



Article original

Observance thérapeutique du sujet âgé hypertendu : Etude comparative au service de Cardiologie de l'Hôpital National de Lamorde (HNL)

Therapeutic adherence of the hypertensive elderly subject: Comparative study at the Cardiology Department of the National Hospital of Lamorde (HNL)

Y Seydou Moussa^{1,2}, Y Hima Oumarou², A Saidou¹, A Aloua Moussa², I Issaka Hassane¹, H Idrissa³, I Toure Ali²

Résumé

Introduction : Les patients hypertendus sont exposés aux problèmes de l'observance thérapeutique dont les facteurs sont multiples et peuvent différer selon la classe d'âge.

Le but était d'évaluer l'observance thérapeutique et ses facteurs d'influences chez deux populations d'âge différents (Sujets de 65 ans et plus et ceux ayant moins).

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude comparative, réalisée en service de médecine interne et cardiologie de l'Hôpital National de Lamordé. Etaient inclus les patients hypertendus suivis depuis 6 mois au moins, vus en consultation ou hospitalisés, dont le choix a été sélectif, basé sur le critère d'âge : un groupe des patients âgé de 65ans et plus et un autre moins de 65 ans. L'observance a été évaluée par la grille de GIRERD.

Résultat : Cent quatre-vingt-dix-neuf (199) patients ont été inclus dans cette étude dont 68,34% (n=136) avaient moins de 65 ans. L'âge moyen était de 52,76 ans chez les jeunes alors qu'il était de 72,07 ans chez les seniors. L'association au diabète et le tabagisme influençait uniquement l'observance thérapeutique

chez les jeunes. A l'opposé, la prise unique et la découverte au décours d'une complication influencent l'observance chez les seniors.

Conclusion : les facteurs influençant l'observance thérapeutique varient en fonction de l'âge.

Mots-clés : observance, HTA, gériatrie, Niger.

Abstract

Introduction: Hypertensive patients are exposed to the problems of therapeutic non-compliance, the factors of which are multiple and may differ depending on the age group.

The aim was to assess therapeutic adherence and its influencing factors in two populations of different ages (subjects 65 years and older and those under).

Methodology: This was a comparative study, carried out in the internal medicine and cardiology department of the Lamordé National Hospital. Included were hypertensive patients followed for at least 6 months,

seen in consultation or hospitalized, whose choice was selective, based on the age criterion: a group of patients aged 65 and over and another under 65. Compliance was assessed by the girerd grid.

Result: One hundred and ninety-nine (199) patients

were included in this study of which 68.34% (n = 136) were under 65 years of age. The average age was 52.76 years for young people while it was 72.07 years for seniors. The association with diabetes and smoking only influenced adherence in young people. In contrast, the single dose and the discovery of a complication influence compliance in seniors.

Conclusion: The factors influencing treatment adherence vary with age.

Keywords: compliance, hypertension, geriatrics, Niger.

Introduction

Les maladies chroniques non transmissibles sont des maladies émergentes qui constituent une menace majeure pour la population mondiale, notamment dans les pays en voie développement [1].

L'hypertension artérielle (HTA), une des maladies chroniques non transmissibles, est un facteur de risque cardiovasculaire extrêmement fréquent et insuffisamment contrôlé. Elle touche 26.4 % de la population mondiale adulte. Ce chiffre pourrait augmenter à 29.2 % d'ici 2025 et amener le nombre d'hypertendus sur terre à 1,56 milliard [2]. Comme toute pathologie chronique, l'HTA n'est pas épargnée par le problème lié à la mauvaise observance thérapeutique. Cette inobservance est influencée par différents facteurs d'ordre cognitif, comportemental et social [3]. Chez les seniors, tous ces facteurs peuvent être retrouvés chez une même personne influençant ainsi facilement son observance plus que chez la personne jeune.

Cette étude vise à évaluer l'observance thérapeutique des seniors hypertendus et les facteurs influençant cette observance comparativement à une population plus jeune au Niger.

Méthodologie

- *Cadre d'étude*

L'étude s'est déroulée au service de médecine interne

et cardiologie de l'Hôpital National de Lamordé (Niamey/Niger). C'est l'un des 3 services de médecine interne situés dans la capitale (Niamey) à vocation diagnostique et prise en charge des pathologies cardiovasculaires et de médecine interne, composé de trois (03) cardiologues et deux (02) médecins internistes.

- *Type et période d'étude*

Il s'agissait d'une étude prospective et comparative sur une durée de 6 mois allant du 1er février 2018 au 31 juillet 2018.

- *Echantillonnage*

L'échantillonnage a été exhaustif et a permis de diviser les patients répondants aux critères d'inclusions en deux groupes : un premier groupe des patients âgés de 65 ans et plus représentant les seniors et un deuxième groupe de patients âgés de moins de 65 ans représentant les jeunes

- *Critères d'inclusion*

Tout patient hypertendu vu en hospitalisation ou en consultation externe dans le service durant la période de l'étude dont le diagnostic de l'HTA remonte à plus de 6 mois avec au préalable le consentement éclairé du patient.

- *Analyse statistique*

Les variables étudiées étaient l'âge, le sexe, le niveau scolaire, actif sur la vie professionnelle, les antécédents d'hospitalisations, l'association au diabète, le tabagisme, l'observance, la couverture sociale et la satisfaction de l'éducation thérapeutique (ETP).

Les données ont été analysées par le logiciel World et Excel dans sa version 2013 et epi info7. La liaison entre les variables qualitatives a été estimée à l'aide du test de Chi² de Pearson et le test exact de Fisher. Le test est significatif si le p-value est inférieur à 0,05. La quantification du risque a été calculée par l'estimation de l'Odds Ratio et de l'intervalle de confiance à 95%. Nous avons utilisé la grille de girerd pour déterminer l'observance.

- Un score supérieur ou égal à 3 définit la mauvaise observance ;

- un score inférieur à 3 (correspondant à la bonne observance et à des problèmes d'observance)

défini la bonne observance.

- *Limite de l'étude*

La réticence des patient à fournir certaines informations relatives à leur revenu ou à aux moyens de personne qui les prends en charge n'a pas permis d'évaluer certains variable tel que le niveau de vie socioéconomique

L'évaluation du prix des ordonnances a été également difficile du fait des certaines disparités des couts des médicaments dans les différentes pharmacies et à la mosaïque du type de prise en charge (individuel, tierce personne, société ...).

Résultats

Au total 199 patients ont été inclus dans cette étude et la tranche d'âge de moins de 65ans était majoritaire avec 68,34%. L'âge moyen est de 52,76 ans avec des extrêmes de 24 et 64 ans dans le groupe des jeunes alors qu'il était de 72,07 ans avec des extrêmes de 65 et 87 ans chez les personnes âgées. La prédominance féminine était rencontrée dans les deux groupes avec 66,2% de femme (sex ratio H /F= 0,51) pour les jeunes et 54% de femme (sex ratio H/F= 0,85) pour les seniors. La moyenne de durée d'évolution de l'HTA était similaire dans les deux groupes (7,3 ans pour les jeunes et 6,9 ans pour les seniors ; p=0,23). Soixante-neuf virgule quatre-vingt-quatre pourcent (69,84%) des seniors ont au moins un antécédent d'hospitalisation contre 35,29% chez les jeunes (P<0,005). Il n'y avait pas de différence significative dans l'observance thérapeutique entre les deux groupes (35,29% des patients jeunes contre 36,51% des seniors, p= 0,43) de même que pour le tabagisme (13,24% des patients jeunes contre 11,11% des seniors, p= 0,34) et la réussite pour l'éducation thérapeutique (68,3% des jeunes contre 79,13% des seniors, p=0,055). Seul 6,35 % des personnes âgées étaient encore actif sur le plan professionnel contre 57,35% dans le groupe des jeunes (p<0.005). De même on notait une différence statiquement significative (p<0.005) pour la scolarisation entre le groupe des patients jeunes et le groupe des seniors,

respectivement 52,21% contre 22,22%. Le diabète était plus fréquemment associé dans le groupe des patients jeunes que dans le groupe des seniors (24,26% contre 9,52%, p= 0,006) (Tableau 1).

Les patients jeunes scolarisés étaient plus observant (42,3%) que les patients non scolarisés (27,7%) (p=0,039). Egalement les patients jeunes, satisfaits de l'ETP étaient plus observant (44,1%) que les patients non satisfaits (16,5%) (p=0,0006). L'association au diabète et au tabagisme était corrélé a une meilleure observance avec respectivement 51,5% contre 30,0% (p= 0,015) et 55,6% contre 32,2% (p= 0,032). Les patients jeunes bénéficiant d'une couverture sociale étaient également plus observant que ceux qui étaient sans couverture sociale (60% contre 31%, p=0,0085). L'antécédent d'hospitalisation chez les patients jeune était corrélé à un taux d'observance plus bas (20,8%) que l'absence d'un antécédent d'hospitalisation (43,2%) (p=0,0045).

Par contre le sexe, l'activité professionnelle, le mode de découverte n'avaient aucune influence sur l'observance thérapeutique des patients jeunes (Tableau II).

Les patients âgés scolarisés étaient plus observant que les patients non scolarisés (64,3% contre 28,6%, p= 0,010). De même, les seniors satisfaits de l'ETP avaient une meilleure observance (42%) que les seniors non satisfaits de cette ETP (15,4%) (p=0,041). La prise unique médicamenteuse et la couverture sociale étaient des facteurs de bonne observance avec respectivement 66,67% contre 29,4% (p= 0,011) et 71,43% contre 32,14% (p=0,031). Par contre les seniors avec hospitalisation antérieure étaient moins observant (29,5%) que les seniors sans antécédent d'hospitalisation (52,6%) (p=0,047).

Par ailleurs le sexe, le tabagisme, et l'association au diabète n'avaient aucune influence sur l'observance thérapeutique (Tableau III)

Tableau I : caractéristiques générales

	Jeunes (âge<65)= 136		Agé (âge >=65)= 63		p	OR (IC à 95%)
	n,%	n,%	n,%	n,%		
Age moyen	52,76 ans [24-64]		72,07[65-87]		0,0000	
Sexe						
M	46(33,8%)		29 (46%)		0,0518200386	
F	90 (66,2%)		34 (54%)			
Ancienneté HTA (moyenne)	7,3[1-42]		6,9[1-30]		0,2345	
Association au diabète						
Oui	33 (24,26 %)		6(9,52 %)		0,0063	3,04[1,2-7,69]
Non	103 (75,74 %)		57 (90,48 %)			
Tabagisme						
Oui	18 (13,24 %)		7(11,11 %)		0,3475123717	
Non	118(86,76 %)		56(88,89 %)			
Hospitalisation antérieure						
Oui	48(35,29 %)		44(69,84 %)		0,0000029567	0,23[0,12-0,44]
Non	88(64,71 %)		19(30,16 %)			
Scolarisé						
Oui	71(52,21 %)		14(22,22 %)		0,0000291520	3,82[1,93-7,56]
Non	65(47,79 %)		49(77,78 %)			
Observance						
Oui	48(35,29 %)		23(36,51 %)		0,4327733150	
Non	88(64,71 %)		40(63,49 %)			
Activité professionnelle						
Oui	78(57,35 %)		4(6,35 %)		0,00000	19,83[6,81-57,72]
Non	58(42,65 %)		59(93,65 %)			
Satisfait de l'éducation thérapeutique						
Oui	93(68,38 %)		50(79,37 %)		0,0552002925	
Non	43(31,62 %)		13(20,63 %)			
Prise en charge						
Personnel	47(34,56 %)		16(25,40 %)		0,2428	
Tierce personne	69(50,74 %)		40(63,49 %)			
Service	20(14,71 %)		7(11,11 %)			

Tableau II : Facteurs influençant l'observance chez les patients jeunes

	Observance		p	OR (IC à 95%)
	oui	non		
Sexe				
M	18 (39,1 %)	28 (60,9 %)	0,2545134281	
F	30 (33,3 %)	60 (66,7 %)		
Hospitalisation antérieure				
Oui	10 (20,8 %)	38 (79,2 %)	0,0045331537	0,34[0,15-0,78]
Non	38 (43,2 %)	50 (56,8 %)		
Scolarisation				
Oui	30 (42,3 %)	41 (57,7 %)	0,0399295668	1,91[0,93-3,92]
Non	18 (27,7 %)	47 (72,3 %)		
Activité professionnelle				
Oui	25 (32,1 %)	53 (67,9 %)	0,1832186554	
Non	23 (39,7 %)	35 (60,3 %)		
Mode de découverte :				
complication				
Oui	4 (21,1 %)	15 (78,9 %)	0,0845700551	
Non	44 (37,6 %)	73 (62,4 %)		
Tabagisme				
Oui	10 (55,6 %)	8 (44,4 %)	0,0328046649	2,63[0,96-7,20]
Non	38 (32,2 %)	80 (67,8 %)		
Satisfaction de l'ETP				
Oui	41 (44,1 %)	52 (55,9 %)	0,0006826522	4,05[1,63-10,04]
Non	7 (16,3 %)	36 (83,7 %)		

Association au diabète				
Oui	17 (51,5 %)	16 (48,5 %)	0,0150201826	2,46[1,10-5,50]
Non	31 (30,1 %)	72 (69,9 %)		
Couverture sociale				
Oui	12(60,00 %)	8(40,00 %)	0,008513956	3,33[1,254-8,857]
Non	36(31,03 %)	80(68,97 %)		
Prise unique				
Oui	15(41,67 % %)	21(58,33 %)	0,1799461420	
Non	33(33,00 %)	67(67,00 %)		

Tableau III : Facteurs influençant l’observance thérapeutiques chez les seniors

	Observance		p	OR (IP 965%)
	oui	non		
Sexe				
M	13 (38,2 %)	21(61,8%)	0,3836458881	
F	10 (34,5 %)	19(65,5 %)		
Hospitalisation antérieure				
Oui	13(29,5 %)	31 (70,5 %)	0,0473	0,377 [0,124-1,144]
Non	10(52,6 %)	9 (47,4%)		
Scolarisation				
Oui	9 (64,3 %)	5 (35,7 %)	0,0103745138	4,500 [1,280-15,812]
Non	14 (28,6 %)	35 (71,4 %)		
Activité professionnelle				
Oui	3 (75 %)	1 (25 %)	0,0743286915	
Non	20 (33,9 %)	39 (66,1 %)		
Mode de découverte : complication				
Oui	0 (0 %)	10 (100%)	0,0033162124	
Non	23 (43,4 %)	30 (56,6 %)		
Tabagisme				
Oui	1 (14,3 %)	6 (85,7%)	0,1134795920	
Non	22 (39,3 %)	34 (60,7 %)		
Satisfaction de l’ETP				
Oui	21 (42 %)	29 (58 %)	0,0413599321	3,9828 [0,797-19,883]
Non	2 (15,4 %)	11 (84,6 %)		
Association au diabète				
Oui	2 (33,3 %)	4 (66,7 %)	0,4493806001	
Non	21 (36,8 %)	36 (73,2 %)		
Prise unique				
Oui	8(66,67 %)	4(33,33 %)	0,0117771902	4,80[1,253-18,3849]
Non	15(29,41 %)	36(70,59 %)		
Couverture sociale				
Oui	5(71,43 %)	2(28,57 %)	0,0314604549	5,277[0,932-29,862]
Non	18(32,14 %)	38(67,86 %)		

Tableau IV : comparaison des facteurs influençant l’observance dans les deux groupes

Facteurs influençant l’observance	groupe d’âge	
	Moins de 65 ans	65 ans et plus
scolarisation	oui	oui
Hospitalisation antérieur	oui	oui
Association diabète	oui	non
ETP	oui	oui
MODE DE DECOUVERTE : COM- PLIATION	non	oui
TABAGISME	oui	non
Prise unique	non	oui
Couverture sociale	oui	oui

Discussion

L'observance thérapeutique est l'observation fidèle par un patient des prescriptions concernant un régime et ou un traitement, elle est conditionnée par différents facteurs d'ordre cognitif, comportemental et social [3]. Chez les seniors, tous ces facteurs peuvent être retrouvés chez une même personne influençant ainsi facilement son observance plus que chez la personne jeune. La durée du traitement joue également un rôle important et la prise en charge d'une maladie chronique est beaucoup plus difficile à assurer par les patients car elle expose à une lassitude bien compréhensible face à la prise au long cours d'une ou plusieurs médicaments quotidiennement et à un manque de perception de l'impact bénéfique au traitement dont les effets positifs ne se marqueront qu'avec retard alors que les contraintes (éventuels effets secondaires, prise quotidienne..) sont immédiates [4].

L'HTA une des pathologies chroniques les plus fréquentes n'est pas épargnée par ce problème d'observance thérapeutique. En effet, selon les études, seulement 50% des hypertendus sont observants sur le plan médicamenteux, ce nombre chutant drastiquement pour les recommandations concernant l'activité physique (30%) et les recommandations alimentaires (10%) [5]. Dans notre observation, ce taux est de 64,3% tout âge confondu et de 64,7% chez les patients jeunes vs 63,5% chez les seniors. On constate ainsi que le problème d'observance dans notre série est similaire aussi bien chez les jeunes que les seniors. Dans une étude ivoirienne, le taux d'inobservance thérapeutique des patients hypertendus est de 55% [6]. Dans la littérature, l'influence de l'âge sur l'observance thérapeutique est diversement appréciée. Certaines études trouvent que l'âge est un facteur influençant l'observance thérapeutique. C'est ainsi que Caro J et al, dans une étude prospective rapportaient qu'un an après l'initiation d'un traitement pour une HTA (n = 27 000), seulement 78% des patients poursuivaient le traitement, et parmi eux les plus âgés étaient les plus représentés [7]. Dans une

autre cohorte de DegliEsposti et col, trois ans après l'initiation du traitement antihypertenseur, il est noté que 57,9 % des sujets de l'effectif initial (n = 7 312) poursuivaient leur traitement, avec une forte représentation des plus âgés [8].

Konin et col quant à eux, trouvaient une meilleure observance dans les âges extrêmes de la vie (moins de 30 et plus de 70 ans) [6]. Ce même constat était observé par Machihude et col qui trouvaient également que les meilleurs observants ont été aux âges extrêmes (moins de 30 ans et plus de 80 ans) [9].

Par contre Mourad et al trouvaient que l'âge n'était pas un facteur prédictif d'observance thérapeutique [10].

Cette différence dans les résultats était certainement due aux différences d'une part sociétales (représentation de la personne âgée dans la société, la notion de fin de vie, vivre en institution, vivre seul ou accompagné, activité de la vie professionnelle...) et d'autre part aux différences de cohorte (élimination de tout trouble cognitif ou psychiatrique dans les critères d'inclusion de certaines études, les tranches d'âges).

Si le taux d'observance thérapeutique était similaire aussi bien chez les jeunes que les seniors, les facteurs influençant cette observance quant à eux diffèrent selon le groupe. Ainsi parmi les facteurs influençant l'observance thérapeutique, 4 étaient communs aux deux groupes à savoir, la scolarisation, l'hospitalisation antérieure une bonne ETP et la présence d'une couverture sociale. Parmi eux, 3 (La scolarisation, la présence d'une couverture sociale, la bonne ETP) influencent positivement l'observance autrement dit améliorent l'observance et un (antécédent d'hospitalisation) influence négativement l'observance.

Par contre l'association au diabète et le tabagisme étaient les facteurs influençant l'observance thérapeutique chez les jeunes alors qu'ils n'ont pas d'influence sur l'observance des seniors. A l'opposé, la prise unique et la découverte au décours d'une complication influencent l'observance chez les personnes âgées et sont sans influence chez les jeunes (tableau IV).

Cette prise unique médicamenteuse associée à une meilleure observance chez les seniors peut s'expliquer par le fait qu'elle réduit le risque d'oubli chez ces derniers qui sont souvent victime de trouble de mémoire débutant ou avancé ou parfois dépendant d'une tierce personne. Ces risques sont quasi inexistant chez les jeunes dont le problème est lié plutôt à une adhérence. Le diabète quant à lui, facteur influençant l'observance uniquement des jeunes, expose à des complications souvent aiguës et répétées d'où une prise en compte plus sérieuse chez ces jeunes par craintes d'hospitalisation multiple et des complications source d'arrêt de travail et donc un impact financier direct et individuel. Par contre cette association au diabète peut être perçue différemment chez certains seniors qui peuvent voir en elle, une fatalité et un signe de fin de vie les poussant à ne fournir aucun effort de lutte. Aussi l'association au diabète augmente le risque de prise médicamenteuse multiple qui est un facteur de mauvaise observance chez les seniors.

Si pour les jeunes, l'association au tabagisme est un facteur de bonne observance, chez les seniors, le tabagisme n'a aucune influence sur l'observance. Cette différence qui est paradoxale peut avoir une explication. En effet le tabagisme chez les jeunes est différent du tabagisme des seniors. Chez les jeunes c'est un phénomène de mode alors que chez les seniors il est d'une part lié au stress de la vie (social, santé, financier..) et d'autre part un phénomène chronique pris durant toute la vie et dont on ne se sépare pas au dernier moment, convaincu que son arrêt ne modifierait rien. Ainsi l'association à un tabagisme chez le jeune pourrait être associée à un sentiment de culpabilité et donc un sursaut vital pour lutter, se traiter et prévenir d'autre complication en suivant scrupuleusement son traitement.

Dans la littérature, peu d'étude se sont intéressées aux différences quant aux facteurs influençant l'observance thérapeutique chez les seniors comparé aux jeunes. D'après J. Petermans, après 75 ans, 87% des personnes âgées préparent toujours seuls leurs médicaments; chez 8% des patients, ils sont préparés

par un conjoint, et chez 4% ils sont préparés par un aidant extérieur. Toutefois, 80% des personnes âgées ne suivent pas rigoureusement la posologie prescrite avec 90% de sous-traitement, soit par erreur de dosage, soit par oubli de prise, soit par non prise volontaire [11].

Selon toujours les mêmes auteurs, les facteurs de mauvaise observance les plus rencontrés en gériatrie sont : Oubli, Mauvais goût, Inefficacité, Empêchement de quoi ??? Amélioration de l'état de santé, Effets indésirables, Poly médication et Automédication

Avec le développement de la gériatrie, il faut s'intéresser à cette question puisque les contraintes chez les personnes âgées sont différentes par rapport aux jeunes. Outre ces différences de contraintes, il y'a également une différences sociétale non moins importante entre les pays développées et les pays en voie de développement avec pour le premiers la présence d'une sécurité sociale globale prenant en charge le patient et pour le second une sécurité sociale quasi inexistant remplacée par une prise en charge individuelle difficile chez les personnes âgées qui sont le plus souvent à la retraite aidées souvent par des proches parent.

Conclusion

Les facteurs influençant l'observance thérapeutiques peuvent varier selon les séries et selon le niveau socioéconomique. D'autres études de plus grande cohorte doivent être entreprises pour une meilleure maîtrise de ces facteurs et pour une bonne prise en charge de ce groupe de patient de plus en plus nombreux.

*Correspondance

SEYDOU MOUSSA Youssoufa

youssofasm@gmail.com

Disponible en ligne : 15 Juillet 2022

- 1 : Service de médecine Interne de l'Hôpital National de Niamey (HNN).
- 2 : Service de médecine interne et de Cardiologie de l'Hôpital National Lamordé (HNL)
- 3 : services de cardiologie de l'Hôpital National de Niamey

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2022

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Approche stepwise de l'OMS, mesure des facteurs des maladies non transmissibles au Niger avec appui de l'organisation mondiale de la santé et l'organisation ouest africaine de la santé Niger, decembre 2008 ; p. 106 (www.who.int/chp/steps/2007 STEPS report Niger. Pdf) consulté le 13-04-2018 à 21h23'. [en ligne]
- [2] Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancette*. 2005 Jan 15-21;365(9455):217-23.
- [3] Girerda x, Hanona O, Pannier B, Vaise B. Mise au point d'un calculateur du risque d'observance aux traitements antihypertenseurs chez des hypertendus traités : le calculateur FLAHS Observance. *Ann Cardiol Angeiol*. 2017 jun ; 66 (3): 149–153
- [4] Scheen A J ,Giet D. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liège* 2010; 65 : 5-6 : 239-245
- [5] El Bèze N, Vallée A, Blacher J. Observance des traitements Cardiovasculaires. *Med des Mal Metab*. 2018 octobre ; 12 (6) : 496-501
- [6] konin C, adoh M. l'observance thérapeutique et ses facteurs chez l'hypertendu noir africain. *Arch. mal. cœur vaiss*. 2007 ; 100 (8) : 630-634
- [7] Caro J J, Salas M, Speckman JL, Raggio D, Jackson J D. Persistence with treatment for hypertension in actual practice. *CMAJ* Jan 1999;160 (1): 31-7
- [8] DegliEsposti E, Sturani A, Di Martino M, Falasca P, Novi M V, Baio G and al. Long-term persistence with antihypertensive drugs in new patients. *J Hum*

Hypertens. 2002 Jun;16(6):439-44.

- [9] Machihude P, Soudougoua B, Yaovi A. Observance thérapeutique de l'hypertension artérielle et ses facteurs dans le service de cardiologie du CHU Tokoin de Lomé. *Pan Afr Med J*. 2013; 14: 48.
- [10] Mourad J J, Mounier-veihir C, Beauvier F. facteurs prédictifs du comportement d'observance au traitement chez des patients hypertendus non contrôlés en France : résultat de l'HTA observance. *JMV* 2013 mars ; 38 (2):121
- [11] Pettermans J, samaleasvarez A, Van hees T. observance thérapeutique en gériatrie. *rev med liege* 2010 ; 65 : 5-6.

Pour citer cet article :

Y Seydou Moussa, Y Hima Oumarou, A Saidou, A Aloua Moussa, I Issaka Hassane, H Idrissa et al. Observance thérapeutique du sujet âgé hypertendu : Etude comparative au service de Cardiologie de l'Hôpital National de Lamorde (HNL). *Jaccr Africa* 2022; 6(3): 70-77