

République Algérienne Démocratique et Populaire

Université d'ORAN
Faculté des Sciences Sociales



Mémoire de fin d'étude
En vue de l'obtention le master

Thème :

L'hypertension artérielle et ses facteurs de risque

Réalisé par :

M^{elle} BELHADJI Yamina

Encadré par :

Mr. DELEND Aïssa

Promotion : 2014 -2015

SOMMAIRE

Cadre méthodologique.

Problématique..... I

Objective..... II

CHAPITRE : 01

1.1. Les caractéristiques démographiques et sanitaires.

1.1.1. Introduction générale

1.1.2. Présentation de l'Algérie..... 1

1.1.3. L'évolution de la structure de la population par grand groupe d'Age et le sexe..... 2

1.1.4. Organisation administrative et sanitaire..... 3

1.2. HTA en l'Algérie aspect sociodémographique.

1.2.1. Introduction..... 4

1.2.2. Transition épidémiologique..... 5

1.2.3. Définition des concepts (hypertension artérielle)..... 6

1.2.4. Les type de l'hypertension artérielle..... 7

1.2.5. Les causes et le traitement de l'hypertension artérielle. 8

1.2.6. Répartition de la tentions artérielle (TA) selon les classes de 12

L'OMS.....

1.2.7. Prévalence de l'hypertension artérielle dans le monde..... 13

1.3. L'hypertension artérielle en l'Algérie (enquête TAHINA 2005) 13

1.3.1. Tension artérielle (TA) chez les personnes âge de 35 à 70ans selon les 14
caractéristique socio démographique (sexe, âge, milieu, la région).....

1.3.2. *L'hypertension artérielle(HTA)* 23

1.3.3. Prévalence de l'HTA (enquête 2005) 23

1.3.4. Prévalence de l'HTA (enquête 2002)..... 32

1.3.5. Prévalence de l'HTA (enquête 2006) 35

Chapitre 02

| | |
|--|------------|
| 2.1. Les facteurs de risque de l'hypertension artérielle..... | 37 |
| 2.1.1. Les facteurs modifiables | 38 |
| 2.1.2. Les facteurs non modifiables..... | 39 |
| 2.1.3. Marche à suivre..... | 42 |
| 2.1.4. Les facteurs de risque selon l'enquête TAHINA 2005..... | 45 |
| Conclusion générale. | |
| <i>Source des données.....</i> | III |
| <i>Liste des tableaux.</i> | IV |
| <i>Liste des figures.</i> | V |
| <i>Liste des Abréviations</i> | VI |

Remerciements

Je rends grâce à DIEU le tout puissant qui m'a raccourci le chemin et m'a accordé la volante d'étudier.

Les recherche qui ont abouti à la rédaction de ce mémoire ont été effectuées sous la direction de M .DELINDA auquel je tiens a exprimer ma profonde gratitude pour les réflexions et les conseils du 'il a apportés à mon travail.

Je remercie tous les professeurs de l'institut de démographie.

Je remercie Mlle HACHEM Amel

Je remercie Karima de l'office nationale des statistique pour les service qu'elle ma rendus .En fin , mes remerciements s'adressent aux membres du jury.

Amina

Dédicaces

- Je dédie ce travail à tous ceux qui m'ont soutenu et encouragé durant mes années d'études et particulièrement à ma chère mère.
- À mes sœurs et mes frères, que DIEU les protège.
- À mes ami(e)s.
- À ceux avec qui j'ai passé des moments inoubliables et dont j'ai gardé mes meilleurs souvenirs.

1.1.1. Introduction générale :

Si l'amélioration de la santé de la population ne peut se concevoir sans une médecine et une politique de santé performantes, ces derniers ne peuvent se réaliser sans recherche biomédicale et en santé qui devront répondre aux attentes en matière de santé dans population et contribuer à l'efficacité et la qualité des services de santé.

L'hypertension artérielle demeure aujourd'hui un facteur de risque majeur avec le développement de plusieurs complications dont, entre autres, la coronaropathie, les accidents vasculaires cérébraux, la maladie artérielle périphérique et l'insuffisance rénale. Les plus récentes statistiques démontrent que la prévalence de l'hypertension artérielle n'a pas diminué au cours des 20 dernières années. Un adulte sur cinq est atteint d'hypertension artérielle et, au-delà de 60 ans, c'est un adulte sur deux qui en est atteint. Au cours de ces dernières années, des percées intéressantes ont eu lieu tant au plan des traitements pharmacologiques qu'au plan des interventions de modification des habitudes de vie. Cependant, l'organisation actuelle des soins et des services ne permettent pas une utilisation optimale de ces découvertes médicales et beaucoup de chemin reste à parcourir dans la prise en charge des personnes atteintes d'hypertension artérielle. Il semble ainsi que l'une des solutions privilégiées par les professionnels de la santé serait de tirer profit au maximum des connaissances, des habiletés et des capacités distinctes de tous les membres de l'équipe de soins. L'hypertension peut être soit primaire soit secondaire. L'hypertension primaire ou essentielle a une étiologie inconnue et est la plus fréquente. L'historique d'une tension artérielle élevée est indispensable pour la prise en considération d'une exemption pour usage thérapeutique autorisant l'utilisation d'un traitement médical. L'hypertension secondaire est rare et peut être attribuable à une atteinte du parenchyme rénal, une hypertension réno-vasculaire, une coarctation aortique, un phéochromocytome, un syndrome de Cushing, un aldostéronisme primaire, un syndrome d'apnée du sommeil ou un médicament. Le traitement de l'hypertension secondaire varie considérablement d'un patient à l'autre.

Problématique :

Le problème de santé publique est le manque de soins de santé et de soin pour les malades, peut import le type de malade et d'autre maladie chronique en particulier et la maladie hyper tentions artérielle de propriétaires privé qui ont besoin de soin spéciaux en matière de santé.

Cette pathologie nous intéresse au niveau démographique par :

- les facteurs de risque démographique qu'ils sont associés.
- ses conséquences létales.
- ses risque pour les malades .

Le mémoire va essayer de répondre au question suivante :

Qu'elle facteur sociaux démographique sont associer à l'hypertension artériel et qu'elle est le degré de leur impact ?

- Qu'elle conséquence à cette pathologie sur les phénomènes démographique telle que la mortalité ?
- qu'elle l'évolution prendra cette pathologie dans la société Algérienne ?

Les objectifs

- Déterminer les facteurs socio démographique de cette pathologie.
- déterminer les conséquences de L'HTA sur les phénomènes démographiques comme la mortalité.

Chapitre :01

Les caracteristiques demographiques et sanitaires (HTA)

1.1.2. Présentation géographique de l'Algérie

L'Algérie est située au nord-ouest du continent africain s'étalant sur une superficie de 2, 381,71km² avec 3% de terres cultivables et 85% de désert l'Algérie est le deuxième pays d'Afrique en superficie après le soudan et le dixième du monde.

Avec 1200 km de côtes, l'Algérie est ouverte sur la méditerranée au nord et se situe entre sept pays, la Tunisie et la Libye a l'est, le Maroc et le Sahara occidental à l'ouest, la Mauritanie le Mali et le Niger au sud.

L'Algérie se compose de 48 wilayas, de 547 daïras et de 1541 communes. La wilaya est la plus grande entité administrative. Elle est constituée d'un ensemble de daïras dont chacune se compose d'un groupe de communes. La commune constitue la cellule de base de l'organisation administrative du pays, elle est composée au plan territorial d'une ou de plusieurs agglomérations. Les communes sont découpées en districts qui sont des portions de territoire qui regroupent en moyenne 1100 personnes en milieu aggloméré et 600 personnes au zone éparse, le découpage en grappes de communes est réalisé lors de la préparation de chaque recensement général de la population et de l'habitat.

1.1.2. Données démographiques

La population résidente totale est estimée à :

- 34, 080,030 millions d’habitants en 2008
- 37, 900,000 millions d’habitants en 2013
- 38, 700,000 millions d’habitants en 2014

La structure de la population par âge des moins de 15 ans représente 9552068 et plus de 15 ans jusqu’à 60 ans est représenté par 219618 62 les 60 et plus 2566102.

En 2008, le taux d’accroissement est égal à 1,6% en 2008.

Le taux de mortalité s’élève à 4,53 % en 2012

Tableau : 01

1.1.2 Evolution de la structure par grand groupes d’âge de la population algérienne selon le sexe (1966-2008)

| sexe | Moins de 20 ans | | | 20 à 59 ans | | | 60 ans et plus | | | Accroissement naturel moyen | |
|------|-----------------|-------|-------|-------------|-------|-------|----------------|------|------|-----------------------------|------------|
| | Max | Fem | Tot | Max | Fem | Tot | Max | Fem | Tot | mois de 20 ans | 60 et plus |
| 1966 | 59,4 | 55,4 | 57,4 | 34,1 | 37,8 | 35,9 | 6,5 | 6,9 | 7 | | |
| 1977 | 59,7 | 56,8 | 58,2 | 34,5 | 37,4 | 36 | 5,9 | 5,8 | 6 | 3,5 | 1,6 |
| 1987 | 55,5 | 54,5 | 55 | 38,9 | 39,6 | 39,2 | 5,6 | 5,7 | 6 | 3,4 | 4,1 |
| 1998 | 48,7 | 48,7 | 48,3 | 44,9 | 45,1 | 45,1 | 6,3 | 6,6 | 7 | 1 | 4,1 |
| 2008 | 39,08 | 38,29 | 38,69 | 53,54 | 54,01 | 53,77 | 7,37 | 7,68 | 7,52 | / | / |

Source Recensement générale de la population et de l’habitat, pour 1966,1977, 1987,1998 et 2008.

1.1.4. Organisation sanitaire

Cinq régions sanitaires ont été créées en 1995 : Constantine au nord-est de pays Alger au centre nord Oran au nord-ouest Béchar au sud-ouest et Ouargla au sud-est. Les observatoires Régionaux de la Santé (ORS) sont des annexes de l'institut national de la santé publique (INSP). Ces observatoires sont implantés au niveau de chacune de ces régions.

Tableau : 02

Répartition des wilayas par régions sanitaire(1999).

| Centre | Ouest | Est | Sud _Ouest | Sud_Est |
|-----------------|----------------|--------------|-----------------------|----------------|
| Alger | Oran | Constantine | Bechar | Ouargla |
| Chlef | Relizane | Annaba | Tindouf | Illizi |
| Blida | Tlemcen | Tebessa | Adrar | Tamarasset |
| Boumerdes | Saida | Souk_ahras | Naima | ElOued |
| Tipaza | Sidi Belabes | OumElbouaghi | ElBayadh | Biskra |
| Tizi_ouazou | Tissemsilt | Khenchela | | Ghardaia |
| Béjaia | Mascara | Sétif | | |
| Bouira | Tiaret | M'sila | | |
| Medéa | Ain_Temouchent | Batna | | |
| Djelfa | Mostaganem | El_Taraf | | |
| Laghouat | | Guelma | | |
| Aindéfla | | Skikda | | |
| Bourdjbouarridj | | Jijel | | |
| | | Mila | | |

Introduction

Après l'indépendance l'Algérie souffrait d'une situation sanitaire défavorable, alors que le gouvernement avait pris l'aspect sanitaire comme étant un des problèmes majeurs nécessitant une solution ainsi il y avait comme objectif principal l'amélioration de l'état de santé de la population et cela en réduisant les taux de mortalité observés.

La classification des causes de mortalité indique que les maladies cardiovasculaire, y compris hypertension artérielle qui touche 12 à 13% de la population, occupe la première position suivi par le cancer avec une incidence de 12000 nouveaux cas par an puis viennent les accidents.

1.2.2. La transition épidémiologique

Les mutations socio-économiques qui connaît l'Algérie et qui s'inscrivent dans une phase de transition tout azimut ne sont pas sans conséquence sur la santé. Elles s'insèrent essentiellement dans la trilogie « transition épidémiologique, transition démographique, et transition économique et culturelle ». La relation de la mortalité en général et de celle de l'enfance en particulier, le rôle de la morbidité liée à l'environnement et au vieillissement et la montée de besoins nouveaux en matière de santé constituent les principaux aspects de la transition épidémiologique que la recherche se propose de décrire. De plus les menaces nouvelles et croissantes à caractère non seulement local mais régional et mondial telles que l'abus des substances illicites et les risques infectieux professionnels doivent figurer à l'ordre du jour de la recherche.

1.2.3. L'Hypertension Artérielle (HTA)

L'Hypertension Artérielle (HTA) est une *pathologie* de santé publique qui touche 10 à 30% de la population adulte mondiale ¹; elle touche 20% de la population adulte française, soit environ 7 millions de personnes. En Algérie, selon le Professeur Merad président de la société algérienne d'hypertension artérielle (**SAHA**) plus de 2 millions de cas sont dépistés ; ce chiffre risque de se multiplier en l'absence d'une politique de prévention.

