

Faculté de santé publique

La non-observance thérapeutique chez les hypertendus : Perception des soignants et patients de la zone de santé de Selembao à Kinshasa/République démocratique du Congo

Mémoire réalisé par

Yves LUKAYA MUPINSIE

Promoteur

Prof. WALTER HESBEEN

Année académique 2020-2021

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Option : Coordination et réseaux de soins et personnes âgées et gériatrie

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02.1200 Woluwe-Saint-Lambert

www.uclouvain.be/fsp

Faculté de santé publique

La non-observance thérapeutique chez les hypertendus : Perception des soignants et patients de la zone de santé de Selembao à Kinshasa/République démocratique du Congo

Mémoire réalisé par

Yves LUKAYA MUPINSIE

Promoteur

Prof. WALTER HESBEEN

Année académique 2020-2021

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Option : Coordination et réseaux de soins et personnes âgées et gériatrie

REMERCIEMENTS

À la fin de mon master en santé publique, je tiens à remercier tous ceux qui ont apporté leur aide à la réalisation de ce travail.

Je remercie le Dieu Tout-Puissant qui a commencé et termine avec nous.

Je tiens à remercier mon promoteur, le professeur WALTER HASBEEN sans qui ce mémoire n'aurait pas vu le jour. Son accompagnement, son soutien, ainsi que sa bienveillante rigueur m'ont aidé dans la recherche et la finalisation de ce travail. Merci professeur pour votre patience, votre grand cœur et votre disponibilité.

Que toutes les autorités académiques, professeurs et administratives de l'Université Catholique de Louvain trouvent ici notre reconnaissance pour la rigueur et le dévouement qu'elles ont manifestées tout au long de notre formation.

Je tiens à remercier mes parents LUKAYA ADIMI Norbert décédé et MUKAMUTSIUNU NATSIEME Jeannette pour leur sincère et profonde affection et pour avoir consenti de nombreux sacrifices en ma faveur.

À mes frères et sœurs, LUKAYA KITAMBALA Blanchard, LUKAYA IPAYO Serge, LUKAYA MUNIAMA Zytha et LUKAYA MULENGESO Vanessa.

À tous mes compagnons de lutte de la faculté de Santé publique et d'ailleurs pour leur soutien : BREHIMA SOUMOUNOU, JACQUELINE UWIMANA, HERVE NKANGA MAKENGEELE AMBA NDJ'IKE OKUMBO, LUCIE KAMBA NTUMBA.

À ma fille NATSIEME LUKAYA MAYRA qui m'a apporté la joie de vivre et la force de croire à un avenir meilleur.

PLAGIAT

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieur illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhéré au code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain ».

RÉSUMÉ

Nom et prénom : LUKAYA MUPINSIE Yves

Titre du mémoire : La non-observance thérapeutique chez les hypertendus : Perception des soignants et patients de la zone de santé de Selembao à Kinshasa/R. D Congo

Promoteur : Prof WALTER HESBEEN

Introduction : En RD Congo, l'hypertension artérielle (HTA) constitue un problème majeur de santé Publique avec une prévalence de 26 %. À Kinshasa, elle est de 14,2 % en milieu urbain contre 9,9 en milieu rural. L'OMS préconise des mesures comportementales telles qu'une bonne hygiène de vie et alimentaire, le respect du traitement afin de réduire cette la prévalence. Il faut sensibiliser la population de la commune de Selembao sur les moyens de lutte contre l'HTA, étant donné que pour des raisons socioculturelles et économiques, certains malades font recours à la médecine traditionnelle. Or, l'efficacité de la prise en charge de l'HTA par cette dernière reste à prouver.

Objectif : L'objectif du travail est de comprendre les facteurs qui influencent la non-observance thérapeutique chez les hypertendus dans la zone de santé de Selembao (ZSS) afin d'améliorer la prise en charge.

Méthodologie : La méthode qualitative a été choisie. Dès lors, nous avons analysé les données collectées grâce à des entretiens individuels. Les entretiens ont été analysés puis présentés sous forme de résultats. Puis nous avons décrit les propos de l'interviewé afin de créer des catégories thématiques après la lecture des différents entretiens, puis nous avons interprété ce qui a été dit en faisant la comparaison avec la littérature existante.

Résultats : Le contrôle irrégulier de l'HTA, la négligence et la pauvreté des patients favorisent la non-observance thérapeutique. Les hypertendus ne consultent pas les tradipraticiens par méfiance vis-à-vis de leur capacité à soigner l'HTA. Les médecins ne collaborent pas avec les tradipraticiens par manque de considération et de respect vis-à-vis de ces derniers. Notre étude a montré des similitudes et des divergences avec des études antérieures.

Conclusion : la problématique de la non-observance des hypertendus dans la ZSS est favorisée par la pauvreté, la négligence, le contrôle irrégulier de la tension artérielle par les patients. Avec la prévalence de l'HTA qui ne fait que s'accroître dans le monde entier, il est impératif de proposer des pistes de solutions pour résoudre le problème. Notamment à travers l'éducation thérapeutique et une étroite collaboration entre les tradipraticiens et médecins.

Mots clés : Hypertension, non-observance, thérapeutique, compréhension, tradipraticiens, connaissance, perception.

ABRÉVIATIONS

AINS : Antiinflammatoire non stéroïdien

AVC : Accident vasculaire cérébral

ARAI : Antagoniste de l'angiotensine II

CIVD : Coagulation intravasculaire disséminée

ECG : Électrocardiogramme

HTA : Hypertension artérielle

IEC : Inhibiteur enzyme de conversion

IRM : Imagerie à résonance magnétique

M : Masculin

MAPA : Mesure ambulatoire de la pression artérielle

Md : Médecin

MSF : Médecin sans frontière

Mm Hg : Millimètre de mercure

NFS : Numération formule sanguine

OAP : Œdème aigu du poumon

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OT : Observance thérapeutique

P : Patient

PA : Pression artérielle

PAD : Pression artérielle diastolique

PAS : Pression artérielle systolique

PO : Per os (voie orale)

RDC : République démocratique du Congo



SFHTA : Société Française d'Hypertension Artérielle

T : Tradipraticien

TA : Tension artérielle

VIH : Virus de l'immunodéficience

VD : Ventricule Droit

ZSS : Zone santé de Selembao

ZS : Zone de santé.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Classification des niveaux de pression artérielle.....	5
Tableau 2 : Traitement des patients avec et sans comorbidité.....	10
Tableau 3 : Les facteurs susceptibles d'influencer l'observance thérapeutique.....	14
Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques des patients.....	24
Tableau 5 : Caractéristiques sociodémographiques des Médecins.....	25
Tableau 6 : Caractéristiques sociodémographiques des tradipraticiens.....	26

LES ANNEXES

ANNEXE 1 : Attestation de récolte des données

ANNEXE 2 : Avis du comité d'éthique de la santé RD Congo

ANNEXE 3 : les guides d'entretiens

ANNEXE 4 : Les entretiens avec les patients

ANNEXE 5 : Les entretiens avec les Médecins

ANNEXE 6 : Les entretiens avec les Tradipraticiens

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	I
PLAGIAT.....	II
RÉSUMÉ.....	III
ABRÉVIATIONS.....	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	VI
LES ANNEXES.....	VII
ANNEXE 1 : Attestation de récolte des données.....	VII
ANNEXE 2 : Avis du comité d'éthique de la santé RD Congo.....	VII
ANNEXE 3 : Les guides d'entretiens.....	VII
ANNEXE 4 : Les entretiens avec les patients.....	VII
ANNEXE 5 : Les entretiens avec les Médecins.....	VII
ANNEXE 6 : Les entretiens avec les Tradipraticiens.....	VII
INTRODUCTION.....	1
❖ Question de recherche.....	3
❖ But.....	3
❖ Objectifs.....	4
• Objectif général.....	4
• Objectifs spécifiques.....	4
❖ Division du travail.....	4
I : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	5
I.1. Hypertension artérielle.....	5
I.1.1. Définition.....	5
I.1.2. Type d'hypertension.....	6
I.1.3. Manifestations cliniques.....	6
I.1.4. Physiopathologie.....	7
I.1.5. Epidémiologie.....	7
I.1.6. Causes et facteurs de risque de l'hypertension artérielle.....	8
I.1.7 Complications.....	8
I.1.8. Examens paracliniques.....	9
I.1.9. Traitement.....	9
I.1.9.1. Buts du traitement et stratégie thérapeutiques.....	9
I.1.9.2. Traitement de fond.....	9
I.1.9.3. Mesures hygiéno-diététiques.....	10
I.1.9.4. Traitement médicamenteux.....	10

I.1.9.5. Choix des antihypertenseurs	10
I.1.9.6. Suivi du patient hypertendu.....	11
I.1.9.7. Prévention.....	12
I.1.9.7.1. Les différentes mesures préventives.....	12
I.2. Problème d'observance thérapeutique	12
I.2.1. Facteurs liés aux patients	14
I.2.2. Facteurs liés à la maladie	15
I.2.3. Facteurs liés aux soignants.....	15
I.2.4. Facteurs liés au système de soin.....	16
I.2.5. Facteurs liés au traitement.....	16
I.2.6. Evaluation de l'observance thérapeutique	16
I.2.7. Les Conséquences de la mauvaise observance thérapeutique	17
1.3. Le recours à la médecine traditionnelle.....	17
1.4. Etudes antérieures.....	18
II : MATERIELS ET METHODE	20
II.1. Type d'étude	20
II.2. Lieu d'étude	20
II.3. Population cible de l'étude	22
II.4. Description de l'échantillon.....	22
II.4.1. Type d'échantillon.....	22
II.4.2. Critère d'inclusion.....	22
II.5. Collecte des données.....	23
II.6. Traitement et analyse des données.....	23
II.7. Considération d'ordre d'éthique	23
III : RESULTATS	24
III.1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants.....	24
III.2. Résultat des entretiens avec les patients	26
III.2.1. Connaissances générales des patients sur l'hypertension artérielle	26
III.2.1.1. Connaissances des patients sur l'origine de la maladie	26
III.2.1.2. Les symptômes de l'HTA	27
III.2.1.3. La durée du traitement.....	28
III.2.1.4. Le contrôle régulier des chiffres tensionnels	28
III.2.1.5. Facteur associé à la mauvaise observance thérapeutique	29
III.2.1.6. Perceptions et représentations des patients de l'HTA.....	29
III.2.1.7. Recours aux tradipraticiens.....	30

III.3. Résultats des entretiens avec les médecins	31
III.3.1. Perceptions des soignants sur l'observance thérapeutique des patients	31
III.3.2. Facteurs influençant la non-observance thérapeutique	31
III.3.3. Prise en charge de l'hypertension artérielle par les médecins	32
III.3.3.1. Diagnostic de l'HTA	32
III.3.3.2. Traitements médicamenteux.....	32
III.3.3.3. Suivi du patient hypertendu.....	33
III.3.4. Pistes de solution selon les médecins	33
III.4. Résultats des entretiens avec les tradipraticiens	34
III.4.1. Diagnostic de l'HTA	34
III.4.2. Les différents symptômes de l'HTA.....	34
III.4.3. Le recours à la médecine traditionnelle	34
III.4.4. Facteurs influençant la non-observance thérapeutique	35
III.4.5. Amélioration de la qualité de l'observance thérapeutique	36
III.4.6. Prise en charge de l'HTA en médecine traditionnelle	36
III.4.6.1. Traitement médicamenteux	36
III.4.6.2. Suivi des hypertendus.....	37
III.4.7. Influence de la relation soignant-soigné.....	37
III.4.8. Collaboration entre médecine traditionnelle et moderne.....	38
III.4.8.1. Perception de la collaboration	38
III.4.8.2. Amélioration de la collaboration entre les médecins et tradipraticiens.....	38
IV : DISCUSSION.....	40
IV.1. Connaissances des patients sur l'origine de la maladie	40
IV.2. Le contrôle régulier des chiffres tensionnels	40
IV.3. Facteur associé à la mauvaise observance thérapeutique chez les patients	40
IV.4. Perception et représentation des patients sur l'HTA.....	41
IV.5. Perceptions des soignants sur l'observance thérapeutique	41
IV.6. Facteurs influençant la non-observance thérapeutique.....	41
IV.7. Prise en charge et suivi du patient.....	42
IV.8. Suggestion pour améliorer l'observance thérapeutique	42
IV.9. Les différents symptômes de l'HTA	42
IV.10. Le recours à la médecine traditionnelle	43
IV.11. Influence de la relation soignant-soigné.....	43
IV.12. Collaboration entre médecine traditionnelle et moderne.....	43
V. LES LIMITES ET FORCES DU TRAVAIL.....	44

V.1. LES LIMITES	44
V.2. LES FORCES	44
VI. PRECONISATIONS ET PERSPECTIVES.....	45
VI.1. Concernant les médecins et les institutions.....	45
VII. CONCLUSION GENERALE	48
Bibliographie.....	50

INTRODUCTION

Le choix de porter une réflexion sur ce sujet s'est nourri de mes observations faites durant mon parcours professionnel. Médecin de formation, j'ai exercé ma profession dans la commune de Selembao et de Ngaliema à Kinshasa en RDC. Au cours de ces années, j'ai été consterné par l'augmentation du nombre des patients hypertendus reçus en consultation et aux urgences. Certains patients présentaient déjà des complications graves telles que (AVC, insuffisance cardiaque). En plus de ces observations, les résultats d'une étude sur l'hypertension artérielle (HTA) menée à Kinshasa sur base de la méthode STEPS de l'OMS pour les maladies non-transmissibles ont montré que le taux de prévalence en R.D. Congo est de 26 %. Celui-ci varie selon le milieu vie. Un Congolais sur quatre est hypertendus. À Kinshasa la prévalence de l'HTA est de, 14,2 % en milieu urbain contre 9,9 % en milieu rurale comme la ZSS. (J.L.K. Panda, J.L. Masumbuko, P. Mairiaux et al, 2020)

L'HTA est un problème de santé publique mondiale. Avec une morbidité et une mortalité cardiovasculaire très élevées, elle est une des principales causes de décès prématurés dans le monde. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime à 1,13 milliards le nombre de personnes atteintes d'hypertension artérielle dans le monde. Les deux tiers de ces personnes vivent dans des pays dont le revenu est faible. (Noel Emmanuel Essomba et al, 2017). En 2015, 1 homme sur 4 et 1 femme sur 5 avaient l'HTA. D'après, les projectives de l'OMS, le nombre annuel de décès due à des pathologies cardiovasculaire va augmenter, à savoir 17,3 millions en 2008 à 25 millions en 2030. (OMS, 2019) Bien que l'HTA soit la cause de nombreux décès dans le monde, une bonne observance du traitement permet de réduire de façon considérable l'incidence de la maladie, les réhospitalisations et ainsi que la sévérité des complications cardiovasculaires occasionnées par l'HTA. (Noel Emmanuel Essomba et al, 2017)

La non-observance thérapeutique est un problème de santé publique à l'échelle mondiale. En effet, on constate une augmentation non-négligeable de la mortalité, de la morbidité et des dépenses en matière de soins de santé, suite à la non-observance thérapeutique aux antihypertenseurs. Selon l'OMS, la prévalence de la non-observance thérapeutique dans le monde est de 50%, autrement dit la moitié des personnes malades dans le monde n'observe pas le traitement prescrit par leur médecin. (Noel Emmanuel Essomba et al, 2017)

En France, la proportion des patients observant varie entre 50 et 70 %, alors que le seuil minimal d'observance est fixé à 80 % pour qu'un traitement soit efficace. (N. El Bèze et al, 2018). Le coût de la non-observance thérapeutique a été estimé à 2 milliards d'euros par an. Aux Etats-Unis, la proportion de patients non-observant est de 76%. Le council for affordable

health care a estimé à 290 milliards de dollars par an le coût supplémentaire global qu'entraîne l'inobservance thérapeutique et 125 000 décès. (Noel Emmanuel Essomba et al, 2017). Suite à ce constat, que malgré l'existence des structures sanitaires de qualité et des politiques de santé bien structurées, la situation est très grave aux Etats-Unis et en France. Dès lors, cela fait craindre le pire pour les pays en voie de développement, surtout en Afrique subsaharienne.

