



## Renforcer la lutte contre l'Hypertension artérielle au Burkina Faso : une priorité de santé publique

### Messages clés

- Environ deux tiers (66,3%) des hypertendus ignoraient leur statut. Parmi les personnes hypertendues, plus de 80 % n'étaient pas sous traitement, et parmi celles sous traitement, 15,9 % présentaient encore des niveaux de pression artérielle élevés.
- L'hypertension artérielle (HTA) est plus enregistrée en milieu urbain. Les hommes sont plus touchés que les femmes.
- Les services de diagnostic de l'HTA sont plus accessibles dans les formations sanitaires publiques.
- Dans les établissements de santé où les services sont disponibles, les capacités opérationnelles à prendre en charge de manière adéquate de l'HTA sont restreintes et leurs évolutions restent presque stables dans le temps :
- Pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires, en dehors de l'aspirine qui est le plus disponibles les autres médicaments tels que les inhibiteurs d'enzyme de conversion angiotensine, les thiazides, les bêta-bloquants et les inhibiteurs calciques sont moins disponibles.
- Moins de 20% des formations sanitaires disposent de personnels formés et plus de la moitié des formations sanitaires ne disposent pas de directives de prise en charge.
- La part des dépenses de santé des maladies cardiovasculaires est de 9% parmi les dépenses de santé allouées aux maladies non transmissibles.

## Introduction

Au Burkina Faso, les données récentes sur les maladies non transmissibles montrent que l'hypertension artérielle (HTA) constitue un défi majeur de santé publique. En effet, la prévalence de l'HTA chez les adultes âgés de 18 à 69 ans est passée de **17,6%** en 2013 à **18,2%** en 2021 selon les enquêtes STEPS. Cette tendance montre une augmentation continue des cas d'hypertension, soulignant la nécessité d'intensifier les efforts de lutte pour améliorer les soins de santé des maladies chroniques dans les formations sanitaires. Cette maladie est responsable d'un décès sur 3 soit 20 600 décès par an dans le pays.

### • Définition de l'hypertension artérielle

Selon l'OMS, l'HTA, est une maladie chronique caractérisée par une pression artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mmHg.

### • Facteurs de risque

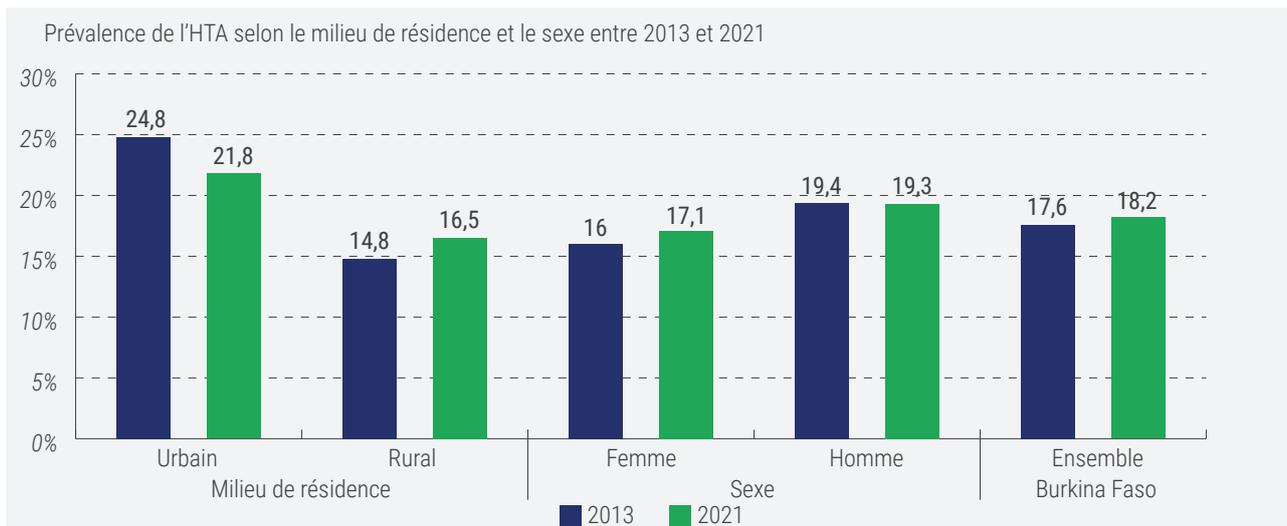
Les facteurs expliquant l'augmentation d'HTA sont essentiellement des changements socio-économiques rapides, l'urbanisation et les transitions nutritionnelles en cours dans le pays. En effet, l'urbanisation rapide a entraîné des changements dans le mode de vie, avec une réduction de l'activité physique et une augmentation de la consommation d'aliments transformés riches en sel, en sucre et en graisses saturées. Les régimes alimentaires sont passés de produits locaux, principalement à base de céréales, de légumes et de fibres, à des aliments plus transformés et plus caloriques.

En outre, les facteurs démographiques, tels que l'allongement de l'espérance de vie, contribue également à cette situation, avec des populations vieillissantes plus susceptibles de développer des maladies chroniques comme l'HTA. Les antécédents familiaux jouent également un rôle important dans la prédisposition à l'hypertension. Par ailleurs, les facteurs environnementaux, tels que la pollution et le stress, peuvent influencer l'apparition ou l'aggravation de ces maladies surtout dans ce contexte de crise sécuritaire et humanitaire.

### ***I- Charge globale de la morbidité***

Selon le rapport mondial sur l'hypertension artérielle de 2023, environ deux tiers (**66,3%**) des hypertendus ignoraient leur statut. Aussi, parmi les personnes hypertendues, plus de 80 % n'étaient pas sous traitement, et parmi celles sous traitement, **15,9%** présentaient encore des niveaux de pression artérielle élevés.

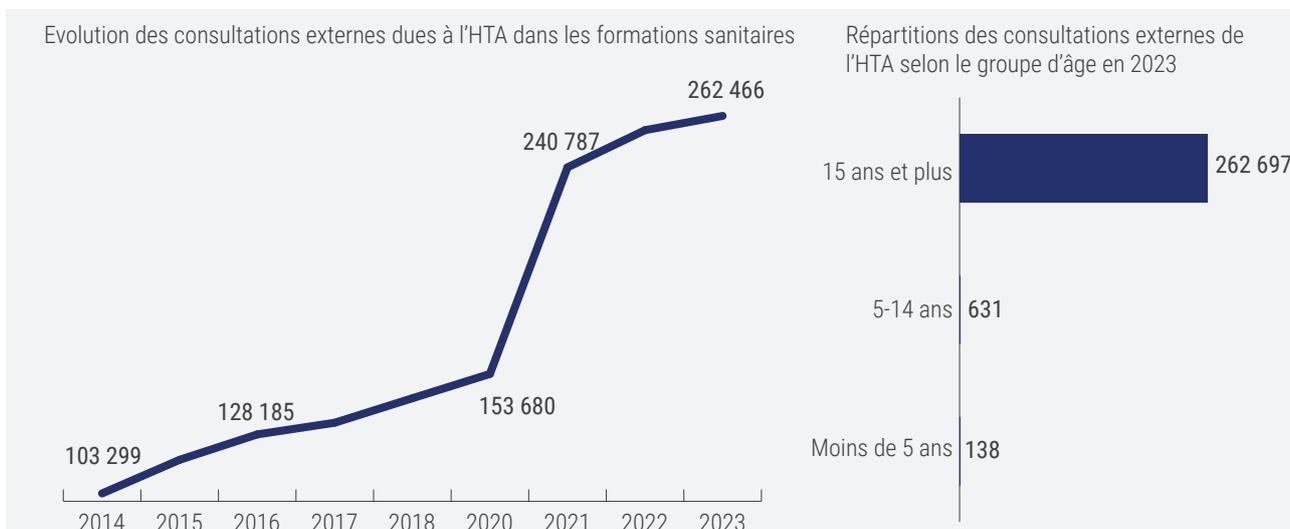
Selon les enquêtes STEPS conduites au Burkina Faso, la prévalence de l'HTA est en légère hausse passant de **17,6%** en 2013 à **18,2%** en 2021. Cette augmentation s'accompagne d'une disparité géographique : la prévalence est plus élevée en milieu urbain (**21,8%**) qu'en milieu rural (**16,5%**) en 2021. Par ailleurs, les hommes sont davantage touchés par l'HTA, avec une prévalence de **19,3%** contre **17,1%** chez les femmes dans la même année.



Sources : Ministère de la santé, Enquêtes STEPS 2013, 2021

## II- Charge de la mobilité au niveau des établissements santé

Entre 2013 et 2023, le nombre de consultations externes pour l'HTA a connu une augmentation significative. Les effectifs ont presque doublé, passant de 103 299 à 263 466 cas. Les patients âgés de plus de 15 ans représentent la quasi-totalité des consultations, soit 99%.



Sources : Ministère de la Santé, annuaires statistiques 2014 à 2023

### III- Disparités régionales de la charge de la morbidité au niveau des établissements de santé

Au cours des dix dernières années, les régions du Centre, des Hauts-Bassins et de la Boucle du Mouhoun ont largement contribué à la charge de morbidité de l'HTA dans les établissements de santé, occupant les trois premières places avec respectivement 24%, 17,3% et 8,9% en 2023. En dehors de ces trois régions, la répartition régionale de la morbidité a connu des évolutions notables entre 2014 et 2023. Ainsi, le Centre-Est, initialement classé 5<sup>ème</sup>, est passé au 4<sup>ème</sup> rang, tandis que la région du Centre-Ouest, qui occupait la 7<sup>ème</sup> place en 2014, a progressé au 5<sup>ème</sup> rang en 2023.

Evolution de la disparité régionale de la charge de la morbidité de l'HTA au niveau des formations sanitaires

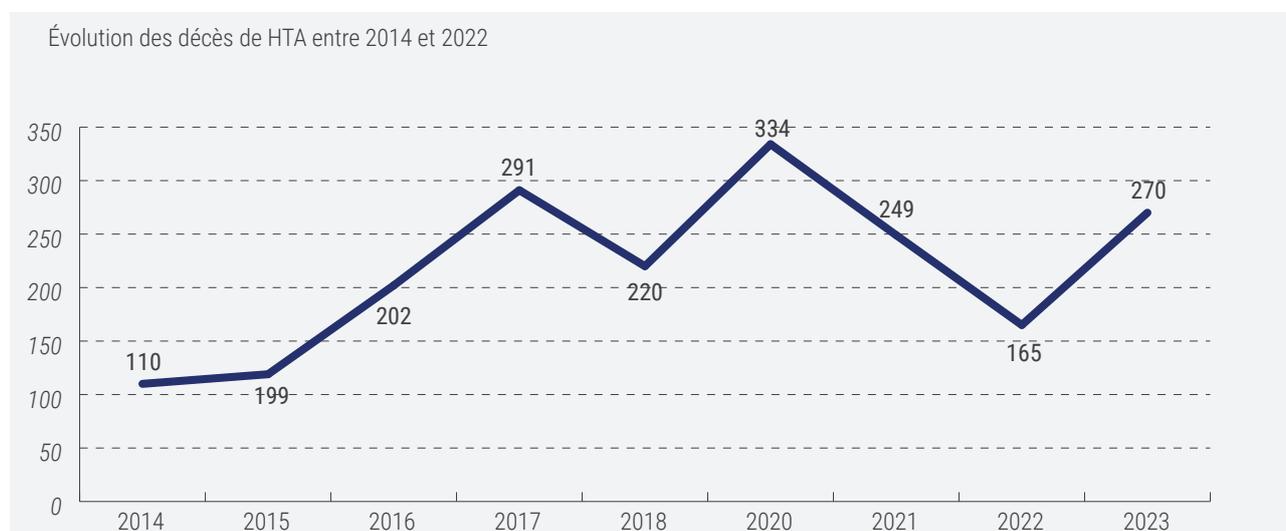
2014			2023		
Rang	%	Région	Région	%	Rang
1 <sup>ère</sup>	22,7	Hauts-Bassins	Centre	24,0	1 <sup>ère</sup>
2 <sup>ème</sup>	13,5	Centre	Hauts-Bassins	17,3	2 <sup>ème</sup>
3 <sup>ème</sup>	12,3	Boucle du Mouhoun	Boucle du Mouhoun	8,9	3 <sup>ème</sup>
4 <sup>ème</sup>	8,6	Nord	Centre-Est	8,2	4 <sup>ème</sup>
5 <sup>ème</sup>	8,3	Centre-Est	Centre-Ouest	7,8	5 <sup>ème</sup>
6 <sup>ème</sup>	6,8	Cascades	Nord	6,7	6 <sup>ème</sup>
7 <sup>ème</sup>	5,4	Centre-Ouest	Cascades	5,5	7 <sup>ème</sup>
8 <sup>ème</sup>	5,4	Sud-Ouest	Sud-Ouest	5,1	8 <sup>ème</sup>
9 <sup>ème</sup>	4,4	Centre-Nord	Plateau Central	4,0	9 <sup>ème</sup>
10 <sup>ème</sup>	3,6	Centre-Sud	Centre-Nord	3,9	10 <sup>ème</sup>
11 <sup>ème</sup>	3,2	Plateau Central	Centre-Sud	3,7	11 <sup>ème</sup>
12 <sup>ème</sup>	3,1	Sahel	Est	3,1	12 <sup>ème</sup>
13 <sup>ème</sup>	2,6	Est	Sahel	1,7	13 <sup>ème</sup>

Sources : Ministère de la Santé, annuaires statistiques de la santé de 2014 et 2023

### IV- Charge de la mortalité dans les Formations sanitaires

Selon l'Institut de mesure et d'évaluation de la santé (IHME), la charge estimée de la mortalité de l'HTA est passée de 103,9 à 98,3 décès pour 100 000 personnes tous âges confondus respectivement de 2014 à 2020.

Entre 2014 et 2022, les décès liés à l'HTA ont doublé, passant de 110 à 270. Un pic est enregistré en 2020 avec 334 décès dans les formations sanitaires.



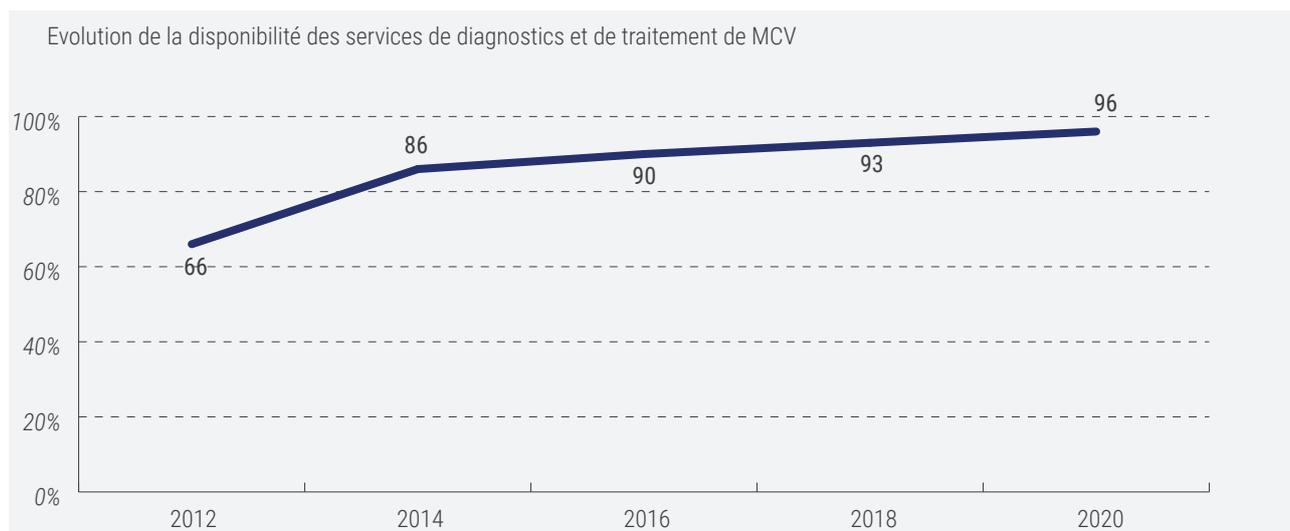
Sources : Ministère de la Santé, annuaires statistiques de la santé de 2014 à 2022

## V- Accès au diagnostic et au traitement

### 5.1 Disponibilité des services

Une prise en charge efficace des maladies passe par une disponibilité adéquate des services de santé pour répondre aux besoins des populations. En 2020, selon l'enquête HHFA, **96%** des établissements de santé disposaient de services de diagnostic et de prise en charge de l'HTA.

Des progrès notables ont été réalisés dans l'amélioration de la prise en charge de l'HTA, avec une augmentation significative de 30 points en dix ans.



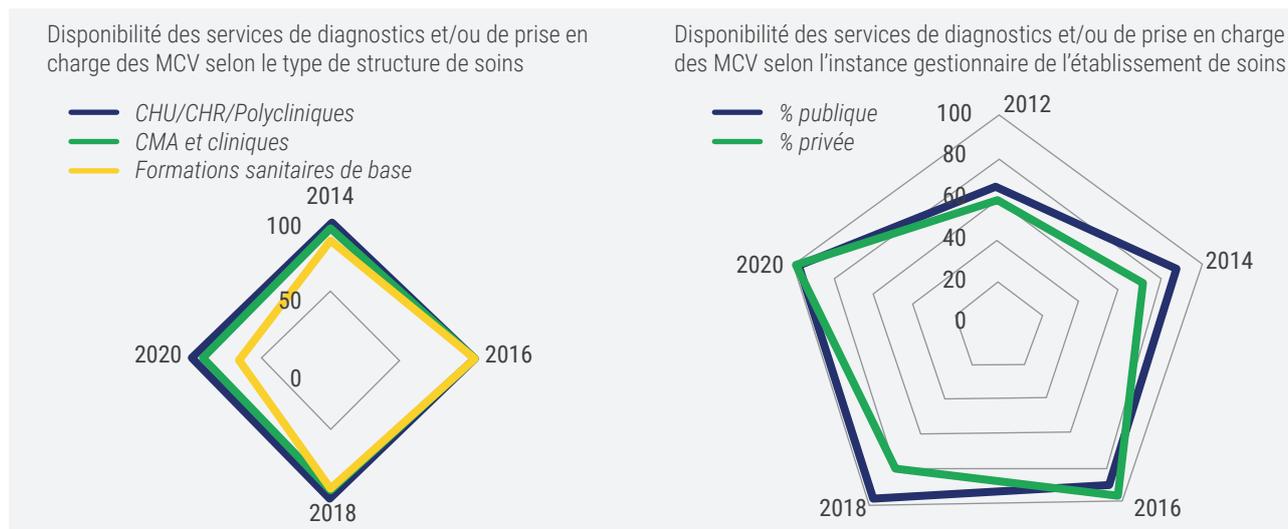
Sources : Rapports d'enquêtes SARA 2012, 2014, 2016, 2018 et HHFA 2020



## 5.2 Disparité de la disponibilité des services

Une disparité de l'offre de services selon l'instance gestionnaire de l'établissement de santé est enregistrée. En effet, quel que soit l'année considérée, la proportion de formations sanitaires publiques qui offrent des services de prise en charge de l'HTA est importante. Cela pourrait s'expliquer par le nombre de formations sanitaires de base mettant en œuvre la stratégie de dépistage et de traitement du WHOPEN.

L'analyse par type de structure de soins révèle cependant des disparités : en 2020, **100%** des CHU, CHR et polycliniques offraient ces services, contre **93,4%** au niveau des CMA et des cliniques, tandis que seulement **64,5%** des formations sanitaires de base en disposaient.



Sources : Rapports d'enquêtes SARA 2012, 2014, 2016, 2018 et HHFA 2020

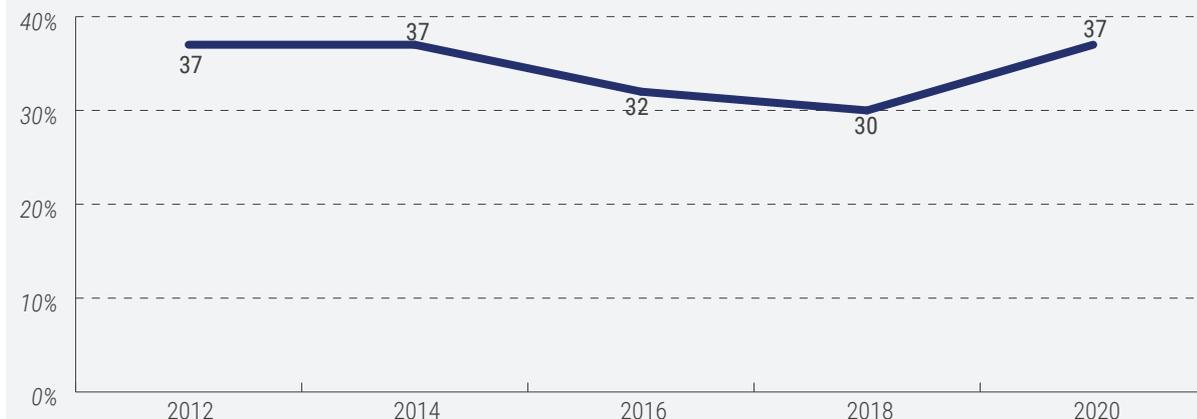
## 5.3 Capacité opérationnelle des établissements de santé

La capacité opérationnelle des formations sanitaires fait référence à leur aptitude à fournir des soins efficaces et adaptés aux besoins de la population. Cette capacité repose sur plusieurs dimensions essentielles : les ressources humaines et les directives, les équipements, les médicaments et produits, ainsi que la capacité diagnostique. Une analyse de la disponibilité de ces éléments essentiels révèle de fortes disparités selon le type d'établissement de santé et le niveau du plateau technique.

### • Capacité globale

Depuis 2012, aucune formation sanitaire ne dispose de tous les éléments indispensables à la prise en charge complète des maladies cardiovasculaires (MCV). Le score moyen de capacité, qui mesure la disponibilité moyenne de chaque élément dans les établissements, reflète cette insuffisance. En ce qui concerne l'HTA, la disponibilité moyenne des éléments essentiels est restée relativement stable au fil du temps, avec un score de **37%** aussi bien en 2012 qu'en 2020.

Score moyen de capacité opérationnelle des formations sanitaires entre 2012 et 2020 en matière de prise en charge des MCV

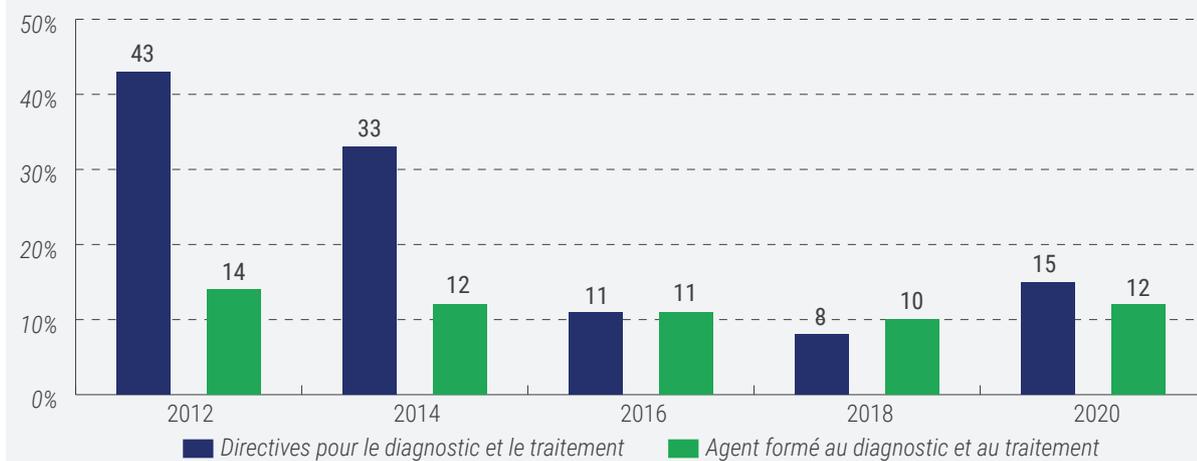


Sources : Rapports d'enquêtes SARA 2012, 2014, 2016, 2018 et HHFA 2020

#### • Disponibilité de directives et personnels formés pour la prise en charge des MCV

La disponibilité des directives de diagnostic et de prise en charge des MCV a baissé au fil du temps. Elle est passée de **43%** en 2012 à **15%** en 2020 malgré l'adoption du protocole national de prise en charge de l'HTA non compliqué par les agents de niveau périphérique depuis 2021. La proportion des agents ayant bénéficié d'une formation continue sur le diagnostic et la prise en charge des MCV a connu une légère baisse dans la même période. Parmi les hypertendus, **80,9%** n'étaient pas sous traitement et **15,9%** de ceux qui prennent les antihypertenseurs avaient des chiffres tensionnels toujours élevés. Environ deux tiers des hypertendus (**66,3%**) ignoraient leur statut.

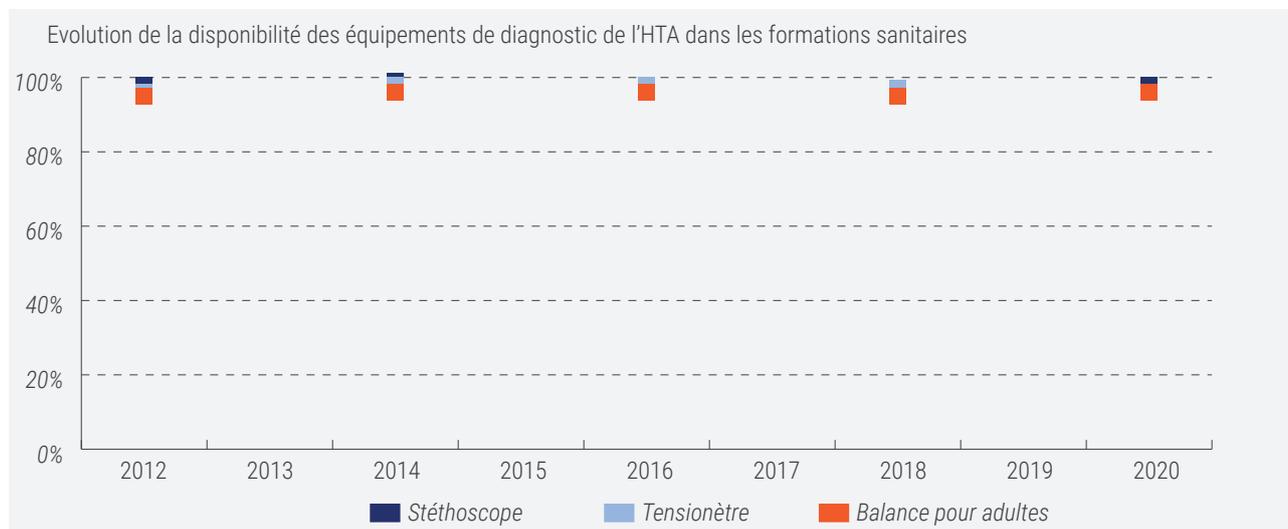
Score moyen de capacité opérationnelle des formations sanitaires entre 2012 et 2020 en matière de prise en charge des MCV



Sources : Rapports d'enquêtes SARA 2012, 2014, 2016, 2018 et HHFA 2020

### • *Équipement de diagnostic du HTA dans les formations sanitaires*

En termes d'équipement, la proportion de formations sanitaires disposant des équipements essentiels est restée quasiment stable entre 2012 et 2020. La disponibilité de balances pour adultes, du stéthoscope et de tensiomètres varie légèrement, oscillant entre 95% et 96% sur cette période.

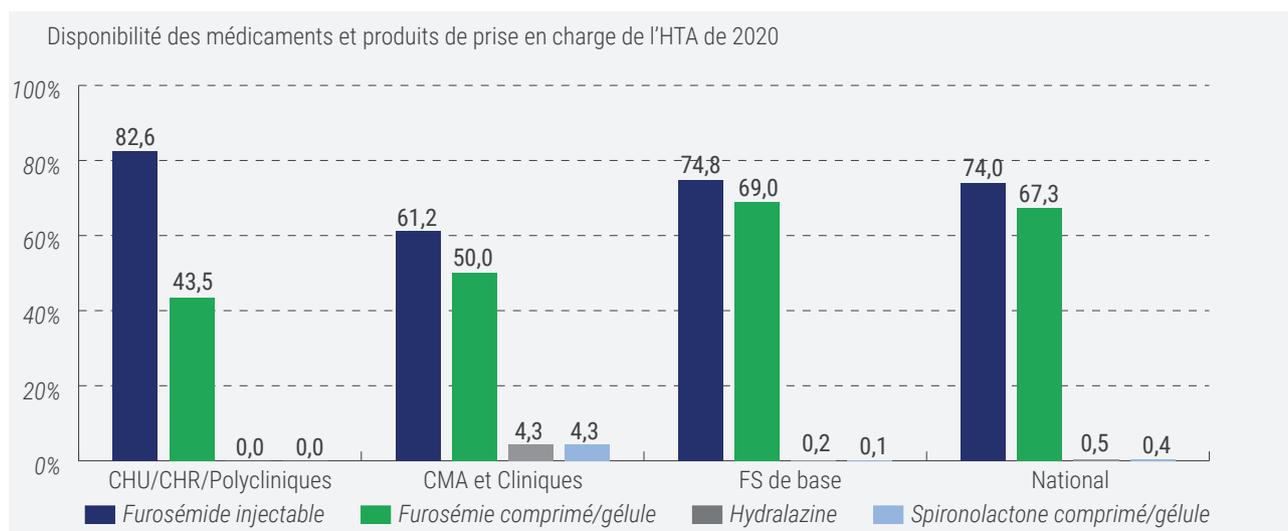


Sources : Rapports d'enquêtes SARA 2012, 2014, 2016, 2018 et HHFA 2020

### • *Disponibilité des médicaments et des produits*

En 2020, le furosémide injectable reste le médicament anti HTA le plus disponible quel que soit le type d'établissement de santé, suivi du furosémide comprimé. Les autres médicaments, tels que l'hydralazine et la spironolactone, sont rarement disponibles dans les formations sanitaires.

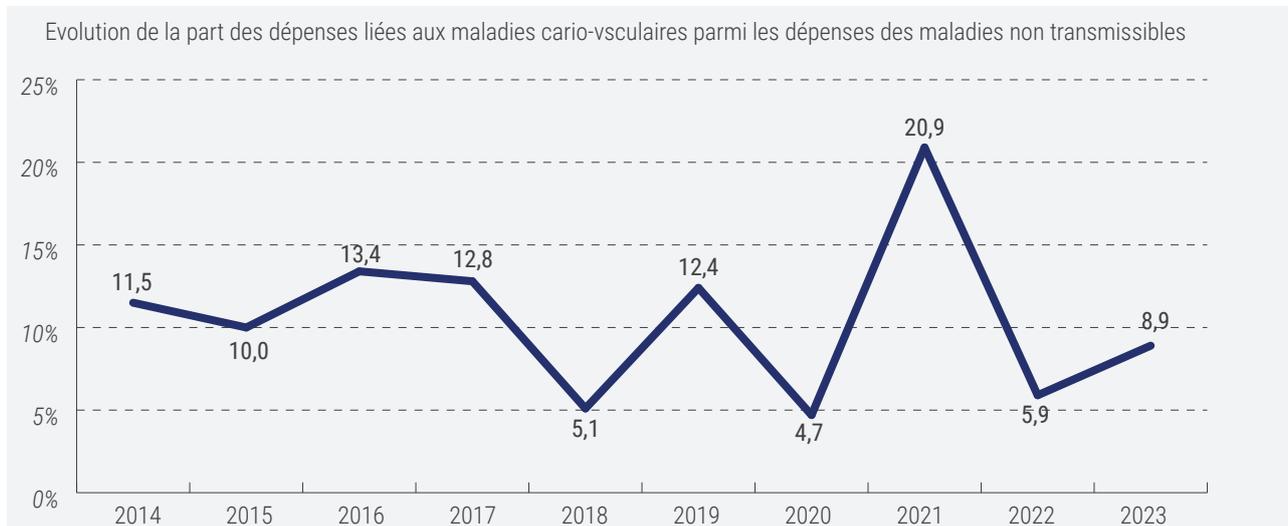
Remarque : peut-on faire une analyse des médicaments antihypertenseurs de première ligne inclus dans les protocoles national que sont amlodipine et le Captopril ? Si cela est disponible dans l'enquête HHFA 2020 ?



Sources : Rapports d'enquêtes SARA 2012, 2014, 2016, 2018 et HHFA 2020

## VI- Financement

Les financements consacrés à la lutte contre ces maladies restent insuffisants. En 2023, les dépenses globales de santé pour l'ensemble des maladies et affections s'élèvent à **1 001 897 753 139 francs CFA**. Parmi ces dépenses, seulement **8,9%** ont été alloués à la lutte contre les maladies cardiovasculaires. .



Sources : Rapports des comptes de santé de 2014 à 2023

## VII- Interventions en cours

Ces dernières années, le Burkina Faso a adopté plusieurs initiatives pour renforcer la lutte contre les maladies non transmissibles, notamment l'HTA.

### Au niveau institutionnel

Le pays a intégré en 2018 une Direction technique dédiée aux maladies non transmissibles dans l'organigramme du ministère de la Santé, reflétant un engagement accru en faveur de ces enjeux de santé publique.

### Sur le plan programmatique

La Direction de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles (DPCM) a élaboré et conduit un plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) pour la période 2024-2028, incluant les maladies cardiovasculaires.

### Sur le plan de la mise en œuvre des interventions :

Le Burkina Faso a adopté et adapté le WHOPEN en 2020. Il s'agit d'un paquet regroupant les interventions essentielles et intégrées au niveau des soins de santé primaires, permettant de renforcer les capacités des agents de santé dans la prévention et la prise en charge des principales maladies non transmissibles au niveau opérationnel.

La Direction conduit aussi le WHOPEN de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui consiste au dépistage et à la prise en charge de l'HTA, l'évaluation du risque cardiovasculaire et les conseils pour les comportements sains dans les formations sanitaires périphériques, notamment les centres de santé et de promotion sociale. En plus de la dotation en équipements, tels que les glycomètres et les tensiomètres, des algorithmes de prise en charge ont permis la standardisation de la prise en charge du diabète et de l'HTA dans les formations sanitaires périphériques.

A ce jour 15 districts sont couverts. Aussi, le passage à l'échelle du WHOPEN fait partie des priorités du Ministère en charge de la Santé.

## Défis/Perspectives à relever

L'accès aux soins et aux traitements reste limité surtout au niveau périphérique. L'insuffisance de dépistage et de prise en charge signifie que moins de personnes affectées sont diagnostiquées et traitées, exposant ainsi de nombreux individus aux risques de crises cardiaques et d'accidents vasculaires cérébraux.

Le pays envisage le passage à l'échelle du WHOPEN dans les formations sanitaires de base dans les 55 districts sanitaires restants.

Le pays envisage la mise en œuvre du PEN-Plus, un programme de prise en charge des MNT graves (Diabète de type 1, drépanocytose, cardiopathies rhumatismales, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance rénale, stress post-traumatique, ...) dans les hôpitaux de districts, avec un mentorat assuré par des spécialistes des centres hospitaliers régionaux. La direction envisage de commencer avec 02 districts sanitaires.

## Bibliographie

- Ministère de la santé, Enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risque communs de maladies non transmissibles au Burkina Faso, 2013 et 2021
- Ministère de la santé, Annuaire statistiques de la santé 2014 à 2023
- Ministère de la santé, Enquête nationale sur la disponibilité, la capacité opérationnelle et la qualité des soins dans les services de santé 2012, 2014, 2016, 2018
- Ministère de la santé, Evaluation harmonisée des établissements de santé, rapport thématique sur les maladies non transmissibles 2020
- Organisation mondiale de la santé, Rapport mondial sur l'hypertension artérielle 2023 (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>)
- <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

## Liste des auteurs ayant participé à l'élaboration de la fiche analytique sur l'HTA

Herman BAZIE<sup>1</sup>, Olivia OUEDRAOGO<sup>2</sup>, Relwendé Aristide YAMEOGO<sup>3</sup>, Hermann BADOLO<sup>1</sup>, Samiratou OUEDRAOGO<sup>1,4</sup>, Emmanuel SEINI<sup>1</sup>, Bernard ILBOUDO<sup>5</sup>, Paulin Küssome SOMDA<sup>5</sup>, Cheick Omar DIALLO<sup>1</sup>, Jean-Louis KOULIDIATI<sup>1</sup>, Pagnandé Didier TIENDREBEOGO<sup>1</sup>, Simon NASSA<sup>6</sup>, Laurent MOYENGA<sup>7</sup>, Mohamed OULD SIDI<sup>7</sup>, Rose Koirine TINGUERI<sup>7#</sup>, Seydou BARRO<sup>8#</sup>

<sup>1</sup> Observatoire national de la santé de la population, Institut national de santé publique, Ministère de la santé, Burkina Faso

<sup>2</sup> Direction de la prévention et du contrôle des maladies non-transmissibles, Ministère de la santé, Burkina Faso

<sup>3</sup> Département de santé publique, Université Joseph KI-ZERBO, Burkina Faso

<sup>4</sup> Chaire de la recherche et action contre le cancer, Université Joseph KI-ZERBO, Burkina Faso

<sup>5</sup> Direction scientifique, Institut national de santé publique, Ministère de la santé Burkina Faso

<sup>6</sup> Direction des statistiques sectorielles et de l'évaluation, ministère de la santé, Burkina Faso

<sup>7</sup> Organisation mondiale de la santé, Bureau pays, Burkina Faso

<sup>8</sup> Direction générale, Institut national de santé publique, Ministère de la santé, Burkina Faso

# Contribution égale

