

Evaluation de la bonne pratique des médecins sur la prescription des analyses dans le suivi du diabète

Evaluation of the current biological monitoring of diabetes among Malagasy physician

K.M. Ranaivosoa (1)*, Z.A. Randriamanantany (2,3), A. Raherinaivo (4),
A. Rasamindrakotroka (1)

- (1) Laboratoire de Biologie Médicale, CHU Antananarivo, Madagascar
(2) Département Laboratoire, CHU Tambohobe Fianarantsoa, Madagascar
(3) Faculté de Médecine, Université de Fianarantsoa, Madagascar
(4) Laboratoire de Biologie Médicale, HMP Antananarivo, Madagascar

Résumé

Introduction. Les données sur la pratique clinique en diabétologie sont rares à Madagascar. Cette étude a pour objectif d'évaluer la bonne pratique des médecins sur la prescription des examens biologiques dans le suivi du diabète.

Patients et méthodes. Il s'agit d'une étude prospective et descriptive sur une période de 06 mois, allant de mai 2011 à novembre 2011. Nous avons tiré au sort de façon aléatoire 40 des 400 médecins en exercice libérale à Antananarivo. Nous avons effectué une enquête auprès de ces 40 médecins afin d'évaluer leur habitude de prescription d'analyses biologiques en matière de suivi du diabète.

Résultats. Sur 40 médecins tirés au sort, nous en avons exclus 5. Le taux de réponse dans notre étude était de 87.5%. Parmi ces 35 médecins, 12 avaient reçu moins de 1 patient diabétique par mois. Treize suivaient leurs patients diabétiques, dont 3 les avaient traités et les avaient suivis en permanence et 10 autres médecins les avaient suivis puis les avaient référés seulement pour des motifs particuliers. La glycémie et la créatininémie étaient les paramètres les plus demandés (84,61%), suivis par la cholestérolémie (61,54%) et l'HbA1C (46,15%).

Conclusion. Les recommandations concernant le suivi biologique du diabète n'étaient pas totalement appliquées. La remise à niveau des connaissances, la participation à des formations médicales continues jouent un rôle important dans la bonne pratique des médecins.

Mots-clés : diabète, bonne pratique, recommandations, suivi biologique

Abstract

Introduction. Data about clinical practice are rare in Madagascar. This study aimed to assess the physician's practice about biological survey of diabetes mellitus.

Patients and methods. This was a prospective and descriptive study during six months, from May 2011 to november 2011. We randomly chose 40 physicians from 400 who worked in private practice in Antananarivo. We did an interview among them in order to evaluate their habits of prescription about biological survey of diabetes mellitus.

Results. We have excluded 5 physicians. The response rate was 87.5%. Among the 35 physicians, 12 have received less than 1 diabetic patient per month, 13 of them followed diabetic patients. Three of 13 physicians have treated their patients all the time; but 10 of them have referred their patients to specialists for particular reasons. Glycemia and creatininemia were the most prescribed parameters (84.61%), followed by cholesterolemia (61.54%) and glycated hemoglobin (46.15%).

Conclusion. We found lack of knowledge concerning the international recommendations about biological survey of diabetes mellitus. Physicians need an update of their knowledge, and they have to follow postgraduate course in order to improve their practice.

Key words: diabetes mellitus, good practice, recommendations, biological survey

Introduction

Le diabète sucré est une maladie chronique dont sa prévalence dans le monde ne cesse d'augmenter considérablement et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prévoit 300 millions diabétiques en 2025 [1]. C'est une maladie métabolique caractérisée par une hyperglycémie chronique accompagnée d'une perturbation des métabolismes lipidiques et protidiques [2,3]. Le diabète engendre des complications dégénératives et non dégénératives [4] : une source majeure de mortalité chez les diabétiques [5]. Le traitement vise à maintenir dans les valeurs normales toutes les anomalies ci-dessus afin de prévenir ces complications d'où l'importance des suivis biologiques du diabète [6]. Des recommandations sont établies dans plusieurs pays pour le suivi du diabète, concernant les examens

à réaliser et leur périodicité [7,8].

L'objectif de notre étude est d'évaluer la pratique du médecin dans le suivi du diabète.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive sur une période de 06 mois, allant de mai 2011 à novembre 2011. Nous avons effectué une enquête auprès des médecins praticiens et prescripteurs afin d'évaluer leurs habitudes de prescription d'analyses biologiques en matière de suivi du diabète.