En Afrique subsaharienne, la prévalence de l'inobservance thérapeutique des patients souffrant de maladie chronique est très élevée. Concernant l'HTA par exemple, 40 % des adultes en souffrent et la plupart d'entre eux ne respectent pas le traitement. Plusieurs facteurs interviennent dans la mauvaise observance thérapeutique. Ces facteurs sont en rapport avec le patient, la maladie, le soignant, la prise en charge de même que le système de santé. Selon, l'OMS, le recours tardif au traitement est la conséquence directe du manque voire du faible moyens financiers. Dès lors, cela a un impact considérable sur la prise en charge notamment, le renoncement au soin ou suivi tardive. (OMS, 2012)

Une étude réalisée en 2017 par J. Koffi, C. Konin et al en Côte d'Ivoire a estimé à 60 % la proportion des patients hypertendus ayant un problème d'observance thérapeutique. Une seconde étude réalisée au Cameroun en 2017, sur les facteurs de non-observance au Traitement Antihypertenseur chez les Adultes, a estimé à 85,8 %, la proportion de non-observance thérapeutique chez les personnes souffrant d'hypertension artérielle. (Noel Emmanuel Essomba et al, 2017) Ces chiffres démontrent à quel point la situation est alarmante en Afrique.

Dans la plupart des communautés africaines où l'accès aux hôpitaux et aux cliniques est difficile, la médecine traditionnelle reste la seule option pour la population. (Ebenezer Frimpong et al, 2019) D'après l'OMS, 80 % du peuple africain pour faire face à leurs problèmes de santé, ils font un recours à la médecine traditionnelle. Cependant, le choix est réalisé indépendamment de leurs volontés. Celui-ci est la conséquence de la conjoncture, la pauvreté et les frais considérable pour se procurer les médicaments. (Koto-te-Nyiwa Ngbolua et al, 2016)

En RDC, il n'existe pas actuellement d'étude qui détaille de façon claire et précise la prévalence de la non-observance thérapeutique de façon globale. Cependant, une étude réalisée en 2018 dans la ville de Kalemie par G. A. Yuma, H.K. Bukasa et al, a estimé à 10% la proportion des patients observant le traitement des maladies chroniques. Autrement dit, 90% des patients étaient non-observants. (G. Alima Yuma et al, 2018). À Kinshasa, la non-observance des antihypertenseurs, associée à l'absence des contrôles de l'HTA contribuent énormément à la survenue de nombreuses complications qui pourraient être évitées dans le milieu hospitalier. En effet, la non-observance des antihypertenseurs et du contrôle de la

pression artérielle ont été respectivement estimées à 54,2% et à 15,6% selon une étude réalisée à Kinshasa en 2015. (Aimée M. Lulebo et al, 2015). Cette mauvaise observance est due au manque d'information concernant des complications liées à l'HTA, l'indisponibilité des antihypertenseurs dans les établissements de santé, la pauvreté et le manque d'assurance maladie à Kinshasa.

Il est important de souligner que, lorsqu'on aborde un sujet de santé en RDC comme dans la majorité des pays africains, il faut tenir compte de la place de la médecine traditionnelle. En effet, la médecine traditionnelle est souvent le premier recours de la population avant la médecine moderne. Jusqu'à 57 % de la population congolaise utilise la médecine traditionnelle pour répondre à ses besoins de santé. Plusieurs facteurs sont associés à ce choix entre autres, les facteurs socio-culturels et économiques (Valentin Bashige C. et al, 2015) à cela s'ajoute, des infrastructures médicales en état de délabrement avancé, le manque de mutuelle de santé et le manque de soins de qualité (Y. Cottin et al., 2012). Par nos observations personnelles dans la ZSS à Kinshasa, les hypertendus qui sont reçus en urgence avec des complications graves ont souvent été au préalable pris en charge par les tradipraticiens qui n'ont pas pu les soigner. Toutefois, nous ne pouvons assoir de liens entre la survenue des complications et le traitement traditionnel avec des études fiables.

Suite à ce qui vient d'être évoqué, nous allons chercher à comprendre les différents facteurs qui influencent la non-observance thérapeutique des hypertendus de la ZS urbaine et rurale de Selembao, afin d'améliorer l'observance thérapeutique et de prévenir d'éventuelles complications.

❖ Question de recherche

Quels sont les différents facteurs qui influencent la non-observance thérapeutique des patients hypertendus de la ZSS ?

❖ But

Améliorer la qualité de l'observance thérapeutique chez les patients hypertendus dans la ZSS afin de prévenir d'éventuelles complications.

❖ Objectifs

✚ Objectif général

L'objectif principal de ce travail est de comprendre les facteurs qui influencent la non-observance thérapeutique des patients hypertendus de la ZSS.

✚ Objectifs spécifiques

- ✚ Relever les perceptions des différents acteurs.
- ✚ Comprendre le rôle des acteurs dans le respect du traitement.
- ✚ Identifier les facteurs qui entravent la mise en œuvre des directives et recommandations du personnel soignant.
- ✚ Faire quelques suggestions.

❖ Division du travail

Notre travail est divisé en deux grandes parties :

D'une part, une partie conceptuelle où nous allons aborder les généralités sur l'hypertension artérielle, les problèmes d'observance thérapeutique, le recours à la médecine traditionnelle, et enfin quelques études antérieures.

D'autre part, une partie méthodique où nous allons analyser les différents entretiens réalisés.

Voici les différents points qui seront examinés :

- ✚ Les matériels et méthodes
- ✚ L'analyse des données
- ✚ Les résultats
- ✚ La discussion

En fin, nous terminerons notre travail par une conclusion.

I : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Nous avons divisé cette partie théorique en quatre. Nous parlerons de l'hypertension artérielle en premier lieu, du problème de l'observance thérapeutique en second temps, du recours à la médecine traditionnelle et en fin de quelques études antérieurs en rapport avec notre sujet.

I.1. Hypertension artérielle

I.1.1. Définition

L'HTA est par définition, une élévation transitoire ou permanente de la pression sanguine au niveau des artères. Alors que la pression sanguine est cette pression que le sang exerce sur la paroi des vaisseaux, cette dernière n'est pas identique partout dans le réseau vasculaire, en effet, elle varie en fonction du rythme du cœur. La pression sanguine dépend de la compliance des artères, de la volémie, du débit cardiaque et de la résistance périphérique. (Pr Dominique la Croix et al, 2010)

La définition de l'HTA se base sur deux paramètres de pression artérielle à savoir, une pression systolique de 140 mmHg et /ou une pression diastolique de 90 mm Hg, selon la recommandation européenne de 2018. (Alexandre Vallée, Michel E. et al, 2019)

Tableau 1 : Classification des niveaux de pression artérielle

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

Source : Pr Dominique la Croix, Dr Yvette Bernard et al, 2010

Il est cependant important de souligner qu'en fonction du risque cardiovasculaire global de chaque personne, le seuil réel utilisé pour définir l'HTA doit être considéré comme variable, plus ou moins élevé. C'est en trois ou six mois, avec trois visites consécutives et au moins deux mesures par visite que l'on pose le diagnostic d'hypertension de grade 1 et 2 au cabinet du médecin. En revanche, en ce qui concerne l'hypertension de grade trois, cette dernière est confirmée par deux mesures par consultation lors de deux consultations rapprochées. (Pr Dominique Lacroix, Dr Yvette Bernard et al, 2010)

I.1.2. Type d'hypertension

Il existe deux types d'hypertension artérielle. D'une part, L'HTA primaire ou essentielle qui représente environ 90 % des cas. Sa cause n'est pas connue, mais elle est occasionnée par plusieurs facteurs dont les effets s'accumulent durant plusieurs années. Parmi ces différents facteurs, nous pouvons citer l'âge, l'hérédité et les habitudes de vie. C'est ainsi que le stress, l'obésité, la sédentarité, l'abus d'alcool et le tabagisme contribuent considérablement à l'hypertension artérielle. Cette dernière se manifeste fréquemment vers 50 ans, toutefois ça peut être avant 50 ans. Une relation entre la consommation du sel en grande quantité et cette dernière a été mise en évidence. (Pr Dominique Lacroix et al, 2010)

D'autre part, l'hypertension secondaire qui résulte d'un autre problème de santé comme l'atteinte rénale ou endocrinienne, ou encore une anomalie congénitale de l'aorte ainsi que l'usage fréquent de certains médicaments tels que les AINS, les antidépresseurs, les bronchodilatateurs, les décongestionnants nasaux à cause de l'éphédrine qu'ils contiennent. Parfois, il est possible que l'hypertension secondaire résulte de la consommation de drogues telles que la cocaïne et les amphétamines. Il est important de noter que la plupart des HTA secondaires sont d'origine rénale. (Pr Dominique Lacroix et al, 2010)

I.1.3. Manifestations cliniques

L'HTA est généralement asymptomatique. Elle est découverte de manière fortuite au cours de l'examen systématique au cabinet ou à l'hôpital. Dans la plupart des cas, les patients consultent pour des symptômes que l'on peut qualifier de mineurs. Ces symptômes peuvent être la fatigue, des insomnies, un bourdonnement d'oreille, la nervosité, parfois aussi des vertiges, des palpitations et des fourmillements dans les mains et les pieds.

En réalité, ces symptômes peuvent être occasionnés par plusieurs causes. C'est après avoir prélevé la tension artérielle (TA) que le médecin va remarquer une anomalie de la pression artérielle (PA) qui peut être par moment associée à des céphalées occipitales qui résistent aux analgésiques. (Pr Dominique Lacroix et al, 2010)

I.1.4. Physiopathologie

L'HTA est une des maladies chroniques les plus répandues au monde. Elle est due à une PA anormalement élevée dans les vaisseaux sanguins. C'est une maladie qui évolue à bas bruit. Ainsi 90 % des cas sont dits primaires, les 10 % restants sont dit secondaires. Elle est due à un défaut d'excrétion du sodium à long terme. Plusieurs autres hypothèses concernent le système rénine-angiotensine-aldostérone (le système autonome). Certains facteurs liés au mode de vie agissent comme des facteurs aggravants. Par exemple, la consommation excessive d'alcool et de sel, la sédentarité, la surcharge pondérale, la consommation insuffisante des légumes et des fruits. (Pr Dominique Lacroix et al, 2010).

I.1.5. Epidémiologie

L'hypertension artérielle est un problème mondial de santé publique. Les maladies cardio-vasculaires provoquent environ 17 millions de décès par an dans le monde. Sur ces 17 millions, 9.4 millions de morts sont attribués aux complications de l'hypertension artérielle. Il favorise la survenue d'accidents cardiaques avec environ 45 % de décès et la survenue d'accident vasculaires cérébraux avec 51 % des décès. C'est une maladie qui est à la fois évitable et traitable, cependant, elle continue de tuer des nombreuses personnes dans le monde entier. Les pays à revenus élevés ont une prévalence de l'hypertension plus faible, environ 35 % alors que celle des autres pays est de 40 %. *« Cette augmentation de la prévalence est due à la croissance démographique, au vieillissement, et aux facteurs de risque comportementaux comme ; la consommation d'alcool, la surcharge pondérale, l'exposition à un stress persistant, la mauvaise alimentation ».* (OMS, 2013)

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

L'hypertension est une maladie non-infectieuse qui n'a pas de cause spécifique, mais il a des facteurs de risque pouvant augmenter le risque de le présenter. Ces facteurs sont liés au mode de vie de chacun, au comportement, au vieillissement de la population, etc. (OMS, 2013) Ces différents facteurs sont :

- ✚ Les mauvaises habitudes alimentaires tels qu'une alimentation riche en sel, les aliments trop gras, une consommation excessive d'alcool, le manque d'activité physique, la sédentarité, une faible consommation des fruits et des légumes.
- ✚ Le vieillissement : après la ménopause, les femmes sont plus susceptibles de présenter l'hypertension artérielle.
- ✚ L'obésité : les personnes obèses et en surpoids ont un risque accru de développer l'HTA, cela au fur-et-à-mesure que l'indice de masse corporelle (IMC) augmente.
- ✚ La grossesse : la femme enceinte développe une hypertension artérielle transitoire au cours de la grossesse, mais elle finit par se stabiliser après l'accouchement.
- ✚ Le tabagisme : les fumeurs sont exposés au risque d'hypertension artérielle, car le tabac contient des composés chimiques qui entraînent une sténose artérielle.
- ✚ Le diabète, le stress, les facteurs génétiques, un taux de cholestérol élevé. (OMS, 2013)

I.1.7 Complications

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

- ✚ Infarctus du myocarde : il survient généralement lorsqu'un caillot sanguin bloque le flux sanguin vers le cœur. Dans ces conditions, le tissu perd l'oxygène et les cellules du muscle cardiaque meurent par hypoxie.
- ✚ Accident vasculaire cérébral (AVC) : par une lésion cérébrale due à une interruption de l'apport en sang par une embolie ou par une hémorragies intracrâniennes dues à la rupture d'un anévrisme.
- ✚ Une insuffisance cardiaque : par l'incapacité du cœur à pomper suffisamment de sang vers la périphérie.
- ✚ Une insuffisance rénale : par sténose de l'artère rénale.
- ✚ L'HTA peut aussi entraîner des lésions rétinienues pouvant aboutir à la cécité. (OMS, 2019)

I.1.8. Examens paracliniques

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

- + Radiographie du thorax : pour avoir une précision sur le volume et la forme du cœur.
- + Un bilan cardiaque avec : L'ECG pour vérifier le retentissement de l'hypertension sur le cœur ; l'échographie cardiaque, pour dépister l'hypertrophie du ventricule gauche (HVG) et le fonctionnement du ventricule droit (VD)
- + Le fond de l'œil : pour apprécier l'état des artéριοles.
- + L'IRM cérébrale : si le médecin suspecte une hémorragie cérébrale.
- + Bilan de coagulation : Coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)
- + Numération formule sanguine : Créatinémie ; Ionogramme (calcium, potassium et sodium le plus souvent) ; Bilan lipidique : low-density lipoproteins (LDL), high-density lipoproteins (HDL). (MSF, 2019)

I.1.9. Traitement

I.1.9.1. Buts du traitement et stratégie thérapeutiques

Le but du traitement anti-hypertenseur est de réduire le risque de morbi-mortalité cardiovasculaire, de réduire les chiffres tensionnels et traiter les différents facteurs de risque associés.

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

- + Les mesures hygiéno-diététiques
- + Le traitement des facteurs de risque
- + Le traitement médicamenteux
- + Et l'éducation thérapeutique. (MSF, 2019)

I.1.9.2. Traitement de fond

En cas d'HTA légère avec une pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 et/ou une pression systolique diastolique (PAD) ≥ 90 sans pathologie cardiovasculaire, sans diabète, il est souhaitable de débiter avec les mesures hygiéno-diététiques. Le traitement médicamenteux est préconisé quand la PAS est ≥ 160 et/ou PAD ≥ 100 , au cas où l'HTA serait liée à une autre

maladie cardiovasculaire comme l'AVC ou le diabète. De même, quand l'HTA n'est pas maîtrisée en observant uniquement les mesures hygiéno-diététiques seules. (MSF, 2019)

I.1.9.3. Mesures hygiéno-diététiques

L'exercice physique, un régime hyposodé (entre 2-3 g par jour), un apport réduit en calories, et une perte de poids si l'IMC ≥ 25 , l'arrêt du tabac et d'alcool sont des mesures recommandées. (MSF, 2019)

I.1.9.4. Traitement médicamenteux

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

Tableau 2 : Traitement des patients avec et sans comorbidité. (MSF, 2019)

Patient avec l'HTA seul	Patient avec HTA et autres maladies
Un diurétique thiazidique.	Diurétique thiazidique à après un AVC.
Chez les patients de plus de 65 ans, on donne les anticalciques ou les diurétiques thiazidiques.	Chez les diabétiques, on donne un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou bêtabloquant si c'est associé à une maladie cardiovasculaire.
Diurétique thiazidique ou inhibiteur calcique efficace chez les patients à peau noire (éviter les IEC)	Les IEC chez les patients avec Insuffisance rénale.

Source : MSF, 2019

I.1.9.5. Choix des antihypertenseurs

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

 **Inhibiteur calcique :** Amlodipine PO : On commence par 5 mg une fois par jour et 2.5 mg/jour chez les personnes âgées. On peut augmenter jusqu'à 10 mg en cas de nécessité. Ne jamais dépasser la dose maximale de 10 mg par jour.

- ✚ **Diurétique thiazidique** : Hydrochlorothiazide PO : administrer 12,5 à 25 mg une fois par jour le matin.
- ✚ **Inhibiteur de l'enzyme de conversion** : Enalapril PO : on débute avec 5 mg en une prise journalière. Puis on augmente toute les 1 à 2 semaines en fonction de l'état de la tension artérielle. Il est possible d'aller jusqu'à 10 à 20 mg une fois par jour.
- ✚ **Bêta-bloquant** : Bisoprolol PO : On débute avec 5 à 10 mg une fois par jour. Il est important de noter que l'interruption brutale du traitement est très dangereuse et peut occasionner un malaise et l'angor. (MSF, 2019)

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

Il est préférable de débiter avec les diurétiques thiazidiques. Chez les patients avec autres maladie associé, il est primordial de contrôler la T.A après un mois. S'il n'y a pas de changement après quatre semaines, malgré un traitement correctement suivi, il est souhaitable d'associer le traitement avec un autre antihypertenseur. (MSF, 2019)

I.1.9.6. Suivi du patient hypertendu

C'est par le suivi que le soignant évalue l'observance et le traitement. Il doit s'assurer du bon fonctionnement des organes cibles, il doit contrôler les facteurs de risque, conseiller et surveiller la prise mesure de la TA à domicile et la mesure ambulatoire de la pression artérielle dans la mesure du possible. (MSF, 2019)

Pendant le suivi, le médecin surveille la biologie en fonction de ce qu'il a instauré comme traitement. Les bilans de l'ECG, de la glycémie et le bilan lipidique se font tous les trois ans s'il n'y a pas d'élément nouveau et si le bilan initial est normal. Le suivi des patients à domicile se fait de la manière suivante : une consultation tous les trois mois avec une surveillance de la TA et du poids puis tous les six mois. Le rythme des consultations est établi en fonction des caractéristiques du patient et la prise en charge des comorbidités (diabète, p. ex.). (MSF, 2019)

I.1.9.7. Prévention

Il est important de prévenir la survenue de l'hypertension artérielle, car souvent le risque de troubles cardiovasculaires double chaque fois que la pression systolique augmente de 20 mmHg et que la pression diastolique augmente de 10 mmHg. Le risque qu'un patient développe un AVC est considérablement réduit en contrôlant sa pression sanguine. Les personnes adoptant des habitudes de vie saines ne feront pas d'hypertension artérielle sauf s'ils ont une composante héréditaire dans la famille. (MSF, 2019)

I.1.9.7.1. Les différentes mesures préventives

- ✚ Aliments très salés : il est recommandé de consommer avec modération les aliments salés pour réduire considérablement les risques de développer une HTA.
- ✚ Alimentation riche en fruits, légumes et poissons : Les légumes et les fruits apportent au corps le potassium, les fibres alimentaires et les antioxydants importants pour une bonne santé. Les aliments tels que la pomme de terre, la banane sont riches en potassium et permettent d'équilibrer le sodium.
- ✚ Réduire la consommation d'alcool et les matières grasses.
- ✚ Maintenir un bon poids et être actif en effectuant des exercices physiques.
- ✚ Éviter les situations stressantes (Pr Dominique Lacroix et al, 2010)

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

I.2. Problème d'observance thérapeutique

On parle d'observance thérapeutique quand il existe une conformité entre les recommandations du thérapeute et le comportement du malade. (S. Le Jeune et al, 2012) pour l'OMS, elle correspond aux attitudes que doit adopter une personne en matière de traitement et des habitudes de vie selon les consignes en commun accord avec le médecin. (OMS, 2003)

Chez les Anglo-saxons, l'observance thérapeutique correspond au terme « adhérence ». Ce terme désigne l'attachement par une union étroite et forte. Il a donné naissance à deux termes qui ne véhiculent pas les mêmes idées « adhérence » et « adhésion ». L'adhérence indique une situation, un état alors que l'adhésion indique la force qui produit cet état. L'adhésion est un

acte qui est volontaire, elle demande une implication personnelle, cependant l'adhérence évoque un état plus empreint de passivité ou d'inertie. C'est ainsi que le terme « observance » a souvent été préféré aux deux autres. (M. Benoit et al, 2009)

Lorsqu'on évoque la participation et l'implication d'un patient au traitement, on envisage aussi deux autres concepts : « l'alliance thérapeutique » et « la compliance thérapeutique ». L'alliance thérapeutique désigne le lien thérapeutique qui se crée entre le patient et son thérapeute dans un esprit de collaboration et/ou de confiance. La compliance thérapeutique est la rigueur avec laquelle un patient suit les prescriptions d'un médecin. (M. Benoit et al, 2009)

L'observance est un phénomène qui est très complexe. En effet, différents facteurs sont à l'origine de la non-observance du malade. Nous pouvons citer les conséquences des médicaments, l'affinité ou le feeling avec le thérapeute, le choix du malade, la situation familiale et sociale entre autres. (Le Crip, 2017)

La non-observance thérapeutique est un phénomène très préoccupant qui ne fait que prendre de l'ampleur dans le monde entier. Alors que des sommes très considérables sont investies dans la recherche de nouveaux médicaments, environ la moitié des patients ne prennent pas correctement le traitement prescrit. Une étude réalisée en 2018 a estimé l'observance thérapeutique en France de l'ordre de 50-70 % pour les patients souffrant de l'HTA. Ce qui correspond aux chiffres avancés par l'OMS de l'ordre de 50 % pour les patients atteints des maladies chroniques dans les pays développés. (N. El Beze et al 2018)

Tableau 3 : Les facteurs susceptibles d'influencer l'observance thérapeutique

En rapport avec le patient	• L'âge • Les contraintes socio-professionnelles. • La connaissance et la croyance • Le niveau d'anxiété et le statut émotionnel.
En rapport avec la maladie	• La gravité et le pronostic • La nature de la maladie (psychiatrique) • L'intensité des symptômes
En rapport avec le soignant	• La communication (intérêt pour l'observance) • La motivation et force de conviction • La relation soignant-soigné
En rapport avec la prise en charge	• Le nombre des prises journalières • La durée du traitement • L'efficacité • Le coût des médicaments
En rapport avec le système de soin	• La coordination entre les soignants • Isolement relatif du médecin • Financement en fonction des performances • Le dossiers médicaux électroniques

Source: A.J. Scheen, D. Giet, 2010

Il existe de nombreux déterminants de non-observance thérapeutique. Souvent, ils sont divisés en facteurs liés aux patients, à la maladie, aux personnels de santé et aux systèmes de soins. (A.J. Scheen, D. Giet, 2010)

I.2.1. Facteurs liés aux patients

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

Tandis que pour les personnes âgées, les comorbidités avec la polymédication, le manque de soutien et les nombreuses difficultés fonctionnelles compliquent l'adhésion au traitement. D'autres facteurs telles que la perception du patient, les connaissances, les proches du patient intervenir dans l'observance thérapeutique. Les patients qui ne croient pas à l'efficacité du traitement, les fausses informations sur le traitement et les effets indésirables des médicaments. Pour finir, les contraintes socio-économiques comme le coût des médicaments. (A.J. Scheen, D. Giet, 2010)

I.2.2. Facteurs liés à la maladie

Il est important de noter que l'observance thérapeutique peut-être influencé par plusieurs caractéristiques de la maladie. Un patient qui reçoit un traitement et qui ne sait pas remarquer son efficacité, est susceptible de ne pas adhérer au traitement instauré. En effet, en prenant l'exemple des pathologies asymptomatiques. L'inconvénient est qu'il est difficile pour le patient de reconnaître les symptômes de ces maladies et ensuite évaluer l'efficacité du traitement. (A.J. Scheen, D. Giet, 2010)

Un autre élément à prendre en compte est la durée du traitement. Elle joue un rôle très capital dans l'observance thérapeutique. En effet, le traitement d'une maladie chronique telle que l'HTA étant à vie, il n'est pas facile à assurer comme celui des maladies aiguës telle que le paludisme. A force de prendre plusieurs médicaments par jour, le patient fini par se fatiguer et arrête le traitement. (Benilde Bepouka Izizag et al, 2020)

I.2.3. Facteurs liés aux soignants

Prescrire un médicament est un acte relationnel et la qualité de la relation entre le médecin et le patient influence considérablement l'observance thérapeutique. La relation médecin-patient participe énormément à l'élaboration, à la mise en place, et au suivi du traitement. Plusieurs études ont démontré l'importance de la confiance que le malade place en son soignant sur l'adhésion ultérieure au traitement. « *Une étude britannique réalisée en soins primaires a montré une hétérogénéité entre les divers médecins généralistes quant aux scores d'achat en pharmacie des médicaments prescrits à leurs patients respectifs* ». Le médecin doit impérativement avoir une bonne relation avec son patient pour espérer qu'il adhère mieux aux traitements qui lui seront prescrits. (A.J. Scheen, D. Giet, 2010)

I.2.4. Facteurs liés au système de soin

Le manque de coordination entre les partenaires de santé représente un grand obstacle à l'observance du traitement. Une situation qui est d'autant plus grave chez les patients avec comorbidité et qui doivent prendre plusieurs molécules par jour. La non-observance thérapeutique est une des principales causes de rechutes. Et pour finir, le coût des médicaments qui ne permet pas à tous les malades d'en acheter, le manque des mutuelles de santé, la mauvaise utilisation des médicaments. (A.J. Scheen, D. Giet, 2010)

I.2.5. Facteurs liés au traitement

Le traitement influence grandement l'observance thérapeutique. Si le traitement est bien suivi par le patient, et que ce dernier est capable de prouver son efficacité, il sera très bien toléré. Le patient sera motivé de prendre car convaincu des résultats. Vu que les données épidémiologiques nous démontrent que le taux de la non-observance thérapeutique est considérable dans le monde, les soignants doivent bien évaluer l'observance des patients. Enfin, un médecin qui s'intéresse au traitement de son patient, encourage ce dernier à mieux adhérer au traitement. (A.J. Scheen, D. Giet, 2010)

I.2.6. Evaluation de l'observance thérapeutique

Il existe quelques techniques pouvant aider à évaluer l'observance thérapeutique chez un patient. Premièrement, le médecin peut réaliser une estimation subjective à partir des critères simples obtenus lors de la consultation. Il va tenir compte de l'observance déclarée par le patient, la fréquence des renouvellements des ordonnances, le respect des rendez-vous et la présence des effets attribuables aux médicaments prescrits. Il est cependant important, de confronter cette impression clinique du médecin à un questionnaire validé. Par exemple, l'auto-questionnaire qui a été mis au point par le comité français de lutte contre l'HTA. (S. Le Jeune et al, 2012)

Lorsqu'il persiste des doutes, le médecin peut utiliser des méthodes pharmacologiques telles que ; le dosage sanguin ou urinaire des médicaments. Plusieurs techniques de contrôle des prises médicamenteuses ont été développées dans le cadre de la recherche clinique et cela permet d'évaluer l'observance thérapeutique. Et pour finir nous évoquons la méthode du pilulier électronique qui est considéré à l'heure actuelle comme standard de référence pour la

mesure de l'observance thérapeutique. L'avantage de cette méthode est qu'elle notifie objectivement l'heure et la date de l'ouverture du flacon. Néanmoins, son application reste limitée en pratique médicale. Il existe plusieurs moyens plus ou moins sophistiqué pour évaluer l'observance thérapeutique, quelques-unes plus efficaces que d'autres, mais le plus important est que ces différentes méthodes permettant au médecin de déceler les difficultés dans l'observance du traitement et ainsi l'aider à l'améliorer. (S. Le Jeune et al, 2012)

1.2.7. Les Conséquences de la mauvaise observance thérapeutique

Le non-respect fréquent des prescriptions médicales diminue significativement l'efficacité de la prise en charge des maladies que ce soit aiguës ou chroniques. Ce non-respect est responsable de plusieurs complications rencontrées chez les patients souffrants de maladies chroniques. Cela entraîne des problèmes non-seulement pour la santé du patient, mais aussi sur ses finances. L'arrêt d'un traitement antiagrégant plaquettaire chez un patient souffrant de maladie coronarienne peut entraîner non seulement la mort, mais également des nombreuses dépenses pour la prise en charge future et des nombreux bilans si le patient survit. Pour ce qui est de l'HTA, il est connu qu'une bonne observance du traitement est souvent associée à une réduction considérable du coût des soins de santé, mais aussi des hospitalisations. Les dépenses sont moins conséquentes lorsqu'il s'agit d'une maladie aiguë. Tandis que pour les maladies chroniques telles que l'HTA dont le traitement est à vie, la prise en charge est très pénible. (A.J. Scheen, D. Giet, 2010)

A présent, nous allons entamer le dernier point de cette partie qui est le recours à la médecine traditionnelle.

