



Observance thérapeutique chez les patients suivis en ambulatoire pour insuffisance cardiaque chronique à l'Hôpital National de Niamey, Niger.

Therapeutic compliance in outpatients treated for chronic heart failure at Niamey National Hospital, Niger Republic.

Idrissa H^{1,2*}, Andia A^{2,3}, Issoufou SM¹, Dodo B⁴, Maliki AM⁵, Oumarou Sidikou S⁵, Labo S⁵, Masengesho Midago J¹, Maidadi S¹, Labo Madougou R¹, Habibou H^{1,2}, Brah S^{1,2}, Toure A¹.

Reçu le 20-08-24

Accepté le 20-12-2024

Publié le 10-01-25

Mots-clés

Insuffisance
cardiaque,
Observance
thérapeutique,
Adhérence,
Niamey,
Niger.

Résumé

Introduction : Pathologie grave, l'insuffisance cardiaque est fréquente due à plusieurs étiologies. L'observance thérapeutique constitue un défi majeur. L'objectif de cette étude était de décrire l'observance du traitement chez les patients insuffisants cardiaques chroniques suivis en ambulatoire au pôle de cardiologie de l'Hôpital National de Niamey (HNN).

Méthodologie : Étude prospective et descriptive à propos de 130 patients suivis en ambulatoire au pôle de cardiologie de l'HNN. La collecte des données s'était déroulée du 01/06/2021 au 04/01/2021. Microsoft Office 2019, Word, Excel et Sphinx plus étaient les logiciels de saisie et de traitement de nos données.

Résultats : La fréquence de l'insuffisance cardiaque était de 10,80%. L'âge moyen était de 54,72±16,78 ans et la tranche d'âge de 60 à plus représentait 47,46%. La sex-ratio était de 0,88. avec une prédominance féminine à 53,10%. A l'examen clinique, la dyspnée, la toux et la douleur thoracique étaient les signes fonctionnels les plus retrouvés dans respectivement 70%, 28,46% et 18,46%. L'état général était conservé dans 96,15% des cas. La tachycardie était retrouvée dans 10%, la TSVJ dans 11,54% et les OMI dans 8,46%. L'HVG (68,46%), l'ESV (12,31%) et la FA (5,38%) étaient les aspects électriques les plus retrouvés. A l'échographie, une dilatation du VG (86,92%), une FEVG < 35% à 31,32% et la CMD hypertensive (24,61%) étaient principalement retrouvées. Sur le plan thérapeutique, les patients étaient sous IEC (88,46%), bêta-bloquant (82,31%) et diurétique (79,23%). La durée moyenne de suivi est comprise entre 3 à 6 mois chez 50% des patients. Nous avons retrouvé un taux de bon observant dans 54,62% et de non-observances dans 45,38%. Les causes de non-observance thérapeutique étaient l'insuffisance financière (28,81%), l'ignorance (27,12%) et l'oubli (18,64%). Il existe une relation statistiquement significative entre la convenance, la souplesse, le désir de poursuivre le traitement, l'état de santé et la prise de médicaments avec P-value respectivement : 0,007 ; 0,023 ; 0,001 ; 0,018.

Conclusion : L'insuffisance cardiaque a une fréquence de plus en plus élevée. La CMD hypertensive en était la principale étiologie. L'observance thérapeutique n'est pas satisfaisante avec comme principale cause, des raisons d'ordres économiques.

Keywords

Heart
failure,

Abstract

Introduction: Heart failure is a serious condition that is frequently caused by a number of etiologies. Compliance with treatment is a major challenge. The aim of this study was to

Therapeutic compliance, Adherence, Niamey, Niger.

describe compliance with treatment among chronic heart failure patients followed up on an outpatient basis at the cardiology unit of the Hospital National de Niamey (HNN).

Methodology: Prospective descriptive study of 130 patients followed as outpatients at the cardiology unit of the HNN. Data collection took place from 01/06/2021 to 04/01/2021. Microsoft Office 2019, Word, Excel and Sphinx plus were used for data entry and processing.

