'atteinte oculaire et de l'atteinte cardiaque.

NB :

Autres conséquences : Décès (43), dépendance sociale (100), dyspnée d'effort (63)

5.3. Perception du diabète:

Tableau XIII : Connaissance du diabète

| Connaissance du diabète | Non diabétique | Diabétique | Effectif |
|-------------------------|----------------|------------|------------|
| Non | 245(56%) | 5 (24%) | 250(54,6%) |
| Oui | 192(44%) | 16 (76,2%) | 208(45,4%) |
| Total | 437 | 21 | 458 |

P=0,004

Plus de la moitié des patients diabétiques (76,2%) avaient déclaré connaître le diabète.

Tableau XIV: Répartition selon les concepts évoqués dans la définition du diabète.

| Définitions du diabète selon les malades | Non diabétique | Diabétique | Effectif | Pourcentage |
|--|----------------|------------|----------|-------------|
| Concept non précisé par le malade | 245 | 5 | 250 | 54,6 |
| Maladie du sucre | 102 | 7 | 109 | 23,8 |

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

| | | | | |
|----------------------|------------|-----------|------------|------------|
| Hyperglycémie | 49 | 4 | 53 | 11,6 |
| Autres | 11 | 2 | 13 | 2,8 |
| Aucun concept | 30 | 3 | 33 | 7,2 |
| Total | 437 | 21 | 458 | 100 |

P=0,043

Moins de la moitié des patients (23,8%) avaient défini le diabète comme une maladie du sucre.

NB :

Autres concepts : maladie des riches, maladie handicapante.

Aucun concept : n'a pas évoqué de définition.

Tableau XV : Relation entre réception d'information et diabète

| Réception d'information | Diabète | | Total |
|-------------------------|------------|------------|------------|
| | Non | Oui | |
| Non | 362(82,8%) | 8 (38%) | 370 |
| Oui | 75 (17,2%) | 13 (61,9%) | 88 |
| Total | 437 | 21 | 458 |

Les patients diabétiques ayant déclaré recevoir des informations sur le diabète représentent 61,9%. (P<0,0001)

Tableau XVI: Sources d'information sur le diabète

| Sources | Non diabétique | Diabétique | Effectif | Pourcentage |
|---------------------|----------------|------------|----------|-------------|
| Non précisée | 364 | 8 | 372 | 81,2 |
| Médecin | 24 | 10 | 34 | 7,4 |
| Proches | 32 | 2 | 34 | 7,4 |

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

| | | | | |
|-----------------------------------|------------|-----------|------------|------------|
| Autres sources | 14 | 1 | 15 | 3,3 |
| Autres Personnels de santé | 3 | 0 | 3 | 0,7 |
| Total | 437 | 21 | 458 | 100 |

Le Médecin et les proches étaient les sources d'information les plus représentées avec 7,4% chacun.

NB :

Autres sources : Radio, Télévision, Revues, etc

Personnels de santé : Infirmiers, Sages-femmes, etc.

Tableau XVII: Demande d'information selon le statut diabétique

| Demande d'information sur le diabète | Non diabétique | Diabétique | Effectif | Pourcentage |
|---|-----------------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| Non | 411 | 12 | 423 | 84,1 |
| Oui | 26 | 9 | 35 | 15,9 |
| Total | 437 | 21 | 458 | 100 |

Moins de la moitié des patients (25,7%) avait déclaré avoir demandé des informations sur le diabète. (P<0,0001)

Tableau XVIII: Causes avancées selon le statut diabétique

| Cause | Non diabétiques | Diabétiques | Effectif | Pourcentage |
|---------------------|------------------------|--------------------|-----------------|--------------------|
| Sucre | 81 | 8 | 89 | 19,4 |
| Non précisée | 329 | 10 | 339 | 74 |
| Autres | 7 | 1 | 8 | 1,8 |

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

| | | | | |
|------------------|------------|-----------|------------|------------|
| Hérédité | 4 | 1 | 5 | 1,1 |
| Inactivité | 2 | 0 | 2 | 0,4 |
| Sucre-Hérédité | 10 | 1 | 11 | 2,4 |
| Sucre-Inactivité | 4 | 0 | 4 | 0,9 |
| Total | 437 | 21 | 458 | 100 |

Le sucre est le plus fréquemment cité comme cause du diabète (19,4%).

Autres causes : Alimentation, Obésité, etc.

Tableau XIX: Connaissances des conséquences du diabète

| Conséquences connues | Non diabétique | Diabétique | Effectif | |
|----------------------------|----------------|------------|----------|-------|
| Autres conséquences | 29 | 79 | 108 | 0,488 |
| Atteinte cérébrale | 2 | 2 | 4 | 0,391 |
| Atteinte oculaire | 5 | 18 | 23 | 0,357 |
| Atteinte cardiaque | 1 | 5 | 6 | 0,463 |
| Atteinte rénale | 3 | 4 | 7 | 0,468 |

L'atteinte oculaire a été la plus citée, suivie de l'atteinte cardiaque et de l'atteinte rénale.

Autres conséquences : plaies, amputation, difficulté de s'alimenter, etc.

5.4. Perception de la dyslipidémie

Tableau XX : Connaissance de la dyslipidémie

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

| Connaissance de la dyslipidémie | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------------|------------|-------------|
| Non | 316 | 69,00 |
| Oui | 142 | 31,00 |
| Total | 458 | 100 |

Les patients déclarant connaître les dyslipidémies représentaient 31%.

