

MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPÉRIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ DE BAMAKO



RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE

Année Universitaire : 2007-2008

Thèse N° :

THÈSE :

**OBSERVANCE DU
TRAITEMENT CHEZ LES
DIABÉTIQUES**

Présentée et soutenue publiquement devant la faculté de médecine de pharmacie
et d'odonto-stomatologie le 02 / 07 / 2008 par :

Monsieur TOURÉ Alpha Mahamoud dit Karamoko

Pour l'obtention du grade de docteur en médecine (Diplôme d'État)

JURY :

Président : Professeur Mamadou Koreïssi TOURE

Membre : Docteur Nazoum J.P DIARRA

Membre : Professeur Sidibé Assa TRAORÉ

Directeur de thèse : Professeur Hamar Alassane TRAORÉ

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES AGRÉGÉ

2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES

SECRETARE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: Mme **COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA	Ophthalmologie
M. Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie Secourisme
M. Souleymane SANGARE †	Pneumo-phtisiologie
M. Yaya FOFANA	Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE	Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY	Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
M. Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
M. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
M. Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
M. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
M. Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
M. Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, Chef D.E.R.
M. Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
M. Boulkassoum HAIDARA	Législation
M. Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
M. Massa SANOGO	Chimie Analytique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
M. Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
M. Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie, Chef de D.E.R.
M. Kalilou OUATTARA	Urologie
M. Amadou DOLO	Gynéco-obstétrique
M. Alhoussein Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Aïssata SOW	Gynéco-obstétrique
M. Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique
M. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
M. Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
M. Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

M. Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
M. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
M. Mamadou TRAORE	Gynéco-obstétrique
M. Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
M. Youssouf COULIBALY	Anesthésie –Réanimation

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
M. Sékou SIDIBE	Orthopédie –Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie –Réanimation
M. Tiéman COULIBALY	Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
M. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-obstétrique
M. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie Générale

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
M. Samba Karim TIMBO	O.R.L.
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L.
M. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie –Réanimation
M. Zanafon OUATTARA	Urologie
M. Adama SANGARE	Orthopédie –Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO	Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	Orthopédie –Traumatologie
M. Lamine TRAORE	Ophtalmologie
M. Mady MACALOU	Orthopédie –Traumatologie
M. Aly TEMBELY	Urologie
M. Niani MOUNKORO	Gynéco- Obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
M. Souleymane TOGORA	Odontologie
M. Mohamed KEITA	O.R.L.
M. Bouraïma MAIGA	Gyneco-Obstétrique
M. Youssouf SOW	Chirurgie Générale
M. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
M. Moustapha TOURE	Gynécologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

M. Daouda DIALLO	Chimie Générale et Minérale
M. Amadou DIALLO	Biologie
M. Moussa HARAMA	Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO	Parasitologie –Mycologie
M. Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA	Immunologie, Chef de D.E.R.
M. Bakary M. CISSE	Biochimie
M. Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
M. Adama DIARRA	Physiologie
M. Mamadou KONE	Physiologie

2. MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

M. Amadou TOURE	Histoembryologie
M. Flabou BOUGODOGO	Bactériologie- Virologie
M. Amagana DOLO	Parasitologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Mahamadou CISSE	Biologie
M. Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
M. Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
M. Mounirou BABY	Hématologie
M. Mahamadou A. THERA	Parasitologie
M. Moussa Issa DIARRA	Biophysique
M. Kaourou DOUCOURE	Biologie
M. Bouréma KOURIBA	Immunologie
M. Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
M. Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
M. Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
M. Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Parasitologie
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

M. Mamadou K. TOURE	Cardiologie
M. Mahamane MAIGA	Néphrologie
M. Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de D.E.R.
M. Moussa TRAORE	Neurologie
M. Issa TRAORE	Radiologie
M. Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie Hépatologie
M. Somita KEITA	Dermato-Leprologie
M. Boubakar DIALLO	Cardiologie
M. Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

M. Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
M. Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE	Radiologie
M. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Mamady KANE	Radiologie
M. Saharé FONGORO	Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
M. Bou DIAKITE	Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
M. Adama D. KEITA	Radiologie
M. Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
M. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
M. Kassoum SANOGO	Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	Cardiologie
M. Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	Pédiatrie

M. Mahamadou TOURE
M. Idrissa CISSE
M. Mamadou B. DIARRA
M. Anselme KONATE
M. Moussa T. DIARRA
M. Souleymane DIALLO
M. Souleymane COULIBALY
M. Cheïck Oumar GUINTO

Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépatogastro-entérologie
Hépatogastro-entérologie
Pneumologie
Psychologie
Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

M. Gaoussou KANOUTE
M. Ousmane DOUMBIA

Chimie Analytique, **Chef de D.E.R.**
Pharmacie Chimique

2. MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

: Pharmacologie
M. Drissa DIALLO

Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFÉRENCES

M. Elimane MARIKO
M. Alou KEITA
M. Benoît Yaranga KOUMARE
M. Ababacar I. MAIGA

Pharmacologie
Galénique
Chimie Analytique
Toxicologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO
M. Yaya KANE
M. Saïbou MAIGA
M. Ousmane KOITA
M. Yaya COULIBALY

Pharmacognosie
Galénique
Législation
Parasitologie Moléculaire
Législation

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

M. Sanoussi KONATE

Santé Publique

2. MAITRES DE CONFÉRENCES

M. Moussa A. MAIGA
M. Mamadou SOUNCALO TRAORE

Santé Publique
Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Adama DIAWARA
M. Hamadoun SANGHO
M. Massambou SACKO
M. Alassane A. DICKO
M. Hammadoun Aly SANGO
M. Seydou DOUMBIA
M. Samba DIOP
M. Akary AG IKHANE

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Epidémiologie
Anthropologie Médicale
Santé Publique

4. ASSISTANTS

M. Oumar THIERO
M. Seydou DIARRA

Biostatistique
Anthropologie

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Boubou DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

Hommage à :
ALLAH
et au Prophète
MUHAMMAD

(Que la paix, le salut et la bénédiction de Dieu soit sur lui)

Je rends grâce à Allah, le Grand et Tout-puissant Miséricordieux, de m'avoir donné la santé et la force pour réaliser ce travail.

Hommage au Grand prophète MUHAMAD (paix, salut et bénédiction de Dieu sur lui),

DÉDICACES

À mon cher père Soumana Touré (in memorium)

J'aurai sûrement aimé que tu sois là aujourd'hui pour voir le centime de ta récolte, car encore enfant, tu me disais que seules les études pourraient donner à l'homme tout ce dont il a besoin ; mais le Tout-puissant en a décidé autrement. Alors il ne me reste plus qu'à lui demander de te donner un repos éternel paisible. . .

À ma mère Aminata Békaye Fofana

Femme modèle et mère exemplaire, nous ne pourrions jamais assez pour toi ; je voudrais que tu trouves là tout ce que je n'ai pas pu te dire depuis tant d'années, car les mots sont insuffisants pour te prouver tout mon amour et ma reconnaissance.

À mon jeune frère Gaoussou Touré (Papa)

Nous avons toujours eu des différends comme tous bons frères, mais toujours unis par cet amour fraternel que notre mère a si bien cultivé dans nos cœurs. Trouve ici cet amour encore grandissant.

À ma jeune sœur Diahara Touré (Maman)

Ma complice ; je ne te remercierai jamais assez et je n'oublierai jamais ton soutien si immense et si profond.

À mon jeune frère Mambé dit Kokè Touré

Mon élève, je vois en toi mon image et je te dirai aujourd'hui cette phrase que tu n'as pas eu la chance d'entendre de son auteur : « Seules les études donnent à l'homme aujourd'hui tout ce dont-il a besoin. » pour t'encourager à étudier plus que ne te demande ce travail.

À ma jeune sœur Fatoumata Touré (Batoma)

La benjamine, ce travail te dis que nous serons toujours tous là pour toi.

À ma tante Garantigui Fofana

Trouves ici ma très sincère et profonde gratitude qui ne serait jamais assez pour te remercier pour tout ce que tu as fait pour moi ; car j'ose le dire, sans toi je ne serai pas là aujourd'hui.

Fatoumata Diallo dite Manè merci d'avoir été là aux pires des moments, mais aussi aux meilleurs que j'espère nombreux s'il plait à Dieu.

REMERCIEMENTS

À mes oncles : **Mahamadou Gaoussou Touré, Bouya Touré, Aliou Touré, Oumar Békaye Fofana, Modibo Fofana, Lassana Fofana et Modibo Diarra**
Merci pour l'attention, le soutien et les conseils donnés et dont j'aurai tout le temps et encore besoin.

À mes tantes : **Djènèba Fofana, M^{me} Touré Maimouna Coulibaly, M^{me} Fofana Nafissatou Diarra, M^{me} Fofana Ami Koné, M^{me} fofana Koyan Diarra M^{me} Bouaré Aminata Traoré**: Merci pour m'avoir élevé et compris dans cette vie.

Particulièrement et spécialement à **Monsieur Malamine Togora** : Quand les mots nous manquent pour remercier, on dit simplement "Merci", alors merci à toi **Tonton Mala**

Mes chers Tontons : **Moussa Goro, Tiona Mathieu Koné, Dramane Coulibaly, Mamourou Bouaré**

À monsieur **Cheick Tidiani Sylla** : merci pour tout.

Je n'oublie pas Mr **Almoustaph Sanogo** ainsi que toute la famille **Sanogo** merci d'être une famille pour moi.

À toute la famille **Diallo de Ségou** : merci à tous et à chacun de la confiance que vous m'accordez.

À mes cousins, cousines et frères **Touré, Fofana, Traoré, Coulibaly, Bouaré, et Togora**

Et très particulièrement à ma cousine chérie Assanatou Fofana

Merci pour ta présence, ton soutien de chaque instant et je serai toujours là pour te guider.

À mes grands-pères : **Gaoussou Touré et Békaye Fofana** qui ont été rappelés à Dieu en me laissant le souvenir de leur joie de vivre

À mes grand-mères : **Kadia Bouaré, Mariam Koné, Mariam Berthé, Mariam Dembélé**, que Dieu fasse que vous puissiez nous combler de joie encore long temps.

À mon très cher **Ami Sanoussi Traoré**

Un grand merci qui ne sera jamais assez, pour avoir été au près de moi dans les moments de joie mais aussi de tristesse.

À mes amis : **Moussa Issa Touré (John Kennedy), Hamidou Diallo (Bill Gates), Boubacar A Diallo (Bourgeois), Mahamadou Seydou Konaté (Le**

Tché), Youssouf Camara, Gabriel Koné (Ange Gabriel), Gaoussou Théra (Gaston), Alassane Garango(Kété s.A), Samba Coumaré, Tata dit Bata Bouaré(Bina) , Sidiki Coulibaly, Ibrahim Oumar Traoré, Samou Ibrahima Kanté, Boubou Gakou, Thierno A Koumaré, Oumar Touré

Merci à vous que j'appelle mes compagnons de lutte soyez sûrs que je ne vous oublierai jamais,

Et particulièrement une exceptionnelle pensée profonde pour **Boncana A Traoré** pour te dire que c'est enfin fini.

Moussa Karim Diawara (Karamoko Moussa), ta présence a éclairé mon parcours.

À mes amies : **Fatimata Kani Traoré, Oumou Ouedraogo, Fatim Sidibé, Mariam Yama Bouaré, Mme Traoré Alimatou Diarra, Mme Traoré Bintou Diakité, Aïchatou Oumar Traoré, Mme Coulibaly Tènin Karambé**
Vous êtes dans mon cœur pour toujours soyez en sûres.

ENCORE MERCI À :

Tous les patients diabétiques

Tout le personnel du service de médecine interne

Aux agrégés : **Professeur Hamar A. Traoré, Professeur Abdel Kader Traoré, Professeur Mamadou Dembélé, Professeur Sidibé Assa Traoré, Professeur Dapa Ali Diallo.**

Aux Docteurs : **Idrissa Ah Cissé, Kaya Assétou Soukho, Dr Abdramane Koné, Yacouba Lazare Diallo**

Aux DES de Médecine Interne : **Dr Bocoum Amadou I, Dr Coulibaly Idrissa, Dr Sangho Kalil, Dr Coulibaly Seydou, Dr Sawadogo, Dr Menta Djénébou, Dr Fofana Youssouf, Dr Goïta Saliatou Traoré**

À mes collègues internes du service de médecine interne : **Mme Fofana Kani Tounkara, Déssy Sogodogo, Houda Mohamed Abdoulatif, Daouda K Cissé, Moulaye Aly, Alhassane A Doumbia, Assa Traoré, Armelle Zafack, Abdoul K. Dembélé, Mamadou Doumbéré, Abdramane Traoré, Chaka Kéïta, Ibrahim Dembélé, Youssouf Dembélé, Mahamadou Modibo Traoré, Moussa Bathily**

À mes aînés du services de Médecine Interne : **Dr Bah Moctar, Dr Dembélé Koumou Makan, Dr Bah Cheick Oumar, Dr Cissé Sékou M, Dr Sanogo Abasse, Dr Zouna Franck, Dr Ondo Ingrid, Dr Bayogo Abou**

À mes cadets internes du service de Médecine Interne : **Ousmane Dé, Mana Simaga, Aboubacar Gory, Claude Dakayi, Boua Camara, Abdoulaye Diarra, Mohamed Yassin Gaas, Karamoko Kantako, Xavier.**

Aux docteurs : **Doumbia Abdoulaye N'tji, Dembélé Ousmane, Diarra Nouhou et Diarassouba Sidy**

Aux infirmiers major de la Médecine Interne : **Mme Coulibaly Aminata Diabaté** que j'appelle affectueusement « Maman interne », grand merci à toi et à **Mr Mamoudou Touré sans oublier les majors Mme Sanogo, Mme Ouattara Coumba, Alkalifa Touré, Aboulhabi Touré**

Aux autres personnels infirmiers, aides-soignants et techniciens de surfaces : **Mme Guindo, Ami Keita, Ami Coulibaly, Mme Cissé, Mme Sacko, Djiby, Kanta, Tanti Sanaba, Tanti Kadiatou, Batoma, Sitan, Hadja, Fatim, Karamoko, Tièman✝, Niaré, Fassoun, Zou, Bougou, Salam, Abou**

À tous ceux qui ont de près ou de loin contribué à ma formation et à la réalisation de ce travail dont les noms ne sont pas mentionnés, certainement pas parce que ce n'est pas important mais parce que je suis tout simplement ***"un Homme Imparfait"***

HOMMAGES

AUX

MEMBRES DU JURY

À notre Maître, Président du jury

Professeur Mamadou Koreissi Touré
Professeur titulaire de cardiologie, Chef de service du service de cardiologie
« A » du CHU du Point « G »
Responsable de l'enseignement de la sémiologie et de la pathologie
cardiovasculaires à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie (F.M.P.O.S).

Honorable,

Nous ne vous remercierons jamais assez d'avoir accepté de présider cet auguste jury malgré vos multiples occupations.

Votre sagesse, votre exigence pour le travail bien fait et votre assiduité font de vous un médecin modèle si convoité.

Veillez agréer cher Maître tout le respect qu'on accorde.

Que, Dieu vous récompense pour tout.

À notre Maître et juge

Docteur Nazoum J P Diarra

Spécialiste en santé publique,

**Chef de la section de lutte contre les maladies non transmissibles à la
Direction Nationale de la Santé**

Cher Maître,

Nous avons été ébahi par la qualité de votre accueil et toute l'importance que vous accordez à la personne humaine. En acceptant de participer à ce jury avec enthousiasme et spontanéité, nous avons bien admiré votre simplicité et votre disponibilité.

Veillez trouver ici cher maître notre profond respect et nos sincères remerciements.

À notre maître et juge

Le Professeur Sidibé Assa Traoré,

Maître de conférences Agrégée d'endocrinologie et de maladies métaboliques,

Praticien hospitalier au service de Médecine Interne.

Chargée de cours de sémiologie et de thérapeutique endocriniennes à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (F.M.P.O.S).

Honorable Maître,

Comme une mère qui guide les premiers pas de son enfant, vous l'avez été pour nous au service de Médecine Interne.

Votre culture de l'excellence et votre caractère de femme battante vous ont valu le titre de première femme agrégée de notre pays.

Soyez rassurée chère maître de notre profonde gratitude pour tout ce que vous nous avez enseigné.

Puisse Allah éclairer d'avantage votre chemin.

**À notre Maître et Directeur de thèse
Le Professeur Hamar Alassane Traoré
Professeur titulaire de Médecine Interne
Professeur des universités,
Chef de service du service de Médecine interne
du CHU du Point « G »,
Coordinateur des enseignements de sémiologie
médicale générale et de thérapeutique
à la Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie (F.M.P.O.S).
Coordinateur du diplôme d'étude de spécialités (D.E.S) de Médecine
Interne.**



Honorable Maître,

Nous aurions voulu vous dire tant de chose, n'eût été que les mots nous manquent, pour dire à juste valeur vos qualités de chercheur infatigable, de praticien émérite, de guide et d'enseignant du savoir faire, du savoir vivre et du savoir être.

Nous voudrions et nous ne pourrions que vous remercier de nous avoir accepté dans votre équipe, tout le plaisir serait toujours pour nous d'être les mendiants de votre savoir.

Très cher Maître, puisse Allah le Tout puissant vous accorder longue vie.

SOMMAIRE :

I. Introduction	2
II. Objectifs.....	5
III. Généralités.....	7
IV. Méthodologie.....	29
V. Résultats.....	35
VI. Commentaires et discussions.....	72
VII. Conclusion et recommandations.....	81
VIII. Références.....	85
IX. Annexes.....	94

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

Le diabète sucré est une hyperglycémie permanente supérieure à 1,26g/l ou 7mmol/l à au moins deux contrôles de la glycémie à jeun [1]. C'est une pathologie qui admet une classification en deux groupes :

-le type I (type insulino-pénique) : se subdivisant en deux sous-types ; le sous type IA qui est auto-immun et le sous-type IB idiopathique, c'est-à-dire sans étiologie retrouvée. Ce type survient en général à l'âge jeune (moins de 40ans) avec une incidence plus élevée entre 10 et 15 ans et représente 10% des diabètes [2].

-le type II présentant également deux sous-types : type IIA (insulinodéfiscience prépondérante) et type IIB (insulinorésistance prépondérante). Survenant à un âge mûr avec une fréquence à environ 80% de la population diabétique. [2]

Le diabète est une maladie chronique qui touche environ 150 000 000 de personnes de part le monde et ce chiffre est susceptible de doubler en 2025. [3] Sa chronicité avec un traitement à vie, fait de lui une des nombreuses maladies sujettes de non observance du traitement. (Sujet de notre étude)

L'observance du traitement est le degré de concordance entre le comportement d'un individu (prise de médicaments, suivi d'un régime, modification du mode de vie) et les prescriptions médicales. [4]

La non observance peut donc être intentionnelle ou non, voire objectivement justifiée. [5]

Par ailleurs l'observance du traitement pose certaines difficultés quant à sa mesure. Au-delà de la définition de l'observance, se pose le problème du seuil en deçà duquel on considère le patient comme étant non observant. Plusieurs méthodes de mesures ont été décrites et utilisées par des auteurs ; il s'agit entre autres de méthodes quantitatives directes et indirectes et de méthodes qualitatives avec toutes leurs spécificités.

Certains auteurs considèrent comme bons observants les patients qui ne modifient jamais leur traitement, et qui l'oublient ou le refusent moins d'une fois par semaine [6], pour d'autre, les bons observants sont ceux qui prennent plus de 80% de leur traitement [7] voire même plus de 95%.

Cette entité de non observance est un réel facteur favorisant l'apparition des complications au long cours ; le but du traitement étant de retarder aussi longtemps que possible la survenue de ces complications. On estime que ces complications apparaissent selon les organes cibles, au bout d'un certain temps d'évolution quand le diabète est bien équilibré. Ainsi, une rétinopathie survient après 20 ans d'évolution du diabète chez 50 à 60% de diabétiques de type I et 25 à 30% des diabétiques de type II ; une neuropathie chez 25 à 50% des deux types de diabétiques confondus à 20ans d'évolution, favorisée par un âge supérieur à 50ans [1] ; néphropathie chez environ 35% des patients après plus de 25 ans de diabète [8].

Cette question de l'observance du traitement chez les diabétiques n'a pas été très documentée. A. Penfornis a étudié l'observance dans le cadre du diabète de type II [9] et d'autres auteurs s'interrogent sur la question de l'amélioration de la qualité de l'observance. [3] et [5].

En France, on admet que le diabète de type II était responsable de 15% des infarctus, angioplasties et pontage ; 20% des dialyses rénales ; de 500 à 1000 cécités par an ; de 8500 amputations par an.[9]

En Afrique, nous n'avons pas trouvé de document qui traite la question de l'observance du traitement chez les diabétiques.

Au Mali la prévalence du diabète est estimée à environ 2% de la population générale avec la survenue des complications au cours du traitement tant sur le plan des complications aiguës que chroniques. Certaines études menées au Mali sur les complications dégénératives notent : les rétinopathies à 21,7% [10] et 46,3% [11], les néphropathies 71,7% [12], les neuropathies à 74% en 6 ans d'évolution [13]. Cet état de fait serait-il lié à une mauvaise observance ? Ce qui

a donc motivé cette étude sur l'observance du traitement chez les diabétiques qui jusque-là n'avait fait objet d'aucune étude à notre connaissance.

OBJECTIFS

II.OBJECTIFS:

1. Objectif général :

-Évaluer l'observance du traitement chez les diabétiques dans le service de médecine interne du CHU du Point « G ».

2. Objectifs spécifiques :

-Déterminer la fréquence de l'observance du traitement chez les patients diabétiques suivis au service de médecine interne du CHU du Point « G ».

-Déterminer les facteurs influençant l'observance.

-Déterminer l'observance en fonction du type de diabète.

-Évaluer les conséquences d'une mauvaise observance.

GENERALITES

III. GÉNÉRALITÉS: [1], [2], [8]

1. Définitions :

- **Le diabète sucré** est une hyperglycémie permanente supérieure à 1.26g/l ou 7mmol/l et si seulement si cet état de fait existe à au moins deux contrôles de la glycémie à jeun. [1]

- **L'observance du traitement** est le degré de concordance entre le comportement d'un individu (prise de médicaments, suivi d'un régime, modification du mode de vie) et les prescriptions médicales. [4]

2. Classification :

L'ADA (American Diabetes Association) a décrit deux grands groupes de type de diabète et un groupe particulier :

2.1. Diabètes primitifs :

2.1.1. Diabète de type I :

Encore appelé diabète juvénile, maigre ou insulino-dépendant, il survient chez les sujets jeunes de moins de 35ans et est consécutif à une destruction des cellules β des îlots de Langerhans. On y distingue :

-le type IA ou type auto-immune dû à la présence des auto- anticorps β langerhansiennes.

-le type IB ou type insulino-prive, se manifestant aussi par un manque d'insuline et ne présentant pas de marqueurs d'auto immunité.

Le diabète de type I représente ainsi 10% de la population diabétique.

2.1.2. Diabète de type II :

Diabète de la maturité ou diabète non insulino-dépendant ; il représente 80% des diabétiques, de survenue plus tardive avec un âge moyen supérieur à 40ans. Il s'agit là de patients obèses ou qui ont eu à présenter une obésité. Au niveau de ce type, nous retrouvons également deux sous types :

- le sous-type IIA ou insulino-déficience prépondérante.

- le sous-type IIB ou insulino-résistance prépondérante.

À signaler également un type II particulier appelé type MODY (Maturity Onset

Diabetes of Young), il s'agit d'une maladie génétiquement transmise sur le mode autosomique dominant. Ce cas de diabète survient chez les sujets jeunes présentant une obésité.

2.2. Diabètes secondaires :

Il s'agit de diabètes consécutifs aux pancréatopathies, à des maladies endocriniennes, ou à des iatrogénies.

-Pancréatopathies : il s'agit de pancréatite chronique calcifiante, de cancer du pancréas, de pancréatectomie partielle ou totale, d'hémochromatose, de pancréatite fibrocalcifiante tropicale ou nutritionnelle, mucoviscidose.

-Endocrinopathies : Parmi lesquelles on peut citer : le syndrome de Cushing, l'acromégalie, le phéochromocytome, le glucagonome, l'hyperthyroïdie, le somatostatine.

-Diabète pharmaco- ou chimio-induit ou le diabète iatrogénique : Il s'agit d'un diabète induit à la suite d'un traitement médicamenteux quelconque. Les produits médicamenteux ci-après peuvent être incriminés : l'acide nicotinique, les glucocorticoïdes, les hormones thyroïdiennes, les α et β stimulants, les thiazidiques, le dilantin, la pentamidine, le vacor, l'interféron.

Tableau de classification étiologique du diabète sucré :

I Diabète de type 1

A. lié à la destruction auto-immune des cellules β langerhansiennes

B. Idiopathique

II Diabète de type 2

Associant insulino-résistance et diminution de l'insulinosécrétion endogène à des degrés variables

III Autres types de diabètes spécifiques

- *Défaut génétique de la fonction des cellules β : diabètes de type MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young).*
- *Diabète mitochondrial par mutation de l'ADN mitochondrial.*
- *Défaut génétique de l'action de l'insuline : insulino-résistance de type A; diabète lipo-atrophique.*
- *Formes rares associées à une pathologie du système auto-immun, comme les anticorps antirécepteurs de l'insuline.*
- *Autres syndromes génétiques parfois accompagnés d'un diabète : Trisomie 21, syndrome de Klinefelter, syndrome de Turner, ataxie de Friedreich, chorée de Huntington, etc.*

IV Diabète secondaire :

- *Diabète pancréatique : Pancréatites, cancer du pancréas, pancréatite chronique calcifiante, hémochromatose, mucoviscidose*
- *Endocrinopathies : Acromégalie, syndrome de Cushing, phéochromocytome, glucagonome, hyperthyroïdie, hyperaldostéronisme primaire.*
- *Diabètes induits par des médicaments : Glucocorticoïdes, diazoxide, agonistes adrénergiques, diurétiques thiazidiques, interféron α , etc.*

V Diabète gestationnel

3. Symptomatologie du diabète sucré :

3.1. Diabète de type I :

Les manifestations cliniques apparaissent en général à un âge relativement jeune, soit inférieur à 40 ans et se caractérisent par un syndrome cardinal constitué par :

- Une polyurie faite de 3 à 4 litres par jour. Elle est liée à la glycosurie ;
- Une polydipsie : liée à la fuite hydrique par suite d'une diurèse osmotique;
- Un amaigrissement : il peut être de plusieurs kilos. Il correspond à une fonte adipeuse et à une diminution de la masse musculaire. Il témoigne d'une carence en insuline et s'accompagne d'asthénie ;
- Une polyphagie : elle est inconstante et contraste avec la perte de poids.

Un diabète de type I peut toutefois se révéler à tout âge avec une forme à marche lente (slow type I), le tableau clinique et la présence d'anticorps permettront de faire le diagnostic différentiel.

En dehors de cette situation de syndrome cardinal du diabète, le diagnostic peut être posé devant une complication métabolique aiguë en particulier une acidocétose pouvant conduire au coma.

3.2 Diabète de type II :

Le diabète non insulino-dépendant apparaît à un âge mûr c'est-à-dire au delà de 40 ans et se présente alors comme une affection favorisée par l'environnement du sujet. Ainsi donc, les facteurs environnementaux tels que l'hérédité, l'âge, l'alimentation et la sédentarité sont retrouvés chez la plupart des patients. Le mode de découverte est fortuit, le plus souvent au cours d'un bilan systématique de santé. Dans certains cas l'apparition d'une complication dégénérative ou d'une infection intercurrente peut conduire au diagnostic.

4. Complications du diabète sucré :

4.1 Complications métaboliques aiguës :

Il s'agit des troubles métaboliques induits par le diabète et pouvant conduire à des états de coma.

4.1.1 Acidocétose :

Fréquemment rencontrée dans le diabète de type I et le révélant même souvent, et parfois chez le diabétique de type II ; l'acidocétose est la conséquence d'une carence insulinique, qu'elle soit absolue ou relative. La carence insulinique est

favorisée par certaines situations pathologiques tels que : le stress, les infections, la chirurgie, etc....

Sur le plan physiopathologique, il y a une hyperglycémie liée à trois facteurs en relation avec la carence insulinaire :

- * Diminution de la captation et de l'oxydation du glucose par les tissus insulino-dépendants (muscle, tissus adipeux), favorisée par l'excès d'acides gras libres.

- * Néoglucogénèse hépatique, à partir des acides aminés, du lactate et du glycérol.

- * Glycogénolyse hépatique.

-La cétose est liée à la carence insulinaire et favorisée par l'action lipolytique des hormones de contre-régulation. L'apparition d'une cétonémie et d'une cétonurie résulte de :

- * L'augmentation de la lipolyse et donc des acides gras libres.

- * La transformation des acides gras libres en corps cétoniques au niveau hépatique.

-L'acidose métabolique provient de l'accumulation des corps cétoniques (acides forts), initialement tamponnés par les bicarbonates plasmatiques ; en l'absence de traitement, l'acidose métabolique se pérennise, stimule les centres respiratoires et induit une hyperkaliémie par libération du potassium intracellulaire.

4.1.2 Coma hyperosmolaire :

Dans sa forme pure, ce coma est 10 fois moins fréquent que la céto-acidose diabétique, mais de bien plus mauvais pronostic (mortalité 20 à 50 %). À l'inverse de la céto-acidose, il survient habituellement chez des patients âgés porteurs d'un diabète non insulino-dépendant (type II) avec un traitement inadapté, ou à l'origine de sa découverte suite à une déshydratation cellulaire avec insuffisance rénale fonctionnelle.

Il est caractérisé par une hyperglycémie supérieure à 33 mmol/L (6 g/L), une osmolarité plasmatique supérieure à 350 mmol/L ou une natrémie corrigée supérieure à 155 mEq/L, un pH supérieur à 7,20 avec bicarbonates plasmatiques supérieurs à 15 mmol/L et une cétose absente ou modérée (acétonurie +ou-).

Il n'existe pas de véritable étiologie, mais des circonstances favorisantes sur un terrain donné notamment le sujet de plus de 60 ans et le diabétique non insulino-dépendant dans 95 % des cas, méconnu une fois sur deux.

Toutes les causes de déshydratation conduisent à une hyperosmolarité :

- * Soif non perçue ou impossible à assouvir.
- * Diarrhée, vomissements.
- * Infections.
- * Prise de diurétiques.

On cite également toutes les agressions favorisant l'hyperglycémie :

- * Stress.
- * Infections.
- * Accident vasculaire.

Et enfin tout traitement hyperglycémiant :

- * Diurétiques thiazidiques.
- * Corticoïdes.
- * Sérum glucosé hypertonique.

4.1.3 Acidose lactique :

L'acidose lactique est une complication rare, mais extrêmement grave (taux de mortalité autour de 50 %) du diabète non insulino-dépendant, en particulier chez les sujets âgés. Elle est définie par un tableau sévère d'acidose métabolique en relation avec une hyperlactatémie.

Chez le diabétique, l'hyperlactatémie survient :

- En présence d'une insuffisance hépatique ;
- Dans des situations d'hypoxie ou d'acidose, lors des insuffisances viscérales sévères (cardiaques, respiratoires ou rénales) ;

- En présence d'un traitement par biguanides qui par l'inhibition de la néoglucogénèse hépatique, bloquent l'élimination des lactates. Pour cette raison, il est indispensable de respecter les contre-indications et les règles de prescription des biguanides.

4.1.4 Hypoglycémie :

L'hypoglycémie est définie par une glycémie inférieure ou égale à 0,55 g/L. Elle concerne principalement les patients traités par insuline ou par sulfamides hypoglycémifiants.

Chez le diabétique traité par insuline, il est secondaire à une inadéquation entre la dose injectée et les besoins réels. Cette inadéquation peut survenir dans trois circonstances classiques :

- une erreur technique lors de l'injection ; erreur de dose ou de type d'insuline ;
- une prise alimentaire inadaptée ; apport insuffisant en glucides ou repas retardé;
- un exercice physique inhabituel avec une absence d'adaptation de la dose d'insuline. Le coma peut survenir pendant l'effort ou dans les heures qui suivent. Le coma hypoglycémique est la conséquence d'un retard ou d'une absence de resucrage précoce par un défaut de perception des signes précurseurs neuropsychiques. La prévention passe principalement par la pratique d'une auto-surveillance glycémique par microponction digitale pour évaluer très rapidement et régulièrement la glycémie en présence de signes d'appel ou dans des situations à risque d'hypoglycémies (activité physique).

Les sulfamides hypoglycémifiants favorisent la sécrétion endogène d'insuline. Le coma hypoglycémique peut apparaître lors des circonstances suivantes :

- L'absence de prise alimentaire après la prise du sulfamide hypoglycémifiant.
- La potentialisation de l'effet hypoglycémifiant par une interférence médicamenteuse. On citera l'aspirine, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les fibrates, les sulfamides antibactériens, la phénylbutazone, le myconazole, les antivitamines K et l'insuline.

- La présence d'une insuffisance rénale ou hépatique favorisant leur accumulation par défaut d'élimination.
- La prise d'alcool.
- Le traitement par bêtabloquants non cardiosélectifs qui masquent les signes adrénergiques de l'hypoglycémie.

4.2 Complications dégénératives du diabète :

Il s'agit des complications qui surviennent au long cours et de façon inéluctable dont il faut retarder la survenue aussi longtemps que possible.

4.2.1 Complications macroangiopathiques :

La macroangiopathie est l'atteinte des vaisseaux de gros et moyens calibres au cours du diabète.

4.2.1.1 Coronaropathie :

Il s'agit d'une atteinte des vaisseaux coronaires apparaissant de façon précoce chez le sujet diabétique et consécutive à une athérosclérose due à l'hyperglycémie avec ou sans artériosclérose. De ce fait le risque de survenue d'infarctus du myocarde est multiplié par trois chez le diabétique. Sa mise en évidence nécessite un électrocardiogramme à la recherche d'une ischémie ou d'un infarctus du myocarde d'autant plus qu'il existe une neuropathie masquant les signes cliniques.

4.2.1.2 Hypertension artérielle :

Elle est très fréquente au cours du diabète et surtout au cours du diabète non insulino-dépendant. Il s'agit le plus souvent d'une hypertension essentielle ou apparaissant de façon concomitante avec le diabète. Elle complique le diabète du fait de l'atteinte artérielle rénale, rétinienne et cardiaque qu'elle peut provoquer.

4.2.1.3 Artériopathie des membres inférieurs :

Elle apparaît précocement et peut être silencieuse cliniquement ; et quand elle est symptomatique, elle se traduit par des claudications intermittentes. Une complication gangréneuse permet souvent sa découverte. Sa recherche par la

palpation des pouls périphériques et l'auscultation des gros vaisseaux et au besoin une échographie doppler des vaisseaux, s'avère donc nécessaire.

4.2.2 Complications microangiopathiques :

Ce sont des complications qui atteignent les vaisseaux de petits calibres de l'organisme.

4.2.2.1 Rétinopathie :

La rétinopathie est présente chez près de 80 % des diabétiques après 15 ans d'évolution et est la première cause de cécité non traumatique dans les pays développés. Il n'existe pas de parallélisme entre atteinte anatomique et retentissement visuel. Il faut donc dépister la rétinopathie par un examen annuel du fond d'œil, suivi par une angiographie à la fluorescéine permettant de dépister le stade de la rétinopathie et de codifier le traitement. Même en l'absence d'une atteinte rétinienne cliniquement décelable, une angiographie doit être réalisée après cinq ans d'évolution du diabète. L'examen ophtalmologique doit être complet (fond d'œil, examen du segment antérieur, cristallin, pression oculaire) ; en effet, en dehors de la rétinopathie, le diabète s'accompagne d'une fréquence accrue de cataracte (métabolique) et de glaucome chronique ; en outre, il peut exister précocement un trouble de la vision des couleurs (dyschromatopsie).

4.2.2.2 Néphropathie .:

La glomérulopathie apparaît après environ 20 ans d'évolution du diabète et prédomine chez les diabétiques de type I. Elle est due à l'hyperglycémie et son risque majeur est son évolution vers l'insuffisance rénale terminale nécessitant une épuration extra rénale. Les examens complémentaires tels que la protéinurie des 24h ou mieux la micro albuminurie permettent de porter son diagnostic précoce et de retarder son évolution vers l'insuffisance rénale terminale.

4.2.2.3 Neuropathie diabétique .:

C'est une complication fréquente du diabète. Elle est liée à une atteinte micro vasculaire des vaisseaux destinés aux systèmes nerveux et à des facteurs

métaboliques. Sa forme la plus commune est la polynévrite à prédominance sensitive et distale touchant principalement les membres inférieurs. Elle se manifeste initialement par des paresthésies pouvant évoluer vers des dysesthésies douloureuses.

Sur le plan clinique, on observe une diminution de la sensibilité superficielle et profonde et une abolition des réflexes ostéo-tendineux. Elle peut également se manifester par une mononévrite ou une multinévrite de pathogénie ischémique et donc d'installation plus ou moins brutale avec atteinte principalement du nerf crural et des paires crâniennes.

À un stade plus évolué, elle s'accompagne d'une atteinte du système nerveux autonome touchant principalement l'appareil génito-urinaire, le tube digestif et le cœur (concept de neuropathie cardiaque, facteur de risque de mortalité).

5. Traitement :

Quelque soit le type de diabète, il se fixe comme objectif général, l'obtention d'un bon équilibre glycémique afin de prévenir les complications dégénératives.

Pour cela plusieurs moyens sont utilisés :

-les règles hygiéno-dietétiques : comportant un contrôle des facteurs énergétiques et l'exercice physique.

- les antidiabétiques oraux : utilisés chez les diabétiques de type II et présentant plusieurs classes thérapeutiques :

- Les sulfamides hypoglycémiants et les insulinosécrétagogues
- Les biguanides (la metformine)
- Les inhibiteurs des alphaglucosidases intestinales

-l'insuline : Présentée sous forme rapide, semi-lente et lente, constitue le traitement essentiel du diabète de type I. Elle est également utilisée dans la prise en charge thérapeutique du diabète de type II non équilibré par les antidiabétiques oraux ou en cas de lésions dégénératives dans ce cas.

Ainsi donc pour atteindre les objectifs thérapeutiques, une bonne éducation du diabétique et un suivi régulier sont garants d'une bonne observance (objet de notre étude) des mesures thérapeutiques.

6. OBSERVANCE DU TRAITEMENT :

6.1 Définition :

L'observance ou « la compliance » en anglais du traitement est le degré de concordance entre le comportement d'un individu (prise de médicaments, suivi d'un régime, modification du mode de vie) et les prescriptions médicales. [4]

L'adhésion correspond à l'ensemble des conditions (motivation, acceptation, information,...) qui permettent l'observance en se reposant sur la participation du patient. C'est sans doute le terme le plus satisfaisant puisqu'il implique activement le patient dans sa prise en charge thérapeutique et implique de sa part un choix volontaire.

Le problème de l'observance existe depuis l'antiquité car Hippocrate disait : « les malades mentent souvent lorsqu'ils disent prendre leurs médicaments ».

Actuellement, la non observance concernerait 30 à 60% des prescriptions quelque soit le pays ou la méthode de contrôle utilisée avec un taux estimé à 50% pour les maladies chroniques. [14]

Ainsi donc ce problème d'observance est par excellence rencontré chez les diabétiques. Paradoxalement peu d'études s'y sont intéressées certainement du fait de la difficulté d'évaluation avec d'énormes problèmes méthodologiques [15-16]. Le patient diabétique est un terrain véritablement favorable à la non observance car c'est une maladie asymptomatique ou peu symptomatique [14], avec un traitement de longue durée, demandant souvent une polymédication [17], une prise quotidienne de nombreux médicaments [18] et si elle survient chez un patient âgé.[19-20]

6.2 Mesure de l'observance :

La question de l'observance pour un traitement donné se pose en général devant l'absence de résultats attendus avec ce traitement. Plusieurs méthodes ont été proposées pour son évaluation avec chacune leurs avantages et leurs

inconvenients. Les auteurs se trouvent alors partagés entre les méthodes de mesure quantitative et qualitative directe ou indirecte.

