



Article Original

Connaissance des Facteurs de Risque Cardiovasculaires et Attitudes de Prévention par la Population du District de Santé de Deido-Cameroun

Knowledge of cardiovascular risk factors and personal attitudes to prevention in the community of the health district of Deido - Cameroon

Félicité Kamdem^{1,2} ; Florent Armel Djomou⁴ ; Ba Hamadou³ ; Suzanne Ngonsala⁵ ; Ahmadou Musa Jingi³ ; Christian Biholong⁴ ; Joëlle Djaya⁴ ; Caroline Kenmegne¹ ; Samuel Kingue³.

RÉSUMÉ

Contexte. Les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de mortalité dans le monde et la deuxième cause au Cameroun. Cette incidence est directement liée aux facteurs de risque cardiovasculaires. La connaissance de ces facteurs ainsi que leurs moyens de prévention par la population aboutirait à la pratique d'une hygiène de vie saine. **Objectifs.** Évaluer les connaissances des facteurs de risque cardiovasculaires et les attitudes pratiques de prévention dans une communauté urbaine de Douala. **Méthodes.** Nous avons mené une étude transversale descriptive dans la population du District de Santé de Deido, tirée au sort parmi les cinq districts de la ville de Douala du 1^{er} avril au 30 juin 2014. Les sujets âgés de 18 ans et plus, n'ayant pas de difficultés d'expression ou de compréhension et ayant consentis librement ont été inclus. Les facteurs de risque cardiovasculaires étudiés étaient : l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité, la sédentarité, le tabagisme, le cholestérol, l'âge avancé, les antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires et le sexe masculin. Nous avons considéré la connaissance d'au moins 4 facteurs de risque comme un bon niveau de connaissance. **Résultats.** Nous avons inclus 517 participants. L'âge variait entre 18 et 80 ans avec un âge moyen de 36 ± 11 ans. 73,3% des enquêtés avaient un bon niveau de connaissance. Les attitudes pratiques de prévention étaient insuffisantes. Les facteurs de risque cardiovasculaires où il y avait quelques lacunes concernaient notamment le tabagisme, l'hypertension, le diabète, la sédentarité, les antécédents familiaux, notamment au niveau du sexe masculin, où plus de 40% des sujets avaient des connaissances insuffisantes. **Conclusion.** Dans la population du district de santé de Deido, le niveau de connaissance des FRCV est globalement bon, malgré cela, les pratiques de prévention sont insuffisantes notamment chez les hommes.

ABSTRACT

Background. Cardiovascular diseases constitute the leading cause of mortality in the world, and the second in Cameroon. This incidence is associated to the cardiovascular risk factors. The knowledge of these factors, and how to prevent them by the population could lead to the adoption of better lifestyle habits. **Aim.** To assess the knowledge of cardiovascular risk factors and the personal attitudes to prevention. **Methods.** We conducted a cross-sectional descriptive study in the Health District of Deido-Douala 1st April to 30th June 2014. Consenting participants aged 18 and above were included in this study. The factors included in our study were high blood pressure, diabetes mellitus, obesity, cholesterol, sedentary lifestyle, tobacco consumption, age, male gender, and family history of cardiovascular diseases. We considered the knowledge of at least four risk factors as a good. **Results.** 517 participants, age ranging from 18 to 80 years old, with mean age of 36 ± 11 years were surveyed. 73.3 % had good knowledge. However, the practice of prevention measures was generally insufficient. Cardiovascular risk factors with insufficient knowledge were tobacco consumption, high blood pressure, diabetes mellitus, sedentary lifestyle, family history of cardiovascular diseases, especially for male gender, where more than 40% of participants showed insufficient knowledge. **Conclusion;** The Deido community has satisfactory knowledge of cardiovascular risk factors. Nevertheless, attitudes of prevention are insufficient especially in males.

¹Service de Médecine Interne, Hôpital Général de Douala, Cameroun;

²Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun;

³Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun ;

⁴Service de Médecine Interne, Hôpital Laquintinie de Douala, Cameroun.

⁵Institut Supérieur des Sciences de la Santé, Université des Montagnes, Cameroun.

Correspondance à:

Dr. Kamdem Félicité
Service de Médecine Interne,
Hôpital Général de Douala
B.P: 4856 Douala, Cameroun
Téléphone: 00 237 699 98 86
75

Email:

kamdem_djimegne@yahoo.fr

Mots clés : connaissances, facteurs de risque cardiovasculaires, prévention.

