



N°1814/17

Année : 2015 – 2016

THESE

Présentée en vue de l'obtention du
**DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN PHARMACIE**

Par
LOUKOU N'ZUE CHRISTIAN B.

**HYPERTENSION ARTERIELLE EN MILIEU
PROFESSIONNEL : CAS DES SCIERIES DE LA
VILLE D'ADZOPE (CÔTE D'IVOIRE)**

Soutenue publiquement le 08 Février 2017

Composition du jury

Président : Monsieur **MONNET DAGUI**, Professeur Titulaire
Directeur de thèse : Monsieur **KOUASSI DINARD**, Maître de Conférences agrégée
Assesseurs : Madame **KOUAKOU SIRANSY**, Maître de Conférences agrégée
Madame **SACKOU KOUAKOU JULIE**, Maître de Conférences agrégée

**ADMINISTRATION ET PERSONNEL
ENSEIGNANT DE L'UFR DES SCIENCES
PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES**

I- HONORARIAT

Directeurs/Doyens Honoraires : Professeur RAMBAUD André
 Professeur FOURASTE Isabelle
 Professeur BAMBA Moriféré
 Professeur YAPO Abbé †
 Professeur MALAN KlaAnglade
 Professeur KONE Moussa †
 Professeur ATINDEHOU Eugène

II- ADMINISTRATION

Directeur	Professeur KONE BAMBA Diéneba
Sous-Directeur Chargé de la Pédagogie	Professeur Ag INWOLEY Kokou André
Sous-Directeur Chargé de la Recherche	Professeur Ag OGA Agbaya Serge
Secrétaire Principal	Madame NADO-AKPRO Marie Josette
Documentaliste	Monsieur N'GNIMMIEN Koffi Lambert
Intendant	Monsieur GAHE Alphonse
Responsable de la Scolarité	Madame DJEDJE Yolande

III- PERSONNEL ENSEIGNANT PERMANENT

1- PROFESSEURS TITULAIRES

Mme AKE Michèle	Chimie Analytique, Bromatologie
M ATINDEHOU Eugène	Chimie Analytique, Bromatologie
Mme ATTOUNGBRE HAUHOUOT M.L.	Biochimie et Biologie Moléculaire
M DANO Djédjé Sébastien	Toxicologie.
Mme KONE BAMBA Diéneba	Pharmacognosie
MM KOUADIO Kouakou Luc	Hydrologie, Santé Publique
MALAN KlaAnglade	Chimie Anal., contrôle de qualité
MENAN Eby Ignace Hervé	Parasitologie - Mycologie

MONNET Dagui	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme SAWADOGO Duni	Hématologie
M YOLOU Séri Fernand	Chimie Générale

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM ABROGOUA Danho Pascal	Pharmacie Clinique
AHIBOH Hugues	Biochimie et Biologie moléculaire
Mme AKE EDJEME N'guessan Angèle	Biochimie et Biologie moléculaire
MM AMARI Antoine Serge G.	Législation
AMIN N'Cho Christophe	Chimie analytique
DEMBELE Bamory	Immunologie
GBASSI K. Gildas	Chimie Physique Générale
INWOLEY Kokou André	Immunologie
KOFFI Angely Armand	Pharmacie Galénique
Mme KOUAKOU-SIRANSY Gisèle	Pharmacologie
MM KOUASSI Dinard	Hématologie
LOUKOU Yao Guillaume	Bactériologie-Virologie
OGA Agbaya Stéphane	Santé publique et Economie de la santé
OUASSA Timothée	Bactériologie-Virologie
OUATTARA Mahama	Chimie organique, Chimie thérapeutique
YAPI Ange Désiré	Chimie organique, chimie thérapeutique
YAVO William	Parasitologie - Mycologie
ZINZENDORF NangaYessé	Bactériologie-Virologie
BONY François Nicaise	Chimie Analytique
DALLY LabaIsmael	Pharmacie Galénique
DJOHAN Vincent	Parasitologie –Mycologie
Mmes IRIE N'GUESSAN Amenan	Pharmacologie

SACKOU KOUAKOU Julie Santé Publique

SANGARE TIGORI Béatrice Toxicologie

POLNEAU VALLEE Sandrine Mathématiques-Statistiques

3- MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M DIAFOUKA François Biochimie et Biologie de la Reproduction

4- MAITRES ASSISTANTS

MM ADJAMBRI AdiaEusebé Hématologie

Mme AFFI-ABOLI Mihessé Roseline Immunologie

AKA-ANY-GRA Armelle Adjoua S. Pharmacie Galénique

M ANGORA Kpongbo Etienne Parasitologie - Mycologie

Mme BARRO KIKI Pulchérie Parasitologie - Mycologie

CLAON Jean Stéphane Santé Publique

Mme DIAKITE AISSATA Toxicologie

Mme FOFIE N'Guessan Bra Yvette Pharmacognosie

M KASSI Kondo Fulgence Parasitologie-Mycologie

Mmes KONATE Abibatou Parasitologie-Mycologie

KOUASSI AGBESSI Thérèse Bactériologie-Virologie

M MANDA Pierre Toxicologie

Mmes SANGARE Mahawa Biologie Générale

VANGA ABO Henriette Parasitologie-Mycologie

M YAYO Sagou Eric Biochimie et Biologie moléculaire

5- ASSISTANTS

MM ADIKO Assi Aimé Césaire Hématologie

ADJOUNGOUA Attoli Léopold Pharmacognosie

AMICHIA Attoumou Magloire Pharmacologie

Mmes ALLOUKOU-BOKA Paule-Mireille	Législation
APETE Sandrine	Bactériologie-Virologie
AYE YAYO Mireille	Hématologie
BEDIAKON née GOKPEYA Kemontingni M.	Santé publique
MM BROU Amani Germain	Chimie Analytique
BROU N'Guessan Aimé	Pharmacie clinique
CABLAN Mian N'DdeyAsher	Bactériologie-Virologie
COULIBALY Songuigama	Chimie Thérapeutique
Mme DIAKITE Aïssata	Toxicologie
M DJADJI Ayoman Thierry Lenoir	Pharmacologie
DJATCHI Richmond Anderson	Bactériologie-Virologie
Mme DONOU née N'DRAMAN Aha Emma	Hématologie
DOTIA Tiepordan Agathe	Bactériologie-Virologie
M EFFO Kouakou Etienne	Pharmacologie
Mme HOUNSA Annita Emeline Epse Alla	Santé Publique
MM KABRAN Tano Kouadio Mathieu	Immunologie
KACOU Alain	Chimie Thérapeutique
KAMENAN Boua Alexis Thierry	Pharmacologie
KOFFI Kouamé	Santé publique
KONAN Konan Jean Louis	Biochimie et Biologie moléculaire
Mme KONE Fatoumata	Biochimie et Biologie moléculaire
MM KOUAKOU Sylvain Landry	Pharmacologie
KOUAME Denis Rodrigue	Immunologie
KPAIBE SawaAndre Philippe	Chimie Analytique
LATHRO Joseph Serge	Bactériologie-Virologie
N'GBE Jean Verdier	Toxicologie
N'GUESSAN Alain	Pharmacie Galénique

Mme N'GUESSAN née AMONKOU Anne C.	Législation
N'GUESSAN-BLAO Amino Rebecca	Hématologie
M N'GUESSAN DétoUrsul Jean-Paul	Chimie Thérapeutique
Mmes N'GUESSAN Kakwokpo Clémence	Pharmacie Galénique
OUAYOGODE-AKOUBET Aminata	Pharmacognosie
SIBLI-KOFFI Akissi Joëlle	Biochimie et Biologie moléculaire
TANOH NEE BEDIA Akoua Valérie	Parasitologie-Mycologie
M TRE Eric Serge	Chimie Analytique
Mmes TUO Awa	Pharmacie Galénique
YAO ATTIA Akissi Régine	Santé publique
M YAPO Assi Vincent De Paul	Biologie Générale
Mme YAPO NEE YAO Carine Mireille	Biochimie

6- ATTACHES DE RECHERCHE

Mme ADIKO N'dri Marcelline	Pharmacognosie
M LIA Gnahoré José Arthur	Pharmacie Galénique

7- IN MEMORIUM

Feu KONE Moussa	Professeur Titulaire
Feu YAPO Abbé Etienne	Professeur Titulaire
Feu COMOË Léopold	Maître de Conférences Agrégé
Feu GUEU Kaman	Maître Assistant
Feu ALLADOUM Nambelbaye	Assistant
Feu COULIBALY Sabali	Assistant
Feu TRAORE Moussa	Assistant
Feu YAPO Achou Pascal	Assistant

IV- ENSEIGNANTS VACATAIRES

1- PROFESSEURS

MMe ASSAMOI Assamoi Paul	Biophysique
DIAINE Charles	Biophysique
OYETOLA Samuel	Chimie Minérale
ZOUZOU Michel	Cryptogamie

2- MAITRES DE CONFERENCES

MM KOUAKOU Tanoh Hilaire	Botanique et Cryptogamie
SAKO Aboubakar	Physique (Mécanique des fluides)
Mme TURQUIN née DIAN Louise	Biologie Végétale
M YAO N'Dri Athanase	Pathologie Médicale

3- MAITRE-ASSISTANT

M KONKON N'Dri Gilles	Botanique, Cryptogamie
-----------------------	------------------------

4- NON UNIVERSITAIRES

MM. AHOUSSE Daniel Ferdinand	Secourisme
DEMPAH Anoh Joseph	Zoologie
GOUEPO Evariste	Techniques officinales
Mme KEI-BOGUINARD Isabelle	Gestion
MM KOFFI ALEXIS	Anglais
KOUA Amian	Hygiène
KOUASSI Ambroise	Management
N'GOZAN Marc	Secourisme
KONAN Kouacou	Diététique
Mme PAYNE Marie	Santé Publique

**COMPOSITION DES LABORATOIRES ET
DEPARTEMENTS DE L'UFR DES SCIENCES
PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES**

I- BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

Professeur LOUKOU Yao Guillaume	Maître de Conférences Agrégé
	Chef du département
Professeurs ZINZENDORF Nanga Yessé	Maître de Conférences Agrégé
OUASSA Timothée	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs KOUASSI AGBESSI Thérèse	Maître- assistante
CABLAN MianN'Dédey Asher	Assistant
DOTIA Tiepordan Agathe	Assistante
LATHRO Joseph Serge	Assistant
APETE yah sandrine épouse TAHOU	Assistante
KRIZO Gouhonnon Anne-Aymone	Assistante
DJATCHI Richmond Anderson	Assistant

II- BIOCHIMIE, BIOLOGIE MOLECULAIRE, BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION ET PATHOLOGIE MEDICALE

Professeur MONNET Dagui	Professeur Titulaire
	Chef du Département
Professeurs HAUHOUOT épouse ATTOUNGBRE M. L.	Professeur Titulaire
AHIBOH Hugues	Maître de Conférences Agrégé
AKE EDJEME N'Guessan Angèle	Maître de Conférences Agrégé
DIAFOUKA François	Maître de Conférences
Docteurs YAYO Sagou Eric	Maître-assistant
KONAN Konan Jean Louis	Assistant
KONE Fatoumata	Assistante
KOFFI Akissi Joelle épouse SIBLI	Assistante
YAPO NEE YAO Carine Mireille	Assistante

III-BIOLOGIE GENERALE, HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Professeur SAWADOGO Duni	Professeur Titulaire
	Chef du Département
Professeurs INWOLEY Kokou André	Maître de Conférences Agrégé
KOUASSI Dinard	Maître de Conférences Agrégé
DEMBELE Bamory	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs SANGARE Mahawa	Maitre-assistante
AFFI-ABOLI Mihessé Roseline	Maître-Assistante
ADJAMBRI AdiaEusebé	Assistant
AYE YAYO Mireille	Assistante
KABRAN Tano K. Mathieu	Assistant
KOUAME Denis Rodrigue	Assistant
N'GUESSAN-BLAO R. S.	Assistante
YAPO Assi Vincent De Paul	Assistant
ADIKO Assi Aimé Cézaire	Assistant
DONOU NEE N'DRAMAN Aha E.	Assistante

IV- CHIMIE ANALYTIQUE, CHIMIE MINERALE ET GENERALE, TECHNOLOGIE ALIMENTAIRE

Professeur ATINDEHOU Eugène	Professeur Titulaire
	Chef du Département
Professeurs MALAN KlaAnglade	Professeur Titulaire
AKE Michèle Dominique	Professeur Titulaire
YOLOU Séri Fernand	Professeur Titulaire
Professeurs AMIN N'Cho Christophe	Maître de Conférences Agrégé
GBASSI K. Gildas	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs BONY Nicaise François	Maître de conférences agrégé

BROU Amani Germain Assistant

KPAIBE SawaAndre Philippe Assistant

TRE Eric Serge Assistant

V- CHIMIE ORGANIQUE ET CHIMIE THERAPEUTIQUE

Professeur YAPI Ange Désiré Maître de Conférences Agrégé

Chef du Département

Professeur OUATTARA Mahama Maître de Conférences Agrégé

Docteur KACOU Alain Assistant

N'GUESSAN Deto Jean-Paul Assistant

COULIBALY Songuigama Assistant

SICA NEE DIAKITE Amelanh Assistante

VI- PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOLOGIE ANIMALE ET ZOOLOGIE

Professeur MENAN Eby Ignace H. Professeur Titulaire

Chef du Département

Professeur YAVO William Maître de Conférences Agrégé

DJOHAN Vincent Maître de Conférences Agrégé

Docteurs BARRO KIKI Pulchérie Maître-assistante

KASSI Kondo Fulgence Maître-assistant

VANGA ABO Henriette Maître-assistante

ANGORA Kpongbo Etienne Maître-Assistant

KONATE Abibatou Maître-Assistante

TANOH NEE BEDIA Akoua Valérie Assistante

**VII- PHARMACIE GALENIQUE, BIOPHARMACIE, COSMETOLOGIE,
GESTION ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE**

Professeur KOFFI Armand A.	Maître de Conférences Agrégé Chef du Département
Professeur AMARI Antoine Serge G.	Maître de Conférences Agrégé
DALLY Laba Ismaël	Maître de Conférences Agrégé
Docteur AKA-ANY Grah Armelle A.S.	Assistante
N'GUESSAN Alain	Assistant
BOKA Paule Mireille épouse A.	Assistante
N'GUESSAN Kakwopko C.	Assistante
TUO Awa Nakognon	Assistante
N'GUESSAN NEE AMONKOU A.C.	Assistante

**VIII- PHARMACOGNOSIE, BOTANIQUE, BIOLOGIE VEGETALE,
CRYPTOGAMIE**

Professeur KONE BAMBA Diénéba	Professeur Titulaire Chef du Département
Docteurs FOFIE N'Guessan Bra Yvette	Maître-Assistante
ADJOUNGOUA Attoli Léopold	Assistant
ODOH ALIDA EDWIGE	Assistant
OUAYOGODE-AKOUBET Aminata	Assistante

Attaché de recherche ADIKO Marceline

**IX- PHARMACOLOGIE, PHARMACIE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE, ET
PHYSIOLOGIE HUMAINE**

Professeurs KABLAN Brou Jérôme	Maître de Conférences Agrégé Chef du Département
ABROGOUA Danho Pascal	Maître de Conférences Agrégé
KOUAKOU SIRANSY N'doua G.	Maître de Conférences Agrégé
IRIE N'GUESSAN Amenan G.	Maître de Conférences Agrégé

Docteurs AMICHIA Attoumou M.	Assistant
DJADJI Ayoman Thierry Lenoir	Assistant
EFFO Kouakou Etienne	Assistant
KAMENAN Boua Alexis	Assistant
KOUAKOU Sylvain Landry	Assistant
BROU N'GUESSAN Aime	Assistant

X- PHYSIQUE, BIOPHYSIQUE, MATHEMATIQUES, STATISTIQUES ET INFORMATIQUE

Professeur ATINDEHOU Eugène	Professeur Titulaire Chef de Département
Docteur POLNEAU VALLEE Sandrine	Maître-assistante

XI- SANTE PUBLIQUE, HYDROLOGIE ET TOXICOLOGIE

Professeur KOUADIO Kouakou Luc	Professeur Titulaire Chef du département
DANO Djédjé Sébastien	Professeur Titulaire
OGA Agbaya Stéphane	Maître de Conférences Agrégé
SANGARE TIGORI B.	Maître de Conférences Agrégé
SACKOU KOUAKOU J.	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs CLAON Jean Stéphane	Maître-assistant
MANDA Pierre	Maître-assistant
DIAKITE Aissata	Assistante
HOUNSA-ALLA Annita Emeline	Assistante
YAO ATTIA Akissi Régine	Assistante
N'GBE Jean Verdier	Assistant
KOFFI Kouamé	Assistant
BEDIAKON NEE GOKPEYA K. M.	Assistante
KOUAME Jérôme	Assistant



**A NOS MAITRES
ET JUGES**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur MONNET DAGUI

- *Professeur titulaire de Biochimie clinique et générale à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques*
- *Chef du département de Biochimie à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques d'Abidjan à l'Université Félix Houphouët-Boigny*
- *Chef de service de la Pharmacie du CHU de Cocody*
- *Directeur du Certificat d'Etude Spécialisé (CES) de Biochimie et de Biologie moléculaire*
- *Pharmacien biologiste des hôpitaux à l'Institut Pasteur d'Abidjan-Cocody*
- *Membre de plusieurs sociétés savantes*
- *Ancien Directeur de la Pharmacie de la Santé Publique (PSP)*
- *Ancien Directeur de l'Ecole Préparatoire des Sciences de la Santé (EPSS)*

Cher Maître,

Nous sommes fiers de vous voir rehausser de votre présence notre jury de thèse. Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos nombreuses occupations.

