



Evaluation de l'observance thérapeutique des patients hypertendus à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan, Côte d'Ivoire, 2024.

Assessment of Treatment Adherence in Hypertensive Patients at the Abidjan Institute of Cardiology, Côte d'Ivoire, 2024.

Konan Loukou G^{1,2*}, Abina A^{1,3}, Kouame Koffi S³, Ilupeju V^{1,2, 1,4}, Kumassi Tano AJ⁴.

Reçu le 16-11-24

Accepté le 20-12-2025

Publié le 30-01-2026

Mots-clés

Observance
thérapeutique,
HTA, Abidjan,
Côte d'Ivoire.

Résumé

Introduction : L'Hypertension Artérielle se positionne incontestablement parmi les principales préoccupations de santé publique à l'échelle mondiale. En Côte d'Ivoire un maigre des patients hypertendus (6 %) parvient à maintenir leur hypertension sous contrôle. Notre étude se propose donc d'évaluer le niveau d'observance thérapeutique de l'hypertension artérielle à l'Institut de cardiologie d'Abidjan.

Méthodes : Il s'est agi d'une étude transversale qui s'est déroulée du 01 février au 31 juillet 2024 soit 6 mois à l'Institut de cardiologie d'Abidjan. Elle a ciblé les patients hypertendus suivis au service de consultation chez qui une prise en charge médicamenteuse a été instaurée. L'observance thérapeutique a été évaluée en utilisant le test d'évaluation de l'observance thérapeutique de Girerd. L'analyse de notre échantillon a été faite à l'aide du logiciel SPSS 20.0. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type et les variables qualitatives par les proportions.

Résultats : Pour cette étude nous avons inclus 865 patients. L'âge moyen des patients interrogés était de 62,69 ± 10,214 ans. Les patients non scolarisés représentaient 19 % des enquêtés et la majorité des patients (31,9%) était des retraités. La majorité (81,2%) des patients résidait à Abidjan. Dans 16,4 % des patients avait une mauvaise observance, plus de la moitié des patients (54,2%) avait un problème d'observance contre 29,4% qui avaient une bonne observance.

Conclusion : La prévalence des patients non observants reste élevée dans notre population d'étude. Il est donc important de rechercher les causes pouvant expliquer ce phénomène pour venir à bout de l'HTA.

Keywords

Therapeutic
adherence,
Hypertension,
Abidjan, Ivory
Coast.

Abstract

Introduction: Hypertension is undeniably among the major public health concerns worldwide. In Côte d'Ivoire, only a small percentage of hypertensive patients (6%) manage to keep their hypertension under control. Our study therefore aims to describe the level of therapeutic adherence for hypertension at the Abidjan Cardiology Institute.

Methods: This was a cross-sectional study conducted from February 1 to July 31, 2024 (6 months) at the Abidjan Cardiology Institute. It targeted hypertensive patients followed in the outpatient department who had been prescribed medication. Therapeutic adherence was assessed using the Girerd Therapeutic Adherence Assessment Test. Analysis of our sample was performed using SPSS 20.0 software. Quantitative variables were described using the mean and standard deviation, and qualitative variables using proportions.

Results: For this study, we included 865 patients. The mean age of the patients interviewed was 62.69 ± 10.214 years. Patients with no formal education represented 19% of the respondents, and the majority (31.9%) were retired. The majority (81.2%) of patients resided in Abidjan. More than half of the patients (54.2%) had a problem with adherence to their treatment, compared to 29.4% who had good adherence.

Conclusion: The prevalence of non-adherence remains high in our study population. It is therefore important to investigate the causes that may explain this phenomenon in order to overcome hypertension.

Introduction

L'Hypertension Artérielle (HTA) se positionne incontestablement parmi les principales préoccupations de santé publique à l'échelle mondiale, exerçant une influence significative sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaires [1]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elle touche un adulte sur trois à l'échelle mondiale [2]. La Côte d'Ivoire n'échappe pas à cette réalité alarmante, car environ 37 % de sa population âgée de 30 à 79 ans est touchée par cette affection [2]. Cette maladie est potentiellement mortelle et constitue un problème de santé publique majeur, engendrant des complications sévères telles que des accidents vasculaires cérébraux, des crises cardiaques, une insuffisance cardiaque, des lésions rénales, et divers autres problèmes de santé [3–6]. La gestion de cette pathologie est essentielle pour minimiser son impact sur la santé et le bien-être. Le premier pas vers une vie équilibrée réside dans un diagnostic précoce suivi d'un traitement prompt et efficace couplé à une bonne observance thérapeutique [2,7]. L'observance thérapeutique, couramment désignée sous le terme de compliance, englobe l'évaluation du degré auquel les patients suivent les directives médicales, notamment en respectant scrupuleusement les prescriptions médicamenteuses et en intégrant des modifications de leur mode de vie [8]. Cet élément revêt une importance cruciale dans la gestion de l'hypertension, car une observance insuffisante peut conduire à une résistance au traitement, à des complications cardiovasculaires graves, et, en fin de compte, à une altération de la qualité de vie des patients [9,10]. Cependant, malgré l'importance de ces mesures, seuls 54 % des adultes hypertendus ont reçu un diagnostic, 42 % sont sous

traitement, et seulement 21 % maintiennent leur hypertension sous contrôle à l'échelle mondiale [2]. En Côte d'Ivoire, ces défis sont exacerbés, où seulement 20 % de la population affectée reçoivent un traitement et un maigre 6 % parviennent à maintenir leur hypertension sous contrôle [2]. De nombreuses études cliniques et épidémiologiques ont évalué le niveau d'observance des traitements chez les patients hypertendus. Les degrés d'observance et les facteurs influençant une observance insuffisante varient considérablement d'un pays à un autre [9–12]. En Côte d'Ivoire, des recherches antérieures se sont penchées sur l'observance thérapeutique chez les hypertendus [13,14]. Malgré l'importance de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan dans la prise en charge des patients hypertendus, à notre connaissance, aucune de ces études n'a encore évalué spécifiquement l'observance thérapeutique au sein de cette institution. Nous nous sommes proposés donc de réaliser cette étude dont l'objectif était d'évaluer le niveau d'observance thérapeutique des patients hypertendus suivis au service de consultation de l'ICA. La connaissance du niveau d'observance des patients hypertendus permettrait d'orienter les futures études et les politiques de santé publiques dans les prises de décisions.

Affiliations :

1. Université Félix Houphouët Boigny, UFR Sciences Médicales, Département de Santé Publique et Spécialités
2. Institut National de Santé Publique
3. Université Félix Houphouët Boigny, Institut de Cardiologie d'Abidjan
4. Institut National d'Hygiène Publique

***Auteur correspondant :** KONAN
Loukou Gilbert,
loukoukonanklg@gmail.com / 225
0707136638

Patients et méthodes

Cadre d'étude

Notre étude a eu pour cadre le service de consultation de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan Situé dans l'enceinte du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Treichville, l'ICA assure des soins d'urgence, des examens de diagnostic, des consultations et traitements, ainsi que l'hospitalisation des malades.

Le service de consultation, intégré à l'ICA, est aménagé avec quatre bureaux de consultation, une salle d'attente spacieuse pouvant accueillir environ soixante personnes, et un espace d'accueil. Chaque bureau de consultation est équipé de trois sièges : un pour le médecin, deux pour le patient et son accompagnant, ainsi qu'un lit d'examen, un tensiomètre électronique ou manuel et un ordinateur où sont enregistrés les dossiers de chaque patient. En moyenne, le service traite douze patients par jour par bureau. Les consultations sont assurées du lundi au vendredi par une équipe comprenant des professeurs, des maîtres-assistants, des assistants-chefs de clinique et des médecins spécialistes en cardiologie.

Type période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale qui s'est déroulée du 01 février au 31 juillet 2024 soit 6 mois.

Population d'étude

La population cible était constituée d'individus adultes hypertendus suivi au service de consultation de l'ICA chez qui une prise en charge médicamenteuse a été instaurée. Ainsi ont été inclus dans cette étude, tout patient hypertendu : Agé de plus de 18 ans, suivi depuis plus de 6 mois et régulier pour les rendez-vous (n'avoir manqué aucun rendez-vous)

Echantillonnage

Nous avons adopté une approche exhaustive, ce qui signifie que tous les patients hypertendus qui ont consulté pendant la période considérée

et qui répondaient aux critères d'inclusion ont été pris en compte dans notre étude.

Recueil des données

Les données ont été recueillies au cours d'un entretien individuel structuré à l'aide d'un questionnaire mis en œuvre. La collecte des données s'est faite auprès des personnes cibles, après l'obtention de leur consentement éclairé.

Les informations recueillies concernaient :

- Les données sociodémographiques : âge, sexe, niveau d'étude, statut matrimonial, profession et groupe ethnique
- Facteurs de risques cardiovasculaires : diabète, éthylisme, tabagisme, surcharge pondérale, dyslipidémie
- Traitement : monothérapie, bithérapie, trithérapie, quadrithérapie
- Données sur l'observance du traitement

L'observance thérapeutique a été évaluée à l'aide du test d'évaluation de l'observance thérapeutique de Girerd (8). Ce test comprend six questions auxquelles les patients ont répondu par "oui" (coté 1 point) ou "non" (coté 0 point).

Les six questions du test d'évaluation de l'observance thérapeutique de Girerd ont servi de base pour quantifier et analyser les comportements d'observance au sein de la population étudiée.

Ainsi le score variait de 0 à 6 :

- Une bonne observance = 0 point (c'est-à-dire que le patient a répondu par « non » à toutes les questions),
- Un minime problème d'observance = 1 à 2 points (c'est-à-dire que le patient a répondu par « oui » à une et/ou deux des questions),
- Une mauvaise observance ≥ 3 points (c'est-à-dire que le patient a répondu par « oui » à trois ou plus des questions).

Analyse des données

Les données recueillies ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 20.0 Les variables qualitatives ont été exprimées sous formes de proportions et

les variables quantitatives sous forme de moyennes et Ecart types.

Considération éthique

L'étude a été conduite en stricte conformité avec les normes éthiques de la recherche. Elle a débuté après l'obtention des autorisations nécessaires auprès des responsables de l'ICA et toutes les informations collectées au cours de l'étude ont été traitées de manière confidentielle et anonyme.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques

Au total, ce sont 865 patients qui ont répondu au questionnaire. L'âge moyen des patients interrogés était de $62,69 \pm 10,214$ ans avec des extrêmes de 21 et 94 ans et la tranche d'âge prédominante était celle de 61 à 70 ans (37,8%). Les patients non scolarisés représentaient 19 % des enquêtés et la majorité des patients (31,9%) était des retraités. Les groupes ethniques les plus représentés étaient les Akans et les Mandés avec respectivement 37,8% et 28,3%. Près de la moitié des patients (43,9%) était marié et 81,2% des patients résidaient à Abidjan. (**Tableau I**).

Facteurs de risque cardiovasculaire

Les principaux facteurs de risque retrouvés étaient le diabète (29,7%), la dyslipidémie (25,8%), alcoolique (14,9%), surcharge pondérale (8,8%) et tabagiste (4,9%). (**Tableau II**)

Caractéristiques et évolution de l'HTA

17,9% des patients étaient au grade 3 selon la classification de l'OMS et 11,2% des patients avaient déjà présenté des complications. Avec une durée moyenne de $10,17 \pm 8,325$ ans et des extrêmes de 1 et 45 ans, la majorité des patients (42,7%) avait une HTA qui évoluait depuis plus de 10 ans. (**Tableau III**).

Observance thérapeutique

Plus de la moitié des patients (54,2%) avait un problème d'observance contre 29,4% qui

avaient une bonne observance et 16,4 % avaient une mauvaise observance thérapeutique (**Figure 1**).

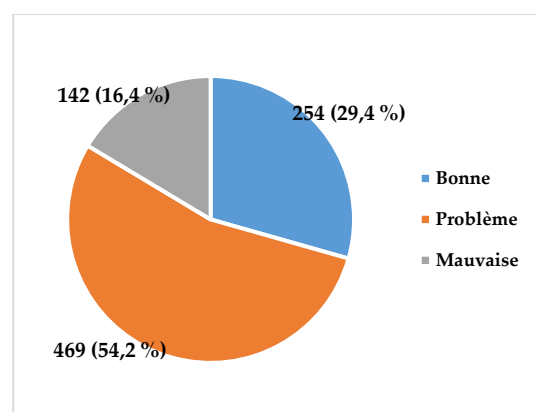


Figure 1 : Répartition des patients selon le niveau d'observance

Tableau I : Répartition des patients selon les caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques		n	%
Sexe	Féminin	417	48,2
	Masculin	448	51,8
Tranche d'âge (ans)	Inférieur à 50	103	11,9
	50 à 60	245	28,3
	61 à 70	327	37,8
	Supérieur à 70	190	22
Niveau d'étude	Non scolarisé	164	19
	Primaire	145	16,8
	Secondaire	362	41,8
	Supérieur	194	22,4
Fonction	Agriculteur	45	5,2
	Activité libérale	86	9,9
	Commerçant	104	12
	Salarié du public ou du privé	198	22,9
	Ménagère	121	14,0
	Retraité	276	31,9
	Sans emploi	35	4
Situation matrimoniale	Célibataire	72	8,3
	Divorcé	30	3,5
	Marié	380	43,9
	Union libre	251	29
	Veuf	132	15,3
Domicile	Abidjan	702	81,2
	Hors Abidjan	163	18,8

Tableau II : Répartition des patients selon les facteurs de risques cardiovasculaires

Facteurs de risques cardiovasculaires	n	%
Diabète	257	29,7
Tabagiste	42	4,9
Surcharge pondérale	76	8,8
Dyslipidémie	223	25,8
Alcoolique	129	14,9

Discussion

Comme toute étude transversale, la nôtre présente certaines limites. Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens individuels et du test d'évaluation de l'observance thérapeutique de Girerd, reposant sur l'auto-déclaration des patients. Ce mode de collecte peut exposer à un biais de désirabilité sociale, les patients pouvant sous-estimer leur non-observance afin de se conformer à ce qu'ils pensent être attendu. En plus, du fait que notre étude soit limitée uniquement à un centre du niveau tertiaire, cela ne permet pas de généraliser nos résultats aux centres périphériques. Par ailleurs certaines questions sollicitent le rappel d'événements antérieurs, ce qui peut introduire des imprécisions liées à la mémoire. Néanmoins, ces limites ont été prises en considération lors de l'analyse afin de réduire leur influence et de préserver la robustesse et la fiabilité des résultats obtenus.

Notre étude avait pour objectif d'évaluer le niveau d'observance thérapeutique des patients hypertendus suivis au service de consultation de l'ICA. Ainsi après analyse de nos résultats, plus de la moitié des patients (54,2 %) présentait un problème minime d'observance au traitement, tandis que 16,4 % montraient une mauvaise observance et seulement 29,4 % avaient une bonne observance.

La mauvaise observance est un phénomène largement documenté dans de nombreuses études, avec des taux variant selon les pays. En Côte d'Ivoire, Koffi et al. ont rapporté un taux élevé de 92 % [14], tandis qu'en Tunisie, Akkara

et al. ont trouvé un taux plus faible de 16,7 % [15]. En Guinée Conakry, Baldé et al. ont relevé un taux de 63,7 % [9], contre 5,1 % seulement en France métropolitaine [8], et 52,3 % au Togo [16]. On observe une grande différence entre les taux de mauvaise observance des pays en développement et les pays développés. La persistance de ces écarts reflète l'influence du contexte socio-économique, de l'organisation des systèmes de santé et de l'accessibilité aux soins. En effet les causes de non-observance sont multiples. Et plusieurs facteurs peuvent influencer l'adhésion au traitement [10,13,17].

Tableau III : Répartition des patients selon les caractéristique et évolution de l'HTA

Caractéristique et évolution de l'HTA		n	%
Grade	Grade 1	314	36,3
	Grade 2	396	45,8
	Grade 3	155	17,9
Survenu de complication	Non	768	88,8
	Oui	97	11,2
Traitement en cours	Bithérapie	427	49,4
	Monothérapie	267	30,9
	Quadrithérapie	1	0,1
	Trithérapie	170	19,7
Ancienneté en année	Inférieur à 5	283	32,7
	5 à 10	213	24,6
	Supérieur à 10	369	42,7

Parmi ces facteurs nous avons les caractéristiques du patient, les particularités de la maladie, les modalités du traitement, les attitudes du médecin et l'organisation des soins de santé [17].

Concernant les caractéristiques des patients, l'âge, les contraintes socio-professionnelles et les connaissances et croyances jouent un rôle essentiel [17]. Dans notre étude, 19 % des patients n'avaient jamais été scolarisés. En effet, le niveau de scolarité joue un rôle clé dans l'éducation thérapeutique des patients : plus ces derniers sont instruits, plus ils sont en mesure de comprendre et d'adhérer aux traitements qui leur sont prescrits [18,19]. Ce niveau d'instruction limité réduit la compréhension

des enjeux thérapeutiques et peut compromettre l'autonomisation du patient dans la gestion de sa maladie. La prise en compte du niveau d'étude des patients lors des consignes thérapeutiques est nécessaire pour améliorer le niveau d'adhésion au traitement. En plus du niveau d'instruction, le vieillissement en raison des particularités de la pharmacothérapie notamment la polymédication, la performance diminuée des processus d'élimination ou de métabolisation des médicaments, répercussions plus marquées liées à des erreurs thérapeutiques influence négativement l'observance thérapeutique [17]. Notre population qui avait une moyenne d'âge de $62,69 \pm 10,214$ ans et dont la majorité des patients avait plus de 65 ans pourrait expliquer également ce taux élevé de mauvaise observance et de problème d'observance. En réalité dans la plupart des cas, l'hypertension n'a pas de cause spécifique. Elle est liée à plusieurs facteurs, dont l'âge. Plus on vieillit, plus nos artères ont tendance à se rigidifier, et plus la pression artérielle augmente, notamment la pression artérielle systolique [1]. Le lien entre vieillissement vasculaire et élévation de la pression artérielle renforce par ailleurs la nécessité d'un suivi thérapeutique rigoureux chez ces sujets.

S'agissant des particularités de la maladie, elles influencent de manière déterminante l'observance thérapeutique. Contrairement à d'autres affections, les antihypertenseurs n'entraînent pas d'effet ressenti immédiat qui permettrait au patient de percevoir directement l'utilité du traitement [8,10,17,20]. Cette absence de symptômes palpables, notamment lorsque l'hypertension est silencieuse, fragilise l'adhésion. À cela s'ajoute la dimension chronique de la maladie : la durée moyenne d'évolution dans notre population était de $10,17 \pm 8,325$ ans, avec des durées pouvant atteindre 45 ans. Une telle ancienneté peut générer une lassitude thérapeutique, un relâchement dans la

prise médicamenteuse et parfois même un déni de la maladie.

Pour ce qui était des modalités du traitement, plusieurs facteurs interviennent notamment le nombre de prises journalières et le coût des médicaments. Dans notre étude, plus des trois quarts des patients devaient prendre plusieurs comprimés par jour pour contrôler leur hypertension. Cette polythérapie est fréquemment renforcée par la présence de comorbidités telles que le diabète (présent chez 29,7 % des patients), qui nécessitent également des traitements au long cours, alourdissant davantage la charge médicamenteuse. Concernant le coût des médicaments, en Afrique, plusieurs études estiment le coût annuel moyen direct de la prise en charge de l'HTA par patient entre 181 892,5 XOF (327,40 USD) et 235 238,6 XOF (383,20 USD) [21–23]. Ces coûts sont énormes pour les pays en développement et en particulier pour la Côte d'Ivoire où selon la Banque Mondiale le taux de pauvreté était de 37,50% en 2021 [24]. Il est donc nécessaire de simplifier les schémas thérapeutiques chaque fois que possible, notamment à travers la promotion des associations médicamenteuses à dose fixe. Parallèlement, l'amélioration de l'accessibilité financière aux traitements apparaît essentielle. Cela implique l'élargissement du panier de la Couverture Maladie Universelle afin d'inclure un nombre suffisant de molécules recommandées dans la prise en charge de l'hypertension artérielle. Une telle démarche permettrait de réduire la charge économique pesant sur les patients et, par conséquent, d'améliorer leur observance.

La non-observance thérapeutique peut avoir de multiples conséquences. L'une de ces conséquences est l'HTA non contrôlée. Dans notre échantillon, près des trois quarts des patients (72,2 %) présentaient une HTA non contrôlée. Ce taux est largement supérieur à celle de l'échelle mondiale, dont la prévalence de l'HTA non contrôlée a légèrement diminué,

passant de 29 % en 2010 à 26 % en 2019 [2]. Ce résultat reste également éloigné de l'objectif fixé pour 2025, qui vise une réduction de 25 % de cette prévalence pour atteindre 21 %. En effet, la relation entre l'élévation de la pression artérielle et le risque de complications cardiovasculaires et rénales est bien établie et linéaire. Ainsi les patients souffrant d'une HTA sévère, s'exposent à un risque accru de complications telles que l'insuffisance cardiaque, les accidents vasculaires cérébraux ou l'insuffisance rénale [3,4,6]. L'élévation de la pression artérielle systolique, en particulier, est un facteur déterminant dans l'augmentation du risque cardiovasculaire, justifiant la nécessité d'une éducation thérapeutique pour diminuer la non-observance thérapeutique et limiter l'évolution vers des complications graves. Car La survenue de complications a été constatée chez 113 patients, soit 11,3 % de l'échantillon. L'observance thérapeutique des patients apparaît globalement insuffisante, traduisant les difficultés persistantes à assurer un contrôle de la pression artérielle. Nos résultats rejoignent ceux rapportés dans plusieurs contextes africains, où la prise en charge de l'hypertension reste confrontée à des contraintes socio-économiques et organisationnelles.

Conclusion

Le niveau d'observance thérapeutique des patients hypertendus suivis à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan demeure insuffisant pour assurer un contrôle optimal de la pression artérielle. Ce constat révèle la persistance de contraintes multiples, à la fois individuelles, économiques, sociales et organisationnelles, qui influencent négativement l'adhésion au traitement avec des conséquences graves notamment les complications. Une telle situation compromet l'atteinte des objectifs fixés à l'échelle mondiale, notamment celui de l'OMS visant à réduire la prévalence de l'hypertension artérielle non contrôlée à 21 %.

Face à ce défi, il apparaît essentiel de s'orienter vers l'identification rigoureuse des déterminants réels de la non-observance, incluant la compréhension des perceptions des patients, la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments, ainsi que la qualité de l'accompagnement thérapeutique.

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Cohen A, Mercadier JJ. Les fondamentaux de la pathologie cardiovasculaire : enseignement intégré, système cardiovasculaire. 2e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2021. 233 p. (DFGSM 2-3 médecine) .
2. Organisation mondiale de la Santé. Global report on hypertension: the race against a silent killer. Genève : OMS ; 2023. 291 p..
3. Mejri M, Ben Ghorbel I, Laanani A, Ben Salem T, Saïd F, Hamzaoui A, et al. Complications cardiovasculaires chez les sujets âgés hypertendus. *Rev Med Interne*. 2014 ; 35 : A188.
4. Bealoum RE. Complications de l'hypertension artérielle chez le sujet âgé à l'hôpital de la paix de Ziguinchor (À propos d'une étude rétrospective de 102 cas). [Thèse]. Ziguinchor : Université Assane Seck ; 2023.
5. Miandrisoa RM, Ramilitiana B, Rakotonoel RR, Rasamoelina W, Ravaoavy H, Ralamboson SA, et al. Connaissances de l'hypertension artérielle et de ses complications au Centre Hospitalier de Soavinandriana. *J Curr Med Res Opin*. 2020 ; 3(01) : 415-21.
6. Leopold CH, Mahougnon DSH, Henock O, Nicolas A, Alphonse BC, Arnaud S, et al. Fréquence des complications de l'hypertension artérielle chez les patients suivis en milieu cardiologique à Parakou en 2016. *Eur Sci J*. 2020 ; 16(21) : 48-48.
7. Organisation mondiale de la Santé. Hypertension artérielle [Internet]. Genève : OMS ; 2023 [cité le 16 août 2025]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.

8. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. Évaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. *Presse Med.* 2001 ; 30(21) : 1044-8.
9. Dadhi BM, Sory SI. Évaluation du niveau d'observance thérapeutique chez les hypertendus suivis en ambulatoire au service de cardiologie de l'hôpital National Ignace Deen de Conakry. *Rev Int Sc Med.* 2017 ; 19(2) : 105-9.
10. Essomba NE, Koum DCK, Atemkeng A, Coppieters Y. Facteurs de non-observance au traitement antihypertenseur chez les adultes à Douala. *Health Sci Dis.* 2017 ; 18(1).
11. Kab S. HTA : observance thérapeutique réduite chez les patients de moins de 60 ans [Internet]. *Cardio-online.* 2019 [cité le 29 déc 2023]. Disponible sur : <https://www.cardio-online.fr/Actualites/Depeches/HTA-observance-therapeutique-reduite-patients-moins-de-60-ans>.
12. Konin C, Adoh A, Coulibaly I, Kramoh E, Safou M, N'Guetta R, et al. Black Africans' compliance to antihypertensive treatment. *J Hypertens.* 2007 ; 25(12) : A11.
13. Anicet AK, Florent DK, Hervé YAK, Roland N, Michel AA. Facteurs de la mauvaise observance thérapeutique de l'hypertendu en Côte d'Ivoire. *Rev Int Sc Méd.* 2006 ; 8 : 4.
14. Koffi J, Konin C, Gnaba A, NGoran Y, Mottoh N, Guikahue MK. Intérêt de l'éducation thérapeutique dans l'observance du traitement antihypertenseur chez le noir Africain. *Ann Cardiol Angeiol.* 2018 ; 67(1) : 9-13.
15. Omezzine RG, Akkara A, Koubaa AA, Sriha AB, Rdissi A, Amamou K. Les facteurs prédictifs de la mauvaise observance au traitement de l'hypertension artérielle. *Tunis Med.* 2019 ; 97(04) : 550-6.
16. Pio M, Baragou S, Afassinou Y, Pessinaba S, Atta B, Ehlan K, et al. Observance thérapeutique de l'hypertension artérielle et ses facteurs dans le service de cardiologie du CHU Tokoin de Lomé. *Pan Afr Med J.* 2013 ; 14 : 1.
17. Scheen A, Giet D. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liege.* 2010 ; 65(5-6) : 239-45.
18. Ammi FZ, Benameur S, Cherifi S. L'éducation thérapeutique des patients hypertendus. [Thèse]. Tizi-Ouzou : Université Mouloud Mammeri ; 2018.
19. Ziegler O, Bertin E, Jouret B, Calvar R, Sanguignol F, Avignon A, et al. Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. *Med Mal Metab.* 2015 ; 9(4) : 423-46.
20. Steichen O, Plouin PF. Prise en charge actuelle de l'hypertension artérielle. *Rev Med Interne.* 2014 ; 35(4) : 235-42.
21. Afassinou YM, Baragou S, Pio M, Bikela KV, Oloude N, Atta B, et al. Coût direct de la prise en charge ambulatoire de l'hypertension artérielle au CHU Sylvanus Olympio de Lomé. *J Rech Sci Univ Lomé.* 2022 ; 24(1-2) : 121-30.
22. Benmaamar S, Kava AF, Conde P, El Fakir S, Berraho M, Tachfouti N. Coût de la prise en charge de l'hypertension artérielle dans les établissements de soin de santé primaire au Maroc. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2023 ; 71(Suppl 2) : 101720.
23. Thiombiano LP, Nitiema M, Kagembega LJ, Lingani E, Seghda AAT, Yameogo NV, et al. Coût direct de la prise en charge ambulatoire de l'hypertension artérielle non compliquée à Ouagadougou (Burkina Faso) : étude multicentrique sur une année (2023). *Cardiol Trop.* 2025 ; 178.
24. World Bank. Poverty and Inequality Platform [Internet]. Washington : World Bank Group ; 2025 [cité le 23 août 2025]. Disponible sur : <https://pip.worldbank.org/country-profiles/CIV>.