Keywords: Knowledge, Cardiovascular Risk Factors, Prevention.

INTRODUCTION

Les maladies non transmissibles (MNT) sont les principales causes de mortalité dans le monde. Même dans les pays africains, les MNT progressent rapidement et on prévoit que d'ici à 2030, elles seront une cause de décès plus courante que les maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles. Les MNT ont atteint des proportions épidémiques alors qu'elles pourraient être sensiblement réduites, moyennant une diminution des facteurs de risques, un dépistage précoce et des traitements [1].

Les MNT regroupent les cancers, les maladies respiratoires chroniques et les maladies cardiovasculaires (MCV). Les MCV correspondent à différentes pathologies chroniques ou événements affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. Elles ont en commun, pour la plupart, une physiopathologie liée à l'athérosclérose. Elles regroupent les maladies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les pathologies vasculaires périphériques (artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)), les anévrismes aortiques, l'insuffisance rénale par néphroangiosclérose), l'insuffisance cardiaque (IC) [2]. Les MCV représentent la première cause de mortalité avec près de 17 millions de décès chaque année dans le monde. Au Cameroun les MCV sont la deuxième cause de mortalité parmi les maladies non transmissibles, Ce chiffre est inexorablement appelé à augmenter avec l'urbanisation, les nouveaux comportements alimentaires et le vieillissement de la population [3,4]. Leur progression est surtout liée à l'émergence de certains facteurs de risque cardiovasculaires (FDRCV). Il s'agit de : l'hypertension artérielle (HTA), le diabète, le tabagisme, la dyslipidémie, l'obésité et la sédentarité qui font partie du groupe de facteurs de risque dits modifiables c'est-à-dire ceux sur lesquels une action individuelle ou collective aboutit à une baisse de l'incidence des maladies cardiovasculaires [2]. L'identification de ces facteurs de risque (FDR), ainsi que la connaissance de leur retentissement sur le système cardiovasculaire par la population, aboutiraient à la pratique d'une hygiène de vie saine[5]. Afin d'assurer une prévention optimale des maladies cardiovasculaires, il serait important de déterminer au sein de la population les connaissances des FDRCV et les attitudes de préventions préexistantes pour mieux identifier les obstacles à la sensibilisation.

Nous n'avons retrouvé aucune enquête au sein de la population générale de Douala sur ce sujet, ce qui nous a amené à réaliser cette étude dans le but déterminer les connaissances de la population sur ces facteurs de risque cardiovasculaires, les sources d'informations et les attitudes de prévention afin d'améliorer les techniques de sensibilisation.

PATIENTS ET MÉTHODES

Type et lieu d'étude

Nous avons mené une étude transversale descriptive au sein de la population du District de Santé de Deido dans la ville de Douala du 1^{er} avril au 30 juin 2014. Le District de Santé de Deido compte approximativement 606.201 habitants. Il est organisé en 12 aires de santé qui sont : Deido, Bonandjo, Akwa 1, Akwa 2, Akwa 3, Bessengue, Akwa-Nord, Grand Moulin, Bepanda TSF, Bepanda Omnisport, Cité Sic et Ndogbong. Il comprend 63 formations sanitaires donc une formation sanitaire de catégorie 2 (Hôpital Laquintinie), 8 hôpitaux de district et assimilés, 2 centres médicaux d'arrondissement, et 49 formations sanitaires privées. Le choix du lieu d'étude s'est fait par tirage au sort parmi les districts de santé de la ville de Douala qui sont au nombre de cinq.

Population d'étude

Notre population d'étude était composée des sujets résidents ou présents ou encore exerçant dans le District de Santé de Deido pendant la durée de l'étude. Nous avons inclus tout sujet consentant, âgé de 18 ans et plus sans distinction de genre, résident et/ou présent dans le District de Santé de Deido au moment de l'étude. Ont été exclus les sujets avec difficultés de compréhension ou d'expression, le personnel médical et paramédical.

Échantillonnage

Un questionnaire a été pré-testé en utilisant un échantillon de 14 personnes âgées entre 22 et 60 ans donc 3 du niveau primaire, 5 du niveau secondaire et 6 du niveau supérieur. Les changements de formulation pour la clarté des questions ont été faits à la suite du pré-test. L'échantillonnage s'est fait de manière consécutive.

Procédures

La collecte des données a été réalisée par l'investigateur principal, et organisée de la façon suivante : descente dans les différentes aires de santé à raison d'une semaine par aire de santé. Les sujets présents lors de la descente étaient abordés de façon individuelle hors et/ou sur le lieu de travail. Ceux remplissant les critères d'inclusion et ayant consentis à participer à l'étude étaient soumis à un interrogatoire à l'aide du questionnaire préétabli qui comportait 2 sections et 33 questions. Ces questions ont permis de recueillir les informations suivantes : sociodémographiques (sexe, âge, profession, niveau d'étude et résidence), Nous avons recherché les déterminants permettant d'évaluer :

1. les connaissances générales en rapport avec les MCV à partir de quatre questions à savoir : l'information sur les MCV, les sources d'informations, la connaissance du terme MCV, les différents moyens de prévention des MCV.
2. les connaissances individuelles à partir des neuf FDRCV contenus dans le questionnaire. Pour chaque FDRCV

étudié, nous avons attribué un score de 1 point à ceux qui avaient correctement répondu aux questions posées sur le FDR. Nous avons considéré un minimum de 4 points (4 FDRCV connus) comme un bon niveau de connaissance. Nous nous sommes référés aux études antérieures menées sur la connaissance des FDRCV pour établir les différences au niveau de connaissance. Pour les FDRCV comme l’HTA, le diabète, l’obésité ou la sédentarité, les informations suivantes étaient recherchées : La connaissance des termes HTA, diabète, obésité ou sédentarité, l’existence d’un lien entre l’HTA, le diabète, l’obésité ou la sédentarité et les MCV, la possibilité de prévention de l’HTA, du diabète ou de l’obésité, la présence ou non de l’HTA, du diabète, de l’obésité et/ou de la sédentarité chez le sujet enquêté. Pour le FDRCV cholestérol, les informations suivantes ont été recherchées : le participant a-t-il déjà entendu parler du cholestérol, l’existence d’un lien entre le cholestérol et les MCV. Pour le FDRCV tabagisme, les informations suivantes ont été recherchées : l’existence d’un lien entre le tabagisme actif et les MCV, l’existence d’un lien entre le tabagisme passif et les MCV, la consommation du tabac par le sujet enquêté. Pour les FDRCV comme l’âge, le sexe masculin, les ATCD familiaux de MCV, les informations suivantes étaient recherchées : l’existence d’un lien entre l’âge, le sexe ou les ATCD familiaux et les MCV.

3. Les attitudes par rapport à la prévention des MCV. Chaque participant a répondu à une série de questions sur les différents facteurs de risque cardiovasculaires. Chaque question a été codée en « oui », « non » et « ne sais pas ». Chaque participant qui répondait correctement à toutes les questions sur chaque facteur de risque était considéré comme ayant une bonne connaissance de ce facteur. Les questions portaient essentiellement sur la définition, la connaissance du facteur de risque et sa prévention. L’hypertension, le diabète et l’obésité possédait 3 questions, le cholestérol, la sédentarité et le tabagisme 2 questions, les antécédents familiaux de MCV, l’âge et le sexe une question. Dans l’ensemble, la bonne connaissance des FDRCV chez chaque individu a été considérée si le participant connaissait au moins 4 facteurs de risque différents.

Analyses statistiques.

Les données ont été enregistrées et analysées grâce au logiciel SPSS 20. Les variables quantitatives étaient présentées en moyenne± déviation standard, les variables qualitatives en effectifs et pourcentage.

Considérations éthiques

Nous avons obtenu la clairance éthique de l’Université des Montagnes (N° 2014/88/UdM/PR/CAB/CIE). Nous avons effectué ce travail conformément aux déclarations d’Helsinki. Nous rapportons ce travail selon les normes de

présentation des études épidémiologiques (STROBE check-list).