Results: The incidence of heart failure was 10.80%. The mean age was 54.72 ± 16.78 years and the age group 60 and over represented 47.46%. The sex ratio was 0.88, with females predominating at 53.10%. On clinical examination, dyspnea, cough and chest pain were the functional signs found most frequently in 70%, 28.46% and 18.46% respectively. General condition was preserved in 96.15% of cases. Tachycardia was found in 10%, SVT in 11.54% and IMO in 8.46%. LVH (68.46%), ESV (12.31%) and AF (5.38%) were the most common electrical findings. On ultrasound, LV dilatation (86.92%), LVEF < 35% to 31.32% and hypertensive CMD (24.61%) were the main findings. Patients were treated with ACE inhibitors (88.46%), beta-blockers (82.31%) and diuretics (79.23%). The average duration of follow-up was between 3 and 6 months in 50% of patients. We found a rate of good compliance in 54.62% and non-adherence in 45.38%. The causes of non-adherence were financial insufficiency (28.81%), ignorance (27.12%) and forgetfulness (18.64%). There was a statistically significant relationship between convenience, flexibility, desire to continue treatment, state of health and drug intake, with P-values of 0.007, 0.023, 0.001 and 0.018 respectively.

Conclusion: Heart failure is becoming increasingly common. Hypertensive DC was the main cause. Therapeutic compliance is unsatisfactory, mainly for economic reasons.

Introduction

L'insuffisance cardiaque (IC) est une pathologie chronique grave et invalidante. Elle représente un problème majeur de santé publique de par ses conséquences en termes de morbidité et de mortalité et par son impact sur le système de soin [1]. L'insuffisance cardiaque (IC) est le terme évolutif de la plupart des cardiopathies compte tenu du vieillissement de la population, son incidence est en augmentation constante chez le sujet âgé [2]. L'insuffisance cardiaque est corrélée de nos jours à une morbidité mortalié importante avec une augmentation constante de sa prévalence à l'échelle mondiale. La survie à 5 ans est nettement supérieure à la survie de certains cancers. Le taux de réhospitalisations en un an est de 40% dont 70% peuvent être évitées par une prise en charge intelligente, basée sur la stratification du risque [2]. La prévalence de l'insuffisance cardiaque est assez mal connue en Afrique, mais une étude récente pourtant sur sept pays d'Afrique francophone rapporte qu'une proportion de 27,5% de patients sont hospitalisés en urgence pour une poussée

d'insuffisance cardiaque en classe IV de la NYHA (New York Heart Association), une autre étude menée au Sénégal en 2002 a montré que l'insuffisance cardiaque est fréquente avec 37,7% des admissions, contrairement en Europe où la prévalence de la pathologie est maîtrisée et est estimée entre 0,4 et 2‰ [3].

Affiliations :

1. Service de cardiologie (Pavillon A), Hôpital national de Niamey,
2. Faculté des Sciences de la Santé, Université Abdou Moumouni, Niamey, Niger
3. Cardiologie hôpital Amirou Boubacar Diallo Niamey/Niger
4. Cardiologie Hôpital Général de Référence de Niamey/Niger
5. Service de médecine interne Hôpital général de référence

***Auteur correspondant :** Dr Idrissa Hama ; hama_idrissa@yahoo.fr

Malgré les progrès thérapeutiques, le pronostic de l'IC reste sombre, avec une mortalité de 50% à 4 ans dans les formes non sévères et de plus de 50% à un (1) an dans les formes sévères [4]. Les étiologies de l'insuffisance cardiaque sont diverses. De nombreux patients ont différentes pathologies cardio-vasculaires et non cardiovasculaires qui contribuent à l'insuffisance cardiaque et/ou à son aggravation. En Afrique l'IC constitue la principale circonstance de découverte des maladies cardiovasculaires [5]. Les examens paracliniques sont d'une aide précieuse au diagnostic, à l'évaluation du pronostic et à la surveillance du patient, en particulier l'échocardiographie. Aux Etats-Unis, les dépenses de santé dues à l'insuffisance cardiaque sont supérieures à celles du cancer ou de l'infarctus du myocarde. Cette pathologie consomme entre 1 et 2 % de la totalité des ressources médicales dans les pays développés [6,7]. En France, l'impact économique de l'IC est non négligeable autour de 1 % des dépenses de santé. Elle constitue la première cause d'hospitalisation chez l'adulte. Les dépenses directes dues à l'insuffisance cardiaque représentent ainsi 39 millions d'euros par millions d'habitants en France contre 37 millions en Allemagne et 26 millions en Grande-Bretagne. La prévention de l'insuffisance cardiaque est une priorité de santé publique, car ce syndrome grave évolue généralement vers une forme lourde de handicaps. Le contrôle de l'insuffisance cardiaque chronique dépend de l'observance du traitement médicamenteux et non médicamenteux. Les traitements pharmacologiques diminuent la mortalité et la morbidité. Pourtant parmi les malades atteints d'insuffisance cardiaque les taux d'observance thérapeutique rapportés par plusieurs études varient de 10 à 98%. L'objectif de cette étude était de décrire l'observance du traitement chez les patients insuffisants cardiaques chroniques

