

1. ANNEXE 1. CONCEPTS DE MALADIE CHRONIQUE ET D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Cette première annexe aborde en profondeur les concepts de maladie chronique et d'hypertension artérielle, concepts essentiels dans la compréhension du travail.

1. MALADIE CHRONIQUE : DÉFINITION

La définition du terme de « *maladie chronique* », de l'anglais « *chronic disease/ chronic illness* », n'est pas unanime : les variations dans sa définition et donc dans son utilisation peuvent avoir des conséquences notables sur l'estimation des conséquences, des besoins et sur la mise en place des programmes d'amélioration de la prise en charge des patients atteints d'une maladie chronique. Dès lors, définir ce que nous regroupons sous le terme de « *maladie chronique* » apparaît comme un prérequis essentiel pour mesurer l'ampleur épidémiologique du phénomène en termes de fréquence, de déterminants, ou de conséquences, en pour évaluer l'impact en termes de coûts afin d'adapter les financements dédiés, et pour permettre une prise en charge médicale et économique optimale. Ainsi, spécifier ce que l'on entend par « *maladie chronique* » permet de déterminer les besoins d'une population atteinte afin de lui apporter les réponses adaptées (Bernell & Howard, 2016).

Les différentes définitions sont dues, d'une part aux variations des maladies qui sont incluses sous le terme générique de « *maladie chronique* » et, d'autre part, à la durée dans le temps où une maladie doit être présente pour être considérée chronique.

L'Organisation mondiale de la Santé (s.d.) définit une maladie chronique comme une affection nécessitant des soins à long terme, pendant une période d'au moins plusieurs mois et qui, en règle générale, évolue lentement. Le Centre de contrôle et de prévention des maladies aux États-Unis (2009), quant à lui, caractérise les maladies chroniques comme des affections non transmissibles, de longue durée, qui ne guérissent pas spontanément une fois acquises et qui sont rarement curables. Une durée d'évolution minimale de trois mois est souvent requise pour correspondre à cette définition.

Toutefois, la définition de la maladie chronique qui semble la plus intéressante en santé publique s'appuie sur les conséquences de la maladie. C'est pourquoi, dans le cadre de ce travail, nous caractérisons la maladie chronique par les éléments suivants : elle est permanente, entraîne une incapacité résiduelle, est causée par une altération pathologique irréversible, nécessite une formation spéciale du patient en vue de sa rééducation et/ou peut nécessiter une longue période de surveillance et d'observation. De plus, nous englobons dans le terme de « *maladie chronique* » les éléments suivants : les affections chroniques, les maladies non transmissibles, les troubles mentaux de longue durée, les handicaps physiques permanents et les maladies transmissibles persistantes.

2. HYPERTENSION ARTERIELLE

L'hypertension est définie comme une pression systolique égale ou supérieure à 140 mmHg et/ou une pression diastolique égale ou supérieure à 90mmHg. La pression sanguine normale chez l'adulte est définie comme étant une pression systolique moyenne de 120mmHg et une pression diastolique moyenne de 80mmHg. Toutefois, sur le plan cardio-vasculaire, on considère comme normales des valeurs pouvant descendre jusqu'à 105mmHg pour la pression systolique, et 60mmHg pour la pression diastolique. Des valeurs normales tant pour la pression systolique que pour la pression diastolique sont particulièrement importantes pour le bon fonctionnement d'organes vitaux comme le cœur, le cerveau et les reins, et pour le maintien général de la santé et du bien-être (Prudhomme, 2009). Selon la classification américaine du Joint national committee (Institut national du cœur, des poumons et du sang, 2004), l'HTA se classifie en 3 grades en fonction des moyennes de pressions systoliques et diastoliques.

Le but du traitement est de normaliser la pression artérielle et de corriger les autres facteurs de risque cardiovasculaires afin de diminuer le risque cardiovasculaire global. Le traitement doit être adapté individuellement et consiste souvent en la combinaison d'une approche pharmacologique et d'une approche non pharmacologique reposant sur des conseils hygiéno-diététiques (Prudhomme, 2009).