1.3. Le recours à la médecine traditionnelle

L'OMS définit la médecine traditionnelle comme étant, la somme des connaissances, des pratiques, des compétences basées sur des théories, des croyances spécifiques à une culture, utilisées pour le maintien de la bonne santé, prévenir, diagnostiquer, traiter ainsi que guérir les maladies mentales et physiques. (OMS, 2000)

Selon l'OMS, 40 % des soins de santé administrés en Chine proviennent de la médecine traditionnelle. Dans plusieurs pays développés, le pourcentage des personnes ayant au moins une fois dans leur vie eut recours à la médecine traditionnelle est élevé. 48 % en Australie, 42 % aux USA, 70 % au Canada puis 75 % en France. Les dépenses en médecine traditionnelle

sont considérables dans des nombreux pays dans le monde. En Malaisie par exemple, les dépenses engagées dans la médecine traditionnelle et dans d'autres types de soins de santé sont estimées à 500 millions de dollars, au Royaume-Uni à 2300 millions de dollars. Les dépenses des USA sont plus élevées que les autres et elles sont estimées à 2700 millions de dollars pour l'année 1997. (Sara Kakondja et al, 2017)

En RD Congo, l'Etat ne fournit pas beaucoup d'efforts en ce qui concerne la réglementation et le financement du secteur de la santé. À cela s'ajoutent, les problèmes de bonne gouvernance. Tout cela affaiblit considérablement faible le système de santé du pays. Les soignants sont rémunérés à l'acte, cela prive la population d'accès à des soins de qualité. Au vu de la situation, une partie de la population préfère se tourner vers la médecine traditionnelle qui ne coûte pas cher mais permet tout de même une prise en charge adéquate. (Stéphanie Stasse et al, 2015)

Nous avons jugé important de parler de la médecine traditionnelle africaine dans ce travail car la médecine traditionnelle est très répandue dans les pays en développement et son usage ne cesse de croître.

Après cette exploration de la littérature, nous allons entamer la seconde partie de notre travail.

1.4. Etudes antérieures

Plusieurs auteurs ont démontré par leurs études à quel point la non-observance thérapeutique peut influencer négativement la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques telles que l'HTA. En Afrique par exemple, selon une étude réalisée à Douala en 2017, le niveau d'observance thérapeutique au sein de la population d'étude était très faible avec 26,2 % de bonne observance. Le quart des patients suivis avait une mauvaise observance, soit 25,7 %. (Noel Emmanuel Essomba, Ba Hamadou et al, 2017). Le niveau de la non-observance du traitement antihypertenseur était aussi élevé selon une étude réalisée en 2015. (G. Reach, D. Guedj-Meynier, 2015)

Toujours selon Noel Emmanuel Essomba et al, les trois-quarts des patients sous traitement antihypertenseur, soit 74,7% avaient des chiffres tensionnels non contrôlés. En d'autres termes, il y avait que 25,3% des patients sous traitement qui avaient des chiffres tensionnels contrôlés. (Noel Emmanuel Essomba1, Ba Hamadou et al, 2017)

Une étude réalisée en 2014 en Algérie avait démontré une relation positive entre les connaissances des complications de l'hypertension et l'observance thérapeutique. En revanche, les comorbidités et le nombre des médicaments prescrits contre l'HTA était selon cette étude associés à une mauvaise observance. (Ghembaza MA, Senoussaoui et al, 2014)

Selon une étude réalisée à Kinshasa en 2015, la prévalence de la non-observance des antihypertenseurs était de 54,2%. (Aimée M. Lulebo et al, 2015).

II : MATERIELS ET METHODE

Après la revue de la littérature, nous allons à présent décrire les matériels et méthodes utilisés. Premièrement, nous allons décrire le type et le lieu d'étude, la population cible, et la description de l'échantillon. En dernier lieu, nous avons décrit la technique de collecte, l'analyse et le traitement des données.

II.1. Type d'étude

Nous avons opté pour la méthode qualitative dans ce travail. Cette méthode nous permet de bien comprendre le vécu, le comportement, les opinions et les perceptions des patients et des soignants.

Car les perceptions et les comportements sont généralement liés au milieu de vie de chacun. En outre, elle nous permet de comprendre en profondeur le sujet abordé ; (Isabelle Aujoulat, 2020) d'interagir avec eux, d'acquérir les connaissances précises sur la réalité culturelle et sociale vécue au quotidien. (Hervé Dumez, 2015)

II.2. Lieu d'étude

La zone de santé de Selembao

En R.D Congo, le système de santé est basé sur des ZS. Notre étude se déroule dans la Zone de santé urbaine et rurale de Selembao, située à l'Ouest de la ville de Kinshasa.

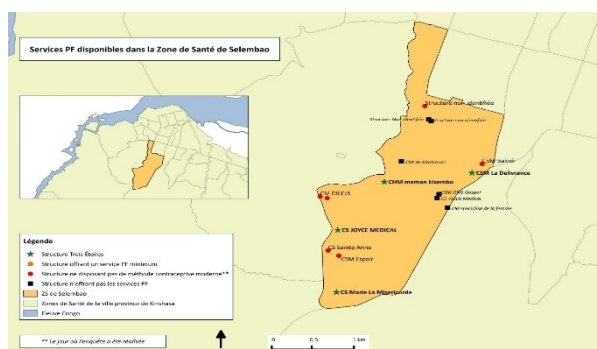


Image : Zone de santé de Selembao

Source : <http://planificationfamiliale-rdc.net/images/fpSites/atlas/zs-selembao.jpeg>

La ZS de Selembao est limitée :

- ✚ A l'Est : par la ZS urbaine de Makala,
- ✚ A l'Ouest : par les ZS Urbaine de Mont-Ngafula II et celle de Binza Ozone,
- ✚ Au Nord : par les ZS Urbaine de Badalona et de Bumbu ;
- ✚ Au Sud : par la ZS de Mont-Ngafula I.

La ZSS est formée de dix-huit aires de santé. Les six axes pris en compte pour sa supervision et l'organisation des grandes activités des masses sont :

- ✚ Du Bureau Central vers Molende, Nkombe et Inga.
- ✚ Du Bureau Central vers Nkingu, Mbala et Badiadingi.
- ✚ Du Bureau Central vers MuanaTunu, Lubudi, et Nkulu.
- ✚ Du Bureau Central vers Madiata, Konde et Ndobe.
- ✚ Et du Bureau Central vers Ngafani, Kalunga et Pululu Mbambu.
- ✚ Du Bureau Central vers Cité Verte, Libération et Herady.

La ZSS a une superficie de 23,2 km² et possède un climat tropical chaud avec deux saisons dont la saison sèche et la saison de pluie. Les vallées et les collines caractérisent son relief. (P. Mbongo M., 2015)

En RD Congo, le ministère de la santé publique est organisé en trois niveaux.

- ✚ **Le niveau central ou national** : il est formé par le cabinet du ministre, le secrétariat général avec les directions centrales, les programmes spécialisés, l'inspection générale de la santé. Il a pour but de définir les stratégies, les politiques et les directives.
- ✚ **Le niveau intermédiaire ou provincial** : formé du ministère provincial en charge de la santé, de la division provinciale de la santé etc. il a pour but d'assurer l'encadrement technique et le suivi des stratégies et politiques sous forme d'instruction.
- ✚ **Et en fin le niveau périphérique** : ce niveau est formé de la ZS, des hôpitaux généraux de référence, les aires de santé etc. le but de ce niveau est de mettre en œuvre les stratégies de soins de santé primaire. (PNDS, 2016)

II.3. Population cible de l'étude

La population cible de notre étude est constituée par :

- + Des patients souffrant de l'hypertension artérielle de la ZSS à Kinshasa.
- + Des professionnels de santé (Médecins)
- + Des tradipraticiens

II.4. Description de l'échantillon

II.4.1. Type d'échantillon

C'est un échantillon de convenance par rapport aux critères de disponibilité et d'opportunité.

II.4.2. Critère d'inclusion

- + Patients hypertendus adultes habitant la commune de Selembao,
- + Médecins exerçant dans la ZSS
- + Tradipraticiens exerçant dans la ZSS

II.4.3. Recrutement

Nous avons pris contact avec des professionnels de santé de l'hôpital générale de Référence de Makala à Kinshasa/ Selembao., dont le chef de département de médecine interne ainsi que deux résidents. Après avoir expliqué le but de notre travail, nous leur avons présenté l'attestation de récolte des données et ils nous ont donné leur autorisation pour réaliser des entretiens avec des médecins et des patients. L'infirmière chef de département nous a accompagné au chevet des patients hospitalisés pour les rassurer puis auprès de patients venus en consultation. Les entretiens ont été réalisés avec 21 répondants, dont 8 médecins et 8 patients puis 5 tradipraticiens.

II.5. Collecte des données

La collecte des données a eu lieu du 15 mars au 15 avril 2021. Nous avons collecté les données grâce aux entretiens individuels. Les personnes interrogées ont été libres de s'exprimer avec leurs propres mots sans influence extérieure. Nous avons utilisé des questions ouvertes et la collecte s'est réalisée pendant un mois. Pour les médecins et tradipraticiens, les entretiens se sont déroulés dans leur lieu de travail, tandis que les entretiens avec les patients hypertendus se sont déroulés dans les boxes de consultation des médecins. Nous avons utilisé un guide d'entretien (annexe) contenant 6 questions ouvertes pour les médecins, 10 questions pour les tradipraticiens et 8 questions pour les patients. Nous avons également relancé lorsque les réponses étaient trop lacunaires. Avant l'interview et après avoir décliné notre identité, nous expliquions clairement le but de l'entretien tout en garantissant l'anonymat de l'interviewé.

II.6. Traitement et analyse des données

Avec l'accord des interviewés, nous avons enregistré les différents entretiens à l'aide d'un dictaphone puis nous avons réécouté les différents entretiens pour ensuite les retranscrire. Nous avons ressorti des thèmes, qui par la suite ont été complétés par des verbatims. La plupart des interviews ont eu lieu en lingala, nous les avons traduites ensuite en français.

Les entretiens sont analysés puis présentés sous forme de résultats. Pour garantir l'anonymat, nous avons nommé les interviewés avec des codes. Par exemple : Patient 1 (P1), puis médecin 1 (Md1), tradipraticien 1 (T1). Enfin, nous avons décrit ce qui était dit par l'interviewé afin de créer des catégories thématiques après la lecture des différents entretiens, puis nous avons interprété ce qui a été dit.

II.7. Considération d'ordre d'éthique

Notre étude ne pouvait avoir lieu qu'après l'autorisation du comité national d'éthique. Après avoir soumis notre protocole de recherche, nous avons reçu l'autorisation de mener l'étude.

III : RESULTATS

Nous avons regroupé les résultats en 4 catégories :

- ❖ Caractéristiques sociodémographiques des acteurs
- ❖ Analyses des entretiens des patients
- ❖ Analyses des entretiens des médecins
- ❖ Analyses des entretiens des tradipraticiens

III.1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques des patients

Codes	Sexe	Age	Niveau d'étude	Etat civil
P1	M	60	Supérieur	Marié
P2	M	52	Secondaire	Marié
P3	F	43	Secondaire	Célibataire
P4	M	50	Supérieur	Marié
P5	M	51	Secondaire	Marié
P6	F	45	Secondaire	Célibataire
P7	M	55	Supérieur	Marié
P8	M	53	Secondaire	Marié

P : Patient

Le tableau 4 présente les caractéristiques sociodémographiques des patients de l'échantillon de l'étude. L'âge moyen des patients était de 51 ans. 1/4 des patients étaient célibataires (2/8). Le niveau de scolarité le plus représenté était le niveau secondaire (5/8).

Tableau 5 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins

Code	Sexe	Age	Niveau d'étude	Etat civil	Année d'exercices
Md1	M	45	Supérieur	Marié	15
Md2	M	41	Supérieur	Marié	11
Md3	M	36	Supérieur	Célibataire	5
Md4	M	40	Supérieur	Marié	10
Md5	M	37	Supérieur	Marié	4
Md6	M	38	Supérieur	Marié	10
Md7	M	48	Supérieur	Marié	18
Md8	M	50	Supérieur	Marié	20

Md : Médecin

Le Tableau 5 présente les caractéristiques sociodémographiques des médecins de l'échantillon de l'étude. Les soignants interviewés étaient tous de sexe masculin. L'ensemble des médecins ont fait des études du niveau supérieur (8/8). La majorité des soignants étaient mariés (7/8). En ce qui concerne les années d'exercices (3/8) avaient plus de 15 ans d'expérience dans le domaine et (5/8) en avaient moins. La moyenne d'âge des soignants était de 42 ans.

Tableau 6 : Caractéristiques sociodémographiques des tradipraticiens

Code	Sexe	Age	Méthode d'apprentissage du métier	Niveau d'étude	Etat civil	Année d'exercices
T1	M	56	Auprès de son père	Supérieur	Marié	26
T2	M	45	Auprès d'un tradipraticien proche	Secondaire	Marié	18
T3	M	50	Auprès du grand-père	Supérieur	Marié	21
T4	M	39	Auprès de sa mère	Secondaire	Célibataire	16
T5	M	38	Auprès de son père	Secondaire	Célibataire	17

T : Tradipraticiens

Le tableau 7 présente les caractéristiques sociodémographiques des tradipraticiens de l'échantillon de l'étude.

Les tradipraticiens interrogés étaient tous de sexe masculin. Le niveau de scolarité le plus représenté était le niveau secondaire (3/5). Trois tradipraticiens étaient mariés (3/5) ; en ce qui concerne l'expérience, (2/5) avaient plus de 20 ans et les trois autres moins de 20 ans d'expérience. La moyenne d'âge des tradipraticiens était de 45 ans.

III.2. Résultat des entretiens avec les patients

III.2.1. Connaissances générales des patients sur l'hypertension artérielle

III.2.1.1. Connaissances des patients sur l'origine de la maladie

En ce qui concerne l'origine de l'hypertension artérielle, cinq patients ont déclaré qu'elle était d'origine héréditaire, car l'un des parents a souffert de l'HTA.

« Je pense que ma maladie est héréditaire. Plusieurs membres de ma famille en ont souffert dans le passé. Mes parents et ma sœur cadette. Cela ne m'avait pas beaucoup étonné lorsque le docteur m'avait dit que j'avais de l'hypertension. Avant que je ne tombe malade, je ne connaissais pas grand-chose sur l'hypertension. C'est mon docteur qui m'a expliqué en long et en large ce que je connais aujourd'hui sur ma maladie. Je sais aujourd'hui qu'il peut provoquer des crises cardiaques, AVC, même une paralysie. » P4

Cependant, un des patients a déclaré ignorer l'origine de sa maladie :

« Personnellement, je ne connais pas ce qui m'a rendu malade, ni ce qui a provoqué ça. J'avais consulté pour douleur à l'estomac, mais après consultation mon docteur m'avait dit de faire attention au sel. Cela étant, il a fini par me dire que j'avais l'hypertension. Selon mon docteur, c'est une élévation de la tension dans les artères. C'est une maladie très dangereuse qui peut nous amener à faire l'AVC ou une crise cardiaque. Ce qui provoque ça, c'est la colère, trop des pensées, la tristesse. Je suis de nature quelqu'un de nerveux et très colérique. C'est peut-être ce qui a provoqué ça chez moi, mais je ne sais pas vous le confirmez. » P2

III.2.1.2. Les symptômes de l'HTA

Les symptômes qui sont associés à l'HTA indiquée par sept patients étaient, l'essoufflement, les vertiges, la fatigue, les palpitations, des maux de tête et parfois une vision floue.

« Avant que je ne consulte, j'avais souvent des vertiges, par moment, j'avais aussi des maux de tête à répétition, des fatigues après stress intense, parfois, je transpirais même la nuit, je m'épuisais facilement et j'avais aussi des essoufflements. Mais ce qui m'avait motivé de consulter était les palpitations. J'avais eu peur, ce qui m'avait motivé d'aller voir le docteur pour savoir ce qui n'allait pas avec mon corps » P7

Pour l'un des patients, l'HTA s'est manifesté par des symptômes tels que, une vision floue, des malaises, des difficultés à respirer.

« Tout a commencé avec des difficultés à respirer, associé aux malaises, des somnolences parfois même pendant la journée. Mais en réalité, ces signes ne me disaient rien de particulier. C'est le docteur qui m'avait expliqué que la nervosité, la vision floue que j'avais, étaient occasionnées par l'hypertension, cela m'avait beaucoup préoccupé surtout que je ne détenais pas des informations sur l'hypertension avant que je ne tombe malade. » P1

III.2.1.3. La durée du traitement

Concernant la durée du traitement, six patients ne connaissaient pas la durée exacte de la prise en charge de l'Hypertension artérielle.

« En ce qui concerne l'hypertension comme maladie, je savais plus ou moins de quoi il s'agissait. C'est une maladie qui est assez connue surtout que je connais plusieurs personnes dans mon entourage qui en ont souffert. Mais en ce qui est du traitement, je ne savais pas que c'est pour toute la vie. Je pensais que c'est une maladie qui pouvait se soigner, mais selon mon médecin, c'est une maladie chronique, donc le traitement est à vie. Une situation que je ne supporte pas puisque je n'aime pas les comprimés. Les médicaments aussi coûtent très cher, cela pèse sur moi, surtout que je n'ai pas un bon travail » P2

III.2.1.4. Le contrôle régulier des chiffres tensionnels

Pour six des patients d'interviewés, le contrôle de la tension artérielle se faisait de manière irrégulière par manque de tensiomètre à domicile. Se rendre tous les jours au centre de santé pour le contrôle moyennant une somme d'argent rendait aussi difficile le contrôle régulier de la tension artérielle.

« En ce qui concerne le contrôle de ma tension, je prends le temps de faire puisque mon médecin a beaucoup insisté là-dessus. Mais je ne contrôle pas régulièrement puisque je n'ai pas de tensiomètre à la maison. C'est plus simple pour les gens qui ont un tensiomètre à domicile. Ce qui fait que pour contrôler ma tension, je suis obligé d'aller dans un centre de mon quartier moyennant la somme de 1000 f.c. ce qui n'est pas évident. Lorsque je n'ai pas d'argent, je ne vais pas contrôler, cela m'empêche de suivre l'évolution de ma tension artérielle. » P3

En revanche pour deux patients, le contrôle de la TA se fait régulièrement à la maison puisqu'ils ont un tensiomètre.

« Je contrôle ma tension artérielle chaque semaine. J'ai un tensiomètre à la maison. Comme je prends deux produits bisoprolol et fludex tous les jours. Il m'a été demandé de contrôler régulièrement ma tension chaque deux semaines puis je fais le rapport à mon docteur. Quelques amis m'ont aussi conseillé de souvent prélever la tension pour ne pas être surpris par une élévation brusque. » P5

III.2.1.5. Facteur associé à la mauvaise observance thérapeutique

Cinq patients interviewés ont identifié le manque de moyens et la négligence comme facteurs associés à la non-observance thérapeutique.

« Au début de la maladie, je ne prenais pas les médicaments comme il se doit. Je reconnais que j'étais négligeant parce que j'avais du mal à m'habituer à mes nouvelles habitudes de prendre tous les jours des médicaments. Le plus dur dans tout ça était l'achat des médicaments. Il m'était difficile de me procurer des médicaments prescrit par mon docteur, car trop coûteux. C'est grâce à l'aide de ma famille que j'ai pu acheter les médicaments dont j'avais besoin. Si je devais tout acheter seul, je n'allais pas parvenir. La vie à Kinshasa est difficile, les soins de santé ne sont pas gratuits comme dans les pays développés, ici, on est obligé de payer seul nos soins de santé et ce n'est pas facile. ». P2

III.2.1.6. Perceptions et représentations des patients de l'HTA

Selon trois patients interviewés, l'HTA est maladie qui se soigne. Ils pensent que la guérison est possible en respectant le traitement.

« En tout cas je ne sais pas quoi dire de particulier, mais ce que je sais est que l'HTA est comme toutes les autres maladies. Je sais que je vais guérir au nom de Jésus-Christ. Mes enfants me reprochent tous les jours d'être quelqu'un de trop sensible, je me fais beaucoup de soucis surtout que je dois m'occuper de ma famille, mes enfants et nous vivons dans des conditions difficiles, sans ressources suffisantes pour nous en sortir. » P6

Un patient nous a révélé ne pas reconnaître l'HTA comme maladie.

« Selon moi, l'hypertension n'est pas vraiment une maladie, je ne la considère pas comme telle. Je pense que c'est ce qui me dérange, c'est juste l'âge. Avec mon âge, mon corps commence à s'affaiblir et cela se manifeste par toutes ces réactions. Mais lorsque mon docteur m'avait que c'est une maladie qui peut me tuer si je néglige le traitement, je me suis soumis tout de même à lui juste parce que j'avais peur, mais au fond de moi j'ai encore des doutes. Selon lui, je peux avoir des complications grave comme l'AVC et mourir. Mais je pense que le suivi s'est bien fait, car jusqu'aujourd'hui tout se passe bien. Je fais des contrôles, je n'ai pas de problème, ni complication. Pour être sincère, sans la pression de mes proches, je ne serais pas allé consulter. » P2

III.2.1.7. Recours aux tradipraticiens

Six patients ont déclaré ne pas consulter les tradipraticiens pour soigner l'hypertension artérielle, car ils ne font pas confiance à leurs capacités pour soigner l'hypertension artérielle.

« Je n'ai jamais eu recours aux tradipraticiens, je ne crois pas en leurs capacités de soigner les maladies. Selon ce qui se dit souvent à Kinshasa concernant les médicaments, des tradipraticiens ne sont pas dosés comme il se doit. Je suis même convaincu qu'ils ne connaissent pas la concentration de leurs produits, alors pourquoi aller m'exposer à prendre ça. En plus à Kinshasa y a trop des charlatans qui se vantent de tout guérir, or en réalité ce n'est pas possible. » P1

Un des patients a reconnu les compétences des tradipraticiens dans la prise en charge d'autres maladies, mais reste perplexe concernant l'hypertension artérielle.

« Je ne suis pas allée consulter les tradipraticiens pour soigner ma maladie. La raison est que les tradipraticiens ne sont pas réputés détenir des compétences pour soigner l'hypertension. Mais pour d'autres maladies comme l'hémorroïde, le Mbasu (l'ulcère de buruli), les faiblesses sexuelles, les maladies d'origine spirituelle oui, ils en sont capables. J'ai moi-même déjà expérimenté cela dans le passé. Il y a de cela quelques années, je souffrais de l'hémorroïde, les médecins n'arrivaient pas à me guérir, alors des amis m'avaient conseillé d'aller voir un tradipraticien qui avait réussi à en venir au bout. Mais pour l'hypertension, je doute qu'ils soient capables de le soigner. » P8

Un patient a reconnu avoir été consulter un tradipraticien au début de sa maladie :

« Oui, j'ai consulté un tradipraticien au début de ma maladie. Dans ma famille, nous faisons plus confiance aux tradipraticiens qu'à la médecine moderne. Ma mère connaissait des recettes pour soigner des maladies comme la malaria (paludisme) en nous faisant boire le kongo bololo, hémorroïde, le kolokoto. J'étais déjà plus ou moins habitué à la médecine traditionnelle. J'ai gardé cette habitude de toujours consulté un tradipraticien avant d'aller à l'hôpital. Ce que je trouve de bien chez les tradipraticiens est qu'ils ont des médicaments naturels, ils le trouvent dans la nature, dans la forêt, cela ne peut que nous apporter quelque chose de bien. Mais malheureusement le tradipraticien n'avait pas réussi à me soigner de ma maladie, il ne savait même pas de quoi je souffrais. Mais il m'avait donné des médicaments qui ne m'ont pas guéri, c'est ainsi que ma famille m'a emmené à l'hôpital, et c'est ici que le docteur m'a dit que j'avais l'hypertension. » P7

III.3. Résultats des entretiens avec les médecins

III.3.1. Perceptions des soignants sur l'observance thérapeutique des patients

Selon tous les médecins questionnés, la majorité des patients qu'ils ont pris en charge n'adhèrent pas au traitement. Alors que l'hypertension artérielle est une maladie qui demande beaucoup de discipline dans l'alimentation et le respect du traitement.

« Le constat est que plusieurs de nos patients ne respectent pas les régimes et les traitements que nous leur prescrivons. Cela complique énormément notre travail. En premier lieu nous parlerons du respect de régime : nous demandons aux malades d'avoir une alimentation hyposodée, malheureusement, ils nous disent, qu'il est difficile qu'ils le respectent, car ils n'ont pas l'habitude de manger une nourriture avec des quantités aussi réduite en sel.

Deuxièmement le respect du traitement médical : certains médicaments sont difficiles à trouver, d'autres coutent chers alors qu'ils manquent de moyens pour acheter ces produits. La négligence des patients aussi est à prendre en considération. Certains patients, disent ne pas supporter les effets secondaires des médicaments, ce qui les empêcheraient de continuer de le prendre comme recommandé par le soignant que nous sommes. Au lieu d'informer le médecin, et dans la mesure du possible, changer de molécule, ils préfèrent interrompre sans même informer le soignant. Il est vrai que certains antihypertenseurs ont des effets secondaires insupportables telle qu'une toux persistante que développe les patients qui prennent les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, mais ce n'est pas la raison pour ne pas informer le médecin de la situation. » Md 8

III.3.2. Facteurs influençant la non-observance thérapeutique

Les facteurs socioéconomiques, l'ignorance, la négligence, le niveau d'étude, les comorbidités sont selon les médecins interviewés, les facteurs influençant la non-observance thérapeutique chez les patients hypertendus.

« Pour moi la non-observance du traitement est due d'une part à un manque de moyen des patients pour s'acheter les médicaments. Les médicaments coutent très chers. Le chômage et le coût de la vie à Kinshasa ne facilite pas la vie des patients souffrants de maladies chroniques telle que l'hypertension. D'autre part la négligence des patients est à la base du non-respect du traitement. Parfois certains arrêtent le traitement sans même informer le médecin. Souvent après avoir pris la première boîte, ils n'ont plus la motivation de continuer

et ils arrêtent de venir aux rendez-vous pour le contrôle. Une situation qui ne fait que prendre de l'ampleur, surtout que ce n'est pas de la culture des Kinois de faire le contrôle. Souvent, s'il se sent bien, il laisse tomber le traitement, mais sont surpris par la survenue des complications. » Md 5

Un des médecins a même évoqué aussi le manque de soutien des proches, comme l'un des facteurs de non-observance thérapeutique.

« Les proches sont très importants dans la prise en charge et le suivi de l'hypertension artérielle. Si une personne est incapable de prendre seul le médicament, il doit être soutenu par quelqu'un d'autre, surtout chez une personne âgée. Si cette dernière a d'autres pathologies associées, telles que le diabète ou l'arthrose. La polymédication occasionnée par ces maladies, favorise considérablement la non-observance thérapeutique. Donc, la bonne observance thérapeutique dépendra aussi de l'influence des proches. » Md 7

III.3.3. Prise en charge de l'hypertension artérielle par les médecins

III.3.3.1. Diagnostic de l'HTA

Selon cinq des médecins interviewés, le diagnostic de l'HTA ne se fait pas en un seul rendez-vous. Il faut prélever une TA élevée au moins deux fois à des consultations différentes confirmer le diagnostic.

« Au premier rendez-vous, nous allons prélever la pression artérielle, si c'est élevé, nous allons organiser un autre rendez-vous pour voir si c'est toujours élevé ou pas. Si c'est une élévation passagère, occasionnée par le stress, ou par un évènement quelconque qui n'a rien à voir avec l'HTA maladie, nous n'allons pas prescrire des antihypertenseurs. Des conseils au patient seront suffisants pour éviter une éventuelle élévation de la TA dans le futur. Si cependant au deuxième rendez-vous c'est toujours élevé, nous allons confirmer le diagnostic et parler des mesures hygiéno-diététiques et enfin prescrire un antihypertenseur afin de diminuer la pression artérielle » Md 2

III.3.3.2. Traitements médicamenteux

Selon tous les différents médecins interrogés, le traitement médicamenteux est fonction du niveau d'élévation de la TA.

