Cardiovasculaire preventie bij subsaharaanse Afrikanen: perceptie, verwachtingen betreft niet medicamenteuse interventies gericht op cardiovasculaire preventie

Fatou Touré Universiteit Gent

Promotor: Anselme Derese, Universiteit Gent

Co-promotor: Veerle Piessens, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Dankwoord

Graag wil ik mijn promotor Anselme Derese, mijn co-promotor Veerle Piessens en mijn praktijkopleider Liesbeth Deraeve bedanken.
Daarnast wil ik alle de medewerkers van de praktijk voor hun inzet en hulp tijdens die onderzoek.
Bedankt aan de patiënten van het wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent die zo enthousiast deel genomen hebben aan deze studie.

Bij deze wil ik een bedenking aan mijn overleden vader, mijn kinderen die veel geduld hadden voor hun mama en mijn familie.

Table des matières

Abstract....2
1 Contexte 3
2 Première partie : recherche de la littérature....4
2.1 Méthode de la recherche 4
2.2 Résultats de la recherche 5
2.2.1 Les maladies cardiovasculaires en Afrique 5
2.2.2 Les facteurs de risques cardiovasculaires 6
2.2.3 La prévention cardiovasculaire....8
2.2.4 Connaissance et perceptions des maladies et facteurs de risques cardiovasculaires chez les africains....9
2.2.5 Perception du changement de style de vie et barrières 10
3 Deuxième partie : méthodologie....12
3.1 Choix de la méthode d'étude 12
3.2 Sélection de la population d'étude 12
3.3 Considérations éthiques....13
3.4 Les entretiens 13
3.5 Analyse et codification 14
4 Troisième partie : résultats 14
4.1 Description de la population 14
4.2 Niveau de connaissance des maladies et facteurs de risques cardiovasculaires.....14
4.3 Attitudes face à la présence de facteur de risque cardiovasculaire 16
4.4 Alimentation....16
4.4.1 Perception d'une alimentation malsaine....16
4.4.2 Motifs et difficultés à adopter une alimentation saine 19
4.5 Obésité 25
4.5.1 Perception de l'obésité 25
4.6 Activité physique 26
4.6.1 Perception de l'activité physique....26
4.6.2 Motifs et barrières à l'activité physique 27
4.7 Alcool....31
4.8 Tabagisme....32
5 Quatrième partie : discussion 32
5.1 Comparaison avec la littérature 34
5.2 Forces et limites de l'étude 35
5.2.1 Forces :....35
5.2.2 Limites :....35
5.2.3 Proposition pour la maison médicale. 35
6 Conclusion 37
Bijlage:
Referenties
Protocool studie
Goedkeuring ethische comite

Abstract

Cardiovasculaire preventie bij subsaharaanse Afrikanen: perceptie, verwachtingen en barrières betreft niet medicamenteuze interventies gericht op cardiovasculaire preventie. ICPC : A98

Huisarts in opleiding: Fatou Touré Promotor : Anselme Derese

Co-promotor : Veerle Piessens Pratijkopleider : Liesbeth Deraeve.

Context

Cardiovasculaire ziekten vormen een belangrijke oorzaak van vroegtijdige sterfte met een grote impact op de kwaliteit van leven. Mensen van Afrikaanse afkomst hebben in vergelijking met Europeanen een hogere kans om bepaalde risicofactoren, zoals hypertensie en diabetes, te ontwikkelen. Een controle van deze risicofactoren door een niet medicamenteuze aanpak via leefstijladviezen, zoals gezonde voeding, rookstop, overmatig alcoholgebruik vermijden en voldoende lichaamsbeweging is een belangrijk luik in de preventie van deze cardiovasculaire aandoeningen.

Onderzoeksvraag

Wat is de kennis bij Afrikaanse migranten over de cardiovasculaire aandoeningen en hun belangrijke risicofactoren? Welke percepties hebben zij aangaande de aanbevolen leefstijlaanpassingen zoals bewegen, gezonde voeding, stopen met roken of vermindering van alcoholconsumptie? Welke motivatie hebben ze hier omtrent? Wat zijn de barrières om een gezonde leefstijl te adopteren?

Methode

In eerste fase gebeurde ter voorbereiding een grondig literatuuronderzoek, zowel over de epidemiologie en pathofysiologie van cardiovasculaire ziekten en risicofactoren bij sub-Sahara Afrikanen, als over de ideeën en percepties omtrent leefstijlaanpassingen bij deze populatie. In tweede fase werd een kwalitatief onderzoek met focusgroep-gesprekken georganiseerd bij patiënten van het wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent. Hierbij werden patiënten, tussen 18 en 65 jaar, afkomstig uit sub-Sahara Afrika, met al een verhoogd cardiovasculair risicoprofiel, uitgenodigd om deel te nemen aan een focusgroep-gesprek. De gesprekken werden telkens gevoerd met een gespreksleider en een observator en werden opgenomen en getranscribeerd. Codering en analyse gebeurde handmatig.

Resultaat

Er werden 2 focusgroepen gehouden met in totaal 13 deelnemers. 1 focusgroep-gesprek gebeurde in het Engels, het andere in het Frans.

De deelnemers vonden hun gezondheid belangrijk en toonden een bijzondere interesse in leefstijlaanpassingen om hun gezondheid te bevorderen. Nochtans lopen ze tegen veel barrières aan om deze leefstijladvies toe te passen. Deze waren zowel persoonlijk, structureel als socio-cultureel. Het gebrek aan concrete informatie over leefstijlaanpassingen bleek een belangrijke barrière. Gezondheidsproblemen en persoonlijke motivatie waren de belangrijkst drijfveren om hun leefstijl te veranderen.

Conclusie

Er is een gebrek aan kennis over cardiovasculaire risicofactoren en een gebrek aan concrete informatie wat betreft leefstijlaanpassingen. Er zijn verschillende redenen om gezonde leefstijl al dan niet te adapteren benoemd. Sommige culturele factoren kunnen wel een invloed hebben op de perceptie van bepaalde risicofactoren en kunnen een barrière zijn voor het toepassen van de leefstijladviezen. Het blijkt dat deelnemers gezonde voeding niet als gezondheid bevorderend gedrag beschouwen in afwezigheid van risicofactoren. Zij vinden het echter wel belangrijk en waardevol om hun leefstijl aan te passen als zij een risicofactor ontwikkelen.

Contact: adjafam78@gmail.com

1 Contexte

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de décès au monde. En 2015, l'OMS estimait que les cardiopathies ischémiques étaient responsables de 8,76 millions décès tandis que les accidents vasculaires cérébraux causaient le décès de 6,24 millions de personnes (1). En Afrique sub-saharienne, les maladies cardiovasculaires deviennent une cause importante de mortalité. En effet en 2013, ces maladies cardiovasculaires étaient responsables de près d'un million de décès en Afrique (2). Les principaux facteurs de risques de ces maladies cardiovasculaires sont liés au style de vie (consommation de tabac, d'alcool, habitudes alimentaires, manque d'activité physique par exemple), à des facteurs biologiques tels que l'obésité, l'hypertension, le diabète, l'hypercholestérolémie et enfin à la prédisposition génétique. Ainsi le dépistage et la prise en charge de ces facteurs de risques sont primordiaux dans la lutte contre les maladies cardiovasculaires avec comme résultat une baisse conséquente de la mortalité et de la morbidité. Cette prise en charge doit être globale avec comme objectif le contrôle de chacun de ces facteurs de risque aboutissant ainsi à une baisse de la mortalité et de la morbidité (3) (4) (5).

Du fait de la migration, on observe une population africaine de plus en plus croissante en Occident. Il a été démontré que les caractéristiques épidémiologiques d'une population migrante se rapprochent au fil du temps à ceux de la population locale (6). L'immigration dans un environnement plus développé entraine un changement du style de vie qui associé à des facteurs génétiques peut favoriser le développement de maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires en particulier dans la population africaine chez qui la prévalence de certains facteurs de risques comme l'hypertension et le diabète est élevée (7). En outre, on note un manque flagrant d'études et de recherches scientifiques sur les maladies cardiovasculaires chez les migrants plus particulièrement ceux d'origine sub-saharienne vivant en Europe. Cependant, il existe quelques études scientifiques concernant les migrants africains proviennent de la Grande Bretagne et de la Hollande. En Belgique la majorité des recherches scientifiques et guidelines concernant les maladies cardiovasculaires sont centrés sur la population locale. Il en est de même pour les campagnes de sensibilisations qui sont dirigées vers la population locale et n'atteignent pas toujours les populations allochtones.

En tant que médecin de famille d'origine africaine en formation dans un maison médicale où la prévention a une place importante dans l'offre des soins et où la population est d'origine diverse, il m'est amené à faire des constatations concernant la perception du changement des styles de vie chez les patients d'origine africaine. Le changement de style me semble très peu assimilé par la population subsaharienne avec comme conséquences des frustrations aussi bien chez le médecin traitant que chez le patient. Ce qui me motive à m'interroger sur l'impact de ces campagnes de sensibilisation sur les minorités ethniques.

Cette étude a pour objectif d'évaluer la connaissance des maladies et leurs facteurs de risques cardiovasculaires chez les africains subsahariens mais aussi de décrire la perception et les attitudes de cette population concernant la prévention non médicamenteuse des maladies cardiovasculaires par le biais d'un changement du style de vie comme une alimentation saine, une activité physique régulière, la réduction de la consommation d(e l)'alcool et l'arrêt du tabagisme : que savent les africains subsahariens des maladies et des facteurs de risques cardiovasculaires ? Quelles représentations en font-ils? Qu'est ce qui les motive à adopter un style de vie sain ? Quelles difficultés rencontrent ils ?

2 Première partie : recherche de la littérature

2.1 Méthode de la recherche

Dans ma stratégie de recherche, j'ai commencé à consulter des publications sur l'épidémiologie et la physiopathologie des facteurs de risques cardiovasculaires chez les africains d'origine subsaharienne à travers les banques de données comme Pubmed et Google Scholar. Pour cela nous avons utilisé des mots comme cardiovascular disease, risk factor, epidemiology et Subsaharan Africa, en combinant ou pas les différents termes.

Etant donné le manque de recommandations pratiques de médecine ciblant spécifiquement la population africaine, nous avons consulté les principales « guidelines » sur la prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaires en consultant des recommandations à l'échelle mondiale comme celles de l'OMS sur les maladies cardiovasculaires et en Europe comme NHG, Domus Medica, Cebam.

Enfin pour mieux cerner l'objet de notre étude, nous avons recherché sur les mêmes banques de données des études sur la perception des interventions de promotion de la santé cardiovasculaire avec des termes suivants : prevention, perception, cardiovascular

risk, lifestyle, physical activity, diet, african. Nous avons également recherché et consulté, à partir des articles trouvés, les références qui nous semblaient pertinentes pour notre étude.

2.2 Résultats de la recherche

2.2.1 Les maladies cardiovasculaires en Afrique

L'Afrique subsaharienne vit l'une des plus rapides transition épidémiologique due à l'urbanisation et aux changements de styles de vie. En effet, cette transition se caractérise par une hausse fulgurante des maladies chroniques et plus particulièrement les maladies cardiovasculaires alors que l'Afrique doit, en même temps, faire face au fléau des maladies transmissibles (8). Avec le changement des facteurs sociaux, économiques, nutritionnelles et épidémiologiques, on note une surimposition des maladies cardiovasculaires sur les maladies infectieuses (9). Le changement démographique dû à l'allongement de l'espérance de vie de la population locale par la baisse des maladies infectieuses contribue aussi à cette transition.

Contrairement aux pays développés où l'hypertension est à la baisse, l'hypertension est de plus en plus présente en Afrique (10). Cette tendance à la hausse de l'hypertension peut être expliquée d'une part par le changement du style de vie du à l'amélioration des conditions de vie (8) et d'autre part par le mauvais contrôle de l'hypertension du fait de la faible compliance, difficultés d'accessibilité aux médicaments (11).

En 2013 l'OMS estimait, le nombre de décès par an dû aux maladies cardiovasculaires à un million en Afrique ; on note ainsi une hausse de 81% du taux de mortalité en comparaison de 1990.

L'Afrique subsaharienne détient le plus bas taux de mortalité due aux maladies cardiaques ischémiques (12). En effet les accidents vasculaires cérébraux constituent la première cause de mortalité devant les maladies ischémiques cardiaques. Certains déterminants sociaux comme l'éducation, les hauts revenus, l'urbanisation et le stress psychosocial jouent un rôle important au développement des facteurs de risques liés aux maladies cardiovasculaires (13) (14) (15). Cependant la prévalence des maladies cardiaques est variable selon les pays et le type de maladie cardiaque (16).

Des études ont montré que les africains sont affectés de manière disproportionnée et à un très jeune âge aux accidents vasculaires cérébraux en comparaison avec la population des pays développés (17) (18) (19). Cette prévalence varie d'un pays à un autre et peut être causée par les différences dans le processus de transition épidémiologique, le style de vie et

les problèmes d'accessibilité aux soins de santé. Ce haut taux d'accidents vasculaires cérébraux serait lié à la forte prévalence de l'hypertension qui, connu comme le plus grand facteur de prédiction des attaques cérébrales (18), est sous-traitée dans les pays subsahariens.

En Europe, on note un plus grand taux d'hypertension et de diabète chez les africains en comparaison avec la population locale expliquant ainsi le grand taux d'attaques cérébrales chez les migrants (18). On retrouve aussi une faible prévalence des maladies cardiaques ischémiques chez les migrants africains d'Europe ; ceci pouvant s'expliquer par un profil lipidique assez favorable et la faible prévalence du tabagisme.

2.2.2 Les facteurs de risques cardiovasculaires

L'African population INTERHEART study a identifié cinq principaux facteurs de risque dans le développement des maladies ischémiques chez les africains : le tabac, le diabète, l'hypertension, l'obésité abdominale et un rapport ApoB/ApoA-1 élevé (13).

2.2.2.1 L'hypertension artérielle HTA

L'HTA est un facteur de risque majeur pour les maladies cardiovasculaires à l'échelle mondiale. Considérée comme le facteur de risques cardiovasculaires le plus répandu en Afrique subsaharienne, l'hypertension était quasi absente en Afrique subsaharienne il y'a quelques décennies (19). La prévalence de l'hypertension en Afrique qui était près de 46% en 2010 était l'une des plus hautes à l'échelle mondiale (20) .

La prévalence de l'hypertension reste faible dans le milieu rural et augmente au fur et à mesure que l'on se rapproche du milieu urbain. Les études montrent que l'hypertension reste sous diagnostiqué et sous-traité (21).

On retrouve aussi cette forte prévalence de l'hypertension artérielle chez les migrants africains vivant en Europe et en Amérique du Nord (22). Des études en Angleterre ont montré que la prévalence de l'hypertension chez les africains (chez les deux sexes) est trois à quatre fois supérieure à celle retrouvée chez les blancs. Ce phénomène a aussi été observé dans plusieurs pays d'Europe (23) (24).

Cette différence peut s'expliquer par un profil particulier du sujet noir qui semble avoir une sensibilité accrue au sel, une activité rénine plasmatique basse favorisant une hypervolémie, et un défaut d'excrétion urinaire du sel. En outre, il a été démontré que l'activité vasoconstrictrice de l'Endotheline 1 (ET-1), un puissant vasopresseur est plus marquée chez les noirs hypertendus en comparaison avec les blancs. Ainsi la

pathogénèse de l'hypertension chez les noirs serait liée à une vasoconstriction renforcée en réponse à une production élevée de l'ET-1 (25).

2.2.2.2 Le diabète sucré

Le diabète sucré est défini par une glycémie à jeun ≥126 mg/dl à deux reprises. Tout comme pour l'HTA, la prévalence du diabètes type 2 a augmenté fortement ces dernières années dans le monde entier mais aussi en Afrique subsaharienne (26) (27). L'IDF (International Diabètes Federation) estime qu'en moyenne 14,2 (9,5-29,4) millions d'adultes âgés entre 20-79 ans souffrent de diabètes en Afrique donnant une prévalence de 2,1-6,7%. L'Afrique enregistre aussi le plus grand taux de mortalité due au diabète au monde : en 2015, près de 321 100 décès étaient dus au diabètes et 79% de ces cas étaient âgés de moins de 60 ans. Selon l'IDF, en 2040 le nombre de personnes vivant avec le diabète en Afrique sera près de 34,2 millions dépassant le double du chiffre décompté en 2015 (27).

Le risque de diabète type II est plus élevé chez les africains que chez la population blanche (28) (29). La prévalence de l'obésité et du diabète est très élevée chez les migrants africains en comparaison avec la population européenne. Celle du diabète type 2 serait trois à cinq fois plus élevée chez les migrants que chez les européens (30). Les africains développent le diabètes à un âge plus jeune et ont un taux de mortalité et de morbidité plus élevé (30) (31).

Les complications liées à la micro-angiopathie sont relativement fréquentes tandis que la macro-angiopathie reste assez rare. Cette forte tendance aux complications peut s'expliquer par un retard de diagnostic, le manque de procédure standard de diagnostic et un mauvais contrôle du diabète (32).

2.2.2.3 L'hyperlipidémie

L'hyperlipidémie constitue un grand facteur de risque cardiovasculaire. Un taux élevé de cholestérol augmente le risque de cardiopathies coronariennes et d'AVC ischémiques (33). Bien qu'ayant un grand risque de diabètes et d'hypertension, les africains ont un profil lipidique plutôt favorable (14) (34).

2.2.2.4 Les facteurs liés au style de vie : l'obésité, la consommation d'alcool et du tabac

Excepté en Afrique Centrale, le BMI par âge standardisé a fortement augmenté en Afrique subsaharienne (35). En Afrique de l'Ouest la prévalence de l'obésité dans le milieu urbain a quasiment doublé en 15 ans.

La prévalence de l'obésité est aussi très élevée chez les africains vivant en Europe plus particulièrement chez les femmes (36) (22). Par contre le taux d'obésité chez les

hommes africains est plus bas que chez les européens. Dans une étude comparant la prévalence de l'obésité chez les ghanéens vivant en Hollande et la population urbaine ghanéenne, Agyemang et co trouvaient que la prévalence de l'obésité était plus élevée chez les migrants ghanéens (37).

Les raisons de cette augmentation de l'obésité chez les femmes africaines sont multiples et ne sont pas toutes connues. En outre les perceptions culturelles sur l'obésité doivent être pris en compte comme jouant un rôle dans l'augmentation de la prévalence de l'obésité dans les populations africaines. En effet dans plusieurs cultures africaines, l'obésité est considéré comme signe de bien-être et de bonheur (38) (37) (39) (40).

La prévalence du tabagisme en Afrique subsaharienne varie selon le pays mais reste globalement bas en comparaison avec le reste du monde (41). Le tabagisme chez les femmes est très peu fréquent avec un taux < 2% dans la plupart des pays (34). Ceci s'explique par le fait que le tabagisme chez les femmes est très mal vu dans plusieurs cultures africaines.

La prévalence du tabagisme chez les africains vivant en Europe est variable cependant il a été démontré que le taux de tabagisme chez les africains est plus bas que chez les blancs (42).

L'alcool est un grand facteur de risque cardiovasculaire s'il est consommé de manière abusive. D'après certaines études, la consommation modérée de l'alcool aurait un effet protecteur contre les maladies cardiovasculaires (43) (44). Cependant cette argumentation est de plus en plus remise en cause du fait qu'une consommation journalière d'une à deux verres d'alcool peut également avoir un effet néfaste sur la santé.

Le taux de la consommation d'alcool chez les africains vivant en Europe semblerait être en dessous du taux de consommation des européens (45). La diversité culturelle et religieuse peut expliquer cette faible prévalence. En effet certains migrants musulmans ne consomment pas d'alcool du fait qu'il est prohibé dans l'Islam.

2.2.3 La prévention cardiovasculaire

2.2.3.1 Le risque cardiovasculaire global.

Les complications des maladies cardiovasculaires sont souvent fatales ou invalidantes avec impact négatif sur la qualité de vie. La progression de l'athérosclérose, considérée comme la cause principale des maladies cardiovasculaires, peut être contrôlée par la prise en charge des facteurs de risques comme le tabac, la mauvaise alimentation et la sédentarité aboutissant à l'obésité, l'hypertension et le diabète (46). L'OMS recommande

une prévention basée sur une identification et une prise en charge globale adaptée à l'individu de ces facteurs de risques par l'intermédiaire de la détermination du risque cardiovasculaire global par stratification des risques (scores) pour déterminer l'intensité et le mode de la prise en charge.

Il existe différents scores applicables sur les populations d'Amérique du Nord, de l'Europe et en Chine. Cependant il n'existe pas de SCORE utilisable sur la population africaine.

Pour pallier cette limite de l'utilisation de la stratification des risques, l'OMS a développé des diagrammes de prédiction du risque cardiovasculaire par sous-région épidémiologique et par état membre.

2.2.3.2 Les recommandations de l'OMS pour la prévention des maladies cardiovasculaires

L'objectif de ces recommandations est de réduire les risques au niveau individuel par :

- L'arrêt du tabagisme
- Une alimentation saine et équilibrée
- L'activité physique
- La réduction de l'obésité avec un BMI< 25kg/m²
- Une PA < 140/90 mmHg
- Un taux de cholestérol total < 190mg/dl
- Un taux de LDL cholestérol <115mg/dl
- Une glycémie < 1,1g /L

La réduction du tabagisme, du poids, de la tension artérielle, du taux de cholestérol et de la glycémie produit un impact bénéfique non seulement sur les maladies cardiovasculaires mais aussi sur les autres maladies chroniques comme le cancer, l'ostéoporose, les maladies respiratoires et hépatiques (47) (48).

2.2.4 Connaissance et perceptions des maladies et facteurs de risques cardiovasculaires chez les africains

Il existe très peu de publications concernant la perception et le niveau de connaissance des africains sur les maladies cardiovasculaires ainsi que sur les facteurs de risques mais toutes les études démontrent le manque de connaissance des facteurs de risques cardiovasculaires.

En 2010 au Burkina Faso, une étude transversale sur la connaissance du diabète en milieu urbain incluant 1532 personnes, d'âge compris entre 25 et 64 ans a montré que le niveau de

connaissance de la population sur le diabète était insuffisant. En effet 81,3% de la population d'étude ignoraient que le diabète était un facteur de risque cardiovasculaire. Le diabète était considéré comme étant une maladie entière sans aucune relation avec les maladies cardiovasculaires (49).

Ce manque de connaissance a été observé dans une étude transversale togolaise portant sur la connaissance sur l'hypertension parmi des employés d'un département ministérielle à Lomé (50). Les participants avaient assez de connaissances sur l'hypertension et ses complications malgré que seulement 50%de la population avait un diplôme universitaire. Seuls 36,7% de la population ont reconnu le stress et la consommation habituelle d'aliments riches en graisses comme comportements à risque de l'HTA. Aucun employé n'avait reconnu l'inactivité physique comme comportement à risque.

Une étude transversale basée sur la communauté réalisée en Ethiopie portant sur le niveau de connaissance et les attitudes pouvant entrainer le diabète chez une population non diabétique trouvait le même résultat : c'est à dire un niveau de connaissance limité (51).

Ma conclusion est que le niveau de connaissance sur les maladies cardiovasculaires ainsi que les facteurs de risques est assez limitée chez les africains quel que soit le niveau d'étude et le sexe.

Une étude transversale portant sur la perception du surpoids et de l'obésité dans les taudis kenyanes au Nairobi a trouvé que plus de la moitié de la population d'étude ne se considérait pas comme en surpoids même si 43,4% des femmes et 17,3% des hommes étaient en surpoids ou obèse (52). Dans cette étude une proportion substantielle de la population considérait des IMC correspondant à l'obésité et le surpoids comme un IMC idéal. Les auteurs expliquent ce phénomène par l'influence de la famille et de la société sur la perception de l'obésité qui est considéré non pas comme un facteur de risque mais comme un signe de richesse et de bonne santé.

Nous n'avons pas trouvé d'études évaluant la connaissance et la perception de facteurs de risque cardiovasculaires et le changement du style de vie chez les migrants africains vivant en Europe. Signalons que ceci constitue l'une des raisons de cette étude.

2.2.5 Perception du changement de style de vie et barrières

Dans une étude qualitative portant sur la perception du régime alimentaire, l'activité physique et l'obésité chez des duos mère-filles noires en Afrique du Sud (53), les résultats montraient que mères et filles considéraient une alimentation saine comme une partie importante d'une vie saine et elles avaient la même perception sur l'activité physique même si les motivations différaient: si les mères étaient particulièrement motivées par préoccupation sur leur santé,

les filles désiraient maintenir leurs poids. Les mères ont déclaré manger plus sainement pour diverses raisons : âge, expériences de santé défavorables et désir de longévité.

Les deux groupes avaient des connaissances suffisantes sur la notion d'alimentation saine. Cependant même si les filles avaient connaissance de l'effet d'un régime alimentaire sain sur la santé, elles étaient moins enclines à manger sainement car ne représentant pas une priorité pour eux.

Parmi le groupe des filles, le manque d'exercice était plutôt un choix personnel : soit elles avaient d'autres priorités ou d'autres activités plus sédentaires, soit elles n'aimaient pas l'activité physique. Cependant certaines filles ne faisaient pas de sport du fait du manque de temps ou d'argent, du manque d'accès aux infrastructures de sport ou tout simplement par manque d'envie.

La perception de l'activité physique ne semble pas différer chez les ghanéennes. En effet dans une étude transversale sur la perception de l'activité physique chez les femmes issues d'un milieu urbain, les femmes considéraient les travaux ménagers comme activité physique utilisant très peu les installations de fitness considérés trop masculines. Celles qui faisaient du sport étaient aussi motivées par la perte de poids, le gain d'énergie et pour des raisons de santé. Les obligations familiales, le manque de temps ou d'installations représentaient des barrières (54).

Chez les somaliennes vivant en Suède, on retrouve aussi les mêmes barrières à l'activité physique comme le manque de temps, le manque de motivation ou le climat jugé trop froid pour faire de l'exercice mais on retrouve aussi des raisons religieuses ou culturelles. Les somaliens sont conscients de l'effet bénéfique de l'activité physique sur la santé, mais trouvent peu de moyens pour améliorer le niveau d'activité physique en Suède. L'activité physique par les loisirs ne faisant pas partie de la culture somalienne, il devient difficile pour les migrants somaliens de participer à des activités de loisirs pouvant accroitre l'activité physique comme le fait la population locale suédoise. L'étude conseillait qu'une approche adaptée aux traditions et cultures somaliennes permettrait d'augmenter le niveau d'activité physique chez les femmes somaliennes (55).

En Australie, dans une étude transversale sur les différences intergénérationnelles concernant l'acculturation, les croyances alimentaires et les risques associés chez les migrants de la corne de l'Afrique, la population reliait le manque d'activité physique à

l'amélioration des conditions de vie comme le transport public ou en voiture : il n'est plus nécessaire de faire de longues distances de marche pour aller au travail ou vaquer à ses occupations. Certains participants ont également cité le manque d'espace ouvert pour pratiquer une activité physique ou jouer avec leurs enfants. Au final, l'obésité et la sédentarité, outre le manque de temps et le climat résultaient du phénomène d'acculturation du style de vie et de l'alimentation (56).

Une étude sur les croyances et comportements alimentaires chez les somaliens vivant en Angleterre a démontré que les somaliens avaient une alimentation malsaine (une consommation excessive de sucres et un manque de variation avec une alimentation basée sur la consommation de riz, de pates et de viande rouge), un faible niveau de connaissance sur les conséquences d'une alimentation malsaine sur la santé. Les résultats du sondage trouvaient que la plupart des répondants (87%) considéraient que manger sainement était important [intervalle de confiance à 95% (IC) = 77,4-93,6], mais moins de deux tiers des répondants ont déclaré avoir une alimentation saine (60%, IC 95% = 47,9-70,8). La consommation de fruit était faible : 97% des répondants ont déclaré manger moins de deux fruits par jour et 92% ont déclaré manger moins de deux légumes par jour ; l'alimentation somalienne étant principalement constituée de riz, de pates et de boissons sucrées (57).

3 Deuxième partie : méthodologie

3.1 Choix de la méthode d'étude

Nous avons opté de faire une étude qualitative et de travailler par l'intermédiaire de groupe focalisé ou « focus group » pendant lesquelles nous avons posé des questions ouvertes permettant ainsi de recueillir des idées et expériences personnelles tout en stimulant une discussion interactive entre les participants.

3.2 Sélection de la population d'étude

La sélection de la population s'est faite au sein de la maison médicale Nieuw Gent où je fais mon stage de formation de médecin généraliste. À l'aide du Dossier Médical Electronique nous avons sélectionné tous les patient(e)s d'origine subsaharienne âgé entre 18 et 65ans et présentant un ou plusieurs facteurs de risques cardiovasculaires comme l'hypertension, le diabète, l'obésité , le tabagisme et /ou ayant déjà eu une maladie cardiovasculaire comme un accident vasculaire cérébral, un infarctus du myocarde. Puis, avec les collègues du cabinet nous avons sélectionné une liste de 36 personnes qui seraient potentiellement motivés à participer aux entretiens. Ensuite j' ai personnellement contacté les patients la

plupart par téléphone pour les inviter aux entretiens en groupe focalisé. 3 des patients ont été informés de voix vive pendant une consultation par moi-même. Environ cinq (5) des patients contactés n'étaient pas joignables au téléphone. Les personnes qui ont décliné l'invitation ont cité comme raison le travail et le manque d'intérêt (une personne n'en voyait pas la nécessité vu que son hypertension était sous contrôle). J' ai contacté les patients jusqu' à obtenir deux groupes : un premier groupe constitué de 7 personnes parlant le français et un deuxième groupe de huit (8) personnes anglophones. Parmi les quatorze (14) personnes qui étaient d'accord pour venir aux entretiens,13 ont été présentes. La quatorzième participante était absente car elle n' a pas pu se libérer de son travail à temps. Tous les participants présentaient des facteurs de risques cardiovasculaires ; il n'y avait aucun participant ayant vécu un événement cardiovasculaire.

3.3 Considérations éthiques

Le Comité éthique de l'UZ Gent a approuvé le protocole de l'étude 04/04/2016.

Les patients ont été informés sur le but et la motivation de l'étude avant de signer le formulaire de consentement éclairé.

3.4 Les entretiens

Les patients ont été divisés en deux groupes selon la langue parlée : le français et l' anglais. Le premier entretien en groupe focalisé a eu lieu le 21/12/2016 dans la maison médicale Nieuw Gent avec un groupe de 6 personnes parlant la langue française. Le deuxième entretien a eu lieu quelques semaines plus tard le 11/01/2017 avec un groupe de 7 personnes anglophones. Les deux entretiens ont étés dirigés par moi-même avec un collègue médecin comme observateur. Le premier entretien a duré 1h et le second a duré 1h 17 mn.

Après une prise de connaissance avec les différents participants, la discussion est orientée vers le niveau de connaissance des participants sur les maladies et facteurs de risques cardiovasculaires. Ensuite nous avons abordé un à un des thèmes comme l'alimentation, l'activité physique et l'obésité, l'alcool et le tabagisme. À l'aide de questions ouvertes, les participants ont discuté et échangé sur leurs perceptions et attitudes concernant les différents thèmes énumérés ci-dessus ainsi que les motivations et difficultés à adopter un style de vie sain.

3.5 Analyse et codification

Les entretiens ont étés enregistrés avec un dictaphone puis littéralement retranscrits sur un fichier Word par moi-même.

Ensuite j' ai commencé le codage par le logiciel d'analyse qualitative NVivo avec la collaboration de ma co-promotrice de thèse. Chaque citation a été codifié puis toutes les citations ont été regroupées par items permettant ainsi une vue plus globale et une analyse du codage. J'ai ensuite effectué une deuxième lecture pour vérifier si des informations importantes ont été omises.

4 Troisième partie : résultats

4.1 Description de la population

Au total nous avons eu un entretien avec 13 personnes dont cinq (5) hommes et huit (8) femmes avec une tranche d' âges situés entre 30 et 64 ans. Les participants étaient tous des migrants venus de divers pays Afrique subsaharienne : 6 étaient originaires du Ghana, une du Kenya, 2 du Burundi, 2 du Congo et enfin 2 participants étaient originaire de la Guinée. Tous les participants avaient des revenus faibles.

4.2 Niveau de connaissance des maladies et facteurs de risques cardiovasculaires.

Après un tour de table, nous avons d'abord demandé aux participants s'ils connaissaient le terme « maladies cardiovasculaires ».

Aucun participant ne pouvait répondre de manière exacte à la question. En effet, les réponses étaient claires mais plutôt hétérogènes :

- soit ils n'avaient aucune notion du terme « maladie cardiovasculaire ».
- soit ils citaient certains facteurs de risque comme une maladie.
- soit ils avaient une idée correcte et citait l' AVC comme maladie cardiovasculaire.

N.: I even don't know this. It is the first time I hear it.

A.T. : j'ai une petite idée mais je ne sais pas. C'est lié à la circulation sanguine et le plan de la personne.

B. : moi j'ai des notions vagues, les maladies vasculaires c'est quand par exemple quelqu'un fait l'AVC ou quand quelqu'un a une hypertension qui n'est pas contrôlée,

ça peut risquer, si la tension est haute, qu'il fasse des accidents cardiovasculaires. La personnellement bon j'ai pas suivi un cours sur ça, ou les bonnes informations sur ça.

F. : l'hypertension, le diabètes, sont des maladies cardiovasculaires.

Après avoir expliqué le terme maladies cardio-vasculaires, une participante a cité les infarctus du myocarde.

N.: heart attack I know but….

Contradictoirement tous les participants connaissaient les facteurs de risques cardiovasculaires et ont pu faire le lien entre ces facteurs de risques et le développement des maladies cardiovasculaires.

E. M.: diabetes also can give heart problem.

M.: diabetes and also about high blood pressure.

A.D. et R: le manque d'exercice aussi.

I. : le cholestérol peut donner les maladies cardiovasculaires.

A.D. : le tabac et l'alcool aussi.

D.: yes! eating of more meat can also give you stroke or something like that. I have heard but I don't know if it's true or not.

Cependant un participant souffrant d'hypertension artérielle ne savait pas que l'hypertension pouvait entrainer une maladie cardiovasculaire.

E.B.: so, if you have a high blood pressure, you can have a heart problem?

D'une manière globale même si les participants ne pouvaient donner une définition claire des maladies cardiovasculaires, ils avaient suffisamment de connaissances sur les différents facteurs de risques cardiovasculaires. Cette bonne connaissance des facteurs de risques peut s'expliquer par le fait que les participants reçoivent beaucoup d'informations par les médias et souvent par leurs médecins.

M.: I contacted my doctor, he told me how to eat healthy and sometimes on television also, you can see they are talking about healthy foods. Some programs learn how to cook healthy so I learn some time.

4.3 Attitudes face à la présence de facteur de risque cardiovasculaire

Quand nous avons posé la question concernant la notion de maladie cardiovasculaire , nous avons noté que certains participants réagissaient de manière différente à la présence de facteur de risque. Certains acceptaient la présence de ces facteurs de risque et ont commencé à faire attention à leur alimentation.

> *R. : je voulais dire que notre corps nous envoie une sorte d'alarme. Tu sauras toi-même que ça ne va pas, t'as les nerfs. Comme moi il y' a trois mois, je me sentais un peu trop faible et tout ça. Et quand j'ai vu le docteur il ma examine j'avais la tension un peu élevée et tout ça et après les examens il m'a dit que je dois équilibrer la nourriture et on m'a donné un régime à manger et j'ai commencé à boire beaucoup d'eau, à manger des fruits, parce que moi je n'aime pas les fruits. Et quand j'ai fait pendant deux semaines après les examens il y avait un changement radical, même les reins commençaient à fonctionner mieux. Donc je crois que le corps aussi peut nous dire que ça ne va pas donc parce qu'on mange mal*

Nous notons que pour d'autres il était difficile d'accepter de vivre avec la présence d'un facteur de risque même après un certain temps.

> *A.D. : Personnellement je suis euh, on dit que j'ai l'hypertension depuis je ne sais plus. Plus d'une vingtaine d'année et je n'ai jamais eu aucun signe disant que je l'ai et tous les signes dont on parle : les maux de tête, les vertiges etc. (c'est ce que j'entends dire), je me sens malade, mais moi j'ai jamais eu tout ça et pourtant je suis sous médicament depuis lors quoi, depuis une vingtaine d'année.*

Ainsi on peut penser que cette dénégation peut avoir un influence sur la motivation et l'acceptation d'une alimentation saine ou une activité physique régulière. En outre, ce patient bien que souffrant d'hypertension artérielle, ne semble pas convaincu de son diagnostic car n'ayant aucun symptôme comme les maux de tête.

4.4 Alimentation

4.4.1 Perception d'une alimentation malsaine

Une alimentation malsaine est définie par tous les participants comme une alimentation basée sur l'excès de sucre et d'huile, une alimentation riche en viande.

> *R. et B. : le sucre aussi, trop de sucre*

> *M.: and too much meat*

B.: trop de sel

B. et I. : trop de graisses

Si le groupe francophone a mentionné spontanément la consommation excessive de sel comme une attitude malsaine, j'ai dû poser la question au groupe anglophone qui a aussi catalogué la consommation excessive de sel comme attitude malsaine.

Cependant nous notons que les africains subsahariens ont des habitudes différentes en matière de consommation de sel : à la place du sel, la plupart des ménages africains utilisent les bouillons à base de sel et de glutamate artificiel. Nous ne savons pas exactement les effets de ces bouillons sur la santé mais ils sont réputés être néfaste pour la santé car contenant une quantité élevée de sel.

N.: salt, because me I don't use too much salt, I get problem with salt because African people use « maggi » and I don't know what they use to prepare « maggi », because that one bring me nervous, I find out it comes from maggi because for salt I don't use salt. I just put maggi and a little salt when I stew meat. But I use 2 maggi and big one. And now they say people even do artificial maggi. So I try now to reduce.

Certains participants ne comprenaient pas très bien en quoi consistait de manger sainement :

D.: if I may ask, is it what we are talking here eat healthy is like not to eat sugar, not to eat salt?

A.D. : manger sain c'est en fait manger moins que ce que l'on a l'habitude de manger.

N.: I don't know how to eat healthy, which food is healthy, which is not healthy. That's what I don't understand

D.: yes, yes! Also, me I don't understand what is healthy and what is not healthy because in our country we have many foods to eat, we have rice, we can make also different types of sauce for the rice, and we have plantain[1] and I know in my country

[1] Plantain of **bakbanaan** is een vrucht geleverd door planten uit het geslacht *Musa* en wordt gebakken of gekookt gegeten. Door het hoge zetmeelgehalte is de onrijpe, rauwe vrucht moeilijk verteerbaar.

we say it's good, we have also yam and we have something called banku[2] *we make it from maize.*

Une alimentation saine était perçue de manière différente par les différents participants. Les participants avaient compris ce que comportait une alimentation saine notamment manger moins de sucres, de gras, de viande et de sel, cependant ils la considéraient comme une privation :

I. : c'est ce qu'on se dit hein, pourquoi je vais me priver de ça ? voilà.

A.D. : comme on l'a dit tantôt je crois que ce sont les aliments gras, les aliments trop salés, enfin moi je suis confus car j'ai d'autres maladies et on me dit de tout quoi donc pratiquement je ne dois manger rien de bon, que des légumes.

E.B.: from Africa,I wouldn't tell by myself(to reduce salt intake), but my mom and my grandmamma, instead of taking little salt, they stopped. So, the soup was tasteless. So, one of my grand uncle said all die is die, why should deprive myself at this age. So, he put salt and he lives so long! he said: let me die, I can't leave without salt.

Une participante pensait qu'il y avait un lien entre une alimentation saine et le groupe sanguin :

P.: sometimes, like a lot of Africans, we don't know our blood group. If you do know your blood group, you can exactly know what is good for your body. But if you don't know you can eat anything that sometime is not good for the body.

Cependant elle était la seule à avoir cette conception d'une alimentation saine.

Il y'avait une certaine différence dans la communauté ghanéenne dans la perception de l'alimentation saine. L'alimentation ghanéenne fait à base de plantes, de féculents et d'huiles locales était considérée comme particulièrement sain du fait de la richesse des aliments en divers nutriments et non par la quantité d'huile ou de sel dans les aliments. Les aliments étaient considérés comme sains de par leurs valeurs nutritionnelles positives.

[2] **Banku** is een Ghanees gerecht, dat bereid is van een evenredig gekneed mengsel van gefermenteerde mais en maniokdeeg.

4.4.2 Motifs et difficultés à adopter une alimentation saine

4.4.2.1 Motifs

Ils étaient difficile pour les participants de citer de manière claire leurs motivations pour adopter une alimentation saine. Deux participants ont commencé à faire attention à leur alimentation pour des raisons de santé. Nous voyons ici une belle illustration d'un patient qui malgré les difficulté à réduire sa consommation de sel au début , a supprimé le sel de son alimentation et a obtenu le résultat attendu c'est-à-dire la baisse de sa tension artérielle.

> *M.: before I was using salt, I liked it so I was using it sometimes excessively because it's sweet when I eat. But when I get this high blood pressure, the doctor advised me to reduce it. So, I reduced it and now I' am not taking it, I don't take it at all. And the first time it was difficult but now, I don't put salt when I am eating. And also, too much of the spicy, a lot of pepper, some kind of peppers are very strong. So I decided to avoid all this and when I avoided it, my blood pressure got normal.*
>
> *R.: Moi je j'avais commencé à faire ça pour la santé et après un certain moment j'ai perdu ça. Pour l'eau j'ai déjà pris 1,5l d'eau que je bois chaque jour, je finis ma bouteille mais pour ce qui est manger des fruits comme ça : peut-être deux fois par semaine, c'est ce que je fais.*

Cette difficulté à citer les raisons d'adopter une alimentation saine malgré nos questions répétitives montre qu'il y a une certaine difficulté à assimiler le concept d'une alimentation saine comme moyen important de la prévention primaire, ceci d'autant plus que le fait que tous les patients qui avaient évoqué la santé comme motif pour changer leur alimentation avaient déjà développé une hypertension ou un diabète. Aucun patient n'avaient cité une alimentation saine comme moyen d'éviter la survenue de facteurs de risques ou de maladie.A cet effet, il serait très intéressant de savoir si les participants trouveraient le fait d'avoir une alimentation saine toujours important en l'absence de facteurs de risque.

4.4.2.2 Barrières

Les barrières et difficultés à adopter une alimentation saine étaient très diverses souvent d'ordre personnels ou socio-culturels.

4.4.2.2.1 Manque d'information

L'une des principales difficultés concernait le manque d'information concrète : en effet certains patients motivés à manger sainement éprouvaient des difficultés à cuisiner sainement du fait du manque d'information. Bien que connaissant les bases d'une alimentation saine, ils se plaignaient de ne pas avoir de connaissances par exemple sur les

quantités de sel ou d'huile à utiliser pour avoir une alimentation saine ou comment préparer des repas à base de légumes.

> *B. : moi je dirai que les informations aussi elles ne sont pas concrètes. Quand on dit il ne faut pas manger trop salé, trop salé c'est quoi ? On ne connait pas la quantité, faut pas trop fumer, trop faire ceci mais si on savait combien on doit, ça serait mieux.*
>
> *I. : on nous dit manger beaucoup de légumes, on a certains légumes qu'on mange, d'autres qu'on ne peut pas manger. On est en Europe peut qu'on nous apprenne comment les préparer.*
>
> *A.D.: J'ai l'habitude de manger bien salée et je diminue. Je sens bien que le gout par rapport à l'habitude est un peu diminué mais je vais manger mais sinon comme disait l'autre on n'a pas les quantités qu'il nous faut. On n'a pas d'indication sur les quantités.*

4.4.2.2.2 Mauvaises habitudes alimentaires

Les participants ont déploré le caractère non « sain » de certains repas qui sont préparés avec beaucoup de matière de grasses ou de sucres dans leurs cultures.

> *N: and sometime also, some foods we cook, like jollof rice[3]. if you are cooking jollof rice, if you don't put more oil, the jollof will not sweet, you will not get real jolof. Also, Shito[4], we use more oil but now I try to reduce it. Then I get stressed.*
>
> *M.: a lot of carbohydrates we have a special food in Ghana, it's only make out of cassava and I know cassava contains these carbohydrates, so we take that Fufu[5] with a lot of meat with this cassava, « calf pound »*
>
> *I. : parce que là-bas plus tu manges, plus tu manges beaucoup d'huile. Il y a des pays quand dans la nourriture il y a beaucoup d'huile, c'est là où c'est bien fait.*
>
> *N.: yes, like sugar!! before, sometimes I don't like to eat sugar but when I wanted to eat garly with more sugar. I eat a lot sugar with it.*

---

[3] Jollof rice is gemaakt op basis van rijst en tomaten. Het bevaat vet, gluciden en soms protein als het gemaakt is met vlees of vis.

[4] Shito sauce consists primarily of fish or vegetable oil, ginger, driedfish, prawns, crustaceans, tomatoes, garlic, peppers and spices.

[5] **Fufu** of **Foufou** is een vaste brij verkregen uit de cassave, bakbananen en/of yams. **Cassave** of **maniok** is de eetbare wortelknol van *Manihot esculenta*, een verhoutende, overblijvende heester.

En outre, un autre problème soulevé se rapporte à la quantité de nourriture. Certaines candidates estiment manger de grandes quantités de nourritures.

> *F. : nous les africains on mange beaucoup, si on nous dit quelle quantité on doit manger. Même si tu manges sain mais en grande quantité aussi c n'est pas bien.*
>
> *D.: And for me I cannot eat little rice. Last time I came you send me to your colleague, she shows me a paper who said eat little and more vegetables. In my country, they don't show me like that. Always when I eat rice I eat many, like a lot: I know it's not good but to stop it is difficult.*
>
> *I. : c'est ça le problème moi je peux dire que je mange sainement car je mange des fruits et de légumes chaque jour mais maintenant c'est peut-être la quantité : peut-être que je mange beaucoup, peut-être que je mange peu. Je crois que c'est un fait personnel mais il faut quand même garder en tête qu'il faut pas manger trop, sauf les fruits et les légumes évidemment.*

4.4.2.2.3 Horaires des repas

En plus du fait de la migration certains ont dû changer leurs habitudes alimentaires : en effet les horaires des repas diffèrent des heures de repas auxquels ils sont habitués dans leurs pays. Du fait de leur travail et obligations familiales, ils vont prendre des repas chargés à des heures tardives alors qu'ils ont l'habitude de les prendre dans la journée.

> *D: In Africa, when I wake up in the morning around 10h maybe I eat some heavy food but not much and i will not anything until 5 to 6h. and when I eat at 6h, I will not drink anything, only water and then you sleep until the next morning.*
>
> *M: and we are also eating at late time, late in the evening*
>
> *D: we have a lot of food from Africa and I know all of them are healthy but to eat late hours: the food is heavy. So, to eat late hours that causes some problem; and it depend on, all this food has inside.*
>
> *D: We have a lot of food from Africa and I know all of them are healthy but to eat late hours: the food is heavy. So, to eat late hours that causes some problem; and it depend on, all this food have.*

4.4.2.2.4 Difficultés à manger des fruits et légumes.

Les deux groupes ont confié avoir des difficultés à manger des légumes ou des fruits car n'ayant pas cette habitude.

R. : je crois que ce sont les habitudes, parce que chez nous manger des fruits à côté j'ai pas cette habitude-là, mes enfants ont cette habitude mais moi je n'ai pas ça.

I. : oui, j'essaie mais c'est difficile. Moi personnellement je n'aime pas manger les fruits, mais je me dis il faut que je mange ça. Je ne peux pas manger 5-6 fruits. Je pense qu'il n'y a personne ici entre nous qui peut dire qu'il peut manger 5-6 fruits par jour et pourtant c'est ce qu'on nous dit.

A.T. Le problème c'est… comment dirai-je, l'alimentation concernant les fruits et les légumes : les fruits ça va mais les légumes c'est un peu difficile.

Pour certains, l'une de raisons de ne pas consommer de fruits et des légumes était que le gout et la qualité des légumes retrouvés en Europe étaient différents de gout de ceux retrouvés en Afrique.

D: And we are not use to the vegetables here, me I am not use to, so it's difficult for me to eat.

En outre le fait que les participants montrent un attachement particulier aux légumes exotiques, qu'ils n'assimilent pas les fruits et légumes locaux disponibles peuvent jouer un role important dans ce phénomène.

4.4.2.2.5 L'attachement aux habitudes alimentaires

Un autre point observé pendant la discussion est l'attachement des participants aux habitudes alimentaires acquis en Afrique. Ayant eu des habitudes alimentaires différentes de celles de l'Occident, la plupart des participants ont du mal à adopter la cuisine européenne ou à changer leurs habitudes alimentaires.

W.: yes, for me, when I wake up early in the morning I have to eat heavy food and I 've been trained for that since I was born and I like it. And it will be very difficult for me to change it, I will try but it will be very difficult. if you want to have a healthy food maybe you have to drink a little bit of tea, a little bit of yogurt, a little bit of brown bread and then you put cheese and you will put vegetables inside, for me I have never done it before (laughing)

F. : car on a tous nos habitudes de quoi on mange.

I. : C'est tout un changement qu'il faut apprendre, c'est l'information qu'il faut passer, passer. Parce que moi je me disais que quand j'ai bien mangé c'est quand j'ai mangé mon plat, celui que j'ai l'habitude de manger

R. : I. a raison, je veux dire que la mise en application c'est ça le problème. Même moi quand j'étais un peu faible et tout ça là, je suivais correctement le tableau qu'on m'avait donné, mais je ne suis plus ça parce que y a les habitudes aussi

A.D. : Quand on vous dit manger des légumes, on ne sait pas est ce que ce sont des tomates qu'on doit manger ou ce sont des oignons bon finalement c'est l'habitude alimentaire culturelle dans laquelle on a toujours vécu, ce sont les meilleures choses qu'on peut manger.

Les participants montraient un attachement particulier aux légumes et fruits exotiques au détriment des fruits et légumes locaux malgré des années de séjours en Europe et malgré que les fruits exotiques soient de prix élevé.

B. : aussi le manque de moyens. Les légumes qui viennent d'Afrique, c'est très cher. Si tu veux manger les légumes d'ici, ce n'est pas naturel comme ce qui viennent de chez nous.

4.4.2.2.6 Problème financier

Un autre problème soulevé est le manque de moyens : les participants du fait de sources de revenus limités éprouvaient des difficultés à adopter une nourriture équilibrée et saine. En plus ils ne pouvaient acheter des fruits et légumes exotiques vendus dans les boutiques africaines du fait de leurs prix exorbitants.

M.: for me what make it difficult. Let's take it: if I want to eat healthy and I want brown bread maybe when I go to the market like for example Aldi, I will see brown bread in different quality; some will be maybe 1,10 euros, and it's depend on the quality and how good it is, so…. Also, when I don't have too much money, I choose the cheaper one because I don't have enough money, I choose the cheaper one. And maybe lack of protein of not competitive as the expensive one, so money can also be a reason.

4.4.2.2.7 Accès facile à la nourriture malsaine.

Une autre difficulté structurelle et environnementale est l'accès facile à une nourriture beaucoup moins saine comme les sucreries et soda.

D: But here, u can see many drinks, vegetables, chips, biscuit everything, you see everything with your eyes, so it can make you to taste. So, a little time you eat something like bread, a little time something like biscuit and you are drinking fruit juice and cola. So, it's like we are in a different system now, we need some help so that we can maintain our health.

Cependant le changement d'environnement est perçu par certains participants comme un changement positif : du fait de la variation de l'offre et des conditions de vies améliorées, ils ont plus de possibilités d'avoir une alimentation équilibrée et variée.

4.4.2.2.8 Manque de temps

Tous les participants ont déclaré manquer de temps : en effet entre les contraintes familiales et sociales, ils ne trouvaient pas temps pour cuisiner ou de manger de manière équilibrée.

P.: sometimes I eat egg and bread because I am working in a « ploeg », sometimes I work in the night I come back 10h, sometimes I go very early and I come back … like today, I have to ask permission to come you know. So, you come back on 10h in the night and you have to eat something and you don't have time to cook: you make cacao, bread…

F. : en Europe ici on manque de temps.

I. : on vous de manger 3 repas chaque jour, on n'a pas le temps.

M: and we are also eating at late time, late in the evening.

4.4.2.2.9 Stress

Des participant ont déclaré manger beaucoup plus dans des moments de stress.

E.M.: I think the more you get stress, that' s when you begin to eat a lot and it will make you to eat all the food you see around because of stress. So, stress can cause a lot. I passed through that, that's why I 'am saying that.

E.B.: I support what you are saying, if I have stress, every 5 minutes I eat. Small time, I feel hungry!! Sometimes, I am ok, I don't feel like to eating, the belly is full, but I feel that I should eat.

4.5 Obésité

4.5.1 Perception de l'obésité

L'un des sujets qui a pris le dessus pendant la discussion est la perception de l'obésité par les différents participants. Dans certaines cultures africaines l'obésité est perçue comme un signe de bien-être , de bonne santé et un critère de beauté.

> ***Animator: so, do you think fatness is nice?***
>
> *W.: yes*
>
> *N.: yes, yes in Africa they have their fashion.*
>
> *M.: before we were thinking it was nice.*
>
> *B. : pour nous qui sommes en Europe, on peut avoir cette mentalité-là de baisser le poids mais moi je sais que chez nous comme au Congo là, quelqu'un qui est costaud là il est en bonne santé pourtant ici on fait tout pour diminuer le poids c'est l'information qu'on a.*

Du fait la pression sociale, certaines personnes vont essayer de prendre du poids pour faire plaisir un membre de famille ou pour ne pas avoir l'air malade.

> *E.M.: if I go to Africa now, they will say: hey she's dying. She's sick.*
>
> *N.: my problem is I 'am getting fat because I 'am going to Africa. My mama doesn't want me to come small because people will say: ah she's always the same. So, I try to. Today in the morning I cooked spaghetti because me I like European food.*

Cependant les opinions sont partagées car certaines considèrent l'obésité comme une maladie et préfèrent faire attention à leurs poids.

> *E.M.: fat is sick. You are sick already.*
>
> *P.: me I want to reduce.*

Si certains participants associaient l'obésité à la maladie, d'autres ne voyaient pas la relation entre l'obésité et la maladie.

> *N.: fat is not good. But it' s not bad if you are fat and not sick. Some people they get body but they are not sick.*
>
> *W.: they are some people they are not big but they are sick.*

Animator: so, do you think that there's a relationship between fatness and sickness?

W. :no.

N. : no

4.6 Activité physique

4.6.1 Perception de l'activité physique

La plupart des participants savaient en quoi consistait une activité physique régulière ainsi que la durée minimale nécessaire.

M.: « hard lopen » or running. Maybe 30mn or 1hour in a day! yes those things are good for the body.

B. et I. : «30mn à 1h.

B. et I. : la marche.

B. : y a aussi le vélo.

I. : il y a la natation, la gymnastique et la zumba.

M. : swimming

Cinq des participants pratiquaient un sport de manière régulière.

D.: normally when I come from work in the evening, I do sport every time, maybe sometimes 3 times a week or sometimes the whole week.

E.M.: you can walk, mostly I walk a lot.

W.: maybe 2 times a week. I walk from my house to Sint Pieters.

Cependant les participants n'étaient pas tous tombés d'accord sur les différentes sortes d'activité physique. Tandis qu'une bonne partie des participants considérait les activités ménagères comme de l'activité physique, certains participants n'étaient pas d'accord et considéraient qu'il fallait une activité physique plus intense.

B. : moi je ne sais pas, le travail comme le nettoyage là, est ce que c'est aussi une façon de bouger ou bien ?

D.: it's like the work we are doing, like 'poetsvrouw' ! it's like that because we 're always walking around, going upstairs, coming down with the 'stofzuiger' but it still : the body is fat hé.

F. : moi je pense que c'est de l'activité physique.

A.T. : quand on dit activité physique c'est nettoyer, faire déplacer des trucs, ça fait partie des activités physiques.

I. : je ne crois pas moi, je pense qu'il faut sentir que ton sang s'est déplacé là tu as fait de l'effort physique. Tu peux nettoyer à ton aise sans suer non.

4.6.2 Motifs et barrières à l'activité physique

4.6.2.1 Motifs

4.6.2.1.1 Problèmes de santé

La principale raison de faire de l'activité physique pour certains patients était un problème de santé.

D.: I think since last year, I started coming here because I was having problem: they checked and I was having high blood pressure, yes and I have to come every time to check my blood pressure and my kilos were also high, I think dr Fatou who told me I have to try doing some jogging. I don't know how to drive bicycle so… and I always go to work with my car and I don't walk a lot.

A.D. : on sait très bien que c'est une nécessité, mais c'est devenu une nécessité pour raison de santé.

A.T. : moi ce qui m'avait motivé : j'ai conduit un camion, j'ai fait 8h de temps assis sans bouger et lorsque j'expliquais ça au docteur, il me dit il faut courir minimum par jour 5km, donc c'est ce qui m'avait motivé de m'inscrire au club de fitness. Si je ne vais pas le matin, le soir je suis obligé d'y aller.

4.6.2.1.2 Amélioration du bien-être et motivation personnelle

Deux participants ont parlé de l'effet positive de l'activité physique sur la santé et le bien-être. Même si le début était difficile, la pratique sportive était un moyen de dépasser ses limites personnelles et d'améliorer sa vision de soi-même.

D: So, what I have experience is this activity is good. It's very good. If we can do it, it's very good because when I go to work and I come home, maybe I eat my food, I don't know any healthy food but like rice, I eat my rice or something like that; and I will may be 1h30 and I will go to gym and when I go, I try to run with the machine, I use a lot of machine there to turn my back like this and so. And the next day I can see, I feel

myself I 'am healthy; and with the car I was driving every time I was having pain also on my legs.

D: When I started the gym, I see difference coming but it's like sometimes it's not easy to come from work and go to gym.

M.: what I have realized also is the moment to begin is difficult but if you continue then you love it. Motivation! that's the difficulty but when you keep on going you feel good and you enjoy what you have realized.

4.6.2.1.3 Raisons esthétiques

La perte de poids et le gain de muscles ont été cités comme raisons pour faire de l'activité physique.

R. : oui si tu veux avoir des muscles, le ventre un peu plat, ça peut te motiver à courir chaque matin.

4.6.2.1.4 Activité physique en groupe

Le fait de pratiquer du sport en groupe avec des personnes du même âge ou ayant des pathologies similaires serait plus stimulant pour certaines participantes qui étaient d'âge moins jeune.

I. : des groupes de dames par âge. Si vous faites des groupes de 50-60 ans moi je serai dedans. Je suis le mouvement. Et puis aussi qui ont les mêmes pathologies. Par exemple les gens dont les genoux ne peuvent plus rien faire : qu'on fasse des séances à ces gens-là.

B. : par groupe. Par exemple l'été on peut se dire on a le vélo, on fait un tour, c'est motivant.

4.6.2.2 Barrières à l'activité physique

Les participants ont énuméré divers freins à la pratique de l'activité physique.

4.6.2.2.1 Facteurs socio-culturelles

L'une des barrières non négligeable à l'activité physique est que le sport ne faisait pas partie de leur culture. La pratique du sport se limitait à la période scolaire pour la plupart des participants, du coup ils n'étaient plus habitués à faire du sport à l'âge adulte.

M.: I think sometimes lack of knowledge is a key factor: we the African especially Ghanaians we are not use to make this exercise. Before in the school we were doing it but now, it's not anymore. It's not our culture: if you are making comparison, it's not

part of us to go in the morning to run but now things are changed nowadays, so I think some of us are trying to change.

D: We especially the black, we are not use to gym. I can see with that it's very good when you advise me to do it.

4.6.2.2.2 Manque de savoir et d'information

Certains participants ont déploré le fait qu'ils n'aient pas eu la possibilité d'apprendre à pratiquer diverses sports. La majorité du groupe ne savait pas nager ou faire de la bicyclette.

P.: a lot of African don't how to ride a bicycle. Because we didn't learn at school. They don't teach us, if we are trying we fall on the ground.

En outre certains ont reconnu ne pas savoir où ou à qui s'adresser s'ils voulaient faire du sport.

P: We don't know the way to the gym, we don't know where to go. So, I think… my idea is maybe if in this clinic, in this hospital, we can put the address of the gym around so people can find where to go to do gym.

B. : moi aussi je voulais ajouter quelque chose. Vous voyez comme lui, le docteur lui a donné un bouquin, c'est facile quand même, quand on a l'information on peut quand même si on a lu ça on peut se dire ça c'est bien pour la santé, c'est préférable que j'adopte ça. Mais y a deux alternatives, si on ne peut pas courir, je peux marcher.

4.6.2.2.3 Manque de temps

Le manque de temps à cause des obligations familiale et sociale comme le travail peuvent constituer des freins à la pratique pour certaines personnes.

W.: sometimes, I think that I should walk more. Sometimes I wish like I have to do it but time!!!

E.M.: yes, I know it, it's here but time !! the time they do it we are at work.

D.: yes, sometimes I can't go, I feel I 'am tired. I have to take the children from the school but I can see it's very good. if you eat and you go to exercise.

En plus du manque de temps, un participant n'allait plus au sport à cause de son travail très physique qui le fatiguait.

M: Before I was running maybe 30mn every morning, in the summer I run for 30minutes, I come back take my shower and my breakfast but now with the type of job I do, I will walk for 6 to 7 km every day , so I stopped to run. I'am ok now.

4.6.2.2.4 Problèmes de santé

Certains participants étaient motivés à faire du sport mais ont dû limiter ou arrêter la pratique sportive pour des raisons de santé.

E.M.: Because I have problem with my knees so I cannot run. Dancing yes, sometimes I go to disco but walking is very good.

R. : Moi j'ai un problème de dos, j'ai un dos qui est abimé il n'y a pas longtemps ici je suis venu chez le docteur ; on a parlé un peu, il a fallu que je cours, parce que une fois en faisant mon tour comme ça, en arrivant à la maison, j'ai senti que mon dos bloquait un peu. Il m'a dit : non courir ce n'est pas vraiment conseillé si vous souffre de votre dos.

4.6.2.2.5 Sport et âge

La plupart des participants d'un certain âge ont eu des réserves à faire du sport du fait de leur âge soit parce qu'ils pensent que faire du sport est plus facile quand on est jeune ou alors que le sport pratiqué n'est plus de leur âge et de l'image reflétée.

A.D. : C'est-à-dire si on était un groupe de jeunes ici personne ne parlerait de ça parce que là ça part tout seul.

I. : je n'ai jamais été à la piscine ici, je pense que c'est le fait de devenir âgée, je n'ose pas me mettre en maillot. Je crois que je n'oserai plus maintenant, non ! non !

4.6.2.2.6 Manque d'énergie ou fatigue

En outre des participants ne pratiquaient pas de l'activité physique parce qu'ils manquaient d'énergie ou se sentaient trop fatigués pour faire du sport.

D.: yes, sometimes I can't go, I feel I 'am tired. I have to take the children from the school but I can see it's very good. If you eat and you go to exercise.

P.: energy, lack of time and energy, weakness.

4.6.2.2.7 Climat

Enfin l'adaptation au climat occidental constitue un grand problème pour les migrants africains. Les participants ont déclaré ne pas aimer faire du sport par mauvais temps ou pendant l'hiver.

A.T. : moi je fais de la bicyclette mais l'été seulement, parce que l'hiver ici, je n'ose pas avec le mauvais temps. Il fait froid.

A.D. : c'est un peu difficile.

B. : l'hiver oui mais comme le vélo c'est préférable pendant l'été quand il fait chaud.

4.7 Alcool

La notion de consommation modérée d'alcool était perçue de manière différente chez les participants. Si la plupart considéraient qu'il fallait de limiter à deux verres d'alcool par jour, un participant avait une vision erronée de la consommation modérée :

M.: I personally, I don't know exactly. I believe if you take 2 glasses of beer and you eat normal.

R. : Parce que en prenant beaucoup d'alcool d'abord tu vas être ivre, mais l'alcool modéré c'est aussi conseillé. J'en avais parlé avec mon docteur, si tu ne prends pas c'est bien, mais si seulement tu prends de l'alcool modéré, par exemple … 1l par jour. Je crois qu'il ne faut pas exagérer.

Les participants faisaient bien la différence entre les boissons moins alcoolisées et les boissons alcoolisées fortes. Certains ont même soulignés la particularité de l'alcool artisanal africain qui semblent contenir des doses élevées d'alcool et donc a des effets néfastes sur la santé.

N.: it's different from European alcohol, I don't know. This African alcohol kills a lot of people., I know. Young people in Africa.

L'une des raisons pour boire de l'alcool évoquées étaient l'évacuation du stress en buvant de l'alcool avec des amis.

R. : moi jusqu'à présent je n'ai pas ce problème d'excès de bière. Je peux rester une semaine sans prendre de la bière mais il y a des moments que je sors avec les amis, nous sommes là. Parce que comme j'avais dit quand on donnait des raisons j'ai parlé du stress. C'est un pays ou on est vraiment stressé, on est stressé en Europe. Donc recevoir ses amis, prendre des verres ensembles par exemple, ça peut aider aussi, ça peut soigner.

L'effet néfaste de l'alcool sur la santé et le regard de la société sont considérés par certaines personnes comme des raisons évidentes pour ne pas boire excessivement de l'alcool.

B. : moi je peux répondre. Moi je pense que si je connais les effets secondaires, ça peut m'encourager à diminuer. Il y a des gens boivent, par exemple j'ai des soucis, je trouve que peut c'est une solution pour moi de boire comme ça, je vais oublier et dormir. Si on me fait voir que non, si tu bois beaucoup ça peut faire ceci ou ça peut causer cela, je crois que ça peut m'aider aussi à prendre conscience de cela et de diminuer.

R. : si vous prenez beaucoup d'alcool…… tu dois savoir que j'ai pris beaucoup d'alcool. Même les gens qui sont avec vous vous disent : ah tu prends beaucoup d'alcool toi.

4.8 Tabagisme

Il n'avait pas de fumeurs dans les deux groupes , deux des participants étaient des fumeurs qui ont arrêté le tabac depuis quelques années. Tous les deux avaient commencé à fumer pour des raisons sociales voulant s'intégrer dans le groupe d'amis où ils évoluaient.

N.: because my husband was a musician, they smoked ganja, they smoked everything. I learn this from friends! Friends!! Because they wanted to be big guys!! Before I know they will buy a packet for me!

La raison de cette faible prévalence du tabagisme chez les africains est que le tabagisme est mal vu en Afrique, surtout chez les femmes.

R. : Parce que chez nous déjà, même si tu fumes, il y a les parents qui disent non il ne faut pas fumer. On t'interdit de fumer mais je parle pour mon pays, je dois faire la part des choses.

5 Quatrième partie : discussion

Avec cette étude qualitative , nous nous sommes attachés d'abord à évaluer le niveau de connaissances sur les maladies et facteurs de risques cardiovasculaires , ensuite nous avons essayé de nous cerner des perceptions, attitudes des africains subsahariens concernant les moyens de préventions de ces maladies cardiovasculaires.

À l'issue de ces entretiens , nous pouvons conclure que les participants montraient un intérêt particulier pour l'amélioration du style de vie dans le but de prévenir les maladies cardiovasculaires. . Bien que n'étant pas capable de décrire de manière précise ce qu'était

une maladie cardiovasculaire, ils avaient tous connaissances des différents facteurs de risque cardiovasculaires et des moyens nécessaire à la prévention de ces maladies cardiovasculaires.

Seuls les problèmes de santé ont été cité comme motifs pour adopter une alimentation saine malgré que la question soit posée de manière répétitive. A cela s'ajoute le fait que tous les participants qui avaient évoqué ce motif avaient déjà développé des facteurs de risques cardiovasculaires. À la base de ces deux constatations nous pensons qu'il y avait une certaine absence d'assimilation du concept d'une alimentation saine comme un moyen important de la prévention primaire permettant ainsi d'éviter l'apparition de ces facteurs de risque cardiovasculaire bien que les participants reconnaissent tous l'effet d'une hygiène de vie saine sur les facteurs de risques comme l'hypertension ou le diabète.

Tous les participants trouvaient important d' adopter un style de vie sain même s'ils rencontraient des difficultés dans la mise en pratique de ces mesures.

Les participants étaient ouverts à la modification du style de vie mais rencontraient divers difficultés d'ordre personnel telles que le manque d'informations concrètes, le manque de temps, les problèmes financiers, les mauvaises habitudes alimentaires mais aussi des difficultés d'ordre socio-culturelle et environnemental.

Ils ont déploré l'absence d'information concrète concernant la mise en pratique d'une alimentation saine et équilibrée. Ils connaissaient les mauvaises habitudes à éviter ainsi que les bonnes habitudes à adopter mais rencontraient des difficultés dans la mise en pratique de ces connaissances.

En outre nous avons noté quelques idées et perceptions culturelles concernant l'obésité qui était considérée comme un signe de beauté et de bien-être pour la plupart des participants. En outre certains participants ne voyaient aucune relation entre obésité et être malade. Les participants d'origine ghanéenne considéraient que leur alimentation ,qui est principalement faite à base de féculents, de plantes et d'huiles locales , était particulièrement saine. Les aliments sont considérés sains du fait de la richesse des nutriments qu'ils apportent à l'organisme.

La consommation de fruits et de légumes était très limitée chez les participants : les principales raisons étaient qu'ils n'étaient pas habitués aux fruits et légumes occidentaux et que les fruits et légumes exotiques coutaient chers en Europe. En outre certains participant

ont déclaré ne pas savoir comment cuisiner avec des légumes disponible sur le marché belge.

Le changement d'environnement semble jouer un rôle non négligeable dans l'adoption d'un style de vie sain : en venant vivre en Europe , les migrants doivent s'adapter à un nouveau climat, un nouveau travail et une certaine amélioration de leurs conditions de vie qui peut avoir un impact sur leur hygiène de vie comme la sédentarité, une alimentation riche en viande, sucres et matières augmentant ainsi le risque d'obésité.

En résumé les principales barrières à un style de vie sain chez ce groupe de migrants étaient apparentés au niveau de connaissance assez limité, aux difficultés à adopter un style de vie totalement différent du style de vie et de la culture de leurs pays d'origine et aux contraintes sociales et familiales.

5.1 Comparaison avec la littérature

Notre comparaison avec la littérature est limitée par le fait que nous avions trouvé peu d'études portant sur le thème de notre étude.

Il n'y avait aucune étude portant sur le niveau de connaissance des maladies et facteurs de risques cardiovasculaires chez les migrants africains vivant en Europe. En outre il n'est pas exclu que le niveau de connaissance du groupe soit comparable à celui de la population locale belge. Cependant, une bonne connaissance sur les facteurs de risques cardiovasculaires n' est pas systématiquement lié à une hygiène de vie saine.

Par contre nous pouvons comparer notre étude par rapport aux nombres réduits d'études portant sur la perception et les attitudes des migrants subsahariens concernant l'alimentation, l'activité physique, la consommation de l'alcool et le tabagisme.

On retrouve certaines conclusions de la littérature dans notre étude notamment le manque de temps, le climat, les obligations familiales , les raisons culturelles comme barrières à l'activité physique et à l'adoption d'une alimentation saine.

La religion qui a été citée comme barrière dans une étude portant sur la population somalienne ne semble pas être considéré comme tel dans notre population. Ceci peut s'expliquer par le fait que notre population d'étude est constitué majoritairement de personnes de confession chrétienne.

Dans une étude australienne, le manque d'espace et l'amélioration des conditions de vie notamment les transports publics étaient cités comme barrières dans la pratique de l'activité

physique. Les participants du groupe ont peu parlé de leurs moyens de transports dans leurs vie quotidienne. Mais il n'est pas difficile de penser que l'utilisation des moyens de transport aussi bien publics que privés comme les voitures peut décourager à la marche ou l'utilisation du vélo pour se déplacer.

Le tabagisme semble peu fréquent chez la population africaine, aucun de nos participants n'était fumeur. Certains études suggèrent que le taux faible du tabagisme chez les africains est à l'origine du taux faible de coronaropathies.

5.2 Forces et limites de l'étude

5.2.1 Forces :

Le fait que l'interviewer , par ailleurs moi-même soit d'origine africaine, a mis les participants beaucoup plus à l'aise et ils ont pu parler de leurs limites et lacunes sans peur de se faire juger par les autres.

Les deux groupes étaient particulièrement motivés et ont montré de l'intérêt pour le sujet. Sur les 14 patients invités aux entretiens, il n'avait qu'une seule personne absente.

5.2.2 Limites :

Nous avons été limité par le manque de temps dans les deux groupes. Les deux entretiens ont duré respectivement 1h et 1h20 mn. Pour des raisons familiales les participants ne pouvaient pas rester longtemps malgré leur intérêt palpable pour le sujet. Ainsi il m'a manqué le temps pour poser certaines questions d'éclaircissement.

Une autre limite de l'étude est le codage qui n'a été fait que par moi-même bien que en étroite collaboration avec ma Co-promotrice de thèse. Un double codage fait de manière individuelle suivi d'une comparaison pour aboutir à un consensus serait la démarche idéale.

Notre population d'étude était principalement fait de personnes de confessions chrétienne.

En outre il n'y avait pas assez de diversification dans la représentation des pays du Sub-Sahara dans notre population d'étude. Tous les participants étaient originaires d'Afrique Occidental

Enfin il faudra tenir compte que le Sub-Sahara est assez vaste ; de ce fait l 'alimentation et les pratiques culturelles varient d'un pays en autre.

5.2.3 Proposition pour la maison médicale.

Les résultats de notre étude montrent qu'il existe encore beaucoup de barrières à l'adaptation d'une hygiène de vie saine et équilibrée chez les migrants d'origine africaine.

Pour pallier à ces obstacles, il est important d'améliorer les moyens de communication et de sensibilisation des patients.

A cet effet, j'estime que malgré les informations collectées lors de cette étude, une autre étude qualitative comportant plusieurs groupes focalisés avec un échantillon de population plus grand fait de participants provenant de divers pays africains permettrait d' avoir une vision globale et complète de la perception des moyens de prévention cardiovasculaires dans cette communauté. Ceci parce je n'ai eu qu'un entretien avec chaque groupe. Il n'y avait pas suffisamment de temps pour explorer toutes les informations émises lors des entretiens comme .

À la fin des entretiens les participants ont montré un intérêt particulier sur le sujet et ont émis quelques attentes notamment l'organisation de session où les participants peuvent discuter et s'échanger des idées sur l'alimentation. Il serait intéressant d'organiser une session d'information de la communauté africaine avec un groupe de professionnels de la santé composé d'une diététicienne ainsi que moi-même. Ainsi au cours d'une session interactive , nous pourrons échanger des idées avec les patients ; les informer et leur donner des conseils pratiques sur la modification du style de vie. Dans un deuxième temps , une autre étude qualitative avec les mêmes participants permettrait d'évaluer si cette action a eu l'effet escompté.

Il me semble important d'inclure les communautés dans l'élaboration des activités de promotion de la santé de la maison médicale permettant ainsi d'avoir une action dirigée et ciblée selon les besoins de la communauté. Une Community Based Participatory Action Research (CBPAR) permettrait de cibler les besoins nécessaires à la communauté et atteindre un public plus large par les actions de promotion de la santé.

Enfin comme dans tout acte de prévention, il est important de tenir compte de la motivation du patient car quel que soit les différents actions de sensibilisation et de communication, la décision de changer de style de vie et effectivement changer son hygiène de vie est un choix personnel qui n'aura lieu que si le patient est motivé. Ainsi, je pense qu'une approche par le cercle de motivation de Diclemente et Prochaska permettrait au médecin de trier la population susceptible de réagir aux action de prévention et d'avoir une action ciblée et efficace.

6 Conclusion

La communauté africaine tout comme le reste de la population mondiale n'échappe au fléau des maladies cardiovasculaires. En adoptant un style de vie sain et équilibré , il est possible de réduire le risque d'apparition de ces maladies cardiovasculaires mais ceci ne semble pas toujours évident à appliquer notamment chez les migrants africains noirs. Cette étude qui avait pour but de cerner les connaissances, perceptions et attitudes des africains concernant l'alimentation , l'activité physique, l'arrêt du tabac et la réduction de la consommation de l'alcool montre qu'il existe plusieurs obstacles personnels, structurels, environnementaux et culturels au changement du style de vie. Ces résultats sont similaires aux résultats des études déjà réalisées chez les migrants africains vivant en Europe. En outre, il est évident que les participants s'inquiétaient pour leur santé. Ils montraient un intérêt particulier pour l'adoption d'un style de vie malgré le manque d'information concrète. En dehors de quelques perceptions culturelles différentes sur certains facteurs de risques et attitudes, les barrières et motivations qui les poussaient à changer de style de vie ne différaient pas de la population belge. Il semblerait aussi que les participants ne considéraient pas une alimentation saine comme un moyen préventif dans la survenue des facteurs de risques. Cependant, ils y attachaient une importance particulière dès qu'ils commençaient à développer des facteurs de risques.

Enfin , il ne faut pas oublier qu'une bonne prévention repose sur sensibilisation positive de la population. Le médecin de par son rôle de défenseur et promoteur de la santé joue y jouer un rôle et central non sans une collaboration avec les divers acteurs de santé.

Referenties

1. 2015. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/.
2. Mensah GA, Roth GA, Sampson UK, Moran AE, Feigin VL, Forouzanfar MH, et al. Mortality from cardiovascular diseases in sub-Saharan Africa, 1990-2013: a systematic analysis of data from the Global Burden of Disease Study 2013. Cardiovasc J Afr. 2015;26(2 Suppl 1):S6-10.
3. al BBe. Globaal cardiovasculair risicobeheer. Huisarts Nu. 2007.
4. Romdhane HB DAea. Prevention of cardiovascular disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. World Health Organization OMS, 2007.
5. huisartsengenootschap N. Cardiovasculair risicomanagement 2012. Available from: https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/cardiovasculair-risicomanagement.
6. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. Tropical Medicine & International Health. 1998;3(12):936-44.
7. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. Trop Med Int Health. 1998;3(12):936-44.
8. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. 1971. Milbank Q. 2005;83(4):731-57.
9. The Continuing Epidemiological Transition in Sub-Saharan Africa: A Workshop Summary. Washington DC: National Academy of Sciences.; 2012.
10. Danaei G, Finucane MM, Lin JK, Singh GM, Paciorek CJ, Cowan MJ, et al. National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5.4 million participants. Lancet. 2011;377(9765):568-77.
11. Seedat YK. Why is control of hypertension in sub-Saharan Africa poor? Cardiovasc J Afr. 2015;26(4):193-5.
12. Moran AE, Forouzanfar MH, Roth GA, Mensah GA, Ezzati M, Flaxman A, et al. The global burden of ischemic heart disease in 1990 and 2010: the Global Burden of Disease 2010 study. Circulation. 2014;129(14):1493-501.
13. Steyn K, Sliwa K, Hawken S, Commerford P, Onen C, Damasceno A, et al. Risk factors associated with myocardial infarction in Africa: the INTERHEART Africa study. Circulation. 2005;112(23):3554-61.
14. Vorster HH. The emergence of cardiovascular disease during urbanisation of Africans. Public Health Nutr. 2002;5(1A):239-43.
15. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004;364(9438):953-62.
16. Dalal S, Beunza JJ, Volmink J, Adebamowo C, Bajunirwe F, Njelekela M, et al. Non-communicable diseases in sub-Saharan Africa: what we know now. Int J Epidemiol. 2011;40(4):885-901.
17. Kengne AP, Anderson CS. The neglected burden of stroke in Sub-Saharan Africa. Int J Stroke. 2006;1(4):180-90.
18. Agyemang C, Addo J, Bhopal R, Aikins Ade G, Stronks K. Cardiovascular disease, diabetes and established risk factors among populations of sub-Saharan African descent in Europe: a literature review. Global Health. 2009;5:7.
19. Campbell NR, Bovet P, Schutte AE, Lemogoum D, Nkwescheu AS. High Blood Pressure in Sub-Saharan Africa: Why Prevention, Detection, and Control are Urgent and Important. J Clin Hypertens (Greenwich). 2015;17(9):663-7.

20. Afrique O. WHO African Region Ministerial Consultation on Noncommunicable Diseases 2011. Available from: http://www.who.int/nmh/events/2011/africa_ncds_background_paper.pdf.
21. Addo J, Smeeth L, Leon DA. Hypertension in sub-saharan Africa: a systematic review. Hypertension. 2007;50(6):1012-8.
22. Agyemang C, Bhopal R. Is the blood pressure of people from African origin adults in the UK higher or lower than that in European origin white people? A review of cross-sectional data. Journal of human hypertension. 2003;17(8):523-34.
23. Lip GY, Barnett AH, Bradbury A, Cappuccio FP, Gill PS, Hughes E, et al. Ethnicity and cardiovascular disease prevention in the United Kingdom: a practical approach to management. J Hum Hypertens. 2007;21(3):183-211.
24. Primatesta P, Bost L, Poulter NR. Blood pressure levels and hypertension status among ethnic groups in England. J Hum Hypertens. 2000;14(2):143-8.
25. Campia U, Cardillo C, Panza JA. Ethnic differences in the vasoconstrictor activity of endogenous endothelin-1 in hypertensive patients. Circulation. 2004;109(25):3191-5.
26. Kengne AP, Amoah AG, Mbanya JC. Cardiovascular complications of diabetes mellitus in sub-Saharan Africa. Circulation. 2005;112(23):3592-601.
27. Federation ID. Regional fact sheet: Africa 2015. Available from: http://www.diabetesatlas.org.
28. Erens B, Primatesta P, Prior G. Health survey for England 1999: The health of ethnic minority groups. London: The Stationery Office. 2001.
29. Diabetes U. Diabetes in the UK. 2004.
30. Oldroyd J, Banerjee M, Heald A, Cruickshank K. Diabetes and ethnic minorities. Postgraduate medical journal. 2005;81(958):486-90.
31. Bhopal R, Wild S, Kai J, Gill PS. Health Care Needs Assessment: Black and Minority ethnic Groups. The Epidemiogically Based needs Assesment reviews. Abingdon: Radcliffe Medical Press Ltd; 2007.
32. Mbanya J-C, Sobngwi E. Diabetes microvascular and macrovascular disease in Africa. European Journal of Cardiovascular Risk. 2003;10(2):97-102.
33. Norman R, Bradshaw D, Steyn K, Gaizano T. Estimating the burden of disease attributable to high cholesterol in South Africa in 2000. South African medical journal. 2007;97(8):708-15.
34. Onen CL. Epidemiology of ischaemic heart disease in sub-Saharan Africa: review article. Cardiovascular journal of Africa. 2013;24(2):34-42.
35. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9· 1 million participants. The Lancet. 2011;377(9765):557-67.
36. Abubakari A-R, Lauder W, Agyemang C, Jones M, Kirk A, Bhopal R. Prevalence and time trends in obesity among adult West African populations: a meta-analysis. Obesity Reviews. 2008;9(4):297-311.
37. Agyemang C, Owusu-Dabo E, de Jonge A, Martins D, Ogedegbe G, Stronks K. Overweight and obesity among Ghanaian residents in The Netherlands: how do they weigh against their urban and rural counterparts in Ghana? Public health nutrition. 2009;12(07):909-16.
38. Holdsworth M, Gartner A, Landais E, Maire B, Delpeuch F. Perceptions of healthy and desirable body size in urban Senegalese women. International journal of obesity. 2004;28(12):1561-8.
39. Siervo M, Grey P, Nyan O, Prentice A. Urbanization and obesity in The Gambia: a country in the early stages of the demographic transition. European journal of clinical nutrition. 2006;60(4):455-63.
40. Amoah AG. Sociodemographic variations in obesity among Ghanaian adults. Public health nutrition. 2003;6(08):751-7.
41. Pampel F. Tobacco use in sub-Sahara Africa: estimates from the demographic health surveys. Social science & medicine. 2008;66(8):1772-83.

42. Agyemang C, De Munter J, Van Valkengoed I, van den Born B-J, Stronks K. Gender disparities in hypertension among different ethnic groups in Amsterdam, The Netherlands: the SUNSET study. American journal of hypertension. 2008;21(9):1001-6.
43. Maclure M. Demonstration of deductive meta-analysis: ethanol intake and risk of myocardial infarction. Epidemiologic Reviews. 1993;15(2):328-51.
44. Rimm EB, Giovannucci EL, Willett WC, Colditz GA, Ascherio A, Rosner B, et al. Prospective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men. The Lancet. 1991;338(8765):464-8.
45. Sprotson K, Mindell J. Health survey for England 2004: Health of Ethnic Minorities-Summary of Key Findings. Leeds, UK: The Information Centre. 2006.
46. WHO. Prevention of Cardiovascular Disease: Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk 2007. Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf.
47. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice; Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. 2003;10(4):S1-S10.
48. Who J, Consultation FE. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. World Health Organ Tech Rep Ser. 2003;916(i-viii).
49. Millogo GR, Yameogo C, Samandoulougou A, Yameogo NV, Kologo KJ, Toguyeni JY, et al. [Diabetes in urban setting in Ouagadougou, Burkina Faso: epidemiological profile and level of perception in the adult population]. Pan Afr Med J. 2015;20:146.
50. Yayehd K, Damorou F, Ehlan E, Kara P, N'da N TY. Connaissances sur l'hypertension artérielle, attitudes et mode de vie parmi les employés d'un département ministériel à Lomé, Togo. Angéiologie. 2013;64(3):63-70.
51. Kassahun CW, Mekonen AG. Knowledge, attitude, practices and their associated factors towards diabetes mellitus among non diabetes community members of Bale Zone administrative towns, South East Ethiopia. A cross-sectional study. PLoS One. 2017;12(2):e0170040.
52. Ettarh R. Overweight, obesity, and perception of body image among slum residents in Nairobi, Kenya, 2008–2009. Preventing chronic disease. 2013;10.
53. Phillips EA, Comeau DL, Pisa PT, Stein AD, Norris SA. Perceptions of diet, physical activity, and obesity-related health among black daughter-mother pairs in Soweto, South Africa: a qualitative study. BMC Public Health. 2016;16:750.
54. Tuakli-Wosornu YA, Rowan M, Gittelsohn J. Perceptions of physical activity, activity preferences and health among a group of adult women in urban Ghana: a pilot study. Ghana Med J. 2014;48(1):3-13.
55. Persson G, Mahmud AJ, Hansson EE, Strandberg EL. Somali women's view of physical activity--a focus group study. BMC Womens Health. 2014;14:129.
56. Wilson A, Renzaho A. Intergenerational differences in acculturation experiences, food beliefs and perceived health risks among refugees from the Horn of Africa in Melbourne, Australia. Public Health Nutr. 2015;18(1):176-88.
57. McEwen A, Straus L, Croker H. Dietary beliefs and behaviour of a UK Somali population. J Hum Nutr Diet. 2009;22(2):116-21.

Protocol studie

Cardiovasculaire aandoeningen vormen een belangrijke oorzaak van vroegtijdige sterfte. Zij hebben potentieel ook een grote impact op het kwaliteitsleven.

Uit veel studies, blijkt het dat de prevalentie van diabetes en hypertensie, belangrijke risicofactoren voor cardiovasculaire aandoeningen, hoger is bij Afrikanen dan in de Europe populatie. Preventie van deze cardiovasculaire aandoeningen richt zich op de controle van parameters, zoals hoge bloeddruk, glycemie en, een te hoog cholesterolgehalte, maar ook op gezondheidspromotie interventies zoals het stimuleren van gezonde leefgewoonten zoals gezonde voeding, rookstop, overmatige alcoholgebruik vermijden en voldoende lichaamsbeweging. Publiekscampagnes die hierop inspelen, bereiken niet altijd alle etnische minderheden.

Tijdens mijn opleiding viel het ook op dat het mensen van vreemde origine vaak moeilijk valt om de leefstijladviezen toe te passen. Dit kan voor frustratie zorgen bij de behandelende arts. Er blijkt ook weinig onderzoek beschikbaar over de implementatie en doeltreffendheid van gezondheidspromotie bij Afrikaanse migranten in Europese context.

In dit kwalitatief onderzoek wordt bij patiënten van Afrikaanse origine met verhoogd cardiovasculair risico gepeild naar hun kennis over cardiovasculaire preventie via leefstijlaanpassingen en hun perspectief en verwachtingen t.a.v gezondheidspromotie hieromtrent. Hebben zij voldoende kennis en informatie over een gezonde leefstijl? Welke motivatie hebben zij? Zijn er culturele factoren die toepassen van leefstijladviezen kunnen stimuleren of verhinderen? een rol spelen in het participeren aan deze activiteiten? Zijn er mogelijkheden om mensen van Afrikaanse origine gericht te stimuleren om een gezondere leefstijl aan te nemen.

Om deze ideeën, verwachtingen en barrières betreffende niet-medicamenteuze interventies bij Sub-Saharaanse Afrikanen te bestuderen, worden semi-gestructureerde interviews en focusgroepen georganiseerd.

Met de resultaten van dit kwalitatief onderzoek, kan de gezondheidspromotie aangaande gezonde levensstijl in kader van cardiovasculaire preventie doelgerichter en efficiënter gemaakt worden.

TOESTEMMINGSFORMULIER (informed consent)

Titel onderzoek: Cardiovasculaire preventie in de allochtone populatie. Ideeën, verwachtingen en barrières betreffende niet-medicamenteuze interventies bij Sub-Saharaanse Afrikanen.

Verantwoordelijke onderzoeker: Dr Fatou Touré

Ik, (naam en voornaam)

.....

bevestig hierbij mijn deelname aan het onderzoek naar de via focusgroepen. In verband hiermede verklaar ik het volgende:

- Ik ben gedetailleerd geïnformeerd over het doel, de aard en de procedures van het onderzoek
- Ik heb aanvullende vragen kunnen stellen, deze zijn voldoende beantwoord
- Ik weet dat mijn gegevens/meningen anoniem gebruikt kunnen worden voor doelen vermeld in de informatiebrief
- Ik heb deze beslissing uit vrije wil genomen en ik weet dat ik elk moment uit deze studie kan stappen zonder enige consequenties.

Ik heb dit formulier voor geïnformeerde toestemming en het informatieblad voor de deelnemer ontvangen en gelezen. Ik heb een kopie van dit ondertekende en gedateerde formulier gekregen.

Datum en handtekening van de deelnemer, Onderzoeker, Fatou Touré

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Universiteit Gent
Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen
3K3
Prof. dr. Anselm DERESE
De Pintelaan 185
9000 Gent

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0470	04-apr-16	Zie "CC"

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
Cardiovasculaire preventie in de allochtone populatie. Ideeën, verwachtingen en barrières betreffende niet-medicamenteuze interventies bij sub-Saharaanse Afrikanen. (MaNaMa Fatou Touré)
Belgisch Registratienummer: B670201628290

Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier dd. 7/03/2016 (volledig ontvangen dd. 24/03/2016)
* Informatie- en toestemmingsformulier
  - voor de deelnemer
* Vragenlijsten
  - Topicslijst interview

Advies werd gevraagd door: prof.dr. Anselme DERESE (Promotor)

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 4/04/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 4/04/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 4/04/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 4/04/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/04/2016
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/04/2016

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de Nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

Muriel Fouquet
Tel: 09/332 33 36
Muriel.fouquet@uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0470	04-apr-16	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2016/0470

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-Dutch informed consent forms with the Dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development: Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel