

Prise en charge de l'hypertension artérielle dans la Région sanitaire du Plateau Central/Burkina Faso : état des lieux en 2008

B. KAFANDO¹, M. K. DRABO², Z. TARNAGDA², S. KONFE¹

Résumé

L'hypertension artérielle (HTA) constitue un problème de santé publique à l'échelle mondiale. Parmi la population adulte, environ 28 % en Afrique subsaharienne et 23 % au Burkina Faso (ville de Ouagadougou) sont touchées. Malgré cette ampleur, aucune organisation du système sanitaire n'est engagée à ce jour au Burkina Faso pour y faire face.

Face à ce constat, la Direction régionale de la santé du Plateau Central a réalisé une description de l'offre actuelle des soins aux malades hypertendus, dans une perspective d'initier des interventions pertinentes. C'est ainsi qu'une enquête transversale a été réalisée auprès de 25 prestataires issus des 2 échelons d'offre de soins des districts sanitaires de Boussé et Zorgho.

Les principaux problèmes identifiés sont l'insuffisance de tensiomètres aux deux échelons, des occasions manquées de dépistage chez les utilisateurs des soins curatifs, la mauvaise qualité dans les prescriptions et l'absence de formation du personnel à la prise en charge de l'HTA.

L'identification des insuffisances dans la prise en charge de l'HTA conduit à proposer l'organisation des soins autour d'une approche centrée sur les attentes des patients. Cette approche a été testée avec succès dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge de la tuberculose au niveau des deux districts sanitaires.

Mots-clés : Prise en charge, HTA, district sanitaire rural, Burkina Faso.

Hypertension case management in « Plateau central » health region, Burkina Faso: State of the art in 2008

Abstract

High blood pressure represents a public health concern over the world. Around 28 % of people in sub Saharan Africa and 23 % in Ouagadougou (Burkina Faso) are affected by the disease. Health care system use to deal with infectious disease and is very few prepared to promptly and adequately manage chronic diseases such as hypertension.

To improve the health facilities performance, the hypertension case management system has been evaluated through a cross sectional survey targeting 25 caregivers into health districts of Boussé and Ziniaré.

The main shortcomings are the lack of sphygmotensimeter within health centers, the opportunities missed to evaluate blood pressure during care delivery, the poor quality of drug prescription and the lack of updating caregiver's knowledge.

¹ Direction Régionale de la Santé du Plateau Central/ BURKINA FASO.

² Institut de Recherche en science de la santé (IRSS)/ BURKINA FASO.

To improve the capacity of the health facilities to deal with hypertension, we must identify the needs by taking into account patients concerns, caregivers concerns and organizational opportunities given by other disease management such as tuberculosis.

Keywords : case management, hypertension, rural health district, Burkina Faso.

Introduction

L'hypertension artérielle (HTA) constitue un sérieux problème de santé publique à l'échelle mondiale en raison de sa fréquence et des risques de maladies cardiovasculaires et rénales qui lui sont attachées (AUBRY, 2007). Considérée depuis des années comme une maladie des pays développés, l'hypertension concerne actuellement les pays en développement. On estime qu'en 2025, près des trois-quarts de la population mondiale hypertendue vivront dans les pays en développement (AUBRY, 2007). Cette situation est surtout favorisée par la tendance à l'industrialisation qui crée un changement progressif des habitudes alimentaires (KOFFI *et al.*, 2001).

L'hypertension artérielle (HTA) est définie par l'O.M.S. comme une pression artérielle systolique (PAS) 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) 90 mmHg (WHO, 1999). Une étude réalisée au Burkina Faso en 2003, dans la ville de Ouagadougou, a estimé la prévalence de l'HTA chez les adultes à 23 % (NIAKARA *et al.*, 2003).