suivis en ambulatoire au pôle de cardiologie de l'Hôpital National de Niamey (HNN).

Patients et méthode

Notre étude s'était déroulée au pôle de cardiologie de l'hôpital national de Niamey. Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive portant sur des patients suivis en ambulatoire pour insuffisance cardiaque.

La collecte des données s'était déroulée sur une période de 7 mois du 01 juin 2021 au 04 janvier 2022. La population de l'étude était constituée de tous les patients suivis en ambulatoire au pôle de cardiologie de l'HNN. Étaient inclus les patients suivis en ambulatoire pour insuffisance cardiaque chronique avec preuve écho cardiographique sous traitement médical dans le service de cardiologie de l'HNN et ayant accepté de participer à l'étude.

Le matériel de notre étude était constitué des dossiers d'hospitalisation et les carnets de suivi en ambulatoire. Nous avons interrogé tous ces patients suivis d'un examen physique complet. Les patients étaient vus 3 fois pendant la période de l'étude. Les données avaient été recueillies sur une fiche d'enquête standard prenant en compte les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, diagnostiques et d'observance thérapeutique. Nous avons défini l'observance comme la capacité à prendre correctement son traitement tel qu'il est prescrit par le médecin.

Bonne observance est essentielle pour permettre une réponse thérapeutique satisfaisante et pour éviter les complications iatrogènes, que la maladie traitée soit aiguë ou chronique.

Observance moyenne : si le patient prend son traitement de façon non satisfaisante avec possibilité de récurrence ou survenue de complications.

L'inobservance est l'absence d'adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions médicales.

Nous avons également recherché les causes de bonne et mauvaise observance.

Score de Morisky

Le MMAS (Morisky Medication Adherence Scale) est un questionnaire générique d'évaluation de l'observance thérapeutique rempli par les patients. Ce questionnaire comporte quatre questions, dont le barème est de 0 pour « Oui » et 1 pour « Non ». Les points pour chaque question sont additionnés pour obtenir un score compris entre 0 à 4.

Ainsi ce score nous permet de classer les patients :

- Score 0 à 3 : non-observance
- Score 0 à 1 : mauvaise observance
- Score 2 à 3 : observance moyenne
- Score 4 : bonne observance

Nos données étaient saisies et traitées par les logiciels : Word, Excel, Microsoft Office 2019, Test chi2 significatif si $p < 0,05$ et Sphinx plus dans sa version 5.0.0.82.

Résultats

Au cours de notre période d'étude, 1203 consultations avaient été enregistrées parmi lesquelles nous avons collecté 130 cas d'insuffisance cardiaque soit une fréquence de 10,80 %. Le sexe féminin représente 53,10% avec un sex-ratio de 0,88. L'âge moyen des patients était de $54,72 \pm 16,78$ avec des extrêmes de 16 et 80 ans. La tranche d'âge de 60 à 69 ans était la plus représentée avec 27,70%. La provenance était urbaine dans 65,38% des cas. Le niveau socio-économique était moyen dans 67,69% des cas. L'HTA était le facteur de risque le plus retrouvé dans 63,08% des cas, suivis de la ménopause avec 25,38%, le stress 17,69% et le diabète 12,30%.