3. CAUSES DES MALADIES CHRONIQUES : ZOOM SUR L'HTA

L'augmentation de la charge de morbidité et d'incapacité due aux maladies chroniques dans les pays à faible et moyen revenus est en grande partie dictée par les déterminants sous-jacents du vieillissement rapide de la population, de la mondialisation, et de l'urbanisation. Les

déterminants comportementaux des maladies chroniques viennent à leur tour s'ajouter aux précédents déterminants.

Partout dans le monde, les taux de natalité sont en baisse, l'espérance de vie augmente et les populations vieillissent. L'ensemble des régions du monde sont confrontées à ces modifications de la structure de la population, appelées transitions démographiques, mais le moment et la vitesse sont différents d'une région à l'autre. Cette modification démographique s'accompagne de la transition sanitaire ou épidémiologique, à savoir une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et de l'organisation des services de santé et dès lors d'une transformation des causes des maladies et des décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives : puisque la mortalité infantile diminue et que l'espérance de vie et la possibilité d'être exposé à des risques de maladies chroniques augmentent, ces dernières gagnent du terrain, en particulier chez les populations urbaines (Omran, 1971).

L'importance relative aux diverses causes de décès varie d'une région à l'autre en fonction de leur avancée dans la transition démographique et sanitaire (Epping-Jordan & Organisation mondiale de la Santé, 2003). En effet, il y a eu une diffusion graduelle de la transition de 1770 à 1970 : l'Europe a été le premier continent à entamer sa transition démographique ; l'Afrique a été le dernier. Alors que la baisse des taux de la fécondité et de la mortalité varie considérablement entre les pays africains, un schéma clair se dégage dans la plupart de ceux-ci : une augmentation constante des maladies non transmissibles (Degryse & Masquelier, 2017).

Une différence de vitesse est également enregistrée entre pays et régions. Alors que les populations européennes et nord-américaines ont connu des changements similaires en termes de démographie, de déterminants et de taux de maladie au cours d'un siècle, les populations africaines traversent des transitions similaires en quelques décennies seulement (Degryse & Masquelier, 2017).

En conclusion, le monde vieillit de plus en plus. Dans moins de vingt ans, il y aura dans le monde plus de personnes âgées de plus de 60 ans que d'enfants de moins de 10 ans. Il est important de réaliser que 73% de ces personnes âgées vivront dans les pays à faible et moyen revenus. L'Afrique a également des avancées remarquables dans ce domaine : la part relative des aînés, entendus ici comme l'ensemble des personnes de 60 ans et plus, devrait passer de

5,5% en 2015 à 8,9% en 2050 et ainsi rester globalement faible en comparaison des autres régions du monde. Derrière ces chiffres relatifs se profile pourtant une forte gérontocroissance : le nombre de personnes de 60 ans et plus devrait plus que tripler en 35 ans, passant de 63,8 millions d'individus en 2015 à 211,8 en 2050, soit une augmentation de plus de 230% (Sajoux, Golaz & Lefevre, 2015). Cette croissance sera supérieure à celle de toute autre région du monde ou de tout autre groupe d'âge. Cet énorme changement démographique aura un effet important sur la santé publique en Afrique puisque cette augmentation du nombre de personnes âgées entraînera une prévalence croissante de maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires. Le vieillissement étant un facteur de risque d'hypertension, la prévalence de l'hypertension artérielle augmentera encore au cours des prochaines décennies en raison de ce changement démographique.

Pour la première fois en 2009, la population totale de l'Afrique dépassait le milliard, dont 395 millions - près de 40% - vivaient en zone urbaine. Cette population urbaine devrait atteindre un milliard en 2040 et 1,23 milliard en 2050, date à laquelle 60% des Africains vivront dans des centres urbains (ONU-HABITAT, 2010). Cette urbanisation croissante est l'une des raisons principales de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques dont l'hypertension artérielle. En effet, les niveaux d'hypertension sont structurellement plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural principalement en raison de facteurs contextuels et comportementaux associés à des environnements urbains, tels que les changements alimentaires et la sédentarité, qui forment ensemble un système complexe propice au développement de l'hypertension. Au fur et à mesure que la région s'urbanise, la prévalence de l'hypertension artérielle va faire de même (Van de Vijver et al., 2013).

