

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DE PERSONNES ÂGÉES DE 60 ANS ET PLUS SUR L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE AU CENTRE DE GÉRONTOLOGIE ET DE GÉRIATRIE DE OUKAM EN 2018.

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF PEOPLE AGED 60 YEARS AND OLDER ON HYPERTENSION AT THE OUKAM CENTER FOR GERONTOLOGY AND GERIATRICS IN 2018.

KA O¹, NIANG B S², LEYE M M M³, NDIAYE A A¹, SOW D⁴, DIA M E¹, MUKESHIMANA A⁵, TALL A B¹

RÉSUMÉ

Introduction : Constituant actuellement un problème de santé publique, l'hypertension artérielle touche particulièrement les personnes âgées. L'objectif de cette étude était d'évaluer le niveau de connaissance, d'attitude et de pratique de cette affection auprès de cette catégorie de population au centre de gérontologie et de gériatrie de Ouakam.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique impliquant toute personne âgée de 60 ans et plus venue en consultation au niveau dudit centre durant la période du 1er au 15 octobre 2018.

Résultats : Au total 128 personnes âgées ont été retenues. L'âge moyen était de 65 ans. Il y avait plus d'hommes (58,6%) que de femmes (41,4%). Seulement 19,5% des patients pouvaient définir l'hypertension artérielle et cette définition était statistiquement corrélée au niveau d'éducation avec $p = 0,007$. La fréquence de l'hypertension artérielle était de 60,9%. Les céphalées étaient le symptôme le plus cité (21,1%), la mauvaise alimentation le facteur de risque le plus évoqué (25,8%), l'accident vasculaire cérébral la complication la plus signalée (56,3%), l'alimentation saine le moyen de prévention le plus connu (40,6%). Les patients avaient affirmé que l'hypertension artérielle pouvait être silencieuse (62,5%), qu'elle était grave (88,5%) et adoptaient le respect des rendez-vous et suivi médical en cas d'atteinte de cette affection (68%). Les patients ignoraient leur taux de cholestérol (80,5%), étaient tabagiques (12,5%), ne connaissaient pas leur statut tensionnel (21,9%), pratiquaient la marche (90,6%).

Conclusion : Pour réduire la morbi-mortalité de cette affection auprès des personnes âgées, des recommandations reposant sur la prévention primaire et le dépistage ont été formulées.

Mots-clés : Hypertension artérielle, connaissances, attitudes, pratique, personnes âgées.

ABSTRACT

Introduction : Hypertension is currently a public health problem and particularly affects

The elderly. The objective of this study was to assess the level of knowledge, attitude and practice of this condition among this category of the population at the Ouakam Gerontology and Geriatrics Center.

Methodology: This was a cross-sectional descriptive and analytical study involving all persons aged 60 years and older who came for consultations at the said center during the period from October 1 to 15, 2018.

Results: A total of 128 elderly people were retained. The average age was 65 years. There were more men (58.6%) than women (41.4%). Only 19.5% of patients could define high blood pressure and this definition was statistically correlated with education level with $p = 0.007$. The incidence of high blood pressure was 60.9%. Headache was the most cited symptom (21.1%), poor diet the most cited risk factor (25.8%), stroke the most reported complication (56.3%), healthy eating the most known prevention method (40.6%). Patients had affirmed that hypertension could be silent (62.5%), that it was serious (88.5%) and adopted the respect of appointments and medical follow-up in case of this condition (68%). Patients were unaware of their cholesterol level (80.5%), were smokers (12.5%), did not know their blood pressure status (21.9%) and walked (90.6%).

Conclusion: To reduce the morbi-mortality of this condition in the elderly, recommendations based on primary prevention and screening were made.

Keywords: Arterial hypertension, knowledge, attitudes, practice, seniors.

1. Département Santé Communautaire, UFR Santé et Développement Durable, Université Alioune Diop, Bambey, Sénégal

2. UFR Sciences de la Santé de l'Université Iba Nder Thiam, Thiès,

3. Service Médecine Préventive, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal -

4. Clinique Médicale II, Centre Hospitalier Abass Ndao, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal -

5. Université Saint Christopher, Dakar, Sénégal

Auteur correspondant : Ousseynou Ka Email ousseynou.ka@uad.edu.sn. snorsiboryka@gmail.com - Tel : 77 616 49 98

ISSN 2630-1113

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle constitue actuellement un véritable problème de santé publique en Afrique. Elle touche particulièrement les personnes âgées puisque son incidence augmente avec l'âge, atteignant 65% des personnes après l'âge de soixante-cinq (65) ans [1]. En effet, elle est la première cause de morbi-mortalité, d'handicap et de perte d'autonomie chez cette catégorie de population [2]. Cette hypertension artérielle est le plus souvent liée à des facteurs de risque parmi lesquels l'âge avancé. D'ailleurs, d'après les données statistiques, le Sénégal, à l'instar de tous les pays du monde ne sera pas épargné par le vieillissement de sa population [3]. Ainsi, la dimension des problèmes liés à l'HTA sera proportionnelle à ces données démographiques. D'ailleurs, les résultats de l'étude[4] ont montré des proportions élevées de personnes avec des pressions artérielles élevées ignorant leur statut (>70 %), ne prenant pas de traitement (>80 %), ou d'hypertendus non contrôlés sous traitement (30 %–80 %). Pourtant, la prise en charge d'une telle affection nécessite sa bonne connaissance par la population et par les personnes qui en sont atteintes. C'est ainsi, qu'il s'avère opportun d'évaluer le niveau de connaissance, d'attitude et de pratique des personnes âgées vis-à-vis de l'hypertension artérielle au centre de gérontologie et de gériatrie de Ouakam «CGGO».

METHODOLOGIE

Cadre d'étude : La commune d'arrondissement de Ouakam est située à l'extrême ouest de la ville de Dakar aux pieds des collines des Mamelles. Sa population était en 2013 de 74692 habitants avec 50,2% de femmes et 49,8% d'hommes. Les structures sanitaires de Ouakam se composent d'un centre de santé municipal, d'un centre de gérontologie et de gériatrie, d'un hôpital militaire, d'un poste de santé et des structures privées. Le centre de gérontologie et gériatrie, structure de référence, offre des prestations telles que consultations gériatriques et spécialisées, hospitalisation, examens paracliniques. La prise en charge est multidisciplinaire et concertée entre les différents spécialistes.

Type d'étude, période et lieu : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique qui s'était déroulée du 1er au 15 Octobre 2018 au centre de gérontologie et de gériatrie de Ouakam.

Population d'étude : Elle était constituée de toute personne âgée de 60 ans et plus venue en consultation au CGGO durant la période de l'étude et ayant accepté de participer à l'enquête.

Critères de non inclusion : n'était pas incluse, toute personne âgée ne pouvant pas répondre aux questions du fait de son état de santé ou ayant refusé de participer à l'enquête.

Protocole de sondage : Il a été procédé à un sondage exhaustif du 1er au 15 Octobre 2018 et toute personne ayant rempli les critères d'inclusion était retenue.

Outils et méthode de collecte de données : Les données étaient collectées à partir d'un questionnaire. Trois agents de santé diplômés en soins infirmiers du CGGO étaient formés pour aider les enquêtés ayant des difficultés à remplir les questionnaires, en traduisant et en rapportant les réponses données sur la fiche. Le consentement libre et éclairé de ceux-ci était recueilli avant chaque entretien. Le questionnaire portait sur les caractéristiques sociodémographiques, le niveau de connaissance de l'HTA, d'attitude des patients (dépistage, contrôle de la TA, attitude sur la prévention, suivi médical...) et de pratique (contrôle de tension artérielle et des facteurs cardiovasculaires associés).

Déroulement de l'étude : Les entretiens individuels s'étaient déroulés lors des consultations. Avant chaque entretien, l'objectif de l'étude et ses implications étaient clairement expliqués aux personnes enquêtées (en langue locale pour ceux qui ne comprenaient pas le français) et après les fiches étaient distribuées pour le remplissage. Les personnes âgées qui ne savaient pas écrire rapportaient des réponses verbalement et les trois agents de santé faisaient la transcription sur les fiches.

Traitement et analyse des données : La saisie des données était faite à l'aide du logiciel Sphinx version 5.1.0.2 et l'analyse par un logiciel SPSS (Statistical Package for Science Social) version 18. L'analyse des données comportait une partie quantitative

(détermination des fréquences et des moyennes avec leurs écarts-types) et une partie qualitative (tests de Khi-2 et Fischer ont été utilisés selon leur condition d'applicabilité pour la comparaison des proportions. Le test était significatif si $p < 0,05$).