Cependant, malgré l'existence des protocoles dont l'efficacité est avérée pour la prise en charge de l'HTA, le système sanitaire du Burkina Faso n'est pas encore parvenu à organiser de façon efficace la prise en charge de l'HTA et de ses conséquences. Cette insuffisance d'organisation expose les malades à des complications souvent graves comme les accidents cardiovasculaires, les accidents vasculo-cérébraux, l'insuffisance rénale etc. Ces complications sont de nos jours bien connues et sont évitables par une prise en charge précoce et appropriée. Malheureusement c'est bien souvent à la suite de ces complications ou de leurs symptômes que les patients se présentent dans les centres de soins les plus proches (NIAKARA *et al.*, 2003).

Dans la région sanitaire du plateau central, l'analyse des données statistiques montre une croissance des cas d'HTA enregistrés ; allant de 401 en 2004 à 1364 en 2007 (PA DRS PC, 2008).

À la suite de cette analyse et devant l'absence d'orientation du niveau central, la Direction régionale de la santé du Plateau central (DRS PCL) et ses équipes cadres des districts (ECD) se sont résolues à tirer profit de l'expérience développée par le projet de Formation, Recherche Action en Santé « FORESA ». Depuis 2003, ce projet a impliqué un ensemble d'acteurs (équipe de la DRS PCL, ECD, prestataires, malades et communauté) dans un processus de recherche-action visant l'amélioration de la prise en charge de la tuberculose, maladie chronique dont la prise en charge comportait d'énormes insuffisances. Le diagnostic et le traitement ont été décentralisés du centre de diagnostic et de traitement aux centres de santé et de promotion sociale. Les résultats obtenus et les leçons ont suscités beaucoup d'intérêts de la part des acteurs qui se sont reportés sur une autre maladie chronique, l'HTA. Comme pour la tuberculose, l'analyse de l'offre actuelle des soins a constitué la première étape du processus.

L'objectif de ce travail est de décrire le processus suivi ainsi que les résultats obtenus de cet état des lieux en vue de proposer des interventions pertinentes pour l'amélioration et le renforcement de la prise en charge de l'HTA dans les structures d'offre de soins.

Matériels et méthodes

Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée en novembre 2007.

Site d'étude

L'étude s'est déroulée dans deux districts sanitaires de la région du Plateau central, une des 13 régions sanitaires que compte le Burkina Faso. La région du Plateau central couvre 3 provinces (l'Ouhritenga, le Ganzourgou et le Kourwéogo) avec 17 communes rurales, 3 communes urbaines, 26 secteurs et 468 villages. Le chef lieu de la région est Ziniaré, ville située à 35 kilomètres au nord de Ouagadougou, la capitale du pays. La superficie totale de la région est de 8 453 km². Pour l'année 2007, la population était estimée à 760 148 habitants. Selon le cadre stratégique régional de lutte contre la pauvreté du Plateau central, plus de la moitié (58.6 %) de la population vit en dessous du seuil de pauvreté.

La région se compose de trois districts sanitaires que sont les districts de Boussé, de Ziniaré et de Zorgho. Chaque district dispose d'un centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) fonctionnel. En 2007, le nombre de centres de santé et de promotion sociale (CSPS) était de 90. Les CSPS constituent le premier échelon du district et assurent les prestations de soins de premier contact au niveau périphérique. Les soins de 1^{er} contact comprennent la consultation curative, l'accouchement, la consultation prénatale, la consultation postnatale, la consultation des nourrissons sains, la vaccination, la planification familiale, l'Information Education Communication (IEC). Dans chaque CMA, en plus des soins de référence (consultation de référence et interventions chirurgicales générales), un CSPS niché en son sein joue le rôle de consultation de premier échelon.

Le problème de l'augmentation de la prévalence de l'hypertension et de l'insuffisance de sa prise en charge a été documenté dans les plans d'action des districts sanitaires de Boussé et de Zorgho. Ces deux districts comptaient en 2007 respectivement, 137 494 et 355 673 habitants. Le district sanitaire de Boussé compte 15 CSPS et celui de Zorgho, 25 CSPS.

