

Research Article

ANALYSE DES DÉTERMINANTS DE FAIBLE RESPECT DU RÉGIME ALIMENTAIRE DANS LA PRISE EN CHARGE DIÉTÉTIQUE DES HYPERTENDUS À L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE RÉFÉRENCE DE WANGATA, PROVINCE DE L'ÉQUATEUR, RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

¹John LIMOTSU INONGA, ¹Eric IBOTATO ALESUA, ^{2,*}Patrice BADIBANGA NTUMBA

¹Département des Sciences des aliments nutrition-diététique, Institut supérieur des techniques médicales de Mbandaka, Equateur, RDC.

²Centre de Recherche Infinie sur le Bien être "CRIBE", Mbandaka, Province de l'Equateur, République Démocratique du Congo.

Received 06th April 2026; Accepted 07th May 2026; Published online 25th June 2026

RÉSUMÉ

Les maladies cardiovasculaires, notamment l'hypertension artérielle (HTA), figurent parmi les principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde. Outre le traitement médicamenteux, le respect d'un régime alimentaire adapté constitue un élément essentiel de la prise en charge des patients hypertendus. Pour les patients hypertendus suivis à l'Hôpital Général de Référence de Wangata, à Mbandaka, en République Démocratique du Congo, nous nous sommes interrogés de savoir leur niveau d'adhésion aux recommandations diététiques et les éventuels déterminants du faible respect du régime alimentaire. L'étude est transversale descriptive et analytique et a porté sur 102 patients hypertendus pris en charge au service de médecine interne de l'hôpital. Les résultats montrent que les patients avaient un âge moyen de $46,7 \pm 13,3$ ans. Le sexe masculin y prédominait avec un sex-ratio (M/F) de 1,83. La majorité des enquêtés (67,6%) ont déclaré connaître les recommandations alimentaires liées à l'HTA, alors que la consommation régulière de sel, d'alcool et d'aliments riches en graisses saturées demeurait élevée. Seuls 21,6% des patients bénéficiaient d'un programme structuré de suivi alimentaire et 33,3% recevaient un soutien de leur entourage. L'analyse des déterminants du faible respect du régime selon la régression logistique binaire n'a pas permis de mettre en évidence une association statistiquement significative entre les variables étudiées et le faible respect du régime alimentaire ($p > 0,05$).

Mots clés: Prise en charge, Hypertension artérielle, Déterminant, Faible respect, Régime alimentaire.

INTRODUCTION

Les affections cardiovasculaires dont l'hypertension artérielle (HTA) figurent en première ligne des maladies non transmissibles (MNT) et constituent l'une des principales causes de mortalité dans le monde. L'hypertension artérielle (HTA) est l'une des pathologies cardiovasculaires qui fait chaque année des millions de victimes et constitue un facteur de risque majeur des accidents vasculaires cérébraux. Si le traitement pharmacologique reste essentiel, la prise en charge non médicamenteuse, en particulier l'alimentation, joue un rôle crucial dans le contrôle de la tension artérielle. (OMS, 2021)

Cette pathologie affecte toutes les régions de la planète. En Amérique latine par exemple, une étude menée a révélé une prévalence cumulée de la pré hypertension de 27,98%. (Vera-Ponce *et al.*, 2025)

Aux Etats-Unis, une étude menée entre août 2021–août 2023, a révélé que la prévalence de l'hypertension chez les adultes était de 47,7%. L'hypertension était plus élevée chez les hommes (50,8%) que chez les femmes (44,6%) et a augmenté avec l'âge : 23,4% pour les 18 à 39 ans, 52,5% pour 40 à 59 ans et 71,6% pour 60 ans et plus. (Fryar *et al.*, 2024)

En Afrique, la prévalence cumulée estimée de l'hypertension est d'environ 30,8%. En Afrique subsaharienne (ASS), la prévalence de l'hypertension a augmenté, atteignant 48 % (IC : 42-54%) chez les femmes et 34% (IC : 29-39 %) chez les hommes en 2019.

En République démocratique du Congo, (RDC), selon plusieurs études, la prévalence de l'hypertension varie entre 9,9 et 49,3%. (Musunget *et al.*, 2021).