Vos solides connaissances, votre ardeur ainsi que votre rigueur au travail sont pour nous objet de respect et d'admiration.

Recevez cher maître l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Professeur KOUASSI DINARD

- *Directeur de l'Institut National de Santé Publique (INSP)*
- *Professeur agrégé d'Hématologie à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université Félix Houphouët Boigny*
- *Chef de service du Laboratoire de Biologie, (INSP)*
- *Docteur en Pharmacie (Université de Nantes)*
- *Docteur en Biologie option Hématologie (Université Félix Houphouët Boigny)*
- *Biologiste diplômé de l'Université de Brest (Biochimie, Parasitologie, Hématologie, Microbiologie, Immunologie)*
- *Membre de la société Ivoirienne de Biologie Clinique*
- *Membre de la société Africaine d'Hématologie et d'Immunologie*
- *Membre de la société Française d'Hématologie*
- *Ex-Membre du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens de Côte d'Ivoire*
- *Membre de la société Ivoirienne d'Hématologie et d'Immunologie*

Cher Maître,

Nous vous sommes reconnaissants pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous avez bien voulu diriger ce travail. Vous vous y êtes grandement impliqués par vos directives, vos remarques et suggestions, mais aussi par vos encouragements dans les moments clés de son élaboration.

Nous tenons à vous remercier aussi pour votre manière de penser et de procéder, votre manière d'être.

A NOTRE MAITRE

Madame le Professeur KOUAKOU SIRANSY

- *Professeur agrégé en pharmacologie ;*
- *Titulaire d'une thèse de doctorat unique en pharmacologie de l'université Félix Houphouët-Boigny ;*
- *Titulaire d'un DEA en physiologie animale ;*
- *Membre de la Société Française de la Pharmacologie et de la thérapeutique ;*
- *Pharmacien hospitalier au CHU de Cocody ;*
- *Ancien interne des hôpitaux ;*
- *Membre de la Société Française d'Ethnopharmacologie ;*
- *Membre de la Société de Pharmacologie et de Toxicologie du Burkina Faso ;*
- *Membre de la Société Ouest Africaine de Chimie.*

Cher Maître,

Vous nous avez impressionnés par vos qualités scientifiques et humaines qui font de vous un grand maître. Ce travail je l'espère aura répondu à vos exigences de scientifique averti.

Que Dieu vous bénisse.

A NOTRE MAITRE

Madame le Professeur SACKOU KOUAKOU JULIE

- ✓ *Docteur en Pharmacie ;*
- ✓ *Professeur agrégé en hygiène et santé publique à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université de Cocody- Abidjan- Département d'Hygiène de l'Environnement, Santé Publique et Toxicologie ;*
- ✓ *Pharmacienne hygiéniste responsable de l'unité hygiène des aliments au Laboratoire d'hygiène à l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) ;*
- ✓ *Thèse Unique en Santé Publique Université Félix Houphouët Boigny Abidjan ;*
- ✓ *Diplôme Universitaire d'Education pour la Santé Université Paris 13 Nord-Bobigny Sorbonne-Cité ;*
- ✓ *Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées (DESS) en Hygiène Alimentaire Université de Cocody Abidjan ;*
- ✓ *Ancien interne des Hôpitaux ;*
- ✓ *Membre de l'Union Internationale pour la Promotion et l'Education en Santé (UIPES) ;*
- ✓ *Membre de la société française de santé publique (SFSP)*

Cher Maître,

C'est pour nous un grand honneur que vous acceptez de siéger parmi cet honorable jury. Nous avons toujours admiré vos qualités humaines et professionnelles ainsi votre modestie qui reste exemplaire.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre reconnaissance et notre grand estime.

SOMMAIRE

SIGLES ET ABREVIATIONS.....	XVIII
LISTE DES TABLEAUX.....	XIX
LISTE DES FIGURES.....	XX
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE SUR L'HTA	
I.Définition et physiopathologie.....	5
II. Epidémiologie de l'HTA.....	10
III. Risque cardiovasculaire et complication clinique.....	11
IV. Prise en charge de l'HTA.....	16
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	
CHAPITRE 1 : Matériel et méthodes	
I. Matériel.....	21
II. Méthodes.....	24
CHAPITRE 2 : Résultats et commentaires	
I. Données sociodémographiques.....	34
II. Prévalence de l'HTA.....	36
III. Facteurs de risque.....	37
DISCUSSION.....	42
CONCLUSION.....	51
RECOMMANDATIONS.....	53
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	55
ANNEXES.....	64

SIGLES ET ABREVIATIONS

AVC : Accident Vasculaire-Cérébrale

F : Femme

FRCV : Facteur de Risque Cardio-Vasculaire

FdR : Facteur de Risque

H : Homme

HTA : Hypertension Tension Artérielle

IDM : Infarctus Du Myocarde

INSP : Institut National de Santé Publique

LICH : Ligue Ivoirienne Contre l'Hypertension artérielle

MAPA : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle

MNT : Maladies Non Transmissibles

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAD : Pression Artérielle Diastolique

PAS : Pression Artérielle Systolique

TA : Tension Artérielle

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I : Classification des niveaux de pression artérielle

TABLEAU II : Notion de risque

TABLEAU III : Stratification des niveaux de risque cardiovasculaire

TABLEAU IV: Répartition des travailleurs selon le sexe

TABLEAU V: Répartition des travailleurs selon l'âge

TABLEAU VI: Répartition des travailleurs selon le milieu de vie

TABLEAU VII: Répartition des travailleurs selon la situation matrimoniale

TABLEAU VIII: Répartition des travailleurs selon le niveau de scolarisation

TABLEAU IX: Répartition de la population selon le statut tensionnel

TABLEAU X: Répartition des normotendus selon le nombre de facteurs de risque.

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : Système rénine- angiotensine- aldostérone

FIGURE 2 : Les organes cibles de retentissement de l'hypertension artérielle

FIGURE 3 : Cartographie de la région de la ME

FIGURE 4 : Effectifs par facteur de risque dans la population normotendus

FIGURE 5 : Association de deux facteurs de risque chez les normotendus

FIGURE 6 : Association de trois facteurs de risque chez les normotendus

FIGURE 7: Association de quatre facteurs de risque chez les normotendus

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle (HTA) constitue aujourd'hui un véritable problème de santé publique de par sa prévalence et ses complications, non seulement dans les pays industrialisés mais aussi dans les pays en voie de développement.

C'est l'un des principaux facteurs de cardiopathie et d'accident vasculaire cérébral (AVC) qui constituent de nos jours la première cause de décès prématuré et de handicap dans le monde. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la proportion des maladies imputables à l'hypertension a considérablement augmentée, passant d'environ 4,5% en 2000 à 7% en 2010[57]. Elle contribue chaque année à près de 9,4 millions de décès et accroît également le risque de souffrir d'autres problèmes de santé tels que l'insuffisance rénale et/ou la cécité [41]. Selon les estimations récentes, un adulte sur cinq est atteint d'hypertension artérielle et, au-delà de 60 ans, c'est un adulte sur deux [63].

La prévalence de l'hypertension est la plus élevée en Afrique. Selon un rapport de l'OMS en 2012, plus de 40% des adultes de nombreux pays africains seraient hypertendus et la plupart ne seraient pas diagnostiqués [40].

En Côte d'Ivoire, les études réalisées ont estimé la prévalence de cette affection à 21% de la population totale en 2006 [29] avec un accroissement en 2015 de 33,4% [37].

Des observations faites dans certaines structures sanitaires de premier contact et à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA) montrent respectivement que plus de 15 % et 75% des motifs de consultation sont constitués par l'hypertension artérielle [37].

Parmi les études portant sur l'hypertension artérielle, certaines mentionnent des prévalences élevées d'HTA chez les travailleurs tant dans les pays industrialisés qu'en Afrique [1, 11, 28].

En Côte d'Ivoire, rares sont celles qui décrivent l'ampleur de ce problème de santé en milieu professionnel. Une étude menée par Koffi et al. [33] en 1995 et

publiée en 2001 chez les travailleurs du port autonome d'Abidjan (Côte d'Ivoire) estimait à 29,7% la prévalence de l'HTA.

Aussi, avec la tendance à l'industrialisation et le changement progressif de certaines habitudes alimentaires (consommation d'aliments gras et trop salés, consommation excessive d'alcool) et comportementales (sédentarité, l'exposition au tabac...) l'on peut craindre un accroissement du risque d'HTA chez les travailleurs en entreprise [33].

Face à ces constats et reconnaissant les conséquences dévastatrices de cette pathologie sur la situation sociale, l'économie et la santé des sujets hypertendus, l'Institut National de Santé Publique (INSP) en association avec la LICH (Ligue Ivoirienne Contre l'Hypertension artérielle) ont organisé en prélude de la journée mondiale de l'hypertension artérielle célébrée tous les 14 mai, une grande campagne de sensibilisation, de formation et de dépistage des habitants de la région de la ME.

Notre étude qui s'inscrit dans ce cadre a concerné les travailleurs des scieries du département d'Adzopé avec pour objectif général de déterminer la prévalence de l'HTA et les facteurs de risques associés chez ces travailleurs.

Les objectifs spécifiques étaient de:

- Décrire les caractéristiques socio-démographiques des sujets travaillant dans les scieries ;
- Relever la prévalence de l'HTA dans les scieries d'Adzopé ;
- Identifier les facteurs de risque de l'hypertension artérielle dans ce milieu professionnel.

Notre étude s'articulera autour de deux axes. Le premier sera consacré aux données de la littérature et le second axe décrira la méthodologie de ladite étude, les résultats obtenus et les commentaires qui en découlent.

Première partie :

**REVUE DE LA LITTÉRATURE
SUR L'HYPERTENSION
ARTERIELLE**

I. Définition et physiopathologie

1. Définition

L'hypertension artérielle (HTA) est définie par l'élévation de la pression exercée par le sang sur la paroi des artères. Cette pression artérielle est caractérisée par 2 chiffres, le premier (maximum) correspondant à la pression contemporaine de la contraction cardiaque (systolique) et le second (minimum) correspond à la pression de relaxation cardiaque entre 2 battements (diastolique). L'unité de mesure est le mm de mercure (mmHg) ou parfois le cm de mercure (cmHg). L'HTA est définie par des chiffres de pressions artérielles supérieurs ou égaux à 140/90 mmHg mesurés en position allongée après plusieurs minutes de repos à plusieurs reprises par un brassard placé autour du bras et relié à un manomètre mécanique ou électronique[26].

Selon l'O.M.S, un patient est normotendu lorsque :

- La Pression Artérielle systolique (PAS) est inférieure à 140mm Hg(PAS<140mmHg)
- La Pression artérielle Diastolique (PAD) est inférieure à 90mm Hg (PAD< 90mm Hg)

La pression artérielle n'est pas stable au cours de la vie de l'homme, car elle augmente progressivement avec l'âge [6].

Ainsi :

- A la naissance la PAS est compris entre 70 et 90mmhg et la PAD est de 40mmhg ;
- Chez l'adolescent la PAS varie de 110 à 130mmhg et la PAD est de l'ordre de 70mmhg ;
- De 20 à 30 ans la PAS moyenne est de 130mmhg ;
- Entre 30 et 60 ans la PAS moyenne varie entre 120 et 160mmhg ;
- De 60 à 70 ans la PAS moyenne est de 160mmhg.

Suivant les valeurs de pression artérielle, on peut distinguer :

- HTA systolique pur en cas de PAS élevée
- HTA diastolique pure en cas de PAD élevée
- HTA systolo-diastolique quand PAS et PAD sont toutes les deux élevées simultanément.

Tableau I : Classification des niveaux de pression artérielle [34]

Catégories	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
TA Optimale	< 120	et < 80
TA Normale	120-129	et/ou 80-84
TA Normale haute	130-139	et/ou 85-89
HTA Grade 1	140-159	et/ou 90-99
HTA Grade 2	160-179	et/ou 100-109
HTA Grade 3	≥180	et/ou ≥110
HTA Systolique isolée	≥140	< 90

L'HTA systolique isolée doit être classée 1,2, 3 selon la PAS dans les fourchettes indiquées, pourvu que la PAD soit < 90 mmHg.

Les grades 1, 2,3 correspondent respectivement à une HTA légère, modérée, et sévère respectivement. Ces dénominations ne sont plus utilisées pour éviter toute confusion avec la quantification du risque cardiovasculaire global.

2. Physiopathologie [31]

La pression artérielle est déterminée par le débit cardiaque, le volume sanguin et les résistances périphériques. Lors de l'hypertension artérielle, dans la majorité des cas, le débit cardiaque est normal et les résistances périphériques sont élevées. Il s'agit de l'hypertension artérielle permanente.

Une hypertension artérielle peut résulter d'une augmentation du débit cardiaque avec des résistances périphériques normales. Il s'agit d'une hypertension hyperkinétique souvent labile du jeune sujet.

Le système rénine-angiotensine-aldostérone intervient dans la régulation de la pression artérielle : l'angiotensine agit sur les résistances artériolaires, **l'aldostérone** sur le volume sanguin circulant.

Les barorécepteurs, dans l'artériole afférente glomérulaire sont sensibles à une baisse de pression. Les chémorécepteurs, situés dans la macula, réagissent à la concentration de sodium dans l'urine tubulaire distale. L'activation des récepteurs est à l'origine de la sécrétion de rénine.

La rénine et l'enzyme de conversion (présent dans l'endothélium) scindent successivement l'angiotensinogène, substrat plasmatique élaboré par le foie, en **angiotensine I** puis en **angiotensine II**. Ce dernier est un puissant vasoconstricteur artériolaire (schéma 1).

L'angiotensine II potentialise l'action du système nerveux sympathique ainsi que la sécrétion d'adrénaline. Elle stimule la sécrétion d'aldostérone, jouant un rôle dans les résistances artériolaires et l'inotropisme cardiaque.