Antananarivo est la plus grande ville de Madagascar ; une grande majorité de médecins y travaillent. L'accès aux nouvelles technologies (internet et autres) est plus facile, d'où notre choix de lieu d'étude. Nous avons réalisé une enquête sous la forme d'entretiens semi-

dirigés, basés sur un questionnaire préétabli et auto-administré. Le questionnaire comporte 3 grands items :
 - L'identité du médecin et le profil général de ses patients : type d'exercice, domaine de compétence, nombre mensuel de patients, pourcentage de personnes diabétiques parmi tous leurs patients, prise en charge des personnes diabétiques.

- Le type de formation médicale reçue.

- Les éléments de suivi biologique du diabète et le rythme de surveillance biologique, nous avons tiré au sort de façon aléatoire 40 des 400 médecins en exercice libéral à Antananarivo (environ 10% de l'effectif total) grâce au logiciel Epi info 6.04.

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi info version 3.5.1 (CDC Atlanta).

Les 40 médecins tirés au hasard ont été inclus dans l'étude ; ont été exclus les médecins qui refusaient de participer ou en cas d'absence dans son lieu de travail .

Résultats

Sur 40 médecins tirés au sort, nous en avons exclus 5. Le taux de réponse dans notre étude était de 87,5%. Parmi ces 35 médecins, douze avaient reçu moins de 1 diabétique par mois.

Nombre de médecins

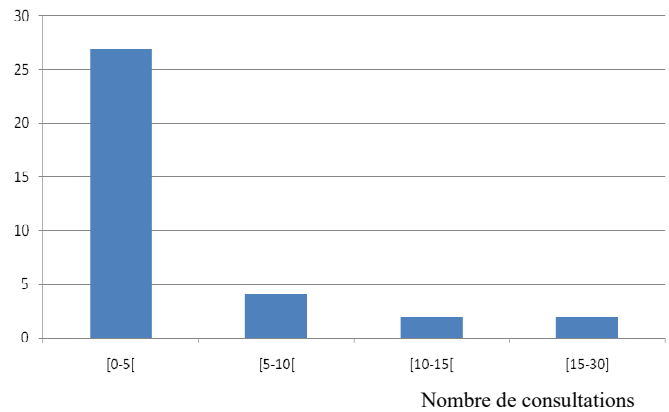


Figure 1. Fréquence de consultations des diabétiques par mois

Seuls 37,14%(n=13/35) d'entre eux prenaient en charge les patients diabétiques : soit totalement pour 23,08% (n=3/13) d'entre eux, soit partiellement pour 76,92% (n=10/13). Ces derniers envoyaient leurs patients dans des centres spécialisés ou vers des spécialistes pour diverses raisons : la non observance des traitements (n=2/10), la présence des complications (n=4/10), les raisons financières (coût élevé de prise en charge) (n=2/10), le non contrôle des chiffres glycémiques (hyperglycémie > 200 mg/dl) (n=1/10) ou pour une prise en charge plus spécialisée (n=1/10).

Tableau I. Rythme de surveillance de chaque paramètre

	2 fois par semaine	1 fois par semaine	Tous les 15 jours	1 fois par mois	Tous les 2 mois	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois	1 fois par an	Non précis	Total
Glycémie	1	2	1	1			4		2	11
Créatininémie			1		1		4	2	3	11
Cholestérolémie			1		1	1	3	1	1	8
HbA1c						1	5			6
Microalbuminurie							1			1
Bandelette urinaire				1			2	1		4
Ionogramme sanguin							1		1	2
Hémogramme									2	2
Transaminases							1		1	2
Amylase					1					1
Uricémie									1	1

L'Andiany Malagasy miady Amin'ny Diabeta (AMADIA) à Faravohitra était le centre de référence le plus sollicité par les médecins : soit 96,5% (28/29), suivi par le service endocrinologie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana : 3,5% (n=1/29).

Quant à la formation médicale continue, 65,2% avaient suivi, mais suivant un rythme irrégulier, en fonction des invitations, des thèmes et de leur disponibilité. Un seul médecin avait suivi une formation sur le diabète.

Pour les paramètres de surveillance, les examens biologiques très utiles chez les diabétiques étaient prescrits au moins une fois dans une année.

Discussion

Il s'agit d'une première étude menée à Antananarivo concernant la pratique des médecins de ville sur le suivi biologique du diabète.

Nous avons obtenu un taux de réponse élevé même si certains étaient réticents pour rapporter leurs pratiques, contrairement à d'autres études [9]. La rareté des consultations de diabète par les médecins généralistes retrouvée dans notre étude pourrait s'expliquer par une forte sensibilisation et de dépistage faits par l'Association Malagasy contre le Diabète (AMADIA). D'après le rapport d'activité de cette dernière, il avait pu sensibiliser plus de 10 000 personnes et dépister environ 2 000 personnes en 2009 [10]. Le diabète sucré est une maladie chronique [11] ; il est essentiel d'assurer un suivi régulier, à long terme et un soutien éducatif, afin de réduire les complications du diabète [12]. Les médecins d'exercice libéral ont en général un temps limité pour chaque consultation. Ceci pourrait expliquer la forte proportion des renvois immédiats des diabétiques dans un centre spécialisé. Or, l'éducation thérapeutique et le soutien constituent une étape essentielle dans la prise en charge du diabétique [13]. Il faut une habitude pour bien effectuer cette éducation. L'observance ou l'inobservance de la prise en charge est l'une des conséquences immédiates de l'efficacité de cette éducation.

Dans notre étude, 19 médecins enquêtés (parmi les 35) dirigeaient directement tous leurs patients diabétiques connus ou venus en consultation vers un centre de référence pour le diabète. Cette constatation est similaire à celle faite en Croatie où la moitié des patients diabétiques ont été directement référés à un spécialiste du diabète [11].

La grande sensibilisation effectuée par l'AMADIA pourrait également expliquer le renvoi des patients diabétiques mal contrôlés vers ce centre. L'apparition des complications constituait la première cause de référence (40%). Contrairement à d'autres auteurs qui rapportaient le mauvais contrôle glycémique comme étant le premier motif de renvoi dans un centre spécialisé [14]. Les complications n'apparaissent qu'après un certain temps d'évolution de la maladie [15], ce qui pourrait sous-entendre que le dépistage de ces complications

dans la prise en charge même de ces patients diabétiques n'était pas optimal pour qu'ils aient une proportion élevée de ces complications.

La mauvaise observance représentait 20% des motifs de référence dans notre cas.

Dans un rapport sur l'observance dans les maladies chroniques de 2003 [16], l'Organisation Mondiale de la Santé déclare que l'observance moyenne est de l'ordre de 50% dans les pays développés et bien moindre dans les pays en voie de développement. Elle est responsable d'une moindre efficacité des traitements et l'améliorer serait plus efficace que les progrès médicaux.

Le coût des traitements était un autre motif de renvoi des diabétiques dans des centres spécialisés. Il représentait 20% des motifs de référence dans notre étude. D'après l'AMADIA en 2010, le coût de l'insuline est tel que ce traitement est inaccessible à la majeure partie des malades malgaches : un stylo d'insuline coûte l'équivalent d'un mois du salaire d'un ouvrier agricole [17].

Les formations médicales continues sont obligatoires dans beaucoup de pays occidentaux ; ce n'est pas encore le cas à Madagascar [18], ainsi 23 médecins avaient suivi des formations médicales continues mais avec un rythme irrégulier probablement selon la disponibilité des médecins.

Les recommandations de la HAS et de l'ADA stipulent un suivi régulier du taux d'HbA1c [19,20] : au moins deux fois par an chez les patients diabétiques dont le contrôle glycémique est stable et plus fréquemment (évaluation trimestrielle) chez les patients qui ne répondent pas aux objectifs glycémiques [3,21]. Ces recommandations étaient suivies par nos prescripteurs : 5 médecins la prescrivaient tous les 6 mois, et un médecin la demandait tous les 3 mois.

Toutefois, le principal élément de surveillance du diabète sucré opté par nos médecins était la glycémie, pour 84,61% (n=11/13) d'entre eux.

Selon l'ADA et la HAS, un profil lipidique annuel doit être effectué chez tous patients diabétiques et des mesures plus fréquentes pour les individus sous traitement hypolipémiant [7,22]. Soixante pourcents de nos médecins (n=8/13) avaient suivi ces recommandations avec un rythme de surveillance moyen biannuel. Mais, notre étude était limitée et n'a pas pu préciser si les patients étaient sous traitement hypolipémiant ou non.

Les complications rénales du diabète sucré peuvent être décelées en dosant la microalbuminurie [23] : prescrite que par 7,6% de nos prescripteurs (n=1/13).