Plusieurs études ont démontré l'efficacité des approches nutritionnelles, notamment le régime DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), qui recommande une alimentation riche en fruits, légumes, produits laitiers allégés, et pauvre en sel, graisses saturées et sucres ajoutés (Appel *et al.*, 1997)

Malgré les preuves établissant l'importance d'une alimentation appropriée dans la gestion de l'hypertension artérielle, de nombreux patients n'adhèrent pas aux recommandations diététiques. C'est dans ce cadre que la présente étude cherche à identifier les principaux déterminants du non-respect du régime par les patients.

A cet effet, un questionnaire avait retenu notre attention en menant la présente étude. Il s'agissait précisément d'identifier les déterminants du faible respect du régime alimentaire chez les patients hypertendus.

MATERIELS ET METHODES

La présente étude fut menée à l'hôpital général de Wangata, de Mbandaka, province de l'Équateur, en République Démocratique du Congo.

L'étude est transversale à visée descriptive et analytique a porté sur 102 patients hypertendus pris en charge dans la structure sanitaire. Un consentement libre et éclairé a été sollicité auprès de tout patient avant l'administration du questionnaire d'enquête, en lui garantissant l'anonymat et la confidentialité des données recueillies auprès de lui.

*Auteur correspondant: Patrice BADIBANGA NTUMBA,

2Centre de Recherche Infinie sur le Bien être "CRIBE", Mbandaka, Province de l'Equateur, République Démocratique du Congo.

L'interview était réalisée en Lingala auprès de ces patients hospitalisés dans l'unité des soins intensifs et les unités privées d'hospitalisation. Le lingala est une langue parlée dans la région. Cinq critères ont permis de sélectionner les sujets : Être hypertendu, Être pris en charge dans la structure sélectionnée et Avoir un dossier complet, Être présent pendant l'enquête, Avoir donné son accord pour l'entretien.

La base des données fut constituée, nettoyée et traitée grâce à l'Excel. Les analyses factorielles ont été effectuées avec SPSS (*Statistical Package for social science*), version 20.

RESULTATS

Les résultats obtenus au cours de cette investigation se présentent de la manière suivante :

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.(N=102)

Caractéristiques	Catégories	Effectifs	Pourcentage	IC à 95%
Age	<à 40 ans	34	33,3	
	40 ans ou plus	68	66,7	
Sexe	Masculin	66	64,7	
	Féminin	36	35,3	
Etat matrimonial	Célibataire	11	10,8	4.8-16.8
	Marié	42	41,2	31.6-50.7
	Divorcé	11	10,8	4.8-16.8
	Union libre	38	37,3	27.9-46.6
Niveaud'instruction	Analphabète	5	4,9	0.7-9.1
	Primaire	5	4,9	0.7-9.1
	Secondaire	59	57,8	48.3-67.4
	Supérieure	33	32,4	23.3- 41.4
Profession	Sans profession	13	12,7	6.3-19.2
	Fonctionnaire	25	24,5	16.2-32.9
	Libérale	42	41,2	31.6-50.7
	Commerçant	22	21,6	13.6-9.6

L'hypertendu hospitalisé à l'Hôpital général de référence de Wangata a un âge moyen de $46,7 \pm 13,3$ ans. La série est marquée par des hypertendus de sexe masculine avec un sex ratio de 1,83. Parmi eux, la majorité vit dans des couples mariés (41,2%), ayant atteint un niveau d'étude secondaire (57,8%) et exerce une profession libérale (41,2%).

Tableau II : Caractéristiques alimentaires des malades (N = 102)

Caractéristique	Catégories	n	%	IC à 95%
Connaissances sur l'alimentation de l'hypertendu	Oui	69	67,6	58,5 – 76,7
	Non	33	32,4	23,3 – 41,5
Pratiques alimentaires à la consommation du sel	Oui	69	67,6	58,5 – 76,7
Connaissance des aliments à éviter en cas l'hypertension	Oui	69	67,6	58,5 – 76,6
Connaissance des patients sur les aliments qui influencent l'hypertension	Sel	46	45,1	35,4 – 54,8
	Cube Maggi	11	10,8	4,8 – 16,8
	Alcool	12	11,8	5,5 – 18,0
Consommationquotidienne du sel		69	67,6	58,5 – 76,6
Quantité de sel consommée par jour (estimation)	1g	45	44,1	34,5 – 53,7
	2g	35	34,3	25,4 – 43,2
	3g	22	21,6	3,6 – 29,6

La majorité des patients dispose des bonnes connaissances sur des recommandations alimentaires relatives à l'alimentation de l'hypertendu. Cependant, malgré cette bonne connaissance, les pratiques alimentaires relatives à la consommation du sel, la consommation quotidienne des aliments riches en sel, l'assaisonnement des aliments en sel et la consommation d'aliments riches en graisses restent élevées.

Tableau III : Hygiène de vie des patients.(N=102)

Caractéristique	Observation	N	%	IC95
Affirmations de suivi d'un régime alimentaire recommandé par un professionnel de santé	Oui	69	67,6	58,5 – 76,6
Caractéristique		N	%	IC95
Affirmations de suivi d'un régime alimentaire recommandé par un professionnel de santé		69	67,6	58,5 – 76,6
Consommation régulière de l'alcool		68	66,7	57,6 – 75,8
Pratique régulière des activités physiques		58	56,9	47,3 – 66,5
Avec fréquence de l'activité physique de 20 minutes par semaines	Plus de 3 fois par semaine (Score : 4)	46	22,5	35,4 – 54,8
	1 à 2 fois par semaine score : 2 les patients faisaient deux fois par semaine une activité physique de 20 minutes	12	11,8	5,5 – 18,0
	Jamais (Score : 0)	44	43,1	33,5 – 52,7
Avec fréquence de l'activité physique de 30 minutes par semaines	Plus de 5 fois par semaine (Score : 4)	23	22,5	14,4 – 30,6
	4 à 4 fois par semaine score : 2 les patients faisaient deux fois par semaine une activité physique de 30 minutes	23	22,5	14,4 – 30,6
	2 à 2 fois par semaine score : 1 les patients qui faisaient une fois par semaine activité physique	12	11,8	5,5 – 18,0
	Jamais (Score : 0) les patients qui ne faisaient aucune activité physique	44	43,1	33,5 – 52,7

Environ 7 patients sur 10 affirment ayant suivi le régime alimentaire recommandé par un professionnel de santé alors que la consommation régulière d'alcool demeure fréquente.

Par ailleurs, la pratique régulière des activités physiques par les patients est attestée par 4 patients sur 10 pour des exercices avec fréquence de l'activité physique de 30 minutes par semaines et 2 individus sur 10 pour des exercices avec fréquence de l'activité physique de 30 minutes par semaines.

Tableau IV : Déterminants du faible respect du régime alimentaire chez les sujets hypertendus.

Facteur potentiel	ddl	p-value	OR	IC pour Exp(B) 95%	
				Inférieur	Supérieur
beneficiez_vous_d_un_soutien_de_votre_entourage_dans_l_adoption	1	0,381	1,773	0,492	6,393
Existe_t_il_un_programme_trace_de_suivi_de_votre_alimentation	1	0,389	0,624	0,214	1,823
Avez_vous_l_habitude_de_lire_les_etiquettes_alimentaires	1	0,2	0,51	0,182	1,429
sexe_du_patient(1)	1	0,053	2,572	0,987	6,699
Niveau_d_instruction	3	0,835			
Niveau_d_instruction(primaire)	1	0,602	0,438	0,02	9,716
Niveaud'instruction (secondaire)	1	0,907	0,861	0,069	10,709
Niveaud'instruction(superieur)	1	0,598	0,442	0,021	9,217
Profession	3	0,799			
Profession(agent de sante)	1	0,949	0,918	0,067	12,547
Profession(fonctionnaire)	1	0,637	0,64	0,1	4,104
Profession (Medecin)	1	0,898	1,136	0,163	7,916
Savez_vous_que_l_alimentation_influence	1	0,978	0,987	0,389	2,503
Suivez_vous_un_regime_recommande_par_un_professionnel_de_sante	1	0,978	0,987	0,389	2,503

Après avoir effectué des corrélations dans le cadre de régression binaire entre certains facteurs potentiels de risque (variables indépendantes) et le non-respect de régime par le patient (variable dépendante), aucune corrélation n'a pu être établie montrant un certain niveau de signification ($p \geq 0.05$).

DISCUSSION

Au terme de cette présentation des résultats, la discussion y afférente se présente comme suit.

Caractéristiquessociodémographiques des enquêtés.

Les sujets de notre série ont l'âge moyen $46,7 \pm 13,3$ ans, avec prédominance du sexe masculin (64,7%), soit un sex ratio de 1,83, plusieurs sont mariés (41,2 %), et jouissent d'un niveau d'étude secondaire (57,8 % ; [IC 48.3-67.4]) et ceux exerçant des professions libérales (41,2 % ; [31.6-50.7]) sont nombreux.

S'agissant de l'âge des enquêtés, nos résultats diffèrent de ceux trouvés par Maris et al., (2019) dans leur étude portant sur les Interactions entre le régime DASH et le système rénine-angiotensine-aldostérone où l'âge moyen des enquêtés était 55.7 ± 13.6 ans.

Pour le statut matrimonial, nos résultats corroborent à ceux rapportés par Adeke et al. (2024) dans une étude multicentrique réalisée au Nigeria, où 65,8 % des participants hypertendus étaient mariés. Toutefois, nos résultats diffèrent concernant le niveau d'instruction, puisque 33,9 % des sujets de leur étude avaient un niveau d'études supérieures.

Caractéristiques alimentaires des malades

La majorité des patients de notre série disposent d'une bonne connaissance des recommandations alimentaires relatives à l'alimentation de l'hypertendu (67,6 % ; [IC 58,5 – 76,7]). Malgré cette bonne connaissance, certaines pratiques alimentaires à risque demeurent fréquentes. En effet, la consommation régulière du sel, l'utilisation fréquente d'assaisonnements salés ainsi que la consommation d'aliments riches en graisses saturées restent élevées chez plusieurs patients hypertendus. Ces résultats traduisent un écart important entre les connaissances nutritionnelles et les comportements alimentaires réels des patients, pouvant compromettre le contrôle de la pression artérielle et favoriser la survenue des complications cardiovasculaires.

Ces résultats corroborent à ceux trouvés par Abera et al., (2024) dans leur étude sur Adhésion alimentaire et facteurs associés chez les patients hypertendus dans les hôpitaux gouvernementaux de la zone de Guji, Oromia, en Éthiopie où seulement 28,30% (IC : 23,9, 33) des participants se sont avérés être adhérents au régime alimentaire recommandé.

Hygiène de vie des patients.

La consommation régulière d'alcool demeure fréquente. Par ailleurs, l'étude relève que 4 patients sur 10 pratiquent régulièrement des activités physiques, soit des exercices avec fréquence de l'activité physique de 30 minutes par semaines et 2 individus sur 10 pour des exercices avec fréquence de l'activité physique de 30 minutes par semaines.

Des résultats similaires aux nôtres ont été trouvés par Diriba&Guta, (2025) dans leur étude basée sur l'adhésion aux changements de mode de vie et facteurs associés chez les patients adultes hypertendus suivis dans les hôpitaux publics de West Shoa, dans la région d'Oromia, en Éthiopie, 2023 où 31 % (IC à 95 % : 25,7-36,1 %) de sujets avaient modifiés leurs modes de vie.

Déterminants du faible respect du régime alimentaire chez les sujets hypertendus.

Après avoir effectué des analyses de corrélations multivariées dans le cadre de régression logistique binaire entre certains facteurs potentiels de risque (variables indépendantes) et le non-respect de régime par le patient (notre variable dépendante), aucune corrélation n'a pu être établie montrant un certain niveau de signification ($p \geq 0.05$).

Il convient de reconnaître que ces résultats diffèrent de ceux trouvés par Diriba&Guta, (2025) où l'âge (OR ajusté = 2,71, IC à 95 % : 1,19-6,19), le lieu de résidence (OR ajusté = 0,19, IC à 95 % : 0,09-0,39), la durée du traitement (OR ajusté = 2,17, IC à 95 % : 1,14-4,13), l'attitude (AOR = 2,14, IC à 95 % : 1,06-4,30), le soutien social perçu (AOR = 6,23, IC à 95 % : 3,18-12,22) et l'auto-efficacité (AOR = 2,66, IC à 95 % : 1,25-5,69) étaient les facteurs déterminants indépendants de l'adhésion des hypertendus.

Par contre Reyhani et al., (2020) avaient révélé les facteurs suivants : la situation professionnelle (chômage) (OR = 4,05, IC à 95 % = 1,041–15,78, P = 0,044) et le niveau de tension artérielle (systolique/diastolique $\geq 140/90$) (OR = 2,76, IC à 95 % = 1,28–5,96, P = 0,010), sexe (hommes) (OR = 4,47, IC à 95 % = 1,21–16,57, P = 0,025), à l'âge (54–59 ans) (OR = 0,05, IC à 95 % = 0,01–0,39, (P = 0,005)) et les connaissances (générales) (OR = 1,06, IC à 95 % = 0,99–1,13 (P = 0,05)).

CONCLUSION

Le niveau relativement acceptable de connaissance des recommandations nutritionnelles parmi les patients hypertendus ne garantit pas l'adoption des habitudes alimentaires favorables à l'alimentation de l'hypertendu. La consommation excessive de sel, d'alcool et d'aliments riches en graisses saturées relevée dans notre étude met en exergue ce malheureux constat.

Dans cet hôpital, les programmes structurés de suivi alimentaire sont rares et seulement un patient sur trois bénéficierait d'un soutien de son entourage malgré ces lacunes programmatiques.

L'analyse des déterminants du faible respect du régime au moyen de la régression logistique binaire n'a pas permis de mettre en évidence une association statistiquement significative entre les variables étudiées et le faible respect du régime alimentaire ($p > 0,05$).

Eu égard à tout ce qui précède, il apparaît nécessaire de renforcer les programmes d'éducation nutritionnelle et thérapeutique, le suivi diététique et l'accompagnement des patients hypertendus afin d'améliorer l'adhésion aux recommandations alimentaires.

Conflits d'intérêt

Les auteurs affirment n'avoir aucun intérêt de quelque nature soit-il en menant la présente étude.

REFERENCES

1. Abera, B., Yazew, T., Legesse, E., & Kuyy, C. G. (2024). Dietary adherence and associated factors among hypertensive patients in governmental hospitals of Guji zone, Oromia, Ethiopia. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 43(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s41043-024-00598-0>

2. Appel, L. J., Moore, T. J., Obarzanek, E., Vollmer, W. M., Svetkey, L. P., Sacks, F. M., Bray, G. A., Vogt, T. M., Cutler, J. A., Windhauser, M. M., Lin, P. H., & Karanja, N. (1997). A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *The New England Journal of Medicine*, 336(16), 1117–1124. <https://doi.org/10.1056/NEJM199704173361601>
3. Diriba, D., &Guta, D. (2025). Adherence to lifestyle modifications and its associated factors among adult hypertensive patients attending their follow-up at public hospitals in West Shoa, Oromia, Ethiopia, 2023. *Journal of Human Hypertension*, 39(3), 192–198. <https://doi.org/10.1038/s41371-025-00991-0>
4. Fryar, C. D., Kit, B., Carroll, M. D., &Afful, J. (2024). Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, and Control Among Adults Age 18 and Older : United States, August 2021–August 2023. In *NCHS Data Briefs [Internet]*. National Center for Health Statistics (US). <https://doi.org/10.15620/cdc/164016>
5. Gafane-Matemane, L. F., Craig, A., Kruger, R., Alaofin, O. S., Ware, L. J., Jones, E. S. W., &Kengne, A. P. (2025). Hypertension in sub-Saharan Africa : The current profile, recent advances, gaps, and priorities. *Journal of Human Hypertension*, 39(2), 95–110. <https://doi.org/10.1038/s41371-024-00913-6>
6. Musung, J. M., Kakoma, P. K., KautMukeng, C., Tshimanga, S. L., MunkemenaBanze, J. P., Kaj, N. K., Kamuna, M. K., Mwamba, J. K., Nkulu, D. N., Katchunga, P. B., Mukuku, O., &Muyumba, E. K. (2021). Prevalence of Hypertension and Associated Factors in Lubumbashi City, Democratic Republic of Congo : A Community-Based Cross-Sectional Study. *International Journal of Hypertension*, 2021(1), 6674336. <https://doi.org/10.1155/2021/6674336>
7. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2021). Hypertension. <https://www.who.int>
8. Poulter, N. R., Prabhakaran, D., & Caulfield, M. (2015). Hypertension. *The Lancet*, 386(9995), 801–812. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61468-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61468-9)
9. Reyhani, P., Azabdaftari, F., Ebrahimi-Mamagani, M., Asghari-Jafarabadi, M., &Shokrvash, B. (2020). The Predictors of High Dietary Salt Intake among Hypertensive Patients in Iran. *International Journal of Hypertension*, 2020(1), 6748696. <https://doi.org/10.1155/2020/6748696>
10. Vera-Ponce, V. J., Loayza-Castro, J. A., Zuzunaga-Montoya, F. E., Vásquez-Romero, L. E. M., Sanchez-Tamay, N. M., Bustamante-Rodríguez, J. C., Vigil-Ventura, E., & De Carrillo, I. G. (2025). Prevalence of prehypertension and high normal blood pressure in Latin America : A systematic review with meta-analysis. *Hipertension Y Riesgo Vascular*, 42(3), 180–194. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2025.02.001>