Les déterminants comportementaux et biologiques sont également incriminés comme des facteurs de risque de l'apparition des maladies chroniques. L'ensemble des sociétés du monde subissent une transformation incontestable des modes de vie entraînant des comportements et des modes de consommation nuisibles pour la santé. Le tabagisme, une alimentation malsaine prolongée, l'inactivité physique, la consommation excessive d'alcool, l'obésité, des pratiques sexuelles à risque et un stress psycho-social non géré constituent les principaux déterminants, modifiables, des affections chroniques. Les facteurs de risque de base, tels que l'âge, le sexe et la constitution génétique, quant à eux, ne peuvent être modifiés (Van de Vijver et al., 2013 ; Prudhomme, 2009).

L'HTA est principalement causée par des styles de vie plutôt que par la génétique. Certes, certaines personnes présentent une génétique prédisposante, facteur inmodifiable, mais dans la majorité des cas, c'est l'association de facteurs de risque comportementaux, et donc modifiables, qui sont mis en cause dans l'apparition de l'HTA. Citons le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, l'inactivité physique, le régime alimentaire malsain (forte consommation de sel et consommation insuffisante de fruits et de légumes) et l'obésité (Prudhomme, 2009).

Puisque notre sujet de mémoire aborde une problématique dans un pays à faible revenu, il nous paraît important d'aborder le lien entre la pauvreté et la présence de maladie chronique. Il existe une double interaction entre la précarité et les maladies chroniques. Les conditions de vie précaires favorisent la survenue et l'aggravation des maladies chroniques, et inversement celles-ci peuvent participer à la précarisation des personnes qui en souffrent (Epping-Jordan & Organisation mondiale de la Santé, 2003). Au Togo, bien que le taux national de pauvreté ait reculé de 59 % en 2011 à 55 % en 2015, la pauvreté reste très élevée. Son incidence est surtout marquée dans les zones rurales, où 69 % des ménages vivaient en dessous du seuil de pauvreté en 2015 (le Groupe de la Banque mondiale, 2017).

4. CONSÉQUENCES DES MALADIES CHRONIQUES : ZOOM SUR L'HTA

Peu importe l'âge des patients au début de la maladie, que leur étiologie soit connue ou que leurs manifestations soient principalement physiques ou psychosociales, toutes les affections chroniques présentent des défis communs pour les patients et leurs familles : traitement des symptômes, invalidité, impacts émotionnels, régimes médicamenteux complexes, ajustements de mode de vie difficile et obtention de soins médicaux utiles et efficaces. Deux conséquences majeures secondaires à la maladie chronique seront ici énoncées : l'altération de la qualité de vie liée à la santé et le fardeau économique.

L'OMS (cité par Megari, 2013) définit la qualité de vie comme « *la perception qu'ont les individus de leur position dans la vie dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs dans lesquels ils vivent et par rapport à leurs objectifs, attentes, normes et préoccupations* ». Il s'agit d'un concept qui englobe un large éventail de domaines de la vie : la capacité fonctionnelle, le degré et la qualité des interactions sociales, le bien-être psychologique, les sensations somatiques, le bonheur, les situations de vie, la satisfaction de la vie et le besoin de

satisfaction. Bien que la qualité de vie soit un concept complexe et à définitions multiples, un consensus se dégage sur certains aspects à prendre en compte : son aspect multidimensionnel, à savoir physique, psychologique et social, ensuite son aspect subjectif référant à la perception de la personne enfin son aspect dynamique car elle varie dans le temps (Megari, 2013).