« Après confirmation de la maladie et l'échange avec le patient sur les mesures hygiéno-diététiques, nous allons instaurer le traitement médicamenteux. Ce traitement est fonction du niveau d'élévation de la TA. Après que le patient ai pris les médicaments, même si la TA revient à la normale, le patient va continuer de prendre les médicaments régulièrement puisque c'est un traitement à vie, vu que c'est une maladie chronique. Après son retour à domicile, nous allons fixer des rendez-vous pour le contrôle et connaître l'évolution de la maladie. Pour le premier traitement, c'est en monothérapie et en une prise journalière. Nous allons ajuster le traitement au fur-et-à-mesure de l'évolution de la maladie et des bilans de retentissements seront réalisés pour un bon contrôle du fonctionnement des organes comme le cerveau, le cœur, le rein et le foie. » Md 6

III.3.3.3. Suivi du patient hypertendu

Selon tous les médecins interviewés, le suivi des patients se fait par des rendez-vous. Au cours de ces rendez-vous, ils procèdent à l'évaluation de l'état du patient afin d'ajuster le traitement.

« Les patients qui sont suivit dans notre centre sont très bien pris en charge. De manière générale, nous avons un feed-back positif de nos patients. Nous organisons des rendez-vous pour évaluer le traitement et voir si le patient évolue bien, soit pour ajuster le traitement. En revanche, il nous arrive aussi de recevoir des patients qui se présentent en urgence pour des complications de l'hypertension artérielle. Souvent ces complications surviennent chez les patients négligents, et chez ceux qui ne respectent pas les directives et recommandations que nous les donnons. Certain ne prennent pas des médicaments mais ne le reconnaissent pas, d'autres commencent le traitement mais une fois que la première boîte se termine, ils ne viennent plus au rendez-vous et on le reçoit lorsque son état se détériore. » Md 2

III.3.4. Pistes de solution selon les médecins

Cinq médecins ont proposé la création des mutuelles de santé, élaboration des programmes de santé pour suivre les patients, la sensibilisation de la population, de diminuer le prix des médicaments, comme pistes de solution pour améliorer la qualité de l'observance thérapeutique.

« En ce qui me concerne, je dirais que sur le plan national, l'élaboration d'un programme pouvant suivre le patient. Car les maladies chroniques entraînent plusieurs

répercussions sur le plan économique et financier pour les patients ; l'HTA est une maladie chronique, si l'Etat congolais pouvait accompagner les patients hypertendus comme ça se fait avec le VIH, cela serait une bonne chose ; soutenir les hypertendus en réduisant les prix des médicaments si possibles, surtout si on ne sait pas les offrir gratuitement. Que l'on crée des mutuelles de santé pour aider la population. » Md 2

III.4. Résultats des entretiens avec les tradipraticiens

III.4.1. Diagnostic de l'HTA

En ce qui concerne le diagnostic, quatre tradipraticiens ont déclarés recourir à un tensiomètre et à l'interrogatoire pour poser le diagnostic de l'HTA :

« Pour le diagnostic de l'hypertension, à partir des explications du patient. Il me raconte exactement ce qu'il ressent. Si pendant notre échange, le patient me donne des éléments qui surviennent chez une personne qui souffre de l'hypertension artérielle, telles que maux de tête, vertiges, fatigue, essoufflements, je vais en premier lieu penser à l'hypertension. Pour confirmer la maladie, nous utilisons un tensiomètre de la médecine moderne, parce que nous autres tradipraticiens n'avons pas encore inventé un appareil pour contrôler la tension. » T1

III.4.2. Les différents symptômes de l'HTA

Selon tous les tradipraticiens interviewés, les patients qu'ils ont reçu en consultation présentaient des symptômes tels que : vertiges, maux de tête, fatigues, essoufflements, bourdonnements d'oreilles.

« La plupart des patients hypertendus que je reçois en consultation, l'hypertension chez eux se manifeste par des symptômes tels que : les vertiges, des maux de tête, la fatigue, un autre avait même une paralysie, des essoufflements, des bourdonnements dans les oreilles. Parmi ces patients, un autre n'arrivait pas à bien décrire ce qu'il ressentait exactement avec ses propres mots, malgré tout, j'ai pu l'orienter et comprendre ce qu'il voulait dire. » T 4

III.4.3. Le recours à la médecine traditionnelle

Selon trois tradipraticiens, ce qui motive les patients hypertendus à les consulter c'est l'efficacité du traitement, la confiance en la médecine traditionnelle et par habitude.

« Avec la venue de la médecine moderne, ce n'est pas tout le monde qui recourt encore à la médecine ancestrale ou traditionnelle. On nous traite parfois des charlatans, des féticheurs, or en réalité ce sont les connaissances que nous ont légué nos ancêtres, nous n'avons pas appris tout ça à l'école. La plupart des patients qui nous consultent sont issus des familles qui ont gardé la confiance, et cette habitude de recourir à la médecine traditionnelle lorsqu'ils sont malades. Même si nous sommes en ville, ces patients préfèrent nous consulter, que recourir à la médecine moderne et nous en sommes fiers. Convaincus de l'efficacité de la médecine traditionnelle, ils préfèrent nous consulter en lieu et place d'aller à l'hôpital. » T3

L'un des tradipraticiens en revanche a fait allusion à la croyance aux origines surnaturelles de la maladie, pour justifier le recours à la médecine traditionnelle :

« La vie quotidienne est tellement difficile, que par manque de moyens, ils préfèrent consulter les tradipraticiens, pourvu qu'ils soient pris en charge. La croyance en une origine surnaturelle de l'hypertension est aussi l'un des facteurs qui favorise ces patients à nous consulter. La plupart de ceux qui pensent que sa maladie est d'origine diabolique, ou on lui avait jeté un mauvais sort, le plus souvent ne vont pas à l'hôpital, ils préfèrent consulter les pasteurs dans les églises, les féticheurs et les tradipraticiens. » T2

Un autre tradipraticien a évoqué l'aspect financier pour justifier la motivation des patients hypertendus à les consulter.

« Les patients qui nous consultent sont pour la plupart démunie. Ils viennent des familles pauvres, c'est pourquoi ils préfèrent venir chez nous où les soins ne sont pas chers. Nous vendons nous-même les nos médicament. Chez nous, la consultation et les médicaments ne coute pas chers. C'est pourquoi les patients préfèrent se faire soigner par un tradipraticien que d'aller à l'hôpital où tout coute très chers. Nous préparons nos médicaments nous-même, nous allons dans la forêt très tôt le matin pour chercher les plantes, des racine, les herbes aussi. Nous n'apprenons pas la connaissance de nos ancêtres à l'école ni à l'université. Nous avons appris à soigner par nos parents et arrière parent, c'est pourque nous ne demandons pas beaucoup d'argent aussi. La pauvreté motive le patient à venir chez nous que d'aller dépenser beaucoup d'argent à l'hôpital surtout avec le cout de la vie à Kinshasa est vraiment élevé. ». T5

III.4.4. Facteurs influençant la non-observance thérapeutique

La négligence et le manque de soutien des proches ont été évoqué par quatre tradipraticiens comme facteur favorisant la non-observance thérapeutique des hypertendus.

« Les patients qui vivent seul ont du mal à respecter le traitement. Il faut que le patient vive avec quelqu'un qui peut l'aider dans la prise des médicaments, cette personne pourra l'aider pour se rappeler de l'heure où il doit prendre ses médicaments. D'autres patients sont négligents, ils préfèrent prendre l'alcool en cachette au lieu de respecter leur traitement. Surtout que nous ne savons pas hospitaliser nos patients et cela nous empêche de surveiller nous-mêmes nos patients. » T2

Un autre tradipraticien a évoqué le non-respect des rendez-vous comme facteurs influençant la non-observance thérapeutique.

« Certains patients ne respectent pas les rendez-vous que nous leur donnons, ils préfèrent aller travailler pour se nourrir car ici dans notre communauté, les gens vivent au jour le jour. Pour ces patients, le plus important c'est de subvenir aux besoins de leur famille et leur propre santé passe au second plan. Cela aboutit souvent à des complications graves. Ignorant que lorsque ces complications vont arriver, ils ne seront plus capables de s'occuper de leur famille. » T1

III.4.5. Amélioration de la qualité de l'observance thérapeutique

Trois tradipraticiens ont évoqué la diffusion de l'information et le climat de confiance entre soignant et soignés comme pistes de solutions pour améliorer l'observance thérapeutique chez les patients.

« Nous devons bien aider le patient à connaître sa maladie, lui donner les informations nécessaires, car cela lui permettra de bien comprendre sa maladie et de respecter les traitements qui lui seront administrés. Nous devons avoir une relation étroite avec les patients, ainsi un contexte relationnel de qualité pourra s'installer entre nous et ensuite le motiver à suivre nos conseils et recommandations » T4

III.4.6. Prise en charge de l'HTA en médecine traditionnelle

III.4.6.1. Traitement médicamenteux

Selon trois tradipraticiens interviewés, la prise en charge de l'HTA est médicamenteuse et non-médicamenteuses. Ils utilisent des préparations à base de plantes médicinales pour prendre en charge les patients hypertendus.

« Dans notre centre, pour soigner les patients hypertendus, nous commençons par poser le diagnostic, après le diagnostic, nous donnons la facture globale de la prise en charge. Après

on négocie le paiement. Si on se met d'accord sur les modalités de paiement, nous allons préparer les médicaments que nous allons donner aux patients qu'il va prendre à la maison, car nous n'avons pas les moyens d'hospitaliser les patients dans notre centre. Les médicaments que nous donnons aux patients, nous les préparons à partir des feuilles et écorces d'arbres. Nous allons cueillir des ces feuilles et écorces dans la forêt. Une fois cueillis, nous allons les bouillir, c'est cette solution que nous allons donner aux malades. C'est depuis des années que nous utilisons ces préparations, nous avons toujours eu des bons résultats. Dans la prise en charge de l'hypertension, la durée du traitement est de 10 jours. Si le patient prend ce traitement et qu'il respecte aussi les règles hygiéno-diététiques, il ne va plus le refaire et il sera guérit pour toujours. » T1

III.4.6.2. Suivi des hypertendus

Selon quatre tradipraticiens, le suivi des patients hypertendus se fait par des rendez-vous. A chaque rendez-vous, le tradipraticien donne au patient une quantité de produits qu'il doit prendre pendant une période bien définie.

« Le suivi de nos patients se fait par des rendez-vous. À chaque rendez-vous, nous examinons le patient en prélevant la pression artérielle. Et nous allons évaluer l'évolution de la maladie comme les produits, nous les préparons et le vendons nous-mêmes. Nous donnons une quantité de produit capable de couvrir un délai de quelques jours, après ce délai, le médicament aussi sera épuisé, ainsi, ils seront obligés de venir au rendez-vous. C'est pour nous une façon de les obliger de venir au rendez-vous et pour nous de suivre l'évolution de la maladie » T1

III.4.7. Influence de la relation soignant-soigné

Tous les tradipraticiens, ont reconnu l'importance d'entretenir une bonne relation avec les patients. Un contexte relationnel de qualité entre le praticien et le patient contribue considérablement à l'installation d'une confiance entre le patient et le soignant.

« La relation qui existe entre moi et mes patients est très capitale. Cela participe considérablement à un climat de confiance qui fait qu'ils m'écoutent, se donnent et respectent mes directives. Un patient avec qui je n'entretiens pas une relation de confiance, ne va pas croire en mes capacités de le soigner, ne va pas prendre les médicaments jusqu'au bout. Il va risquer d'abandonner le traitement. S'il m'arrive de lui donner des directives, il ne va même

pas m'écouter. Dans ces conditions, même si les médicaments sont de bonne qualité, il ne va pas guérir de la maladie puisque le patient ne va pas le prendre comme il se doit. » T1

III.4.8. Collaboration entre médecine traditionnelle et moderne

III.4.8.1. Perception de la collaboration

Il n'existe pas à l'heure actuelle une bonne collaboration entre les tradipraticiens et les médecins selon les cinq tradipraticiens interviewés. Ils déplorent le manque de considération et de respect de la part des médecins.

« Il nous est difficile de collaborer avec les praticiens modernes à cause de leurs attitudes à notre égard. Il existe une crise de confiance entre nous tradipraticiens et les praticiens modernes. Il m'est déjà arrivé d'envoyer des patients qui avaient des complications à l'hôpital pour être soignés là-bas, mais en retour, les médecins en lieu et place de reconnaître ce que j'avais fait comme travail avant, se mettent à me critiquer, souvent ils le font en présence des malades. D'autres parviennent même à déconseiller la famille du patient de nous consulter. Une chose qui n'est pas correcte vu que nous avons tous le même objectif qui est de soigner le malade. L'autre obstacle est qu'il existe des tradipraticiens qui pratiquent des procédés magico-religieux pour soigner les maladies contractées spirituellement, mais tellement qu'il n'existe pas une communication entre nous, ils pensent que c'est de l'arnaque et nous qualifient de charlatans alors que nous tradipraticiens, sommes capables de soigner des maladies telles que Nzoko (éléphantiasis), Mpese, Mbasu (ulcère de buruli) par exemple » T3

III.4.8.2. Amélioration de la collaboration entre les médecins et tradipraticiens

Tous tradipraticiens interviewés ont reconnu que la collaboration entre les tradipraticiens et les praticiens modernes est possible, mais cela devrait passer par du respect et de la considération mutuelle.

« Collaborer avec les prestataires de la médecine moderne est possible. Nous avons tous, à un moment donné eu à recourir à la médecine traditionnelle, parfois même sans s'en rendre compte. Cette collaboration doit passer par le respect mutuel entre les tradipraticiens et les médecins. S'il existe le respect, la considération entre nous, nous pourrions ensemble unir nos connaissances et ainsi bien prendre en charge nos patients qui en ont grandement besoin.

À Kinshasa, il existe des maladies que la médecine moderne n'arrive pas à soigner, mais que nous autres tradipraticiens soignons sans problème. Nous aussi, nous manquons certaines informations que les médecins détiennent. Le plus important serait de travailler ensemble pour le bien de nos patients. » T3

IV : DISCUSSION

Notre étude avait comme objectif de comprendre les facteurs qui influencent la non-observance thérapeutique des patients hypertendus de la ZSS.

Dans cette section, nous allons dans un premier temps, discuter de nos résultats en nous basant sur les entretiens réalisés avec les différents répondants en les comparant avec les études antérieures. Afin, de répondre à la question de recherche qui est « Quels sont les différents facteurs qui influencent la non-observance thérapeutique des patients hypertendus de la ZSS ».

Dans un second plan nous allons parler des limites et des forces de notre étude.

IV.1. Connaissances des patients sur l'origine de la maladie

Selon les résultats de nos entretiens, l'hypertension artérielle de 5/8 patients interviewés était d'origine héréditaire.