RÉSULTATS

Notre étude a portée sur 517 participants parmi lesquels 305 hommes (59%). L’âge moyen de la population était de 36 ± 11 ans, s’étendant de 18 à 80 ans. Les caractéristiques des participants sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques

Variable	Effectifs	%
Sexe		
Masculin	305	59
Féminin	212	41
Age (ans)		
18–39	348	67,3
40–69	165	31,9
≥70	4	0,8
Profession		
Employé	322	71,5
Sans emploi	63	14,1
Étudiant	65	14,4
Niveau scolaire		
Primaire	36	7
Secondaire	189	36,6
Supérieur	292	56,5
FDRCV		
Obésité	73	32,3
Sédentarité	55	24,3
Tabagisme	33	14,6
Hypertension	30	13,3
Diabète	15	6,6
FDRCV : facteurs de risque cardiovasculaires		

Plus de 67% des participants étaient âgés entre 18 et 40 ans. Les participants possédant un emploi représentaient 71,5% et 14,4% étaient des étudiants. Tous les participants avaient au moins un niveau d’éducation primaire avec 56,5% du niveau supérieur. L’obésité représentait le facteur de risque cardiovasculaire (FDRCV) le plus fréquent dans la population (32,3%) alors que le diabète de type 2 représentait 6,6% de la population.

Les réponses apportées par les participants pour les différentes questions sur la connaissance des FDRCV sont consignées dans le tableau 2. L’hypertension était bien définie par 72,9%, le diabète par 92,3%, l’obésité par 89,7% et la sédentarité par 53,4%. Moins de 50% des participants connaissaient l’âge et les antécédents familiaux de MCV comme facteurs de risque de survenue des MCV. Les autres facteurs de risque étaient connus par plus de 50% des participants. Pour plus de 70% des participants, l’hypertension, le diabète, l’obésité pouvaient être prévenue.

Tableau 2 : présentation des connaissances sur les différents facteurs de risque cardiovasculaires

Variable	Oui (%)	Non (%)	NSP (%)
L'hypertension artérielle (HTA)			
L'HTA se manifeste par une augmentation de la pression artérielle	377 (72,9)	0	140 (27,1)
L'HTA peut favoriser la survenue des MCV	430 (83,2)	09 (1,7)	78 (15,1)
L'HTA peut être prévenue	377 (72,9)	24 (4,6)	116 (22,4)
Le diabète			
Le diabète se manifeste par un excès de sucre dans le sang	477 (92,3)	07 (1,2)	34 (6,6)
Le diabète peut favoriser la survenue des MCV	317 (61,3)	63 (12,2)	137 (26,5)
Le diabète peut-il être prévenu ?	422 (81,6)	32 (6,2)	63 (12,2)
L'obésité			
L'obésité est une accumulation excessive de graisses dans le corps	464 (89,7)	16 (3,1)	37 (7,2)
L'obésité peut favoriser la survenue des MCV	461 (89,2)	09 (1,7)	47 (9,1)
L'obésité peut être prévenue	477 (92,3)	13 (2,5)	27 (5,2)
Le cholestérol			
Déjà entendu parler du cholestérol	458 (88,6)	59 (11,2)	0
Le cholestérol dans le sang peut favoriser la survenue des MCV	341 (66)	11 (2,1)	164 (31,7)
La sédentarité			
La sédentarité est le manque d'activité physique ?	276 (53,4)	30 (5,8)	211 (40,8)
La sédentarité peut favoriser la survenue des MCV	294 (56,9)	37 (7,2)	186 (36)
Le tabagisme			
Fumer peut favoriser la survenue des MCV	359 (69,4)	47 (9,1)	111 (21,5)
L'exposition à la fumée de cigarettes peut favoriser la survenue des MCV	299 (57,8)	73 (14,1)	145 (28)
Antécédents familiaux			
L'existence d'une MCV dans la famille peut favoriser la survenue des MCV	233 (45,1)	144 (27,9)	140 (27,1)
Le sexe			
Être un homme peut favoriser la survenue des MCV par rapport à être une femme	87 (16,8)	256 (49,5)	174 (33,7)
L'âge			
L'avancement de l'âge peut favoriser la survenue des MCV	326 (63,2)	106 (20,6)	84 (16,3)
NSP : ne sais pas ; MCV : maladie cardiovasculaire ; HTA : hypertension artérielle			

La figure 1 présente le niveau de bonnes connaissances pour chaque facteur de risque cardiovasculaire. Ce niveau était défini à partir des bonnes réponses à toutes les questions sur chaque FDRCV. L'obésité représentait le facteur de risque le plus connu dans la population (80,5%) suivi du cholestérol (66%) et de l'âge (63%). La sédentarité, les antécédents familiaux de MCV représentaient les facteurs les moins connus avec moins de 50%. Le sexe le moins connu avec 16,8%.

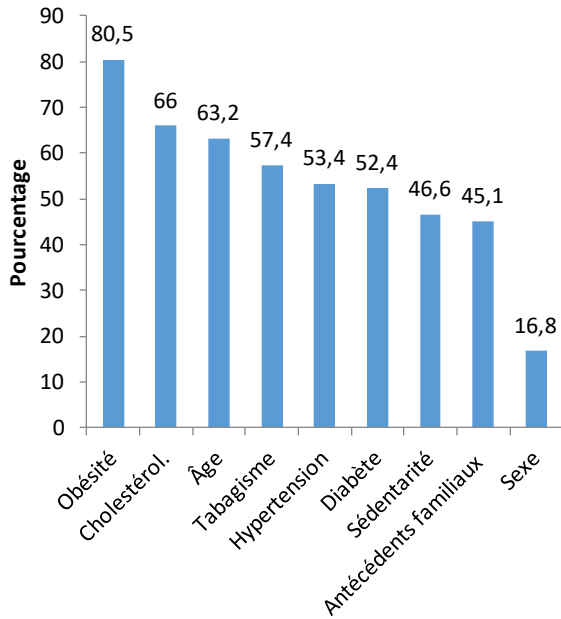


Figure 1: Répartition des bonnes connaissances pour chaque facteur de risque

Le taux de bonne connaissance dans la population (4 facteurs de risque et plus) était de 73,3% (379 participants). Trente un participants (6%) ne connaissaient aucun facteur de risque alors que 14 (2,7%) connaissaient tous les facteurs de risque.

Le tableau 3 présente les moyens de prévention contre les MCV énoncés par les participants et aussi les attitudes des participants vis-à-vis de ces moyens de prévention.

Tableau 3 : Les moyens de prévention énumérés et les attitudes pratiques

Moyens de prévention énoncés	n (%)	Attitudes pratiques (%)
Activité physique régulière	306 (59,2)	161 (52,6)
Manger aux heures régulières	132 (25,5)	35 (26,7)
Manger moins gras	90 (17,4)	32 (36,7)
Manger moins sucré	58 (11,2)	16 (27,6)
Manger moins salé	52 (10)	13 (25)
Manger fruits et légumes	15 (2,9)	7 (46,7)
Éviter l'alcool	63 (12,2)	0
Éviter le tabac	46 (8,9)	46 (100)
Repos et éviter les stress	44 (8,5)	15 (34,1)
Consultations médicales de routine	26 (5)	5 (19,2)
Éviter l'obésité	15 (2,9)	15 (100)
Aucun moyen connu	9 (19,1)	

Le moyen de prévention le plus cité par les participants était l'activité physique régulière avec 59,2% (306 participants). Toutefois seule la moitié de ces derniers pratiquaient une activité physique (52,6%). D'autres moyens de prévention les plus cités étaient : manger aux heures régulières (25,5%), manger moins gras (17,4%), manger moins sucré (11,2%) et éviter l'alcool (12,2%). Les autres moyens de prévention étaient inférieurs ou égaux à 10%. Neuf participants ne pouvaient citer aucun moyen de prévention.

DISCUSSION

Cette étude avait pour objectifs de déterminer les connaissances des FDRCV au sein de la population du District de Santé de Deido, les sources d'informations et la connaissance des attitudes de prévention.

Au total 517 personnes ont participé à notre étude. L'âge moyen était de 36 ans ±11, plus de 67% des participants étaient âgés entre 18 et 40 ans. 56,5% de la population avait un niveau d'étude supérieur. 71,5% des participants possédaient un emploi. L'obésité était le FDRCV le plus retrouvé 32,2%. Nos résultats sont similaires à ceux de plusieurs auteurs tel que Saeed en inde dans une étude réalisée en milieu hospitalier sur l'évaluation des facteurs de risque modifiables de l'athérosclérose coronaire chez les patients reçus aux urgences cardiovasculaires qui trouvait un âge moyen 35±10 [6], Chohedri en Iran qui trouvait 52,5% de participants de niveau supérieur [8], cette concordance pourrait s'expliquer par le fait que ces différentes études sont réalisées en métropole. Toutefois, le taux d'obésité retrouvé dans notre étude est moins élevé que celui observé dans certains pays occidentaux, notamment Chanvillard en Grenoble 49,5%, et Atallah en Guadeloupe 57,3% [9,10]. Ceci pourrait être dû au fait que la prévalence des différents FDRCV qui varie d'un pays à l'autre.

La connaissance des facteurs de risque cardiovasculaire dans notre étude à savoir l'hypertension, le diabète, l'obésité et la sédentarité étaient respectivement de 72,9%, 92,3%, 89,7% et 53%. Nos résultats sont similaires à ceux retrouvés dans les pays occidentaux avec 87,3% pour l'hypertension artérielle [9], 72% pour l'obésité [6] et 41% pour la sédentarité [12]. Ces études occidentales se sont intéressées à la connaissance des FDRCV au sein des populations à risque de MCV mais aussi au sein des populations générales. Elles utilisaient deux approches d'évaluation des connaissances. Une approche qui évaluait les connaissances des FDRCV par la capacité des sujets à les énumérer de façon spontanée [12]. L'autre approche qui évaluait la connaissance des FDRCV par la capacité des sujets à les reconnaître sur liste de facteurs [6, 9, 10].

Le niveau de connaissances des FDRCV était déterminé sur le nombre de facteurs connus par participant (4 facteurs de risque et plus). Le niveau de bonne connaissance dans la population était de 73,3%, Chanvillard en Grenoble trouvait un résultat similaires au notre 72,7% [9], alors que

Saeed en Inde et Chohedrien en Iran trouvaient des valeurs plus basses respectivement 41% et 42% [6, 8]. Le niveau de connaissance des FDRCV dans notre milieu est comparable à celui de la population occidentale, alors que dans les pays tels que l'Inde et l'Iran, le niveau de connaissance est plus bas, malgré le fait que l'étude de Saeed en Inde soit réalisé en milieu hospitalier [6].

L'attitude de prévention était évaluée par la connaissance des moyens de prévention des maladies cardiovasculaires. Parmi les moyens de prévention énoncés par les participants, l'activité physique était citée par 59,2% des participants comme moyen de prévention des maladies cardiovasculaires et était pratiquée par plus de la moitié (52,6%) des sujets qui l'avait citée, les autres moyens de prévention étaient mis en œuvre par moins de 40% des enquêtés, notamment une alimentation moins grasse 36,7%, moins sucrée 27,6%, moins salée 25% et aux heures régulières 26,7%. La plupart des MCV peuvent être prévenu par la pratique des règles hygiéno-diététiques. Des études se sont intéressées à la connaissance des moyens de prévention des MCV au sein des populations. Plusieurs auteurs trouvaient chez les populations enquêtées que la pratique de l'activité physique était le moyen de prévention le plus connu avec respectivement 56% et 45,7% [10, 13]. Ces résultats différaient de ceux de Chohedri qui trouvaient que 64,5% des enquêtés pratiquaient au moins un moyen de prévention [8]. Les études menées sur la pratique des moyens de prévention des MCV révélaient pour la plupart un faible niveau de pratique. Perrin en 1999 au Bas-Rhin avaient constaté qu'à la question de savoir quelles précautions peut-on prendre pour éviter un infarctus du myocarde, moins de 25 % des sujets interrogés mettaient en œuvre les mesures de préventions qu'ils avaient citées [13]. Une étude réalisée en 2004 en Réunion par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) sur l'activité physique avait fait savoir que 98% des sujets enquêtés reconnaissaient l'importance de l'activité physique sur la santé mais 20% seulement la pratiquait [14].

Limite de l'étude

Difficultés de communication : Il est possible que nous ayons influencé les réponses de certains participants

(surtout ceux de niveau d'études inférieur) alors que nous tentions de leur expliquer le sens de certaines questions.

Brièveté des interviews : certains participants avaient reçu une interview de courte durée en raison du temps qu'ils accordaient pour répondre au questionnaire. Cela pourrait avoir une incidence sur la validité des réponses qu'ils avaient fournies.

CONCLUSION

Au terme de notre travail, Il ressort que les facteurs de risque cardiovasculaires (FDRCV) sont bien connus malgré quelques des lacunes qui existent sur certains facteurs notamment le tabagisme, l'hypertension, le diabète, la sédentarité, les antécédents familiaux de Maladie Cardiovasculaire (MCV), et le sexe masculin où plus de 40% des sujets présentent des méconnaissances. Par contre les attitudes personnelles de prévention sont faibles. Il est donc important de mettre sur pied une formation portant sur l'éducation des populations en ce qui concerne les FDRCV en insistant sur la nécessité de prévenir la survenue des MCV.

Ce qui est connu avant cette étude : Aucune étude communautaire n'a été menée à Douala pour évaluer la connaissance et l'attitude de la population sur les facteurs de risque cardiovasculaire.

Ce que cette étude ajoute aux connaissances existantes : Les facteurs de risque cardiovasculaires sont bien connus malgré quelques des lacunes qui existent sur certains facteurs. Notamment le tabagisme, l'HTA, le diabète, la sédentarité, les antécédents familiaux de MCV et le sexe masculin.

DÉCLARATIONS

Conflit d'intérêts : aucun à déclarer

Financement : Aucun reçu pour cette étude

Contribution des auteurs : Conception : FK, FAD, BH, SK. Collecte de données: FK, AMJ, CK, SNN. Analyse et interprétation des données : FK, FAD, BH, AMJ, SNN, SK. Rédaction du manuscrit: FK, FAD, CK, AMJ, SNN. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale pour publication.

RÉFÉRENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010 résumé d'orientation. OMS ; 2011.
2. Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé. Méthodes d'évaluation du risque cardiovasculaire global. Anaes ; 2004.
3. Touze J E. Les maladies cardiovasculaires et transition épidémiologique dans le monde tropical. Med trop. 2007;(67) :541-2.
4. Organisation Mondiale de la santé. Profils de pays pour les maladies non transmissibles. OMS ; 2014.
5. Guillaume C. Une fresque murale comme facteurs de changement des habitudes de vie des patients et des habitudes de soins des soignants. Monaldi arch chest dis.2004; 62(2):105-13.
6. Saeed O., Gupta V. , Dhawan N. , Streja L., Shin J S. , Ku M. et al. Knowledge of modifiable risk factor of coronary atherosclerotic heart disease among a sample in India. BMC: International Health and Human Right. 2009 ; (9) :2.
7. Mohammed A S, Shyam S G, Abdullah. Perception of stroke and knowledge of potential risk factors among Omani patient at increased risk for stroke. BMC Neurology.2006; (6) : 38
8. Chohedri A H, Masjedi M, Eghbal M H. Cardiovascular health knowledge of patient attendants in southern of Iran, Shiraz. Professional Med. 2012; 19 (5): 604-10.

9. Chanvillard T. Evaluation de la connaissance de la maladie et de l'observance thérapeutique des patients après un accident vasculaire cérébral [thèse]. Grenoble 2012. 61 p
10. Atallah. Connaissances sur la santé, croyances et pratiques en terme de prévention cardiovasculaire dans la population guadeloupéenne. L'enquête CONSANT.stat tabl ann. 2009; (23) : 1-49
11. Institut Français d'Option Publique. Connaissance et perception du diabète au sein de la population française âgée de 40ans et plus. IFOP 2011.
12. Potvin L. , Richard L. , Edwards AC. La connaissance des facteurs de risque cardiovasculaires de la maladie au sein de la population canadienne: relations avec les indicateurs de statut socio-économique. Journal de l'Association Médicale Canadienne. 2000; 162 Suppl 9: S5-S11.
13. Perrin, Arveiler, Sartori, Simon, Schlienger. Niveau de connaissance des facteurs de risque cardiovasculaires dans la population adulte du Bas-Rhin. Revue MédInt 1999; 20 suppl 1: S 183.
14. Observatoire Régionale de la Santé. Pratiques et connaissances des réunionnais vis-à-vis du diabète, de l'alimentation et de l'activité physique. ORS 2004.
15. Priyanwada Amarasekana, Angela de Silva, Hasintha Swarnamali, Upul Senarath and Prasad Katulanda. Knowledge, Attitudes and Practices on lifestyle and cardiovascular risk factors among metabolic syndrome patients in an urban tertiary care institute in Sri Lanka. Asia Pac J Public Health. 2016 January; 28(1): 32S – 40S.