6.2.1 Méthodes de mesure quantitatives directes :

Il s'agit des méthodes qui sont généralement utilisées dans un contexte expérimental d'essais cliniques de nouveaux produits. Elles consistent en une observation directe des effets cliniques ou biologiques attendus. L'observance ainsi objectivée donne des éléments d'interprétation des résultats cliniques. [21]

6.2.1.1 Dosage plasmatique ou urinaire du médicament :

C'est une méthode qui permet de confirmer la présence du produit dans l'organisme en mesurant directement les traces.

Selon BARBEAU G et coll. [22], l'avantage de cette technique est qu'elle permet de savoir si le malade a effectivement pris ses médicaments le jour précédant la prise de sang.

Cependant, elle ne permet pas d'établir l'observance sur plusieurs jours, elle est invasive et coûteuse, ce que confirment d'autres auteurs [23] qui se posent aussi des questions éthiques.

Par ailleurs d'autres obstacles ont été soulignés [21] : la mesure directe de substances médicamenteuses n'est possible que pour quelques unes d'entre elles; et par ailleurs, il n'est pas toujours facile d'établir une relation proportionnelle entre le taux sanguin (ou urinaire) des métabolites et la quantité absorbée de produit.

6.2.1.2 Directly Observed Therapeutic (DOC) :

Il s'agit de méthodes utilisées surtout en milieu hospitalier et qui présentent aussi des limites [24] ; elles nécessitent la supervision visuelle directe de personnels de la santé d'où leurs intérêts dans les protocoles courts.

6.2.1.3 Observation de l'effet thérapeutique :

Elle consiste en une observation directe des effets recherchés par le traitement. Par exemple chez un diabétique dont la glycémie s'abaisse, la prise

médicamenteuse pourrait être jugée satisfaisante. Néanmoins, cette observation est très influencée par la réactivité du patient au produit et à son efficacité. [25]

6.2.1.4 Observation des effets pharmacologiques cliniques ou biologiques :

La survenue d'une hypoglycémie, une hémoglobine glycosylée normale ou un amendement de la nycturie chez les patients diabétiques sous traitement pourrait constituer des arguments qui témoignent d'une bonne observance du traitement.

6.2.2 Méthodes de mesures quantitatives indirectes et qualitatives :

Ces méthodes permettent d'avoir des indications sur l'observance et concernent plusieurs aspects.

6.2.2.1 Ponctualités au rendez vous :

C'est une méthode qui permet de détecter le mauvais observant potentiel. Elle est surtout plus accessible en pratique de ville.

6.2.2.2 Comptage des comprimés restants et de conditionnements :

Compter les comprimés qui restent sur le nombre qui avait été prescrit, peut être utile pour identifier la quantité globale de produit présumé absorbé. Pour BARBEAU G. et coll. [22], cette méthode a l'avantage de permettre un contact direct avec la personne âgée, d'avoir des informations complémentaires et une image plus complète du profil de la médication et la détection des erreurs possibles. Les inconvénients sont que cette technique doit s'étaler sur une longue période et ne garantit pas que les médicaments soient effectivement pris, ni pris aux bons horaires. Et dans certains cas, on assiste à l'effet « brosse à dent » ou à l'effet « parking » [26]

Selon BERGMANN J. F. [24], cette technique est limitée par le fait que les patients ne rapportent pas toujours leurs boîtes et, de surcroît, que les unités manquantes n'ont pas forcément été correctement prises.

6.2.2.3 Comptage des ouvertures d'un pilulier :

L'utilisation des piluliers électroniques (Micro Electronic Memory System ou MEMS) a été proposé par certains auteurs ; tout oubli, tout retard de prise ou tout excès de prise sera détecté [27-28]. C'est une méthode de mesure réservée

aux études cliniques, non applicable au quotidien. Cette méthode, comme de nombreuses autres, nécessite que les patients et les médecins soient au courant de l'étude de leur observance, biais qui entraîne une surestimation de celle-ci [9].

6.2.2.4 Grille de qualité de vie :

La qualité de vie se mesure par des échelles et s'avère être un bon critère d'évaluation des thérapeutiques médicamenteuses. De nombreuses échelles existent dont les plus utilisées sont le Nottingham Health Profile (NHP), le Medical Outcome Study (MOS) [29], Short Form 36 (SF 36), le Sickness Impact Profile (SIP) [30].

6.2.2.5 Observation du patient :

Selon FISCHER G. N. et TARQUINIO C. [31] l'observation sert à recueillir des informations plus qualitatives que quantitatives sur les facteurs psychosociaux des comportements des patients liés à la santé et à la maladie : les conditions sociales qui les produisent, les relations que les patients entretiennent avec les médecins, le type de compliance mis en œuvre.

Les auteurs décrivent deux types d'approches : la première reposant sur le recueil systématique d'informations en fonction d'hypothèses préalables en utilisant des systèmes de classification des comportements et des activités, la seconde reposant sur une démarche d'observation participative dans laquelle le chercheur se trouve davantage impliqué dans l'expérience de la personne observée. [25]

6.2.2.6 Entretien avec le patient :

L'entretien permet [31], en dépassant l'étude des faits objectifs, d'appréhender les processus sociocognitifs, d'explorer les états émotionnels des patients et de rendre compte des systèmes de représentation, des normes et des croyances et, finalement, du sens des conduites individuelles et sociales liées aux concepts de santé. Il est fréquemment associé à d'autres techniques comme l'observation ou le questionnaire.

6.2.2.7 Questionnaire :

Bien que fréquemment utilisés, les questionnaires sont critiqués par certains auteurs estimant qu'une superficialité des réponses rend difficile la mise en évidence des véritables déterminismes psychosociaux.

Par ailleurs, il existe des questionnaires spécifiques à l'observance médicamenteuse de certaines pathologies et qui ont été validés pour ces pathologies: la polyarthrite rhumatoïde [32] et la maladie de Horton [33].

6.2.2.8 Récit de vie ou méthode biographique :

Cette méthode [31] apporte un éclairage particulier sur l'expérience vécue. Elle met en évidence les relations entre l'individu et son entourage social et familial dans le cadre de ses représentations personnelles, ce qui échappe aux méthodes quantitatives.

6.3 Facteurs de mauvaise observance :

Dans la littérature, plus de 200 facteurs ont été identifiés comme facteurs de non observance [9] ; ceux que nous allons étudier ont été considérés par un grand nombre d'auteurs afin de dégager des pistes pour l'amélioration de l'observance thérapeutique.

6.3.1 Facteurs liés au patient et à son environnement :

6.3.1.1 Age :

Certaines études spécifiques à certaines pathologies ont objectivé l'observance dominante des sujets âgés [28], [33], [34]

6.3.1.2 Sexe :

Deux études faites ont montré que les hommes sont bons observants par rapport à la population féminine étudiée [35], [36] alors que BAYADA J M et coll [37] ne le trouvent pas et chiffrent ainsi des différences de l'ordre de 10 à 20% entre les deux sexes. Les études de CARO [34] et MACH 2 [28] sur l'observance du traitement anti-hypertenseur signalent plutôt une prédominance des femmes.

6.3.1.3 Statut matrimonial :

JEANDEL C. et coll. [36] montrent que la présence du conjoint ou d'un tiers fait passer l'observance parfaite de 41,5% (seul à domicile) à 66,7% (tierce personne

à domicile). BAYADA J. M. et coll. [37] citent d'autres études qui montrent que vivre seul à domicile augmente la probabilité de dysobservance, et que la vie en institution a contrario la favorisait (83% contre 62%). LE BOT M. [14] note également le rôle néfaste de l'entourage quand celui-ci affiche des croyances qui vont à l'encontre du traitement souhaitable.

6.3.1.4 Résidence :

Au cours de l'étude MACH 2 [28] la résidence s'est révélée d'une grande importance dans l'observance médicamenteuse montrant ainsi que les provinciaux étaient plus observants que les parisiens. Par contre BAYADA J. M. et coll. [37] estiment qu'il n'y a pas de résultats significatifs, quant à l'influence de la résidence sur l'observance.

6.3.1.5 Niveau d'étude et profession :

Les données de la littérature concernant l'influence du niveau d'études ou de la profession sont contradictoires [25]. Certains auteurs ont montré que les patients retraités sont plus observants [28].

6.3.1.6 Facteurs socio-économiques :

Ils sont essentiels pour la bonne conduite du traitement et fait intervenir, selon certains auteurs, la notion de précarité. Ainsi donc, les problèmes socio-économiques imposent la recherche d'objectifs thérapeutiques à court et moyen termes plutôt qu'à long terme [5].

6.3.1.7 Facteurs de croyances :

Il s'agit des croyances issues du milieu familial, ethnique et culturel du patient et qui sont susceptibles d'influencer son traitement. Ces croyances font référence aux représentations que le patient ou son milieu se fait de la maladie (cause, durée, gravité, curabilité), de son traitement, de sa vulnérabilité, du pouvoir réel de la médecine [38], de sa capacité à se soigner et à changer le cours des choses. [39]

Par ailleurs certains états mentaux interviennent et le traitement est alors vécu comme un élément de stigmatisation.

6.3.2 Facteurs liés à la maladie et à ses symptômes :

Toutes les maladies chroniques à l'instar du diabète sont sujettes à de mauvaise observance. Il s'agit de pathologies dont l'évolution se fait à long terme et sans symptômes imposant aux patients un suivi quotidien et continu d'un traitement affectant même le mode de vie. Ainsi on pourrait comprendre que les patients sont tentés d'arrêter le traitement du fait de l'absence de symptômes; sinon de l'absence de moyens d'évaluation de l'efficacité du traitement, et que par ailleurs les récompenses attendues suites au traitement ne sont pas visibles par le patient : « ne pas avoir de complications ».

6.3.3 Facteurs liés au traitement :

6.3.3.1 La connaissance du traitement :

Plus un traitement est complexe, plus grandes sont les chances qu'il soit mal suivi.

Une bonne connaissance du traitement et des médicaments, surtout chez les sujets âgés comme l'écrit LEGRAIN S. [40], est un facteur de bonne observance. Certains auteurs suggèrent même une simplification du traitement ; par exemple la prise de médicaments à action prolongée. Les patients sont mieux observants quand ils savent à quoi sert le médicament qu'ils prennent, quels sont les risques s'ils arrêtent, s'il existe des interactions avec l'alcool, l'alimentation ou d'autres médicaments, dans quelles situations la tolérance du médicament peut être modifiée.

6.3.3.2 La polymédication :

Plusieurs auteurs signalent que la polymédication est une source majeure d'échec d'une bonne observance [14-16-17] et semblerait-il que pour maintenir un taux d'observance satisfaisant, le nombre de médicament ne doit pas dépasser quatre. [41-42]

6.3.3.3 L'amélioration des symptômes :

Aller mieux est un grand facteur d'interruption des médicaments.

Ainsi les auteurs comme BAYADA J. M. et coll. [37], montrent que le premier motif d'arrêt du traitement est justement l'amélioration des symptômes (28%).

NIKOLAUS T. et coll. [43] en Allemagne ne trouvent que 13% de leurs patients invoquant cette raison.

6.3.3.4 Les effets secondaires :

Les effets secondaires des médicaments sont un motif de non observance thérapeutique souvent souligné par les mêmes auteurs [37] et [43] : 19% des patients.

6.3.3.5 La présentation des médicaments :

La forme de présentation des médicaments peut également avoir des effets sur l'observance. LEGER S. et coll. [6] ont noté chez les personnes âgées, les appréciations subjectives des formes galéniques orales : 80% sont favorables aux formes solides, seulement 20% aux formes liquides. Les difficultés et les désagréments rencontrés lors des prises médicamenteuses sont le goût (66%), les difficultés liées au conditionnement (55%), la grosseur des comprimés (50%).

6.3.4 Facteurs liés au système de soins :

Une bonne observance passe d'abord par une bonne organisation du système de soins (qualité de l'accueil, qualité des soins, fréquence des rendez-vous, prise en charge par un seul médecin) ; et par une bonne relation soignants- soignés. La qualité de cette relation lors de la prescription est jugée par tous les auteurs comme cruciale, mais les autres professionnels de santé sont aussi cités comme étant déterminants, même si leurs rôles sont plus diversifiés en fonction des systèmes de santé.

Certains patients affirment être d'autant plus observants qu'ils considèrent leur médecin comme étant disponible (69% contre 35%) [37], ainsi qu'une fréquence de visite tous les 15 jours (80%). Au delà l'observance plafonne (65%) quel que

soit le délai entre les visites. Ces auteurs ne trouvent pas de corrélation entre le nombre de médecins prescripteurs et la qualité de l'observance.

6.4 Conséquences de la mauvaise observance :

Les conséquences pathologiques de la non observance thérapeutique sont de plusieurs natures. Elles peuvent être d'ordre économique et ou médical pour ainsi être responsables de préjudices individuels et collectifs. La mauvaise observance peut donc entraîner :

- Une réduction de l'efficacité des traitements, en particulier les traitements à long cours,
- Des surdosages surtout du fait des tentatives du thérapeute d'équilibrer un traitement considéré comme inefficace en augmentant les doses prescrites
- Des interactions pathogènes.
- L'apparition précoce des complications à long terme.
- Augmentation du coût de la prise en charge de la maladie.

Dans le cadre du diabète, les études sur les conséquences potentielles d'une mauvaise observance sur les complications ou l'équilibre du diabète sont quasi inexistantes [9]. La non-observance a été rapportée comme étant la seconde cause de coma hyperosmolaire dans un travail rétrospectif taiwanais [44], mais sans que la définition de cette non-observance ne soit précisée. Une corrélation positive entre non-observance et taux d'hémoglobine glyquée a été mise en évidence dans deux études [45-46]

6.5 Amélioration de l'observance :

L'amélioration de la qualité de la relation prescripteur-patient est l'élément principal retenu par les auteurs. De ce fait découlera un climat de confiance entre le médecin et le patient garant d'une bonne observance. Le médecin doit alors être détenteur de 3 principaux principes : **le savoir, le savoir faire et le savoir être**. Les auteurs ont donc établi une piste que les médecins peuvent adopter pour garantir une bonne observance chez les patients :

1. Prendre conscience du risque de non observance
2. simplifier les traitements
3. Réfléchir pour chaque prescription les avantages et inconvénients pour le patient
4. Essayer de faire exprimer : croyance, désirs, attentes, peurs, regrets, hontes, etc.
5. Personnaliser les traitements en fonction de ce diagnostic éducatif
6. Insister sur les enjeux concrets intermédiaires plus que sur les enjeux abstraits à long terme.
7. Penser en terme de récompense, toujours essayer de positiver les gestes thérapeutiques
8. Impliquer l'entourage familial
9. Utiliser la force de l'habitude
10. Améliorer la perception par le patient la disponibilité du soignant, voir le patient aussi souvent que nécessaire, de son niveau d'écoute, du fait que le soignant considère le patient comme individu qui participe au traitement dans le cadre d'une alliance thérapeutique, définie comme un partage des croyances et des désirs dans une relation de confiance.

METHODOLOGIE

IV.MÉTHODOLOGIE :

1. Patients :

1.1 Critères d'inclusion :

Tout patient diabétique, quelque soit l'âge et le sexe, hospitalisé ou vu en consultation externe dans le service de médecine interne durant la période d'étude.

1.2 Critère de non inclusion :

Tout diabétique suivi dans une autre structure de prise en charge diabétique.

2. Méthodes d'étude :

2.1 type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale systématique allant de Janvier 2006 à décembre 2006 soit une période de douze (12) mois.

2.2 Lieu d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de médecine interne du CHU du Point « G ». Il s'agit d'un service pluridisciplinaire où toutes les pathologies médicales sont prises en charge.

❖ Organisation structurelle du service :

Le service de médecine interne, récemment baptisé le pavillon Diabé N'Diaye, est subdivisé en deux unités. A l'étage se trouve l'unité « C » abritant vingt (20) lits d'hospitalisation de 3^{ème} catégorie et une salle unique de 1^{ère} catégorie. Le rez-de-chaussée est occupé par l'unité « D » avec neuf (9) lits de 2^{ème} catégorie et également une salle unique de première catégorie. Soit un total de trente un (31) lits.

❖ Organisation du personnel :

Le service est composé de :

- Un professeur titulaire de médecine interne (chef de service),
- Trois agrégés dont une en endocrinologie,
- Une assistante chef de clinique,
- Deux infirmiers major,

- six infirmiers chargés des soins,
- Trois aides soignantes.

Le service de médecine interne est situé entre les services d'Hémo-oncologie médicale à l'Est, de la pharmacie et du laboratoire à l'Ouest et les nouveaux bâtiments d'Urologie et de Gynéco-obstétrique au Nord. Il a été baptisé en décembre 2006 à l'occasion du centenaire de l'hôpital le pavillon « Diabé N'Diaye », en reconnaissance au premier médecin ayant répondu à l'appel du Mali indépendant.

L'hôpital du Point « G » a été créé en 1906 comme hôpital militaire de l'Afrique Occidentale Française (AOF) abritant les blessés de guerre. Ce n'est qu'en 2001 qu'il est devenu un centre hospitalier universitaire avec l'avènement de l'université de Bamako en 1996. Il est situé à la périphérie nord de la ville de Bamako sur une colline surplombant la ville près de l'ancien village de Nianankorobougou. Le village est devenu un des quartiers de Bamako en 1975 et a pris le nom de Point « G », nom qui aurait été attribué à la colline à la suite d'une série de notation des points stratégiques du colonisateur.

2.3 Échantillonnage :

La taille de notre échantillon est estimée à environ 323 ; la prévalence P de la non observance étant 30% dans la littérature avec une marge d'erreur $i = 0,05$ et $\epsilon = 1,96$.

$$n = \frac{\epsilon^2 pq}{i^2} = 323$$

2.4 Variables mesurées :

Dans notre étude, bien que critiquée par certains auteurs, nous allons utiliser la méthode qualitative utilisant un questionnaire ; et dans une moindre mesure, la méthode quantitative basée sur le respect des rendez-vous du médecin.

2.4.1 Les données socio-démographiques :

Il s'agissait de déterminer les données socio démographiques pouvant influencer l'observance du traitement chez nos patients. Ainsi donc ont été déterminés :

- **L'âge** : Nous avons voulu déterminer dans notre étude la tranche d'âge qui serait favorable à l'observance.
- **L'ethnie** : son évaluation avait pour but d'étudier certaines populations ethniques avec leurs croyances face aux prescriptions thérapeutiques.
- **Le sexe** : Dans les deux groupes, nous avons déterminé la prévalence de l'observance du traitement.
- **Le statut matrimonial** : Nous essayions de déterminer si la vie en solitaire ou dans un ménage avait un impact sur l'observance du traitement médicamenteux.
- **L'autonomie du patient** : Il s'agissait de déterminer l'absence d'handicap qui ne serait pas un obstacle au respect rigoureux des rendez-vous du médecin.
- **La résidence** : Nous avons reparti les patients selon qu'ils viennent d'un milieu urbain (la ville de Bamako), d'un milieu semi-urbain (région et cercle) ou d'un milieu rural (autres); ce qui nous permettait d'avoir une idée sur la disponibilité et la proximité des médecins, la disponibilité des médicaments et celle des structures de santé.
- **Le niveau intellectuel** : Il s'agissait de voir s'il avait un rapport comportemental avec la conduite du traitement.
- **La profession** : Nous avons voulu déterminer un probable rapport entre la profession de nos patients et la conduite de leur traitement.
- **Le revenu mensuel** : Sa détermination était essentielle d'autant plus qu'un grand nombre de maliens vit sous le seuil de la pauvreté.
- **Le moyen de transport** : Compte tenu de la situation géographique du lieu d'étude et étant donné que c'est une des trois principales structures de prise en charge du diabète à Bamako et d'ailleurs au Mali, il nous a semblé nécessaire de chercher les moyens de transport utilisés par les patients pour se rendre aux rendez-vous.

2.4.2 Les données de l'examen clinique :

L'interrogatoire nous a permis de connaître la durée d'évolution de la maladie de nos patients et surtout d'avoir une vision sur l'observance du traitement avec l'ancienneté de la maladie ; d'évaluer la connaissance des patients sur la maladie (symptômes et complications après entretien avec un agent de santé. Car dit-on : « on adhère au traitement d'une maladie quand on la connaît suffisamment »

Quant à l'examen physique, il nous permettait de déterminer l'état général des patients qui pouvait aller de la maigreur à l'obésité en passant par le poids normal et le surpoids et de rechercher d'éventuelles complications souvent liées à une mauvaise observance.

2.4.3 Les résultats des examens complémentaires :

Ils confirmaient la présence de complications dégénératives et contribuaient à compléter l'examen clinique.

2.4.4 Traitement :

Il était primordial pour nous de voir les différents aspects du traitement et de déterminer ceux qui auraient une influence sur l'observance. Les patients étaient alors interrogés sur : le principe du traitement (à vie, momentané ou sans traitement), le mode de traitement (le régime seul ou associé aux antidiabétiques oraux ou à l'insuline), le type de traitement (monothérapie, bithérapie ou trithérapie), le nombre de prise journalière de médicaments, le nombre de médicaments pris par jour, le coût approximatif mensuel du traitement, la durée de suivi de la maladie ou le respect du rendez-vous du médecin (hebdomadaire, mensuel, trimestriel voire même sans suivi), les moyens d'accès au traitements (personnels ou par tierce personne) et la surveillance de la prise médicamenteuse dans les mêmes conditions.

Les renseignements sur la conduite du traitement étaient d'ordre qualitatifs basés sur le seul témoignage du patient sur la régularité ou la notion d'interruption du traitement. Et alors leurs causes étaient recherchées en cas d'affirmation.

Ainsi donc nous avons jugé bons observants les patients vus au moins une fois tous les trois mois ou ceux qui affirmaient suivre régulièrement et sans interruption leur traitement.

2.5 Collecte des données :

Elle a été faite par l'intermédiaire d'un questionnaire définissant les différents paramètres ci-dessus comme variables mesurées (voir à la fin du document).

2.6 Gestion des données :

L'analyse et l'exploitation statistique des données ont été faites sur le logiciel SPSS version 12.0 et la saisie sur Microsoft Word Office 2003. Nous avons utilisé $P=0,05$ comme seuil de signification pour les tests statistiques afin de comparer les différents résultats.

RÉSULTATS

V.RÉSULTATS :

1. Résultats globaux :

À la suite de cette étude transversale systématique menée dans le service de Médecine Interne du CHU du Point « G » durant douze mois allant de Janvier 2006 à décembre 2006, nous avons eu à consulter 647 patients dont 169 diabétiques parmi lesquels 90 ont constitué l'échantillon de notre étude, les 79 diabétiques restants ne répondaient pas à nos critères d'inclusion et/ou consultaient pour la première fois ne permettant pas alors de juger de leur observance.

2. Résultats descriptifs:

2.1 Fréquence générale :

Tableau I : Fréquence générale de l'observance du traitement

	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Observant	68	75,6
Non observant	22	24,4
Total	90	100,0

La fréquence générale de la bonne observance du traitement chez les diabétiques est de 75,6%

2.2 Données socio-démographique :

Tableau II : Répartition selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
20-29	2	2,2
30-39	15	16,7
40-49	19	21,1
50-59	29	32,2
60-69	18	20,0
70-79	7	7,8
Total	90	100,0

32,2% de nos patients étaient dans la tranche d'âge 50-59ans

Tableau III : Répartition selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Masculin	32	35,6
Féminin	58	64,4
Total	90	100,0

Le sexe féminin dominait notre échantillon avec un ratio H/f= 0,5

Tableau IV: Répartition selon l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	21	23,3
Sénoufo	7	7,8
Peulh	20	22,2
Sarakolé	14	15,6
Dogon	6	6,7
Malinké	12	13,3
Sonrhāi	3	3,3
Mianka	1	1,1
Maure	5	5,6
Bobo	1	1,1
Total	90	100,0

Les Bambara étaient majoritaires avec 23,3% suivis par les peulhs 22,2%

3. Résultats analytiques :

3.1 Observance et les facteurs de mauvaises observances :

3.1.1 Observance et les facteurs liés au patient et à son environnement :

Tableau V: Répartition de l'observance selon la tranche d'âge des patients

Tranche d'age	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
20-29	2	(100%)	0	(0%)	2	(2,2%)
30-39	9	(60%)	6	(40%)	15	(16,7%)
40-49	14	(73,7%)	5	(26,3%)	19	(21,1%)
50-59	24	(82,8%)	5	(17,2%)	29	(32,2%)
60-69	15	(83,3%)	3	(16,7%)	18	(20%)
70-79	4	(57,1%)	3	(42,9%)	7	(7,8%)
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	(100%)

L'effectif de bon observant est supérieur à 80% dans les tranches d'âge 50-59 et 60-69 ans.

La différence n'est pas significative car $P=0,46$.

Tableau VI : Répartition de l'observance selon l'ethnie

Ethnie	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bambara	17	(81%)	4	(19%)	21	23,3%
Sénoufo	7	(100%)	0	(0%)	7	7,8%
Peulh	14	(70%)	6	(30%)	20	22,2%
Sarakolé	10	(71,4%)	4	(28,6%)	14	15,6%
Dogon	4	(66,7%)	2	(33,3%)	6	6,7%
Malinké	7	(58,3%)	5	(41,7%)	12	13,3%
Sonrhaï	3	(100%)	0	(0%)	3	3,3%
Mianka	1	(100%)	0	(0%)	1	1,1%
Maure	4	(80%)	1	(20%)	5	5,6%
Bobo	1	(100%)	0	(0%)	1	1,1%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

La plupart des ethnies ont une population de bon observant inférieur à 80%.

P= 0,83 donc il n'y a pas de différence notable.

Tableau VII : Répartition de l'observance selon le sexe

Sexe	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculin	24	(75%)	8	(25%)	32	35,6%
Féminin	44	(75,9%)	14	(24,1%)	58	64,4%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

Le sexe féminin dominait notre échantillon avec un ratio H/f= 0,5

Il n'y a pas de différence notable entre l'observance du traitement des patients des deux groupes ; P=0,99.

Tableau VIII: Répartition de l'observance selon le statut matrimonial des patients

Statut matrimonial	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Célibataire	2	(66,7%)	1	(33,3%)	3	3,3%
Marié	52	(78,8%)	14	(21,2%)	66	73,3%
Divorcé	1	(100%)	0	(0%)	1	1,1%
Veuf	13	(65%)	7	(35%)	20	2,2%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

Les mariés étaient les plus représentés avec 73,3% de l'effectif avec un taux d'observance à 78,8% et

P=0,45 signifiant une différence non significative.

Tableau IX : Répartition de l'observance selon l'autonomie des patients

Autonomie	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	67	(77,9%)	19	(22,1%)	86	95,6%
Non	1	(25%)	3	(75%)	4	4,4%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

Seulement 4,4% de la population étudiée n'étaient pas autonome avec une observance thérapeutique à seulement 25% ; P=0,71

Tableau X : Répartition de l'observance selon la résidence

Résidence	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Milieu urbain	37	(72,5%)	14	(27,5%)	51	56,7%
Milieu sémi-urbain	16	(72,7%)	6	(27,3%)	22	24,4%
Milieu rural	15	(88,2%)	2	(11,8%)	17	18,9%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

18,9% de nos patients résidaient en milieu rural et avaient un taux d'observant à 88,2% ; la différence n'est pas significative car P=0,60.

Tableau XI : Répartition de l'observance selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non alphabétisé	34	(68%)	16	(32%)	50	55,6%
Enseignement primaire	14	(82,4%)	3	(17,6%)	17	18,9%
1 à 2 ans après le DEF	7	(100%)	0	(0%)	7	7,8%
3 à 4 ans après le DEF	7	(87,5%)	1	(12,5%)	8	8,9%
1 à 3 ans après le Bac	6	(85,7%)	1	(14,3%)	7	7,8%
Diplôme universitaire	0	(0%)	1	(100%)	1	1,1%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

55,6% de nos patients n'étaient pas alphabétisés et constituaient 68% de bons observants avec P=0,38.

Tableaux XII : Répartition de l'observance selon la profession

Profession	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fonctionnaire	11	(78,6%)	3	(21,4%)	14	15,6%
Ouvrier	13	(76,5%)	4	(23,5%)	17	18,9%
Paysan	36	(70,6%)	15	(29,4%)	51	56,7%
Sans profession	8	(100%)	0	(0%)	8	8,9%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

56,7% de nos patients étaient des paysans, les plus représentés avec un taux de bons observants à 70% tandis que les 8% des patients sans profession étaient tous bons observants. Nous n'avons pas noté de différence significative étant donné P=0,50.

Tableau XIII: Répartition de l'observance selon le revenu mensuel

Revenu mensuel	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pas de revenu	32	(72,7%)	12	(27,3%)	44	48,9%
Moins de 30 000fcfa	10	(76,9%)	3	(23,1%)	13	14,4%
31 000-50 000fcfa	7	(70%)	3	(30%)	10	11,1%

51 000-80 000fcfa	6	(85,7%)	1	(14,3%)	7	7,8%
81 000-120 000fcfa	7	(87,5%)	1	(12,5%)	8	8,9%
121 000-180 000fcfa	4	(80%)	1	(20%)	5	5,6%
181 000-220 000fcfa	1	(50%)	1	(50%)	2	2,2%
Plus de 250 000fcfa	1	(100%)	0	(0%)	1	1,1%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

L'observance est de 80% quand le revenu mensuel est supérieur à 50.000F CFA ; P=0,96.

Tableau XIV : Répartition de l'observance selon les moyens de transport

Moyen de transport	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Voiture personnelle	15	(78,9%)	4	(21,1%)	19	21,1%
Moto	4	(80%)	1	(20%)	5	5,6%
Transport en commun	46	(73%)	17	(27%)	63	70%
Pied	3	(100%)	0	(0%)	3	3,3%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

70 % de nos patients empruntaient les transports en commun et le taux d'observants parmi ceux-ci est de 51,1% avec une différence non significative car $P=0,94$.

3.1.2 Observance et les facteurs liés à la maladie et à ses symptômes :

Tableau XV : Répartition de l'observance selon la durée d'évolution de la maladie en année

Durée d'évolution de la maladie	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
<1 an	13	(86,7%)	2	(13,3%)	15	16,7%
1-4 ans	31	(91,1%)	3	(8,9%)	34	37,8%
5-9 ans	12	(57,1%)	9	(42,8%)	21	23,3%
10-14 ans	5	(55,6%)	4	(44,4%)	9	10%
15-20 ans	7	(63,7%)	4	(36,3%)	11	12,2%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

54,4% des patients ont une durée d'évolution de la maladie inférieure à cinq ans et le taux de bonne observance est plus élevé pendant cette période soit 88,9%. La différence est significative car $P=0,03$.

Tableau XVI: Répartition de l'observance selon les explications reçues sur la maladie

Explications reçues sur la maladie de la part du médecin	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	57	(74%)	20	(26%)	77	85,6%
Non	11	(84,6%)	2	(15,4%)	13	14,4%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

L'éducation du patient n'a pas modifié le taux d'observance chez nos patients, P=0,71

Tableau XVII : Répartition de l'observance selon la connaissance de la nycturie comme signe du diabète

Nycturie Signe du diabète	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	7	(100%)	0	(0%)	7	7,8%
Non	61	(73,4%)	22	(26,6%)	83	92,2%
Total	68	(75,6%)	68	(24,4%)	22	100%

92,2% de notre population d'étude ignoraient que la nycturie pourrait être un signe du diabète et parmi ceux-ci ; 73,4% étaient bons observants. La différence n'est pas significative P=0,29

Tableau XVIII : Répartition de l'observance selon la connaissance de la polyuro-polydipsie comme signe du diabète

Polyuro-polydipsie Signe du diabète	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	47	(74,6%)	16	(25,4%)	63	70%
Non	21	(77,8%)	6	(22,2%)	27	30%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

74,6% de ceux qui reconnaissaient et 77,8% de ceux qui ne reconnaissaient pas la polyuro-polydipsie comme signe du diabète étaient bons observants. La différence n'est pas significative car $P=0,94$

Tableau XIX : Répartition de l'observance selon la connaissance de l'amaigrissement comme signe du diabète

Amaigrissement Signe du diabète	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	46	(79,3%)	12	(20,7%)	58	64,4%
Non	22	(68,7%)	10	(31,3%)	32	35,6%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

Selon 64,4% de nos patients l'amaigrissement est un signe du diabète et 79,3% de ceux-ci étaient bons observants. $P=0,53$.

Tableau XX : Répartition de l'observance selon que l'infection à répétition soit signe de diabète pour le patient

Infection à répétition Signe du diabète	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	9	(81,9%)	2	(18,1%)	11	12,2%
Non	59	(74,7%)	20	(25,3%)	79	87,8%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

87,8% de nos patients ne reconnaissent pas l'infection à répétition comme un signe du diabète et 74,7% de cette population étaient des bons observants. P=0,87.

Tableau XXI: Répartition de l'observance selon l'ignorance des signes du diabète

Ignorance des Signes du diabète	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	7	(70%)	3	(30%)	10	11,1%
Non	61	(76,2%)	19	(23,8%)	80	88,9%
Total	68	(74,4%)	22	(24,4%)	90	100%

La plupart de nos patients connaissaient au moins un signe du diabète soit 88,9% de la population étudiée avec 76,2% de bons observants. La différence est non significative P=0,78

Tableau XXII : Répartition de l'observance selon l'invocation de la macroangiopathie

Macroangiopathie	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
	21	(80,8%)	5	(19,2%)	26	28,9%

	Oui					
	Non	47	(73,4%)	17	(26,6%)	64
						71,1%
Total		68	(75,6%)	22	(24,4%)	90
						100%

La macroangiopathie n'était pas connue chez 71,1% de nos patients comme complication du diabète. Et 80,8% des patients bons observants signalaient la macroangiopathie comme complication du diabète. P= 0,76

Tableau XXIII : répartition de l'observance selon l'invocation de la microangiopathie

Microangiopathie	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	44	(83%)	9	(17%)	53	58,9%
Non	24	(64,9%)	13	(35,1%)	37	41,1%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

La microangiopathie était signalée par 58,9% des patients comme complication du diabète ; 83% des bons observants et 17% des non observants indiquaient une microangiopathie comme complication dégénérative. P=0,14

Tableau XXIV: Répartition de l'observance selon l'invocation de l'infection chronique

Infection chronique	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	27	(65,9%)	14	(34,1%)	41	45,6%
Non	41	(83,7%)	8	(16,3%)	49	54,4%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

54,4% des patients ne savaient pas que l'infection chronique pourrait être un signe de complication du diabète dont 83,7% de ceux qui étaient bons observants. La différence n'est pas significative P=0,14

Tableau XXV : Répartition de l'observance selon l'invocation des complications métaboliques

Complication métabolique	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	22	(73,3%)	8	(26,7%)	30	33,3%
Non	46	(76,7%)	14	(23,3%)	60	66,7%
Total	68	(75,4%)	22	(24,4%)	90	100%

66,7% de nos patients ne savaient pas que le diabète engendre aussi des complications métaboliques et 73,3% des bons observants citaient au moins une complication métabolique. Avec P=0,94, il n'y a pas différence significative.

Tableau XXVI: Répartition de l'observance selon la méconnaissance des complications du diabète par les patients

Méconnaissance des complications	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	13	(76,4%)	4	(23,6%)	17	18,9%
Non	55	(75,3%)	18	(24,7%)	73	81,1%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

Seulement 18,9% de nos patients ne connaissaient aucunes complications du diabète; dont 76,4% de bons observants parmi ceux qui avaient une méconnaissance ; P=0,99.

3.1.3 Observance et les facteurs liés au traitement :

Tableau XXVII: Répartition de l'observance suivant le principe du traitement selon les patients

Principe du traitement diabétique	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
A vie	62	(77,5%)	18	(22,5%)	80	88,9%
Momentanée	1	(50%)	1	(50%)	2	2,2%
Ne sais pas	5	(62,5%)	3	(37,5%)	8	8,9%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

Dans notre étude 88,9% des patients savaient que le traitement du diabète durait toute la vie et 77,5% étaient bons observants. Mais nous n'avons pas noté de différence significative P=0,63.

Tableau XXVIII : Répartition de l'observance selon le mode de traitement

Mode de traitement	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Mesures hygiéno-dietétiques seules	5	(71,4%)	2	(28,6%)	7	7,8%
Mesures hygiéno-dietétiques et ADO	23	(85,2%)	4	(14,8%)	27	30%
Mesures hygiéno-dietétiques et insuline	37	69,8%)	16	(30,2%)	53	58,9%
Mesures hygiéno-dietétiques ADO et insuline	3	(100%)	0	(0%)	3	3,3%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

58,9% de nos patients étaient sous insuline dont 69,8% de bons observants. P=0,50

Tableau XXIX : Répartition de l'observance selon le type de traitement

Type de traitement	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Monothérapie	36	(70,6%)	15	(29,4%)	51	56,7%
Bithérapie	25	(86,2%)	4	(13,8%)	29	32,2%
Trithérapie	3	(100%)	0	(0%)	3	3,3%
Autres*	4	(57,1%)	3	(42,9%)	7	7,8%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

56,7% de l'effectif et 70,6% des bons observants étaient sous monothérapie et sans une différence significative $P=0,29$

Tableau XXX: Répartition de l'observance selon le nombre de prise journalière de médicament

Nombre de prise journalière de médicament	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Une fois	7	(87,5%)	1	(12,5%)	8	8,9%
Deux fois	29	(80,6%)	7	(19,4%)	36	40%
Trois fois	27	(73%)	10	(27%)	37	41,1%
Autres*	5	(55,6%)	4	(44,4%)	9	10%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

(*) Il s'agit des patients qui avaient plus de 3 prises médicamenteuses par jour, sous régime seul ou qui n'étaient sous aucun traitement.

40% des patients et 80,6% des bons observants prenaient les médicaments deux fois par jour. $P=0,52$.

Tableau XXXI : Répartition de l'observance selon le nombre de médicaments pris par jour

Nombre de médicaments pris par jour	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Un	6	(100%)	0	(0%)	6	6,6%
Deux	18	(81,3%)	4	(18,2%)	22	24,4%
Trois	13	(86,7%)	2	(13,3%)	15	16,7%
Autres*	31	(65,9%)	16	(34,1%)	47	52,2%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

(*) Il s'agit des patients qui prenaient plus de 3 comprimés par jours associés ou non à l'insuline ou à un antidiabétique oral (ADO).

52,2% des patients avaient plus de 3 médicaments à prendre par jour et 65,9% chez les bons observants. Il n'y a pas de différence significative car $P=0,21$.

Tableau XXXII : Répartition de l'observance selon le coût mensuel du traitement

Coût mensuel du traitement	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Moins de 5 000fcfa	2	(66,7%)	1	(33,3%)	3	3,3%
5 000-10 000fcfa	21	(87,5%)	3	(12,5%)	24	26,7%
10 000-15 000fcfa	24	(70,6%)	10	(29,4%)	34	37,8%
15 000-20 000fcfa	8	(72,7%)	3	(23,3%)	11	12,2%
Plus de 20 000fcfa	8	(88,9%)	1	(11,1%)	9	10%
Ne sais pas	5	(55,6%)	4	(44,4%)	9	10%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

60% de nos patients avaient un coût mensuel du traitement supérieur à 10.000fcfa et on en dénombrait 58,8% chez les bons observants avec $P=0,39$.