La circonstance de diagnostic était symptomatique dans 55,39% des cas. La dyspnée, la toux et la douleur thoracique étaient les signes fonctionnels les plus retrouvés chez les patients avec respectivement 70%, 28,46% et 18,46%. La dyspnée était classée au stade II de la NYHA dans 61,54% des cas.

L'état général des patients était bon dans 96,15% des cas. La pression artérielle était normale dans 65,38% des cas. On notait une turgescence spontanée des veines jugulaires dans 11,54% des cas suivis de l'œdème des membres inférieurs avec 8,46%. Les patients étaient en rythme sinusal dans 94,61% des cas (Tableau I).

Tableau I : Répartition des patients selon la fréquence cardiaque

Signes physiques	Effectif	%
Turgescence spontanée des veines jugulaires (TSVJ)	15	11,54
Œdèmes des membres inférieurs (OMI)	11	8,46
Râles crépitants	8	6,15
Bruits de galop	5	3,85
Aphasie	4	3,08
Hépatomégalie (HPM)	4	3,08
Souffle	3	2,30
Reflux hépato-jugulaire (RHJ)	2	1,54
Arythmie	2	1,54
Hémiplégie	2	1,54

Sur le plan électrique, on retrouvait une HVG dans 68,46%, suivie de l'extrasystole ventriculaire dans 12,31% et la fibrillation auriculaire dans 5,38% des cas.

La cardiomégalie radiologique était présente chez 18 patients soit 72%. A l'échocardiographie la dilatation du ventricule gauche était présente dans 86,92% des cas chez les patients. On notait une altération de la fonction longitudinale du VD chez 52,31% des patients. La FEVG était inférieure à 35% dans 32,31% des cas. Les patients étaient suivis dans 24,61% des cas pour CMD hypertensive, 20,77% des cas pour CMD ischémique et pour CMPP dans 15,38%.

Les diabétiques étaient sous anti-diabétiques oraux (ADO) dans 78,57% des cas.

Les hypertendus étaient sous traitement médicamenteux dans 89,02% des cas.

La dyslipidémie était traitée dans 66,66% des cas. Sur le plan thérapeutique, les patients

étaient sous IEC dans 88,46 des cas, sous bêtabloquant dans 82,31% et sous diurétiques dans 79,23% des cas.

Les patients avaient une satisfaction moyenne par rapport à leur traitement dans 61,50% des cas. Le traitement était assez convenable dans 53,85% dans cas chez les patients.

La compréhension était moyenne dans 40,77% des cas. On notait une angoisse chez 25,38% des patients. Ceux qui respectaient les mesures hygiénodietétiques étaient de 66,15%. L'observance thérapeutique était retrouvée dans 54,62% des cas. Les patients avaient un score 4 selon le questionnaire MORISKY à 4 items dans 54,62% et un taux de non-observance de 45,38%.

Les 56,4% des non-observances étaient des hommes avec un taux de mauvaise observance de 40,9% dans la tranche d'âge de 60 à 70 ans (**Tableau II**).

Tableau II : Répartition des patients selon le score de MORISKY

Score	Effectif	Pourcentage (%)
0 à 1	10	7,69
2 à 3	49	37,69
4	71	54,62
Total	130	100

Le manque de moyen constituait la principale cause de non-respect du traitement médical dans 28,81%, suivi de l'ignorance dans 27,12% des cas et l'oubli dans 18,64% (**Tableau III**).

Le traitement est souple dans 52,31% des cas avec un désir de poursuivre le traitement chez 78,46% de nos patients. La rupture thérapeutique était retrouvée dans 45,38% des cas et l'écart de régime dans 33,85% des cas. Le rapport revenu mensuel/ordonnance était

moyen dans 65,39% des cas. La tranche d'âge de 60 à plus représentait 47,46% des non-observances du traitement médical.

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre l'âge et la prise des médicaments ($P=0,39$), entre le sexe et la prise de médicaments ($P=0,40$) entre la provenance et la prise des médicaments ($P=0,43$), entre le degré de satisfaction et la prise des médicaments ($P=0,32$) et entre la prise des médicaments ($P=0,46$).

Tableau III : répartition selon les causes du non-respect du traitement médical.