Les professionnels du domaine considèrent l'**HTA** comme une maladie pernicieuse qui se développe en silence pour s'annoncer subitement à un stade avancé. La pression artérielle correspond à la pression (ou poussée) exercée par le sang contre les parois des artères. Cette pression est exprimée par deux valeurs correspondant au "maxima" et au "minima".

Chez un même individu, la pression artérielle subit des variations normales d'un jour à l'autre et fluctue d'un moment à l'autre au cours de la journée. Ainsi les valeurs baissent généralement dans la nuit et, à l'inverse, remontent au petit matin et augmentent par à-coups sous l'effet de certaines émotions (colère, peur, douleur, excitation). Lorsque les valeurs restent trop élevées de façon permanente, on parle alors d'hypertension artérielle(**HTA**)²

Actuellement, tout le monde s'accorde à définir la tension normale selon les critères établis par l'**OMS**, en fonction desquels une tension artérielle est considérée comme normale.

¹ Hypertension artérielle : PR N.CHRAIBI, Réseau Francophone d'HTA (RFHTA).

² L'Hypertension artérielle c'est quoi ? Par le Comité Français de Lutte contre l'HTA (CFLHTA)

Pour un adulte de plus de 18 ans Si :

- La **P**ression **A**rtérielle *Systolique* (Le chiffre supérieur) est inférieure à 140 mm de mercure.
- La **P**ression **A**rtérielle *Diastolique* (Le chiffre inférieur) est inférieure à 90 mm de mercure.

On parlera d'hypertension artérielle si :

- La **PAS** est supérieur à 160 mm/Hg.
- La **PAD** est Supérieur à 95 mm/H

En fonction des chiffres de **PAD**, l'hypertension sera :

- **Légère** : Si la **PAD** est comprise entre 90 et 105 mm/Hg.
- **Modérée** : Si la **PAD** est comprise entre 105 et 115 mm/Hg.
- **Sévère** : Si la **PAD** est supérieure à 115 mm/Hg.⁽³⁾

1.2.4. Les types d'hypertension artérielle :

a. HTA primaire essentielle : Chez 90 à 95% des patients hypertendus³, la cause est inconnue, mais il y a des facteurs prédisposant :

- L'âge : La tension artérielle augmente avec l'âge chez 2/3 de personnes.
- Sexe : L'élévation avec l'âge accélère l'hypertension après la ménopause chez les femmes, et après 60 ans chez les hommes.
- L'hérédité.
- Obésité.
- Consommation excessives du sel (Na), et d'alcool éthylique.

³ L'hypertension artérielle : Essentielle, Secondaire : PR T. Hannedouche ; Nephrohus 2000.

- Consommation insuffisante de potassium (K)
- Apnée du sommeil.
- Stress.

b. HTA Secondaire : Chez 5 à 10% des patients hypertendus, l'**HTA** est dite « secondaire » parce qu'elle est curable avec le traitement spécifique de la cause.

1.2.5. Les Causes

Ces causes sont principalement:

- Maladie rénale.
- Age < 30 ans ou > 60 ans.
- Alcoolisme et Tabagisme.
- Diabète du type II.
- Médicaments (contraception orales, anti-inflammatoires).
- Obésité.
- Apnée du sommeil

1.2.5. Causes de la Pression Artérielle élevée

L'hypertension artérielle survient de plus en plus fréquemment chez la femme en raison de la prise de poids relativement importante observée ces dernières années chez les femmes en âge de procréer. Cela pose des problèmes de prise en charge puisque la majorité des médicaments hypertenseurs sont contre-indiqués pendant la grossesse. Par ailleurs, il existe des formes très particulières d'élévation de la pression artérielle au cours de la grossesse. Il s'agit de la toxémie gravidique qui touche des femmes qui n'étaient pas hypertendues et qui peut revêtir des formes très dangereuses à la fois pour l'enfant et pour la femme en fin de grossesse (Eclampsie). Le plus souvent, cela survient au cours de la première grossesse. Cela nécessite une surveillance du risque de fuite d'albumine dans les urines, qui peut

être un marqueur précoce d'atteinte rénale. D'où la nécessité pour les femmes enceintes d'une surveillance régulière de la pression artérielle.

1.2.5. Traitement :

Il y a des préventions pour réduire l'**HTA** telles que :

- Maigrir et baisser le taux de Cholestérol dans le sang.
- Réduire la consommation du sel.
- Pratiquer un exercice physique (Marche à pied).

1.2.5. Le traitement non médicamenteux

Le traitement non médicamenteux doit être mis en œuvre chez tous les hypertendus. Il peut s'avérer pleinement efficace, ou permettre une réduction de la posologie du médicament nécessaire.

Ce traitement est indiqué pour les patients ayant une pression diastolique de 90-94 mm Hg lésion au niveau des organes-cibles.

Il comprend :

La réduction pondérale

Une diminution de l'apport alimentaire en sodium abaissé à 60-100 mmol /jour (3,5- 5,5g/jour sous forme de chlorure de sodium)

Une restriction de la consommation d'alcool

Ces mesures ont toutes un effet favorable connu, bien que la réponse individuelle soit variable. Les effets tendent à s'additionner, et sont donc intéressants à conjuguer. La diminution de la pression sanguine doit atteindre l'objectif suivant :

Une pression systolique inférieure ou égale à 140 mm de Hg

Une pression diastolique inférieure ou égale à 85 – 90 mm de Hg ; mais passé l'âge de 75 ans, l'objectif doit être moins ambitieux.

1.2.5. Les traitements

Le traitement antihypertenseur vise à ramener les chiffres sous la barre des 140/90 mm Hg, afin de réduire au maximum le risque de complication cardiovasculaire sur le long terme.

Plusieurs facteurs favorisant l'hypertension sont modifiables par de simples mesures hygiéno-diététiques, en particulier la pratique d'une activité physique modérée pendant au moins 30 minutes par jour, une modération des apports en sel et de la consommation d'alcool, une perte de poids si cela s'avère nécessaire. Ces mesures sont contraignantes pour les patients car elles imposent un changement d'habitudes de vie, mais elles sont efficaces si elles sont bien appliquées. Néanmoins, en l'absence d'amélioration après trois mois, un traitement hypotenseur s'impose. Il devra le plus souvent être maintenu à vie s'il permet de contrôler efficacement la tension.

Il existe plusieurs classes thérapeutiques dont certaines peuvent être associées pour cumuler leurs effets :

Les diurétiques thiazidiques agissent sur les reins et favorisent l'élimination d'eau et de sel, Les bêtabloquants inhibent l'effet stimulant de l'adrénaline sur le cœur et ralentissent la fréquence cardiaque, limitant ainsi l'intensité de la pression du sang sur la paroi des artères, Les inhibiteurs calciques freinent l'entrée de calcium dans les cellules musculaires des artères, entraînant leur vasodilatation et donc une baisse de la pression artérielle. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et les inhibiteurs des récepteurs de l'angiotensine II (ARA2) bloquent tous deux le système rénine angiotensine impliqué dans le niveau de pression artérielle, Enfin, les inhibiteurs des alphas récepteurs agissent sur les récepteurs alpha-1 des cellules qui composent la paroi des vaisseaux sanguins. Ils sont le plus souvent prescrits en cas d'échec d'au moins deux autres traitements.

Certains patients ne répondent à aucun traitement malgré l'association de quatre classes thérapeutiques incluant un diurétique. On parle alors d'hypertension résistante. Elle concernerait entre 10 et 30 % des hypertendus selon les études.

Vers de nouveaux traitements contre les hypertensions résistantes

Les hypertensions résistantes sont une préoccupation majeure pour les cliniciens. Faute de pouvoir les contrôler, ils ne peuvent pas réduire les risques d'accidents cardiovasculaires chez les patients concernés. C'est pourquoi la recherche est aujourd'hui largement tournée vers l'étude de ces formes atypiques d'hypertension et la mise au point de nouveaux traitements.

Des chercheurs Inserm viennent par exemple d'identifier un nouveau gène responsable de l'hypertension hyperkaliémique familiale (syndrome de Gordon). Une mutation affectant le gène *KLHL3* déséquilibre les échanges ioniques Na^+ et Cl^- au niveau du rein et provoque une augmentation de la pression artérielle. Ces travaux suggèrent une nouvelle cible thérapeutique pour lutter contre cette forme d'hypertension familiale résistante.

Un nouveau traitement vient par ailleurs de voir le jour pour la prise en charge les hypertensions réfractaires aux associations médicamenteuses disponibles. Il s'agit de la dénervation rénale. Cette technique consiste à détruire les fibres nerveuses sympathiques qui engainent les artères rénales, en y appliquant un courant électrique de faible intensité. Ce traitement assez lourd : il nécessite l'insertion d'une sonde de radiofréquence dans les artères rénales pendant la durée du traitement et une hospitalisation de 48 heures. Il s'est montré efficace chez certains patients, avec un effet maximal trois mois après l'intervention. Cette technique étant très récente, elle est utilisée au compte-goutte. Ses effets indésirables et son bénéfice sur le plan cardiovasculaire sont encore à l'étude.

Enfin, une société privée développe actuellement une nouvelle classe thérapeutique pour traiter ces hypertensions résistantes. Initialement découverte par des chercheurs du Collège de France, de l'Inserm et du CNRS, cette nouvelle famille de molécules est celle des inhibiteurs d'aminopeptidase. Ils permettent d'inhiber le système rénine-angiotensine en agissant pour la première fois au niveau du

cerveau. L'Aminopeptidase transforme l'angiotensine 2 en angiotensine 3 au niveau central. L'hypertension possède des facteurs de risque multiples, qui interagissent.

1.2.6. Répartition de la tension artérielle (TA) selon les classes de l'OMS

L'OMS définit l'hypertension artérielle par une pression artérielle systolique (PAS) supérieure ou égale à 140mm/hg et ou une pression artérielle diastolique(PAD) supérieure ou égale à 90mm/hg et par toute personne prenant un traitement antihypertenseur. Par ailleurs elle classe les chiffres de tension artérielle (TA) en classes de pression sanguine (PA) (OMS_ISH Guidelives, 1999).

TA et mode de vie

Les aspects du mode de vie facteur de l'hypertension sont :

- Mode de vie occidental= HTA
- Changement nutritionnel (WAC1 k+, sucres, protéines...)
- Stress
- Alcool.
- Café
- Niveau socio _ professionnel défavorisé
- Sédentarité
- Tabac

| TA optimale | TAS | TAD |
|------------------|---------|-------|
| TA normale | <120 | <80 |
| TA normale haute | 120_129 | 80_84 |
| HTA légère(G1) | 130_139 | 85_89 |
| HTA modérée (G2) | 140_159 | 90_99 |
| HTA sévère(G3) | ≥180 | ≥110 |
| HTA syst isolée | ≥140 | ≥90 |

1.2.7. Prévalence l'HTA dans le monde

La prévalence de l'HTA est de 28% en Tunisie 26,3% en Egypte et 24,2% aux USA en Espagne cette prévalence est de 31,1% chez les hommes est de 27,7% chez les femmes alors que l'Arabie Saoudite elle est respectivement de 10,6% et 11,5% pour le Maroc 33,6% globale chez les hommes 30,2% et 37%chez les femmes.

1.3. L'hypertension artérielle en l'Algérie (enquête TAHINA 2005)

1.3.1. Répartition des classes de TA par sexe et âge

Le tableau n°4 représente la fréquence des classes de pression sanguine chez les individus de 35-75 ans par âge et sexe,

La fréquence des différentes classes de pression sanguine est comme suit:

48.51% pour la PA optimale, 22.85% pour la PA normale, 12.05% pour la PA normale haute ,11.71% pour l'HTA limite, 3.81% pour l'HTA modérée et 1.08% pour l'HTA sévère. Selon le sexe, la fréquence des trois classes d'HTA est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. La tendance inverse est observée pour la PA Optimale et la PA normale, alors que la fréquence de la PA normale haute ne diffère pas significativement selon le sexe ($p=0.102$).

La fréquence des PA optimale et normale diminue de façon significative avec l'âge. En revanche, la fréquence des autres classes augmente significativement avec l'âge.

Tableau 04 :

Fréquence des classes de pression sanguine chez les individus de 35-75 ans par âge et sexe

| PA% | PA optimale | PA normale | PA normale haute | HTA limite | HTA modérée | HTA sévère |
|-----------|-------------|------------|------------------|------------|-------------|------------|
| sexe | | | | | | |
| hommes | 49,98 | 24,83 | 11,42 | 9,81 | 3,11 | 0,84 |
| femmes | 47,46 | 21,44 | 12,5 | 13,05 | 4,3 | 1,24 |
| âge (ans) | | | | | | |
| 35_39 | 66,05 | 23,39 | 6,73 | 3,22 | 0,52 | 0,09 |
| 40_44 | 59,95 | 23,37 | 8,77 | 5,89 | 1,05 | 0,97 |
| 45_49 | 51,35 | 22,43 | 12,48 | 10,15 | 2,76 | 0,82 |
| 50_54 | 46,98 | 23,92 | 11,42 | 11,38 | 4,55 | 1,75 |
| 55_59 | 40,17 | 23,32 | 13,62 | 15,71 | 6,52 | 0,67 |
| 60_64 | 28,9 | 19,11 | 17,68 | 24,24 | 7,72 | 2,35 |
| 65_70 | 30,94 | 23,14 | 18,11 | 19,67 | 6,69 | 1,44 |

Source enquête TAHINA 2005

1.3.1. Répartition des classes par milieu et région

Le tableau n°5 représente la fréquence des classes de pression sanguine chez les individus de 35-75 ans par milieu et région,

La fréquence des PA optimale et normale ne diffère pas de façon significative selon le milieu de résidence ($p = 0.12$ et $p = 0.40$ respectivement). La fréquence de la PA normale haute et de L'HTA limite est plus élevée en milieu urbain. Celle de l'HTA modérée et de l'HTA sévère est plus élevée en zone rurale.

Concernant la région géographique, la fréquence la plus élevée de la PA optimale est retrouvée dans les hautes plaines (51.12%), suivie du tell (47.72%) et du sud (44.71%). La fréquence de la PA normale est de 23.54% dans le tell, 23.40% dans

le sud et 21.24% dans les hauts plateaux. La PA normale haute a une fréquence de 12.87% dans le sud, 12.40% dans le tell et 11.10% dans les hauts plateaux. La fréquence de l'HTA limite et l'HTA modérée ne diffère pas significativement selon la région de résidence ($p = 0.98$ et $p = 0.19$ respectivement). Pour l'HTA sévère on note un gradient nord/ sud de la fréquence qui va de 0.76% dans le tell à 3.19% dans le sud.

Tableau :05

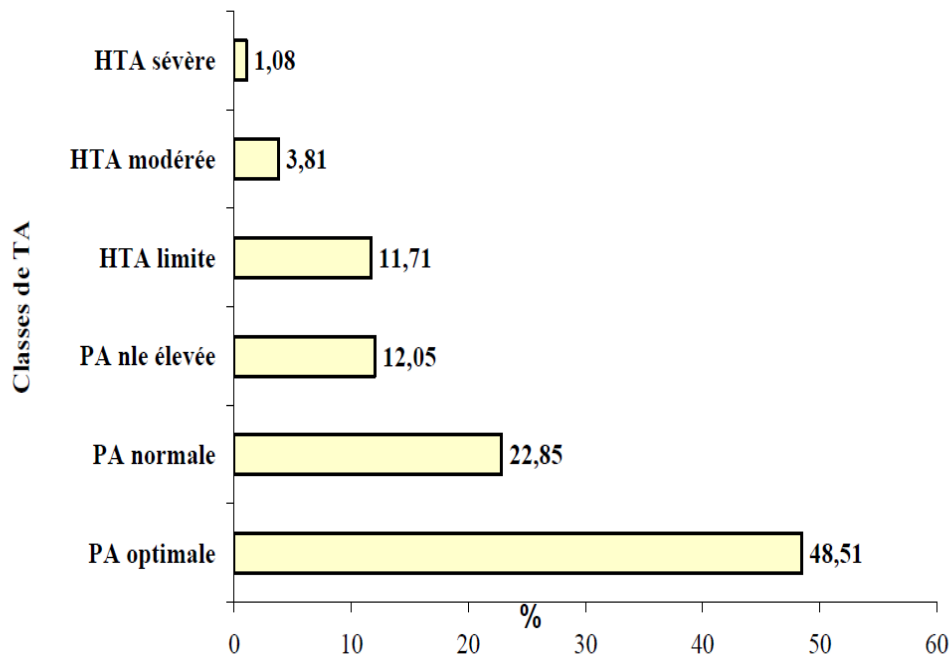
Fréquence des classes de pression sanguine chez les individus de 35-75 ans par milieu et région

| PA% | PA optimale | PA normale | PA normale haute | HTA limite | HTA modérée | HTA sévère |
|----------------|-------------|------------|------------------|------------|-------------|------------|
| Milieu | | | | | | |
| urbain | 47,94 | 22,59 | 12,8 | 12,45 | 3,42 | 0,8 |
| rural | 49,51 | 23,3 | 10,74 | 10,41 | 4,49 | 1,56 |
| région | | | | | | |
| tell | 47,72 | 23,54 | 12,4 | 11,68 | 3,89 | 0,76 |
| hautes plaines | 51,12 | 21,24 | 11,1 | 11,79 | 3,52 | 1,23 |
| sud | 44,71 | 23,4 | 12,87 | 11,61 | 4,22 | 3,19 |
| total | 48,51 | 22,85 | 12,05 | 11,71 | 3,81 | 1,08 |

Source enquête TAHINA 2005

Figure 01

Fréquence des classes de pression sanguine chez les individus de 35 à 70 ans



Source enquête TAHINA 2005

Répartition des classes de TA chez les hommes de 35 – 70 ans par âge

Le tableau n°06 représente la fréquence des classes de pression sanguine chez les hommes de 35-75 ans par groupes d'âges,

La fréquence des classes de pression sanguine chez les hommes composant l'échantillon est de 49,98% pour la PA optimale, 24,83% pour la PA normale, 11,42% pour la PA normale haute, 9,81% pour l'HTA limite, 3,11% pour l'HTA modérée et 0,84% pour l'HTA sévère. La fréquence des différentes classes de pression sanguine varie de façon significative selon l'âge. Pour les PA optimale et normale on observe une diminution des fréquences avec l'âge, alors que pour les autres classes de PA c'est une hausse des fréquences qui est constatée.

La fréquence des différentes classes de pression sanguine retrouvée ne diffère pas.

Tableau : 06

Fréquence des classes de pression sanguine chez les hommes de 35-75 ans par âge.

| PA% | PA optimale | PA normale | PA normale haute | HTA limite | HTA modérée | HTA sévère |
|------------------|-------------|------------|------------------|------------|-------------|------------|
| âge (ans) | | | | | | |
| 35_39 | 61,7 | 26,37 | 8,5 | 3,29 | 0,13 | |
| 40_44 | 57,66 | 29,53 | 8,23 | 4,58 | | |
| 45_49 | 56,93 | 24,62 | 8,75 | 7,55 | 1,3 | 0,85 |
| 50_54 | 54,95 | 24,11 | 10,23 | 7,75 | 2,46 | 0,51 |
| 55_59 | 46,47 | 24,32 | 11,76 | 11,98 | 4,44 | 1,04 |
| 60_64 | 33,1 | 22,7 | 14,76 | 19,85 | 8,06 | 1,52 |
| 65_70 | 34,88 | 21,35 | 18,16 | 16,62 | 6,75 | 2,24 |

Source enquête TAHINA 2005

1.3.1. Répartition des classes de TA chez les hommes de 35 – 70 ans par milieu et Région

Le tableau n° 07 représente la Fréquence des classes de pression sanguine chez les hommes de 35-75 ans par milieu et région,

La fréquence de la tension artérielle n'est pas différente selon le milieu de résidence, mis à part l'HTA sévère qui est plus fréquente en zone rurale (1.32% vs 0.53%). L'analyse selon la région révèle que la fréquence de la PA optimale décroît en allant du nord vers le sud. Pour l'HTA limite et l'HTA sévère c'est la tendance inverse qui est observée. La fréquence de la PA normale haute et de l'HTA modérée ne diffère pas significativement d'une région à l'autre ($p = 0.47$ et $p = 0.18$ respectivement). La PA normale est plus fréquente dans le sud que dans le tell et les hauts plateaux.

Tableau : 07

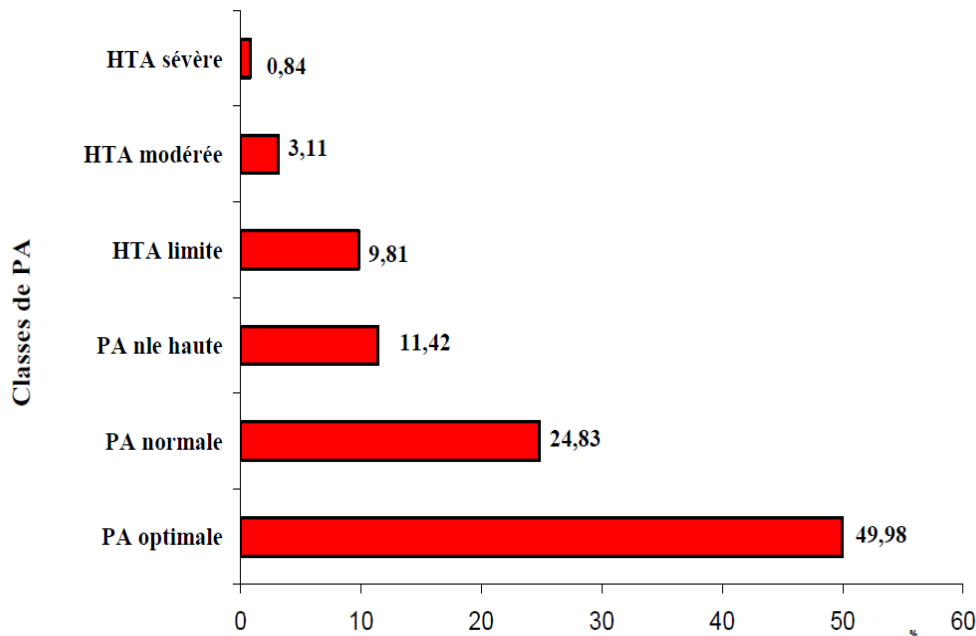
Fréquence des classes de pression sanguine chez les hommes de 35-75 ans par milieu et région.

| PA% | PA optimale | PA normale | PA normale haute | HTA limite | HTA modérée | HTA sévère |
|----------------|-------------|------------|------------------|------------|-------------|------------|
| Milieu | | | | | | |
| urbain | 49,58 | 24,86 | 12,08 | 10,22 | 2,75 | 0,53 |
| rural | 50,6 | 24,79 | 10,39 | 9,17 | 3,72 | 1,32 |
| région | | | | | | |
| tell | 50,8 | 25,11 | 11,84 | 8,31 | 3,41 | 0,53 |
| hautes plaines | 50,41 | 23,53 | 10,66 | 11,36 | 2,73 | 1,32 |
| sud | 43,98 | 26,9 | 10,07 | 14,39 | 2,46 | 1,38 |
| total | 49,98 | 24,83 | 11,42 | 9,81 | 3,11 | 0,84 |

Source enquête TAHINA 2005

Figure : 02

Fréquence des classes de pression sanguine chez les hommes de 35 à 70 ans



Source enquête TAHINA 2005

1.3.1. Répartition des classes de TA chez les femmes de 35 – 70 ans par groupes d'âges

Le tableau n°08 représente la Fréquence des classes de pression sanguine chez les femmes de 35 – 70 ans par âge,

La fréquence des classes de pression sanguine chez les femmes composant l'échantillon est de 47.46% pour la PA optimale, 21.44% pour la PA normale, 12.50% pour la PA normale haute, 13.05% pour l'HTA limite, 4.30% pour l'HTA modérée et 1.24% pour l'HTA sévère. La fréquence de la PA optimale diminue significativement avec l'âge, elle va de 68.52% pour les 35 – 39 ans à 25.24% pour les 60 – 64 ans. Pour la PA normale la fréquence varie de façon significative avec l'âge la fréquence la plus élevée étant retrouvée chez les 65 – 70 ans (24.97%).

Concernant les autres classes de pression sanguine, on observe une nette tendance à la hausse de la fréquence avec l'âge.

Tableau08

Fréquence des classes de pression sanguine chez les femmes de 35 – 70 ans par âge

| PA% | PA optimale | PA normale | PA normale haute | HTA limite | HTA modérée | HTA sévère |
|------------------|-------------|------------|------------------|------------|-------------|------------|
| âge (ans) | | | | | | |
| 35_39 | 68,52 | 21,71 | 5,73 | 3,17 | 0,74 | 0,14 |
| 40_44 | 61,55 | 19,11 | 9,14 | 6,79 | 1,78 | 1,64 |
| 45_49 | 48,41 | 21,27 | 14,45 | 11,52 | 3,54 | 0,81 |
| 50_54 | 40,78 | 23,78 | 12,35 | 14,2 | 6,18 | 2,72 |
| 55_59 | 35,62 | 22,6 | 14,96 | 18,4 | 8,01 | 0,41 |
| 60_64 | 25,24 | 15,98 | 20,23 | 28,06 | 7,42 | 3,07 |
| 65_70 | 26,93 | 24,97 | 18,07 | 22,77 | 6,63 | 0,63 |

Source enquête TAHINA 2005

1.3.1. Répartition des classes de TA chez les femmes de 35 – 70 ans par âge milieu et région

Le tableau n° 09 représente la Fréquence des classes de pression sanguine chez les femmes de 35 – 70 ans par milieu et région.

La fréquence de la PA optimale et de la PA normale ne diffère pas significativement d'un milieu de résidence à l'autre. Celle de la PA normale haute et de l'HTA limite est plus élevée en milieu urbain. L'HTA modérée et l'HTA sévère sont plus fréquentes en zone rurale.

Selon la région géographique, la fréquence de la PA optimale est plus élevée dans les hauts plateaux (51.61%) puis viennent le sud (45.94%) et le tell (45.68%). La fréquence de la PA normale décroît dans le sens nord/ sud (22.49% dans le tell, 19.66% dans les hauts plateaux et 18.70% dans le sud). La même tendance est retrouvée pour l'HTA limite. La PA normale haute et l'HTA modérée sont plus fréquentes dans le sud (15.30% et 6.59% respectivement) puis viennent le tell (12.77% et 4.22% respectivement) et les hauts plateaux (11.40% et 4.08%). La fréquence de l'HTA sévère, quant à elle, augmente dans le sens nord/ sud et va de 0.92% dans le tell à 5.63% dans le sud.

Tableau09

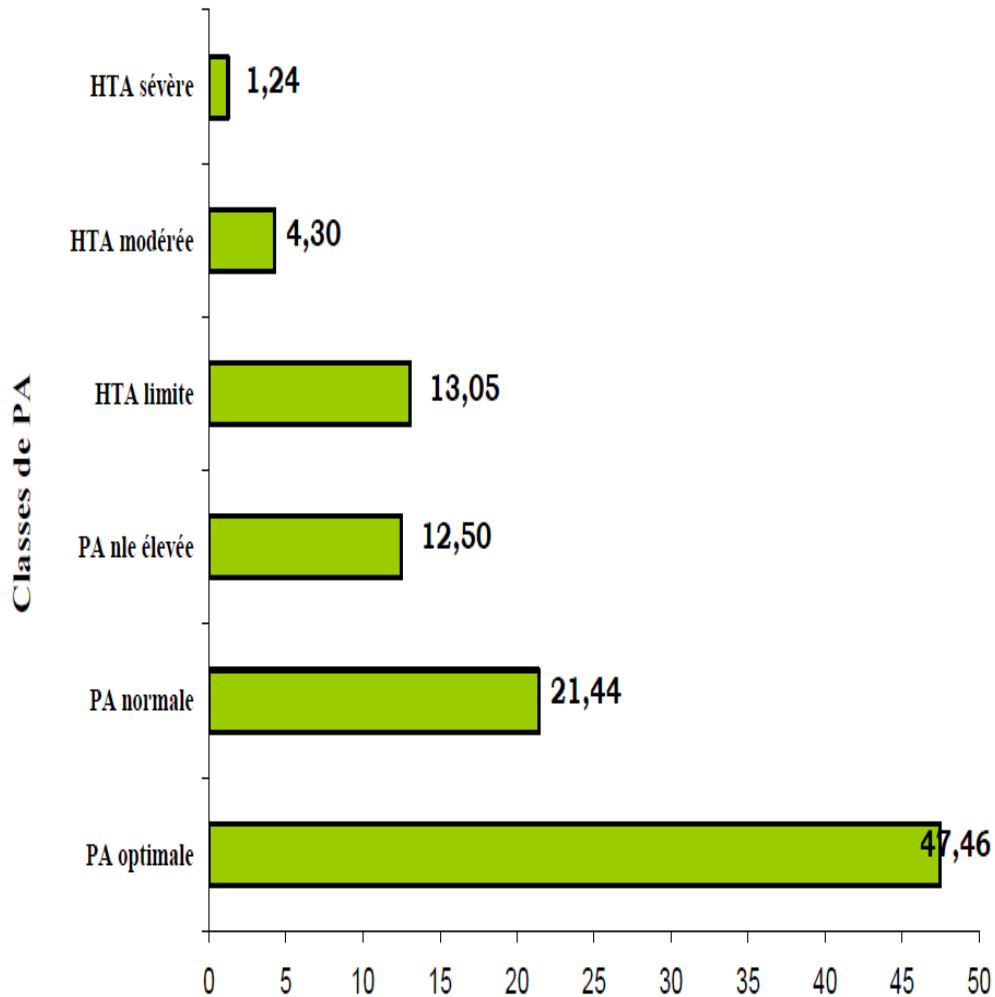
Fréquence des classes de pression sanguine chez les femmes de 35 – 70 ans par milieu et région

| PA% | PA optimale | PA normale | PA normale haute | HTA limite | HTA modérée | HTA sévère |
|----------------|-------------|------------|------------------|------------|-------------|------------|
| Milieu | | | | | | |
| urbain | 46,85 | 21,1 | 13,28 | 13,93 | 3,88 | 0,97 |
| rural | 48,63 | 22,1 | 11,01 | 11,4 | 5,1 | 1,76 |
| région | | | | | | |
| tell | 45,68 | 22,49 | 14,77 | 13,92 | 4,22 | 0,92 |
| hautes plaines | 51,61 | 19,66 | 11,4 | 12,1 | 4,08 | 1,16 |
| sud | 45,94 | 18,7 | 15,3 | 7,86 | 6,59 | 5,63 |
| total | 47,46 | 21,44 | 12,5 | 13,05 | 4,3 | 1,24 |

Source enquête TAHINA 2005

Figure 03

Fréquence des classes de pression sanguine chez les femmes de 35 à 70 ans



Source enquête TAHINA 2005

1.3.2. L'hypertension artérielle

Le tableau n° 10 représente la fréquence de l'HTA chez les individus de 35–70 ans par sexe et âge.

La fréquence de l'hypertension artérielle obtenue par mesure de la pression sanguine est de 16.59%. Elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (18.60% vs 13.77%).

Elle augmente de façon significative avec l'âge allant de 3.82% chez les 35-39 ans à 34.31%chez les 60-64 ans. La même tendance est retrouvée chez les hommes et chez les femmes avec une progression plus franche chez ces dernières (38.55% chez les 60 – 64 ans).

La fréquence de l'hypertension en milieu urbain n'est pas significativement différente de celle enregistrée dans le milieu rural ($p = 0.45$).

Selon la région, la fréquence de l'HTA augmente significativement en allant du nord vers le Sud. La même tendance est observée pour les hommes alors que chez les femmes la fréquence la plus basse est enregistrée dans les hautes plaines.

Tableau :10

Fréquence de l'HTA chez les individus de 35–70 ans par sexe, âge.

| PA% | hommes %IC[95%] | | | femmes %IC [95%] | | | totale % IC [95%] | | |
|-----------|-----------------|-------|-------|------------------|-------|-------|-------------------|-------|-------|
| âge (ans) | | | | | | | | | |
| 35_39 | 3,43 | 1,23 | 5,63 | 4,05 | 2,3 | 5,79 | 3,82 | 2,48 | 5,17 |
| 40_44 | 4,58 | 1,33 | 7,84 | 10,21 | 7,5 | 12,91 | 7,91 | 5,57 | 10,24 |
| 45_49 | 9,7 | 4,98 | 11,42 | 15,87 | 11,78 | 19,96 | 13,74 | 10,44 | 17,04 |
| 50_54 | 10,7 | 5,5 | 15,93 | 23,1 | 18,13 | 28,06 | 17,68 | 13,66 | 21,7 |
| 55_59 | 17,5 | 11,38 | 23,52 | 26,82 | 20,13 | 33,52 | 22,89 | 17,92 | 27,86 |
| 60_64 | 29,4 | 22,47 | 36,4 | 38,55 | 31,5 | 45,61 | 34,31 | 28,77 | 39,85 |
| 65_70 | 25,6 | 18,94 | 32,29 | 30,03 | 24,06 | 36,01 | 27,8 | 23,27 | 32,34 |

Source enquête TAHINA 2005

1.3.2. L'hypertension artérielle

Le tableau n° 11 représente la Fréquence de l'HTA chez les individus de 35–70 ans par milieu et région,

La fréquence de l'hypertension en milieu urbain n'est pas significativement différente de celle enregistrée dans le milieu rural.

Selon la région géographique, la fréquence de l'HTA augmente significativement en allant du nord vers le sud. La même tendance est observée pour les hommes alors que chez les femmes la fréquence la plus basse est enregistrée dans les hautes plaines.

Tableau :11

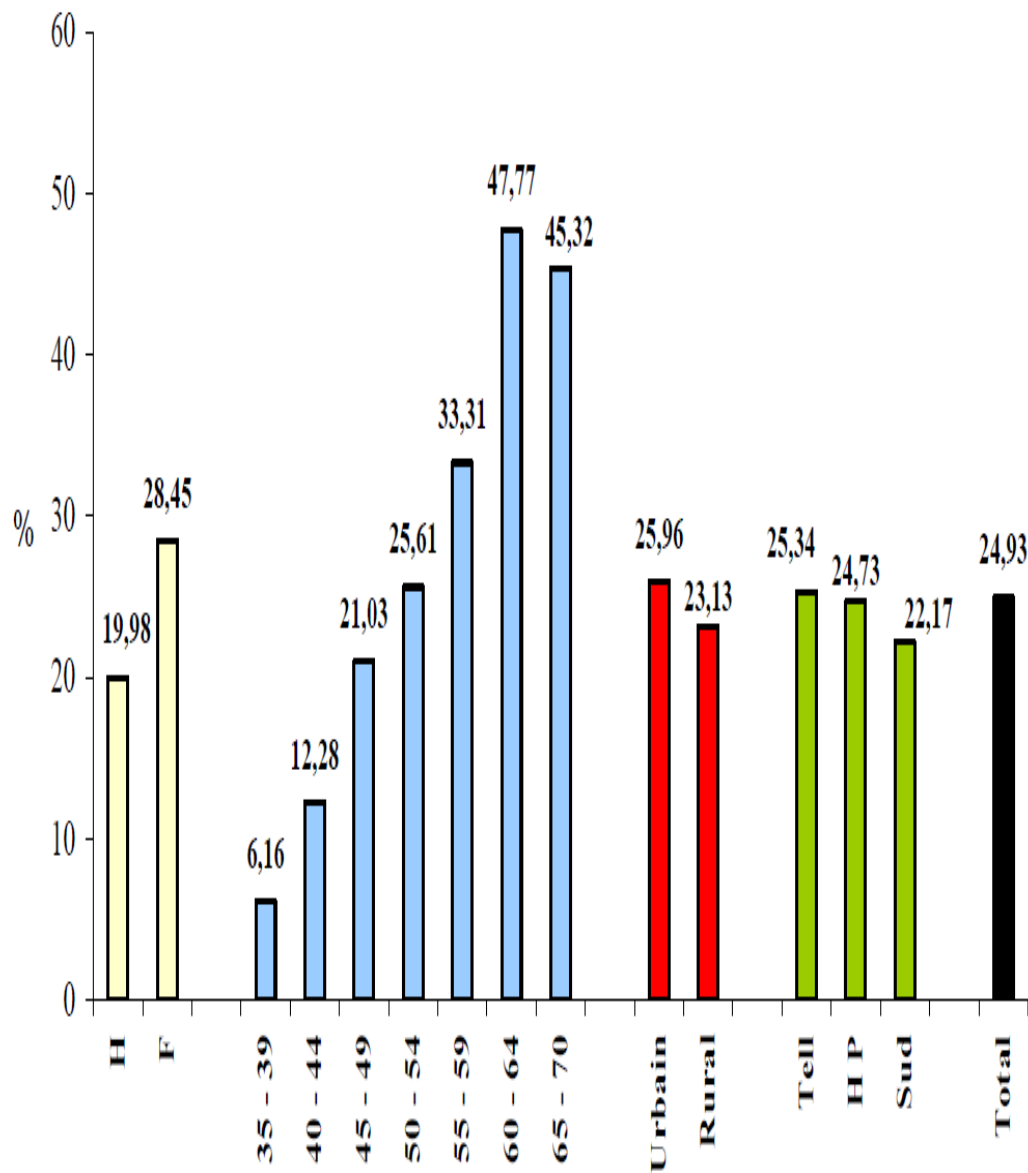
Fréquence de l'HTA chez les individus de 35–70 ans par milieu et région.

| PA% | hommes %IC[95%] | | femmes %IC [95%] | | | totale % IC[95%] | | | |
|----------------|-----------------|-------|------------------|-------|-------|------------------|-------|-------|-------|
| Milieu | | | | | | | | | |
| urbain | 13,9 | 10,8 | 16,94 | 18,71 | 16,14 | 21,29 | 16,79 | 14,44 | 19,13 |
| Rural | 13,6 | 9,76 | 17,44 | 18,38 | 14,56 | 22,19 | 16,24 | 13,4 | 19,09 |
| Région | | | | | | | | | |
| Tell | 12,3 | 9,54 | 14,95 | 19,06 | 16,31 | 21,81 | 16,34 | 14,06 | 18,61 |
| hautes plaines | 15,4 | 10,84 | 19,96 | 17,34 | 14,02 | 20,66 | 16,54 | 13,56 | 19,53 |
| Sud | 18,2 | 5,44 | 31,03 | 20,07 | 8,47 | 31,66 | 19,02 | 7,5 | 30,53 |
| Total | 13,8 | 11,32 | 16,21 | 18,6 | 16,49 | 20,71 | 16,59 | 14,74 | 18,44 |

Source enquête TAHINA 2005

Figure : 04

Prévalence de l'HTA chez les individus de 35 à 70 ans par sexe, âge, milieu et région.



Source enquête TAHINA 2005

1.3.2. Fréquence de l'HTA dépistée

Le tableau n° 12 représente la Fréquence de l'HTA dépistée chez les individus de 35–70 ans par sexe, âge.

Les cas d'HTA dépistée sont des hypertendus méconnus chez lesquels on a retrouvé au moment de l'enquête (TAHINA) une TA supérieure ou égale à 140/90 mm Hg. Leur fréquence est de 8.70% sans différence significative selon le sexe ($p = 0.43$). Elle augmente de façon significative avec l'âge passant de 3.35% chez les 35 – 39 ans à 16.72% chez les 60 – 64 ans

Tableau :12

Fréquence de l'HTA dépistée chez les individus de 35–70 ans par sexe, âge.

| PA% | hommes %IC[95%] | | | femmes %IC [95%] | | | totale % IC[95%] | | |
|------------------|-----------------|-------|-------|------------------|------|-------|------------------|-------|-------|
| Age (ans) | | | | | | | | | |
| 35_39 | 3,23 | 1,09 | 5,38 | 3,41 | 1,81 | 5,02 | 3,35 | 2,11 | 4,59 |
| 40_44 | 4,58 | 1,33 | 7,84 | 6,13 | 3,95 | 8,32 | 5,5 | 3,92 | 7,08 |
| 45_49 | 4,81 | 1,68 | 7,94 | 9,11 | 6,01 | 12,21 | 7,62 | 4,99 | 10,25 |
| 50_54 | 7,28 | 3,48 | 11,08 | 11,33 | 7,57 | 15,09 | 9,56 | 6,7 | 12,42 |
| 55_59 | 11,69 | 6,61 | 16,78 | 11,12 | 7,11 | 15,13 | 11,36 | 8,03 | 14,69 |
| 60_64 | 18,69 | 12,69 | 24,7 | 15,01 | 9,6 | 20,41 | 16,72 | 12,71 | 20,74 |
| 65_70 | 11,13 | 6,43 | 15,83 | 12,39 | 7,58 | 17,2 | 11,76 | 8,53 | 14,98 |

Source enquête TAHINA 2005

1.3.2. Fréquence de l'HTA dépistée

Le tableau n° 13 représente la fréquence de l'HTA dépistée chez les individus de 35–70 ans par milieu et région,

Cette fréquence diffère très peu d'un milieu de résidence à l'autre ($p = 0.16$). Chez les hommes, cependant, elle est plus élevée en milieu rural (9.40% vs 7.67%).

Selon la région géographique, c'est dans le sud que la fréquence de l'HTA dépistée est la plus élevée (10.10%), suivie du tell (8.60%) et des hauts plateaux (8.57%).

Chez les hommes on note un gradient croissant nord/ sud alors que chez les femmes il n'y a pas de différence significative selon la région.

Tableau :13

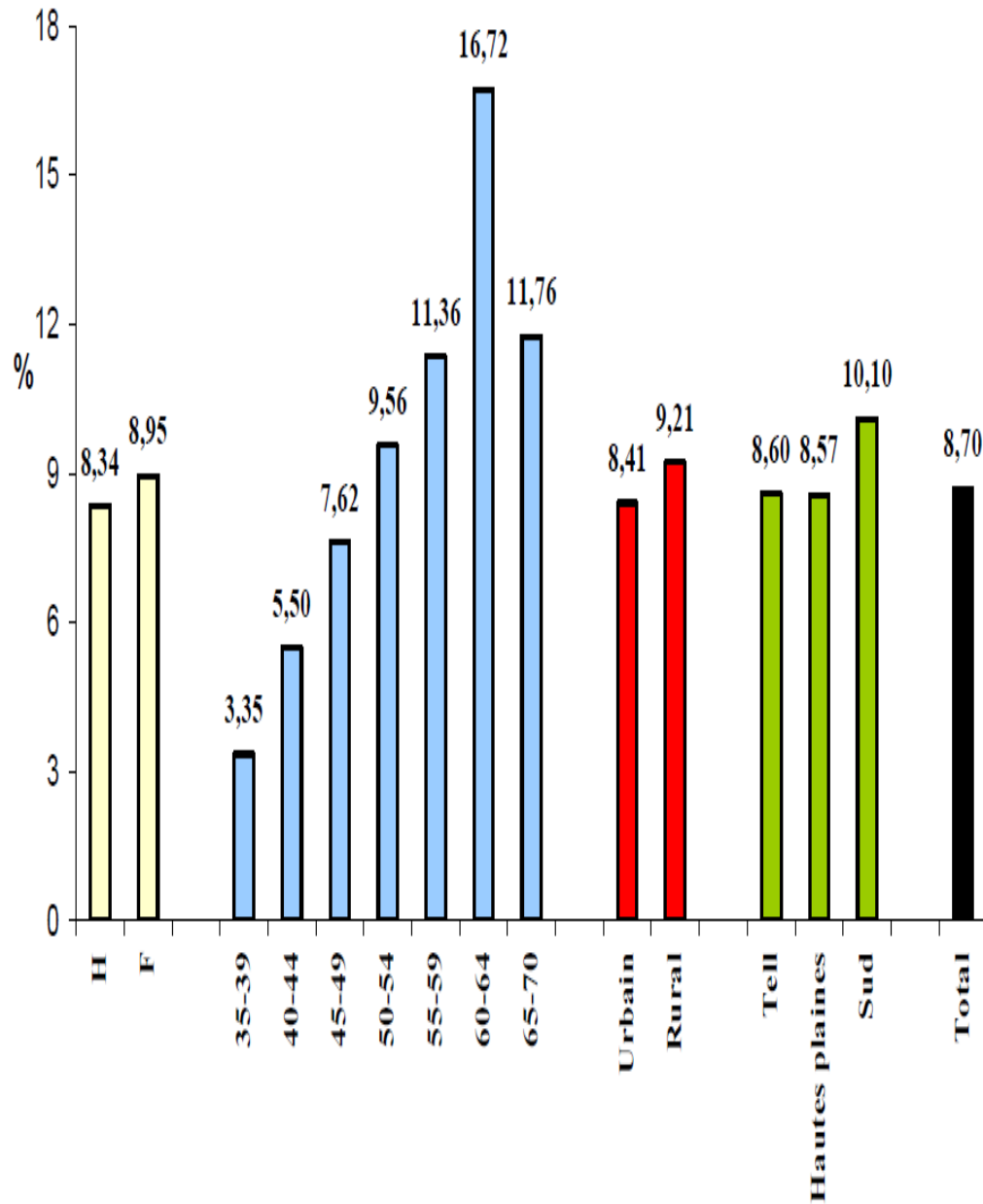
Fréquence de l'HTA dépistée chez les individus de 35–70 ans par milieu et région.

| PA% | hommes %IC[95%] | | | femmes %IC [95%] | | | totale % IC[95%] | | |
|----------------|-----------------|------|-------|------------------|-------|-------|------------------|------|-------|
| Milieu | | | | | | | | | |
| urbain | 7,67 | 5,47 | 9,86 | 8,9 | 6,91 | 10,88 | 8,41 | 6,74 | 10,07 |
| rural | 9,4 | 6,69 | 12,11 | 9,06 | 6,61 | 11,9 | 9,21 | 7,41 | 11,02 |
| région | | | | | | | | | |
| tell | 7,75 | 5,6 | 9,91 | 9,16 | 7,19 | 11,14 | 8,6 | 6,99 | 10,21 |
| hautes plaines | 8,54 | 5,44 | 11,64 | 8,58 | 6,26 | 10,92 | 8,57 | 6,68 | 10,46 |
| sud | 11,36 | 3,84 | 18,89 | 8,4 | -1,86 | 18,66 | 10,1 | 1,68 | 18,52 |
| total | 8,34 | 6,62 | 10,07 | 8,95 | 7,39 | 10,52 | 8,7 | 7,41 | 9,98 |

Source enquête TAHINA 2005

Figure 05

Fréquence de l'HTA dépistée chez les individus de 35 à 70 ans par sexe, âge, milieu et région



Source enquête TAHINA 2005

1.3.3. Prévalence de l'HTA selon le sexe, l'âge

Le tableau n° 14 représente la Prévalence de l'HTA chez les individus de 35 – 70 ans par sexe et par âge.

La prévalence de l'HTA, correspondant aux hypertendus connus et suivis plus les hypertendus nouvellement dépistés, est de 24.93% avec une nette prédominance féminine (28.45% contre 19.98%). Cette prévalence augmente avec l'âge et atteint un maximum chez les 60 - 64 ans (47.77% et 6.16% chez les 35 - 39 ans). Le même gradient est noté chez les hommes et les femmes composant l'échantillon. Cependant, la progression est plus précoce et plus franche chez les femmes (56.30% chez les 60 – 64 ans).

Tableau :14

Prévalence de l'HTA chez les individus de 35 – 70 ans par sexe, âge

| PA% | hommes | | | femmes %IC [95%] | | | totale % IC[95%] | | |
|------------------|--------|----------|-------|------------------|-----------|-------|------------------|-----------|-------|
| | % | %IC[95%] | | % | %IC [95%] | | % | % IC[95%] | |
| âge (ans) | | | | | | | | | |
| 35_39 | 5,28 | [2,3 | 8,26] | 6,66 | 4,22 | 9,09 | 6,16 | 4,32 | 7,99 |
| 40_44 | | 3,77 | 11,12 | 15,62 | 12,38 | 18,87 | 12,28 | 9,94 | 14,62 |
| 45_49 | 12,1 | 7,15 | 17,05 | 25,78 | 20,9 | 30,67 | 21,03 | 17,15 | 24,91 |
| 50_54 | 16,3 | 10,19 | 22,41 | 32,85 | 27,67 | 38,04 | 25,61 | 21,25 | 29,97 |
| 55_59 | 23,6 | 17,36 | 29,79 | 40,37 | 33,45 | 47,29 | 33,31 | 28,47 | 38,16 |
| 60_64 | 38 | 30,8 | 45,17 | 56,3 | 48,9 | 63,71 | 47,77 | 41,99 | 53,55 |
| 65_70 | 41,6 | 34,04 | 49,02 | 49,13 | 42,02 | 56,23 | 45,32 | 40,31 | 50,33 |

Source enquête TAHINA 2005

1.3.3. Prévalence de l'HTA selon le milieu et la région

Le tableau n° 15 représente la Prévalence de l'HTA chez les individus de 35 – 70 ans par milieu et région,

La prévalence de l'HTA est plus élevée en milieu urbain. La même tendance est observée chez les femmes et elle n'est pas significativement différente chez les hommes ($p = 0.095$).

Selon la région, l'HTA est dominante dans le tell (25.34%) puis elle décroît jusqu'à 22.17% dans le sud. Il en est de même chez les femmes et elle est sans différence significative chez les hommes.

Tableau :15

Prévalence de l'HTA chez les individus de 35 – 70 ans par milieu et région.

| PA% | Hommes%IC | | | femmes %IC [95%] | | | totale % IC[95%] | | |
|----------------|-----------|-------|-------|------------------|-------|-------|------------------|-------|-------|
| | [95%] | | | | | | | | |
| Milieu | | | | | | | | | |
| urbain | 20,8 | 17,19 | 24,4 | 29,38 | 26,35 | 32,41 | 25,96 | 23,3 | 28,63 |
| Rural | 18,7 | 15,17 | 22,24 | 26,89 | 22,75 | 30,62 | 23,13 | 20,66 | 25,6 |
| Région | | | | | | | | | |
| Tell | 19,2 | 16,05 | 22,29 | 29,46 | 26,31 | 32,62 | 25,34 | 22,91 | 27,78 |
| hautes plaines | 21,8 | 16,89 | 26,61 | 26,7 | 23,28 | 30,29 | 24,73 | 21,88 | 27,57 |
| Sud | 19,8 | 6,97 | 32,55 | 25,43 | 17,78 | 33,08 | 22,17 | 12,4 | 31,95 |
| Total | 20 | 17,27 | 22,69 | 28,45 | 26,09 | 30,81 | 24,93 | 23 | 26,87 |

Source enquête TAHINA 2005

1.3.4. Prévalence de l'HTA selon l'âge et le sexe

Le tableau n° 16 représente la Prévalence de L'HTA selon l'Age et le sexe.

Le tableau ci-dessous représente la prévalence de l'hypertension artérielle selon l'âge et le sexe .On voit nettement que L'HTA est plus fréquente chez les femmes que les hommes dans tous les groupes d'âge et qu'elle augmente significativement avec l'âge notamment chez les personnes âgées.

Tableau : 16

Prévalence de L'HTA selon l'Age et le sexe

| Age | Hommes | Femmes | % |
|------------|--------|--------|-------|
| 20-34 | 3,4 | 10,1 | 6,75 |
| 35-44 | 13,2 | 20 | 16,6 |
| 45-54 | 22,3 | 20,1 | 21,2 |
| 55-64 | 49,1 | 49,6 | 49,35 |
| 65-74 | 60,1 | 16,3 | 60,63 |
| 75age et + | 63 | 77,2 | 70,1 |
| Total | 35,16 | 39,71 | 37,43 |

Source : enquête algérienne sur la santé de la famille (2002)

1.3.4. Prévalence de l'HTA et facteurs de risques démographiques

L'HTA dont la prévalence est élevée parmi les pathologies chroniques est liée aux facteurs de risques démographiques tels que l'âge et le sexe qui sont des facteurs de base dans les études démographiques

1.3.4. Prévalence de l'HTA selon l'enquête 2002

Prévalence de l'HTA selon l'âge et le milieu de résidence

Le tableau n° 17 représente la prévalence de l'hypertension artérielle selon l'âge et la résidence et qui montre qu'on peut conclure que l'HTA est plus fréquente dans le milieu urbain que dans le rural à tous les groupes d'âge.

Tableau : 17

Prévalence de l'HTA selon l'âge et le milieu de résidence

| Age | (0-15) | (20-29) | (30-39) | (40-49) | (50-59) | (60-69) | 70 et+ | % |
|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|-----|
| Rural | 0 | 0,2 | 1,2 | 4,2 | 9,6 | 15,9 | 22,2 | 2,4 |
| Urbain | 0 | 0,2 | 1,1 | 5,1 | 11,7 | 22 | 28,5 | 3,4 |
| Total | 0 | 0,2 | 1,1 | 4,7 | 10,9 | 19,6 | 25,9 | 3 |

Source : enquête algérienne sur la santé de la famille (2002)

1.3.4. Prévalence de l'HTA selon l'âge

Le tableau n°18 représente la prévalence de l'HTA selon l'âge l'HTA augmente significativement avec l'âge surtout à partir de 40ans.

L'augmentation selon l'âge se poursuit pour atteindre 26% pour les personnes âge de 70 ans et plus.

Tableau :18

1.3.4. Prévalence de l'HTA selon l'âge

| Maladies | Age | | | | |
|-----------------------------|-------|---------|---------|---------|---------|
| | 40ans | (40-49) | (50-59) | (60-69) | (70et + |
| hypertension artérielle | 1,3 | 4,7 | 10,9 | 19,6 | 25,9 |
| maladies cardio-vasculaires | 2,9 | 2,7 | 3,6 | 4,8 | 5,4 |

Source : enquête algérienne sur la santé de la famille (2002)

1.3.4. Prévalence de l'HTA selon l'âge, sexe, et le milieu de résidence :

Le tableau n° 19 représente la prévalence de l'hypertension artérielle selon l'âge le sexe et le milieu de résidence.

L'HTA représente 20,21% chez le sexe masculin et 27,8% pour le sexe féminin. Selon l'âge, elle représente 25,87 pour les (15et+) et seulement 0,72% pour les personne de (-15ans).

L'HTA représente 24,81 % dans le milieu d'urbain et 24,05 % dans le rural. La différence n'est significative entre les deux milieux.

Tableau : 19

Prévalence de l'HTA selon l'âge, sexe, et le milieu de résidence.

| Aga | HTA | sexe | HTA | milieu de résidence | HTA |
|--------|-------|-----------|-------|---------------------|-------|
| 15ans | 0,72 | Masculine | 20,21 | urbain | 24,81 |
| 15 ans | 25,87 | féminin | 27,83 | Rural | 24,05 |

Source : enquête TAHINA 2005

1.3.5. L'hypertension artérielle et les facteurs de risque (sexe, âge, milieu et région) des personnes âgées (35- 70).

Le tableau n°20 représente la fréquence de l'HTA selon les différents risques comme l'âge et le sexe. L'HTA est plus fréquente chez les femmes que les hommes, elle représente respectivement 19,50% et 64% selon l'âge. L'HTA augmente en fonction de l'âge et notamment chez les personnes de 60 et +.

Selon le milieu de résidence L'HTA représente 15,65% dans l'urbain, et 11,89% dans le rural. Selon la région, elle est plus fréquente dans la région de TELL où elle représente 14,95%, 13,79% dans la région de hautes plaines et seulement 7,46% dans le sud.

1.3.5. Prévalence de l'HTA par groupes d'âge

Le tableau n°21 représente la distribution de l'hypertension artérielle selon l'âge, En terme de distribution relative, l'hypertension artérielle est la maladie chronique la plus fréquente et notamment ou groupe (60et+).Elle représente 31 ,15% chez cette tranche d'âges.

Tableau :21

Prévalence de l'HTA selon les groupes d'âges

| Groupe d'âge | HTA |
|--------------|-------|
| (0-18) | 0,08 |
| (19-24) | 0,13 |
| (25-34) | 0,57 |
| (35-59) | 7,82 |
| (60et+) | 31,15 |
| Ensemble | 4,38 |

Source : enquête MICS 3 (2006)

1.3.5. Prévalence de l'HTA selon le milieu de résidence :

Le tableau n°22représente la prévalence de l'hypertension artérielle selon le milieu de résidence en 2006. Elle varie avec un taux de 42,7% dans le milieu urbain et 40 ,5% dans le milieu rural

Tableau :22

Prévalence de l'HTA selon le milieu de résidence

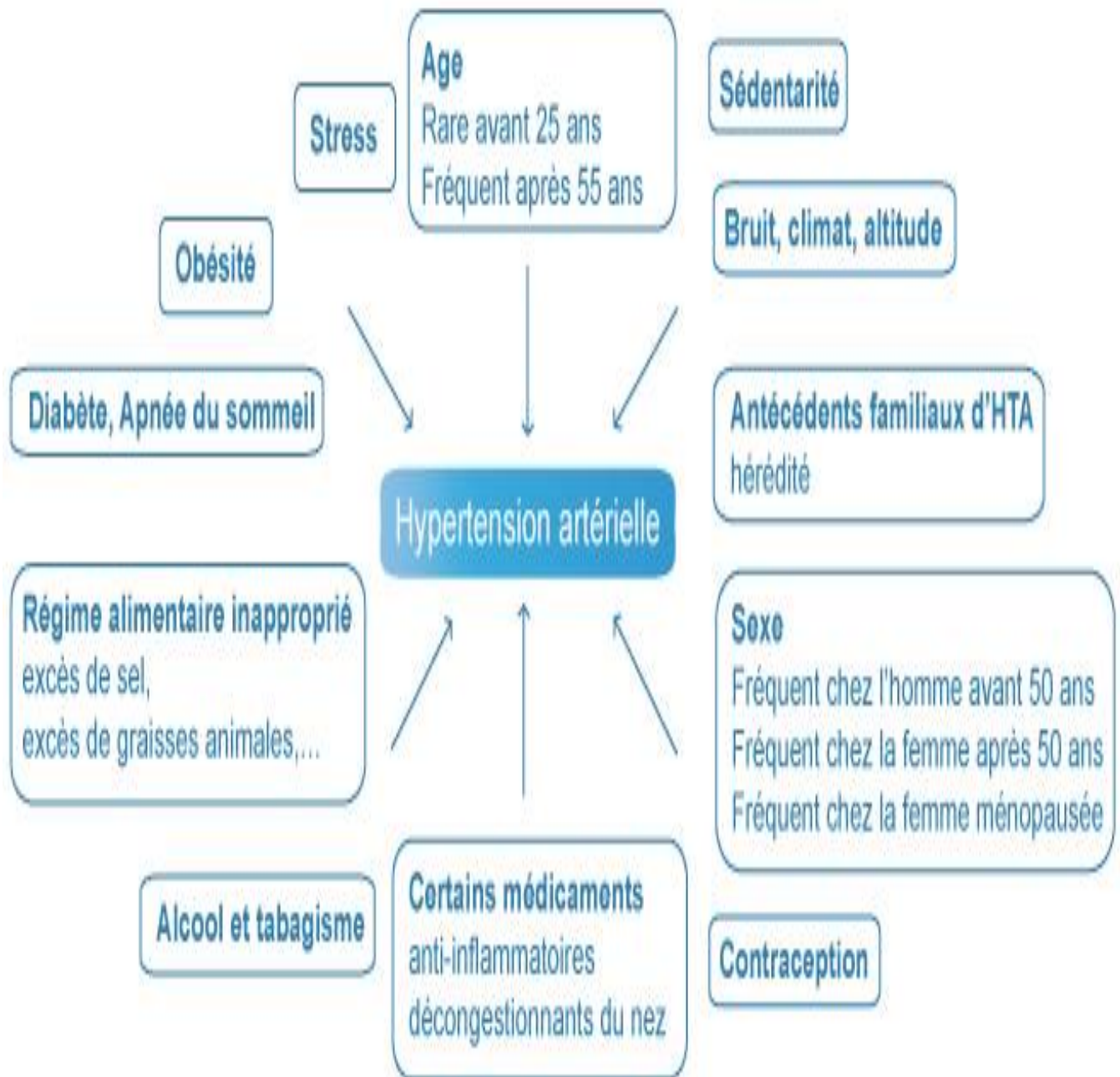
| Maladie | urbain | rural | total |
|-------------------------|--------|-------|-------|
| hypertension artérielle | 42,7 | 40,5 | 41,8 |

Source : enquête MICS 3(2006)

Chapitre :02

Les facteurs de risque de (HTA)

2.1. Les facteurs de risque de l'hypertension artérielle



Certains facteurs de risque cardio-vasculaire associés à l'hypertension artérielle sont modifiables, d'autres ne le sont pas. Le risque augmente de manière plus importante quand plusieurs facteurs sont associés.

Il existe deux types de facteurs de risque cardio vasculaire.

2.1.1.

2.1.1.-Les facteurs modifiables (environnementaux ou liés au mode de vie):

- Diabète, traité ou non.
- Consommation élevée de sodium (cas de sensibilité au sel)
- Tabagisme
- Consommation excessive d'alcool
- Surpoids et obésité
- Activité physique insuffisante
- Faible consommation de potassium
- Régime alimentaire malsain, en particulier, excès de calories, de matières grasses et de fructose
- Mode de vie sédentaire
- Pressions psychologiques
- Vie en milieu urbain
- Carence en vitamine D
- Faible consommation d'acide folique.

2.1.2.-Les facteurs non modifiables :

- Age > 50 chez l'homme, > 60 chez la femme.
- Sexe masculin
- Hérité, (Antécédents familiaux d'événements cardiovasculaires et prédisposition génétique) .

-Les personnes à risque

- Les personnes de plus de 55 ans : la tension artérielle tend à augmenter à partir de cet âge.
- Chez les jeunes adultes, le pourcentage d'hypertendus est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Chez les personnes âgées de 55 ans à 64 ans, le pourcentage est sensiblement le même chez les deux sexes. Chez les personnes de plus de 64 ans, le pourcentage est plus élevé chez les femmes.
- Les personnes ayant des antécédents familiaux d'hypertension précoce.
- Les personnes atteintes de certaines maladies, comme le diabète, l'apnée du sommeil, ou les maladies rénales.

-Autres facteurs

- Dyslipidémie (modification des lipides sanguins lipidiques)
- Hausse des triglycérides
- Hyper uricémie (taux élevés d'acide urique)
- Rigidité artérielle accrue
- État pro-inflammatoire systémique
- Sous-alimentation durant l'enfance
- Manque de sommeil
- Médicaments sur ordonnance (par ex. les anti-inflammatoires non-stéroïdiens)
- Exposition à long terme à un bruit.

Facteurs de risques d'hypertension modifiables

1- Tabagisme

Il est connu que le tabagisme augmente le risque de développer l'hypertension et les Maladies Cardio-vasculaires comme l'accident cérébro-vasculaire, la thrombose et la crise cardiaque. Le tabagisme entraîne une augmentation rapide de la tension artérielle débouchant sur des niveaux ambulatoires de la pression

artérielle plus élevés chez les fumeurs que les non-fumeurs. On sait que l'abandon du tabac réduit le risque global de MCV. Afin de réduire le tabagisme à l'échelle de la population, il importe de mettre en œuvre des actions multisectorielles comme l'augmentation des taxes sur les produits du tabac, l'interdiction de la publicité sur le tabac, et l'interdiction de fumer dans les espaces publics.

2- Consommation d'alcool

La consommation d'alcool est relativement courante. Il existe un effet direct entre les niveaux élevés et les habitudes de consommation d'alcool (comme la consommation occasionnelle excessive d'alcool) et le risque élevé d'hypertension. L'influence de la consommation élevée d'alcool sur les niveaux d'augmentation de la pression artérielle a été décrite.

Des actions visant à limiter la consommation d'alcool doivent être introduites de façon multisectorielle et adaptée à la situation locale. Ces actions, comme dans le cas du tabagisme, comprennent l'augmentation des taxes sur l'alcool et l'interdiction de la publicité sur l'alcool, adressée aux jeunes en particuliers.

3- Activité physique insuffisante

Il a été prouvé qu'une activité physique adéquate a de nombreux effets bénéfiques sur la santé et joue un rôle direct et indépendant dans la réduction de l'hypertension. Traditionnellement, on avait cru qu'un niveau élevé d'activité physique pouvait expliquer, en partie, les faibles niveaux de maladies chroniques.

4- Consommation élevée de sel

La consommation élevée de sodium est courante, essentiellement, à partir du sel utilisé pour préserver les aliments ou les rendre plus appétissants. Par ailleurs, le sel est ajouté à des mets déjà préparés par le consommateur car les produits alimentaires transformés sont rares. Une consommation réduite de sel non seulement diminue la pression artérielle et les risques de MCV y associés, mais

comporte d'autres effets cardiovasculaires bénéfiques qui sont indépendants de son effet sur la tension artérielle mais qui s'y ajoute. Il a été rapporté que cette consommation réduite de sel a un effet direct sur la réduction d'accidents cérébrovasculaires, sur l'hypertrophie du ventricule gauche, la rigidité de l'aorte, et la maladie chronique du rein et la protéinurie. Pour cette raison, il est raisonnable de conclure que l'incidence totale de la réduction de la consommation de sel sur les événements cardiovasculaires pourrait être supérieure à celle escomptée de la réduction de la pression artérielle uniquement.

5-Consommation insuffisante de fruits et de légumes

La consommation de fruits et de légumes est un élément d'une alimentation saine et varie sensiblement d'un pays à un autre, traduisant les milieux économiques, culturels et de production agricole. La plupart des avantages des fruits et des légumes proviennent du fait de la réduction des MCV et des facteurs de risques, l'hypertension en particulier. Outre le fait de consommer beaucoup de sel, ils sont nombreux dans le monde ne pas consommer suffisamment de fruits et de légumes, d'où une faible consommation de potassium. Cette situation est, à son tour, associée à une tension artérielle plus élevée chez certains malades ; il est recommandé de consommer du potassium à hauteur de 90 mmol/jour.

6-Obésité

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'obésité comme une condition où l'accumulation de graisse corporelle est telle qu'elle risque de compromettre la santé. Le degré de poids corporel est généralement exprimé en termes d'IMC (Indice de masse corporelle) ; il s'agit du ratio entre le poids mesuré en kg et le carré de la taille mesurée en mètres. L'IMC est généralement utilisé pour définir le poids corporel d'une personne comme présentant une sous pondération (IMC

inférieur à 18,5), comme étant normal (IMC 18,5-24,9), ou comme étant en surpoids (IMC 25-29,9), ou obèse (IMC supérieur à 30). L'obésité accroît énormément le risque d'hypertension et a été prouvée comme étant associée à la maladie des artères coronaires et quelques types de cancer, et capable de réduire l'espérance de vie. Comme la prévalence de l'obésité s'étend rapidement dans différents pays, il devient important de partager les bonnes pratiques en vue de réduire cette tendance.

2.1.3. Marche à suivre pour réduire les risques

2.1.3.1- Élaboration de plans d'action nationaux

Il est impératif de mener une analyse dans les différents pays pour déterminer quelles sont les parties prenantes impliquées dans la prévention et la lutte contre les MCV et quelles activités sont en cours. Il faudrait accorder à ces parties prenantes la plateforme nécessaire et la possibilité d'élaborer un plan d'action national à la suite de recommandations formulées par l'OMS.

2.1.3.2- Réduction de facteurs de risques grâce à des politiques

Les politiques de santé publique doivent être axées sur la réduction des facteurs de risques d'hypertension et de MCV en général, comme le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, le manque d'activité physique et les habitudes alimentaires malsaines. Il s'agit, pour y parvenir, de mettre en œuvre intégralement des politiques déjà existantes telles que la Loi sur la réglementation de l'usage du tabac et d'en élaborer de nouvelles pour gérer les autres facteurs de risques.

2.1 .3.3- Surveillance et contrôle

Les instances nationales et régionales doivent prendre l'initiative dans l'intensification des efforts de surveillance et de contrôle de l'hypertension. Il est indispensable de disposer de données qui permettent de déterminer le fardeau de l'hypertension, de caractériser les profils chez les sous-groupes de la population, d'évaluer les changements intervenus au problème dans le temps, et d'évaluer aussi la réussite des interventions. Il est nécessaire de mettre en place des systèmes de surveillance et de contrôle efficaces afin de suivre les progrès enregistrés dans la réduction de la prévalence de l'hypertension et d'accroître la sensibilisation, le traitement et le contrôle de l'hypertension.

2.1 .3.4- Amélioration de la structure des systèmes de santé

Outre la mise en œuvre de politiques qui couvrent l'ensemble de la population, il faut également s'attarder sur le développement et l'amélioration du système de prestation des services de santé dans le cadre de la gestion des maladies non transmissibles (MNT) chroniques. Cela est possible grâce à des programmes de dépistage communautaires et au renforcement des établissements de soins de santé primaire pour gérer les cas simples et établir des liens solides d'orientation en vue d'assurer la continuité des soins chez les cas diagnostiqués.

Questions et défis

L'Algérie fait face à une épidémie de MCV sans précédent. L'hypertension est le facteur principal des complications cardiovasculaires. Alors que la tension artérielle élevée était presque inconnue chez les populations africaines indigènes dans la première moitié du 20ème siècle, l'hypertension touche actuellement entre 30 et 50 % de ces populations. La clé de la prévention des MCV réside dans la réduction de la pression sanguine et le contrôle de l'hypertension. De nombreux

pays africains passent actuellement par une rapide transition démographique et épidémiologique.

Alors que la région s'est concentrée sur les maladies transmissibles comme le paludisme, la tuberculose et le VIH/Sida, les changements démographiques et des déterminants de la santé, concernant en particulier le mode de vie associé à l'urbanisation, ont conduit à une transition épidémiologique et nutritionnelle vers une prévalence accrue de maladies non transmissibles. Le double fardeau de maladies infectieuses persistantes et de maladies chroniques émergentes telles que l'hypertension constitue une sérieuse menace à la santé de la population de la région.

La prévalence et l'incidence de l'hypertension et de la pré-hypertension sont élevées. Des initiatives visant à prévenir ou atténuer la pression artérielle élevée réduiraient sensiblement les complications. Les changements de mode de vie jouent un rôle crucial pour prévenir et contrôler la pression artérielle élevée. La perte de poids, une consommation modérée de sodium et un régime sain, et davantage d'activité physique sont des mesures essentielles à cette fin. Toutefois, quand les médicaments sont nécessaires pour baisser la tension artérielle, il est important de choisir.

2.1.4. Les facteurs de risque selon l'enquête de TAHINA 2005.

2.1.4.1. Consommation de tabac avec et sans fumée

La proportion de consommation de tabac avec et sans fumée est de 2.69%. Elle est prédominante chez l'homme (6.46% ; 0.01%). Cette consommation est variable selon les tranches d'âge allant de 1.52% chez les 45-49 ans à 3.44% chez les 40-44 ans. Elle est légèrement plus importante en milieu rural (2.99% vs 2.51%). Le tell compte le plus grand nombre de fumeurs mixtes avec 2.94%.

Tableau 23 :

Consommation mixte de tabac avec et sans fumée selon l'âge, le milieu et la région chez l'homme

| Age | % | IC [95%] |
|---------------|------|--------------|
| 35-39 | 6,30 | 4,08-8,53 |
| 40-44 | 8,43 | 4.55 – 12.30 |
| 45-49 | 4,39 | 1.58 – 7.20 |
| 50-54 | 5,85 | 3.40 – 8.29 |
| 55-59 | 6,74 | 2.44 – 11.04 |
| 60-64 | 6,64 | 2.91 – 10.36 |
| 65-70 | 5,47 | 2.92 – 10.02 |
| Milieu | | |
| urbain | 6,28 | 4.50 – 8.07 |
| rural | 6,73 | 4.38 – 9.08 |
| Région | | |
| Tell | 7,32 | 5.34 – 9.30 |
| haute plaines | 5,93 | 3,79-8,08 |
| Sud | 2,72 | 1.60 – 3.84 |
| total | 6,46 | 5.08 – 7.84 |

Facteurs de risque résumé de tahina 2005

Habitudes toxiques

Les habitudes toxiques prises en compte dans cette enquête sont la consommation de tabac et d'alcool.

2.1.4.2. Consommation de tabac

11.22 % des personnes enquêtées consomment actuellement du tabac avec fumée avec une prédominance masculine. Cette consommation est quotidienne dans 94.81% des cas, identique dans le tell et les hautes plaines et moindre dans la

région du sud. L'âge moyen de début de consommation est de 19.13 ans avec une quantité moyenne de 14.77 cigarettes/jour.

-Dans le passé 13.01 % des sujets enquêtés ont fumé quotidiennement mais ils ne sont plus fumeurs actuellement avec un âge moyen au sevrage de 36.32 ans.

Dans 9.48% des cas, les sujets enquêtés consomment du tabac sans fumée avec une prédominance masculine et dans 95.85% des cas cette consommation est quotidienne. Elle est plus fréquente en milieu rural, dans les hautes plaines et le sud. 3.77% des personnes qui ne consomment pas actuellement du tabac sans fumée, l'ont consommé dans le passé.

La proportion de consommation mixte (tabac avec et sans fumée) est de 2.69%. Elle est plus fréquente chez l'homme, en milieu rural et dans le tell.

Tableau : 24 Consommation de tabac fumé et non fumé en Algérie (ENS 2005 TAHINA)

| | <u>Hommes</u> | <u>Femmes</u> | <u>Total</u> |
|--|---------------|---------------|--------------|
| <u>Tabac fumé</u> | | | |
| Fumeur actuel (%) | 26.40 | 0.43 | 11.22 |
| Fumeur quotidien (%) | 94.73 | 100 | 94.81 |
| Age moyen de début de consommation (ans) | 19.13 | 18.83 | 19.13 |
| Nombre moyen de cigarettes fumées/jour | 14.86 | 9.91 | 14.77 |
| Fumeur ancien quotidien (%) | 37.64 | 0.14 | 13.01 |
| Age moyen de sevrage (ans) | 36.30 | 37.60 | 36.32 |
| <u>Tabac non fumé</u> | | | |
| Consommation de tabac non fumé (%) | 21.44 | 1.06 | 9.48 |
| Consommation quotidienne de tabac non fumé (%) | 95.92 | 94.73 | 95.85 |

Source enquête TAHINA 2005

2.1.4.3. Consommation d'alcool

La consommation d'alcool est notée dans 6.50% des cas, plus importante chez les hommes, en milieu urbain et au nord. Parmi les consommateurs masculins des 12 derniers mois 5.47% le sont de façon quotidienne, 37.35% une à trois fois par mois, 26.44% consomment une à quatre fois par semaine et 26.88% moins d'une fois par mois. Le nombre moyen de verres consommés par jour est de 5.83. Dans 70.57% des cas, les hommes consomment l'alcool avec un risque élevé.

2.1.4.4. Surpoids, Obésité

55.90% des personnes âgées de 35 à 70 ans sont atteints de surpoids (IMC \geq 25). Ce dernier est plus fréquent chez les femmes (66.52%), les 45 - 59 ans (62.72%), en milieu urbain (58.76%) et dans le tell (57.76%).

Le pré obésité (IMC compris entre 25 et 30) est observé chez 34.66% des sujets enquêtés.

Elle est plus fréquente chez les femmes (36.44%), les 45 - 49 ans (37.13%), en milieu urbain (36.45%) et dans le tell (35.26%). L'obésité (IMC compris entre 30 et 40) est retrouvée chez 20.10% des individus. Elle est plus fréquente chez les femmes (28.39%), les 45 - 49 ans (23.56%), en milieu urbain (20.88%) et dans le tell (21.25%). L'obésité maladie (IMC \geq 40) est observée chez 1.14% des sujets âgés de 35 à 70 ans. Elle est plus fréquente chez les femmes (1.70%), les 45 - 49 ans (2.04%), en milieu urbain (1.42%) et dans le tell (1.26%). L'obésité globale (IMC \geq 30) est retrouvée chez 21.24% des personnes de 35 - 70 ans. Elle est plus fréquente chez les femmes (30.08%), les 45 - 54 ans (24.98%), en milieu urbain (22.30%) et dans le tell (22.50%)

a-Obésité abdominale selon le RTH :

L'obésité abdominale est retrouvée chez 34.42% des sujets de 35 - 70 ans. Elle est plus fréquente chez les femmes (50.96%), les 60 - 70 ans, en milieu urbain (35.59%) et dans les hauts plateaux (37.69%).

b-Obésité abdominale selon l'IDF :

L'obésité abdominale est retrouvée chez 58.36% des sujets de 35 - 70 ans. Elle est plus fréquente chez les femmes (75.02%), les 55 -59 ans (63.23%), en milieu urbain (61.33%) et dans les hauts plateaux (59.64%).

c-Obésité abdominale selon l'US NCEP ATP III :

L'obésité abdominale est retrouvée chez 36.56% des sujets de 35 - 70 ans. Elle est plus fréquente chez les femmes (51.98%), les 45 -49 ans (40.38%), en milieu urbain (39.44%) et dans les hauts plateaux (38.77%).

Tableau 25 :

Obésité et obésité abdominale en Algérie (ENS 2005 TAHINA)

Homme Femme Total

| | hommes | femmes | total |
|--|--------|--------|-------|
| IMC moyen | 24.32 | 27.40 | 26.10 |
| Surpoids (IMC \geq 25) (%) | 41.29 | 66.52 | 55.90 |
| Obésité globale (IMC \geq 30) (%) | 9.07 | 30.08 | 21.24 |
| Obésité abdominale : | | | |
| Obésité abdominale selon le RTH (%) | 11.66 | 50.96 | 34.42 |
| Obésité abdominale selon l'IDF (%) | 35.43 | 75.02 | 58.36 |
| Obésité abdominale selon l'US NCEP ATP III (%) | 15.32 | 51.98 | 36.56 |

Source enquête TAHINA 2005

E-Nutrition

-Consommation alimentaire hebdomadaire

Dans cette partie les données recueillies portent sur la consommation alimentaire au cours de la semaine précédant l'enquête.

-Féculents

Les féculents les plus consommés sont, par ordre décroissant, le pain (2.14), la pomme de terre (0.91) et le couscous (0.3). La consommation moyenne de pâtes est de 0.23 et celle des autres céréales (riz, maïs, frik, Mermaz) et des légumes secs est inférieure à un jour sur cinq. Globalement, la consommation quotidienne moyenne de féculents est de 3,84, soit à tous les repas. Elle est identique dans les deux sexes, à tous les âges et dans le milieu rural et urbain. Elle est encore plus élevée dans le Sud (5,04).

-Fruits et légumes

La consommation des légumes est inférieure à une fois par jour (0,83) tandis que la consommation des fruits est encore plus faible, soit un jour sur deux (0,53).

-Laitages

Les produits laitiers arrivent en troisième position de fréquence de consommation. Ils sont consommés en moyenne au moins une fois par jour (1,28).

-Viandes, œufs et volailles

La consommation des protéines animales est dominée par les œufs (0,43) puis viennent la viande (0,19) et la volaille (0,15).

Ainsi la consommation moyenne des protéines est d'au moins une fois par jour (1,15), un peu plus élevée chez les hommes (1,20), les moins de 40 ans (1,25), en milieu urbain (1,22) et dans le Sud (1,95).

-Graisse :

L'huile la plus consommée est l'huile autre que l'huile d'olive (1.3). Elle est suivie de l'huile d'olive (0.44) et du beurre consommé en moyenne un jour sur trois.

-Desserts sucrés et limonade, fruits secs

Les desserts sucrés sont consommés à raison de deux jours sur trois (0,62). Les fruits secs sont faiblement consommés soit un jour sur 12 (0,08). Au total, la fréquence moyenne de consommation des produits gras et sucrés avoisine les trois fois par jour (2,70). Elle est identique dans les deux sexes, en milieu rural et urbain et plus faible dans les Hauts Plateaux (2,47). Elle est plus élevée chez les moins de 40 ans (2,94) et approche les quatre prises par jour dans le sud (3,57). La consommation alimentaire quotidienne ne respecte pas les recommandations internationales pour tous les groupes d'aliments. Elle est particulièrement faible pour les fruits (0,6 fruit par jour au lieu des 2 portions recommandées) et les légumes (0,8 légume par jour au lieu des 3 portions recommandées). Elle est également faible, mais dans une moindre proportion, pour les laitages (1,3 portions-jour) et les protéines animales et végétales (1,15 contre les 2 portions par jour recommandées). En revanche, la consommation des produits gras et sucrés est très élevée (2,7 portions-jour contre 1 portion recommandée) suivis des céréales (3,8 portions-jour contre 3 portions recommandées).

Conclusion générale

- L'hypertension artérielle est un problème de santé publique qui risque de s'accroître en raison de l'évolution démographique et socio sanitaire.
- L'âge est un facteur de risque important car l'HTA augmente en fonction de l'âge .elle est plus fréquente chez les personnes âgées.
- Le genre est l'autre facteur démographique non négligeable. Dans la société algérienne, les femmes sont plus exposées que les hommes.
- Les conditions de vie sanitaire et sociale peuvent aussi favoriser le risque de l'hypertension artérielle.
- Le nombre de l'HTA en Algérie sera bien plus important si rien n'est fait.
- L'Algérie est un pays où la santé est en transition épidémiologique parallèlement à la transition démographique qui s'est accélérée avec une proportion de plus en plus importante des personnes âgées.

Bibliographie

- Programme nationale de recherche en santé (PNRS)

Agence nationale pour le développement de la recherche en santé septembre 1997.

- Développement du système nationale de sante stratège et perspectives Mais 2001 .

الايوضاع الاجتماعية والاقتصادية والصحية لأفراد الاسرة العربية بين الواقع والتحديات
2008 المشروع العربي لصحة الاسرة
جامعة الدول العربية قطاع الشؤون الاجتماعية

- Le guide pratique de la société européenne de la maladie coronarienne
Guide pratique de la conduite a tenir face aux facteur de risque
d'insuffisance coronarienne
Résumé des nouvelles orientations de la société européenne
d'Athérosclérose : « prévention de l'insuffisance coronarienne : données
scientifique et nouvelles orientations cliniques ».

- **Les enquêtes**

L'enquête algérienne sur la santé de la famille(2002)

L'enquête nationale santé (projet TAHINA 2005)

L'enquête nationale a indicateur multiples (MICS 3-2006)

Sources des données :

**Enquête algériennes sur la sante de la famille 2002
(Rapport principal –juillet 2004)**

Objectif

Permettre aux pouvoirs publics de disposer d'informations essentielles pour mettre en œuvre, suivre et évaluer les politique de la sante de la population.

- Contribuer à améliorer et a consolider ces programmes de sante et notamment la santé reproductive.
- Disposer des instruments nécessaires pour mener une politique régionale de population.
- Disposer des indicateur a des fins de comparabilité avec les pays arabes et évaluer les efforts a fournir dans le domaine de santé de la population.

Transition épidémiologique et système de santé

(Projet TAHINA 2005) Enquête nationale santé (I.N.S)

Intérêt de l'enquête :

L'institut national de santé publique a réalisé en juin 2005 une enquête nationale santé qui rentre dans le cadre global d'un projet de recherche sur la transition épidémiologique et son impact sur la santé dans les pays nord africains (TAHINA).

Objectif de l'enquête :

Cette enquête s'est fixe les principaux objectifs suivants :

-l'estimation de la morbidité au niveau de la population.

-l'estimation de la consommation de soins.

-l'estimation de la fréquence des facteurs de risque chez les adultes de 35 a 70 ans.

Suivi de la situation des enfants et des femmes

Enquête nationale a indicateurs multiples

MICS 3 ALGERIE 2006

Objectifs

L'enquête nationale réalisée en 2006 par l'Algérie s'est fixé les principaux objectifs suivants :

- Fournir des informations récentes pour l'évolution de la situation des enfants et des femmes en Algérie.
- Fournir des données nécessaires pour suivre l'état de réalisation des objectifs du Millénaire pour développement et du plan d'action « un monde digne des enfants » (WFFC) comme base de l'action future.
- Permettre aux pouvoirs publics et a « UNICEF » de disposer des informations essentielles pour mettre en œuvre suivre et évoluer les politiques de santé en direction de enfants et des femmes.
- Contribuer a améliorer et a consolider les données relatives aux enfants et aux femmes et a actualiser et enrichir les bases de données existantes.

- Fournir des instruments nécessaires pour le suivi de la situation des femmes et des enfants.
- Fournir des indicateur a des fins de comparabilité avec les autres pays et évaluer les efforts à fournir pour l'amélioration de la situation des enfants et des femmes.

Liste des tableaux

- Tableau 01** L'évolution de la structure par grand groupes d'âge de la population algérienne selon le sexe (1966-2008)
- Tableau 02** Répartition des wilayas par régions sanitaire(1999).
- Tableau 03** classes de pression sanguine
- Tableau 04** Fréquence des classes de pression sanguine chez les individus de 35-75 ans par âge et sexe
- Tableau 05** Fréquence des classes de pression sanguine chez les individus de 35-75 ans par milieu et région
- Tableau 06** Fréquence des classes de pression sanguine chez les hommes de 35-75 ans par âge.
- Tableau 07** Fréquence des classes de pression sanguine chez les hommes de 35-75 ans par milieu et région.
- Tableau 08** Fréquence des classes de pression sanguine chez les femmes de 35 – 70 ans par âge
- Tableau 09** Fréquence des classes de pression sanguine chez les femmes de 35 – 70 ans par milieu et région
- Tableau 10** Fréquence de l'HTA chez les individus de 35–70 ans par sexe, âge.
- Tableau 11** Fréquence de l'HTA chez les individus de 35–70 ans par milieu et région.
- Tableau 12** Fréquence de l'HTA dépiste chez les individus de 35–70 ans par sexe, âge.
- Tableau 13** Fréquence de l'HTA dépiste chez les individus de 35–70 ans par milieu et région.
- Tableau 14** Prévalence de l'HTA chez les individus de 35 – 70 ans par sexe, âge.
- Tableau 15** Prévalence de l'HTA chez les individus de 35 – 70 ans par milieu et région.
- Tableau 16** Prévalence de L'HTA selon l'Age et le sexe
- Tableau 17** Prévalence de l'HTA selon l'âge et le milieu de résidence
- Tableau 18** Prévalence de l'HTA selon l'âge
- Tableau 19** Prévalence de l'HTA selon l'âge, sexe, et le milieu de résidence.
- Tableau 20** Hypertension artérielle et facteur de risque (sexe-âge-milieu et région) Personnes âgées (35-75)
- Tableau 21** Prévalence de l'HTA selon les groupes d'âges
- Tableau 22** Prévalence de L'HTA selon le milieu de résidence.
- Tableau 23** Consommation de tabac avec et sans fumés selon l'âge, le milieu et la région chez l'homme.
- Tableau 24** Consommation de tabac fumé et non fumé en Algérie (ENS 2005 TAHINA)
- Tableau 25** Obésité et obésité abdominale en Algérie (ENS 2005 TAHINA) Homme Femme Total

LISTE DES FIGURES

- Figure 01 Fréquence des classes de pression sanguine chez les individus de 35 à 70 ans.....
- Figure 02 Fréquence des classes de pression sanguine chez les hommes de 35 à 70 ans.....
- Figure 03 Fréquence des classes de pression sanguine chez les femmes de 35 à 70 ans.....
- Figure 04 Fréquence de l'HTA chez les individus de 35 à 70 ans par sexe, âge, milieu et région.....
- Figure 05 Fréquence de l'HTA dépistée chez les individus de 35 à 70 ans par sexe, âge, milieu et région.....
- Figure 06 Prévalence de l'HTA chez les individus de 35 à 70 ans par sexe, âge, milieu et région.....

Liste des Abréviations

DESIGNATION

| | |
|---------------|---|
| HTA | Hypertension Artérielle |
| TA | tension artérielle |
| TAS | tension artérielle sévère |
| TAD | tension artérielle |
| PA | pression artérielle |
| mm/hg | Millimètre de mercure |
| OMS | Organisation Mondiale de Santé. |
| ONS | Office Nationale des Statistiques. |
| PAD | Pression Artérielle Diastolique. |
| PAS | Pression Artérielle Systolique. |
| SAHA | Société Algérienne d'Hypertension Artérielle. |
| MVC | Maladies cardions vasculaire. |
| TAHINA | |
| IC | indice de confiance |