PRATIQUES ET CONNAISSANCES SUR L'HYPERTENSION ARTERIELLE DU PERSONNEL SOIGNANT DES CHU GABRIEL TOURE ET POINT G.

Knowledge and practices on hypertension nursing staff of the Hospital Gabriel Touré and Point G.

Menta I *., Diall I B **., Coulibaly S **.,Bah O *., Sangaré I *., Sidibé N *., Kone OD *., Traoré D ****., Camara Y ***.,Touré K***., Diarra A **., Kéita L **., Traoré A *., Sanogo KM *.

*Service de cardiologie CHU Gabriel TOURE ; **Service de cardiologie CHU Point G ; ***Service de cardiologie du CHU de KATI ; ****Service de médecine interne CHU Point G

RESUME

Objectif. Ce travail visait à étudier la qualité du diagnostic et de la prise en charge de l'hypertension artérielle par les praticiens du CHU Gabriel TOURE et de point G de Bamako. ***Matériels et méthodes.*** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique, pendant la période d'étude du 1er mars 2009 au 28 Février 2010. Elle a concerné l'ensemble des médecins et des paramédicaux des centres hospitalo – universitaires du Point G et Gabriel TOURE de Bamako. ***Résultats***. Au total 283 praticiens (médecins et des paramédicaux) des deux centres hospitalo - universitaires ont accepté notre questionnaire, dont 133 médecins et 185 paramédicaux. Le CHU Gabriel TOURE représentait 55,1%, la majorité provenait du service de cardiologie avec 18,4%. Les médecins ont constitué la plus grande proportion avec 47,0%. La majorité de nos praticiens (59%) affirmaient qu'il faut au moins une séance de prise tensionnelle pendant trois consultations médicales pour diagnostiquer l'HTA. Seulement 29,60% définissent l'HTA à partir de 140/90 mm Hg. Comme objectif tensionnel 58, 30% et 57,20% des praticiens affirmaient retenir 140/90 mm Hg respectivement chez le diabétique et l'insuffisant rénal. Un nombre considérable de nos praticiens (27,9 %) utilisait encore chez la femme enceinte le triplet Diurétique/IEC/Régime sans sel. L'information des patients sur certains aspects importants de la pathologie avant toute stratégie thérapeutique avait été effectuée dans 63,6%. ***Conclusion.***L'hypertension artérielle doit être une préoccupation majeure pour tout personnel médical et paramédical de nos jours. **MOTS CLES** *: Personnel soignant, HTA, Définition, Information et suivi.*

ABSTRACT

Objective. This work aimed to study the quality of diagnosis and support of hypertension by the practitioners of the CHU Gabriel TOURÉ and point G of Bamako. **Materials and methods**. It is a descriptive and analytic, cross-sectional study during the study period from 1 March 2009 to 28 February 2010. It concerned all physicians and paramedics of the centre hospitalo - scholars of the Point G and Gabriel TOURÉ in Bamako. **Results.** Total 283 practitioners (physicians and the paramedics) two centre hospitalo - scholars have accepted our questionnaire, including 133 doctors and 185 paramedics. CHU Gabriel TOURÉ was 55.1%, the majority came from the service of cardiology with 18.4%. Doctors constituted the largest square with 47.0%. The majority of our practitioners (59%) say it takes at least a united session during three medical consultations to diagnose the HBP. Only 29,60% define the HTA from 140/90 mm Hg. United goal 58, 30% and 57.20% of practitioners claimed to retain 140/90 mm Hg, respectively for the diabetic and the insufficient renal. A considerable number of our practitioners (27.9%) still used in pregnant women the triplet diuretic/IEC/diet without salt. The information for patients on some important aspects of pathology before any therapeutic strategy had been conducted in 63.6%. **Conclusion.** The high blood pressure must be a major concern for personal medical and paramedical today. **Keywords** : Personal care, HBP, Definition, Information and monitoring.