Causes	Effectif	Pourcentage (%)
Manque de moyen	17	28,81
Ignorance	16	27,12
Oubli	11	18,64
Négligence	7	11,86
Encombrant	5	8,48
Eloignement	3	5,09
Total	59	100

Cependant il existe une association significative entre la convenance du traitement et la prise des médicaments ($P : 0,007$), entre la compréhension de la pathologie et la prise de médicaments ($P=0,01$), entre la souplesse du traitement et la prise des médicaments ($P=0,023$), entre le niveau socio-économique et la prise des médicaments ($P=0,05$) (**Tableau IV**). Il y avait aussi une association significative entre l'état de santé des patients et la prise des médicaments ($P=0,018$), entre le désir de poursuivre le traitement et la prise des médicaments ($P=0,001$) et entre le sexe et le stress psychologique ($P=0,034$).

Tableau IV : Association entre l'âge, le sexe, le niveau socio-économique et la prise des médicaments

	Prise de médicaments		OR	IC95%	P-value
	Oui	Non			
Age					
Inf 60 ans	36	31	1		
Sup 60 ans	35	28	1,13	[0,69-1,84]	0,3
Sexe					
Femme	37	24	1		
Homme	34	35	1,06	[0.65-1,73]	0,40
Niveau socioéconomique					
Bas	11 (15,41%)	16 (27,12%)	1		
Moyen/Elevé	60 (84,51%)	43 (72,88%)	0,49	[0,20-1,60]	0,05
Total	71 (54.62%)	59 (45.38%)			

Discussion

Au cours de notre étude, la fréquence de l'insuffisance cardiaque était de 10,80%. Ce résultat est inférieur à ceux de Maliki AM au Niger en 2013 [8] et Barry I S en Guinée-Conakry en 2017 [9] qui retrouvaient respectivement 37,5% et 35,15%. Cependant il est supérieur à celui Hassane B M au Mali en 2018 qui avait retrouvé 6,21% [10]. Cette différence pourrait s'expliquer par la nature de notre étude. Le sexe féminin était prédominant dans 53,10%. Le même constat était fait au Niger par Oumarou H [11] en 2021 avec 60,8% et par Coulibaly H [12] au Mali en 2018 avec 65,8%. Cependant, Sar A [13] en 2009 en Pontoise et en Ambroise Paré, rapportait respectivement 60,8% et 50,6% en faveur des hommes. Au Maroc en 2016 Jamal K avait 72% de femmes avec un sex-ratio à 2,5 [14]. Coumba T D au Mali en 2021 [15], retrouvait un sex-ratio de 1,26. Cette prédominance féminine pourrait s'expliquer par la prévalence élevée des cardiopathies ischémiques chez la femme au-delà de 55 ans, la fréquence élevée des valvulopathies et de la CMPP dans notre contexte.

L'âge moyen des patients était de $54,72 \pm 16,78$ ans. La tranche d'âge de 60 à 69 était la plus représentée dans 27,70%. Nos résultats étaient proches de ceux Machihudé P et al au Togo en 2014 [16], Coulibaly H en 2018 au Mali [12] et Oumarou H [11] en 2021 au Niger qui

rapportaient respectivement un âge moyen de $52,2 \text{ans} \pm 16,7 \text{ans}$, $52 \text{ans} \pm 34 \text{ans}$ et $53,5 \pm 15,5$. En revanche, NA Randriamihangy et al en 2020 [17] à Madagascar rapportait un âge moyen plus élevé, respectivement 59 ans et 60,4 ans.

Le niveau socio-économique des patients était moyen dans 67,69% des cas, ce résultat est proche de celui de Tcherou [18] au Togo en 2013 qui retrouvait un niveau socio-économique bas chez les patients dans 69% des cas. L'HTA, la ménopause, le stress et le diabète étaient les facteurs de risque cardio-vasculaires les plus retrouvés dans respectivement 63,08%, 25,38%, 17,69% et 12,69%. Nos résultats sont superposables à ceux de Malik M [8] au Niger en 2013 qui avait retrouvé l'HTA dans 57,28% et le diabète 8,73%, et Oumarou H [11] en 2021 qui avait 50% pour l'HTA et 7,8% pour le diabète. Sar A [13] en 2009 en Paris 7 sur Ambroise Paré retrouvait 66,46% pour l'HTA et 28,48% pour le diabète. Hassane B M [10] en 2018 au Mali retrouvait 23,2% pour l'HTA et 1,8% pour le Diabète.

La dyspnée (70%), la toux (28,46%) et la douleur thoracique (18,46%) étaient les signes cliniques les plus retrouvés chez les patients. Nos résultats sont inférieurs à ceux de Maliki M [8] en 2013 qui retrouvait dans son étude la dyspnée dans 100% des cas, la toux dans 73,78% des cas et la douleur thoracique dans 49,5% des cas. Ramiandrisoa [19] en 2018 à Madagascar retrouvait dans son étude, la dyspnée dans

93,5% des cas, la toux dans 6,5% des cas et la douleur thoracique dans 1,2% des cas. Au Mali, Hassane BM [10] en 2018 retrouvait la dyspnée dans 91% des cas et la toux dans 73,2% des cas. Sur le plan clinique, les signes les plus fréquents étaient : TSVJ (11,54%), OMI (8,46%), râles crépitants (6,15%). Nos résultats sont superposables à ceux de Oumarou H [11] au Niger avec TSVJ (12,7%), les OMI (10,8%) et les râles crépitants (8,8%), par contre inférieurs à ceux de Maliki M [9] qui retrouvait 67% de TSVJ, 70,87% d'OMI, 63,10% de râles crépitants. Sur le plan électrique, une HVG est présente dans 68,46%, suivie de l'extrasystole ventriculaire dans 12,31% et de la fibrillation auriculaire dans 5,38% des cas. Nos résultats sont superposables à ceux de Barry I S [9] qui retrouvait l'HVG, l'ACFA et l'ESV dans respectivement 72,22%, 22,22%, 14,81%.

A l'échographie cardiaque on retrouvait une dilatation des cavités gauches dans 86,92% des cas, une FEVG < 35% dans 32,31% des cas. Jamal K [14] en 2016 au Maroc retrouvait à l'échocardiographie une dilatation du ventricule gauche dans 58% des cas, une fraction d'éjection (FE) moyenne du VG à $36,33 \pm 13,5\%$.

La cardiomyopathie dilatée ischémique constitue la deuxième cause d'insuffisance cardiaque dans notre étude (25,38%). Ce résultat est proche de celui de Ikama M S et al [20] qui retrouvait les cardiopathies ischémiques dans 25,6% des cas, supérieur à celui de L.R. Ramiandrisoa [19] en 2018 à Madagascar qui retrouvait les cardiopathies ischémiques dans 5,20 % des cas et inférieur à ceux de Oumarou H [11] au Niger et Sar A [13] en 2009 à Paris 7 Ambroise Paré qui retrouvaient les cardiopathies ischémiques dans 40,2% et 29,43% des cas. La CMPP représente la troisième cause d'insuffisance cardiaque dans notre série avec 25,38% des cas. Ce résultat est supérieur à ceux de Oumarou H [11] au Niger en 2021, Maliki M au Niger [8] en 2013 et Adjagba PM et al [21] au Bénin en 2013

qui avaient retrouvé respectivement 14,7%, 7,76% et 2,2% de CMPP.

Sur le plan thérapeutique les IEC, les bêtabloquants et les diurétiques étaient utilisés dans respectivement 88,46%, 82,31% et 79,23%. Ce résultat est proche de celui de Hassane BM [10] au Mali en 2018 qui avait retrouvé les IEC (87%), les bêtabloquants et/ou digitaliques (80,4%) et les diurétiques (96%). Ceci nous permet de conclure que les IEC, les bêtabloquants et les diurétiques constituent les meilleurs médicaments utilisés dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque.

Les patients avaient une assez bonne compréhension de leur pathologie dans 40,77%. Ce résultat est inférieur à celui de K. Yayehd et al [22] en 2013 au Togo, qui avait retrouvé 61,2%. Cette différence pourrait s'expliquer par le faible taux d'alphabétisation au Niger. Les mesures hygiénodététiques étaient respectées dans 66,15% des cas. Notre résultat est supérieur à ceux de K. Yayehd et al [22] en 2013 à Togo qui retrouvait 47,3% et Barry I S et al [9] en 2017 en Guinée Conakry qui avaient retrouvé un non-respect du régime alimentaire dans 57,40%.