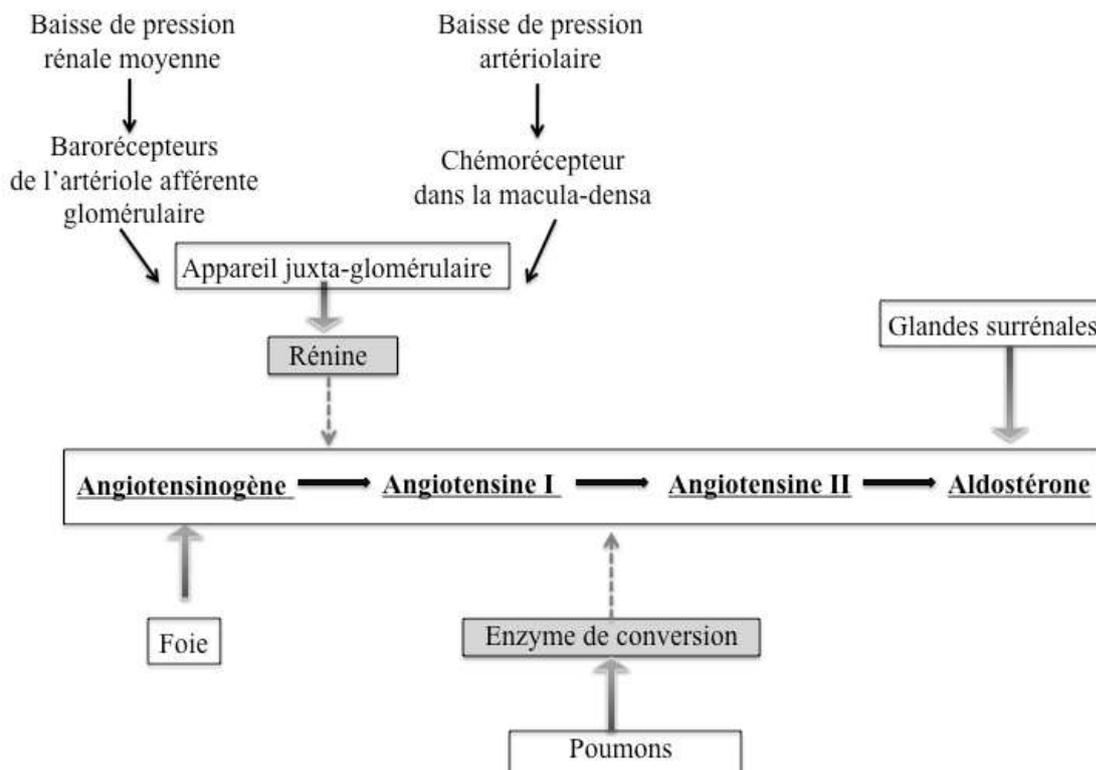


Figure 1 : système rénine-angiotensine –aldostérone [31]

De nombreux centres nerveux supra-bulbaires interviennent, qu'ils soient presseurs ou dépresseurs, expliquant le rôle favorisant de l'émotion et, à l'inverse, du sommeil. Dans le système adrénergique, les catécholamines sont synthétisées dans les terminaisons nerveuses sympathiques post-ganglionnaires et dans la médullo-surrénale. Les récepteurs alpha commandent la vasoconstriction artériolaire ; les récepteurs bêta ont un effet vasodilatateur artériolaire, mais surtout un effet chronotrope et inotrope positif sur le myocarde. Ainsi, l'existence d'une augmentation des catécholamines plasmatiques est notée dans 30 à 50% des hypertensions artérielles.

3. Aspects étiologiques

Dans l'immense majorité des cas, l'hypertension est dite primaire ou essentielle, c'est-à-dire que la cause en est inconnue.

Il y a en revanche une multitude de facteurs susceptibles de favoriser la survenue d'une hypertension secondaire [16, 31, 50 ,57].

3.1. HTA essentielle

Elle est dite idiopathique ou essentielle et représente, à ce jour, la majeure partie des cas d'hypertension (plus de 90% des cas) [5]. Les facteurs favorisants sont les suivants :

- **L'hérédité et l'âge** : le risque de développer une hypertension est augmenté lorsque l'on a des parents hypertendus (le père, la mère ou a fortiori les deux). De même, ce risque augmente avec l'âge.
- **Le sexe** : les chiffres de P.A sont plus élevés chez l'homme jusqu'à 45-50 ans et réparti de manière quasi-uniforme entre les deux sexes. Les femmes deviennent hypertendues le plus souvent à partir de la ménopause.
- **Le mode de vie** : Le surpoids ou l'obésité, la sédentarité, une alimentation trop salée, l'abus d'alcool, la consommation de réglisse, etc. sont connus pour faciliter le développement d'une hypertension et l'entretenir lorsqu'elle existe en empêchant son contrôle par un traitement.
- **Le stress** : un facteur qui entretient l'hypertension plus qu'il n'en est la cause
- **La race** : les sujets de race noire sont fréquemment plus hypertendus que les sujets de race blanche. Ceci pourrait s'expliquer par certaines habitudes alimentaires [20].

3.2. HTA secondaire [20]

Elle représente 5 à 10% des cas d'hypertension et sont le plus souvent en relation avec divers troubles ou altérations de plusieurs organes (Causes rénales, causes neurogènes, causes iatrogènes...)

II. Epidémiologie de l'HTA

Selon une étude réalisée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) et la fondation BILL et MELINDA GATES portant sur 5,4 millions de personnes dans le monde entre 1980 et 2008 sur l'hypertension artérielle, les auteurs estiment que les pays les plus industrialisés ont observés une réduction importante de la pression artérielle systolique moyenne en population (plus de 7mm Hg pour certains pays) alors qu'à la même période les pays plus pauvres ont observé une augmentation de la pression artérielle systolique de plus de 3 mmHg [26].

La prévalence de l'hypertension artérielle non contrôlée est donc passée de 33% en 1980 à 29% en 2008 chez les hommes et de 29% à 25 % chez les femmes. Parallèlement en raison de l'accroissement de la population et du vieillissement de celle-ci. Les hypertendus non contrôlés sont passés de 605 millions en 1980 à 978 millions en 2008. [26]

Traditionnellement en Afrique, les maladies transmissibles et les conditions maternelles, périnatales et nutritionnelles ont représenté le plus lourd fardeau de morbidité et de mortalité. Ce fardeau se penche rapidement vers les maladies chroniques non transmissibles, et par extension, les maladies cardio-vasculaires. Ce phénomène est ce que l'on appelle la «double charge morbide» [57].

Alors que le phénomène de tension artérielle élevée était pratiquement inconnu dans les sociétés africaines dans la première moitié du 20ème siècle, il est actuellement estimé que, dans certains milieux en Afrique, plus de 40 % des adultes souffrent d'hypertension. La prévalence de l'hypertension a considérablement augmenté au cours des deux et trois dernières décennies. En 2000, environ 80 millions d'adultes souffraient d'hypertension artérielle en Afrique subsaharienne et les prévisions fondées sur les données épidémiologiques actuelles suggèrent que le nombre atteindra 150 millions à 2025[2, 58].

Par ailleurs, des preuves existent selon lesquelles les complications liées à l'hypertension, et en particulier, les accidents cérébro-vasculaires et l'insuffisance cardiaque, deviennent de plus en plus communes dans cette région. Ces tendances ont été fortement associées aux changements intervenus dans les modes de vie des individus autant que des sociétés, par exemple, l'accroissement de la consommation de tabac, la consommation immodérée d'alcool, une activité physique réduite et l'adoption d'habitudes alimentaires occidentales riches en sel, sucre raffiné et matières grasses néfastes à la santé[57].

En Côte d'Ivoire la prévalence qui était estimée à 21% de la population totale en 2006 [30] et est passée à 33,4% en 2015[38].

III. Risque cardiovasculaire et complications cliniques

1. Risque cardiovasculaire

1.1 . Facteurs de risque

Le risque hypertensif est plus ou moins important suivant le type de facteur de risque cardio-vasculaire [10,24] :

❖ *Facteurs de risque majeurs*

- Le diabète
- Les hypercholestérolémies
- La consommation de tabac
- L'âge
- Les autres maladies cardio-vasculaires associées etc.

❖ *Facteurs de risque mineurs*

- Les antécédents familiaux de maladies cardio-vasculaires précoces
- L'obésité
- La sédentarité etc.

1.2 . Critères d'évaluation

On se rend compte que la tension est élevée lorsque le nombre de facteurs de risque augmente.

Le terme de risque employé fait référence à deux types de critères :

- le critère de Framingham
- le critère de Score

Le premier critère fait état du risque absolu de développer une maladie cardiovasculaire sur une période de 10ans.

Le second critère est relatif au risque de contracter une maladie fatale à cour de même période.

Les différents degrés de risque se résument dans le tableau ci-après :

Tableau II: Notion de risque [32]

Risque	Critères de Framingham	Critères de Score
Faible	<15%	< 4%
Modéré	15-20%	4-5%
Elevé	20-30%	5-8%
Très élevé	>30%	> 8%

Ainsi à titre illustratif, on se rend compte qu'un risque faible traduit selon le critère de Framingham, un pourcentage inférieur à 15% de développer une maladie cardio-vasculaire sur une période de 10ans.

Selon le critère de Score, ce risque fait état d'une probabilité inférieure à 4% de contracter une maladie fatale au cour de la même période.

2. Complications cliniques

Le retentissement de l'hypertension est fonction du niveau tensionnel et il atteint certains organes cibles dits nobles comme le cerveau, le cœur, les reins ; où se développent des complications [2, 5, 17, 24].

2.1 Au niveau cardiovasculaire

L'hypertension au niveau de l'aorte impose au ventricule gauche une augmentation du travail pour l'éjection du sang.

Cet accroissement finit par entrainer au long terme une hypertrophie de ce ventricule qui peut évoluer avec le temps vers une insuffisance cardiaque.

Au niveau vasculaire, on remarque une hypertrophie de la media et une augmentation du collagène conduisant à une baisse de l'élasticité et une diminution de la paroi vasculaire. Au long cours cela conduit à une aggravation de l'hypertension artérielle. De plus, de nombreuses plaques d'athéromes (dans les hypercholestérolémies ou le diabète) se créent au fil du temps réduisant le flux sanguin circulant, participant ainsi à l'accroissement du travail cardiaque et à l'installation d'une coronopathie responsable de l'angor d'effort et d'infarctus du myocarde.

2.2 Au niveau rénal

L'hypertension peut avoir un retentissement majeur sur le rein avec un risque au long cours d'insuffisance rénale.

Au fil du temps, les petites artères du rein se sclérosent et finissent par s'obstruer. Le débit de la filtration glomérulaire diminue avec l'apparition progressive d'une insuffisance rénale asymptomatique à son début.

Le déficit de la fonction rénale est aggravé quand l'hypertension est associée à un trouble diabétique. Les reins filtrent le sang en éliminant les produits dont l'organisme n'a pas besoin. L'hypertension artérielle perturbe cette fonction.

Les reins laissent alors passer dans les urines des protéines, notamment l'albumine.

À long terme, si l'hypertension artérielle n'est pas corrigée, elle peut entraîner une insuffisance rénale.

2.3. Au niveau du cerveau

Le cerveau est l'un des organes les plus exposé à une élévation de la tension. Sous l'effet d'une hyperpression, des plaques d'athéromes se forment dans les artères du cerveau, entraînant une sclérose des artères et une perte de leur élasticité. L'obstruction d'une artère dans le cerveau par une plaque d'athérome peut y créer des hématomes, voire une rupture de l'artère (**anévrisme**) entraînant une **hémorragie cérébrale** (on parle alors d'accident **vasculaire cérébrale ou AVC**) pouvant aboutir à des troubles de mémoire et des ramollissements cérébraux, avec une hémiplégie ou une quadriplégie.

2.4. Au niveau oculaire

On note, à ce niveau des thromboses artérielles ou veineuses des vaisseaux centraux ou de certaines de ses branches (rétinopathies). Ceci a des conséquences souvent graves allant d'une baisse importante de la vision à la cécité.

2.5. Au niveau des membres inférieurs

L'hypertension artérielle favorise l'athérosclérose dans les artères des membres inférieurs. Dans ce cas, le sang circule difficilement dans les jambes et les pieds. Lorsque les muscles ne reçoivent plus suffisamment de sang pour fonctionner normalement, des douleurs ou des crampes apparaissent à la marche.

On parle d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), ou artérites des membres inférieurs [14,40].

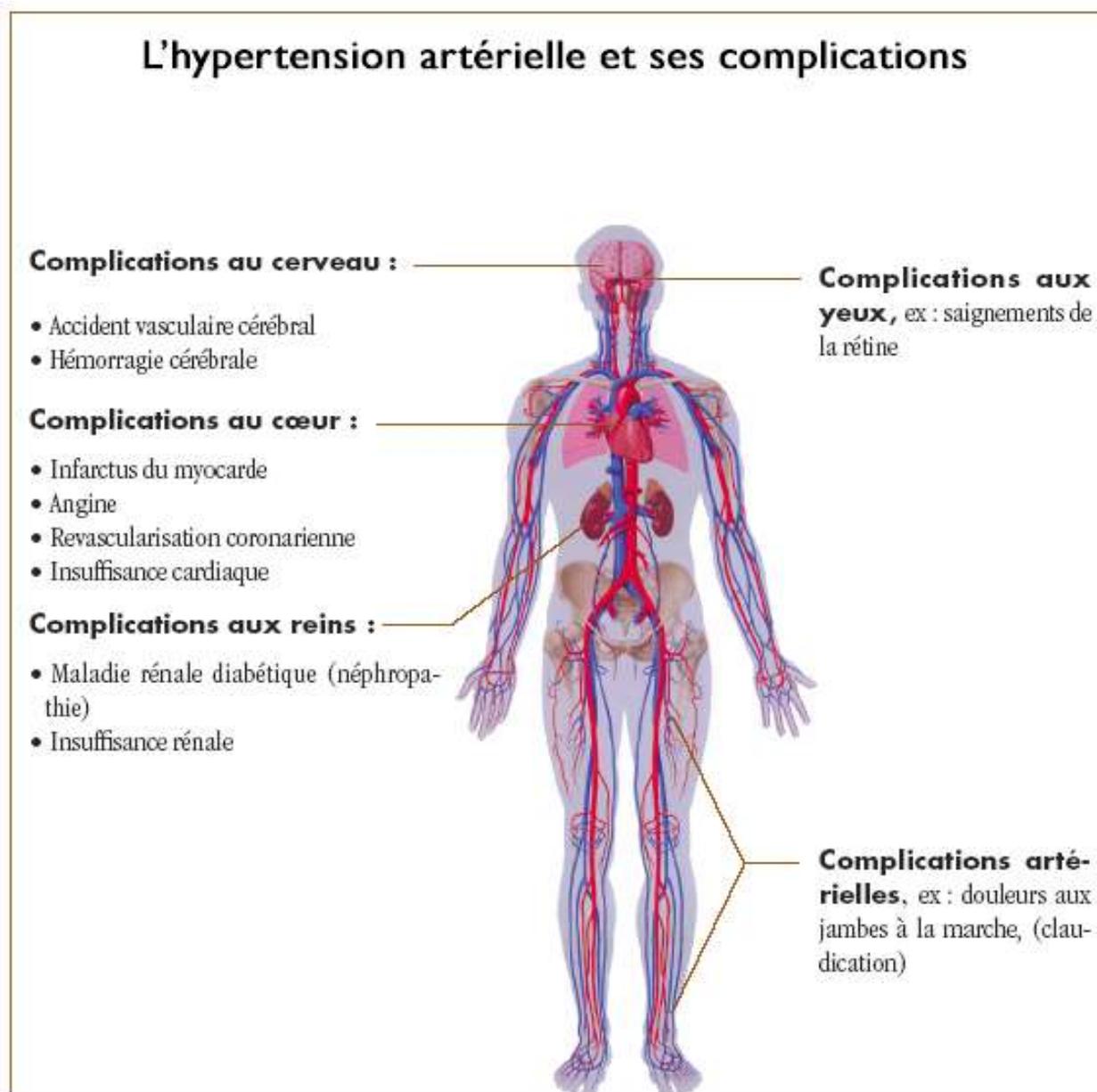


Figure 2 : Organes cibles de retentissement de l'hypertension artérielle [53]

VI. Prise en charge de l'hypertension artérielle [21]

La prise en charge de l'hypertension artérielle se fait en trois étapes :

- 1^{ère} étape : les mesures hygiéno- diététiques avant le début d'un traitement,
- 2^{ème} étape : l'établissement d'un plan de soin initial (6 premiers mois),
- 3^{ème} étape : l'établissement d'un plan de soin à long terme (après 6 mois).