INTRODUCTION

Les affections cardio-vasculaires constituent un problème majeur de santé à travers le monde [1].L'hypertension artérielle a longtemps fait figure d'une fantaisie généralement inoffensive et éventuellement négligeable du système régulateur de la pression sanguine. Ces propos écrits par Jean LENEGRE en 1972 traduisent bien le statut que fut celui de l'hypertension artérielle à travers ce siècle [2]. L'opinion prévalait que la physiopathologie purement mécanique des maladies n'existait pas et que le patient avait la pression artérielle qui lui convenait. Il a fallu des données des compagnies d'assurance américaines pour admettre que les hypertendus meurent plutôt que les normo tendus, puis les données de l'étude FRAMINGHAM pour accepter que l'hypertension artérielle soit un facteur associé au risque de nombreuses pathologies [2].

Plus de 600 millions d'hypertendus existent dans le monde, en Afrique 15-30% de la population en moyenne et au Mali environ 18% de la population [3]. L'incidence de ses complications augmente régulièrement à partir d'un niveau tensionnel considéré habituellement comme normal.

L'hypertension artérielle est une pathologie très fréquente chez les personnes âgées, sa

connaissance par les praticiens, l'observance du traitement, la régularité du suivi sont des facteurs déterminants dans sa prise en charge.
Les études épidémiologiques démontrent la nécessité de son dépistage et de son traitement précoce car, même dans les formes apparemment bénignes, ses risques sont loin d'être négligeables. Elles démontrent aussi la nécessité d'une recherche attentive sur la connaissance des praticiens vis-à-vis de cette pathologie.
Au Mali, beaucoup d'études ont intéressé la morbidité et la mortalité liée à l'HTA, et en particulier en cardiologie aucune n'a porté sur la connaissance de l'HTA par les praticiens ; d'où l'intérêt de notre étude afin de deceler les insuffisances de prise en charge de cette pathologie dans les deux plus grandes structures hospitalo-universitaires du Mali et proposer des solutions à celles-ci.

METHODE

1 Période et type d'étude : Notre étude a été transversale et descriptive et s'est étendue sur douze mois allant du 1er mars 2009 au 28 février 2010 dans le service de cardiologie du CHU Gabriel TOURE.

2 Critères d'inclusion : Etaient inclus, les praticiens (médecins et paramédicaux) des deux centres hospitalo - universitaires qui ont accepté de se soumettre à notre questionnaire. Chaque fiche d'enquête comportait sur le praticien des informations sur sa qualification, son cadre de travail, ses connaissances théoriques sur l'HTA, ses pratiques cliniques sur l'HTA (méthode diagnostique, prise en charge thérapeutique, conseils aux patients)...

3 Analyse des données : Nos données ont été saisies traitées sur Microsoft WORD et EXCEL et analysées sur les logiciels SPSS 11.0 et Epi info 3.3.2.