Nos résultats sont différents de ceux de Lucie Sadaune obtenus en France en 2018 sur l'évaluation de l'hypertension artérielle chez les patients de plus de 70 ans en médecine générale. Dans cette étude, la majorité des patients ne connaissaient pas l'origine de leur maladie.

IV.2. Le contrôle régulier des chiffres tensionnels

Les résultats de notre étude montrent que le contrôle de la tension artérielle se faisait de manière irrégulière chez les six patientes qui ont répondu à nos questions.

Nos résultats se rapprochent de ceux de Essomba et al en 2017 au Cameroun où seulement 25,3% des patient hypertendus pratiquaient un contrôle régulier de la tension artérielle.

IV.3. Facteur associé à la mauvaise observance thérapeutique chez les patients

Les résultats de nos entretiens révèlent que la pauvreté, le coût du traitement (médicament et consultation) sont des facteurs de base de la mauvaise observance thérapeutique selon cinq patients.

Nos résultats se rapprochent de ceux de Essomba et al en 2017 à Douala où le coût des médicaments était l'un des facteurs influençant la mauvaise observance thérapeutique.

IV.4. Perception et représentation des patients sur l'HTA

Selon nos résultats, l'hypertension artérielle est perçue comme une maladie par trois des patients interviewés.

Nos résultats sont contraires à ceux de Sarradon-Eck A. et al en France 2008, où l'hypertension artérielle n'était pas perçue comme une maladie, à cause de l'absence des symptômes.

IV.5. Perceptions des soignants sur l'observance thérapeutique

Les données des entretiens analysées, nous montrent que tous les médecins n'étaient pas satisfaits du comportement de leurs patients. En effet, ces derniers n'adhèrent pas au traitement. La plupart des patients ne respectent difficilement le régime et le traitement antihypertenseur instauré. Cette non-compliance est responsable de nombreuses complications occasionnées par l'hypertension artérielle.

Les résultats que nous avons trouvés sont similaires à ceux trouvés par C. Konin, M. Adoh et al (2008) à Abidjan où plus de la moitié de la population étudiée (55%) observait mal les directives thérapeutiques.

IV.6. Facteurs influençant la non-observance thérapeutique

Concernant les facteurs influençant la non-observance thérapeutique chez les patients hypertendus, l'aspect financier a été le plus évoqué par les médecins. Ces derniers ont mis l'accent sur les difficultés financières rencontrées par les patients pour se procurer les médicaments. En second lieu, les facteurs liés au comportement du patient lui-même comme la négligence, l'ignorance ont été évoqués.

Nos résultats sont similaires à ceux trouvés par G. Reach, D. Guedj-Meynier et al en 2015 à Paris où les difficultés financières et le manque de motivation ont été évoqué parmi d'autres facteurs associés à la non-observance chez les patients hypertendus.

Dans le même ordre d'idée, une seconde étude réalisée en 2015 au Maroc, par N. bouznad, El Mghari et al, a trouvé des résultats similaires aux nôtres. Dans cette étude, le coût élevé des médicaments et les oublis ont été évoqué comme facteurs influençant la non-observance thérapeutique chez les patients hypertendus.

IV.7. Prise en charge et suivi du patient

Concernant la prise en charge et le suivi des patients hypertendus, les médecins interviewés nous ont dit ceci : ils commencent par poser un diagnostic et confirmer la maladie. Néanmoins avant d'instaurer le traitement, ils mettaient en place des mesures hygiéno-diététiques. Ensuite, ils proposaient des rendez-vous rapprochés aux malades pour suivre comme il se doit l'évolution de la maladie. Après l'instauration du traitement chez le patient qui semble avoir maîtrisé les conseils du soignant, et dont la maladie évolue bien, le médecin va espacer les rendez-vous. Des bilans de retentissements seront réalisés au fur et à mesure pour avoir une idée du fonctionnement des organes nobles.

Nos résultats se rapprochent de ceux des recommandations de 2013 de la société française d'hypertension artérielle (SFHTA). (J. Blacher, J. Michel et al, 2013)

IV.8. Suggestion pour améliorer l'observance thérapeutique

Les propositions des médecins pour améliorer l'observance thérapeutique chez les patients hypertendus sont les suivantes : élaboration de programmes pour le suivi des patients, mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique, réduction des prix des médicaments si possible pour les patients atteints de maladies chroniques, sensibilisation des patients sur l'importance d'une bonne observance thérapeutique.

Les suggestions de nos répondants sont similaires à celles proposées par d'autres professionnels en France. (S. Bitton, C. Dreyfuss et al, 2017)

IV.9. Les différents symptômes de l'HTA

Les tradipraticiens interviewés avaient une certaine connaissance de la symptomatologie de l'hypertension artérielle. Les principaux symptômes cités par les tradipraticiens étaient les vertiges, les maux de tête et la fatigue.

Les résultats de notre étude se rapprochent de ceux D'Adama D. au Mali en 2020, où les bourdonnements d'oreilles et les vertiges, les fourmillements des membres étaient les principaux symptômes de l'HTA selon les tradipraticiens.

IV.10. Le recours à la médecine traditionnelle

Selon les tradipraticiens, le recours des patients à la médecine traditionnelle est dû à leurs croyances concernant l'origine surnaturelle de certaines maladies, notamment l'hypertension artérielle et le diabète. En plus de ces croyances, l'aspect financier était aussi un facteur favorisant le recours à la médecine traditionnelle. Le prix étant réduit et négociable.

Nos résultats sont similaires à ceux de Sara Kakondja et al à Bukavu en 2017, où 52,2% des tradipraticiens ont révélé que le recours à la médecine traditionnelle était dû aux convictions culturelles des patients.

Nos résultats sont similaires à ceux d'une seconde étude réalisée en Côte d'Ivoire par Sangaré, Samba M. et al en 2010 sur les déterminants socio-démographiques du recours aux soins bucco-dentaires traditionnels en Côte d'Ivoire. Dans cette étude, 73,8% des patients ont reconnu avoir recouru à la médecine traditionnelle en raison du coût abordable du traitement.

IV.11. Influence de la relation soignant-soigné

L'ensemble des tradipraticiens interrogés, ont reconnu entretenir une relation saine avec les patients. Cette bonne relation, influence considérablement et positivement l'observance thérapeutique. Un contexte relationnel de qualité est favorable à l'installation d'un climat de confiance entre le soignant et son patient, qui d'une certaine manière va motiver le patient à respecter le traitement par son soignant.

IV.12. Collaboration entre médecine traditionnelle et moderne

Dans nos entretiens, tous les tradipraticiens ont mentionné ne pas collaborer avec les praticiens modernes. Les tradipraticiens attribuent l'inexistence de collaboration au manque de confiance, de respect et de considération de la part des praticiens modernes.

Nos résultats sont différents de ceux de E. Kroa, B. Diaby et al en Côte d'Ivoire, où 25% des tradipraticiens collaboraient avec les praticiens modernes.

Conclusion :

-  Nous avons relevé un manque d'éducation thérapeutique dans les institutions de santé.
-  Les patients se souviennent des symptômes qu'ils ont présentés.

- ✚ Avant de consulter le médecin, les patients ne savent généralement pas la durée du traitement antihypertenseur.
- ✚ Le contrôle de la TA est irrégulier chez les patients hypertendus.
- ✚ La plupart des patients sont négligents et ne respectent pas correctement le traitement.
- ✚ Les hypertendus ne consultent généralement pas les tradipraticiens, mais bien pour d'autres maladies.
- ✚ La pauvreté favorise la non-observance thérapeutique.
- ✚ Il n'existe pas de collaboration entre les tradipraticiens et les praticiens modernes par manque de confiance, de respect et de considération de la part des médecins.
- ✚ Le niveau d'étude de la plupart des tradipraticiens était un niveau secondaire.
- ✚ Les tradipraticiens se transmettent le savoir de manière générationnelle et par l'oralité de père en fils ou d'un tradipraticien à un apprenti.
- ✚ L'absence d'une méthodologie d'évaluation des produits de la médecine traditionnelle.

V. LES LIMITES ET FORCES DU TRAVAIL

V.1. LES LIMITES

Nous avons abordé ce sujet avec beaucoup de motivation et de volonté, mais nous pensons qu'il est important de souligner quelques limites de notre travail.

Le contexte sanitaire actuel avec l'apparition du Covid-19 ne nous a pas permis de réaliser le travail dans les délais souhaités.

Etant donné que nous avons opté pour la méthode qualitative pour réaliser notre travail, les résultats de l'analyse des informations que nous avons recueillies ne doivent pas être généralisable à toute la population, car ils sont plutôt contextualisés et individuels.

Il est possible que notre étude puisse contenir un biais de sélection, car pour réaliser les interviews avec les tradipraticiens, nous avons contacté leurs collaborateurs qui nous ont permis de les rencontrer. A l'hôpital, c'est une infirmière qui a choisi les participants de notre étude.

V.2. LES FORCES

En tant que médecin, ma profession m'a permis d'accéder facilement aux hôpitaux pour prendre contact avec les soignants. Cela m'a permis d'acquérir facilement les éléments nécessaires à la réalisation de ce travail. C'est ainsi que j'ai pu approcher les soignants et les patients qui ont collaboré sans trop de résistance ni de méfiance.

C'est une étude intéressante et importante, car elle peut permettre aux soignants de prendre des mesures pouvant favoriser le respect de traitement par les patients. Elle peut permettre ainsi aux patients de prendre conscience de leurs implications dans la prise en charge de leur maladie, puis de prendre au sérieux les suggestions des soignants pour éviter les complications occasionnées par la non-observance thérapeutique.

En outre cette étude permet de mettre à jour les facteurs qui entravent la collaboration entre les tradipraticiens et les praticiens modernes, afin que des solutions puissent être trouvées à ce sujet.

La connaissance de la langue nous a beaucoup avantage. Plusieurs interviews ont été réalisées en lingala, une langue parlée par toute la population de Kinshasa. Cela nous a été d'une grande aide pour réaliser les entretiens avec les participants qui ne savaient pas s'exprimer en français.

VI. PRECONISATIONS ET PERSPECTIVES

En fonction de nos résultats et du contexte de la RD Congo, nous avons dressé ces perspectives et préconisations dans le but d'améliorer la qualité de l'observance thérapeutique chez les patients hypertendus.

VI.1. Concernant les médecins et les institutions

- ✚ L'instauration de séances d'éducation thérapeutique dans le département de médecine interne de l'hôpital général de Référence de Makala à Kinshasa/Selembao mais aussi dans les centres de santé périphériques. Nous avons constaté que l'éducation thérapeutique est une notion que ne maîtrisent pas les patients, alors qu'elle est importante surtout pour les patients souffrant de maladie chronique.
- ✚ Il est important d'intégrer dans les calculs budgétaires, le coût de politique et de plans nationaux de lutte contre les maladies cardiovasculaires en RD Congo.
- ✚ Il est nécessaire de renforcer les capacités des prestataires de soins de santé pour leur apporter des connaissances nécessaires pour une meilleure prise en charge des patients hypertendus. Au cours de nos entretiens, nous avons constaté que certains médecins ne font pas correctement le suivi des patients hypertendus.

- ✚ Sensibiliser les hypertendus à un contrôle régulier de la tension artérielle à domicile, afin de prévenir une éventuelle élévation de la pression artérielle. Cela aidera le médecin dans la prise en charge et ainsi éviter l'apparition de complications.
- ✚ Sensibiliser la population et promouvoir la consommation d'aliments sains, diminuer la consommation de sel au quotidien.
- ✚ Il est nécessaire d'appliquer des programmes et des politiques dans le but d'assurer un accès facilité aux soins et aux médicaments car la plupart de nos répondants témoignent des difficultés financières qu'ils ont rencontré pour se procurer les médicaments.
- ✚ Construire des parcs à Kinshasa, des espaces libres, créer des environnements sociaux où les hypertendus pourront effectuer des exercices physiques.

1. Concernant les tradipraticiens

- ✚ Intensifier les recherches et le développement de la pratique de la médecine traditionnelle. Il serait bon d'intensifier les recherches pour développer la médecine traditionnelle. Ainsi, les patients démunis qui consultent les tradipraticiens pourront recevoir des soins de qualité à moindre prix et sans danger pour leur vie.
- ✚ Développer la science médicale traditionnelle africaine. La représentation de la science dans la mentalité africaine est « erronée ». Certains Africains préfèrent pratiquer directement ce qu'ils connaissent, au lieu de prendre le temps d'écrire ce qu'ils connaissent. Ce qui fait que la science traditionnelle africaine ne se perpétue pas de manière optimale. Seuls quelques initiés maîtrisent la science et l'art nécessaires pour la préparation des médicaments traditionnels. Ces initiés refusent de livrer leurs secrets et le savoir en Afrique se transmet de manière générationnelle et par l'oralité de père en fils. Nous préconisons donc la création d'établissements, d'université de médecine traditionnelle africaine. Dans ces établissements, non seulement les connaissances sur les recettes ou les médicaments traditionnels seront écrites dans des livres et enseignés aux futurs tradipraticiens, mais des cours de physiologie générale, d'anatomie et même de sémiologie pourront être enseignés pour permettre aux tradipraticiens d'acquérir des connaissances sur la constitution et le fonctionnement du corps humain. Ainsi, on pourra perpétuer la science médicale traditionnelle africaine.
- ✚ Il est important de développer davantage de politique reconnaissant la place de la médecine traditionnelle en RD Congo. En Afrique, la plupart des pays n'ont pas de politique organisée pour la médecine traditionnelle. Ces politiques pourraient fournir

une base solide pour définir le rôle de la médecine traditionnelle dans le cadre d'un système national de santé.

✚ L'établissement d'une méthodologie d'évaluation des produits de la médecine traditionnelle. Dans le monde entier, l'efficacité clinique des médicaments traditionnels à base de plantes a été prouvée. En revanche, ni le tradipraticien, ni les patients ne maîtrisent les doses exactes à employer. Une plante peut soigner plusieurs maladies selon ce que nous savons, mais la médecine moderne nous a appris qu'un médicament qui peut soulager la douleur lorsqu'il est pris à des doses recommandées, peut aussi perforer l'estomac lorsque la dose est supérieure à la normale. Exemple des AINS qui peuvent aussi devenir un poison pour le rein. Pour éviter d'aboutir à l'intoxication, l'empoisonnement ou la mort, il est important de veiller à la qualité, l'efficacité, l'innocuité des produits. C'est ainsi qu'il est important que les autorités sanitaires mettent en place un système national de surveillance et d'évaluation des pratiques médicales traditionnelles. Ce système permettra de rassurer la population de l'efficacité et de l'innocuité des recettes traditionnelles, car beaucoup de patients ne consultent pas les tradipraticiens parce qu'ils ne sont pas rassurés.