Tableau XXI: Relation connaissance de la dyslipidémie et réception d'information sur la dyslipidémie

| Réception d'information sur les dyslipidémies | Connaissance dyslipidémies | |
|---|----------------------------|------------|
| | Non | Oui |
| Non | 313 (84,4%) | 58 (15,6%) |
| Oui | 3 (3,4%) | 84 (96,6%) |
| Total | 316 | 142 |

La quasi-totalité des patients (96,6%) avaient reçu des informations sur les dyslipidémies. (P < 0,0001)

Tableau XXII: Sources d'information sur la dyslipidémie

| Sources | Effectif | Pourcentage |
|--------------|------------|-------------|
| Non précisée | 59 | 41,5 |
| Proches | 54 | 38,00 |
| Médecin | 20 | 14,1 |
| Autres | 9 | 6,3 |
| Total | 142 | 100 |

Les proches (38,00%) et le Médecin (14,1%) étaient les sources d'information les plus citées.

Autres sources : Radio, Télévision, journaux, etc.

Tableau XXIII: Demande d'information de la part du patient

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

| Demande d'information sur la dyslipidémie | Effectif | Pourcentage |
|--|-----------------|--------------------|
| Non | 126 | 88,7 |
| Oui | 16 | 11,3 |
| Total | 142 | 100 |

Les patients déclarant avoir demandé des informations sur les dyslipidémies représentaient 11,3%.

Tableau XXIV: Causes des dyslipidémies avancées par le patient

| Causes | Effectif | Pourcentage |
|---------------------|-----------------|--------------------|
| Non citées | 91 | 64,1 |
| Alimentation | 33 | 23,1 |
| Obésité | 9 | 6,3 |
| Inactivité | 7 | 2,8 |
| Hérédité | 2 | 1,4 |
| Total | 142 | 100,0 |

L'alimentation (23,3%) a été la plus citée, ensuite l'obésité (6,3 %) et l'inactivité (2,8%).

Tableau XXV: Connaissance des conséquences des dyslipidémies

| Conséquences connues | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------------|-----------------|--------------------|
| Autres | 26 | 18,3 |
| Atteinte cardiaque | 14 | 9,9 |
| Atteinte oculaire | 12 | 8,5 |
| Atteinte cérébrale | 3 | 2,1 |
| Atteinte rénale | 1 | 0,7 |

L'atteinte cardiaque (9,9%) est la plus citée, ensuite l'atteinte

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

oculaire (8,5%) comme conséquences des dyslipidémies.

Autre conséquence : *Stérilité, limitation des activités, dyspnée, etc.*



Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

6.COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS:

Il s'agissait d'une étude transversale, réalisée dans le service de cardiologie du CHU-GT pendant une période de deux (2) mois (Décembre 2009 à Janvier 2010).

L'échantillon était composé de 458 patients âgés de 16 à 90 ans dont 159 hommes et 299 femmes, tous vus en ambulatoire.

Limite de l'étude :

- Perception comme notion ;
- Réalisation de l'étude dans un service de cardiologie ;
- Difficultés de comparer, les protocoles étant différents.

Les moyennes étaient de 51,52 ans ; 70,40 Kg ; 167,08 cm et 25,21Kg/m² respectivement pour l'âge, le poids, la taille et l'IMC, très probablement explicable par le fait qu'il s'agit d'une consultation pour patients adultes.

La tranche d'âge 45-59 ans (30,1%) prédominait suivie de la tranche 60-74 ans (24,7%).

La majorité des patients soit 69,9% résidaient à Bamako.

Ce résultat est comparable à celui de Coulibaly J (19) qui, dans son étude trouve que 67,7% des patients résidaient à Bamako, et cela pourrait s'expliquer par le lieu de déroulement de l'étude.

Plus de la moitié des malades soit 58,7% étaient référés ; cela pourrait s'expliquer par le fait que le CHU-GT est une structure de 3^{ème} référence.

Le sexe féminin était majoritaire, soit 65,3% des patients avec un sex-ratio de 0,53.

Les non scolarisés représentaient 55,5%.

Des trois FRCV étudiés pendant cette période, l'HTA (69,7%) occupe la première position, ensuite le diabète (4,6%) et les dyslipidémies (1,1%).

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

D'autres FRCV ont été retrouvés notamment le tabagisme (10%) et l'alcoolisme (1,1%).

L'HTA occupait la 4^e position comme FRCV, après l'alcool, le tabac et l'obésité ;

les autres FRCV n'étant pas connus de la population d'étude. **(42)**

Parmi les trois FRCV étudiés:

- ❖ **L'HTA** a été le premier retrouvé avec 69,7% de patients hypertendus.

Parmi les 319 patients hypertendus, 214 (67,1%) avaient déclaré connaître l'HTA.

→ **Méconnaissance de l'HTA :**

A la question « qu'est ce que l'HTA ? » :19,7% des patients l'avait défini à partir de la notion de volémie ; 9,4% avait avancé un excès de sel et 5,2% celle de pression sanguine.

Le concept de volémie et celui d'excès de sel ont été significativement énumérés pour définir l'HTA. (P < 0,0001)

Au Burkina, la population percevait l'HTA tantôt comme une « maladie », tantôt comme un « facteur de risque cardiovasculaire » **(42)**.