1. Avant le début du traitement

Cette phase se caractérise par :

- la mise en place de mesures hygiéno-diététiques telles que :
 - la réduction de la consommation excessive de sel,
 - la pratique régulière une activité physique,
 - la Réduction du poids en cas de surcharge pondérale,
 - Réduction de la consommation excessive d'alcool,
 - la consommation de fruits et de légumes,
 - l'interruption de l'intoxication tabagique.
- la réalisation d'un bilan initial comportant systématiquement :
 - Un examen clinique, avec recherche de facteurs provoquant ou aggravant une HTA,
 - Un bilan biologique comportant ionogramme sanguin, créatininémie avec débit de filtration glomérulaire estimé, glycémie à jeun, bilan lipidique et protéinurie, la recherche de la microalbuminurie n'est recommandée que chez le diabétique,
 - Un électrocardiogramme de repos.

Une hypokaliémie, une insuffisance rénale, une protéinurie doivent faire suspecter une HTA secondaire.

2. Etablissement d'un plan de soin initial

Il faut Privilégier les cinq classes d'antihypertenseurs qui ont démontré une prévention des complications cardiovasculaires chez les hypertendus.

Ce sont :

- les diurétiques thiazidiques
- les bêta- bloquants
- les antagonistes calciques(ICA)
- les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)
- les antagonistes des récepteurs à l'angiotensine II(ARAII)

On pourra associer deux principes actifs si la monothérapie ne permet pas le contrôle de la pression artérielle après un mois de traitement. En cas d'objectif tensionnel non atteint, plusieurs combinaisons (en termes de dose et de composition) peuvent être essayées avant le passage à une trithérapie antihypertensive.

3. Etablissement d'un plan de soin à long terme [37]

➤ Pour une HTA non contrôlée, il faut :

- vérifier la prescription d'une trithérapie antihypertensive à posologie optimale,
- s'assurer de la bonne observance des traitements,
- mesurer la pression artérielle en dehors du cabinet médical,
- demander un avis auprès d'un spécialiste de l'HTA afin de rechercher une HTA secondaire et/ou de proposer d'autres associations de médicaments antihypertenseurs.

➤ Pour une HTA contrôlée, il faut :

- prévoir une visite tous les 3 à 6 mois,
- évaluer le niveau tensionnel (favoriser l'automesure tensionnelle), les symptômes, et rechercher une complication cardiovasculaire,
- rappeler les buts du traitement,
- fixer les objectifs personnalisés et atteignables à moyen terme,
- encourager le suivi des traitements (renforcement positif),

- assurer le dépistage et le suivi médical des comorbidités, notamment chez les diabétiques et les insuffisants rénaux comportant un contrôle biologique annuel, avec un ionogramme sanguin, une créatininémie et un débit de filtration glomérulaire estimé, ou plus fréquemment en cas de comorbidités en particulier en cas d'insuffisance rénale ou d'événement la favorisant (en particulier déshydratation).

Deuxième partie :

NOTRE ETUDE

Chapitre 1 :
MATERIEL ET METHODES

I. Matériel

1. Cadre de l'étude [52]

L'enquête s'est déroulée en 2014 dans les scieries du département d'Adzopé, dans la région de la Mé.

1.1. Situation géographique de la collectivité

Située au sud de la Côte d'Ivoire, la Région de la Mé (du nom d'un fleuve côtier de 140 km de longueur traversant la zone), est née du nouveau découpage administratif de la Côte d'Ivoire (cf. Décret n° 2011-263 du 28 septembre 2011 portant organisation du territoire national en Districts et en Régions). Elle est limitée au nord par l'Indenié-Djuablin, au nord-ouest par le Moronou, au sud-ouest par l'Agnéby-Tiassa et le district d'Abidjan et au sud-est par la région du Sud-Comoé. Elle constitue en association avec la Région de l'Agnéby-Tiassa et la Région des Grands Ponts, le District des Lagunes.

1.2. Départements, Communes et Chef-lieu de région

La région de la Mé regroupe quatre (04) départements : Adzopé, Akoupé, Alépé et Yakassé-Attobrou.

Elle compte six (06) communes que sont Adzopé, Agou, Akoupé, Afféry, Alépé et Yakassé-Attobrou.

La région regroupe dix-sept (17) sous-préfectures : Adzopé, Agou, Assikoi, Annépé, Yakassé-Mé, Bécédibrignan, Akoupé, Afféry, Bécouéfin, Alépé, Oghlwapo, Aboisso Comoé, Allonso, Danguira, Yakassé-Attobrou, Biéby, et Abongoua.

Adzopé est le chef-lieu de la région selon le décret n°2011-263 du 28 septembre 2011.

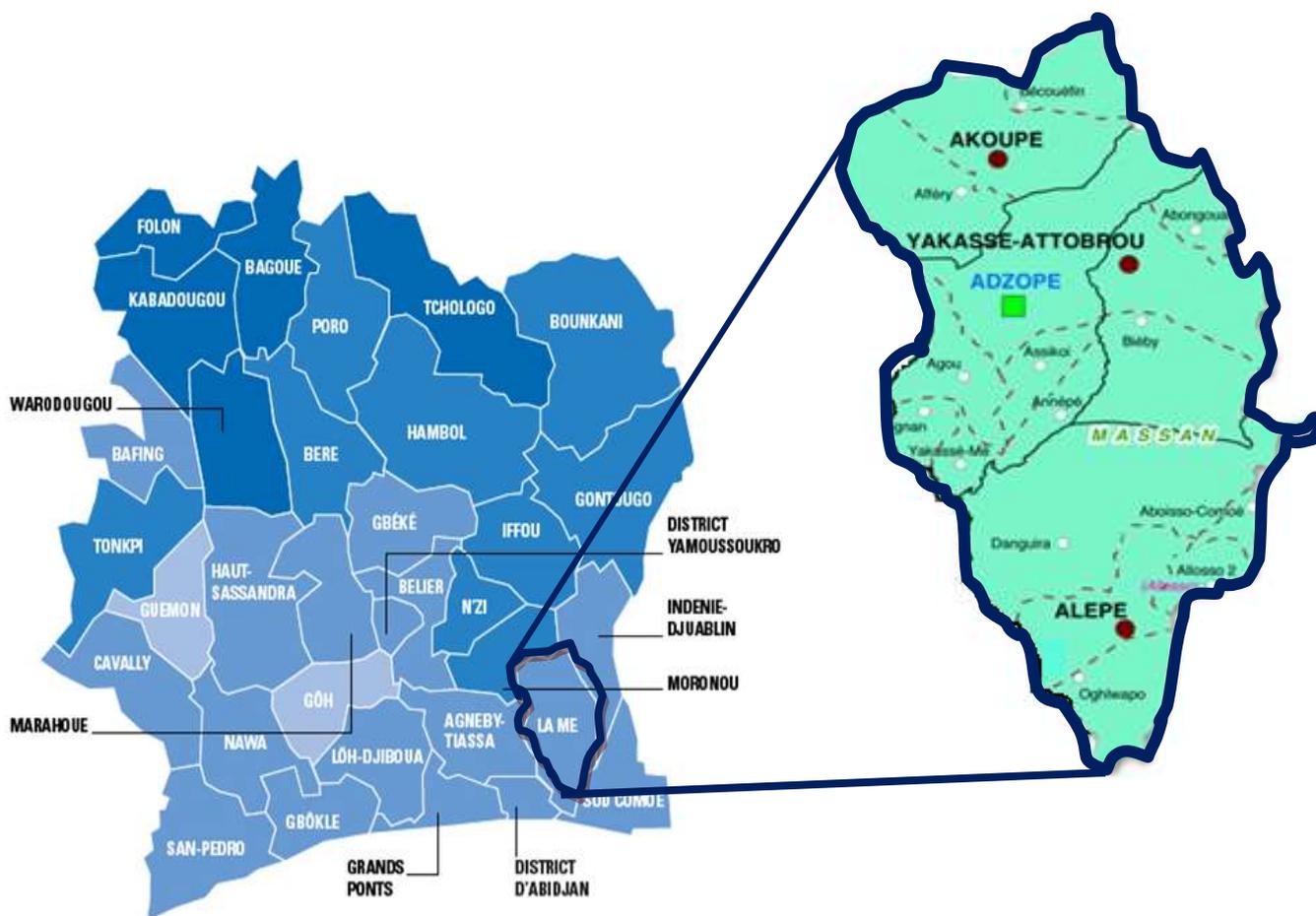


Figure3 : Cartographie des régions de la Cote d'Ivoire [52]

1.3. Superficie et Démographie

La superficie de la Région de la Mé est de 8.237 km². Prenant en compte le recensement de la population qui date de 1998, la Région de la Mé comptait 376. 534 habitants. Cependant, selon les estimations de celui de 2014, le nombre d'habitants serait d'environ 483.475.

1.4. Activités économiques de la collectivité

La région de la ME regorge de nombreuses ressources. On peut citer l'agriculture (produits vivriers, cultures de rente), le commerce, les ressources minières (or), la pêche...

Hormis les potentiels cités ci-dessus, cette région renferme des industries de transformation de bois qui constituent visiblement la pierre angulaire de l'industrie locale du bois et emploient environ 3500 personnes.

Le département d'Adzopé comprend quatre grosses unités industrielles :

- La société Inprobois (IPB) dont la spécialité est la fabrication de plaquage déroulé, de contreplaqué ou encore panneaux lattés.
- La Nouvelle Scierie d'Adzopé (NSA) qui produit du plaquage simple et des contreplaqués.
- La société Tropical Bois (TB) qui produit des tranches, des planches et du sciage.
- La société FIP (Fabrique Ivoirienne de Parquet), spécialisé dans la fabrication des carreaux en bois.

La commune d'Akoupé quant à elle comprend deux unités industrielles à savoir SNTRA et NSKF.

2. Type et période d'étude

L'étude réalisée est une étude transversale à visée descriptive. Elle s'est déroulée sur environ un mois dans la ville d'Adzopé et était précédée par des programmes de sensibilisation et de formation.

3. Population cible

L'étude a porté sur les employés des scieries de la ville d'Adzopé quelque soit le sexe et appartenant à toutes les catégories professionnelles et qui ont accepté de participer volontairement à l'enquête.

4. Collecte et matériel technique

Le matériel utilisé pour les différentes séances de formation, de sensibilisation et de dépistage était composé de bâches, de chaises, de blocs notes, de stylos, de fiches d'enquête, de tensiomètres électroniques Omron[®] M6, balances

électroniques Seca[®] 813, toises portables Seca[®] 214, mètres rubans Seca[®] 203, vidéos projecteurs Epson EB 420, microphones Ibiza VHF 1B.

II. Méthodologie

1. Déroulement de l'étude

1.1. Planification

Cette phase a concerné les différentes démarches effectuées avant la réalisation de l'enquête. L'équipe de l'INSP associée à celle de la LICH (Ligue Ivoirienne Contre l'Hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires) se rencontraient deux fois par semaine pour la bonne démarche de l'enquête.

1.1.1. Demande d'autorisation et information de la population

Plusieurs courriers ont été adressés aux différentes autorités administratives des départements de la région à savoir le président du conseil général de la ME, le maire d'Adzopé, le maire d'Alépé, le maire de Yakassé-attobrou, le maire d'Akoupé, et aux différents responsables des scieries de la ville d'Adzopé afin d'obtenir une autorisation pour la réalisation de l'enquête.

Certains agents de l'équipe ont effectué des visites de préparation et d'information de la population et de ses représentants en vue de s'assurer de l'acceptation et du bon déroulement de l'enquête.

La préparation et l'information de la population se sont faites au moyen d'affiches publicitaires dans la ville d'Adzopé, d'annonces sur les antennes de la radio locale " Radio Tchoyasso Adzopé" et la Radio Télévision ivoirienne, de rencontres avec des autorités administratives, religieuses et celles des différentes scieries d'Adzopé.

1.1.2. Formulation des objectifs de l'enquête

La formulation des objectifs a constitué une étape importante. Après plusieurs propositions, les objectifs retenus étaient les suivants :

- Sensibiliser la population sur l'HTA et les comportements à risque
- Former des professionnels de santé sur la prise en charge de l'HTA
- Déterminer la prévalence de l'hypertension artérielle dans les scieries et la mise en évidence des facteurs de risque associés.

1.1.3. Choix des variables et élaboration du questionnaire

Après l'élaboration des objectifs, une liste exhaustive de variables susceptibles d'être en rapport avec les objectifs a été établie.

Chacune des variables a été minutieusement examinée avant d'être retenue ou exclue. Au final les variables retenues étaient :

- **Données socio-démographiques** : l'âge, le sexe, le niveau de scolarisation la profession, la situation matrimoniale, la nationalité, le milieu de vie, la résidence actuelle, la couverture sociale
- **Antécédents personnels et mode de vie** : la présence d'HTA,

Mode de suivi en cas d'HTA déclaré, le cout du traitement en Francs CFA, autosurveillance de la tension artérielle, Prise de la tension au moins une fois/mois, la présence de diabète, Consommation de tabac, Consommation d'alcool, Présence de stress, régime sodé, pratique d'activité physique, Hypercholestérolémie)

- **Antécédents familiaux** : HTA, diabète, obésité
- **Examens physiques** : Tension artérielle, tour de taille, poids, taille, œdème des membres inférieures
- **Traitement** : type de traitement, traitement associé et observance

1.1.4. Choix et formations des enquêteurs

Les enquêteurs étaient constitués des agents de santé de l'INSP, de ceux de la LICH, des étudiants en pharmacie (groupe auquel nous appartenions) et des agents de santé locaux (infirmiers). Ils ont suivi des formations pour un meilleur recueil des données et une compréhension des variables sélectionnées.

1.1.5 Aspects logistiques

L'étude a été financée en partie par l'INSP. Des aides extérieures ont également permis de mener à bien cette étude. On peut citer celle du Ministre des infrastructures économique Monsieur Patrick ACHI qui a pris en charge le logement et la restauration des équipes participant à cet événement, celle de la mairie d'Adzopé qui a pris en charge la location des bâches et chaises lors des séances de dépistage et l'apport financier et matériels (Blocs notes, stylos...) de laboratoires pharmaceutiques (Servier, Novartis, Gem Pharma).

Les différents financements ont permis de prendre en charge tous les déplacements avant et pendant la phase pratique de l'évènement, l'achat du matériels de dépistage (tensiomètres, pèse-personnes, toises, mètres de mesure), la location du matériel de formation (vidéos projecteurs), l'impression des questionnaires, les indemnités des participants (perdiem) et toutes les communications.

1.2. Phase pratique

1.2.1 Formation

Les séances de formation se sont déroulées sur une journée dans les différents départements de la région à savoir : la salle de l'hôtel King palace (Adzopé), la salle de formation des sœurs Dorothé (Alépé), la salle de mariage de la mairie (Akoupé) et la salle de conférence de l'hôtel Attobrou (Yakassé-Attobrou).