Les patients avaient un score 4 selon le questionnaire MORISKY à 4 items dans 54,62% des cas. Ce résultat est superposable à celui de Na Randriamihangy et al en 2018 [17] qui avait trouvé 51,5% de bons observants en 2015 à Madagascar. En revanche ce résultat est supérieur à celui de Osterom Calo et al [23] qui trouvait 40% au Yémen. Dans notre étude, nous avons 45,38% de non-observances, ce qui est inférieur à celui de K. Yayehd et al [22] en 2013 à Togo qui avait retrouvé 74,7%. Les hommes étaient les non-observances dans 56,4% et pensent que la prise des médicaments diminue leur virilité. Un taux de mauvaise observance de 40,9% est présent chez les patients appartenant à la tranche d'âge de 50 à 59 ans. Le non-respect du traitement était d'ordre pécuniaire dans 28,81%, l'ignorance dans 27,12% et l'oubli avec 18,64%. Nos résultats

corroboient ceux de Oumarou H [11] au Niger en 2021 qui retrouvait un problème pécuniaire, la négligence et l'ignorance dans respectivement 58,3%, 16,7% et 12,4%. Les facteurs décompensant dans notre série seraient la rupture thérapeutique dans 45,38% et l'écart de régime dans 33,85%. Ce résultat est supérieur à celui de Garba N [18] au Niger qui avait retrouvé respectivement 24,3% et 10,81%. Bamouni au Burkina Faso en 1999 [24] avait retrouvé une rupture thérapeutique dans 31,4% des cas. Ces résultats peuvent s'expliquer par le manque de moyen et d'éducation thérapeutique dans notre sous-région.

Conclusion

L'insuffisance cardiaque a une fréquence de plus en plus élevée. La CMD hypertensive en était la principale étiologie. L'observance thérapeutique n'est pas satisfaisante. Les principales causes étaient d'ordres économiques. Cette situation entraîne des ruptures thérapeutiques et d'écart de régime entretenant les épisodes de décompensation cardiaques.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

1. Nassiet S. Physiopathologie de l'insuffisance cardiaque, traitements et éducation thérapeutique du patient à l'officine. Sciences pharmaceutiques. 2015.<https://coilink.org/20.500.12592/aew7s0b> on 06 Jan 2025. COI: 20.500.12592/aew7s0b.
2. Gibelin P. Insuffisance cardiaque : aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques. EMC Cardiologie. 2018 ;13 :11-024.
3. Hadj Mohamed B. Analyse des facteurs Prédictifs de Mortalités à Court et à Moyen Terme dans l'insuffisance Cardiaque Systolique Chronique. <https://dspace.univ-oran1.dz/handle/123456789/4047>
4. Swynghedauw B. L'insuffisance cardiaque chronique de l'adulte. 2ème édition, Ellipses édition, Paris. 2004.
5. Kenneth Dickstein 1, Alain Cohen-Solal, Gerasimos Filippatos, John J V McMurray, Piotr Ponikowski, Philip Alexander Poole-Wilson et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. Eur J Heart Failure, 2008; (10) : 933-989.
6. Stewart S, MacIntyre K, MacLeod MM, Bailey AE, Capewell S, McMurray JJ. Trends in hospitalization for heart failure in Scotland, 1990–1996. An epidemic that has reached its peak?. European heart journal. 2001 Feb 1;22(3):209-17.
7. Van Der Wal MH, Jaarsma T. Adherence in heart failure in the elderly: problem and possible solution. Int J Cardiol. 2008; 125(2) :203-208.
8. Abdoulaye MM, Harouna B, Harouna H, Tahirou I, Oma EA, Touré AI. Insuffisance cardiaque de l'adulte: une étude sur 130 cas à l'hôpital au pôle de cardiologie de l'hôpital national de Niamey au Niger. Jaccr Africa 2018 ; 2(1) :139-145
9. Barry IS, Balde MD, Balde AS, Balde EY, Sylla IS, Koivogui K, et al. Insuffisance cardiaque du sujet âgé: Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs dans le service de cardiologie de l'Hôpital National Ignace Deen. Cardio Trop. 2018 153/. <http://tropical-cardiology.com/Accueil2/index.php/2013>.
10. H Ben Mohamed. Insuffisance cardiaque du sujet jeune : Aspects Epidémio-cliniques, Etiologiques et thérapeutique. Thèse med, Bamako (Mali), 2019. Biblosante.ML
11. Oumarou H. Adhérence et qualité de vie chez les patients suivis pour insuffisance cardiaque au pôle de cardiologie de l'hôpital national de Niamey. Thèse Med, Niamey (Niger) ; 2021
12. H J B Coulibaly. Etude épidémiologique clinique et thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chez l'adulte à l'hôpital Nianankoro Fomba de Segou. Thèse, Med, Bamako, 2018. P :28-34.

13. SAR Antoine. Insuffisance cardiaque aiguë : Pronostic, stratification du risque dans la prise en charge initiale. Thèse de Doctorat. Université Paris Didérot-Paris 7 2009. P : 15-22
14. Kheiyi J, Benelmakki A, Bouzelmat H, Chaib A. Epidémiologie et prise en charge de l'insuffisance cardiaque dans un centre marocain. Pan African Medical Journal. 2016 Sep 9;24(1) :85.
15. Doumbia CT, Maiga AK, Fofana D, Sonfo B, Diallo S, Daffe S, et al. Aspects Epidémiologiques et Thérapeutiques de l'insuffisance Cardiaque au Service de Cardiologie du CHU de Kati. PAMJ-Clinical Medicine. 2021 May 1 ;6(1) :1.
16. Pio M, Afassinou Y, Pessinaba S, Baragou S, N'djao J, Atta B, et. Epidémiologie et étiologies des insuffisances cardiaques à Lomé. The Pan African Medical Journal. 2014;18 : 183
17. Randriamihangy NA, Ramiandrisoa LR, Miandrisoa RM, Tsitara BM, Rasoavololona DH, Rakotoarisoa AH et al. Observance du traitement médicamenteux chez les patients insuffisants cardiaques chroniques au CHU de Mahajanga, Madagascar, Jaccr Africa, 2020 ; 4(1) : 128-134
18. Tcherou T, Yayehd K, Bakai M, Abenat Y, Languede K, Atta BD et al. Aspects épidémio-cliniques et étiologiques de l'insuffisance cardiaque chronique à Kara (nord Togo). Cardio Tropical. 2013, 138. <https://tropical-cardiology.com/Accueil/index.php/2013->
19. L.R. Ramiandrisoa, N.A. Randriamihangy, B. Ramilitiana, D.M. Rakotoniaina , S. Rakotoarimanana , N. Rabearivony. Aspects épidémio-cliniques et étiologiques de l'insuffisance cardiaque du sujet jeune vue aux services de cardiologie du CHU Befelatanana d'Antananarivo. Rev. méd. Madag. 2018; 8(1): 793-796
20. Ikama MS, Gombet T, Kimbally-Kaky G, Ellenga-Mbolla BF, Dilou-Bassemouka L, Mongo-Ngamani S et al. Insuffisance cardiaque du sujet age a Brazzaville: aspects cliniques, etiologiques et evolutifs. Med Trop 2008 Jun ; 68(3) : 257-260
21. Adjagba PM, Vlavonou MID, Codjo, Sonou A, Hounkponou Amoussou-Guenou M et al. Cardiomyopathie du péri partum au service de cardiologie du CNHU-HKM, Cotonou, Bénin. Cardio Tropical. 2013 ; 138.
22. K. Yayehd et al. Observance thérapeutique de l'insuffisant cardiaque à Lomé. Annale de cardiologie et angiologie, 2013, 62 (1) : 22-27
23. Oosterom-calo R et al. Patient medication, Adherence and Physican Prescribing among Congestive heart Failure Patients of Yemen. Indian J sci. 2013, 75(5) :557-562.
24. Patrice Zabsonr, Joel Bamouni, F Fall, B. Dao and FX. Dyemkouma. Etude de l'insuffisance cardiaque du péri- partum à propos de 116 cas. Semantic Scholar API; 2000.