Tableau XXXIII : Répartition de l'observance du traitement selon la durée de suivi de la maladie entre deux contrôles

Durée entre deux contrôles	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Hebdomadaire	7	(100%)	0	(0%)	7	7,8%
Mensuel	21	(100%)	0	(0%)	21	23,3%
Trimestriel	18	(100%)	0	(0%)	18	20%
Semestriel	6	(60%)	4	(40%)	10	11,1%
Pas de suivi régulier	16	(47%)	18	(53%)	34	37,8%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

51,1% de nos patients avaient une durée de suivi inférieure ou égale à trois mois et constituaient 100% des patients bons observants. Nous avons noté une différence significative car $P=0,00$

Tableau XXXIV: Répartition de l'observance selon les moyens de procuration des médicaments

Moyens de procuration des médicaments	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Le patient même	36	(76,6%)	11	(23,4%)	47	52,2%
Une tierce personne	32	(74,4%)	11	(25,6%)	43	47,8%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

47,8% des patients se procuraient des médicaments par l'intermédiaire d'une autre personne et dans ce lot on dénombrait 74,4% des bons observants. La différence n'est pas significative car $P=0,97$.

Tableau XXXV : Répartition de l'observance selon le suivi régulier des prescriptions médicales

Suivi régulier des prescriptions médicales	Observant		Non observant		Total	
Oui	63	(100%)	0	(0%)	63	70%
Non	5	(18,6%)	22	(81,4%)	27	30%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

70% des patients affirmaient suivre régulièrement les prescriptions médicales et constituaient 100% des bons observants avec une différence significative car $P=0,00$

Tableau XXXVI: Répartition de l'observance selon que le régime est trop sévère

Régime trop sévère	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	1	(16,7%)	5	(83,3%)	6	6,6%
Non	67	(79,8%)	17	(20,2%)	84	93,4%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

Seulement 6,7% de l'échantillon dont 83,3% des non observants trouvaient le régime trop sévère, la différence est significative car $P=0,00$

Tableau XXXVII: Répartition de l'observance selon le manque d'argent des patients

Manque d'argent	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	6	(40%)	9	(60%)	15	16,7%
Non	62	(82,7%)	13	(17,3%)	75	83,3%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

16,7% de nos patients soulignaient un manque d'argent pour une bonne conduite du traitement et 60% des patients qui l'évoquaient étaient non observants avec une différence significative P=0,00

Tableau XXXVIII: Répartition de l'observance selon les effets secondaires

Effets secondaires	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	2	(33,3%)	4	(66,7%)	6	6,6%
Non	66	(78,5%)	18	(21,5%)	84	93,4%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

Seulement 6,6 % de notre population d'étude incriminaient les effets secondaires pour cause d'irrégularité du traitement dont 66,7% des bons observants. La différence n'est pas significative P=0,75.

Tableau XXXIX : Répartition de l'observance selon l'absence de manifestation ou guérison

Absence de manifestation ou guérison	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	4	(30,8%)	9	(69,2%)	13	14,4%
Non	64	(83,1%)	13	(16,9%)	77	85,6%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

14,4% de nos patients interrompaient le traitement s'il y avait absence de manifestation ou de guérison ; et

69,2% des patients non observants l'étaient par ce qu'il y avait absence de manifestation ou guérison et on note une différence significative car $P=0,00$

Tableau XL: Répartition de l'observance selon qu'il y ait trop de médicaments

Trop de médicaments	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	3	(60%)	2	(40%)	5	5,6%
Non	65	(76,4%)	20	(23,6%)	85	94,4%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

5,6% de nos patients estimaient qu'ils prenaient trop de médicaments ; 60% des patients qui signalaient cette notion, étaient bons observants $P=0,70$.

Tableau XLI: Répartition de l'observance selon que la durée du traitement soit trop longue

Durée trop longue	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	0	(0%)	3	(100%)	3	3,3%
Non	68	(78,1%)	19	(21,9%)	87	96,7%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

Cette notion de durée trop longue de la maladie n'est retrouvée que chez 3,3% de nos patients qui étaient tous non observants, la différence n'est pas significative P=0,68.

Tableau XLII : Répartition de l'observance selon l'oubli de prise médicamenteuse

Oubli	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	10	(55,6%)	8	(44,4%)	18	20%
Non	58	(80,5%)	14	(19,5%)	72	80%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

20% des patients de cette étude oubliaient de prendre leurs médicaments 44,4% des patients qui affirmaient oublier de prendre leurs médicaments étaient non observants, mais la différence n'est pas significative car P=0,08

3.1.4 Observance et facteurs liés au système de soins :

Tableau XLIII: Répartition de l'observance selon l'indisponibilité du médecin

Indisponibilité du médecin	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	2	(50%)	2	(50%)	4	4,4%
Non	66	(76,8%)	20	(23,2%)	86	95,6%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

Parmi les patients de notre étude signalant l'indisponibilité du médecin, 50% étaient bons observants. P=0,85

Tableau XLIV: Répartition de l'observance selon le rendez-vous difficile

Rendez vous difficile	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	1	(50%)	1	(50%)	2	2,2%
Non	67	(76,1%)	21	(23,9%)	88	97,8%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

76,1% des bons observants et 23,9% des non observants trouvaient que le rendez-vous n'était pas difficile à avoir. P=0,92

Tableau XLV: Répartition de l'observance selon qu'il y ait manque d'information

Manque d'information	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	0	(0%)	1	(100%)	1	1,1%
Non	68	(76,4%)	21	(23,6%)	89	98,9%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

Pratiquement, tous nos patients soit 98,9% avaient reçu des informations sur leur traitement ; seulement un seul patient non observant nous a signalé un manque d'information, cette différence n'est pas significative P=0,89.

Tableau XLVI: Répartition de l'observance selon l'indisponibilité des produits

Indisponibilité des produits	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	7	(50%)	7	(50%)	14	15,6%
Non	61	(80,2%)	15	(19,8%)	76	84,4%
Total	68	(745,6%)	22	(24,4%)	90	100%

Nous avons eu 15,6% de cas qui signalaient une indisponibilité des produits et 31,9% de nos patients non observants le soulignaient, soit une différence à la limite de la signification $P=0,05$.

3.2 Observance et les conséquences de mauvaise observance :

Tableau XLVII: Répartition de l'observance selon la présence de complications macroangiopathiques

Macroangiopathie	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	31	(81,6%)	7	(18,4%)	38	42,2%
Non	37	(71,1%)	15	(28,9%)	52	57,8%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

42,2% de nos patients présentaient une macroangiopathie. 81,6% de ceux qui présentaient une macroangiopathie étaient observants avec $P=0,52$.

Tableau XLVIII: Répartition de l'observance selon la présence de complications microangiopathiques

Microangiopathie	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	14	(73,7%)	5	(26,3%)	19	21,1%
Non	54	(76%)	17	(24%)	71	78,9%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

21,1% de nos patients présentaient une microangiopathie.

73,7% de ceux qui présentaient une microangiopathie étaient observants. P=0,97

Tableau XLIX : Répartition de l'observance selon la présence d'une infection chronique

Infection chronique	Observant		Non observant		Total	
	Oui	6	(50%)	6	(50%)	12
Non	62	(79,4%)	16	(20,6%)	78	86,7%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

Parmi les patients présentant une infection, 50% étaient bons observants. La différence n'est pas significative P=0,08

Tableau L: Répartition de l'observance selon la présence ou non de complications dégénératives

Complications dégénératives	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	39	(78%)	11	(22%)	50	55,6%
Non	29	(72,5%)	11	(27,5%)	40	44,4%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

78% des patients de notre échantillon présentant une complication dégénérative étaient observants avec une différence non significative car $P=0,83$

4. Observations de l'étude sur l'observance du traitement :

Tableau LI: Répartition de l'observance selon le motif de consultation

Motif de consultation	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Systematique	22	(91,7%)	2	(8,3%)	24	26,7%
Manifestation	24	(77,4%)	7	(2,6%)	31	34,4%
Complication	22	(62,9%)	13	(37,1%)	35	38,9%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

Environ 68% de nos patients bons observants ne consultaient que s'il y avait une manifestation ou une complication de la maladie, avec $P=0,09$.

Tableau LII: Répartition de l'observance selon l'état général

État général	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Maigreur (IMC<18,5)	3	(42,9%)	4	(57,1%)	7	7,8%
Poids normal (IMC=18,5-24,99)	30	(85,7%)	5	(14,3%)	35	38,9%
Surpoids (IMC=25-29,99)	24	(75%)	8	(25%)	32	35,6%
Obésité (IMC =30-34,99)	8	(66,7%)	4	(33,3%)	12	13,3%
Obésité massive (IMC=35-39,99)	1	(50%)	1	(50%)	2	2,2%
Obésité morbide (IMC>40)	2	(100%)	0	(0%)	2	2,2%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

38,9% des patients avaient un poids normal avec un indice de masse corporel (IMC) entre 18,5-25

Plus de 50% des patients bons observants avaient un Indice de Masse Corporel (IMC) >25 ; la différence n'est pas significative car P=0,16.

Tableau LIII : Répartition de l'observance selon le contrôle de la prise médicamenteuse

Contrôle de la prise médicamenteuse	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Le patient même	52	(80%)	13	(20%)	65	72,2%
Une tierce personne	16	(64%)	9	(36%)	25	27,8%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

72,2% des patients étaient sous leur seul contrôle dont 80% des bons observants avec une différence non significative P=0,28.

Tableau LIV : Répartition de l'observance selon la notion d'interruption du traitement

Notion d'interruption du traitement	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	13	(38,2%)	21	(61,8%)	34	37,8%
Non	55	(98,2%)	1	(1,8%)	56	62,2%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

37,8% des patients ont avoué avoir interrompu leur traitement et 38,2% chez les bons observants. La différence est significative P=0,00

Tableau LV : Répartition de l'observance suivant la fréquence d'oubli de la prise médicamenteuse

La fréquence d'oubli de prise médicamenteuse	Observant		Non observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
1 fois/semaine	4	(57,1%)	3	(42,9%)	7	7,8%
2 fois/semaine	5	(35,7%)	9	(64,3%)	14	15,6%
1 fois/quinzaine	1	(100%)	0	(0%)	1	1,1%
Pas d'oubli	58	(85,2%)	10	(14,8%)	68	75,6%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

75,6% des patients n'oubliaient pas de prendre les médicaments dont 85,2% des bons observants avec $P=0,00$, ce qui est significative.

Tableau LVI : Répartition de l'observance selon le type de diabète

Type de diabète	Observant		Non observant		Total	
type 1	13	(62%)	8	(38%)	21	23,3%
type 2	55	(79,8%)	14	(20,2%)	69	76,7%
Total	68	(75,6%)	22	(24,4%)	90	100%

76,7% de nos patients présentaient un diabète de type 2 avec 79,8% des bons observants tandis que 62% environ de diabétique de type 1 étaient bons observants, il n'y a pas de différence significative car $P=0,25$.

COMMENTAIRES

ET

DISCUSSIONS

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

Nous avons réalisé une étude transversale systématique allant de Janvier 2006 à Décembre 2006 soit une période de douze (12) mois, au terme de laquelle, nous avons isolé un certain nombre de difficultés:

-La taille escomptée de notre échantillonnage (soit 323) n'a pas été atteinte, car nous n'avons enregistré que 90 patients. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'étude a été menée dans un centre dont l'accès est difficile à la population.

- La difficulté pour des patients, aux moyens financiers limités, à se rendre régulièrement au rendez- vous du médecin.

-L'impossibilité pour certains patients de réaliser les examens complémentaires.

Malgré ces insuffisances, les résultats de l'étude suscitent quelques commentaires quant à l'observance thérapeutique chez les malades chroniques en général, et en particulier chez les diabétiques.

Fréquence générale de l'observance : Dans cette étude nous avons eu 24,4% de mauvaises observances ce qui est légèrement inférieure à la prévalence estimée entre 30 et 60% et cela quelque soit le pays ou la méthode de contrôle utilisée [14]. Par ailleurs, MENTA [47] a trouvé 79,6% de bonnes observances chez les enfants immunodéprimés sous antiretroviraux ; HAYNES et al. [16] fixent l'observance à 50% dans le cadre de l'hypertension artérielle ; pour la maladie de Horton, LE GAL et al. [33] ont trouvé 51% de bonnes observances.

1. Données socio-démographiques : Facteurs liés au patient et à son environnement :

- 1.1 **L'âge** : Dans notre étude, l'âge de la vieillesse (à partir de 60ans) avec un taux de 83% de bons observants, apparaît comme étant un facteur de bonne observance. Ce résultat est également retrouvé dans les études de CARO et al. [34] et de VAUR et al. [28] dans l'observance du traitement antihypertenseur. Ce constat est retrouvé aussi par Le GAL V et al. [33] dans la maladie de Horton.
- 1.2 **Le sexe** : Comme BAYADA et al. [37], nous n'avons pas trouvé de différence quant à la bonne observance entre les hommes et les femmes. Certains auteurs [34 et 28] notent une prédominance de bonnes observances chez les femmes, alors que d'autres tels que HUNTER et al. [35] et JEANDEL et al. [36] trouvent le contraire.
- 1.2 **Le statut matrimonial** : Parmi les patients de notre étude vivant en couple, on notait un taux de bons observants à 78,8%. JEANDEL et al. [36] montrent que la présence du conjoint ou d'un tiers fait passer l'observance parfaite de 41,5% (seul à domicile) à 66,7% (tierce personne à domicile) confortant ainsi donc notre résultat
- 1.3 **La résidence** : Cette étude nous a permis de noter que les patients diabétiques vivant en milieu rural étaient plus observants que les patients de la grande ville avec 82% contre 72,7%. L'étude MACH 2 [28] montre également que les provinciaux sont plus observants dans le traitement que les parisiens.
- 1.4 **Le niveau d'étude et la profession** : les illettrés sont signalés dans notre étude comme les mauvais observants et la quasi-totalité de nos patients sans profession étaient bons observants. Dans la littérature l'influence du niveau d'études ou de la profession est contradictoire [25].

