

Evaluation des modalités de prise en charge des diabétiques par le médecin généraliste dans la province de Khouribga (MAROC)

S. Hassoune, S.Badri, S. Nani, L.Belhadi, A. Maaroufi.

Laboratoire d'Epidémiologie, Faculté de Médecine et de pharmacie de Casablanca.

Contact: s.hassoune@yahoo.fr

1. Introduction :

- Le diabète est un problème majeur de santé publique par sa prévalence importante et croissante d'une part, et son impact socio-économique d'autre part .
- Une prise en charge spécialisée exclusive par les structures de 2^{ème} ligne est impossible vue leur rareté et le nombre réduit de médecins spécialistes dans notre pays. De plus, des études ont montré que la prise en charge du diabète par les structures de 1^{ère} ligne peut égaler celle de 2^{ème} ligne, à condition que les médecins généralistes (MG) portent un intérêt spécial pour le diabète et que les soins soient bien organisés.
- L'objectif de notre étude était d'évaluer les modalités de prise en charge des patients diabétiques dans les structures publiques de 1^{ère} ligne de la province de Khouribga.

2. Participants et Méthodes:

- Type d'étude :** étude d'observation transversale à visée descriptive menée à la province de Khouribga.
- Population étudiée:** 54 médecins généralistes exerçant dans les structures de soins de santé de base de la province de Khouribga dont 4 ont refusé de participer à l'étude .
- Collecte des données :** de décembre 2010 à mars 2011 à l'aide d'un questionnaire pré testé auto-administré.
- Variables étudiées:** utilisation de référentiels de prise en charge et les modalités adoptées par les MG concernant le traitement et le suivi des patients
- Analyse des données:** logiciel SPSS version16 , analyse univariée, analyse bivariée.
- Considérations éthiques:** Consentement éclairé des participants, respect de l'anonymat et confidentialité des données.

3- Résultats

3.1. Description de la population étudiée:

Les médecins interrogés avaient un âge moyen de 39,5 ($\pm 7,33$) ans avec une légère prédominance masculine (54%). Cinquante deux pour cent parmi eux exerçaient en milieu rural.

3.2. Organisation de la consultation diabétique :

La moyenne de diabétiques reçus en consultation chaque semaine était de 11,27 ($\pm 8,03$) avec un maximum de 40 diabétiques par semaine.

Parmi les médecins interrogés, 96% ont affirmé avoir un registre pour diabétiques au centre qui était informatisé dans 8,3% des cas. Dix huit pour cent d'entre eux réservaient des consultations spéciales pour diabétiques, la plupart (88%) le faisaient l'après-midi et 1 fois par semaine (44%).

La disponibilité des moyens de suivi est présentée dans la figure 1.

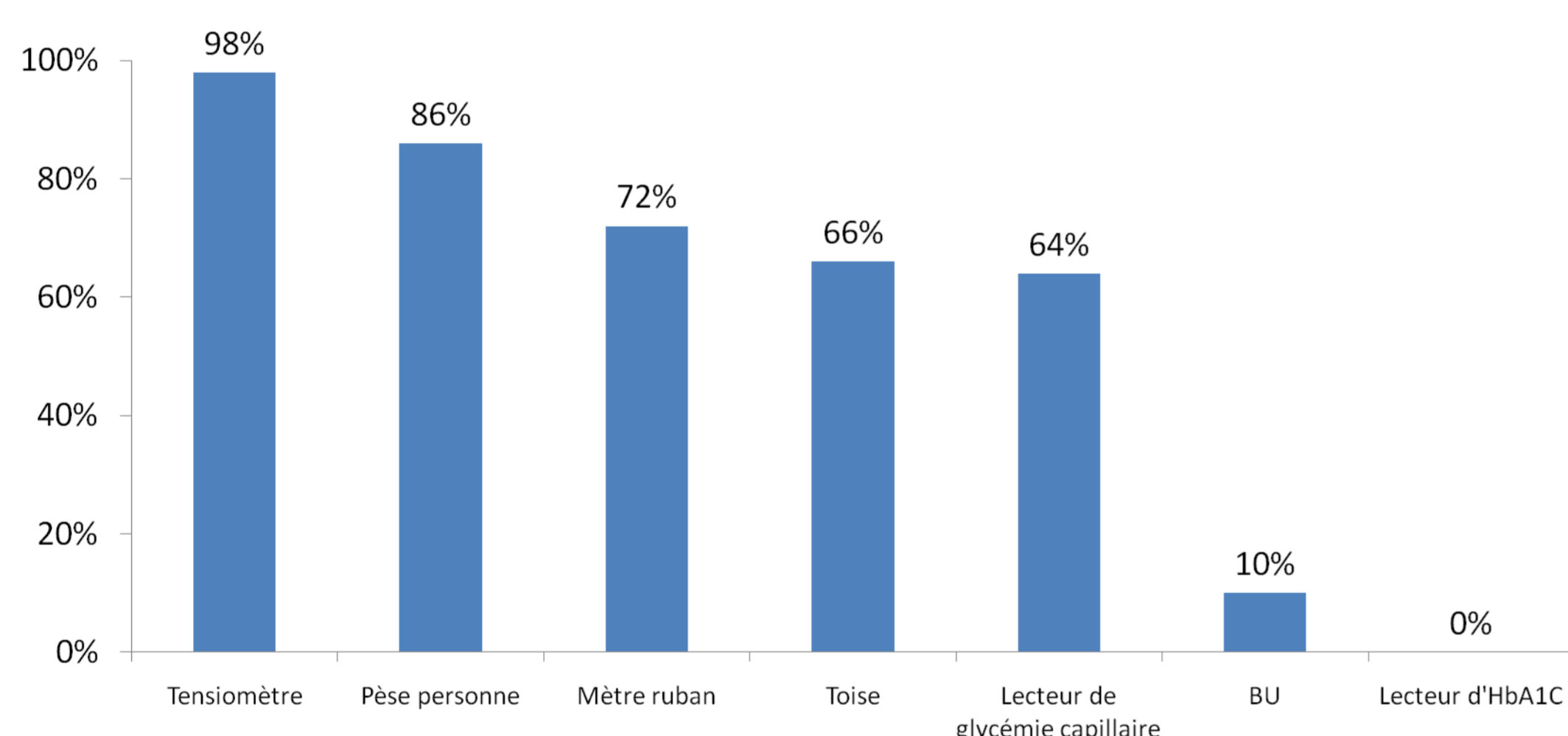


Figure 1: Disponibilité des moyens de suivi des patients diabétiques

3.3. Prise en Charge des diabétiques au niveau du centre de santé :

3.3.1. Utilisation de référentiels de prise en charge de diabétiques :

Parmi les médecins interrogés, 46% disposaient de référentiels de prise en charge du diabète et 95% parmi eux les utilisaient dans la prise en charge de leurs patients diabétiques. Les référentiels étaient affichés au centre de santé dans 17,4% des cas.

3.3.2. Education des patients diabétiques :

Les médecins assuraient, dans 96% des cas, l'éducation de leurs patients diabétiques. Les infirmiers participaient dans 54% des cas dans cette éducation. Par ailleurs, les diététiciens étaient totalement absents dans les centres de la province.

3.3.3. Traitement du diabète de type 1 :

Le schéma d'insuline le plus utilisé était celui à base de 2 injections d'insuline pré mixée prescrit par 74% des médecins, suivi par le schéma fait de 2 injections d'insuline mixée au moment de l'utilisation (18%) et enfin le schéma basal bolus prescrit dans 4% des cas. Les analogues d'insuline n'étaient utilisés que dans 12% des cas. Les médecins généralistes des centres de santé demandaient l'avis de l'endocrinologue avant de démarrer l'insulinothérapie dans 64% des cas. Les problèmes les plus incriminés dans l'échec de l'insulinothérapie sont présentés dans la figure 2.

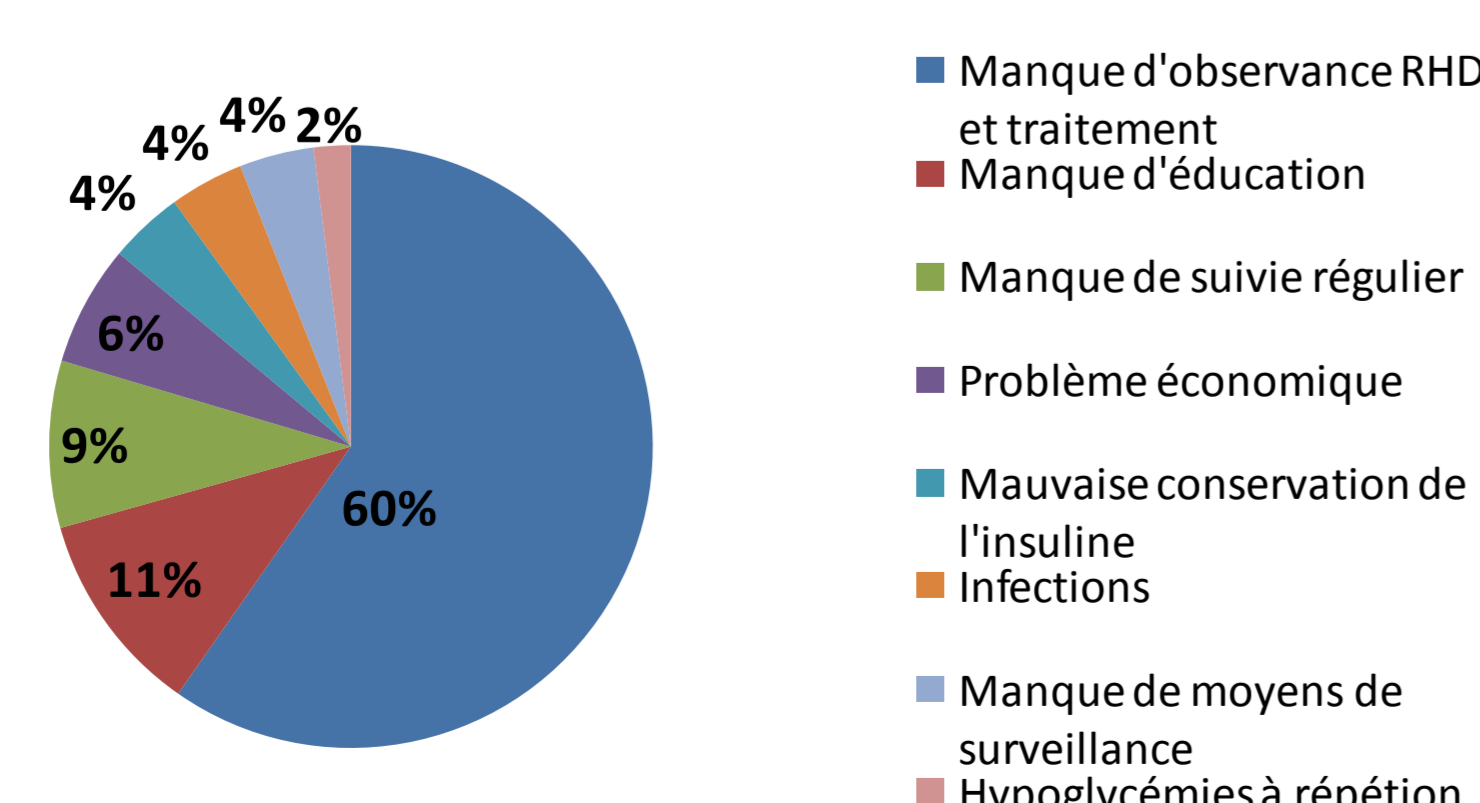


Figure 2: problèmes les plus incriminés dans l'échec de l'insulinothérapie

3.3.4. Traitement du diabète de type 2 :

A la découverte d'un diabète de type 2, 46% des médecins démarraient par les règles hygiéno-diététiques seules, alors que 40% leurs associaient la metformine et 14% les sulfamides. L'attitude habituelle des médecins en cas d'échec de la 1^{ère} thérapie consistait à associer un 2^{ème} ADO (60%), alors que 10% préféraient adresser le patient à un diabétologue et 8% procédaient à un changement de l'ADO. La grossesse (88%) et l'échec de la thérapie per os (84%) venaient en tête des raisons amenant les médecins à initier le patient à l'insulinothérapie.

3.4. Influence du milieu d'exercice sur les modalités de prise en charge diabétique:

Le nombre moyen de diabétiques reçus en consultation était significativement plus élevé en milieu urbain (16,38 \pm 7,81) par semaine qu'en milieu rural (6,56 \pm 4,73) avec un P<0,01.

Par ailleurs, nous avons relevé quelques différences dans la prise en charge (PEC) des diabétiques entre les milieux rural et urbain qui sont présentées dans le tableau I.

Tableau I: Influence du milieu d'exercice sur les modalités de prise en charge diabétique

	Milieu		P
	Urbain	Rural	
	n (%)	n (%)	
Consultations spéciales pour diabétiques	3 (12,5)	6 (23,1)	0,47
Utilisation de référentiels de PEC	11 (100)	11(91,7)	1
Education des diabétiques	24 (100)	24(92,3)	0,49
RHD seul	13 (54,2)	10(38,5)	0,39
Insuline pré mixée	14 (58,3)	23(88,5)	0,02
Insuline mixée au moment de l'utilisation	7 (29,9)	2 (7,7)	0,07
Prescription du schéma basal-bolus	1 (4,2)	1 (3,8)	1
Avis de l'endocrinologue avant l'insulinothérapie	17 (70,8)	15(57,7)	0,39
Analogues d'insuline	5 (20,8)	1(3,8)	0,09
Référence du patient si besoin	24 (100)	24(92,3)	0,49

4. Discussion/Conclusion:

- Les référentiels de prise en charge diabétique n'étaient disponibles que chez 46% des médecins. La majorité d'entre eux les utilisaient dans la prise en charge de leurs patients diabétiques. Des référentiels sont nécessaires pour aider les praticiens à prendre les meilleures décisions thérapeutiques pour leurs patients [1].

- Les médecins du milieu rural préféraient en grande majorité (88,5%) l'utilisation d'insuline pré mixée en première intention contre 58,3% pour les médecins du milieu urbain en raison de sa disponibilité dans tous les centres de santé et la facilité d'utilisation au quotidien, malgré son efficacité médiocre dans l'obtention d'un bon contrôle glycémique [2, 3]. L'avis du médecin endocrinologue avant de démarrer l'insulinothérapie chez le diabétique type 1 était plus souvent demandé en milieu urbain (70,8%) qu'en milieu rural (57,7%), différence qui s'expliquerait par l'éloignement des centres ruraux de l'hôpital provincial où exerce le seul endocrinologue de la province.

- Presque la moitié (46%) des médecins ne prescrivaient que le régime hygiéno-diététique seul à la découverte du diabète de type 2. Plusieurs organisations (ADA, *European association for the study of diabetes* (EASD)) recommandent que le patient nouvellement diagnostiqué, en plus des règles hygiéno-diététiques, soit mis sous un agent hypoglycémiant unique par voie orale. La metformine étant le choix de première intention sauf contre-indications [4,5]. L'attitude habituelle des médecins en cas d'échec de la 1^{ère} thérapie consistait à associer un 2^{ème} ADO (60%). Ce qui est conforme aux recommandations consistant à une intensification du traitement avec ajout de nouvelles molécules afin d'atteindre et maintenir les objectifs glycémiques [4- 6].

- Le domaine d'activité du MG est sans limite et il ne peut avoir une connaissance parfaite de toutes les nouvelles thérapeutiques de toutes les pathologies. La formation de MG particulièrement motivés et intéressés par le diabète pourrait être la solution pour améliorer la prise en charge cette pathologie. Le service spécialisé pourra n'être contacté qu'en cas de nécessité.

5. Références:

- Manchikanti L. Evidence-based medicine, systematic reviews, and guidelines in interventional pain management, part I: introduction and general considerations. *Pain Physician* 2008; 11: 161-86.
- Indian National Consensus Group. Premix Insulin: Initiation and Continuation Guidelines for Management of Diabetes in Primary Care 2009 ; http://www.japi.org/february_2009/7.pdf consulté le 26 novembre 2011.
- Turner He, Matthews DR. The use of fixed-mixture insulins in clinical practice. *Eur J Clin Pharmacol* 2000; 56: 19-25
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2010. *Diabetes Care* 2010 ; 33: S11-S61.
- V. HARKINS. A practical guide to integrated type 2 diabetes care. *Irish endocrine society* 2008 ; http://www.hse.ie/eng/services/Publications/topics/Diabetes/A_Practical_Guide_to_Integrated_Type_II_Diabetes_Care.pdf consulté le 9 novembre 2011.
- Haute Autorité de santé française. Guide des affections de longue durée: Diabète de type 2 de l'adulte 2007. www.has-sante.fr. consulté le 9 novembre 2011.