La méconnaissance des intérêts de cet examen et le coût de ce test limitent sa prescription. Les recommandations conseillent d'analyser 3 échantillons dans la période de 3 à 6 mois : 2 des trois échantillons prélevés doivent être anormaux avant de confirmer l'atteinte rénale [24]. La microalbuminurie chez ces patients diabétiques était prescrite deux fois dans l'année par nos médecins même si un dosage annuel suffit [7,20],

en même temps que la créatininémie [7,24] : prescrite pour leurs patients par 84,6% de nos médecins enquêtés. Seulement deux d'entre eux avaient prescrit un dosage annuel. Les autres la prescrivait à un rythme plus rapproché.

Quelques biais dans notre étude : les malgaches ne sont pas habitués à être interviewés et certains médecins avaient donné probablement des mauvaises réponses, non vérifiées sur les patients à propos des résultats des biologies effectuées.

Conclusion

Parmi les 13 médecins ayant suivi les patients diabétiques, 57% entre eux avaient prescrit les paramètres de surveillance selon les recommandations quant au rythme de surveillance. Seule la prescription de l'HbA1c avait suivi en totalité les recommandations. La mise à niveau des connaissances, la participation à des formations médicales continues jouent un rôle important dans la bonne pratique des médecins. Les médecins des centres plus éloignés méritent une évaluation de gestion de leurs patients vers un centre spécialisé .

Références

- Gning SB, Thiam M, Fall F, *et al.* Le diabète sucré en Afrique subsaharienne: aspects épidémiologiques, difficultés de prise en charge. *Med Trop* 2007; 67: 607-11.
- Marshall WJ, Bangert SK. Biochimie médicale physiopathologie et diagnostic. Paris : Elsevier/Masson, 2005.
- Allan G, Murphy MJ, Cowan, *et al.* Biochimie clinique métabolisme du glucose et du diabète sucré. Paris : Elsevier/Masson, 2004.
- Charles D, Gueye PM, Wade B. Le diabète du sujet âgé : à propos de 52 observations consécutives. *Med Afr Noire* 1997; 44: 18-23.
- IDF Diabetes Atlas. 4th Edition, 2009.
- World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment WHO, 2005.
- Haute Autorité de Santé. Diabète de type 2. Haute Autorité de Santé, 2007.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care* 2012; 35(1): 11-6.
- Harrar E. Inégalités sociales de prise en charge des patients diabétiques, enquête auprès des médecins généralistes. Paris. Thèse de Doctorat en Médecine, 2010.
- L'Association Malagasy contre le Diabète et ses activités médicales. AMADIA, 2009.
- Donker GA, Fleming DM, Schellevis FG, *et al.* Differences in treatment regimes, consultation frequency and referral patterns of diabetes mellitus in general practice in five european countries. *Fam pract* 2004; 21(4): 364-9.
- Olivarius NF, Beck-Nielsen H, Andreasen AH, *et al.* Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. *BMJ* 2001; 323(7319): 970-5.
- Ismail-Beigi F. Clinical practice glycemic management of type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2012; 366(14): 1319-27.
- Nguyen CV, Powers AC, Greenspan DL, *et al.* Diabetes referrals at a Veterans Administration tertiary facility. *Diabetes care* 2005; 28(2): 423-4.
- Al-Delaimy WK, Merchant AT, Rimm EB, *et al.* Effect of type 2 diabetes and its duration on the risk of peripheral arterial disease among men. *Am J Med* 2004; 116: 236-40.
- Bachmann MO, Eachus J, Hopper CD, *et al.* Socio-economic inequalities in diabetes complications, control, attitudes and health service use. *Diabet Med* 2003; 20(11): 921-9.
- Chevrier-Boulc'h M. Notre aide à AMADIA : l'insuline, une aide vitale pour les Malgaches diabétiques. AMADIA, 2010.
- Conseil National de la Formation Médicale Continue des praticiens hospitaliers. L'obligation de FMC.CN FMCH, 2005; 9.
- American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2000; 23(1): 32-42.
- Sacks DB, Arnold M, Bakris GL, *et al.* Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. *Clin Chem* 2011; 57(6): e1-e47.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in Diabetes. *Diabetes Care* 2012; 35(1): 18.
- Handelsman Y, Mechanick JL, Blonde L, *et al.* American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan. *Endocr Pract* 2011; 17(2): 1-53.
- Andrzej SK, Monika NK, Jan S, *et al.* Early Progressive Renal Decline Precedes the Onset of Microalbuminuria and Its Progression to Macroalbuminuria. *Diabetes Care* 2014; 37: 1 226-34.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care* 2011; 34(1): 11-61.