VII. CONCLUSION GENERALE

Avec la prévalence de l'HTA qui ne fait que s'accroître dans le monde entier, il est impératif de chercher à connaître la cause et de proposer des pistes de solutions pour résoudre ce problème. L'un des facteurs étiologiques de cette augmentation est la non-observance thérapeutique des patients hypertendus.

C'est la raison pour laquelle, dans la première partie de notre travail, nous avons parcourus la revue de la littérature sur la problématique de l'hypertension artérielle et le recours à la médecine traditionnelle. Cela nous a éclairé davantage sur la prise en charge de l'HTA, la problématique de la non-observance thérapeutique chez les hypertendus, puis la place de la médecine traditionnelle dans la société congolaise.

Nous avons choisi ce sujet d'étude en nous basant sur notre expérience professionnelle en tant que soignant et sur le constat personnel dressé durant nos années de pratique médicale dans la commune de Selembao à Kinshasa.

Nous avons constaté que le nombre des patients hypertendus présentant un accident vasculaire cérébral ne faisait que croître. Bien que l'HTA demeure la première cause des maladies cardiovasculaires, un hypertendu conscient de son état de santé et qui respecte le traitement et les recommandations du médecin peut réduire considérablement le risque de présenter les complications tels que l'accident vasculaire cérébral, la décompensation cardiaque. Cela n'exclut pas qu'il existe d'autres facteurs pouvant occasionner ces mêmes complications.

Certains facteurs psychosociaux et culturels liés aux personnes peuvent influencer la qualité de l'observance thérapeutique chez les personnes atteintes de l'hypertension artérielle, notamment leur regard et leur perception de la maladie.

C'est ainsi que nous avons cherché à comprendre les différents facteurs influençant la non-observance thérapeutique chez les patients hypertendus. Pour répondre à cette préoccupation, nous avons effectué des recherches, consulté la littérature scientifique, réalisé plusieurs entretiens avec les soignants puis avec les patients dans la ZSS. Nous avons collecté les données qui nous ont servi pour avoir un aperçu de la situation puis nous avons analysé les données récoltées.

Dans la deuxième partie du travail, nous avons décrit la méthodologie utilisée pour récolter les données. Ensuite, nous avons réalisé des entretiens individuels avec les différents participants à notre étude. Nous avons utilisé un dictaphone pour enregistrer les interviews, puis nous avons retranscrit ces interviews. L'analyse des entretiens nous a éclairé sur la prise en charge de

l'hypertension artérielle par les médecins, les tradipraticiens et sur les facteurs favorisant la non-observance thérapeutique des patients hypertendus.

Pour finir, nous avons apporté quelques suggestions afin d'améliorer la prise en charge de l'hypertension artérielle et d'améliorer en même temps la qualité de l'observance thérapeutique chez les patients hypertendus dans la ZSS.

En nous basant sur les données recueillies, nous pouvons conclure que la non-observance thérapeutique est un élément majeur dont les soignants doivent prendre en compte dans la prise en charge de l'HTA. Dans la ZSS, la non-observance thérapeutique est responsable de l'échec du traitement et de la survenue de plusieurs complications chez les patients hypertendus. Les facteurs particuliers au contexte de Kinshasa favorisant la non-observance thérapeutique sont essentiellement liés à la pauvreté, à l'ignorance et à la négligence des patients. Le taux d'observance thérapeutique optimale devrait logiquement s'améliorer avec le soutien financier, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des patients hypertendus.

Bibliographie

1. A.J. Scheen, D. Giet. (2010). Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions rev med liège 2010 ; 65 :5-6 : p239-p245
2. Adama Dembélé, Lassana Sissoko. (), Enquête ethnobotanique de trois plantes utilisées dans la prise en charge traditionnelle de l'hypertension artérielle au Mali : *Balanites aegyptiaca* (L.) Del., *Piliostigma reticulatum* (DC), *Hochst* et *Bauhinia rufescens* (L.)
3. Aimée M. Lulebo, Paulin B. Mutombo, Mala A. Mapatano et al. (2015), Predictors of non-adherence to antihypertensive medication in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: a cross-sectional study. BMC Res Notes 8, (526). Page 1-8
4. Alexandre Vallée, Michel E. Safar et al. (2019), Hypertension artérielle permanente essentielle : définitions et revue hémodynamique, clinique et thérapeutique. ScienceDirectk, Presse Med. 2019 ; 48 : 19–28
5. Aline Sarradon, Marc Egrot et al (2008). Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle. Pratiques et Organisation des Soins, Société française de santé publique, 2008, 39 (1), pp.3-12
6. Atoba B. C. R, Kayembe T.C, Batina A S. (2014), Prévalence, connaissance et degré de
7. Benilde Bepouka Izizag et al. (2020) Déterminants de la non-observance au traitement antirétroviral chez l'adulte à Kinshasa. Pan African Medical Journal. 2020 ;37(157). 10.
8. Bouznad, G. El Mghari, et al, (2014). Discussion 3 (prix des médicament) P340 Observance thérapeutique des diabétiques hypertendus durant le mois du Ramadan dans la région de Marrakech – Service d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques, Laboratoire PCIM, FMPM, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc. 20/03/14 Doi : 10.1016/S1262-3636(14)72631-X
9. C. Houehanou et P. Lacroix, (2018), Hypertension artérielle en Afrique subsaharienne. JMV Vol.43, issue 2, March 2018, page 87
10. C. Houehanou, S. Amidou et al. (2017). Hypertension artérielle (HTA) en Afrique subsaharienne, MV-Journal de Médecine Vasculaire. Volume 43, Issue 2, March 2018, Page87

11. C. Konin, M. Adoh, I. Coulibaly et al. (2008), L'observance thérapeutique et ses facteurs chez l'hypertendu noir africain. Vol 100 - N°8 P. 630-634.
12. Contrôle de l'hypertension artérielle à Kisangani, RD Congo. Kisangani Médical, Vol 5, (2). Page 86-93
13. D. Reach, Guedj-Meynier et al. (2015). Facteurs associés à la non-observance chez les hommes et chez les femmes hypertendus non contrôlés : étude ODACEF. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie 64 (2015) 222–226
14. Dunia, G. M. (2013). Implementation of community care sites in the Democratic Republic of Congo: consécration of a double standard in access to care. The Pan African medical journal, 14, 158-158.
15. E. Kroa, B. Diaby et al. (2014), Analyse de la collaboration entre médecines traditionnelle et moderne dans la région du sud Bandama (Côte-D'Ivoire). Pharmacopée et médecine traditionnelle africaine. Vol. 17, N°1.
16. Ebenezer Frimpong, Manimbulu Nlooto (2019), Tswana traditional health practitioners' perspectives on the management of diabetes and hypertension: a qualitative study using focus group discussions, pan African medical journal, ISSN 1937-8688, page 1-11
17. G. Alimasi Yuma, H. Kabemba Bukasa et al (2018). Evaluation de l'observance thérapeutique en cas des maladies chroniques. Etude préliminaire à Kalémie (RDC), Médecine d'Afrique Noire 6511, Novembre 2018 - pages 521-530
18. G. Kusuayi Mabele, C. Nkiamana Ekiawa et al. (2018). Évaluation de la prévalence de l'hypertension artérielle de l'adulte en milieu du travail à Kinshasa, République Démocratique du Congo. Science Direct. Volume 33, Issue 4, September 2018, Pages 213-220
19. G. Recha, D. Guedj-Meynier, B. Darnéc, D. Herpind. (2015), Facteurs associés à la non-observance chez les hommes et chez les femmes hypertendues non contrôlés : étude ODACE Annales de Cardiologie et d'Angéiologie Volume 64, Issue 3, June 2015, Pages 222-226
20. Ghembaza MA, Senoussaoui Y, Tani MK, Meguenni K. (2014). Impact of patient knowledge of hypertension complications on adherence to antihypertensive therapy. Curr Hypertens Rev ;10(1) :41-8

21. Hervé Dumez. (2015), Les questions clés de la démarche compréhensive Méthodologie recherche qualitative, Les questions clés de la démarche compréhensive, Vuibert 2e édition. Page 9-64.
22. J.L.K. Panda, J.L. Masumbuko, P. Mairiaux et al, (2020). Prévalence de l'hypertension artérielle et les facteurs de risques en milieu professionnel en République démocratique du Congo : cas de la société textile de Kisangani. Ethics, Medicine and Public Health, Volume 15,2020
23. IDRC (2018), Action multisectorielle en matière de prévention des maladies non transmissibles en Afrique subsaharienne. [Consulté le 18/11/2020]. Disponible sur le site web :

<https://www.idrc.ca/fr/projet/action-multisectorielle-en-matiere-de-prevention-des-maladies-non-transmissibles-en-afrique>
24. Isabelle Aujoulat (2020), Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique Master en sciences de santé publique, UC Louvain Bruxelles.
25. J. Koffi, C. Konin et al, (2018), intérêt de l'éducation thérapeutique dans l'observance du traitement antihypertenseur chez les noir Africaine, Elsevier Masson, vol 67-n°1, page 9-18
26. Jacques Blacher, Jean-Michel Halimi et al, (2013). Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Recommandations 2013 de la Société française d'hypertension artérielle, Société française d'hypertension artérielle 5, rue des Colonnes-du-Trône, 75012 Paris, France
27. Koto-te-Nyiwa Ngbolua1-3, Benjamin L. Mandjo et al, (2016), Etudes ethnobotanique et écologique des plantes utilisées en médecine traditionnelle dans le District de la Lukunga à Kinshasa (RD du Congo, International Journal of Innovation and Scientific Research ISSN 2351-8014 Vol. 26 No. 2 Sep. 2016, pp. 612-633
28. Le Crip (2017), Observance thérapeutique Des leviers pour agir, Quintiles IMS [consulté le 05/12/2020]. Disponible sur le site web : https://lecrip.org/wp-content/uploads/2017/04/brochureobservance2017_webs.pdf

29. Lucie Sadaune (2018). Évaluation du niveau de connaissances de l'hypertension artérielle chez des patients de plus de 70 ans en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2018.
30. M.Benoit, J.Pon, M.A Zimmermann (2009). Comment évaluer la qualité de l'observance ? Supplément 3, p87–p90
31. Mavungu Landu, Don Jethro et al, (2017). Processus d'intégration de la Médecine traditionnelle dans le système national de soins de la République Démocratique du Congo : Cas de trois zones de santé de Kinshasa, L'Université de Liège et le Collège Communal de la Ville de Liège. <http://hdl.handle.net/2268/225728>
32. Médecins Sans Frontières, (2019). Guide clinique et thérapeutique. Edition 2019. ISBN 978-2-37585-042-8)
33. N. El Bèze, A. Vallée et al (2018). Observance des traitements cardiovasculaires, Adhésion au traitement des maladies cardiovasculaires, Elsevier, Volume 12, numéro 6 , octobre 2018, pages 496-501
34. N. El Beze, A. Vallée et al. (2018), observances des traitements cardiovasculaires, Médecine des maladies métaboliques, volume 12, issue, octobre 2018, pages 496-501
35. Noel Emmanuel Essomba, Ba Hamadou et al, (2017). Facteurs de Non-Observance au Traitement Anti-Hypertenseur chez les Adultes à Douala. Health Sci. Dis : Vol 18 (3) July–August–September 2017
36. Noel Emmanuel Essomba1, Ba Hamadou et al. (2017). Facteurs de Non-Observance au Traitement Anti-Hypertenseur chez les Adultes à Douala Factors associated with non-adherence to hypertensive treatment of adults living at Douala
37. OMS (2000). Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation de la médecine traditionnelle. [Consulté le 28/11/2020], disponible sur le site web : https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/fr/
38. OMS (2003). Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. OMS/MNC/03.01. Genève: www.who.int/chronic_conditions/en/adherencereport.pdf
39. OMS (2013). Panorama mondial de l'hypertension, un « tueur silencieux » responsable d'une crise de santé publique mondiale. Page 09, p1-40.

40. OMS, (2012). Hypertension et diabète sont en forte hausse selon les dernières statistiques de l'OMS. [Consulté le 28/11/2020], disponible sur le site web : https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world_health_statistics_20120516/fr/
41. OMS, (2019), Hypertension artérielle, [consulté le 28/11/2020], disponible sur le site web : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
42. Parfaite MBONGO MATEMBE. (2015), Etude des déterminants des maladies hydriques chez les enfants de 0 à 5 ans. Cas de la zone de santé de Selembao. [Consulté le 22/01/2021], disponible sur le site :
https://www.memoireonline.com/08/17/10004/m_tude-des-determinants-des-maladies-hydriques-chez-les-enfants-de-0-a-5-ans-Cas-de-la-zone-de-san.html
43. Philippe B. Katchunga, Jean-René M'Buyamba-Kayamba et al.(2011), Hypertension artérielle chez l'adulte Congolais du Sud Kivu : résultats de l'étude Vitaraa. La Presse Médicale Volume 40, (n° 6) .pages e315-e323
44. Pr Dominique Lacroix, Dr Yvette Bernard et al. (2010). Cardiologie : Collège national des enseignant de cardiologie et de la société Française de cardiologie. Elsevier Masson (III), 298-319
45. PNDS (2016). Plan national de développement sanitaire 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle. Page 22. [Consulté le 25/07/2021], disponible sur le site :
<https://www.afro.who.int/fr/news/mise-en-oeuvre-du-pnds-2016-2020-de-la-republique-democratique-du-congo-tenue-kinshasa-de-la>
46. S. Le jeune, J.J. Mourad (2012), Inobservance et inertie clinique : deux obstacles majeurs à la prise en charge de l'hypertension artérielle. Revues Générales Hypertension artérielle. Page 38-42
47. S. Bitton, C. Dreyfuss et al. (2017), Éducation et observance thérapeutique dans l'hypertension artérielle, unité hypertension artérielle, prévention et thérapeutique scardiovasculaires, Centre de diagnostic et de thérapeutique, Hôpital Hôtel-Dieu, AP-HP, Université Paris Descartes, Paris, France.

48. Sangaré A., Samba M. et al. (2010), Discussion sur les tradipraticien Les déterminants socio-démographiques du recours aux soins bucco-dentaires traditionnels en Côte d'Ivoire, cah. Santé publique, vol. 9, n°1
49. Sara Kakondja, Alice Bahaya et al (2017). Etude des facteurs favorisant le recours des patients à la Médecine traditionnelle dans la ville de Bukavu. Cahiers du Ceruki, Nouvelle Série, 53, pp 78-90
50. Stéphanie Stasse, Dany Vita et al. (2015). Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo: acting upon complexity. Glob Health Action 2015, 8 : 25480 – <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.25480>
51. Y. Cottin, L. Lorgis, A. Gudjoncik et al. (2012). Observance aux traitements : concepts et déterminant. Société française de cardiologie (4), p293,291-298

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp