



Impact de l'hypertension artérielle (HTA) sur la qualité de vie liée à la santé des patients hypertendus suivis au Centre Hospitalier Mont Amba de Kinshasa, RDC : étude analytique transversale.

Tshiaba Alphonse^{1*}, Bonsokie Marc², Nkongolo Bernard-Kennedy¹, Muyer Marie-Claire³

1 MD, MPH, École de Santé Publique, Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo

2 MD, MPH et doctorant, École de Santé Publique, Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo

3 MD, MPH, PhD, École de Santé Publique, Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo

Avicenna medical research is licensed under a Creative Commons 4.0 International License.



ARTICLE HISTORY

Received: 12 novembre 2025

Final Revision: 01 décembre 2025

Accepted: 05 décembre 2025

Online Publication: 31 décembre 2025

KEYWORDS

Hypertension, Quality of life, WHOQOL-BREF, Democratic Republic of Congo

CORRESPONDING AUTHOR

Tshiaba Alphonse

EMAIL CORRESPONDING AUTHOR:

Tshiabaalain5@gmail.com

DOI

10.37034/medinftech.v3i2.95

A B S T R A C T

Contexte : L'hypertension artérielle constitue un important facteur de risque cardiovasculaire qui altère la qualité de vie liée à la santé. En République Démocratique du Congo, les données concernant la qualité de vie liée à la santé des patients hypertendus restent limitées. Ainsi, l'objectif de cette étude est d'évaluer la qualité de vie liée à la santé des patients hypertendus par rapport à celle des sujets non hypertendus, et d'identifier les facteurs qui y sont associés chez les patients hypertendus.

Méthodes : Il s'agit d'une étude analytique transversale menée de septembre à décembre 2024 auprès de 340 participants, dont 170 patients hypertendus suivis au Centre Hospitalier Mont Amba à Kinshasa et 170 individus non hypertendus. Les participants ont été recrutés par échantillonnage aléatoire simple. Les données ont été collectées lors d'entretiens en face à face à l'aide de questionnaires sociodémographiques et médicaux, ainsi que du WHOQOL-BREF, administrés via ODK. Les analyses ont été réalisées avec STATA 18.0.

Résultats : Les patients hypertendus présentaient des scores de qualité de vie liée à la santé significativement plus faibles que les sujets non hypertendus. Des facteurs tels qu'un niveau d'éducation élevé, un âge inférieur à 65 ans, l'emploi dans le secteur privé et certaines appartenances religieuses étaient des prédicteurs positifs de la qualité de vie. La retraite, un nombre élevé de personnes au domicile et la prise d'un grand nombre de comprimés antihypertenseurs constituaient, quant à eux, des prédicteurs négatifs de certains domaines de la qualité de vie.

Conclusion : L'hypertension altère la qualité de vie liée à la santé. Une prise en charge globale apparaît essentielle pour améliorer la qualité de vie des patients hypertendus.

Mots-clés : Hypertension, Qualité de vie, WHOQOL-BREF, République Démocratique du Congo

1. Introduction

L'hypertension artérielle (HTA) est un facteur de risque majeur de maladies cardiovasculaires et altère considérablement la qualité de vie des patients (1). La qualité de vie est de plus en plus reconnue comme un indicateur clé d'évaluation de l'efficacité du traitement de l'HTA (2).

Cette détérioration de la qualité de vie est largement imputable aux modifications du mode de vie nécessaires à la prise en charge de la maladie, notamment un suivi régulier et l'observance des traitements, souvent perçus comme contraignants (3). La prise en charge de l'hypertension artérielle peut également nécessiter des ajustements des habitudes familiales, ce qui peut engendrer des tensions et des conflits interpersonnels (4). De plus, l'anxiété liée à d'éventuelles complications peut avoir un impact négatif sur le bien-être physique et psychologique des patients, diminuant encore davantage leur qualité de vie (5). Cette dégradation du bien-être peut, à son tour, entraver le contrôle efficace de la maladie et augmenter le risque de complications supplémentaires liées à l'hypertension artérielle (6).

De nombreuses études internationales ont exploré l'impact de l'hypertension sur la qualité de vie liée à la santé (QVLS) des personnes concernées. Cependant, en République démocratique du Congo (RDC), on observe un manque flagrant de recherche sur ce sujet. L'objectif de cette étude était d'évaluer la QVLS des patients hypertendus par rapport à ceux des personnes normotendus au CHMA, et d'identifier les facteurs prédictifs potentiels influençant les résultats de la QVLS.

2. Méthodologie

2.1. Conception de l'étude

Une étude transversale analytique a été menée auprès de personnes hypertendues et non hypertendues. Les participants hypertendus ont été recrutés parmi les patients suivis à la Clinique d'hypertension du Centre hospitalier Mont Amba (CHMA). Les participants non hypertendus ont été sélectionnés parmi les personnes indemnes d'hypertension, en bonne santé ou consultant pour des problèmes de santé aigus.

2.2. Population étudiée

Les hypertendus étaient des patients de deux sexes, âgés de 18 ans ou plus, suivis à la clinique d'hypertension du Centre Hospitalier du Mont Amba (CHMA) depuis au moins trois mois. Les non hypertendus étaient des personnes en bonne santé ou consultant pour des problèmes de santé aigus dans le même hôpital. Les critères d'exclusion comprenaient la présence de troubles mentaux, de maladies chroniques (comme le diabète, l'insuffisance rénale chronique ou l'accident vasculaire cérébral), de troubles auditifs ou de la parole, et la grossesse.

2.3. Échantillonnage

2.3.1. Unité statistique

L'étude comprenait deux unités statistiques : un sujet hypertendu et un sujet non hypertendu.

2.3.2. Taille de l'échantillon

La taille a été calculée par la formule suivante :

$$n \geq \frac{(u+v)^2(S_1^2+S_2^2)}{(m_1-m_2)^2}$$

- n = taille de l'échantillon
- v = Coefficient de confiance ($1-\alpha/2$) = 1,96 ($\alpha=0,05$)
- $u = Z_{1-\beta}$ = la puissance désirée = 0,84 ($\beta=0,20$)
- S_1 et S_2 = Écarts types de deux groupes (hypertendu et normotendu)
- m_1 et m_2 = Différence minimale d'intérêt entre deux moyennes
- Les données utilisées pour calculer la taille de l'échantillon ont été tirées de l'étude Adedapo au Nigéria.(7)
- S_1 (Écart type des sujets hypertendus) = 8,91
- S_2 (Écart type des sujets normotendus) = 9,83
- Moyenne 1 (Moyenne des sujets hypertendus) = 63,59
- Moyenne 2 (Moyenne des sujets normotendus) = 67,38

$$\begin{aligned} & n \geq \frac{(1,96+0,84)^2(8,91^2+9,83^2)}{(63,59-67,38)^2} \\ & n \geq \frac{7,84 \cdot 176,017}{14,3641} \\ & n \geq \frac{2(1,96+0,84)^2 \cdot 0,58(1-0,58)}{(0,5-0,66)^2} \end{aligned}$$

$n \geq 96,07 \approx 97$ sujets par groupe

Nous avons tenu compte des non-réponses de 10 %, la taille minimale de l'échantillon a été calculée à 107 participants hypertendus et 107 participants non hypertendus. Pour permettre des analyses au sein de chaque groupe séparément, nous avons appliqué une majoration de la taille de l'échantillon de 50 %, ce qui a donné 161 participants par groupe. Ce chiffre a été arrondi à 170 participants par groupe. Cette approche est conforme aux recommandations méthodologiques de Van Belle (2008), qui suggère d'augmenter la taille de l'échantillon de 50 à 100 % lorsque des analyses de sous-groupes sont prévues (8). Elle est également cohérente avec les lignes directrices de Lwanga et Lemeshow (1991) et de Fayers et Machin (2013), qui soulignent l'importance d'augmenter la taille de

l'échantillon dans les études observationnelles impliquant plusieurs groupes (9,10).

2.3.3. Technique d'échantillonnage

Un échantillonnage aléatoire simple a été réalisé en se servant des registres des patients hypertendus suivis au CHMA, sur un total de 196 hypertendus répertoriés, nous avons tiré 170 à l'aide d'un générateur de nombres aléatoires. Les participants non hypertendus ont été sélectionnés parmi les personnes normotendus, en bonne santé ou ayant consulté pour des problèmes de santé aigus, par échantillonnage aléatoire simple à partir des dossiers des services de consultation externe.

2.4. Technique de collecte de données

Des entretiens en face à face ont été menés à l'aide d'un questionnaire structuré. Les patients hypertendus ont été interrogés soit à l'hôpital lors de leurs consultations, soit à leur domicile. Les participants non hypertendus ont été interrogés lors de leurs visites à l'hôpital.

2.5. Collecte de données

Deux questionnaires ont été utilisés. Le premier recueillait les caractéristiques sociodémographiques et médicales, notamment l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la profession, l'état matrimonial (marié/célibataire/veuf/divorcé/union libre), la religion, la durée de la maladie, le nombre de comprimés pris par jour, le poids, la taille, le statut de contrôle de la maladie, la taille du ménage, l'activité physique et le tabagisme. L'hypertension était considérée comme contrôlée si la pression artérielle restait inférieure à 140/90 mm Hg après au moins trois mois de traitement. L'IMC était calculé comme le poids en kilogrammes divisé par la taille en mètres au carré (kg/m^2). Un IMC de 18,5 à 24,9 était considéré comme normal ; un IMC inférieur à 18,5 indiquait une insuffisance pondérale, un IMC de 25 à 29,9 un surpoids et un IMC de 30 ou plus une obésité.

Le deuxième questionnaire, le WHOQOL-BREF a été utilisé pour mesurer la qualité de vie liée à la santé. Il comprend 26 items : les deux premiers évaluent la qualité de vie globale, tandis que les 24 autres évaluent quatre domaines : physique, psychologique, social et environnemental.

La collecte des données a été réalisée par une infirmière (niveau A0) et un médecin, sous la supervision de l'investigateur principal. Ces enquêteurs ont été préalablement formés sur l'HTA, la méthodologie de l'enquête et la vérification des données. La collecte des données s'était réalisée avec le téléphone Android à l'aide du logiciel ODK kobocolle. Cette collecte des données a duré trois mois, soit du mois septembre 2024 au mois de Décembre de la même année. Le processus a représenté un défi logistique, car les enquêteurs devaient se rendre à domicile de certains patients hypertendus, souvent difficiles à localiser et dispersés dans la ville.

2.6. Traitement et analyse des données

Les données ont été collectées à l'aide de l'application ODK (Open Data Kit) sur appareils Android. Cette plateforme a permis une saisie structurée et une transmission des données vers une base des données centrale. Après un nettoyage rigoureux des données pour l'identification et la correction des erreurs, les incohérences et valeurs manquantes, le logiciel STATA version 18.0. a été utilisé pour la réalisation des analyses statistiques.

Afin de normaliser les scores de qualité de vie, des transformations et ajustements ont été appliquées. Les réponses aux 26 questions du questionnaire WHOQOL-BREF ont été utilisées pour calculer les scores correspondant aux différents domaines de la qualité de vie liée à la santé (physique, psychologique, relations sociales et environnemental). L'évaluation de chaque domaine est réalisée à partir d'un groupe spécifique des questions répondus sur une échelle de Likert à 5 points (allant de pas du tout à tout à fait ou de très mauvais à très bon selon les items). Les scores bruts de chaque domaine, obtenus par le calcul de la moyenne des réponses aux items correspondants ont été convertis en pourcentage pour faciliter l'interprétation.

Analyse descriptive

Les variables catégorielles ont été résumées à l'aide de tableaux de fréquences et de proportions. Les variables continues ont été décrites à l'aide de mesures de tendance centrale et de dispersion (moyenne \pm écart type, médiane \pm écart interquartile).

Analyse bivariée

Le test t de Student a été utilisé pour comparer les scores de qualité de vie entre les sous-groupes.

Analyse multivariée

Une régression linéaire multiple a été utilisée pour identifier les facteurs associés à une altération de la qualité de vie dans le sous-groupe hypertendu.

2.7. Considérations éthiques

Le protocole d'étude a été approuvé par le comité d'éthique de l'ESPK (numéro d'approbation ESP/CE/235/2024) le 22 août 2024. Le consentement éclairé de tous les participants a été obtenu avant la collecte des données, conformément au principe du respect des personnes. La participation était volontaire et libre de toute contrainte, et les participants ont été informés de leur droit de se retirer à tout moment. Les données ont été collectées de manière anonyme et les noms des répondants n'ont pas été inclus dans le rapport final.

En ce qui concerne le principe de bienfaisance, nous avons veillé à ce que la participation à l'étude ne puisse pas nuire aux participants. Les participants à cette étude seront les premiers bénéficiaires des résultats par le

fait que ces résultats seront mis à profit pour améliorer leur prise en charge ou celle de leurs proches.

Concernant la justice sociale, le recrutement des participants s'était fait de façon à ce que tout le monde ait la possibilité de participer à l'étude.

3. Résultats

Le premier tableau présente le profil sociodémographique des sujets hypertendus et normotendus.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

	Sujets Hypertendus		Sujets hypertendus		Non	Valeur p
	Effectif (n=170)	%	Effectif (n=170)	%		
Le sexe du répondant						
Féminin	88	51,8	72	42,4	0,082	
Masculin	82	48,2	98	57,6		
Total	170	100,0	170	100,0		
Age (ans)						
(Moyenne et ET)	60,66±10,98		53,76±9,19			
26 - 34	1	0,6	3	1,8	<0,001	
35 - 49	28	16,5	55	32,4		
50 - 64	74	43,5	89	52,4		
65 ans et plus	67	39,4	23	13,5		
Total	170	100,0	170	100,0		
Niveau d'étude						
Aucun	9	5,3	2	1,2	<0,001	
Primaire	31	18,2	8	4,7		
Secondaire	66	38,8	82	48,2		
Universitaire/Supérieur	64	37,6	78	45,9		
Total	170	100,0	170	100,0		
Profession						
Sans emploi	22	13,0	7	4,1	<0,001	
Secteur public	30	17,8	38	22,4		
Secteur privé	72	42,6	101	59,4		
Travailleurs indépendants	30	17,8	23	13,5		
Retraité(e)	15	8,9	1	0,6		
Total	169	100,0	170	100,0		
Statut marital						
Célibataire/Divorcé/Veuf	62	36,5	31	18,2	<0,001	
Marié(e)/En union libre	108	63,5	139	81,8		
Total	170	100,0	170	100,0		
Religion						
Autres	13	7,6	24	14,1	0,074	
Catholique	59	34,7	41	24,1		
Protestante	42	24,7	42	24,7		

Réveil	56	32,9	63	37,1
Total	170	100,0	170	100,0

Les résultats montrent que les patients hypertendus étaient significativement plus âgés et avaient un niveau d'éducation inférieur par rapport aux patients normotendus.

Le deuxième tableau mesure et compare la qualité de vie des sujets hypertendus et normotendus.

Tableau II : Scores de qualité de vie liée à la santé des hypertendus et des normo tendus

Domaines	Répondants	Moyenne et ET	Intervalle de confiance	Valeur p
QVLS totale	Non hypertendu	75,94±10,74	74,31 77,57	<0,001
	Hypertendu	60,88±18,42	58,09 63,67	
Physique	Non hypertendu	87,46±5,82	86,58 88,34	<0,001
	Hypertendu	72,64±13,66	70,57 74,70	
Psychologique	Non hypertendu	81,72± 6,94	80,67 82,78	<0,001
	Hypertendu	75,37±15,30	73,06 77,69	
Relation sociale	Non hypertendu	76,63± 10,64	75,02 78,24	<0,001
	Hypertendu	69,29±15,89	66,89 71,70	
Environnemental	Non hypertendu	66,40±9,30	64,99 67,81	0,002
	Hypertendu	62,35±15,30	60,04 64,67	

Les patients hypertendus avaient des scores significativement plus faibles dans tous les domaines évalués comparés aux normotendus. Le troisième tableau présente les facteurs sociodémographiques associés à la qualité de vie liée à la santé chez les sujets hypertendus.

Tableau III : Facteurs sociodémographiques prédicteurs de la qualité de vie des hypertendus

Variables	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95%conf.	Interval]
Domaine physique						
Age(ans)						
35 – 49	23,96	11,39	2,10	0,037	1,46	46,47
50- 64	23,25	11,27	2,06	0,041	9,86	45,52
65 ans et plus	19,42	11,32	1,71	0,088	-2,96	41,79
Profession						
Secteur public	0,58	3,78	0,02	0,988	-7,42	7,53
Secteur privé	-1,18	3,33	-0,35	0,723	-7,77	5,41
Travailleurs indépendants	-2,95	3,43	-0,86	0,390	-9,72	3,82
Retraité (e)	-14,07	4,57	-3,08	0,002	-23,09	-5,04
Niveau d'étude						
Primaire	16,31	4,39	3,71	<0,001	7,63	24,99
Secondaire	21,13	4,37	4,84	<0,001	12,50	29,77
Universitaire/Supérieur	24,60	4,66	5,27	<0,001	15,38	33,82
Domaine psychologique						
Profession						
Secteur public	4,97	4,29	1,16	0,249	-3,51	13,45
Secteur privé	9,20	3,78	2,43	0,016	1,72	16,67
Travailleurs indépendants	5,35	3,89	1,38	0,171	-2,33	13,03
Retraité (e)	-2,98	5,18	-0,58	0,566	-13,22	7,26
Niveau d'étude						

Primaire	14,41	4,98	2,89	0,004	4,56	24,26
Secondaire	18,46	4,96	3,72	0,000	8,66	28,25
Universitaire/Supérieur	22,94	5,29	4,34	0,000	12,48	33,39
Domaine de relation sociale						
Religion						
Catholique	10,31	4,37	2,36	0,020	1,68	18,94
Protestante	8,79	4,44	1,98	0,050	0,01	17,57
Réveil	8,74	4,36	2,01	0,047	0,13	17,35
Niveau d'étude						
Primaire	20,28	5,62	3,61	0,000	9,17	31,38
Sécondaire	19,20	5,59	3,43	0,001	8,15	30,25
Universitaire/Supérieur	23,80	5,97	3,99	0,000	12,01	35,59
Taille ménage(personnes)						
2-3	-5,19	7,37	-0,70	0,482	-19,74	9,37
4-6	-6,71	7,21	-0,93	0,353	-20,96	7,54
7 personnes et plus	-14,98	7,47	-2,00	0,047	-29,74	-0,21
Domaine environnemental						
Religion						
Catholique	9,78	4,19	2,32	0,021	1,51	18,06
Protestante	7,45	4,26	1,76	0,081	-.94	15,90
Réveil	9,30	4,18	2,23	0,028	1,04	17,55
Niveau d'étude						
Primaire	11,09	5,39	2,06	0,041	0,44	21,74
Sécondaire	9,57	5,36	1,79	0,076	-1,02	20,17
Universitaire/Supérieur	13,98	5,72	2,44	0,016	2,67	25,29

Les patients âgés de 35 à 64 ans et ceux ayant un niveau d'étude élevé présentaient des scores significativement élevés dans le domaine physique de la qualité de vie liée à la santé (QVLS), tandis que les retraités présentaient des scores significativement faibles. Les patients ayant un niveau d'étude élevé et ceux travaillant dans le secteur privé présentaient des scores significativement plus élevés dans le domaine psychologique de la QVLS.

Un niveau d'études supérieur et l'appartenance à la religion catholique, protestante ou de réveil étaient significativement associés à des scores élevés dans le

domaine des relations sociales de la qualité de vie liée à la santé. Le fait de vivre avec un grand nombre de personnes au sein du foyer était significativement associé à de scores réduits dans ce domaine.

Les chrétiens catholiques et ceux des églises de réveil, ainsi que les hypertendus ayant un niveau d'étude universitaire avaient des scores significativement élevés dans le domaine environnemental de la qualité de vie liée à la santé.

Le tableau 4 présente les facteurs médicaux associés à la qualité de vie liée à la santé chez les sujets hypertendus.

Tableau IV : Facteurs médicaux prédicteurs de la qualité de vie liée à la santé des patients hypertendus

Domaine psychologique	Coefficient	Std . err .	t	P> t	[95% conf. interval]
Domaine psychologique					
Nombre des comprimés					
1	3,90	4,74	0,68	0,412	-5,47 13,27
2	-5,31	5,34	0,45	0,321	-15,85 5,23
3	-35,26	15,64	0,96	0,026	-66,15 -4,37
Domaine de relation sociale					
Nombre des comprimés					
1	2,93	4,81	0,61	0,543	-6,57 12,42
2	-11,52	5,41	-2,13	0,035	-22,20 -0,84
3	-12,79	15,85	-0,81	0,421	-44,09 18,52

La prise de trois comprimés antihypertenseurs était significativement associée à une diminution de la qualité de vie dans le domaine psychologique. La prise de deux comprimés antihypertenseurs était significativement associée à une diminution de la qualité de vie liée à la santé dans le domaine des relations sociales.

4. Discussion

L'objectif de cette étude était de déterminer la qualité de vie liée à la santé ainsi que ses facteurs associés chez les patients hypertendus suivis au CHMA en 2024. Dans cette étude, les personnes souffrant de

l'hypertension artérielle avaient une qualité de vie significativement inférieures à celle des personnes normo tendues dans tous les domaines de QVLS. Ces résultats confirment l'hypothèse selon laquelle l'HTA altère la QVLS des personnes.

Nos résultats concordent avec de nombreuses études antérieures menées en Afrique et sur d'autres continents, notamment celles d'Adedapo au Nigéria et d'Adamu en Éthiopie (7,11-21). L'association constante entre l'hypertension et une diminution de la qualité de vie liée à la santé (QVLS) dans toutes les études souligne le fardeau que représente la maladie pour le bien-être général des patients. Nous attribuons cette détérioration aux changements de mode de vie imposés par la maladie et au stress psychologique lié aux complications potentielles (14).

Notre étude a révélé que les hypertendus âgés de 35 à 64 ans avaient des scores significativement élevés dans le domaine physique de QVLS. Ceci peut s'expliquer par le déclin naturel de la fonction physique rencontré chez les individus âgés de plus de 64 ans (4).

Les patients hypertendus ayant un niveau d'étude élevé avaient des scores élevés dans les domaines physique, psychologique et environnemental de qualité de vie liée à la santé, ce qui corroborent avec les résultats des certaines études antérieures (14,19,22,23). Nos résultats s'opposent à ceux de Filankembo au Maroc (19). Ceci peut s'expliquer par le fait que les hypertendus instruits ont la facilité d'intégrer les informations reçues sur la pathologie et adapter leur mode de vie. Ceci témoigne de la nécessité pour les prestataires d'adapter l'entretien avec l'hypertendu en fonction de son niveau d'instruction.

Les employés du secteur privé affichaient des scores significativement élevés dans le domaine psychologique de QVLS. Ceci peut s'expliquer par le fait que les employés du secteur privé ont peut-être un environnement de travail favorisant le développement personnel et professionnel, ce qui peut favoriser une meilleure santé mentale et à une bonne perception de leur qualité de vie psychologique, ils peuvent avoir assez des possibilités d'adapter leurs finances au nouveau style de vie imposé par la maladie.

Les retraités affichaient des scores plus faibles dans le domaine physique, probablement en raison des changements physiologiques liés à l'âge et d'une transition vers un mode de vie moins actif (24,25). L'appartenance à certaines religions était associée à des scores de QVLS plus élevés dans les domaines environnemental et social. Cela pourrait être attribué au soutien communautaire et aux valeurs promues par les groupes religieux. Par exemple, les personnes qui s'appuient sur la foi chrétienne peuvent ressentir une paix intérieure et une satisfaction, contribuant ainsi à une meilleure QVLS (26,27).

Vivre dans un foyer ayant un nombre élevé des personnes était statistiquement associé à des scores faibles de qualité de vie lié à la maladie dans le domaine de relation sociale des patients hypertendus. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que des conflits,

manque d'intimité et tensions sont souvent rencontrés dans des endroits regroupant un grand nombre des personnes, contribuant ainsi à la détérioration de la qualité de vie(28,29). Il y a lieu d'associer les proches du patient dans sa la prise en charge.

La prise d'un nombre élevé des comprimés d'antihypertenseurs était associée à des scores réduits de qualité de vie liée à la santé dans le domaine psychologique et de relation sociale. Ce qui s'identifie avec les résultats de Pangtey en Inde et s'éloigne de ceux de Katarzyna (15,17).

Ceci peut être dû au fait que la prise d'un grand nombre des comprimés peut pousser le patient à croire que sa pathologie est très grave. Ce qui peut le plonger dans le désespoir, affectant ainsi leur santé mentale et leur qualité de vie psychologique. Ces patients peuvent aussi considérer leur traitement comme un fardeau (15). Les patients hypertendus ressentent parfois un isolement social, à cause de la stigmatisation ou des limitations physiques, pouvant altérer leur qualité de vie (16).

Nos résultats soulignent la nécessité d'une prise en charge globale du patient hypertendu, prenant en compte les aspects médicaux et psychosociaux de l'hypertension. Former les professionnels de santé à prendre en compte le bien-être psychologique des patients pourrait améliorer considérablement leur qualité de vie.

Forces et limites

Points forts

- L'étude aborde un problème majeur de santé publique : l'hypertension, qui est de plus en plus répandue dans les pays à revenu faible et intermédiaire comme la République démocratique du Congo.
- Il compare la qualité de vie liée à la santé (QVLS) entre les individus hypertendus et non hypertendus, démontrant clairement l'impact de l'hypertension.
- Le questionnaire WHOQOL-BREF, un outil validé à l'échelle mondiale, a été utilisé pour évaluer la qualité de vie liée à la santé.
- Il s'agit de l'une des rares études sur ce sujet menées en RDC.

Limites

- L'étude a été menée dans un seul hôpital
- Il s'agissait d'une étude transversale limitée à une période donnée, ce qui empêchait d'évaluer l'évolution de la qualité de vie liée à la santé au fil du temps.
- La qualité de vie liée à la santé a été autodéclarée, ce qui peut introduire un biais d'information.

Cette étude encourage les cliniciens à intégrer l'évaluation de la qualité de vie liée à la santé (QVLS) dans la prise en charge des maladies chroniques comme l'hypertension. Une approche holistique devrait être adoptée, prenant en compte les besoins physiques et psychosociaux. Les cliniciens devraient guider les

patients dans la compréhension de leur maladie, leur fournir un soutien individualisé et aborder les facteurs susceptibles d'altérer la QVLS. L'implication des proches et des professionnels de la santé mentale dans les soins, ainsi que la création de groupes de soutien animés par des patients hypertendus, pourraient favoriser le partage d'expériences et l'adoption de stratégies d'adaptation efficaces.

Cette étude jette les bases de recherches futures, notamment :

- **Des études multicentriques** à travers le pays pour obtenir un échantillon plus représentatif de la population hypertendue.
- **Études longitudinales** pour suivre l'évolution de la qualité de vie liée à la santé au fil du temps.
- **Études qualitatives** pour explorer les expériences vécues des patients et acquérir une compréhension plus approfondie des dimensions subjectives de la qualité de vie liée à la santé.

5. Conclusion

Cette étude nous a permis d'évaluer de manière approfondie la qualité de vie liée à la santé des patients hypertendus et de la comparer à celle des non hypertendus. Globalement les patients hypertendus avaient des scores de qualité de vie liée à la santé moins bonne que celle des normo tendus, et cela dans tous les domaines.

Les principaux résultats ont révélé qu'un niveau d'études élevé était associé à de meilleurs scores de qualité de vie liés à la santé (QVLS) dans le domaine physique, environnemental et social. En revanche, la prise d'un grand nombre des comprimés antihypertenseurs était associée à des scores plus faibles dans les domaines psychologique et social. De plus, les patients âgés de 35 à 64 ans affichaient des scores plus favorables dans le domaine physique, tandis que les retraités présentaient des scores plus faibles dans ce domaine.

Ces résultats soulignent l'importance d'adopter une approche holistique et personnalisée dans la gestion de l'hypertension, qui aborde non seulement les aspects médicaux de la maladie, mais aussi les facteurs psychosociaux et environnementaux qui influencent le bien-être général des patients.

Références

1. Trevisol DJ, Moreira LB, Kerkhoff A, Fuchs SC FF. Qualité de vie liée à la santé et hypertension : revue systématique et méta-analyse d'études observationnelles. *J Hypertens*. 2011 ; 29(2) : 179–88.
2. Ha NT, Duy HT, Le NH, Khanal V, Moorin R. Qualité de vie des personnes hypertendues dans une communauté rurale du Vietnam. *BMC Public Health*. 2014 ; 14(1) : 1–9.
3. Tantchou J, Dauchy E, Bely H, Daret S, Julliard S, Morier MF, et al. Représentations de l'hypertension artérielle en France : une étude exploratoire. *Ann Cardiol Angéol (Paris)*. 2019 ; 68(4) :249-54.
4. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D et al. Directives mondiales de pratique de l'hypertension 2020 de la Société internationale d'hypertension. *Hypertension*. 2020 ; 75(6) :1334-57.
5. Xavier Girard. Prise en charge de l'hypertension artérielle en 2021. *Metabolic Disease Medicine*. 2021 ; 15(1) : 31–8.
6. Xavier Girerd et Hanon Olivier. Qualité de vie et contrôle de l'hypertension artérielle. *Metabolic Disease Medicine*. 2018 ; 12(4) : 320–4.
7. Adedapo AD, Akunne OO AB. Évaluation comparative des déterminants de la qualité de vie liée à la santé chez les patients hypertendus et la population normale du sud-ouest du Nigéria. *Int J Clin Pharmacol The*. 53(3): 265–71.
8. Van Belle G. Règles statistiques empiriques. 2e éd. Hoboken, NJ. Wiley- Interscience; 2008.
9. Lwanga, SK et Lemeshow S. Détermination de la taille de l'échantillon dans les études de santé : manuel pratique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1991.
10. Fayers, PM et Machin D. Sans titre. 2e éd. Chichester : Wiley; 2013.
11. Ye Runyu, Liu Kai, Zhang Zhipeng, Gong Shenzhen, Chen X. Qualité de vie liée à la santé des personnes hypertendues en Chine : revue systématique et méta-analyse. *Journal of Cardiovascular Medicine*. 2018 ; 19(8) : 430–8.
12. Zhu Y, Zeng X, Ying J, Cai Y, Qiu Y, Xiang W. Évaluation de la qualité de vie des patients atteints de mélasma à l'aide de l'échelle MELASQoL: revue systématique et méta-analyse. *PLoS One*. 2022 ; 17 (1er janvier).
13. Xiao M, Zhang F, Xiao N, Bu X, Tang X, Long Q. Qualité de vie liée à la santé des patients hypertendus : une étude transversale basée sur la population à Chongqing, en Chine. *Revue internationale de recherche environnementale et de santé publique*. 2019 ; 16(13) :1–12.
14. Bhandari N, Bhusal BR, KC T, Lawot I. Qualité de vie des patients hypertendus à Katmandou. *Int J Nurs Sci*. 2016 ; 3(4) : 379–84.
15. Ruchira Pangtey G. S. Meena. Impact de l'hypertension sur la qualité de vie des habitants d'une zone urbaine de Delhi, en Inde. *J Hypertens*. Vol 34 : 15–11.
16. Fouladivanda S, Zibaeenezhad MJ, Moghimi E, Razeghian-Jahromi I. Étude de l'effet de l'hypertension sur le bonheur et la qualité de vie dans une population de Shiraz. *Int Cardiovasc Res J*. 2018 ; 12(4) : 137–41.
17. Snarska K, Chorąży M, Szczepański M, Wojewódzka M, Ładny J. Qualité de vie des patients souffrant d'hypertension artérielle. *Médecine* 2020 ; 56(9) : 1-11.

18. F. Saleem MAH et AAS. Évaluation transversale de la qualité de vie liée à la santé (QVLS) chez les patients hypertendus au Pakistan. *Health Expectations*. 2012 ; 17 : 388–395.
19. A. Filankembo Kava, P. Conde, M. Atassi , A. Alaoui , N. Qarmiche , N. Otmani , N. Tachfouti SEF. Qualité de vie des patients hypertendus et ses facteurs associés dans une population marocaine. *Revue d'épidémiologie et de santé des populations*. 2020 ; 67(1003) : S95–148.
20. Boima V, Yeboah AK, Kretchy IA, Koduah A, Agyabeng K, Yorke E. Qualité de vie liée à la santé et ses déterminants démographiques, cliniques et psychosociaux chez les patients de sexe masculin souffrant d'hypertension dans un hôpital tertiaire ghanéen. *Ghana Med J*. 2022 ; 56(1):5-14.
21. Adamu K, Feleke A, Muche A, Yasin T, Mekonen AM, Chane MG et al. Qualité de vie liée à la santé chez les patients hypertendus adultes sous traitement à Dessie City, au nord-est de l'Éthiopie. *PLoS Un*. 2022 ; 17 (9 septembre) : 1-14.
22. Xu X, Rao Y, Shi Z, Liu L, Chen C, Zhao Y. Impact de l'hypertension sur la qualité de vie liée à la santé : une enquête transversale auprès d'adultes d'âge moyen à Chongqing, en Chine. *Int J Hypertens*. 2016 ; 2016 : 7.
23. Ha NT, Duy HT, Le NH, Khanal V. Accès libre Qualité de vie des personnes hypertendues dans une communauté rurale du Vietnam. *BMC Public Health*. 2014 ; 1–9.
24. Gobbens, RJJ ; van Assen, MALM ; Luijckx, KG ; Schols JMGA. Une résilience physique insuffisante augmente le risque de mauvaise qualité de vie chez les personnes âgées. *Quality of Life Research*. 2010 ; 19(9) : 1281–90.
25. Ware, JE ; Sherbourne CD. Enquête de santé abrégée en 36 points (SF-36) du MOS : cadre conceptuel et sélection des points. *MedCare*. 1992 ; 30(6) : 473–83.
26. Organisation mondiale de la Santé (OMS). WHOQOL et spiritualité, religiosité et croyances personnelles (SRPB). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1998.
27. Koenig HG. Religion, spiritualité et santé : implications pour la recherche et la clinique. *ISRN Psychiatry*. 2012 ; 2012 : e278730.
28. Rutledge, Thomas et Hogan B.E. Une analyse quantitative de l'effet du soutien social sur la tension artérielle : l'importance de distinguer le soutien reçu du soutien perçu. *J Behav Med*. 2002 ; 25(6): 519–33.
29. Uchino BN. Soutien social et santé : une analyse des processus physiologiques potentiellement impliqués dans l'évolution des maladies. *J Behav Med*. 2006 ; 29(4) : 377–87.