Taille de l'échantillon

Pour déterminer la taille de l'échantillon des formations sanitaires à enquêter, nous avons eu recours à la méthode de calcul proposée par le logiciel épi info, pour les études descriptives utilisant les échantillons aléatoires. La population de départ était représentée dans notre étude par les formations sanitaires des deux districts concernés par l'étude soit un total de 55 formations sanitaires, réparties de la façon suivante : DS Boussé : 15 CSPS plus l'unité de consultation de référence du CMA, DS Zorgho : 25 CSPS plus l'unité de consultation de référence du CMA.

En considérant une proportion attendue de 20 % de formations sanitaires où la prise en charge serait satisfaisante (présence de tensiomètre, bonne tenue des registres de consultation, notification sur les registres, disponibilité des médicaments essentiels génériques), et une plus faible proportion acceptable de 5 % avec un seuil de confiance de 95 %, nous obtenons 18 formations sanitaires. En considérant les difficultés d'accéder à certaines formations sanitaires ou au risque que les enquêtés ne soient pas disponibles au moment de l'enquête (activités de stratégies avancées, participation à des ateliers, refus de participer etc.), 4 formations sanitaires ont été ajoutées (20 % en plus) portant le nombre à 23.

Echantillonnage

Elle s'est faite en deux étapes, à savoir le choix des formations sanitaires et le choix des personnes pour l'interview (figure 1).

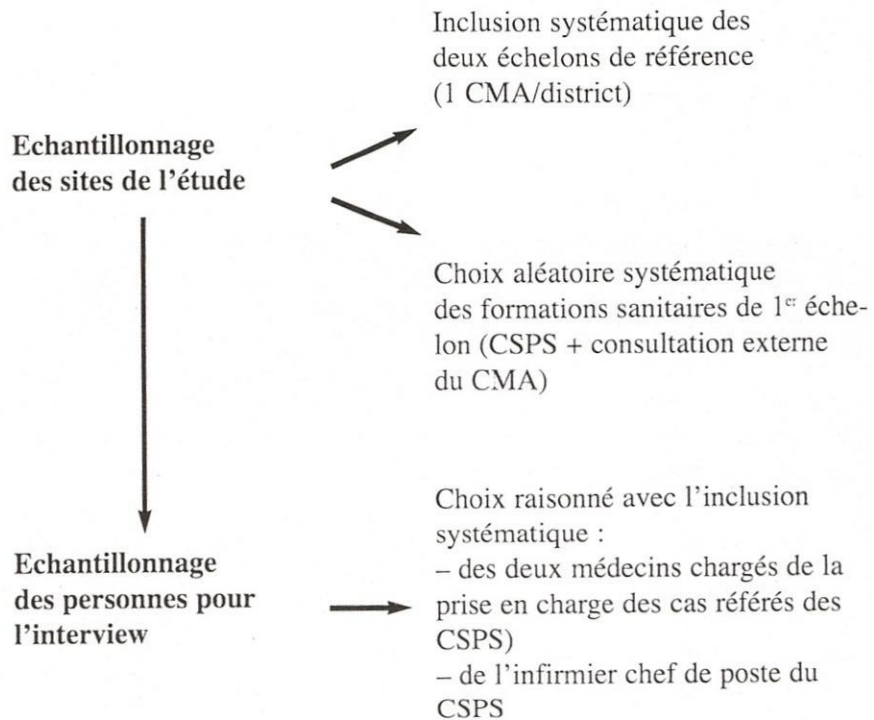


Figure 1. Résumé schématique de l'échantillonnage.

Les formations sanitaires à inclure ont été déterminées suivant le procédé suivant :

- le CMA de chaque district assurant la consultation de référence a été d'office retenue (le CMA de Boussé et le CMA de Ziniaré) ;
- un échantillon de 21 des formations sanitaires de premier échelon (CSPS) a été inclus dans l'étude. Il représente 50 % de l'ensemble des CSPS des deux districts (40) plus les 2 consultations curatives externes des deux CMA (au total 42). Le nombre de CSPS par district a été déterminé de manière proportionnelle, soit 8 formations sanitaires à Boussé [(21FS : 42)*16 = 8] et 13 à Zorgho [(21FS : 42)*26 = 13] ;
- dans chaque district, les CSPS ont été identifiés avec la participation des membres des ECD, de façon suivante : chaque CSPS a reçu un numéro d'ordre et la somme cumulée des numéros d'ordre a été calculée devant chaque CSPS. Le pas de sondage (r) a été calculé (26 : 13 = 2 à Zorgho et (16 : 8 = 2 à Boussé). Le premier numéro (x) a été tiré au hasard entre 1 et 2. Puis le pas a été ajouté à chaque fois pour la détermination des CSPS à inclure (x + nr) ;
- le choix des personnes pour l'interview.

Le choix des personnes pour l'interview a été fait de manière raisonnée :

- dans chaque CSPA l'infirmier chef de poste a été retenu ;
- dans chaque CMA les 2 médecins chargés de la prise en charge des cas référés des CSPA ont été retenus.

Mode de recueil et données recueillies

Il a été procédé à une revue documentaire des registres de consultation curative et à des interviews individuelles à l'aide de questionnaires structurés. Les questionnaires et les fiches de recueil ont été élaborés par les ECD, la DRS et la coordination du projet. Le questionnaire comprenait 4 rubriques renseignant les informations sur les étapes de la prise en charge du malade hypertendu (diagnostic, traitement, suivi), les ressources disponibles (matériel, équipement, personnel), la référence contre référence, le point de vue des prestataires sur les stratégies de réorganisation.

Pré test des outils et profils des enquêteurs

Cinq étudiants de 6^e année en médecine (2 à Boussé et 3 à Zorgho) ont été identifiés et formés pour l'administration du questionnaire. Un pré test a été fait dans le district sanitaire de Ziniaré et a indiqué que l'interview durait au maximum 1 h 30 minutes.

Déroulement de l'enquête

Sur chaque site, les enquêteurs identifiaient avec l'infirmier chef de poste, un endroit calme pour procéder à l'interview et exploiter les registres mis à leur disposition.

Analyse des données

L'analyse des données quantitatives a été réalisée à l'aide des logiciels Excel 2003 et Epi info 3.2. Pour celles qualitatives, un dépouillement manuel a été effectué.

Résultats

Connaissance de la définition de l'HTA et des conditions de mesure de la TA

Au premier, comme au deuxième échelon, tous les prestataires ont défini l'HTA comme une tension artérielle (TA) supérieure ou égale à 140/90 mm Hg. Aussi, ont-ils cité de façon exhaustive les conditions normées de la prise de la TA, à savoir : sujet au repos, assis ou allongé depuis au moins 5 minutes, mesure faite aux deux bras comparativement.

Connaissance des symptômes de suspicion de l'HTA chez l'adulte

Les symptômes de suspicion de l'HTA chez l'adulte, cités par les prestataires des 2 échelons étaient les vertiges, les céphalées, les troubles audio-visuels et les troubles neurologiques.

Disponibilité des tensiomètres

L'étude a révélé que les tensiomètres n'étaient pas disponibles dans 4 des 21 CSPA (19 %). Dans 11 autres, (52,4 %), il n'existait qu'un seul tensiomètre. Au niveau des CMA, chaque médecin a déclaré disposer d'un tensiomètre.

Mesure systématique de la TA lors de la consultation curative

Dans les CSPS enquêtés, la tension artérielle avait été mesurée chez 26,9 % (2 255 / 8 385) de nouveaux patients ayant consulté en 2006 et chez 14,9 % (497 / 3 340) nouveaux patients ayant consulté au cours des trois premiers trimestres de 2007.

Formation/Recyclage des prestataires sur la prise en charge de l'HTA

Aucun prestataire du 1^{er} et du 2^e échelon n'a déclaré avoir reçu une formation/recyclage ou une supervision sur la prise en charge de l'HTA au cours des 12 derniers mois.

Disponibilité de documents de référence pour la prise en charge de l'HTA

Au 1^{er} échelon : dans les 21 CSPS visités, il existait un guide de diagnostic et de traitement (GDT) de différentes pathologies dont l'HTA, édité en 2003 par le Ministère de la Santé. Au 2^e échelon : il n'existait pas de documents de référence pour la prise en charge de l'HTA. La prescription variait d'un médecin à l'autre au sein d'une même structure.

Prise en charge thérapeutique des cas

Au 1^{er} échelon (tableau I) on constate que la prise en charge de l'HTA comporte par ordre d'importance décroissante, la prescription d'un furosémide (81 %), la référence systématique au CMA (61,9 %), la prescription d'un régime hyposodé (23,8 %), la prescription d'activités physiques (14,3 %) et la prescription d'une association furosémide et potassium (9,5 %).

Au 2^e échelon : tous les médecins proposaient des mesures hygiéno-diététiques et des médicaments anti-hypertensifs selon les cas. Les médicaments prescrits étaient le furosémide, la nifédipine, l'adalate, le captopril, l'avlocardyl.

Tableau I. Description des éléments de la conduite thérapeutique selon les enquêtés (n = 21).

Eléments de la conduite devant HTA	Nombre	Proportion (%)
Prescription de furosémide (compo ou inj)	17	81.0
Référence systématique au CMA (avec ou sans traitement)	13	61.9
Régime hyposodé	5	23.8
Activités physiques	3	14.3
Prescription du furosémide et du potassium	2	9.5

Suivi du malade hypertendu

Au 1^{er} échelon (tableau II), les éléments entrant dans le cadre du suivi des malades se composent essentiellement de la mesure régulière de la TA (71 %). La recherche d'œdèmes, la mesure régulière du pouls et l'évaluation du poids corporel sont marginales (19 %).

Au 2^e échelon : au niveau des CMA, en plus des éléments cités au niveau des CSPS, les examens complémentaires suivants faisaient partie des bilans de suivi : micro albuminurie, hémogramme, glycémie, créatinémie, ionogramme.

Tableau II. Eléments de surveillance de la TA au niveau des CSPS (n = 21).

Eléments de surveillance de la TA	Nombre	Proportion (%)
Mesure régulière de la TA	15	71.4
Recherche d'oedèmes (sur le corps, MI)	4	19.0
Mesure régulière du pouls	4	19.0
Prise régulière du poids corporel	4	19.0
Supervision de la prise des médicaments	4	19.0
Mesure de la diurèse journalière	3	14.3

Pratique de la référence et contre référence

Dans les CSPS au cours de l'année 2006, 20 % (10/50) des malades référés au CMA ont été contre référés. Au cours des trois premiers trimestres de 2007, ce taux était de 7,8 % (7/90).

Pratique des conseils hygiéno-diététiques

Le régime hyposodé (5/21) et les activités physiques (3/21) étaient les éléments du conseil hygiéno-diététique cités par les prestataires du 1^{er} échelon. Ceux du 2^e échelon ont ajouté à cette liste la consommation d'aliments pauvres en graisse, la réduction de la consommation d'alcool, l'arrêt du tabac et une cure d'amaigrissement en cas d'obésité.

Pratique de l'Information Education Communication (IEC)

En dehors des mesures hygiéno-diététiques expliquées aux malades hypertendus, aucune autre activité d'IEC n'était faite en faveur des malades et de la communauté.

Bilan initial dans les CMA

Tous les médecins ont cité comme éléments du bilan initial préconisé, la micro albuminurie, la glycosurie, l'hémogramme, la glycémie, la créatinémie, l'ionogramme, le taux de cholestérol et l'ECG. Les deux derniers ne sont pas réalisés au niveau des CMA.

Améliorations proposées par les prestataires dans la PEC

Les améliorations citées par l'ensemble des prestataires enquêtés sont par ordre d'importance, la formation des prestataires (22/25), la mise en place de directives (19/22), la supervision des prestataires sur la prise en charge de l'HTA (18/25), la disponibilité des supports de gestion des patients HTA (15/25) et la responsabilisation d'un prestataire (médecin) chargé de l'HTA au CMA (11/25).

Discussion

Les résultats de cette étude montrent que la prise en charge de l'HTA dans les deux districts de la région du Plateau central comporte beaucoup d'insuffisances à savoir, des insuffisances en équipements, des occasions manquées de dépistage des cas d'HTA, des insuffisances dans la prescription médicamenteuse et des insuffisances en matière de suivi du malade et d'éducation de la communauté.

Insuffisance en équipements

Quatre CSPS sur 21 ne disposaient pas de tensiomètre or le tensiomètre constitue le seul moyen de dépistage de l'HTA. Aussi, au niveau des CMA, l'insuffisance d'équipements pour la réalisation du bilan initial, recommandé par l'OMS va-t-elle influencer négativement sur la qualité de la prise en charge. Cette difficulté a été aussi relevée à Sousse (Tunisie) où seulement 8 % des patients avaient bénéficié de tout le bilan initial recommandé (BEN ABDELAZIZ *et al.*, 2002). L'organisation de l'offre de soins pour être efficace devrait d'abord passer par la mise à disposition des prestataires des tensiomètres validés et en bon état et par l'amélioration du plateau technique des CMA.

Occasions manquées de dépistage

La faible proportion (14,9 % en 2007) de patients adultes en consultation curative ayant bénéficié d'une prise de la TA au cours de la consultation curative (CC) est une insuffisance importante car en dehors de la consultation prénatale chez les femmes enceintes, la consultation curative constitue la principale porte d'entrée dans le système de santé et donc une occasion à ne pas manquer pour la détection des cas. En effet, le plus souvent, l'HTA ou « tueur silencieux » ne provoque aucun symptôme. Etant donné la faible fréquentation des services de santé en Afrique, il y a nécessité absolue d'examiner systématiquement la TA chez tout patient reçu en consultation curative. Se baser sur les symptômes pour suspecter une HTA et mesurer la tension artérielle ne permet pas de dépister à temps les cas dits « silencieux ». Ces malades pourraient être dépistés à l'état de complications (GLAXOSMITHKLINE, 2005) quand ils ont la chance de parvenir à l'hôpital. La prise systématique de la tension artérielle aurait alors pour intérêt d'éviter des complications éventuelles.

Insuffisance dans la prise en charge

Au premier échelon, la prescription médicamenteuse systématique est la conduite à tenir proposée d'emblée par 90,5 % (19/21) des enquêtés. Cependant, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2007), pour certains cas d'HTA grade 1 et 2, le traitement médicamenteux ne se justifie que seulement en cas d'échec de mise en œuvre de mesures hygiéno-diététiques après 6 mois pour le grade 1 et 1 à 3 mois pour le grade 2 ; c'est-à-dire, persistance des chiffres de la tension artérielle au delà des objectifs (HAS, 2007). Aussi, parmi les médicaments recommandés, certains (diurétiques thiazidiques, les inhibiteurs d'enzyme de conversion, les antagonistes de l'angiotensine) ne sont-ils pas retenus sur la liste des médicaments essentiels génériques au Burkina Faso. Dans le souci d'appliquer les protocoles de prise en charge recommandés par l'OMS, il serait alors essentiel que la réorganisation de l'offre des soins fasse de la disponibilité de médicaments anti-hypertensifs en générique, une priorité. Cette priorité a été aussi perçue au Rwanda, où TWAGIRUMUKIZA a déclaré que « la plupart de médicaments conseillés par l'OMS en tant que médicaments essentiels pour le traitement de l'hypertension (telles que Hydrochlorothiazide, Amlodipine et Enapril) n'ont pas été repris sur la liste nationale des médicaments essentiels et sont toujours non accessibles à la majeure partie de population rwandaise » (TWAGIRUMUKIZA, 2005). Il est clair que les prescriptions des spécialités qui sont les plus courantes comme le montrent nos résultats contribuent à la cherté des ordonnances et donc à l'inaccessibilité des soins. Ce problème d'inaccessibilité financière des médicaments anti-hypertensifs en spécialité avait déjà été perçu au Burkina Faso (Fada) (DRABO *et al.*, 1992), en Côte d'Ivoire (BERTRAND *et al.*, 1983) et au Sénégal (EUGENE, 2008).

La mise à disposition des prestataires des guides de prise en charge simplifiés de l'HTA adaptés au besoin des deux échelons contribuerait à améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

Insuffisance de suivi du malade et d'éducation de la communauté sur l'HTA

Le suivi et l'éducation du malade consistent à expliquer les enjeux de la maladie hypertensive, de personnaliser l'éducation aux mesures hygiéno-diététiques, de former et d'informer le patient à l'utilisation de l'auto mesure et enfin de privilégier la qualité de vie en évaluant régulièrement la tolérance aux traitements (HTA-INFO, 2006). Au niveau du 1^{er} échelon, seules, la restriction de la consommation sodée (5/21) et les activités physiques (3/21) ont été citées. Ce qui dénote une insuffisance, car les conseils hygiéno-diététiques devraient constituer la base du traitement contre l'HTA, étant donné qu'ils permettent de prévenir les complications et de conserver la pression artérielle à un niveau normal (GHANNEM *et al.*, 2002 ; HAS, 2007).

Au niveau de la communauté, l'absence d'activités de sensibilisation ne permet pas l'adoption de comportements sains afin de prévenir la survenue de la maladie.

Ces insuffisances de suivi du malade et d'éducation de la communauté ont été aussi rencontrées dans le cadre de la prise en charge de la tuberculose, lors de la phase exploratoire de FORESA. Ce qui a justifié la mise en œuvre de l'approche centrée sur le patient (FORESA3, 2005) ; approche qui a permis d'élaborer un langage commun et de qualité entre le prestataire et le patient en y incluant les aspects liés à la relation d'empathie à développer entre ces deux acteurs. Une telle stratégie pourrait être bénéfique dans le cadre de l'HTA, surtout que le traitement est à vie.

À l'origine de toutes ces insuffisances décelées dans la prise en charge thérapeutique de l'hypertension trois éléments peuvent être cités :

- l'absence de formation/recyclage/supervision des prestataires dans ce domaine ;
- l'insuffisance de contre référence (7,8 % de malades hypertendus contre référés en 2007) ;
- l'absence de directives nationales en matière de prise en charge de l'HTA. En effet les éléments retrouvés dans le GDT sont en déphasage avec les directives actuelles de l'OMS. Cette préoccupation était aussi partagée au Rwanda où il n'y avait aucun protocole de traitement de l'hypertension standardisé pour des professionnels de santé, situation qui rendait difficile la prise en charge de la maladie (TWAGIRUMUKIZA *et al.*, 2003).

À côté des insuffisances, l'étude a permis de déceler des acquis qui peuvent faciliter une éventuelle réorganisation de l'offre des soins. Au titre de ces acquis, on note de façon générale que les deux échelons du système de santé fonctionnent dans les deux districts. De façon spécifique, l'HTA a été bien définie par tous les prestataires rencontrés. En effet, selon l'OMS, l'HTA se définit comme « une pression artérielle systolique (PAS) = 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) = 90 mmHg mesurée au cabinet médical et confirmées au minimum par deux mesures par consultation au cours de 3 consultations successives, sur une période de 3 à 6 mois. En cas de PA = 180/110 mmHg, il est recommandé de confirmer l'HTA par deux mesures par consultation, au cours de deux consultations rapprochées » (HAS, 2005 ; ESH-ESC, 2007). Aussi, les conditions de la prise de la TA citées par les prestataires sont-elles celles préconisées par l'OMS (HAS, 2005 ; Fondation des maladies du coeur du Canada, 2008).

Cette étude, même si elle a permis de faire une situation de la prise en charge de l'HTA, comporte certaines limites telles que la non prise en compte de l'itinéraire thérapeutique des patients HTA, l'observance du traitement des malades dépistés, l'accès financier aux médicaments, et surtout la perception des malades et de la communauté sur l'importance du phénomène.

Cette étude même si elle reflète une certaine réalité au niveau des formations sanitaires périphériques ne saurait être pour l'instant généralisable au niveau national. Pour cela, d'autres études incluant un échantillon plus large sont nécessaires.

Conclusion

Cet état des lieux de la prise en charge de l'HTA a permis de noter des insuffisances liées à la prise en charge de cette pathologie. Les éléments connus permettent à l'ensemble des acteurs de la région du Plateau central d'identifier des stratégies d'amélioration et de les mettre en œuvre sous forme de recherche-action.

Références bibliographiques

- AUBRY Pierre, 2008. Cardiopathies sous les tropiques Actualités 2007, médecine tropicale, février 2008. http://medecinetropicale.free.fr/cours/cardiopathies_tropicales.htm.
- BEN ABDELAZIZ AHMED, BEN OTHMAN AICHA, OLFA MANDHOUI, RAFIKA GAHA, ZOUHOUR BOUABID, HASSEN GHANNEM., 2006. Audit of management of arterial hypertension in primary health care in Sousse. Tunisie médicale. 2006, vol. 84, no3, pp. 148-154.
- BERTRAND ED. RAVINET L., ODI ASSAMOI M., 1983. L'HTA envisagée comme un problème de santé publique en Côte d'Ivoire. *Cardiol. Trop.* 1, (28)155-160.
- DRABO Y. J., DEMBELE A., OUANDAOGO B. J., SERME D., 1992. Du traitement de l'hypertension artérielle au centre hospitalier régional de Fada N'gourma à propos de 110 cas. *Médecine d'Afrique Noire* : 1992, 39 (1) 36-41.
- ESH-ESC, 2007. Recommandations ESH 2007, pour la prise en charge de l'hypertension artérielle. 125 p.
- EUGENE KALY, 2008. Sénégal: Hypertension artérielle, la deuxième cause de mortalité chez les personnes âgées. In *Le soleil* (Dakar), 30 Mai 2008, 3 p.
- Fondation des maladies du coeur du Canada, 2008. Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH), recommandations publiques 2008. 4 p. www.hypertension.ca
- FORESA3, 2005. Protocole Burkina Faso. IRSS Ouagadougou.
- GHANNEM H., BEN Abdelaziz A., BOUABID Z., HARRABI I., GAHA R., 2002. Doctor-patient agreement in the appreciation of arterial hypertension severity. *Arch Public Health*, 60,385-396.
- GlaxoSmithKline, Juillet 2005. Dossier de santé, l'hypertension.
- HAS (Haute Autorité de santé), 2007. Synthèse des recommandations professionnelles. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. 6 p.
- HAS (Haute Autorité de santé), 2005. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle - Actualisation 2005. Paris. www.has-sante.fr
- HTA-INFO. Lettre de la société française d'hypertension artérielle. Numéro 20. juin 2006, 16 p.
- PA DRS_PC (Plan d'action 2008 de la Direction Régionale de la Santé du Plateau Central). 2008). Ministère de la santé Burkina Faso.
- KOFFI N. M., SALLY S. J., KOUAME P. *et al.*, 2001. Faciès de l'hypertension artérielle en milieu professionnel à Abidjan. *Méd. d'Afr. Noire.* 48(6),258-60.
- NIAKARA A., NEBIE LVA, ZAGRE N. M. *et al.*, 2003. Connaissances d'une population urbaine sur l'hypertension artérielle : enquête prospective menée à Ouagadougou, Burkina Faso. *Bull. Soc. Path. Exot.* 96, 3, 219-222.

TWAGIRUMUKIZA M., NGABONZIZA F., HELBER A., GASAKURE E., 2003. Aspect of Arterial Hypertension in adult at University Hospital of Butare. : A prospective study about 144 cases. *Méd. d'Afrique Noire*, Tome 50. 142-26.

WHO. 1999. World Health Organization International Society of Hypertension. Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* ; 17 : 151-83.