Considérations éthiques : Pour des raisons éthiques, l'autorisation a été obtenue auprès du directeur du centre. Avant l'administration du questionnaire, l'enquêteur a expliqué au patient que les données se recueilleraient dans l'anonymat et les informations seraient gardées de façon confidentielle\$.

RESULTATS

Au terme de l'enquête, 128 patients ont été interrogés.

Age : L'âge moyen était de 65 ans avec des variations comprises entre 60 à 83 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 60-69 ans (63%).

Genre : Il y avait plus d'hommes (58,6%) que de femmes (41,4%) avec un sex-ratio de 1,41.

Situation matrimoniale : La majorité des hommes était des monogames (70,7%) et les femmes des veuves (66%).

Niveau d'étude : Un peu plus de la moitié des enquêtés (58,6%) avait un niveau d'instruction d'au moins secondaire. Par contre 5,6% des enquêtés n'étaient pas scolarisés

Connaissance de l'hypertension artérielle

Définition de l'HTA : Seulement 19,5% des patients pouvaient définir l'HTA. Cette définition était statistiquement corrélée au niveau d'éducation : plus on était scolarisé plus le niveau de connaissance de l'HTA était élevé avec $p = 0,007$.

Fréquence de l'HTA : La fréquence de l'HTA était de 60,9% auprès des patients enquêtés.

Lien entre l'hypertension artérielle et vieillissement : Presque la totalité des patients (96,9%) avaient répondu que l'HTA n'était pas réservée qu'aux personnes âgées.

Mode de survenue de l'HTA : 62,5% des patients enquêtés savaient que l'HTA pouvait être silencieuse.

Signes cliniques : Les signes les plus connus étaient les céphalées (21,1%), les bourdonnements d'oreille (14,8%), les vertiges (11,7%), le flou visuel (11,7%), les palpitations (8,6%), la paralysie (7,8%), troubles du sommeil (7,8%),

Facteurs de risque : Les facteurs de risque les plus cités étaient une mauvaise alimentation (25,8%), la sédentarité (16,4%), la cigarette (11,7%), l'alcool (11,7%), le stress (11,7%), l'obésité (7,8%), la vieillesse (4,7%), le diabète (3,9%), l'hérédité (0,8%).

Complications : Les complications les plus évoquées étaient l'AVC (56,3%) puis la cardiopathie (10,2%) enfin l'insuffisance rénale (7,8%). Cependant 25,78% ne connaissaient aucune complication liée à l'HTA.

Gravité : La quasi-totalité des patients enquêtés (88,5%) avaient répondu que l'HTA était une maladie grave. Parmi les raisons de cette gravité, un peu plus de la moitié des personnes enquêtées (56,3%) avait cité la survenue de l'AVC et/ou handicap.

Durée du traitement : La majorité des patients enquêtés (82,5%) avait répondu que le traitement de l'HTA était à vie.

Moyens de prévention : L'alimentation saine était le moyen de prévention le plus connu (40,6%), mais aussi l'activité physique (21,9%), le contrôle de TA (6,2%), le fait de ne pas fumer et ne pas consommer de l'alcool (4,7%)

Attitudes et Pratiques

Observance thérapeutique : Parmi les attitudes à adopter en cas d'HTA, le respect des rendez-vous et suivi médical (68%) était le plus fréquemment cité puis adoption d'une alimentation saine (7%), la pratique d'activités physiques (1,6%). Cependant presque $\frac{1}{4}$ (23,4%) des patients n'avaient aucune connaissance de l'attitude à adopter.

Attitude par rapport aux facteurs de risque

- **Taux de cholestérol** : La majorité des personnes enquêtées (80,5%) ne connaissaient pas leur taux de cholestérol. Les patients âgés de moins de 70 ans avaient une

meilleure connaissance du taux de leur cholestérol que ceux de plus de 70 ans et la différence était statistiquement significative, $p=0,001$.

- **Pratique du sport** : La quasi-totalité des personnes enquêtées 90,6% affirmait pratiquer la marche.

- **Tabagisme** : Seules 12,5% des personnes enquêtées fumaient. Le tabagisme était plus fréquent chez les hommes que les femmes et la différence était statistiquement significative. Le sexe masculin était un facteur de risque de tabagisme $p= 0,0001$

DISCUSSION

Caractéristiques sociodémographiques

Sexe : Cent vingt-huit 128 personnes âgées étaient incluses dans notre étude ; il y avait une prédominance masculine (58,6%) avec un sex ratio H/F de 1,41. Pourtant, les données démographiques montrent que les femmes constituent 50,3 % des personnes âgées sénégalaises selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH)[3]. Les femmes ont une espérance de vie plus longue comme par-tout ailleurs. Notre résultat peut s'expliquer probablement par les difficultés des femmes à remplir les fiches d'enquêtes et à répondre oralement aux questions car leur niveau de scolarisation est bas par rapport à celui des hommes [3]. Nos résultats sur la prédominance masculine de personnes atteintes d'HTA ont été retrouvés dans certaines études [6, 7]. Par contre, d'autres études avaient rapporté une prédominance féminine [8, 9, 10, 11].

Age : L'âge moyen était de 65ans avec des extrêmes compris entre 60 et 83 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 60-69 ans avec un pourcentage de 63%. Ces résultats étaient retrouvés dans la plupart des enquêtes auprès des personnes âgées en Afrique [12, 13]. Ce pourcentage élevé de cette tranche d'âge pourrait s'expliquer par l'espérance de vie qui est faible en Afrique, en d'autres termes peu de personnes atteignent un âge plus avancé.

Niveau d'étude : Un peu plus de la moitié des enquêtées (58,6%) avait un niveau d'instruction au moins de secondaire et 25,8% avaient un niveau primaire. Selon l'ANSD [3], au niveau national, sur les 531718 personnes âgées, seules 190563 soit 8,9%, ont suivi un enseignement formel. Tous niveaux confondus, 91,1% des personnes âgées ne sont pas instruites. Ce faible niveau d'instruction résulterait de l'accès difficile aux écoles existantes à l'époque, de la pauvreté des parents et sur-tout de leur méconnaissance de l'utilité de l'instruction. Tout comme l'alphabétisation, le niveau d'instruction diminue avec l'âge avancé. Chez les personnes âgées, celles qui ont le niveau d'étude supérieur ne représentent que 1,1% [3].

Statut social : Notre étude montrait que la grande majorité des personnes âgées (72,7%) n'exerçait aucune activité après la retraite. En effet, il est courant qu'à l'âge avancé que la personne cesse toute activité surtout lorsque ses enfants peuvent subvenir à ses besoins. De plus, à cet âge, la personne se consacre plus à des activités religieuses et sociales. Selon Véninga [14], les réseaux sociaux, la participation sociale et le sentiment d'appartenance sont importants pour maintenir la santé et prévenir les maladies et l'isolement chez les aînés.

Connaissances de l'hypertension artérielle

Définition de l'HTA : Sur 128 personnes interrogées, seuls 19,5% des enquêtés pouvaient définir de l'HTA. Ce résultat est supérieur à celui obtenu par Yahedh K et coll. au Togo (12,6%) [15]. Par contre, les études de Adjagba PM et Coll [15], de Sa-leem et Coll au Pakistan [17] et de Miandrisoa RM et Coll en Madagascar [18] avaient trouvé des taux plus élevés respectivement 22,7%, 62,1% et 33,5%. Cette différence peut s'expliquer par le fait que ces études avaient porté sur des hypertendus connus, censés connaître mieux leur maladie. Dans notre étude, le niveau de scolarisation était statistiquement lié à la connaissance de l'HTA: plus on est scolarisé plus le niveau de connaissances de l'HTA est élevé. Ainsi, la scolarisation est un facteur lié à la connaissance de l'HTA. EL Gbouri L. et coll. [19] lors de l'enquête d'évaluation des connaissances des patients hypertendus sur l'HTA avait fait la même constatation. Leurs résultats avaient montré que les connaissances sur l'HTA étaient faibles chez les sujets de niveau d'instruction

bas. Cette méconnaissance laisse prévoir le risque que l'HTA soit souvent découverte au stade de complications.

Prévalence de l'hypertension artérielle : Dans notre étude, la fréquence de l'HTA était élevée (60,9%) par rapport à celle l'HTA dans la population générale de Dakar qui était de 27,50 % en 2014 [20]. Les résultats des études de Yayehd K. et Coll en 2013 avaient retrouvé des prévalences inférieures à 54,1% [15]. Cela peut s'expliquer par le fait que notre population d'étude était constituée de personnes âgées et l'âge avancé est un facteur favorisant la survenue de l'HTA [1]. En effet, il a été prouvé que la prévalence de l'HTA augmente avec l'âge et atteint plus de 65 % après 65 ans [1]. En outre, une personne non hypertendue à 65 ans présente un risque de 90 % de développer une HTA durant le reste de son existence [1].

Signes cliniques : Le principal symptôme cité par nos enquêtés était les céphalées (21,1%) suivi des bourdonnements d'oreille (14,8%) et des vertiges (11,7). Le même symptôme a été retrouvé dans des études menées respectivement à Lomé [16] et à Bobo-Dioulasso [21] avec des taux de 27% et 55%. Les autres signes énumérés par nos enquêtés tels que le flou visuel (11,7%), les palpitations (8,6%), la paralysie (7,8%) étaient moins connus comme symptômes pouvant révéler une HTA. De plus, la majorité des personnes enquêtées (62,5%) savaient que l'HTA pouvait être silencieuse c'est-à-dire sans aucune manifestation clinique. Cette HTA est découverte lors de la prise au hasard de la tension artérielle ou lors des complications d'où l'intérêt d'un dépistage de cette affection chez les personnes à risque.

Facteurs de risque : Le facteur de risque de l'HTA le plus connu par nos enquêtés était une alimentation déséquilibrée riche en graisse et sel (25,8%) suivi de la sédentarité (16,4%), la cigarette (11,7%), l'alcool (11,7%), le stress 11,7%. Contrairement aux résultats d'une étude de Yayedh K et coll au Togo [15], le stress (36,7%) était le facteur de risque le plus cité par leurs enquêtés. De plus, la totalité des personnes enquêtées soit 96,9% avaient répondu que l'HTA n'était pas réservée qu'aux personnes âgées. En effet l'HTA touche toutes les personnes sans distinction d'âge. Chez les personnes âgées, il s'agit plus d'HTA primaire ou essentielle liée à des facteurs de risque vasculaire (sédentarité, tabagisme, alimentation grasse et riche en sels...)

Gravité : Nos résultats avaient montré que la quasi-totalité des personnes enquêtées (88,5%) avaient affirmé que l'hypertension artérielle était une maladie grave. Parmi les raisons de cette gravité, un peu plus de la moitié des personnes enquêtées (56,3%) avaient cité la survenue de l'AVC et/ou d'un handicap. Des études avaient retrouvé des résultats comparables voire plus élevés : RM Miandrisoa et Coll en Madagascar (59,8%) [18], Abdullahi et Coll au Nigérian (84%) [21], Djidjoho et Collau Bénin (46,1%) [22]. En Afrique, les accidents vasculaires et cérébraux figurent parmi les complications de l'HTA rapidement fatales. Plus du quart des adultes hospitalisés pour un AVC décèdent dans l'année qui suit [23]. En 2008-2009, 14,5 % des patients sont décédés lors de l'hospitalisation initiale [23]. Ce pourcentage élevé traduit la gravité des AVC qui dépend de l'étendue des lésions hémorragiques ou ischémiques, de l'éventuelle atteinte des centres vitaux et de complications précoces. Le taux de mortalité est de 28 % entre 65 et 84 ans et s'élève à 50 % pour les patients âgés d'au moins 85 ans [23]. Le taux de décès se-rait probablement plus élevé en Afrique du fait de l'insuffisance des ressources humaines et matérielles mais aussi de l'inaccessibilité géographique et financière des structures sanitaires de qualité.

Moyens de prévention : La connaissance par les enquêtés des moyens de prévention primaire tels que l'alimentation saine (40,6%), la pratique d'activité physique (21,9%), le fait de ne pas fumer et de ne pas consommer de l'alcool (4,7%), la sensibilisation sur la lutte contre l'HTA (1,6%) permet de réduire l'incidence de l'HTA [24]. Par contre la connaissance par les enquêtés des moyens de prévention secondaire tel que le contrôle de TA (6,2%) permet de réduire la prévalence des complications liées à l'HTA [24]. Presque ¼ de nos enquêtés (23,4%) n'avaient reconnu aucun moyen de pré-

vention de l'HTA. Cette situation est source du retard de diagnostic, de l'inobservance thérapeutique, de la survenue de complications et de mortalité d'où l'utilité de mettre en place des programmes de lutte contre cette affection.

Attitudes et pratiques rapport aux FDRV

Cholestérol : La majorité des enquêtés (80,5%) ignorait leur taux de cholestérol malgré la tendance de surconsommation d'aliments riches en graisse [15], cette surconsommation des aliments riches en graisse a été constatée par plusieurs auteurs [2, 4, 25]. Les résultats d'une étude au Bénin [15] ont montré que les repas riches en gras étaient préférés par 45,1% des enquêtés et les repas hyposodés par 23,28% des enquêtés alors qu'une autre a montré que 28% des sujets avaient une alimentation riche en graisse, 20,3% consommaient du sel sans modération [15]. La dyslipidémie est plus qu'un facteur cardio-vasculaire, c'est une véritable cause. Une baisse de 1% de la cholestérolémie diminue l'incidence de la maladie cardio vasculaire de 2% [26]. L'association de la dyslipidémie et l'HTA est génératrice de lésions coronariennes, rénales, vasculaires et cérébrales [27]. Dans notre étude, la connaissance du taux de cholestérol était statistiquement liée à la tranche d'âge de moins de 70 ans. En effet, les personnes âgées de moins de 70 ans étaient probablement plus alphabétisées que les plus de 70 ans. Des études divergentes avaient affirmé que des taux élevés ou bas de cholestérol total étaient prédictifs d'une mortalité précoce chez le sujet âgé par rapport aux taux intermédiaires de cholestérol [28]. Chyou et Eaker [29] avaient réalisé une étude sur l'impact du taux de cholestérol total sur le risque de mortalité de 989 sujets d'âge supérieur à 65 ans suivis pendant 8 à 10 ans. Chez les hommes de plus de 65 ans, une augmentation du ratio cholestérol total sur HDL cholestérol était associée à une élévation du risque de décès toutes causes confondues. Le HDL cholestérol serait protecteur contre la mortalité totale pour la catégorie d'hommes âgés entre 65 et 74 ans et au-delà de 75 ans cet effet protecteur diminuerait. Chez les femmes, les associations étaient plus faibles.

Activités physiques : Dans notre population d'études, 90,6% des enquêtés avaient affirmé qu'ils pratiquaient de la marche. Ce résultat est supérieur aux études menées au Bénin (23,8%) [15] et à Lomé (8,2%)[16]. Cette différence peut être expliquée par le fait que nos enquêtés étaient des personnes âgées et elles avaient assez de temps libre pour pratiquer la marche. Il est aussi à se demander si la marche pratiquée par notre population d'étude constitue réellement une activité physique. En effet, pour que la marche soit considérée comme une activité physique, il faut marcher 150 minutes par semaine à un pas modéré représentant 30 minutes de marche par jour, à raison de 5 fois par semaine. La marche est une activité physique accessible et comportant peu de risque pour la santé surtout pour les personnes âgées. L'activité physique est une attitude positive à adopter en cas d'hypertension artérielle, lorsqu'elle est régulièrement pratiquée. Elle permet une réduction de la morbidité en regard de nombreuses pathologies chroniques.

Tabac : La fréquence du tabagisme dans notre population d'étude était de 12,5% et les hommes étaient plus exposés que les femmes ($p= 0,0001$). YayedhK et Coll [15] avaient rapporté un taux de tabagisme de 6,8%. En Abidjan, la prévalence nationale était estimée par l'OMS à 22,1 % avec une prédominance masculine. Dans l'étude de l'OMS, on note une prévalence de 1,1% de fumeuses au plan national [30]. Cette faible prévalence féminine serait la conséquence de l'image négative que la société africaine en général et sénégalaise en particulier, a des fumeuses. Le tabagisme féminin est mal vu car la fumeuse est considérée comme une femme de mauvaise moralité.

Contrôle de la TA : Parmi les attitudes à adopter en cas d'HTA, 68% des patients avaient affirmé le respect des rendez-vous et suivi médical. Ainsi, le contrôle régulier de la tension artérielle est une attitude positive à adopter. Il permet non seulement de dépister précocement l'HTA chez le sujet apparemment indemne d'autant que cette affection peut évoluer à bas bruit mais aussi d'assurer le suivi tensionnel chez le sujet hypertendu pour éviter la survenue des complications pouvant être redoutables parfois irréversibles (AVC, infarctus myocarde...). Dans notre étude, 21,9% de nos enquêtés ignoraient leur statut tensionnel. Ce résultat est en dessous de celui de l'étude réalisée par Niakara et Coll [31] ou 73% des sujets ignoraient leurs chiffres tensionnels. Cette

ignorance peut être expliquée par l'insuffisance de sensibilisation sur cette affection.

CONCLUSION

L'HTA est devenue aujourd'hui un problème majeur de santé publique de par sa fréquence, sa gravité (handicap, perte d'autonomie, coût élevé. ...) et de sa mortalité. Elle affecte particulièrement les personnes âgées d'autant que l'âge avancé est un facteur de risque de survenue de cette affection. Sa prise en charge est actuellement confrontée à de nombreux obstacles, notamment une connaissance insuffisante de la pathologie, de ses complications et des facteurs de risque mais aussi du non-respect des mesures hygiéno-diététiques, de l'inobservance thérapeutique, du déficit en ressources matérielles de nos structures et en spécialistes. Ainsi pour lutter contre cette affection, il est judicieux de mettre en place un programme décentralisé, intégré et axé sur la promotion de la santé, la prévention primaire et le dépistage puisque nos faibles ressources et le sous équipement médical de nos structures sanitaires ne nous permettront pas une prise en charge adéquate de ces affections.

Remerciements : Au personnel sanitaire et patients suivis au centre de gérontologie et gériatrie de Ouakam.

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

REFERENCES

- [1] Fourcade L, Paule P, Mafart B. Hypertension artérielle en Afrique subsaharienne actualité et perspectives. *Med Trop.* 2007 ; 67 : 559-567.
<https://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=20157786>
- [2] Houehanou C, Amidou S, Preux P M, Houinato D, Lacroix P. Hypertension artérielle (HTA) en Afrique subsaharienne. *Journal de Médecine Vasculaire.* 2018 ; pages 87.
<https://www.em-consulte.com/article/1203874/hypertension-arterielle-hta-en-afrique-subsa-harien>
- [3] Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). Recensement Général de la population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de L'élevage (RGPHAE). 2013.
- [4] Millogo A. Prévention des facteurs de risque vasculaire en Afrique. *Revue Neurologique.* 2015 ; 171 (Supplément 1) : pages A235.
- [5] <https://www.adl.sn/commune/ouakam>.
- [6] Ouedraogo N A. L'hypertension artérielle en milieu urbain ouest africain (Ouagadougou, Burkina Faso) : Etude transversale communautaire de la prévalence et des facteurs associés Ouagadougou Burkina Faso. Thèse Méd, 2003, No 23.
- [7] Ministère de la santé et de la prévention médicale. Statistiques sanitaires sur les maladies cardiovasculaires. 2014. www.sante.gouv.sn.
- [8] Katchunga P B, Kayamba J RM, Masumbuko B E et al. Hypertension artérielle chez l'adulte Congolais du Sud Kivu : résultats de l'étude Vitaraa. *La Presse Médicale.* 2011 ; 40 (6) : 315 23.
<https://www.em-consulte.com/article/293618/hypertension-arterielle-chez-ladulte-congolais-du>
- [9] Pessinaba S, Mbaye A, Yateba G. Prévalence et déterminants de l'hypertension artérielle et des facteurs de risques associés. *Cardiovascular Journal of Africa.* 2013 :180-185.
- [10] Agbodjan P W. Hypertension artérielle du sujet âgé à Dakar Sénégal. Thèse Méd, Dakar : Université Cheikh Anta Diop. 2014 ; No 44.
- [11] Badiane O. Hypertension artérielle du sujet âgé à Dakar Sénégal. Thèse Méd. Dakar : Université Cheikh Anta Diop. 201 ; No 61.
- [12] Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S et al. Les incapacités fonctionnelles des personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Sante Publique.* 2012 ; 5 (24) : 439-51.
- [13] Ka O, Coume M, Diop CT, Ngom NF, Faye A, Leye MMM et al. Enquête médico-sociale auprès des personnes âgées au centre de gérontologie et gériatrie de Ouakam/Sénégal. *Neurol Psychiatr Geriatr.* 2017 ;17 (100) : 223- 229.
<https://www.em-consulte.com/article/1129255/enquete-medicosociale-aupres-des-personnes-agees-d>
- [14] Veninga J. Le capital social et la santé. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé.* 2006 : 21-27.
- [15] Yayedh K, Damorou F, Ehlan E, Kara P, N'da NW, Tété Y et al. Connaissance sur l'hypertension artérielle, attitudes et mode de vie parmi les employés d'un département ministériel à

Lomé. Togo. *Angiologie*. 2012 ; 64 (3) : 63-71.

[16] Adjagba PM, Codjo L, Sonou A, Gninkoun J, Hounkponou M, Aguiya J et al. Connaissances, attitudes et pratiques sur l'hypertension artérielle, chez les patients d'un centre de sante de premier niveau au sud-ouest du Bénin. *Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin*. 2019 ; 30 : 6-11.

[17] Saleem F, Hassali MA, Shafie AA, AwadAG, Bashir Set al. Association between Knowledge and Drug Adherence in Patients with Hypertension in Quetta, Pakistan. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*. 2011; 10 (2): 125-132.

[18] Miandrisoa RM, Ramilitiana B, Rakotonol RR, Rasamoelina W, Ravaoavy H, Ralamboson SA et Coll. Connaissances de l'hypertension artérielle et de ses complications au centre hospitalier de Soavinandriana. *Journal of Current Médical Research and Opinion*. 2020 ; 3 (01) : 415 - 421

[19] Gbouri EL L., Hattaoui EL M. Enquête d'évaluation des connaissances des patients hypertendus sur l'hypertension. Marrakech; 2009; Thèse. Med, Numéro 65.

[20] Macia E., Duboz P., Gueye L. L'hypertension artérielle à Dakar : prévalence, connaissance, traitement et contrôle. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*. 2015 ; 108 (1) : 49 56.

[21] Tougouma J B S, Hien H, Aweh A B, Yaméogo A, Méda C Z, Kambiré Y et al. Prévalence et connaissances de l'HTA chez les personnes âgées : étude transversale menée à Bobo Dioulasso Burkina Faso. *Pan Afr Med J*. 2018; 30: 243.

[21] Abdullahi AA, Amzat J et al. Knowledge of hypertension among the staff of University of Ibadan, Nigeria. *Journal of Public Health and Epidemiology*. 2011; 3(5): 204-209.

[22] Djidjoho A S, Lemone H, Adjagba P, Codjo L, Hounkponou M, Sonou C H et al.

Etude du risque cardiovasculaire absolu et de complications de l'hypertension artérielle dans une population de patients hypertendus à Cotonou. *Journal de la Société de biologie clinique du Bénin*. 2017 ; 26 : 35- 40.

[23] Christine de Perett. Les risques de décès un an après un accident vasculaire cérébral. *Etudes et Résultats*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. France. 2015 ; No 939.

[24] Carey RM, MD, Muntner P, Bosworth BH, Whelton PK. Prevention and Control of Hypertension : JACC Health Promotion Series. *J Am Coll Cardiol*. 2018; 72(11): 1278–1293.

[25] Pessinaba S, Mbaye A, Yabéta G A D, Harouna H, Sib A E, Kane A D et al. Enquête de prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire en population générale à Saint-Louis (Sénégal). *Annales de cardiologie et d'angéiologie*. 2013 ; 62 (4) : 253-258.

[26] Gidding SS, Allen BN. Cholestérol and Atherosclerotic Cardiovascular Disease : A Life long Problem. *J Am Heart Assoc*. 2019 ; 4 : 8 (11).

[27] Ariyanti R, Besral B. Dyslipidemia Associated with Hypertension Increases the Risks for Coronary Heart Disease: A Case-Control Study in Harapan Kita Hospital, National Cardiovascular Center, Jakarta. *J Lipids*. 2019.

[28] Navarese EP, Robinson JG, Kowalewski M, Kolodziejczak M, Andreotti F, Bident K et al. Association between baseline LDL C level and total and cardiovascular mortality after LDL C lowering : a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2018 ; 319 :1566–1579.

[29] Chyou PH, Eaker ED. Serum cholesterol concentrations and all-cause mortality in older people. *Age Ageing*. 2000; 29 (1): 69 -74.

[30] OMS. Mackay J, Eriksen M. The tobacco Atlas. Geneva: World Health Organisation. 2002 : p117.

[31] Niakara A, Nebie L V A, Zagre N M, Ouedraogo N A, Megnigbeto A C et al. Connaissances d'une population urbaine sur l'hypertension artérielle : Enquête prospective menée à Ouagadougou, Burkina Faso. *Bull Soc Pathol Exot*. 2003 ; 96 (3) : 219-22 - <https://pathexo.societe-ntsi.fr/documents/articles-bull/T96-3-DK29.pdf>