La qualité de vie liée à la santé, quant à elle, est définie par Patrick et Erickson (1993) comme « *la valeur attribuée à la durée de vie modifiée par les altérations, les états fonctionnels, les perceptions et les opportunités sociales influencées par la maladie, les blessures, le traitement ou les politiques* ». Selon Megari (2013), mesurer la qualité de vie liée à la santé est essentiel pour évaluer l'impact de la maladie et les effets d'une intervention de soins puisque l'évaluation prend en compte les expériences personnelles qui sont influencées par les interventions de soins de santé ainsi que les changements au cours du temps liés à la maladie chronique. Le point de vue du malade est donc recherché car les informations sur l'impact des maladies chroniques sur la qualité de vie liée à la santé peuvent rendre les services de santé plus centrés sur le patient.

Dans les maladies qui mettent en jeu le pronostic vital à court terme, l'objectif de curabilité est essentiel ; la qualité de vie liée à la santé n'a pas la meilleure place. En revanche, la prise en compte de la qualité de vie dans les maladies chroniques, maladies incurables, est vivement recommandée. Ces maladies sont très souvent associées à une incapacité ou invalidité et à la menace de complications graves dont le retentissement sur la vie quotidienne est considérable. Un individu atteint d'une maladie chronique peut avoir des difficultés à suivre une scolarité ou une formation, être exposé au risque de perte d'emploi en raison d'une inadaptation au poste de travail, se voir refuser un contrat d'assurance ou d'emprunt, peut être limité dans la pratique d'une activité sportive et d'autres activités nécessaires à son équilibre personnel. Elle peut aussi entraîner des handicaps, parfois lourds. L'Organisation mondiale de la Santé a donc fait de l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques une priorité.

Les preuves scientifiques sont essentielles à l'amélioration de la santé publique mondiale puisque les politiques de santé internationales doivent être fondées sur des informations de santé précises et significatives. Dès lors, différents indicateurs de mesure ont vu le jour afin d'évaluer la qualité de vie des patients avec une maladie chronique. Nous citons l'instrument de mesure de la qualité de vie mis au point par l'OMS, WHOQOL-100 : 6 grands

domaines de la qualité de vie ont été identifiés pour un total de 100 éléments d'évaluation. Ceux-ci sont notés sur une échelle de 5 points (OMS, s.d.). Le test SF-36, de l'anglais *The Short Form Health Survey*, est également un test standardisé de mesure de la qualité de vie le plus couramment utilisé pour mesurer la qualité de vie. Les items de cet instrument sont divisés en 8 domaines (Ware & Sherbourne, 1992). Plusieurs études ont démontré que les patients hypertendus avaient une qualité de vie liée à la santé plus faible, avec des scores plus faibles dans 7 des 8 domaines du SF-36 par rapport aux individus normotendus (Carvalho, Siqueira, Sousa & Jardim, 2013).

Le *fardeau de la maladie*, de l'anglais *Burden of Disease*, est un concept développé dans les années 1990 par la *Harvard T.H. Chan School of Public Health*, le Groupe de la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la Santé pour quantifier et décrire les décès et les pertes de santé dus à des maladies, des blessures et des facteurs de risque pour toutes les régions du monde. Le fardeau d'une maladie ou d'un état particulier est estimé en additionnant le nombre d'années de vie qu'une personne perd à la suite de son décès prématuré en raison de la maladie (appelé années de vie perdues) et le nombre d'années de vie qu'une personne vit avec une incapacité secondaire à la maladie (appelé années de vie vécues avec une incapacité). La somme des années de vie perdues et des années de vie avec une incapacité donne une estimation de la charge de morbidité, appelée année de vie ajustée sur l'incapacité (DALY), c'est-à-dire le décompte des années de vie en bonne santé perdues du fait de la maladie (Lopez, & Murray, 1996 ; Degryse & Masquelier, 2017).

Le calcul des DALYs nous permet ainsi de nous rendre compte que, dans le monde, en 2017, les deux principales maladies cardiovasculaires, soit l'AVC et la cardiopathie ischémique, représentent les premières causes d'années de vie en bonne santé perdues, car les DALYs sont respectivement de 5,29 et 6,83%. Ce sont les deux MNT qui ont les pourcentages de DALYs totaux les plus conséquents. L'hypertension, elle, représente 0,66% des DALYS totaux mais avec une variation annuelle de 0,2% (IHME, 2017).

Non seulement, les maladies chroniques sont devenues la première cause d'incapacité dans le monde, mais si elles ne sont pas prises en charge avec succès, elles deviendront les problèmes les plus coûteux auxquels les systèmes de santé seront confrontés. En effet, les coûts économiques liés aux maladies chroniques représentent un lourd fardeau dans le budget des soins de santé de tous les pays : en 2018, la part moyenne mondiale du produit intérieur brut

consacrée aux dépenses de soins de santé s'élève à 8,3%. Par comparaison, il est de 17,2% aux Etats-Unis et de 4,4% pour l'Afrique subsaharienne et plus précisément de 6,5% au Togo. En moyenne, 1400 dollars sont consacrés par personne par an pour les soins de santé : cette somme s'élève à 4900/personne/an aux USA contre 96 dollars/personne/an au Togo en 2015 (IHME, 2018). Aux Etats-Unis, la prévalence élevée de maladies chroniques est un facteur clé des coûts totaux de soins de santé puisqu'en 2010, 86% des dépenses en soins de santé ont été consacrés à des patients présentant au moins une maladie chronique et 71% de ces dépenses ont été investis dans des patients souffrant de comorbidités (Chapel, Ritchey, Zhang, & Wang, 2017).

Selon l'OMS (2018), les dépenses liées aux maladies cardio-vasculaires représentent de 8 à 22 % du total des dépenses de santé dans l'ensemble des pays du monde. Dans les pays à revenus faible et intermédiaire, l'OMS (2013) estime que la perte annuelle due aux maladies cardiovasculaires, y compris l'hypertension, représentent approximativement 4% du produit intérieur brut. En ce qui concerne l'Afrique, le fardeau économique des maladies cardiovasculaires est important : les MCV coûteront au continent des milliards de dollars au cours de la prochaine décennie (Van de Vijver et al., 2013).

L'hypertension artérielle reste la première cause de charge financière des MCV. Le fardeau financier concerne les coûts de soins de santé directs liés au traitement de l'HTA, y compris le coût des soins de toutes les complications qui en découlent telles que les AVC, les cardiopathies ischémiques et l'insuffisance cardiaque congestive (Miranda, Kinra, Casas, Davey Smith & Ebrahim, 2008). Ces coûts sont à charge des particuliers, des gouvernements et du secteur privé. En outre, il existe de nombreux coûts indirects liés à l'HTA. Ces coûts incluent notamment la perte, non négligeable, de productivité des travailleurs due aux décès, aux incapacités et à la morbidité liée à la maladie. Les autres coûts indirects, dont le calcul précis est difficile, comprennent les économies perdues lorsque les familles doivent faire face à des dépenses de santé catastrophiques telles que celles liées à la réadaptation après un AVC. À cela s'ajoutent les coûts économiques et sociaux majeurs pour les familles qui - en l'absence quasi totale de systèmes de soins formels - doivent fournir des soins de longue durée souvent intensifs à leurs proches malades.

La situation des pays à faible et moyen revenus est d'autant plus préoccupante car ceux-ci connaissent une évolution démographique tardive, une progression plus rapide et une croissance plus forte de la population (Degryse & Masquelier, 2017). Cependant, le recul des

maladies infectieuses dans les pays à revenus faible ou intermédiaire est plus lent. Ces pays sont dès lors dans une situation de « double péril » : les systèmes de santé doivent faire face simultanément à deux préoccupations majeures et urgentes en matière de santé : d'une part, les problèmes persistants posés par les maladies infectieuses, la malnutrition et les affections maternelles/périnatales et, d'autre part, la progression rapide des maladies non transmissibles (Epping-Jordan & Organisation mondiale de la Santé, 2003).