En Amérique du sud, dans une communauté noire américaine, la population percevait l'HTA comme « un tueur silencieux ». **(40)**.

La majorité des patients hypertendus (81,5%) ont déclaré avoir reçu des informations sur l'HTA.

La quasi-totalité des patients (86,3%) ayant demandé des informations étaient hypertendus.

→ **Sources d'information :**

Le Médecin et les proches étaient le plus cités comme principales sources d'information.

Zabsonre P et coll. dans leur étude trouvent que les principales

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

sources d'information étaient : les discussions avec les parents et amis, la radio et les discussions avec les professionnels de santé. **(42)** Dans notre échantillon, ce taux pourrait s'expliquer probablement par la réalisation de l'étude en milieu hospitalier. Les patients hypertendus étaient significativement plus demandeurs que les patients normotendus.

→ Causes de l'HTA :

La consommation de sel est plus fréquemment citée comme cause de l'HTA.

Seule l'atteinte cérébrale a été significativement plus retrouvée chez les patients hypertendus comme conséquence citée.

Par contre 86,7% des patients connaissaient les complications cardiaques **(19)** comme conséquences de l'HTA dans une étude hospitalière par Coulibaly J.

Partant des conséquences classiques **(24; 10)** citées selon les auteurs notre étude révèle une insuffisance de connaissance sur l'HTA.

Toutes ces données montrent un manque d'information sur l'HTA.

❖ **Le diabète** était le deuxième FRCV retrouvé après l'HTA avec 4,6% de patients connus diabétiques.

Ce faible taux pourrait s'expliquer par la réalisation de notre étude dans un service de cardiologie.

→ Méconnaissance du diabète :

Sur les 458 patients, 208 (45,4%) avaient déclaré connaître le diabète et 76,2% des patients diabétiques l'avaient défini comme « une maladie du sucre ».

Awah P dans son étude trouve que le diabète est perçu comme

« une maladie servant d'agent disciplinaire » puisqu'il est parfois invoqué pour inciter les gens à se conformer à la justice **(44)** et est classé en trois catégories : le diabète naturel, le diabète provoqué par l'homme et le diabète ancestral. **(45)**

Même si le diabète est ubiquitaire, ces données montrent qu'il y a une insuffisance de connaissance des patients et des perceptions différentes. Contrairement à la littérature, le diabète est perçu de façon différente.

→ Sources d'information :

La majorité des diabétiques (61,9%) ont déclaré avoir reçu des informations sur le diabète. Le Médecin et le proche ont été les plus cités comme principales sources d'information.

→ Causes du diabète :

Le sucre est le plus fréquemment cité comme cause du diabète.

Le non-paiement d'une dette importante, peut provoquer l'arrivée du diabète dans une famille. **(44)** ; d'où la classification du diabète en trois catégories **(45)** par les tradipraticiens.

L'atteinte oculaire a été la plus citée, suivie de l'atteinte cardiaque et de l'atteinte rénale comme conséquences du diabète.

Mais partant des conséquences classiques **(33)** les connaissances sur le diabète sont aussi limitées.

Cela pourrait s'expliquer par les données socioculturelles, l'impact des tradithérapeutes qui sont souvent consultés par les malades, le manque d'informations sur le diabète et de spécialistes dans les structures secondaires (Hôpitaux régionaux et de cercle, CSRef, etc.).

Au Mali, pays qui compte environ 12 millions d'habitants, il y avait

seulement deux (2) Médecins spécialisés pour la prise en charge du diabète, avec en plus deux (2) ou trois (3) agents de santé exerçant dans la capitale ayant reçu une formation d'appoint. Ce personnel spécialisé se trouvait au niveau des trois (3) services de prise en charge spécialisée du pays (Centre de lutte contre le diabète, CHU-GT, CHU-Point "G") tous situés à Bamako. **(28)**

Ceci entraîna la mise en place de points focaux dans les CSRef.

❖ Enfin la proportion **de malades dyslipidémiques** était de 1,1%.

→ **Méconnaissance des dyslipidémies :**

Moins de la moitié des patients (31%) avait déclaré connaître la dyslipidémie.

La presque-totalité des patients (96,6%) avaient reçu des informations sur les dyslipidémies. ($P < 0,0001$)

Latifa Beltaifa et coll. ont montré dans une étude hospitalière **(46)** que la prise de poids est synonyme de bonne santé, "bissaha".

Ces différents aspects montrent que les dyslipidémies ne sont pas bien connues.

→ **Sources d'information :**

Le proche (38,00%) et le Médecin (14,1%) étaient les plus citées comme sources d'information

Une faible proportion des patients (11,3%) avait déclaré avoir demandé des informations sur la dyslipidémie.

Les femmes obèses, tous niveaux d'instruction confondus, détiennent l'information, mais justifient leurs comportements inadéquats par de nombreuses raisons telles que des facteurs familiaux, culturels, sociaux et environnementaux. Il n'y avait pas de grandes différences de connaissances sur l'obésité et les comportements alimentaires rapportés entre les femmes de niveau

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

primaire et celles de niveau supérieur. **(46)**

→ **Cause :**

L'alimentation (23,3%) a été la plus citée, ensuite l'obésité (6,3 %) et l'inactivité (2,8%) comme causes des dyslipidémies.

Les aliments énergétiques, riches en graisses et les sucreries sont aussi cités comme ceux qui génèrent l'obésité. **(46)**

C'est une tendance des sociétés africaines où l'obésité est considérée comme un signe d'opulence alors qu'elle constitue dans les pays industrialisés un problème majeur de santé publique. **(3)**

Même si l'alimentation et l'obésité sont citées comme causes de la dyslipidémie, elles sont considérées aussi comme signe de bonheur et de réussite sociale.

Là aussi il y a une difficulté dans la prise en charge des FRCV à cause de la mauvaise perception des patients.

L'atteinte cardiaque (9,9%) est la plus citée, ensuite l'atteinte oculaire (8,5%) comme conséquences des dyslipidémies.

Mais partant des conséquences classiques **(32)** une insuffisance d'information, de connaissance et une mauvaise perception des dyslipidémies sont notées.

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

VII

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7.1. Conclusion :

Cette étude, nous a permis d'étudier les FRCV et leur perception par les malades dans le cadre de la consultation médicale et de noter :

- Que les hommes consultent beaucoup moins que les femmes ;
- Que le niveau d'information, la source d'information et les perceptions des FRCV sont différents ;
- Que les malades sont mal ou sous informés.

Bien que la connaissance seule ne suffit pas, elle est supposée être un élément clé de la décision de faire un changement de comportement **(50)**, et fournit des repères pour l'action **(51)**.

Estimer le niveau de connaissance de la population en général ainsi que ceux qui souffrent de maladies cardio-vasculaires peuvent aider à orienter les programmes de santé publique, en particulier celles qui visent à réduire les facteurs de risque modifiables de maladie cardiovasculaire **(2)**.

7.2. Recommandations :

❖ Au personnel soignant (Chefs de services, Médecins généralistes et Spécialistes, Internes, Majors et Infirmiers) :

- Participer activement aux EPU (Enseignements Post-Universitaires) et aux formations organisées par les spécialistes en la matière ;
- Rechercher systématiquement chez tout malade vu en consultation :
 - Une hypertension artérielle, par la prise de la TA ;
 - Un diabète, par la mesure de la glycémie capillaire ;
 - Une dyslipidémie par la recherche de signes cliniques (arc cornéen, xanthélasma, xanthome éruptive) et la mesure du Poids-Taille ;
- La présence d'autres facteurs de risque cardiovasculaires

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

associés : Tabac, Alcool, Obésité, etc.

- Assurer une prise en charge pluridisciplinaire des malades ayant des FRCV (Cardiologues, Endocrinologues, Néphrologues, Ophtalmologues, Hygiéno-diététiciens, etc.) ;
- Sensibiliser tout malade vu en consultation sur les habitudes alimentaires.

❖ **Aux malades :**

- Adhérer aux programmes d'Information, d'Education et Communication sur les risques liés aux FRCV (HTA, Diabète, Dyslipidémies, et.) ;
- Adhérer aux associations de lutte contre l'hypertension artérielle et le diabète ;
- Faire une bonne observance du traitement et respecter les mesures hygiéno-diététiques pour éviter l'installation des complications.

❖ **Aux autorités :**

- ✓ Faire de la prise en charge des FRCV une priorité de santé publique du pays ;
- ✓ Instaurer des émissions radio-télévisées sur les FRCV en français et en langue nationale ;
- ✓ Renforcer le plateau technique avec notamment l'acquisition de moyens diagnostiques modernes : Echo doppler cardiaque, Holter rythmique et tensionnel, cathétérisme interventionnel, etc ;
- ✓ Prise en charge financière des soins dans l'HTA, le diabète et les dyslipidémies ;
- ✓ Organiser des journées de dépistage gratuit de l'HTA, du diabète et des dyslipidémies.

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. DANIEL HERPIN (POITIERS) ET FRANÇOIS PAILLARD (RENNES)

Thème 129 : Facteurs de risque cardiovasculaires et leur prévention.

<http://www.cardio-sfc.org/enseignement/cardiologues-en-forma...> -
-1k

http://www.pifo.uvsq.fr/hebergement/cec_mv/cec_mv.html - 11k

2. KHAN M S ,JAFARY F H, FARUQUI A M, RASOOL S I, HATCHER J, CHATURVEDI N ET COLL.

La connaissance des facteurs de risque modifiables de maladie cardiaque chez les patients atteints d'infarctus aigu du myocarde à Karachi, Pakistan: une étude transversale.

<http://www.biomedcentral.com/1471-2261/6/18/prepub>

BMC cardiovascular Disorders 2006, 6 :18

3. TOURE M K, DIARRA M B, SANOGO K M, DIAKITE S, TCHINTCHUI N C, DIALL I B ET COLL.

Cardiopathies Ischémiques en Cardiologie A Bamako (A Propos de 162 Cas)

Mali Médical 2007 , XXII 4 P :36-39

4. REDDY K S, YUSSUF S.

Épidémie émergente de maladies cardio-vasculaires dans les pays en développement. Circulation. 1998, 97 :596-601.

5. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS) :

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

Statistiques sur les maladies du monde : Mortalité par sexe, la cause et Régions de l'OMS, estimations pour 1998. 1999.

6. PAIS P, POGUE J, GERSTEIN H, ZACHARIAH E, SAVITHA D, JAYPRAKASH S ET COLL.

Les facteurs de risque pour infarctus aigu du myocarde chez les Indiens: une étude de cas-témoins.

Lancet. 1996; 348:358-363. doi: 10.1016/S0140-6736(96)02507-X.

7. ENQUETE SUR LA SANTE NATIONALE DU PAKISTAN 1990-1994 :
Pakistan Medical Research Council. 1998.

8. PERRIN A E ET COLL.

Niveau de connaissance des FRCV dans la population adulte du Bas-Rhin.

Revue Méd. interne 1999 ;20suppl 1 Poster 182

9. DR NICOLAS MENEVEAU ; DR DIDIER DUCLOUX :

Hypertension artérielle essentielle de l'adulte

<http://www.besancon-cardio.org/cours/36b-hta-essentielle.php> -
105k

Révision 07/2001

10. DR RICHARD L :

Définition de l'HTA : 140/90. Cours basé sur les recommandations de l'HAS 2005.

pdfs.journals.lww.com/.../Obesity_and_high_blood_pressure_in_French_West.39.pdf

11. PERSU A.

Hypertension Artérielle : Comparaison Des Guidelines Conférence de consensus de l'INAMI

Louvan Medical 2004, 123 :157-165

« Traitement efficace de l'Hypertension Artérielle compliquée »

(Auditorium Lippens, 6 Mai 2004) 123, septembre 2004

12. SEVENTH REPORT OF THE JOINT NATIONAL COMMITTEE 7.

Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure:

The JNC 7 report. JAMA. 2003 ; 289 : 2560-2572.

13. EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION-EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY.

Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension.

J Hypertens. 2003 ; 21 : 1011-1053.

14. DIALLO B A.

Profil épidémiologie de l'HTA en milieu hospitalier à Bamako.

Méd. d'Afrique Noire : 1994, 41(2) ; p : 103-106

15. FEGHOUL :

Epidémiologie de l'HTA en Afrique aujourd'hui

SIDEM Paris, 1979, 59-73.

16. COULIBALY Y, KONE M, SACKO M, DIAWARA A, DIARRA M, DICKO A ET COLL.

La morbidité et mortalité liées à l'hypertension artérielles et aux valvuloplasties dans le district de Bamako.

Médecine d'Afrique Noire 2005, 52, (6) ; 333-337

17. ELASMI M, FEKI M, SANHADJI H, JEMAA R, TAEIB S H, OMAR S ET COLL.

Prévalence des facteurs de risque cardiovasculaires conventionnels dans la population du Grand Tunis.

Revue Epidémiologie de Santé Publique 57 (2009) 87-92

18. MAÏGA M A ET COLL.

Epidémiologie de l'HTA en zone sahélienne dans le cercle de Nara

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

(Mali).

Med d'Afrique Noire, 1989, 36(3), 234-237

19. COULIBALY J :

Evaluation du niveau de connaissance des malades hypertendus à propos de l'HTA dans le service de cardiologie du CHU-GT à 210 cas.
Thèse Med ; Bamako 2008 ; N°586

20. LEVISSE P, MUGHNETSYAN V, KESSY G S ET COLL.

Étude épidémiologique lors d'une campagne de dépistage du diabète, de l'hypertension et de l'obésité androïde à Brazzaville, République du Congo, en 2008

Médecine des maladies Métaboliques (3) ; 4 P:438-441

21. COULIBALY S, DIAKITE S, DIALL I B, MENTA I, SACKO A K, DIALLO B ET COLL.

Accidents Vasculaires Cérébraux : Facteurs de Risque, Evolution et Pronostic dans le Service de Cardiologie "B" du CHU du Point G, Bamako.

Mali Médical 2010 XXV (1) P : 32-36

22. FOURADE L, PAULE P, MAFART B.

HTA en Afrique sub-saharienne : actualité et perspective.
Médecine Tropicale 2007, 67. (6) P : 559-567

23. STEYNK; SLIWA; HAWKENS ET COLL.

Risk factors associated with myocardial infarction in Africa.
The Interheart Africa Study. Circulation: 2005; 112:3554-61

24. AUMONT MC .

Hypertension Artérielle de l'adulte.

http://www.pifo.uvsq.fr/hebergement/cec_mv/130.pdf

25. DANIEL HERPIN (POITIERS) ET FRANÇOIS PAILLARD (RENNES)

Thème 129 :Expliquer les FRCV et leur impact pathologique.

www.cardio-sfc.org/...en...de.../129a.pdf

26. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA).

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

The experts committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care 1997; 20; 1183-97

27. ITEM 233.

Diabète sucré de types 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte.
medecine.univ-lille2.fr/pedagogie/contenu/mal-gd.../diabetesucre.pdf

28. SIDIBÉ A T, BESANCON S, BERAN D.

Le diabète : un nouvel enjeu de santé publique pour les pays en voie de développement : l'exemple du Mali.
Médecine des maladies métaboliques 2007,1 (1); 93-98

29. RAMBERT P, FORETTE B.

Epidémiologie : In Derat M. Précis de diabétologie ; Masson, Paris, 1977 :5-12

30. MAÏGA A.

Dépistage des FRCV : dyslipidémies et hyperglycémie au CSRef de la commune 5 du district de Bamako et au CHU-GT.
Thèse Med. Bamako 2008

31. LAM LY-HUA.

Auto-évaluation du risque cardiovasculaire/facteurs de risque cardiovasculaire.
Faculté de Médecine Saint Antoine.
[Http://scapula.free.fr/ffacteurs%20de%20risque%20cv.htm](http://scapula.free.fr/ffacteurs%20de%20risque%20cv.htm).

32. ITEM 129.

Facteurs de risque cardiovasculaires et prévention.
www.cardio-sfc.org/...en...de.../129a.pdf -

33. OMS.

Diabète sucré.

34. LAROUSSE DE MÉDECINE :

Bordas 1997 ; p175

35. BELTAIFA L, ALAYA N B, GAIGI S, DELPEUCH F, ROMDHANE H B ET COLL

Modèle causal des cardiopathies ischémiques en Tunisie.

Options Méditerranéennes, Sér. B (41), 2002 - La surveillance alimentaire et nutritionnelle en Tunisie P : 70-93

36. LOKROU A.

Hyperlipidémie et diabète en Côte d'Ivoire, étude transversale de 132 cas.

Médecine d'Afrique Noire : 1998, 45 (10) P:55-57

37. PELIABA K.

Facteurs de risque cardiovasculaires en enquête de masse dans le district de Bamako de Novembre à Décembre 2002 ;

Thèse Méd. Bamako 2006 ; N°278

38. BARAGOU R, DAMOROU F, AFANGNON K, GOEH-AKUE E, SOUSSOU B.

Les HTA sévères et malignes à la clinique cardiologique du CHU-CAMPUS de Lomé. Médecine d'Afrique Noire : 1998, 45 (10)

39. OMAR S, NAVEEN D, LEANNE S, JOHN S, MELVIN K, SANJEEV B ET COLL.

Knowledge of modifiable risk factors of Coronary Atherosclerotic Heart Disease (CASHD) among a sample in India.

BMC International Health and Human Rights 2009, 9:2 doi:

10.1186/1472-698X-9-2

40. CASSANDRA D. FORD , KIM M J, DANCY B L, FAN, M B A, M S N ET COLL.

Perceptions of Hypertension and Contributing Personal and Environmental Factors among Rural Southern African American Women.

Published in final edited form as: *Ethn Dis.* 2009; 19(4): 407–413.

Ethn Dis. Author manuscript; available in PMC 2010 February 23.

41. VANDEMERGEL X.

Evaluation et perception des facteurs de risque cardiovasculaire

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

chez les patients diabétiques.

C.H.R. Tubize-Nivelles, service de Médecine Interne Générale, 1, Rue Samiette, B-1400 Nivelles, Belgique.

Journal des maladies Vasculaires (Paris) ; Masson, 2005, 30, Cahier 2 du n°4, 3S36-3S50 ; P01

42. ZABSONRE P, SANOU G, AVANZINI F, TOGNONI G.

Connaissance et perception des facteurs de risque cardiovasculaire en Afrique subsaharienne au Burkina Faso.

Archive des maladies du cœur et des vaisseaux

2002, 95, (1), pp. 23-28

43. FAMILONI B O, OGUN S A, AINA O, MBCH, FMCP, MBBS ET COLL.

Knowledge and awareness of hypertension among patients with systemic hypertension.

Sagamu, Ogun State, Nigeria.

J Natl Med Assoc. 2004 ,96 (5):620-4

44. AWAH P K.

Diabète et médecine traditionnelle en Afrique

Diabetes voice 2006, 51 (3) :24-26

45. AWAH P K.

Treating diabetes in Cameroon: A comparative study in medical Anthropology.

PhD Thesis. University of Newcastle upon Tyne, 2005.

46. BELTAIFA L, ALAYA N B, GAIGI S, DELPEUCH F.

Le modèle causal de l'obésité en Tunisie

Options Méditerranéennes, Sér. B / n°41, 2002 - La surveillance alimentaire et nutritionnelle en Tunisie

47. GAMILA S, DALLONGEVILLE J.

Épidémiologie du syndrome métabolique en France.

Med Nutr 2003; 39: 89-94

48. HUANG L H, CHEN S W, YU Y P, CHEN P R, LIN Y C.

L'efficacité de la promotion de l'enseignement des programmes de santé pour la communauté des personnes âgées.

J Nurs Res. 2002, 10 :261-270.

49. TATOU D P J G, KINGUE S, MELI J, MOPE S J.

Croyances et perceptions des Tradipraticiens Camerounais Sur l'Hypertension Artérielle et son traitement à Yaoundé.

Vème congrès scientifique de la Société Camerounaise de Cardiologie (SCC)

Recueil des abstracts.

www.camcarsoc.org/Documents/Abstracts/Recueil%20des%20Abstracts.pdf

50. FORD E S JONES D H.

Connaissances sur la santé cardiovasculaire des États-Unis: résultats de l'Enquête nationale sur la santé par interview, 1985.

Prev Med. 1991, 20:725-736. doi: 10.1016/0091-7435(91)90067-E.

51. BECKER M H, MAIMAN L A, KIRSCHT J P, HAEFNER D P, DRACHMAN R H.

La croyance à la santé et la prédiction du modèle de conformité alimentaires: une expérience de terrain. J Soc santé Behav. 1977, 18 :348-366.

52. URML DU GUADELOUPE.

Facteurs de Risques Cardio-vasculaires en consultations de médecine libérale en GUADELOUPE 2004.

www.medikar-web.com/medias/journal.doc

53. KIRK-GARDNER R, STEVEN D ET COLL.

Un programme communautaire de promotion de la santé du cœur.

J Cardiovasc Nurs Can. 2003; 13 :5-10.

54. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE.

Management of patients with essential hypertension.

Clinical recommendations and economic data. Guidelines April 2000.

Recommendations of the ANAES.

J Mal Vasc. 2000 ; 25 : 366-376.

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

FICHE SIGNALITIQUE

FICHE SIGNALYTIQUE

Nom : BERTHE

Prénom : Mandé

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS) de Bamako ; BP : 1805

Titre de la thèse : Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

Année Universitaire: 2009-2010

Pays d'origine: MALI

Secteur d'intérêt: Cardiologie.

Ville de soutenance: Bamako

Résumé:

Il s'agissait d'une étude transversale qui s'est déroulée dans le service de cardiologie du CHU-GT de Décembre 2009 à Janvier 2010.

Nos objectifs étaient de :

- ❖ Etudier les FRCV et leur perception par les patients ;
- ❖ Déterminer la fréquence de l'HTA, du diabète et de la dyslipidémie en consultation cardiologique ;
- ❖ Evaluer le niveau d'information des patients sur l'HTA, le diabète et les dyslipidémies ;
- ❖ Comparer la perception entre patient selon la présence du facteur de risque.

L'étude a fait ressortir les résultats suivants :

Des 458 patients vus en consultation externe :

- Les moyennes étaient de 51,52 ans ; 70,40 Kg ; 167,08 cm et 25,21Kg/m² respectivement pour l'âge, le poids, la taille et l'IMC.
- Le sexe féminin (65,3%), soit un sex-ratio Homme : Femme de 0,53.
- La tranche d'âge 45-59 ans prédominait avec 30,1% ;
- La majorité des patients (58,7%) étaient référés et 26,4%

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

venait du domicile.

- Plus de la moitié des patients (69,9%) résidaient à Bamako et 23,6% hors de Bamako.
- les non scolarisés (55,5%) et parmi les scolarisés, 16,8% étaient du niveau primaire, 13,8% du secondaire et 5,5% du supérieur.
- La majorité des patients étaient ménagères (47,6%).
- La majorité des patients (69,7%) étaient hypertendus, 54,4% avaient des antécédents familiaux d'HTA et 1,1% de décès par HTA.
- Moins de la moitié des patients (4,6%) étaient diabétiques, 8,5% avaient des antécédents familiaux de diabète et 0,2% avait des antécédents de décès par diabète.
- Très peu de patients (1,1%) étaient dyslipidémiques, 0,4% avait des antécédents familiaux de dyslipidémies et il n'y avait aucun antécédent de décès par dyslipidémie.

Sur les 458 patients 277 (60,5%) avaient déclaré connaître l'hypertension artérielle.

- Parmi les 319 patients hypertendus, 214 (67,1%) avaient déclaré connaître l'HTA.
- Le concept de volémie et celui d'excès de sel ont été significativement énumérés pour définir l'HTA. ($P < 0,0001$)
- Moins de la moitié des patients hypertendus (34,5%) ont déclaré avoir reçu des informations sur l'HTA
- Médecin et proches sont les sources d'information les plus citées.
- Peu de patients hypertendus (26,7%) avaient évoqué la consommation de sel comme cause de l'HTA. ($P=0,15$)
- L'atteinte cérébrale a été la plus citée, suivie de l'atteinte oculaire et de l'atteinte cardiaque.

Moins de la moitié des patients (45,4%) avaient déclaré connaître le diabète.

- ✓ Plus de la moitié des patients diabétiques (76,2%) ont déclaré connaître le diabète.

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

- ✓ Une minorité des patients (23,8%) avaient défini le diabète comme une maladie du sucre et 11,6 comme hyperglycémie.
- ✓ La majorité des diabétiques (61,9%) avaient déclaré avoir reçu des informations sur le diabète, contre 17,2% des non-diabétiques. (P<0,0001)
- ✓ Le Médecin et le proche étaient les sources d'information les plus représentées avec 7,4%.
- ✓ Quelques patients diabétiques (25,7%) ont déclaré avoir demandé des informations sur le diabète. (P<0,0001)
- ✓ Le sucre est le plus fréquemment cité comme cause du diabète.
- ✓ L'atteinte oculaire a été la plus citée, suivie de l'atteinte cardiaque et de l'atteinte rénale comme conséquences du diabète.

Un nombre insignifiant de patients (1,1%) était connu dyslipidémique:

- ✓ Peu de patient (31%) avait déclaré connaître la dyslipidémie.
- ✓ La quasi-totalité des patients (96,6%) avaient reçu des informations sur les dyslipidémies. (P < 0,0001)
- ✓ Le proche (38,00%) et le Médecin (14,1%) étaient les sources d'information les plus citées.
- ✓ Peu de patient (11,3%) avait déclaré avoir demandé des informations sur la dyslipidémie.
- ✓ L'alimentation (23,3%) a été la plus citée, ensuite l'obésité (6,3%) et l'inactivité (2,8%) comme causes des dyslipidémies.
- ✓ L'atteinte cardiaque (9,9%) est la plus citée, ensuite l'atteinte oculaire (8,5%) comme conséquences des dyslipidémies.

Mots clés : Facteurs de risque, Connaissance, Perception, Niveau d'information, Source d'information, Cardiologie, HTA, Diabète, Dyslipidémies.

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

ANNEXES

ANNEXES

Fiche d'enquête : Facteurs de risque cardiovasculaire et leur perception.

Nom et Prénom.....N° Dossier N°.....

Sexe.....Age.....Nouveau : Ancien : Provenance : Domicile : Réf :

Résidence : Bko Commune : Hors Bko : Région- Ville.....

Profession : Bureau Ouvrier/paysan Scolaire Ménagère chômeurs Autre Profession conjoint (e).....

Niveau de scolarisation : Non scolarisé Primaire Secondaire Supérieur Autre.....

FRD :

HTA : Oui Non Diabète : Oui Non Hyperchol : Oui Non

Tabagisme : PA Alcool Sédentarité Obésité AVC Autre

Antécédents familiaux :

HTA Diabète Hyperchol Décès HTA Décès Diabète AVC

Constantes :

Poids : Taille : TA : FC : Glycémie : Créatininémie :

Chol Tot : HDL : LDL : TG : Hb: Hte : VGM : GB :

Lympho : Mono : Granulo : VS : CRP : Fibrinogène : TP :

HTA :

1. Connaissez- vous l'HTA ? Oui Non Qu'est-ce que l'HTA ?.....

2. Durée HTA :.....mois

3. Quelle est votre TA : Normale Anormale Dernier chiffre :.....

4. Comment votre TA a-t-elle été découverte ?

Fortuite Signes Fonct Complications Si complic
Preciser :.....

5. Périodicité des contrôles :

Semaines Mois An Irrégulière

6. Traitement : Oui Non Régulier : Oui Non

Médical Traditionnel Médical+ Traditionnel

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

7. Avez-vous reçu des informations sur l'HTA ? Oui Non Si Oui
Source :

Médecin Autre personnel de santé Proche Autre source (préciser)
.....

8. Avez-vous demandé à votre Médecin des informations sur l'HTA ? Oui Non

9. Quelle est la cause de l'HTA ?

a.....b.....c.....d.....

10. Que peut provoquer l'HTA ?

Atteinte cardiaque Atteinte cérébrale Atteinte rénale

Atteinte oculaire Autre atteinte

11. Mesurez-vous votre TA en dehors des structures sanitaires ?
Oui Non

Si Oui où ?..... (Maison, Marché, Ambulant)

12. Disposez-vous d'un appareil de mesure ? Oui Non

13. Pensez-vous que l'activité physique a un effet sur l'HTA ?
Oui Non

14. Quelle activité physique pratiquez-vous ?.....

HYPERGLYCEMIE

15. Connaissez-vous le diabète ? Oui Non Qu'est-ce que le diabète ?.....

16. Durée du diabète :.....mois

17. Quelle est votre glycémie : Normale Anormale Dernier chiffre :.....

18. Comment votre diabète a-t-il été découvert ?

Fortuite Signes Fonct Complications Si complic
Préciser :.....

19. Périodicité des contrôles :

Semaines Mois An Irrégulière

20. Traitement : Oui Non

Régulier : Oui Non

Médical Traditionnel Médical+ Traditionnel

21. Avez-vous reçu des informations sur le diabète ? Oui Non

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

Si Oui Source :

Médecin Autre personnel de santé Proche Autre source (préciser)

.....

22. Avez-vous demandé à votre Médecin des informations sur le diabète ?

Oui Non

23. Quelle est la cause du diabète ?

a.....b.....c.....d.....

.....

24. Que peut provoquer le diabète ?

Atteinte cardiaque Atteinte cérébrale Atteinte rénale

Atteinte oculaire Autre atteinte

25. Mesurez-vous votre glycémie en dehors des structures sanitaires ou des laboratoires d'analyse? Oui Non Si Oui où ?.....

26. Disposez-vous d'un appareil de mesure ? Oui Non

27. Pensez-vous que l'activité physique a un effet sur le diabète ? Oui Non

DYSLIPIDEMIES :

28. Avez- vous entendu parler d'hypercholestérolémie? Oui Non

29. Avez-vous une hypercholestérolémie ? Oui Non

30. Depuis quand savez-vous hypercholestérolémique ?
.....mois

31. Quel est votre taux de cholestérol ? Dernier chiffre :.....

32. Comment votre cholestérolémie a-t-elle été découverte ?

Fortuite Signes Fonct Complications Si complic

Preciser :.....

33. Périodicité des contrôles :

Semaines Mois An Irrégulière

Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT.

34. Traitement : Oui Non Régulier : Oui Non
Médical Traditionnel Médical+ Traditionnel
35. Avez-vous reçu des informations sur l'hypercholestérolémie ? Oui Non
Si Oui Source : Médecin Autre personnel de santé Proche
Autre source (préciser)
36. Avez-vous demandé à votre Médecin des informations sur l'hypercholestérolémie?
Oui Non
37. Quelle est la cause de l'hypercholestérolémie ?
a.....b.....c.....d.....
.....
38. Que peut provoquer l'hypercholestérolémie?
Atteinte cardiaque Atteint cérébrale Atteinte rénale
Atteinte oculaire Autre atteinte
39. Pensez-vous que l'activité physique a un effet sur le taux de cholestérol ? Oui Non

Autres examens

Rx thorax : ICT :
ECG :
Echocardiographie

HD ou Diagnostic

Serment d'Hippocrate

**En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples,
devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre 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 ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront 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!