Elles avaient pour but d'apporter des informations sur l'hypertension, sur les techniques pour une meilleure mesure de la tension artérielle et pour une meilleure prise en charge de cette maladie.

Ces formations sous forme de conférence étaient adressées aux agents de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes etc...) et animées par des docteurs ou des professeurs en médecine.

1.2.2. Sensibilisation

Cette phase de sensibilisation s'est déroulée sur une période de 2 jours dans le département d'Adzopé à différents endroits à savoir les lieux de cultes (les églises, les mosquées) et les lycées et collèges.

Cette sensibilisation avait pour but d'apporter des informations aux populations sur cette pathologie à savoir les facteurs de risque de l'hypertension artérielle, les conséquences de cette maladie, les mesures préventives et curatives pour une gestion maximale de cette maladie.

Plusieurs moyens ont été utilisés pour sensibiliser. On peut citer des conférences, des vidéo-projections, un tournoi de foot, des sketches...

1.2.3. Dépistage et recueil des données

Les séances de dépistage se sont déroulées sur une période de 2 jours dans les différentes scieries du département d'Adzopé à savoir la Nouvelle Scierie d'Adzopé (NSA) qui emploie 380 salariés, la Fabrique Ivoirienne de Parquet (FIP) qui emploie 650 salariés, la scierie Inprobois qui emploie 550 salariés et la scierie Tropical Bois qui emploie 800 salariés

Ces séances se sont déroulées de manière chronologique à différents stands mis en place par l'équipe de dépistage constituée de médecins conseils, d'infirmiers et d'étudiants en thèse de pharmacie.

La confidentialité des renseignements obtenus sur les sujets de l'étude a été respectée car les noms des travailleurs ne figuraient sur aucune des fiches de l'enquête ayant servi à la réalisation de l'étude.

Les volontaires voulant se faire dépister, se rendaient aux différents stands et étaient soumis à une série de questions présentes sur la fiche d'enquête. (*voir paragraphe 1.1.3*)

Après cette étape, les sujets étaient reçus par les infirmiers pour des mesures anthropométriques : La prise de poids en kilogramme (kg) à l'aide d'une balance électronique, La mesure de la taille en mètre (m) à l'aide de la toise, La mesure du tour de taille en centimètre (cm) prise à mi-distance entre la base inférieure de la dernière côte et la crête iliaque à l'aide d'un mètre-ruban, la recherche d'œdème au niveau des membres inférieurs par palpation.

L'IMC (Indice de Masse Corporelle) a été déterminée à l'aide de la formule suivante : poids (en kg) divisé par taille (en m) au carré ($IMC = \text{Poids} / \text{Taille}^2$)

Les mesures ont été réalisées pieds nus et tête nue.

Ensuite les volontaires étaient mis au repos en position assise dans des chaises pendant 5-10 minutes avant la prise de la tension artérielle.

Les pressions artérielles ont été mesurées par un tensiomètre automatique à deux reprises sur chaque bras et le résultat donné était la moyenne des deux mesures.

Après la prise de la tension artérielle, les volontaires ont été reçus par les médecins afin de recevoir des conseils appropriés pour une meilleure prise en charge de la maladie pour ceux déjà déclarés hypertendus et des conseils pratiques pour éviter l'apparition de la maladie pour les sujets non hypertendus.

2. Définitions des concepts

Les définitions suivantes ont été utilisées. Elles ont été établies pour la majorité par l'OMS pour l'analyse des données des enquêtes *STEPwise* [42] :

- **Alcool**

La norme a été fixée en Verre Standard (VS), comprenant 8 à 10g d'alcool pur.

C'est celui qui est usuellement servi dans les bars. Il équivaut à :

Un shot de 3cl d'alcool fort à 45° (vodka, whisky)

Un verre dosé à un volume de pastis à 45° (3 cl) pour 5 volumes d'eau

Un apéritif à 18° (7cl)

Un ballon de vin ou une flûte de champagne à 12° (10 cl)

Un verre de bière « forte » à environ 8,5° (12,5 cl)

Un demi de bière à 5° (25 cl)

Un verre (25 cl) de cidre à 5°

- Norme OMS : 4 verres pour les hommes / 3 verres pour les femmes

- Actuellement alcoolique : toute personne consommant de l'alcool régulièrement ou occasionnellement.

- Ancien alcoolique : toute personne ayant consommé des boissons alcoolisées dans le passé et qui n'en consomme plus.

- **Tabac**

- Actuellement tabagique : toute personne consommant du tabac sous toutes ses formes régulièrement ou occasionnellement.

- Ancien tabagique : toute personne ayant consommé du tabac quelque soit la forme dans le passé et qui n'en consomme plus.

- **Activité physique (pratique de sport)**

L'activité physique est estimée par la fréquence de cette activité par semaine et de sa programmation.

- Sportifs : toute personne qui pratique une activité physique au moins une fois par semaine et de façon programmée ;

- Non sportifs : toute personne qui ne pratique pas ou qui pratique un sport de façon occasionnelle

- **HTA**

La pression artérielle a été mesurée sur le bras gauche à deux reprises, espacées d'au moins 3 minutes et après un temps de repos de 10 minutes.

L'HTA est définie par une pression artérielle systolique ≥ 140 mm Hg et/ou une pression artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg ou par la prise actuelle d'un traitement médical pour tension artérielle élevée.

- **Corpulence**

La corpulence a été déterminée à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC), calculé selon la formule : poids (en kg) divisé par taille (en m) au carré.

Les mesures ont été réalisées pieds nus et tête nue. Les intervalles utilisés sont les suivants :

- Maigreur : $IMC < 18,5$ kg/m²
- Corpulence normale : $IMC = [18,5-25,0[$
- Excès de poids : $IMC = [25,0-30,0[$
- Obésité : $IMC > 30,0$ kg/m²

- **Obésité abdominale**

L'obésité abdominale est évaluée à partir du périmètre abdominal, mesure prise à mi-distance entre la base inférieure de la dernière côte et la crête iliaque. Selon les seuils de l'OMS, l'obésité abdominale est atteinte à partir de 102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme.

- **Régime sodé**

- Norme OMS : consommation de sel de moins de 5 grammes/jour
- Régime hypersodé : l'ajout d'un surplus de sel au repas normalement salé
- Régime hyposodé : repas sans sel ou très peu salé

- **Notion de stress**

Etat de perturbation provoqué par la confrontation à un environnement ou une situation difficile (professionnel, familial, lucratif).

Un individu était dit stressé lorsqu'une situation ou un événement dénotait un malaise physique et psychique (angoisse, anxiété) comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être.

- **Milieu de vie**

Le milieu rural : toutes personnes vivant dans les villages aux alentours de la ville d'Adzopé.

Le milieu urbain : toutes personnes vivant dans les différentes villes de la région de la ME.

- **Couverture sociale**

Toute personne bénéficiant d'une assurance maladie

- **Situation matrimoniale**

- Célibataire : toute personne en âge de vivre en couple ou d'être mariée mais qui n'a pas de conjoint dans sa vie amoureuse et/ou sexuelle. En général, on considère que le célibat ne s'applique pas aux personnes veuves.

- Concubinage : toutes personnes adultes vivant ensemble de façon durable et notoire sans avoir célébré leur union de façon officielle.

- Divorcé : toute personne ayant rompu légalement son mariage

- Marié : toutes personnes ayant officialisé leur union par un organisme d'état, juridique, ou religieux.

- Veuve : toute personne dont le conjoint est décédé.

- **Facteurs de risque (FdR) d'une maladie**

Paramètres en fonction desquels varie la probabilité d'être atteint de cette maladie.

Il peut s'agir de traits inhérents à l'individu (âge, sexe), de facteurs liés au style de vie (alimentation, tabac, alcool, etc.) et de certaines valeurs physiologiques (TA, cholestérolémie, glycémie, etc.).

- **Prévalence**

Pourcentage de sujet hypertendus dans l'échantillon.

3. Saisie et traitement des données

Toutes les données collectées ont été centralisées, saisies à l'aide d'un logiciel appelé *EPI data* et traitées à l'aide d'un autre appelé *SPSS (Statistical package for social sciences)*.

Les variables ont été exprimées par leur pourcentage par rapport aux effectifs.

Chapitre 2 :
**RESULTATS ET
COMMENTAIRES**

Les scieries comptaient environ 2380 travailleurs. L'étude a porté en définitive sur 759 soit 31,62% personnes ayant participées volontairement au dépistage.

I. Données socio-démographiques

1. Sexe

Tableau IV : Répartition de la population selon le sexe

Sexe	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Femme	62	8
Homme	697	92
Total	759	100

Les sujets de sexe masculin étaient plus nombreux (92%). Le sexe ratio était de 11,5.

2. Age

Tableau V : Répartition selon l'âge

Age (ans)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
[18– 30]	178	23,50
[31– 40]	299	39,40
[41– 50]	225	29,60
[51– 66]	57	7,50
Total	759	100

Les sujets appartenant à la tranche d'âge 31– 40 ans étaient les plus nombreux (39,40%).

3. Milieu de vie

Tableau VI: Répartition de la population selon le milieu de vie

Milieu de vie	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Urbain	746	98
Rural	13	2
Total	759	100

Les travailleurs habitant en ville étaient les plus nombreux (98%).

4. Situation matrimoniale

Tableau VII: Répartition de la population selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Célibataire	180	23,72
Concubinage	461	60,73
Mariage	102	13,44
Divorce	5	0,66
Veuf	11	1,45
Total	759	100

La majorité des travailleurs vivait en couple sans être marié (60,73%).

5. Niveau de scolarisation

Tableau VIII : Répartition de la population selon le niveau de scolarisation

Niveau scolaire	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Non scolarisé	169	22,3
Primaire	204	26,9
Secondaire	323	42,5
Supérieur	63	8,3
Total	759	100

Les sujets dépistés avaient pour la majorité le niveau d'étude secondaire (42,55%).

II. Prévalence de l'HTA

Tableau IX : Répartition de la population selon le statut tensionnel

Statut tensionnel	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Hypertendu connu	44	6
Hypertendu non connu	94	12
Normotendu	621	82
Total	759	100

L'incidence de l'HTA était de 12% après les prises tensionnelles.

138 sujets présentaient des mesures supérieures à 140/90mmHg soit une prévalence de 18%.

III. Facteurs de risque

Les facteurs de risque modifiables de l'hypertension ont été recherchés dans la population de 621 sujets normotendus

Tableau X : Répartition selon le nombre de facteurs de risque.

Nombre de facteurs de risque	Effectif (n)	Pourcentage (%)
0	31	5
1	382	61,3
2	136	22
3	54	8,7
4	18	3

La majorité des sujets normotendus présentaient au moins 1 facteur de risque.

1. Normotendus ayant un facteur de risque

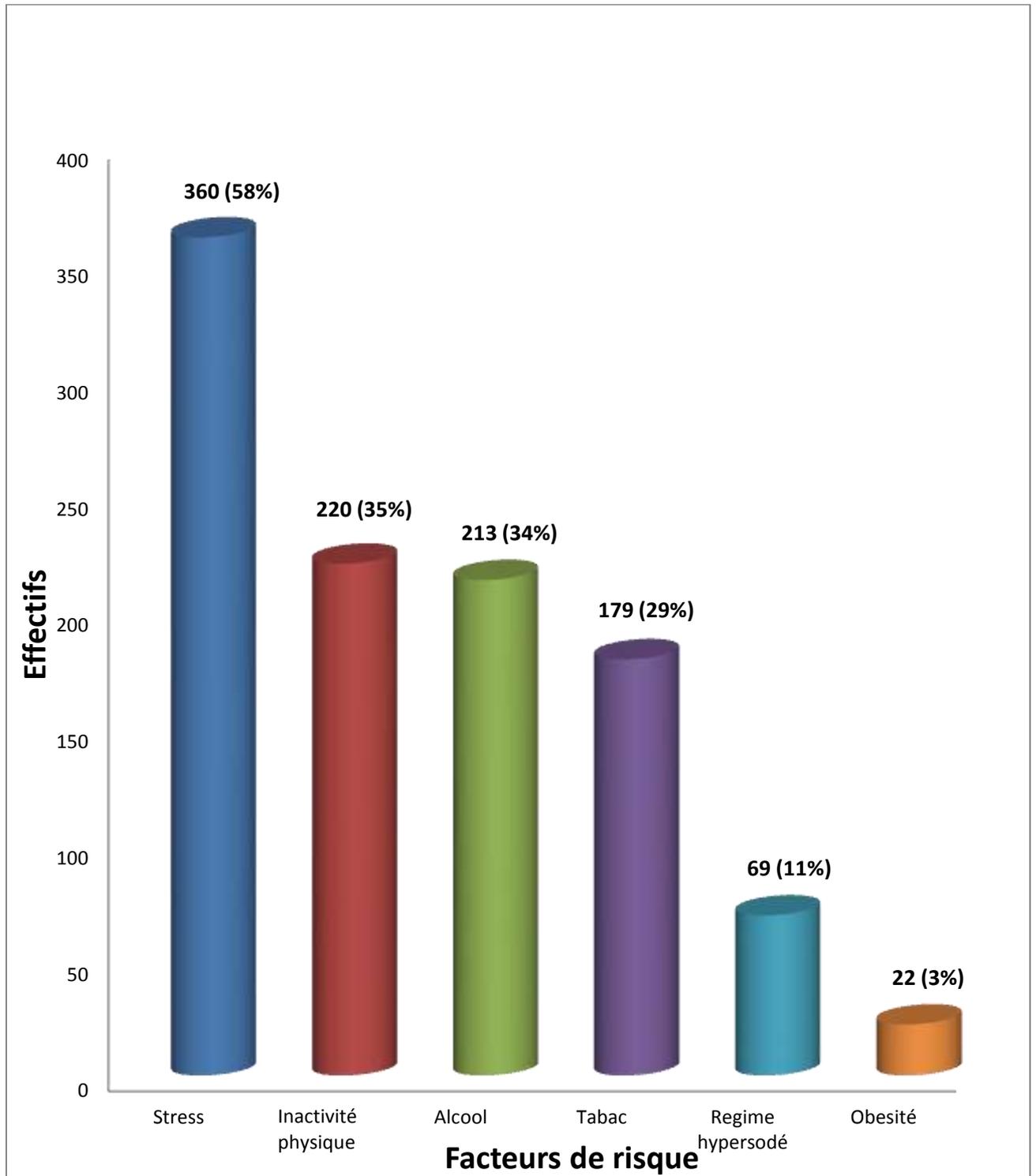


Figure 4 : Effectifs par facteur de risque

Le stress était le facteur de risque prédominant (58%)

2. Normotendus ayant deux facteurs de risque

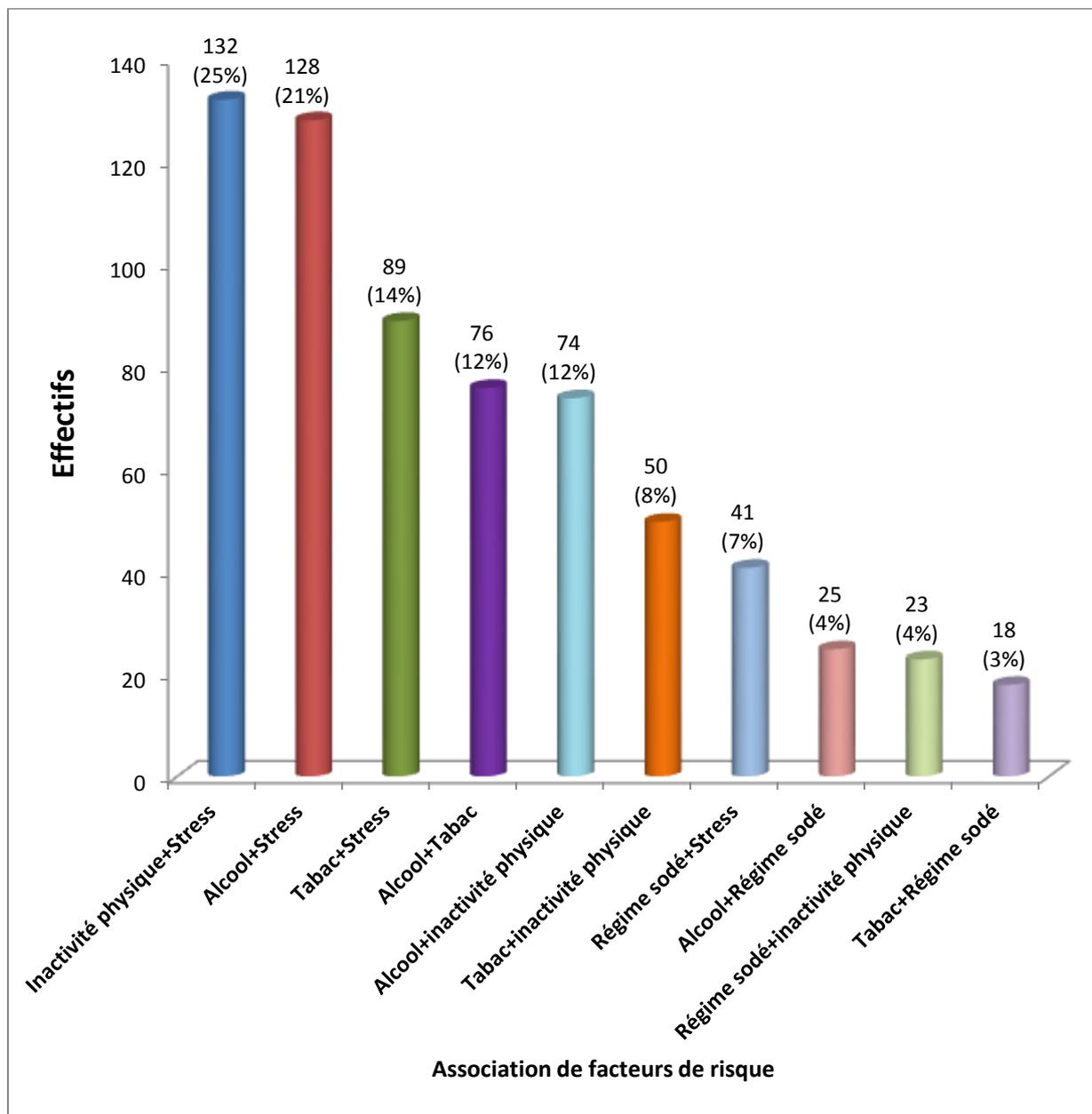


Figure 5 : Association de deux facteurs de risque

L'association « stress + inactivité physique » était la plus répandue chez les sujets dits normotendus (25%).

3. Normotendus et trois facteurs de risque

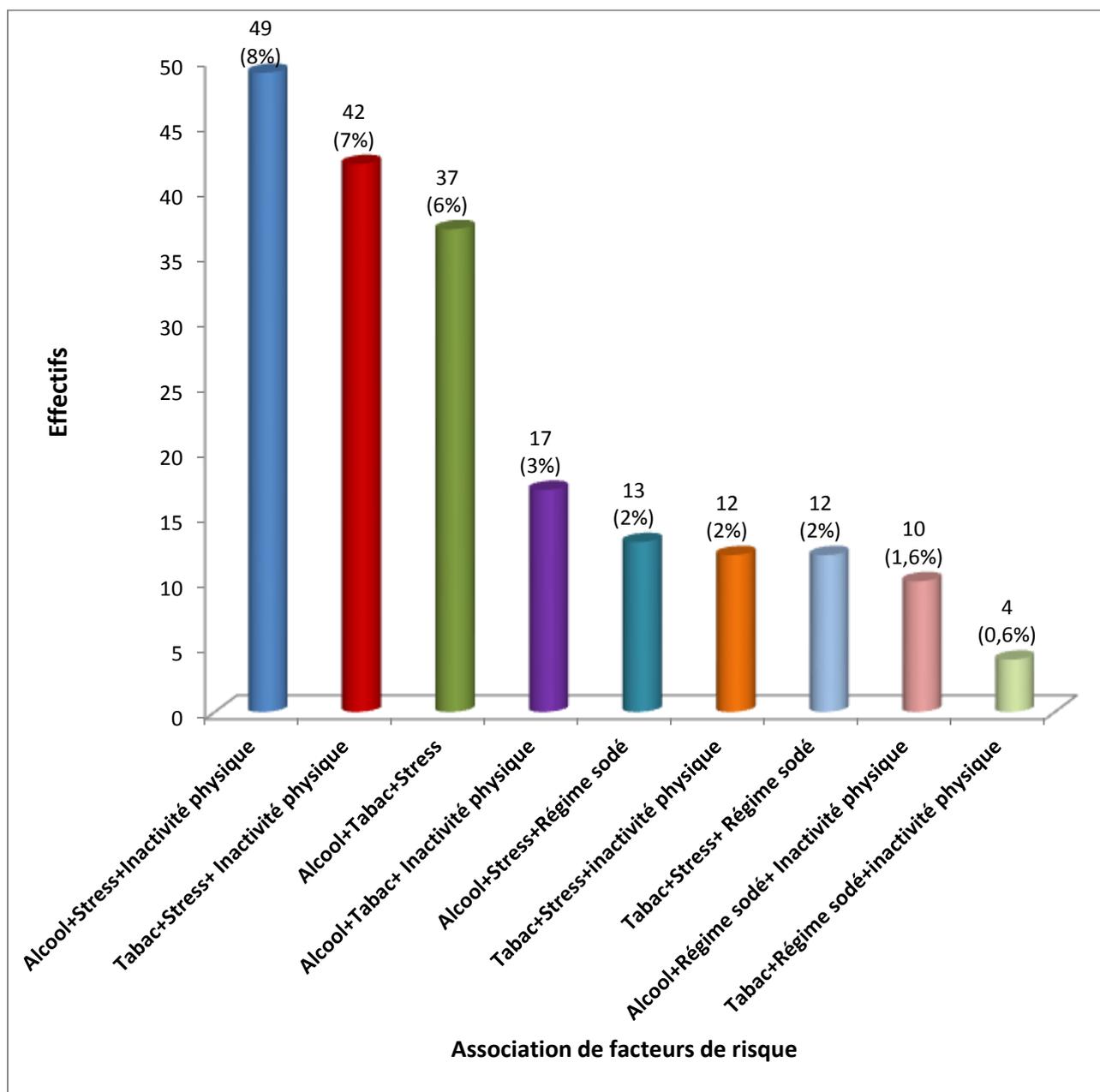


Figure 6 : Association de trois facteurs de risque

L'association « alcool+ stress + inactivité physique » était prédominante chez les sujets dits normotendus (8%).

4. Normotendus et quatre facteurs de risque

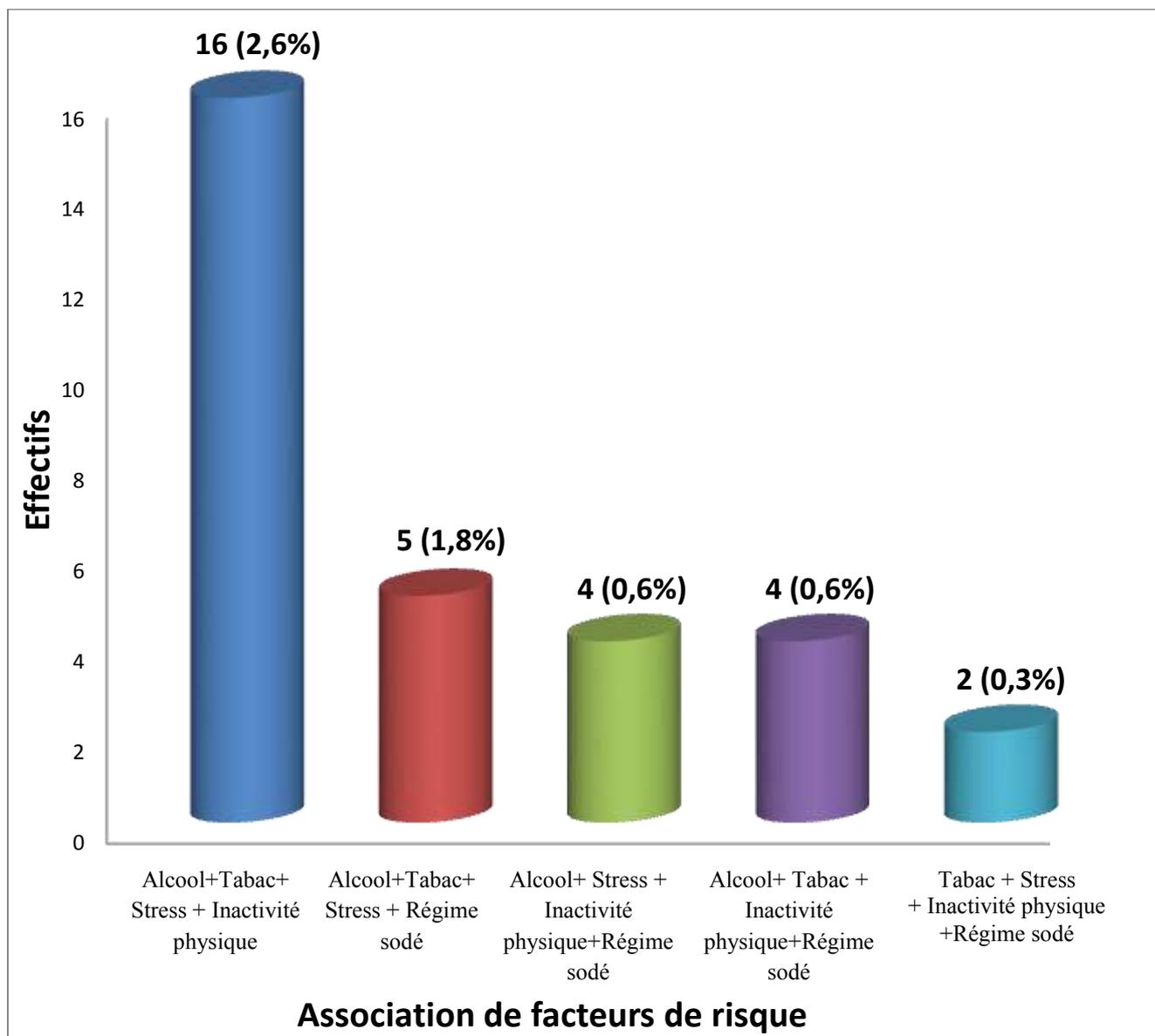


Figure 7: Association de quatre facteurs de risque

L'association « alcool + tabac + stress + inactivité physique » était la plus fréquente chez les sujets exposés à quatre facteurs (2,6%).

DISCUSSION

I. Données socio-démographiques

1. Sexe

L'enquête a permis d'observer dans cette population une prédominance masculine (92%). Ce résultat est en accord avec ceux réalisées au port autonome d'Abidjan (Côte d'Ivoire) en 1995 par Koffi N. M. [33], et dans six entreprises au Cameroun en 2010 par AA Bitu Fouda et al. [1] qui ont rapporté respectivement une prédominance masculine de 86,6%, et 70%. En effet cette inégalité pourrait être due à l'effort physique important déployé dans ce métier.

2. Age

Dans cette série, les travailleurs avaient un âge compris entre 18 et 66 ans avec une forte représentation des sujets âgés de 31 à 40 ans. Cette prédominance de sujets jeunes observée au sein des scieries pourrait être due au recrutement d'une main d'œuvre au vue des activités réalisées dans ces scieries comme le tronçonnage, l'écorçage, le découpage et le sciage du bois qui nécessitent d'intenses efforts physiques.

3. Milieu de vie

Cette enquête a permis de noter que la quasi-totalité des travailleurs habitaient en milieu urbain (98%). Cette tendance serait due à la localisation des scieries dans le département d'Adzopé.

4. Situation matrimoniale

Dans cette série de travailleurs dépistés, la majorité (60,73%) vivait en concubinage et 23,72% étaient célibataires, Cette tendance observée pourrait être due à l'importance accordée au mariage traditionnel au profit du mariage civil dans la plupart des régions africaines [39,45].

5. Niveau de scolarisation

La grande majorité des travailleurs avaient au moins le niveau primaire. Les travailleurs de niveau secondaire représentaient 42,55 % de la population d'étude. Cependant 22% des employés étaient non scolarisés.

Au vue de cette observation, Travailler dans une scierie requiert aussi bien des compétences physiques que des compétences intellectuelles.

II. Prévalence de l'HTA

Dans cette population, ce sont 138 personnes qui présentaient des tensions au-dessus des normes de pression artérielle, soit 18% de la population dépistée.

Parmi ceux-ci 6 % se connaissaient hypertendus et 12% ne se savaient pas hypertendu.

La prévalence observée est inférieure à celle estimée à 29,7% par Koffi N.M. [33]. Elle est également plus faible par rapport à celles estimées respectivement à 31,8% par J. Maatoug et al. [28] chez des employés en entreprises industrielles en Tunisie et 24% par AA Bita dans six entreprises de Douala (Cameroun). Elle reste tout de même élevée. Certaines enquêtes menées dans les milieux de travail montrent que la prévalence d'HTA dépendait de la profession et des conditions de travail. Pour Vallès M. et al. [60] par exemple le taux de prévalence d'HTA estimé chez les travailleurs du milieu hospitalier était de 9,7 % alors que Idahosa P.E. et al. [27] l'évaluaient à 8,2 % chez les policiers, 8,8 % chez les fonctionnaires au Nigeria. BEN NACEUR et al. [11] situaient le taux de prévalence d'HTA à 15,7 fois plus élevé chez le personnel du Commerce qu'en population générale en Afrique du Nord.

III. Facteurs de risque

L'étude a pu mettre en évidence un certain nombre de facteurs de risque de l'hypertension artérielle chez les sujets dits normotendus travaillant dans ces scieries. Certains sujets présentaient (61,3%) un seul facteur de risque avec une prédominance du stress (58%) suivi par ordre décroissant de l'inactivité physique (35%), de la consommation d'alcool (34%), de la consommation de tabac (29%), de la consommation excessive de sel (11%) et l'obésité (3,54%). D'autres cumulaient deux (22%), trois (8,7%) et quatre (3%) facteurs de risque. Les associations prédominantes étaient respectivement représentées par « stress + manque de sport » (25%), « stress + activité physique + Alcool » (8%) et « alcool+ tabac +stress +activité physique » (2,6%). Cette addition pourrait provoquer une augmentation du risque de développer une hypertension artérielle au long cours comme le démontre les critères de Framingham et de scores faisant état du risque absolu de développer respectivement une maladie cardiovasculaire et une maladie fatale en fonction du nombre de facteurs de risque cardio-vasculaires développés[32].

Les sujets qui présentent plusieurs facteurs de risque ont de forte chance de voir leur tension artérielle augmentée et développer au long cours une maladie cardiovasculaire et/ou une maladie fatale si rien n'est fait.

Diminuer les facteurs de risques est donc le premier pas vers la prévention.

Chaque facteur de risque agirait par différent mécanisme sur la variation de la tension artérielle.

1. Stress

Le stress est un facteur très répandu en milieu professionnel. Des études réalisées telles que celle de Koffi en 1995 au port autonome d'Abidjan (Côte d'Ivoire), de Laraqui O et al. en 2008 portant sur l'évaluation du stress chez les travailleurs de la santé au Maroc ont permis respectivement de montrer des prévalences de 54%, et 21,7%[33, 35].

Vincent Gay et al. [62] en 2007 dans son étude portant sur la détermination des conduites dopantes en milieu professionnel à Paris (France) a montré que 39,2% des salariés ayant participé à l'étude consommaient des produits dopants (24,9 % des médicaments, 10,3 % du tabac, 7,5 % de l'alcool, 2,1 % du cannabis). Ces consommations étaient liées surtout à des contraintes professionnelles et/ou familiales.

Des situations professionnelles engendrent des comportements pouvant induire une HTA, comme consommer l'alcool, le tabac et/ou une substance dopante [60] ou avoir une mauvaise alimentation.

Le stress et les soucis sont surtout connus comme étant des facteurs qui entretiennent cette pathologie. L'exposition au stress en milieu professionnel doit être prise en considération lors de la mise en œuvre des programmes de prévention du stress au travail.

2. Inactivité physique

Dans notre série, 35 % des sujets ne pratiquaient pas d'activité physique.

Le manque d'exercice physique selon un rapport de l'OMS en juin 2016, est l'un des 10 principaux facteurs de risque au regard de la mortalité mondiale alourdissant la charge des maladies non transmissibles et affectant la santé en général à l'échelle mondiale. Les personnes ayant une activité physique insuffisante ont un risque de décès majoré de 20% à 30% par rapport à celles qui sont suffisamment actives [43].

Une activité physique régulière suffisante améliore la musculature et les performances cardiorespiratoires, la santé osseuse et les capacités fonctionnelles, réduit le risque d'hypertension, de cardiopathie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral, de diabète et est fondamentale pour l'équilibre énergétique et la maîtrise du poids [43].

3. Alcool

Dans notre étude, la prévalence de l'alcoolisme était estimée à 34 %.

Les mécanismes par lesquels la consommation d'alcool agit sur la tension artérielle sont mal connus. Par contre la relation entre la consommation d'alcool et la modification de la tension artérielle est réel.

Dr Philippe Presles, médecin généraliste et essayiste français [46] montre au travers d'une étude réalisée par une équipe de l'université de médecine de New Orléans aux Etats-Unis dont le but était de réanalyser les résultats de 15 études cliniques dans lesquels une réduction de la consommation d'alcool avait été programmée dans le but de vérifier l'impact de cette mesure sur les chiffres de pression artérielle. Elle a permis de colliger 2234 cas bien documentés.

Il ressort de leur travail que chez les grands buveurs (plus de 3 verres par jour), la réduction la consommation d'alcool permet d'obtenir une baisse significative des chiffres tensionnels de l'ordre de 2 mm Hg pour la tension diastolique. Une telle baisse permet d'obtenir une diminution de 6 % du risque de faire un infarctus du myocarde et de 15 % de faire un accident vasculaire cérébral. Cet effet est obtenu rapidement, et ce durant 8 semaines en moyenne.

Il est d'autant plus important que la pression de base est élevée et la consommation d'alcool importante.

D'autres études ont montré qu'une faible consommation d'alcool avait des résultats positifs non seulement sur la pression artérielle, qui diminuait, mais aussi sur la mortalité par accident cardiaque ou cérébral [15, 19, 34, 47, 50]. Bien que nous ne connaissions pas encore les mécanismes sous-jacents à une telle observation, il est possible de conclure qu'en matière d'alcool, la modération est de règle.

4. Tabac

Le tabagisme est un facteur de risque retrouvé chez 29% des sujets enquêtés dits normotendus.

Selon la littérature l'influence du tabagisme sur la PA est difficile à préciser. Des études réalisées ont montré une élévation de la PA après la consommation d'une cigarette. Celle réalisée en 1985 sur 19 patients hypertendus par Baer L. et Radichevich I. a permis d'observer une augmentation moyenne de la PAS de 11mmHg et de la PAD de 9 mmHg après 10 minutes après la consommation d'une cigarette[7]. Des résultats analogues ont été notés chez les normotendus. L'augmentation serait liée à un accroissement du tonus sympathique avec des taux accrus de noradrénaline plasmatique à l'origine d'une augmentation du rythme cardiaque d'environ 40 %. Cette élévation tensionnelle dure 15 à 20 minutes en moyenne.

Par contre, une autre étude transversale réalisée par Benowitz et Sharp [12] sur 288 conducteurs de bus londoniens, a montré une corrélation inverse significative entre le taux de cotinine sérique (le principal métabolite de la nicotine) et la pression diastolique et systolique qui ne pouvait pas être expliquée par l'âge, le poids corporel ou la consommation d'alcool. En effet, les fumeurs avaient une PA plus basse que les non-fumeurs.

La consommation de tabac favoriserait également les HTA réovasculaires par athérome des artères rénales et l'évolution vers la malignité de certaines formes d'HTA.

5. Régime sodé

Concernant la consommation de sel, 11% des travailleurs reconnaissent en consommer en excès (supérieure à 5g / jour).

De nombreuses études de différents types ont démontrées le rôle du sodium non seulement dans la régulation normale de la pression artérielle mais aussi dans la

physiopathologie de l'hypertension artérielle. L'une des études clef dans le domaine a été l'étude INTERSALT réalisée en 1997 qui a porté sur 10079 sujets des deux sexes âgés de 20 à 59 ans et qui a testé les deux hypothèses antérieures intra- et inter-population sur 24 heures, l'excrétion de sodium et de la pression artérielle. Cette étude montrait pour la première fois que les populations ayant un apport très faible en sodium avaient une pression artérielle significativement plus basse et particulièrement une augmentation moindre de la pression artérielle avec l'âge [40].

De nombreuses études de moindre envergures mais également bien contrôlées ont été réalisées et ont confirmé l'effet positif d'une réduction de la consommation sodée en particulier chez les patients hypertendus [40].

6. Obésité

Dans cette série de sujets dits normotendus, seulement une minorité (3,54%) était des obèses.

Selon un rapport de l'OMS en juin 2016, La cause fondamentale de l'obésité et du surpoids est un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées due à une augmentation de la consommation d'aliments très caloriques riches en lipides et de l'augmentation du manque d'activité physique en raison de la nature de plus en plus sédentaire de nombreuses formes de travail, de l'évolution des modes de transport et de l'urbanisation croissante [44].

La hausse de l'IMC est un facteur de risque majeur pour certaines maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires

Selon une enquête incluant un million d'américains réalisée par Stamler et al. la fréquence de l'hypertension artérielle (PAD supérieure à 95 mmHg) est nettement plus élevée chez les obèses que chez les non obèses [56].

IV. DIFFICULTES DE L'ETUDE

L'étude souffrait de certaines insuffisances. Son analyse fait apparaître des résultats intéressants.

- Insuffisance de communication

Lors de l'enquête il y a eu certaines irrégularités en ce qui concerne la communication sur l'évènement. En effets le dépistage s'étant effectué sur deux jours, dans une scierie qui était programmée pour le second jour, les employés étaient mobilisés le premier jour. Cela a occasionné un faible taux de participation le jour de dépistage sur ce site.

- Mesure des paramètres biologique

Pour l'évaluation des facteurs de risque métabolique, la prise en compte de la glycémie et du dosage du cholestérol sanguin aurait permis d'explorer au mieux le risque métabolique.

CONCLUSION

L'hypertension artérielle est une affection en pleine ascension dans nos régions africaines surtout en Côte d'Ivoire. Plusieurs études réalisées montrent l'importance que l'on doit accorder à cette pathologie dite « silencieuse ».

Cette étude réalisée sur 759 travailleurs de quatre scieries du département d'Adzopé, majoritairement masculin et à prédominance jeune a permis dans un premier temps, d'estimer la prévalence de l'hypertension à 18% nécessitant que les autorités tant sanitaires qu'administratives en tiennent compte dans l'organisation des services de soins en milieu professionnel.

Dans un deuxième temps, la recherche des facteurs de risque chez les sujets normotendus montre que le stress est le facteur le plus retrouvé suivie successivement du manque de sport, de la consommation d'alcool, de la consommation de tabac, de la consommation excessive de sel et de l'obésité.

Certains cumulaient deux, trois voire quatre (3%) de ces facteurs de facteurs, augmentant ainsi les risques de développer une hypertension dans les années à venir. La prévention, la modification et la prise en charge des facteurs de risque permettrait de réduire la morbidité et la mortalité liées à cette pathologie.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude les recommandations proposées sont les suivantes :

Aux différents responsables des scieries

Les entreprises pourraient :

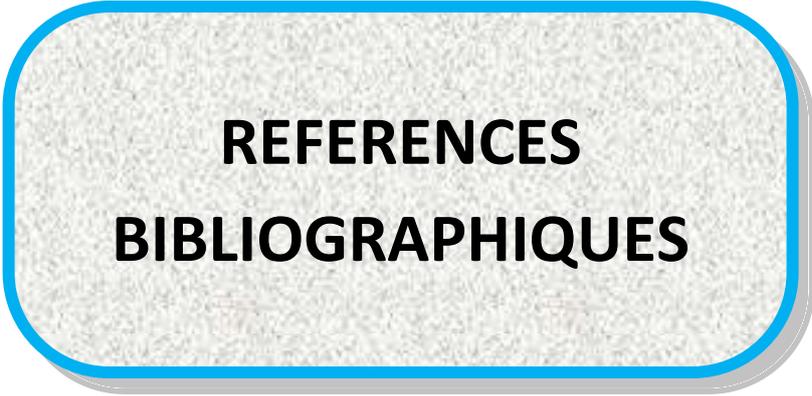
- Effectuer des examens systématiques obligatoires pour les employés dès leur admission dans l'entreprise ;
- Effectuer des bilans de santé annuels des travailleurs, ce qui pourrait permettre de déceler et de prendre en charge les cas d'hypertension artérielle ou autres anomalies ;

Aux médecins traitants des scieries

- Elaborer des programmes de promotion des facteurs modifiables comme moyen efficace de prévention des maladies cardiovasculaires ;
- Assurer une éducation du patient à sa maladie par une information complète et compréhensible pour une meilleure prise en charge de la maladie

Aux employés des scieries

- vérifier régulièrement la tension artérielle (au moins 1 fois par semaine)
- avoir un mode de vie sain (éviction du tabac, alcool, de l'alimentation équilibrée, régime en sel équilibré, pratique d'un sport d'entretien)
- apprendre à gérer son stress (dédramatiser certains événements, pratiquer une pensée positive, réorganiser son environnement en fixant des priorités...)



**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

1- Bita A., Fouda D., Lemougoum et al.

Etude épidémiologique de l'hypertension artérielle chez les travailleurs à Douala, Cameroun.

Rev. Med. 2011.125p.

2- Africagate

L'Hypertension Artérielle : l'Afrique affiche le plus fort taux de prévalence au monde.

J.Med. 2013, 6:279p

3- Aguero Torres H, Fratriglioni L, Lindberg J et al.

Hypertension in the elderly population: prevalence data from an urban area in Sweden.

Aging (Milano).1994, 6 (4) :249-55.

4- Armario Garcia P., Hernandez Del Rey R., GasullaRoso J.M. et al.

Obesity and arterial hypertension : A cross-sectional study of their prevalence in the population of Hospitale de Llobregat.

Rev Clin Esp. 1990; 187 (5) : 223-8.

5-Ashaye M, Giles W

Hypertension in blacks: A literature review.

Ethnic disease. 2003. 456p.

6- Ayman D.

Heredity in arteriolar (essential) hypertension: a clinical study of blood pressure in 1,524 members of 277 families.

Arch. Intern. Med. 1934, 53 :792-803.

7- Baer L. and Radichevich I.

Cigarette Smoking in Hypertensive Patients.Blood Pressure and Endocrine Responses.

American Journal of Medicine.1985 ;78(4) : 564-568.

8- Balecoidjo V.

Marketing pharmaceutique: études des marchés des IEC., place et intérêt dans le traitement de l'hypertension artérielle

Th. Pharm. Abidjan, Côte d'Ivoire. 1994.128p.

9- Bamouan Boyala Y.

Etude sur les inhibiteurs calciques et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion : contexte sociodémographique et analyse du marché.

Thèse pharm. Abidjan. Cote d'Ivoire. 2011. 103p.

10-Behard, Prunier, Revue, Sabotin, Zagury.

Facteurs de risque cardiovasculaires. In IDE memo aout 2008 : Medecilline ; 2008 [pages consultées le 07/11/2014]. Disponible sur :

[http://www. Infirmiers.com/étude/cours/cardio/anévrisme](http://www.Infirmiers.com/étude/cours/cardio/anévrisme)>

11- Ben Naceur, Ben Ayed.

Epidémiologie de l'hypertension artérielle en Afrique du Nord.

VIIIème Congrès sur l'hypertension artérielle, Milan 3-4 juin 1981.59p

12- Benowitz NI, Sharp DS

Inverse relation between serum cotinine concentration and blood pressure in cigarette smokers.

Circ. Med. 1989, 80 : 1309-12.

13- Bonnardeaux A.

Génétique de l'hypertension artérielle essentielle.

Médecine- Science. 1996, 12 : 575-81.

14- Brahimi S.

Recommandation 2007 pour la prise en charge de l'hypertension artérielle. Alger, 2008 [pages consultées le 25/08/2008]. Disponible sur :

<<http://www.authorstream.com/presentation/medespace-77030-recommandation-pour-la-prise-en-charge-de-hta-medecine-recommandation-dr-brahimi-science-technology-ppt-powerpoint>>

15- Cairns V, Kleinbaum D, Doering A, Stieber J.

Alcohol consumption as a risk factor of high blood pressure.Munich Blood Pressure Study.Hypertension 1984; 6: 124-31.

16-CISMeF (catalogues et index des sites médicaux français)

L'hypertension artérielle : 2007 [Pages consultées le 15/03/2007]. Disponible sur : <<http://www.chu-rouen.fr/cismef/aide/indexaccueil.html>>

17- Cleveland Clinic Center.

Effets de l'alimentation et l'apport de sodium sur la pression artérielle : analyse en sous-groupe de l'essai DASH-sodium. 135
Ann. Intern. Med. 2001 ; 135 : 1019-1028.

18- Coulibaly O. M.

Hypertension artérielle et sa prise en charge thérapeutique dans le service de cardiologie « A » de l'hôpital du Point « G ».
Th. Med. Bamako. 2001 ; 114 : 75p.

19- Dyer AR, Cutter GR, Armstrong MA, Friedman GD, Hugues GH, Dolle JJ et al.

Alcohol intake and blood pressure in young adults: the cardia study.
J. Clin. Epidemiol. 1990 ; 43 : 1-13.

20- Fortin C., Beaulieu J.

L'hypertension, la tueuse silencieuse.
Montréal : Ed. Publistar. 2004. 156 p

21- Foucarde L. Paule P.

Mafart B. hypertension en Afrique subsaharienne : Actualité et perspectives ;
Med. Trop. 2007; 67 : 559-567.

22- Faure E.

L'hypertension artérielle in Caducet.net. L'hypertension artérielle. 2002. [pages consultées le 24/07/2014] Disponible sur :
<<http://www.caducet.net/hypertension.asp.html>>

23- Gillum AF.

The association of the ratio of waist to hip girth with blood pressure, serum cholesterol, and serum uric acid in children and youths aged 5-17 years.
J. Chron. Dis. 1987 ; 40 : 413-20.

24- Guide Thérapeutique

L'hypertension artérielle, 4^e éd. « programme plus ».
Paris : Masson. 2006 : 160-163.

25- Hedstrand H., Aberg H.

Detection and characterization of middle-aged men with hypertension. Acta. Med. Scand. 1976 ; 199 : 273-80.

26- Hypertension artérielle dans le monde

Données épidémiologiques issues de 199 pays de 1980 à 2008. SFHTA Février 2011 ; Lancet vol. 337 [page consulté le 23/07/2014] Disponible sur : <http://www.sfhta.eu/lhypertension-arterielle-dans-le-monde-donnees-epidemiologiques-issus-de-199-pays.>>

27- Idahosa P.E. Hypertension: an ongoing health hazard in Nigeria workers. Am. J. Epidemiol. 1987 ; 125 (1) : 85-91.

28- J. Maatoug, A. Salem, S. Bhiri, N. Zammit, H. Ghannem.

Prévalence de l'hypertension artérielle chez des employés en entreprises industrielles, Sousse Tunisie.
Ed. Masson. 201. 228p.

29- Journées de l'hypertension artérielle.

Journée de l'hypertension artérielle, Abidjan Dec. 2006. [page consulté 18/09/2016] Disponible sur : http://www.gouv.ci/_actualite-article.php?recordID=3475

30- Katherine M. Flegal, Brian K. Kit, Heather Orpana, Barry I. Graubard.

Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories: A Systematic Review and Meta-analysis [archive] *JAMA*. 2013;309(1):71-82.

31- Kirkiacharian S.

Guide de chimie thérapeutique .Paris : Ellipse. 1996 :173-96.

32- Koffi A.

Prise en charge des patients atteints d'hypertension artérielle à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA).

Rapport ICA. Abidjan (Côte d'Ivoire). 2006. 6p.

33- Koffi N.M.(1), Sally S.J.(2), Kouamé P., Silue K., Diarra Nama A.J. Facies de l'hypertension artérielle en milieu professionnel à Abidjan.

Méd. Afrique Noire. 2001, 48 (6) : 258-260

34- Lang T, Degoulet P, Aime F, Devries C, Jacquinet, Salord MC, Fouriaud C.

Relationship between alcohol consumption and hypertension prevalence and control in a French population.

J.Chron. Dis. 1987 ; 40 : 713-20.

35- Laraqui O., Laraqui S., Tripodi D., Caubet A., Verger C., Laraqui CH.

Évaluation du stress chez le personnel de santé au Maroc: à propos d'une étude multicentrique

Arch. Mal. Profes. Environ. 1989, 69(5) : 672-682

36- Ligue mondiale contre l'hypertension artérielle.

Sel et Hypertension artérielle : deux tueurs silencieux 17 mai 2009.

[Consulté le 15/09/2016] Disponible sur :

<<http://www.kidney.ca/document.doc?id=280>>

37- Mancia G, De Backer G, Dominik zak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al.

ESH-ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC).

Blood. Pressure. 2007 ; 16(3) : 135-232

38- Marcelle Aka.

Hypertension artérielle : La Côte d'Ivoire enregistre un taux de prévalence de 33,4%.

RevPress. Frat. Mat. 2015 ; 5079 : 3-4.

39- Mfoungué C.

Le mariage africain, entre tradition et modernité : étude socio-anthropologique du couple et du mariage dans la culture gabonaise. Thèse de doctorat. Université Paul Valéry- Montpellier III. 2012

40- Michel Burniera, Grégoire Wuerznera, Murielle Bochudb ; Consommation de sel et hypertension artérielle CHUV, Lausanne; a Service de Néphrologie et Hypertension, b Institut de Médecine Sociale et Préventive, Forum. Med. Suisse. 2014; 14(11) :218–220.

41- Neal B. Mc Mahon S. Chapman N.

Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: Results of prospectively designed overviews of randomized trials. Blood pressure lowering treatment trialists collaboration. Lancet. 2000 ; 356: 1955-64.

42- OMS

Le Manuel de Surveillance STEPS de l'OMS: L'approche STEPwise de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005.

43- OMS

Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé Rapport d'une consultation OMS. Série de rapports techniques N° 384. Genève: Organisation mondiale de la Santé, Juin 2016.

44- OMS

Surpoids et Obésité. Série de rapports techniques N° 331. Genève: Organisation mondiale de la Santé, Juin 2016.

45- Opoku K.T. le mariage africain et ses transformations. Geneve-Afrique, 1972, vol. 11, N°1, p3

46- Philippe Presles.

Boire moins d'alcool pour faire baisser sa tension artérielle. 2001: 34-35

[Consulté le 25/09/16] Disponible sur :

www.e-sante.fr/boire-moins-alcool-pour-faire-baisser-sa-tension.../745

47- Prévention Cardio

L'hypertension artérielle : 2006, [pages consultées le 03/11/2014]. Disponible sur: <http://www.prevention-cardio.com/lhypertensionarterielle>.

48- Puddey ID, Beilin LJ, Vandongen R.

Regular alcohol use raise blood pressure in treated hypertensive subjects. A randomisedcontrolled trial.

Lancet. 1987; 1: 647-51.

49- Raison J.

Conséquences cardio-vasculaires de l'obésité associée à l'hypertension artérielle.

Presse Med. 1992 ; 21 : 1522-5.

50- Recommandation de l'ESH-ESC 2003

Prise en charge de l'hypertension artérielle en médecine générale.

Journal of hypertension.2003 ; 21: 1011-53.

51- Savdie E, Gross light G, Adena H.

Relation of alcohol and cigarette consumption to blood pressure and serum creatinine levels .JChron Dis 1984; 37: 617-23.

52- See more at:<http://ardci-rd.org/index.php/vie-des-regions/lame#sthash.4fDHh95r.dpuf>

53- Société Québécoise d'hypertension artérielle

Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension, Montréal (Canada), Société Québécoise d'hypertension artérielle. 2016. 92p.

54- Sosner P., V. Gremeaux, L. Bosquet, D. Herpin.

Hypertension artérielle et exercice physique - Mise au point pratique. Ann CardiolAngeol, Paris. 2014;63(3) : 197-203

[Consulté le 10/05/2016] Disponible sur <<http://dx.doi.org/j.ancard.2014.05.003>

55- St George PM., Williams S. Stanton WR, Silva PA. Smoking and blood pressure in 15 years-olds In dunned in, new zealand.Br Med J. 1991; 89:302p.

56-Stamler R, Stamler J, Riedlinger WF, Algera G, Roberts DH. Weight and blood pressure. Findings in hypertension Screening of a million americans. J Am Med Ass.1978; 240: 1607-10.

57- Steven L. Sauter, Murphy, Jr, Hurrell, jj, et al. Les facteurs psychosociaux et organisationnels. Encyclopédie de la santé et la sécurité autravail, Genève : Bureau international du travail. 1998. 4838p.

58- Steven van de Vijver, Akinyi, Hilda, OTI, Samuel, et al. Rapport de situation sur l'hypertension dans la revue Afrique consultative pour la 6e session de la Conférence de l'Union africaine des ministres de la Santé sur. De NCD Pan African Medical Journal.2013 ;16 (1).

59- Stokes GS.

Hypertension and alcohol: is there a link?
J Chron Dis 1982; 35: 759-62.

60- United States Department of Health and Human Services. National institutes of health.

National heart lung and blood institute national high blood pressure education program. Bethesda, MD. Seven report of joint national committee on prevention detection, evaluation and treatment of high blood pressure : Bethesda national institute of health.May 2003. [pages consultées le 28/07/2014] Disponible sur: <www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension>

61-Vallès M, Maté G, Bronsoms J, Campins M, Roselló J, Torguet P, Mauri JM.

Prevalence of arterial hypertension and other cardiovascular risk factors among hospital workers].
Med Clin (Barc). 1997 Apr 26; 108(16):604-7.

62-Vincent Gay, Éric Houdoyer et Gilles Rouzard . Conduites dopantes en milieu professionnel : étude sur un échantillon de travailleurs parisiens, 2008, Thérapie 2008 Novembre-Décembre; 63 (6): 453-462.

63-Vionnet N, Stoffel M, Takeda J, Yasuda K, Bell G, Zouali H, Lesage S, Velho G, Iris F, Passa P, Froguel P, Cohen D. Nonsense mutation in the glucokinase gene causes early on set non-insulin-dependent diabetes mellitus. Nature 1992;356: 721-2.

64- Ward R.

Familial aggregation and genetic epidemiology of blood pressure. In: Laragh J, Brenner B, eds. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. New York: Raven Press, 1995 : 67-88.

65- Wilkins K, Campbell NRC, J Offres MR, McAlister FA, Nichol M et al. Blood pressure in Canadian adults. Health Reports. 2010; 21(1): 37-46.

ANNEXES

**FICHE DE COLLECTE DES DONNEES AU COURS DE LA CAMPAGNE DE
SENSIBILISATION ET DE DEPISTAGE DE L'HTA**

1

Date :

Numéro :

DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	
Age (ans) :	
Sexe : M= Masculin F= Féminin	
Niveau de scolarisation : 1= Non scolarisé 2= Primaire 3= Secondaire 4= Supérieur	
Profession : 1= Fonctionnaire 2= Commerçante 3= Ménagère 4= Vendeuse 5= Paysan 6=Couturière/coiffeuse 7= secteur privé 8= sans-emplois 9=Autres à préciser.....	
Situation matrimoniale : 1: Célibataire 2: Concubinage 3: Divorcée 4: Mariée 5: Veuve	
Nationalité : 1= Ivoirien 2= Non ivoirien à préciser	
Si ivoirien, préciser le groupe ethnique : 1= Akan 2= Krou 3= Mandé 4= Voltaïque	
Milieu de vie : 1=rural 2= urbain	
Résidence actuelle : 1= Adzopé 2= hors Adzopé	
Couverture sociale : 1= oui 2= non	
ANTECEDENTS PERSONNELS ET MODE DE VIE	
HTA : 1= Oui 2= Non	
Si oui, mode de suivi : 1= Spécialiste 2= Généraliste 3=Médecine traditionnelle 4= Médecine Moderne + Traditionnelle 5= Non suivi 6= Autre à préciser	
Si oui, coût mensuel de la prise en charge :	
Auto surveillance régulière tension : 1= Oui 2= Non	
Diabète : 1 = Oui 2= Non	
Tabac : 1=Actuellement tabagique 2=Ancien tabagique (durée en année.....) 3=Non tabagique	
Alcool : 1=Actuellement Alcoolique 2=Ancien alcoolique (durée en année.....) 3=Non Alcoolique	
Stress : 1= Aucun 2= Quotidien Type de stress :1= Professionnel 2= familiale 3= autre....	
Régime sodé : 1= Normal 2= Hyper sodé 3= Hypo sodé	
Activité physique : 1=oui 2=non si oui : 1=Marche 2=Sports d'équipe 3= Autre à préciser	
Hypercholestérolémie : 1= Oui 2= Non	
ANTECEDENTS FAMILIAUX	
HTA : 1= Oui 2= Non	
DIABETE : 1= Oui 2= Non	
OBESITE : 1= Oui 2= Non	
EXAMEN PHYSIQUE	
TA :	
Tour de taille :	
Poids (kg) :	
Taille (cm) :	
IMC :	
OMI : 1= oui 2= non	
COMPLICATIONS HTA 1=AVC 2=IC/IDM 3=Néphropathie 4=retinopathie 5= aucune complication 6 Autre à précisé.....	
PATHOLOGIE : 1= HTA Connu 2= HTA non connu 3= ABSENCE D'HTA	
TRAITEMENT	
Type de traitement : 1= Régime alimentaire 2= Monothérapie 3= Bithérapie 4= Trithérapie	
Médicaments utilisés (spécialité pharmaceutique) :	
Observance thérapeutique : 1= Mauvaise 2= Bonne 3= Très bonne	
Traitement associé : 1= Antidiabétique 2=Hypocholestérolémiant 3= Aucun 4=Autres (à préciser)	
Automédication : 1= oui 2= non	

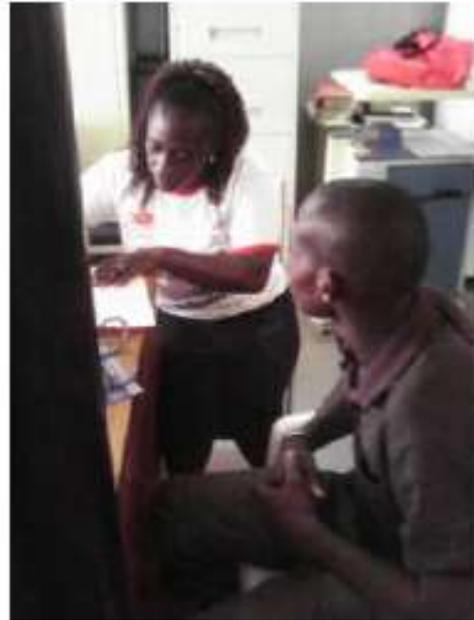
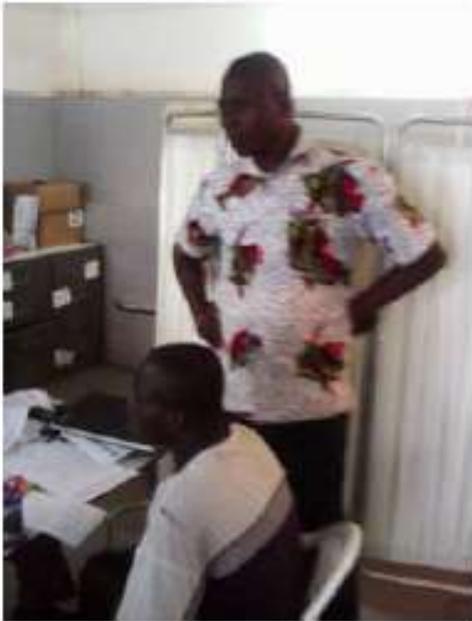
Annexe 1: Fiche de collecte



Annexe 2 : Formation du personnel de santé à Akoupé



Annexe 3 : Séance de sensibilisation à la mosquée et à l'église méthodiste



Annexe 4 : Séance de dépistage

RESUME

Justification

L'hypertension artérielle (HTA) constitue aujourd'hui un véritable problème de santé publique de par sa prévalence et ses complications. En Côte d'Ivoire, la prévalence était estimée en 2015 de 33,4% dans la population générale.

Très peu d'études décrivent l'ampleur de ce problème de santé en milieu professionnel. Le but de cette étude réalisée dans les scieries du département d'Adzopé était de déterminer la prévalence de l'HTA et de rechercher les facteurs de risques associés chez les travailleurs normotendus des scieries.

Matériel et méthodes

L'étude de type transversale à visée descriptive s'est déroulée sur 2 jours dans les scieries du département d'Adzopé en prélude à la journée mondiale de l'hypertension artérielle. Elle a porté sur les travailleurs des scieries, des deux sexes, de toutes les catégories professionnelles, qui ont accepté de participer volontairement à l'enquête. Le recueil des données s'est fait au moyen de fiche d'enquête comportant les données sociodémographiques, anthropométriques et cliniques de chaque sujet.

Résultats

Notre échantillon était constitué de 759 sujets dont 621 normotendus et 138 hypertendus d'où une prévalence de 18% avec 12% de nouveau cas d'hypertension artérielle.

Au plan socio-démographique, on a observé une prédominance masculine (92%) avec forte représentation de sujet dont l'âge est compris entre 31 et 40 ans. La majorité avait un niveau scolaire.

En ce qui concerne les facteurs de risque chez les sujets normotendus, l'étude a montré que le stress était le facteur de risque prédominant. Certains cumulaient deux (22%), trois (8,7%) voire quatre (3%) facteurs de risque et les associations les plus retrouvées étaient respectivement: « Stress + activité physique », « Stress + activité physique + alcool » et « Stress + activité physique + alcool + tabac ».

Conclusion

L'étude a permis de montrer une prévalence élevée d'hypertension artérielle en milieu professionnelle avec la présence de nombreux facteurs de risque chez les normotendus.

Mots clés: Hypertension artérielle, facteurs de risques, normotendus, scierie, Adzopé
- Côte d'Ivoire