RESULTATS

- Au total 283 praticiens (médecins et des paramédicaux) des deux centres hospitalo - universitaires ont accepté notre questionnaire, dont 133 médecins et 185 paramédicaux.
- Dans la population d'étude le sexe masculin a constitué 59,4%, avec un sex ratio de 1,46. Le CHU Gabriel TOURE représentait 55,1%, la majorité provenait du service de cardiologie avec 18,4%. Les médecins ont constitué la plus grande proportion avec 47,0%.
- Parmi nos praticiens 60,40% prenaient la pression artérielle (PA) après un repos d'au moins cinq minutes en position assise, couchée et débout aux deux bras ; 59% affirmaient qu'il faut au moins une séance de prise tensionnel pendant trois consultations médicales pour le diagnostic de l'HTA. Seulement 29,60% ont défini l'HTA à partir de 140/90 mm Hg. La majorité des praticiens (59%) pensaient que l'obésité, le diabète, l'excès de sel, les ATCD familiaux d'HTA, et la sédentarité sont les facteurs de risque de l'HTA. Aucun praticien ne disposait de 3 types de brassard (obèse, adulte normal et enfant). L'hypotension orthostatique était recherchée dans 39,6% des cas.
- Près de la moitié de l'effectif (48,40%) pensait que la créatininémie, la glycémie, la NFS, la kaliémie, l'ECG et la protéinémie sont les bilans de base de l'HTA. En plus du traitement médicamenteux, les mesures hygiéno-diététiques étaient utilisées par 75,50% de nos praticiens.
- Environ 73,90% de nos praticiens affirmaient traiter l'HTA par les mesures hygiéno-diététiques à partir de 140/90 mm Hg de pression artérielle et 49,10% pensaient ajouter une chimiothérapie à partir de160/90 mm Hg de pression artérielle.
- Comme objectif tensionnel 58, 30% et 57,20% des praticiens affirmaient que 140/90 mm Hg respectivement chez le diabétique et l'insuffisant rénal devait être retenu. Comme objectif tensionnel chez un hypertendu âgé, 51,30% des praticiens retenaient 140/90 mm Hg de pression artérielle.
- Un nombre considérable de nos praticiens (27,9 %) utilisait encore chez la femme enceinte le triplet Diurétique/IEC/Régime sans sel. Une grande majorité de nos praticiens (66,05 %) affirmait que l'HTA est dite résistante au traitement, après six mois de traitement bien conduit sans succès et 64,60% affirmaient que le traitement de l'HTA durait à vie.
- Comme complications liées à l'HTA, 55,20% de nos praticiens retenaient les atteintes cardio-vasculaires, l'insuffisance rénale chronique, la rétinopathie, l'accident vasculaire cérébral.
- L'information des patients sur certains aspects importants de la pathologie avant toute stratégie thérapeutique avait été effectuée dans 63,6%.

COMMENTAIRE

Nous avons réalisé une étude transversale descriptible et analytique auprès des praticiens du CHU Gabriel TOURE et du CHU de point G sur une période de 12 mois. Cette étude s'est confrontée à quelques difficultés à savoir : la non disponibilité et la rétention des fiches d'enquête par certains praticiens.
La majorité de nos praticiens étaient de sexe masculin avec un sex ratio de 1,46. Ce qui semble être le cas dans tous les autres services du domaine public au Mali.
Ainsi l'HTA est prise en charge dans les deux hôpitaux de troisième référence par toutes les couches du personnel sanitaire.
A Dakar, DIA [4] trouvait 44,62 de médecins sur tout le territoire national, chiffre

légèrement inférieur au notre. Cette petite différence pourrait s'expliquer par le fait que notre étude concerne exclusivement deux CHU de troisième référence.
Une grande proportion d'aides-soignants semble impliquée dans la prise en charge de l'hypertension artérielle dans notre étude (19,78 %) contrairement au Sénégal où les aides-soignants ne figuraient pas dans la liste de praticiens. Est-ce une spécificité malienne ?
Aucun praticien ne disposait de 3 types de brassard (obèse, adulte normal et enfant). Ce résultat concorde avec celui de Dia du Sénégal [4]. Ce qui pose certainement un problème de diagnostic dans certains cas particuliers où l'utilisation de brassards spécifiques est indispensable. La pression artérielle était prise après un repos d'au moins 5 minutes, en position assise, couchée, debout et aux deux bras dans 60,40% de l'ensemble de la population d'étude. Ces mesures étaient appliquées par 76,69% des médecins et 46% des paramédicaux. A Dakar la PA était prise à un seul bras par 58 % des praticiens, résultat différent du nôtre. Dans 88 % des cas la recherche de l'hypotension orthostatique n'avait pas été effective à Dakar, alors que dans notre étude ce taux était de 39,6%. Cette différence semble s'expliquer par le statut des centres ou notre étude s'est réalisée (CHU), tandis qu'à Dakar elle était nationale.
La définition de l'HTA était inexacte dans 41% des cas. Ce résultat était inférieur à celui de DIA à Dakar [4] qui rapportait 56,5% de fausse définition. Le même auteur signalait une proportion de médecins de 48,5% et 68,1 % de paramédicaux. Ces proportions sont nettement au-dessus des nôtres (38,35% pour les médecins et 40,67% pour les paramédicaux).
L'objectif tensionnel inférieur à 130/80 mm Hg chez l'insuffisant rénal et le diabétique comme recommandé par certains auteurs [5, 6, 7,8] avait été retenu par plus de 60 % des médecins et plus de 51 % des paramédicaux.
La majorité de nos praticiens du corps des médecins (67,66%) ont pu clairement identifier les facteurs de risques cardiovasculaires contre 55,33% des praticiens paramédicaux. Ce résultat est largement inférieur aux 100% chez les médecins rapportés par Dia dans une enquête sur la prise en charge, par les praticiens, de l'hypertension systémique de l'adulte au Sénégal.
Près de la moitié de nos praticiens (48,40%) sont restés classiques dans le bilan initial demandé aux patients. Résultat similaire à celui de certains auteurs [9, 10, 11, 12,13].
Dans notre étude, 52,63% des médecins et 57,33% des paramédicaux ont affirmé que les cardiomyopathies, les troubles du rythme, l'insuffisance rénale chronique, la rétinopathie, les accidents vasculaires cérébraux et les accidents thromboemboliques constituaient les complications majeures de l'HTA, comme cela a pu être signalé par certains auteurs [12, 5, 14, 15, 16, 17, 18,19]. Ainsi doit-on comprendre que la part importante de médecins et de paramédicaux ne pouvant pas reconnaitre ces complications proposeront à leurs patients souffrant de ces complications des prestations inadaptées.
Les mesures hygiéno-diététiques ont été adoptées à partir de 140/90 mm Hg par 209 praticiens soit 73,90%. Cette insuffisance dans la mise en œuvre des mesures hygiéno-diététiques avait été signalée par Dia de Dakar [4] et pourrait être à l'origine de nombreux échecs thérapeutiques chez les patients souffrant d'hypertension artérielle.
Le traitement médicamenteux a été débuté par 139 praticiens à partir de 160/90 mm Hg soit 49,10%. Les médecins étaient concernés dans 75,18% et les paramédicaux dans 26%.
En ce qui concerne le traitement de la femme enceinte, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les diurétiques et le régime sans sel continuaient à être prescrits dans ce cas. Cela concernait 21,05% des médecins (exclusivement des généralistes), 9,52% des sages-femmes et 37,98% des infirmiers. Ces taux sont quelques peu supérieurs à ceux de Dia de Dakar [4] qui signalait respectivement 9,3%, 12% et 3% des cas. L'absence des aides-soignants s'expliquerait par le fait que cette catégorie de personnels ignore les molécules en question. Ces prescriptions ne se justifient pas chez la femme enceinte hypertendue à cause de nombreux effets néfastes et le risque que ces médicaments peuvent engendrer dans cette situation, comme évoqué par certains auteurs [4, 19].
En ce qui concerne le traitement de la femme enceinte, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les diurétiques et le régime sans sel continuent à être prescrits dans ce cas. Cela concernait 21,05% des médecins (exclusivement des généralistes), 9,52% des sages-femmes et 37,98% des infirmiers. Ces taux sont supérieurs à ceux de Diao de Dakar qui signalait respectivement 9,3%, 12% et 3% des cas. Ces prescriptions ne se justifient pas chez la femme enceinte hypertendue à cause de nombreux effets néfastes et le risque que ces médicaments peuvent engendrer dans cette situation, comme évoqué par certains auteurs [13, 20].
La majorité avait opté pour un traitement à vie de l'hypertension artérielle (mesures hygiéno-diététiques et traitement médicamenteux). Cependant 21,81% des médecins et 47,34 % des paramédicaux ordonnaient un arrêt du traitement après la normalisation des chiffres tensionnels, cette attitude pourrait être à l'origine de complications parfois dramatiques de cette maladie [20, 21, 22].

L'information des patients sur les aspects de la pathologie avant toute stratégie thérapeutique a été effectuée par 54,66% de la population d'étude (73,68% des médecins et 60% des paramédicaux). Ces résultats sont différents de ceux de Dia [4] du Sénégal qui rapportait 30,98% pour les médecins et 40% pour les paramédicaux. Le même auteur signalait une information des patients de façon globale seulement dans 36,4%. Ce déficit d'information est très probablement l'une des causes de la mauvaise observance du traitement responsable de nombreuses complications comme rapporté par plusieurs auteurs [6, 12, 20, 21, 22].
La résistance de l'hypertension artérielle au traitement habituel est définie après un traitement de six mois sans succès, par 66,05% des praticiens (68,42% des médecins et 64% des paramédicaux). Cette affirmation à propos d'un hypertendu à risque moyen est conforme à la définition de cet auteur [23].

CONCLUSION

Au terme de cette étude, les résultats sont certes encourageants avec une certaine qualité dans la prise en charge de l'HTA, mais il reste beaucoup de choses à revoir. Certaines categories non compétentes de personnel sanitaire étaient souvent les acteurs principaux de la prise en charge de l'HTA. Aussi on pouvait constater même dans la population de médecins des attitudes non conformes aux règles de bonne prise en charge de cette pathologie. La correction de ces insuffisances permettra d'ameliorer considerablement la prise en charge des patients souffrants de cette affection fréquente et parfois redoutable.

REFERENCES

1. **TRAORE A.** Aspects épidémiologiques cliniques et évolutifs immédiats de l'hypertension artérielle maligne dans le service de cardiologie de l'hôpital du point G. Thèse, Méd, Bamako, 1999. n°02.
2. **P. VERNANT A, CASTEIGNE D, ELLOUCHE S, GAUDEAU.** Cardiologie. Nouveaux aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques. Paris Milan Barcelone Bonn : MASSON 1993 : 98-99
3. **SAGUI E, M'Baye PS, Dubecq C.** Ischemic and Hemorrhagic Stroks in Dakar, Senegal: a Hospital-based Study. Strok 2005; 36: 18
4. **Dia MM, Hakim R, Diao M.** Enquête sur la prise en charge par les praticiens de l'hypertension artérielle (HTA) systémique de l'adulte au Sénégal. Congrès, SO.CAR.B. 2009.
5. **BRAIN S.** Haute autorité de santé (HAS) 212, avenue du Général Leclerc, Paris. Juillet 2005. p. 9 – 17.
6. **GIUSEPPE M, DOMINICZAK A, CIFKOVA R, DE BACKER G.** Recommandation 2007 pour la prise en charge de l'hypertension artérielle. Groupe de travail pour la prise en charge de l'hypertension de la société Européenne d'hypertension (ESH) et de la société Européenne de cardiologie (ESC). Journal of hypertension 2007 ; 25 : 1105-87.
7. **SANOGO A.** La contribution à l'étude du bilan lipidique à l'hôpital du point G. Chez les diabétiques, les hypertendus, les cardiopathes, les néphropates et les obèses. Thèse, Méd, Bamako, 1988, n°14.
8. **CONFERENCE DE CONSENSUS DE L'INAMI. HYPERTENSION ARTÉRIELLE :** Comparaison des guidelines « Traitement efficient de l'Hypertension Artérielle compliquée ». Auditorium Lippens, 6 Mai 2004 ; p 157-164.
9. **AKINKUGBE.** Epidémiologie, historique et situation actuelle de l'HTA en Afrique. In E. Bertrand : hypertension artérielle des populations originaires d'Afrique noire. Paris : Masson ; 1995.p.1-7
10. **CAMARA M.** Hypertension artérielle : Aspects épidémiologiques, cliniques, évolutifs et Pronostic dans le service de cardiologie de l'hôpital national du point G : 537 Cas. Thèse, Méd, Bamako, 1996. n°35.
11. **CISSE AA.** Approche diagnostique et thérapeutique de l'hypertension artérielle chez le chez le sujet âgé (50 ans et plus) au Mali. Thèse, Méd, Bamako, 2000, n°34.
12. **COULIBALYJ.** Etat de connaissance des malades hypertendus à propos de l'hypertension artérielle dans le service de médecine unité de cardiologie du CHU Gabriel Touré A propos de 210 cas Thèse, Méd, Bamako, 2008, n°586
13. **Charl – E. LUYT.** Collection Hippocrate, Hypertension artérielle de l'adulte. Épreuves Classantes Nationales. www.laconferencehippocrate.com, le 02/12/2009 : p 2-12 ; 15-19.
14. **DIALLO B, SANOGO K, DIAKITE S, DIARRA M.B, TOURE M.K** L'insuffisance cardiaque à l'hôpital du point G. Mali Médical 2004; T XIX N°2.
15. **DIARRA MB.** Morbidité et Mortalité cardiovasculaires hospitalières à propos de 772 cas. Thèse, Méd, Bamako, 1982, n°10.
16. **KANTE M.** Insuffisance cardiaque à propos de 200 cas en milieu hospitalier. Thèse, Méd, Bamako, 1979, n°34.
17. **PAYET M, PENE P.**Les cardiopathies en milieu africain. Gaz Méd 1956; 63(7): P 597- 607.
18. **SANOGO T.** Morbidité et Mortalité cardiovasculaires hospitalières observées à l'Hôpital National du Point G. Thèse, Méd, Bamako, 1985. n°16.
19. **TOURE M. K, DUCAM H, KANTE M.** Insuffisance cardiaque au Mali. Etude à partir de 330 cas. Mali Médical 1981; IV No 2.
20. **OUOLOGUEME N.** Place de l'hypertension artérielle dans la pathologie cardiovasculaire

dans le district de Bamako en 2002. Thèse, Méd, Bamako, 2005, n°200.

21. **T N. DIEUDONNE G.** Cardiomyopathies dilatées dans le service de cardiologie B de l'hôpital national du point G.Thèse, Méd, Bamako, 2002. n°114.
22. **TCHINTCHUI NC.** Les cardiopathies ischémiques et les facteurs de risque : A propos de 162 cas colligés dans le service de cardiologie A de l'hôpital du Point G.Thèse, Méd, Bamako, 2005, n°170.
23. **XAVIER G, S. Diegeos-HASNIER, Jean-Y LE HEUZEY.** Guide pratique de l'hypertension artérielle. 3ème Edition. Paris: Masson. 2005 ; p 197

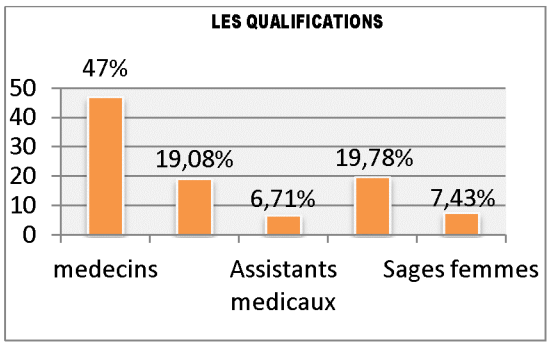

Figure 1 : Répartition selon les qualifications.

Tableau I : Répartition en fonction de la connaissance de la durée du traitement de l'HTA et les qualifications.

Qualifications	La durée du traitement de l'HTA			Total
	à vie	Jusqu'à l'obtention d'une TA normale	au moins un mois	
Médecin	**104**	21	8	133
Technicien supérieur	**23**	21	10	54
Assistant médical	**14**	3	2	19
Aide-soignant	**26**	21	9	56
Sage-femme	**16**	2	3	21
Total	183	68	32	283

Les praticiens en majorité pensaient que le traitement de l'hypertension artérielle dure à vie; sans différence significative entre les médecins et les paramédicaux, P= 0,13.