Alors que dans notre étude, nous n'avons pas noté de différence d'observance entre les professions; certains auteurs [28] pensent que les retraités sont meilleurs observants.

1.5 **Les facteurs socio-économiques** : Nous avons noté dans cette étude que les patients à faible revenu mensuel (inférieur à 50.000F CFA), et ceux qui empruntaient les transports en commun, avaient un taux d'observance moindre. REACH G [5] signale que les problèmes socio-économiques imposent la recherche d'objectifs thérapeutiques à court et moyen terme.

1.6 **Facteurs de croyances** : Les Malinkés se sont distingués comme les moins observants, suivis des Dogons et enfin les Peulhs et les Sarakolés. Nous avons retrouvé une notion de consultation des tradipraticiens et de traitement traditionnel chez la plupart de nos patients qui composaient ces ethnies, ce qui nous permet de dire que la notion des croyances de BECKER et al. [38] est également retrouvée dans notre étude.

2. Facteurs liés à la maladie et à ses symptômes :

Cette étude nous a permis de constater que l'observance du traitement chez les diabétiques était bonne quand le diagnostic est récemment fait ; contrairement aux études de CARO et al. [34] et VAUR et al. [28] qui trouvent que l'observance augmente avec l'ancienneté de la maladie.

La moitié de nos patients bons observants ne consultaient seulement que quand il y avait une manifestation ou une complication de la maladie ; 60% de nos patients connaissaient au moins deux signes du diabète et avaient une prévalence de l'observance entre 66 et 100 % selon la connaissance de ses signes. Enfin 85% de nos patients avaient reçu des explications sur la maladie et 74% de cette population était bons observants.

Ceci dénote toute l'importance des facteurs liés à la maladie et à ses symptômes sur l'observance.

3. Facteurs liés au traitement :

3.1 **La connaissance du traitement :** Dans cette étude 88,9% des patients savaient que le traitement du diabète était à vie. Parmi ces patients, 77,5% avaient une bonne observance du traitement. Comme le signalait LEGRAIN [40], particulièrement chez les sujets âgés, une bonne connaissance du traitement et des médicaments assure une bonne observance médicamenteuse.

3.2 **La polymédication :** Nous avons noté que l'observance moyenne de 84,25% avec trois produits ou moins, diminuait jusqu'à 65,9% quand quatre médicaments ou plus étaient prescrits. Une étude menée aux États Unis par GERMAN et al. [48] a montré que la compliance passe de 75% lorsqu'un seul produit est prescrit à 40% pour 4 produits ou plus. MORRIS et al. [49] signalent que l'observance varie entre 30% et 35% quand il s'agit d'une monothérapie et chute jusqu'à 13% quand deux antidiabétiques oraux sont prescrits.

Suivant le type de traitement de nos patients, l'observance passait de 70,6% pour la monothérapie à 50% au delà d'une trithérapie.

Concernant le nombre de prise journalière de médicament, l'observance passe d'une moyenne de 80,36% pour un nombre de prise inférieur ou égale à trois ; à 55,6% pour plus de trois prises journalières. Ce qui se rapproche des résultats de CRAMER et al. [50] qui trouvent 87% de bonne observance pour une prise et 39% pour quatre prises dans le traitement de l'épilepsie. Ils sont proches de ceux de PAES et al. [18] avec 79% et 38 % représentant respectivement l'observance à une et trois prises médicamenteuses pour le diabète. Ces résultats sont éloignés de ceux de DONNAN et al. [51] qui ont eu comme résultat dans l'observance chez les diabétiques 35% pour une prise et 27% pour deux prises.

3.3 **L'amélioration des symptômes** : L'absence de symptôme ou guérison était le motif d'arrêt de traitement chez 14,44% de nos patients et chez près de 60% des non observants. Ces 14,44% sont superposables à ceux de NIKOLAUS et al. [43] en Allemagne avec 13% des patients invoquant cette raison. BAYADA et al. [37] en a isolé 28% de cas. MENTA [47] signale 100% de bonne observance en cas de manifestations de l'infection à VIH.

3.4 **Les effets secondaires** : Nous avons retrouvé cette notion comme raison d'arrêt du traitement chez 18% de nos patients non observants. BAYADA et al. [37] et NIKOLAUS et al. [43] ont eu un résultat à 19% confortant le nôtre. Quant à l'observance du traitement antiretroviral, SALIOU [52] note que l'observance passe, quand il y avait notification d'effets secondaires, de 84,5% à 82,5%.

3.5 **La présentation des médicaments** : Dans cette étude, nous n'avons pas eu de rapport entre la présentation des médicaments et l'observance, mais toutefois nous signalons que 85,2% de nos patients étaient sous antidiabétiques oraux.

4. Facteurs liés au système de soins :

Comme d'autres auteurs, cette étude nous a permis de constater que la relation médecin-malade est essentielle dans l'observance du traitement et les facteurs défailants de cette relation était l'indisponibilité du médecin dans 4% des cas, le rendez-vous difficile dans 2% des cas et le manque d'information dans 1% des cas. BAYADA et al. [37] signalent 69% contre 35% de bonne observance quand les patients trouvent les médecins disponibles.

En outre nous signalons l'importance des pharmaciens d'officine livreurs de produits sur l'observance. Ainsi donc BAYADA et al. [37] montrent que l'observance est meilleure si le patient est directement en contact avec le pharmacien (47%), et non une tierce personne (31%). Une étude menée sur l'ensemble de la clientèle des pharmacies lyonnaises menée par BAUGUIL et al.

[53] a montré que 23 cas d'inobservance pouvant présenter un danger ont été dépistés lors du renouvellement de l'ordonnance.

5. Conséquences de la mauvaise observance :

Nous avons noté dans cette étude un certain nombre de paramètres pour évaluer les conséquences de la mauvaise observance du diabète :

- Une réduction de l'efficacité des traitements, en particulier les traitements au long cours : C'est une entité que nous n'avons pas étudiée, car basée sur l'évaluation du taux d'hémoglobine glyquée, or, le coût élevé de cette dernière dépassait les moyens de nos patients.
- Nous avons noté que 38,9% de nos patients ne consultaient que lorsqu'il y avait des complications aiguës métaboliques à type d'hypoglycémie dans la majorité des cas ; soit 59% des non observants et 32% des observants.
- L'apparition précoce des complications à long terme : Nous avons noté l'apparition des complications à long terme chez 55,6% de nos patients et ces complications survenaient pour l'essentiel à une durée d'évolution inférieure à cinq ans et à une proportion de 48%. Selon PENFORNIS A [9], l'amélioration de l'observance favorise le pronostic du diabète de type II.
- Augmentation du coût de la prise en charge de la maladie : Le coût mensuel de la prise en charge de la maladie était supérieur ou égal à 10.000F (dix mille franc) CFA pour 60% de nos patients et on notait une telle situation chez 63,7% des non observants.

6. Amélioration de l'observance :

Notre étude nous permet d'adhérer aux pistes proposées par les auteurs pour l'amélioration de l'observance :

1. Prendre conscience du risque de non observance
 2. simplifier les traitements
 3. Réfléchir pour chaque prescription les avantages et inconvénients pour le patient
 4. Essayer de faire exprimer : croyance, désirs, attentes, peurs, regrets, hontes, etc.
 5. Personnaliser les traitements en fonction de ce diagnostic éducatif
 6. Insister sur les enjeux concrets intermédiaires plus que sur les enjeux abstraits à long terme.
 7. Penser en terme de récompense, toujours essayer de positiver les gestes thérapeutiques
 8. Impliquer l'entourage familial
 9. Utiliser la force de l'habitude
 10. Améliorer la perception par le patient de la disponibilité du soignant, voir le patient aussi souvent que nécessaire, de son niveau d'écoute, du fait que le soignant considère le patient comme individu qui participe au traitement dans le cadre d'une alliance thérapeutique, définie comme un partage des croyances et des désirs dans une relation de confiance.
- Par ailleurs, il faudrait tenir compte des recommandations de l'ANAES [54] (Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé) en France pour l'amélioration de l'observance des maladies chroniques.
- La stratégie proposée par CHOCKALINGAM [55] dans le cadre l'hypertension artérielle et qui, par extension pourrait s'appliquer au diabète ; est récapitulée dans le tableau ci-après :

Stratégie visant à améliorer le degré d'observance d'après

CHOCKALINGAM [55] :

Groupe visé	Stratégie	Mesures
<u>patients</u>	Observance du traitement, des conseils	<ul style="list-style-type: none"> - Changement de comportements nécessaires à la prise régulière du traitement selon les prescriptions - Prise des médicaments tous les jours au même moment, par exemple lors du brossage des dents - S'informer auprès des soignants des effets indésirables possibles, des interférences avec des affections intercurrentes, des motifs de prescriptions de nouveaux médicaments
	automesure	<ul style="list-style-type: none"> - Faire calibrer régulièrement le tensiomètre et/ou le glycomètre, et suivre les directives de l'automesure - Interpréter avec le soignant les résultats obtenus
	Modification du comportement	<ul style="list-style-type: none"> - Perte de poids, arrêt du tabac, alimentation saine, activité physique, ...
<u>Famille du patient</u>	Soutien de la famille	<ul style="list-style-type: none"> - Rappeler au patient de respecter les prescriptions thérapeutiques, les règles hygiéno-diététiques...
<u>soignants</u>	Transmission de l'information	<ul style="list-style-type: none"> - Fournir de l'information orale/écrite afin d'encourager l'observance du traitement - Vérifier si le patient a modifié son comportement (compte des comprimés) - Renseigner le patient sur les bénéfices de l'observance du traitement - Informer le patient sur les effets indésirables possibles des médicaments et sur les affections intercurrentes - Rassurer et encourager le patient - Assurer le suivi
	Formation médicale continue	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les compétences de conseil du patient - Connaître les nouvelles théories, stratégies et méthodes
Industrie pharmaceutique	Rapport coût-efficacité	<ul style="list-style-type: none"> - Établir des prix concurrentiels en tenant compte de la perception du patient - Diffuser de l'information basée sur des preuves (information des professionnels et des parents)

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

1. Conclusion :

Cette étude transversale systématique menée de Janvier 2006 à décembre 2006 au service de médecine interne et portant sur tout patient diabétique hospitalisé ou vu en consultation externe dans le service durant la période d'étude, nous a permis de déterminer la prévalence de l'observance du traitement chez les diabétiques pris en charge dans le service.

Nous avons mesuré l'observance par rapport à certains facteurs qui se sont révélés pertinents dans l'évaluation de l'observance. Il s'agit entre autres des facteurs socio-démographiques, des facteurs liés au diabète même, des facteurs liés aux personnels de la santé et au système de soins.

Cette étude nous a également permis d'établir un rapport direct entre la non observance et les conséquences qu'elle peut entraîner aussi bien au niveau individuel que collectif.

Nous avons remarqué que le savoir-faire du médecin a une importance capitale, car, il permet de dépister les difficultés du patient à suivre son traitement. Aussi faudrait-il signaler que l'évaluation de l'observance doit être une activité systématique et régulière de consultation.

2. Recommandations :

Pour améliorer encore d'avantage l'observance du traitement chez les diabétiques au Mali, nous formulons les recommandations suivantes :

Aux décideurs politiques et administratifs :

- Multiplier des structures de prise en charge des diabétiques à travers tout le pays.
- Organiser des séminaires de formation et de recyclage des médecins sur la prise en charge adéquate du diabète.
- Subventionner certains examens complémentaires et le prix des médicaments antidiabétiques.

- Tenir compte des groupes cibles vulnérables (bas niveau d'éducation, paysans, faible revenu) pour mobiliser les moyens publiques afin de faciliter le suivi et la bonne observance.

2.2 **Aux médecins :**

- Éduquer (expliquer, conseiller) aux patients tout ce qu'ils doivent savoir sur leur maladie et son traitement
- Bien choisir le traitement avec l'adhésion consentante du patient.
- Avoir une disponibilité sans faille pour les patients.
- Suivre régulièrement les enseignements post-universitaires sur le diabète.

2.3 **Aux patients:**

- Pratiquer l'auto mesure glycémique au moins une fois par semaine.
- Bien suivre les modifications de mode de vie imposé par la prise en charge thérapeutique du patient.
- Participer aux séances d'éducation des diabétiques et d'échanges entre patients.

/// RÉFÉRENCES

Références :

[1] GRIMALDI A,

Guide pratique du diabète.

2^e édition. Paris : MIMI, 2001 ; 15-24

[2] PERLEMUTER G, MORIN NH,

Endocrinologie-diabétologie-nutrition.

4^e édition. Paris 2001 ; Med-line : 409p.

[3] LÉVY P,

Comment favoriser l'observance dans le diabète de type 2 ?

Rev prat Med G 2004; N°672:1397-1407.

[4] SACKET DL,

Patients and thérapies: getting the two together.

N Engl J Med 1978; 298: 278-9.

[5] REACH G,

Application de la théorie causale de l'action à l'analyse de la non-observance thérapeutique.

Presse Med 2000 ; 29 : 1939-1946.

[6] LEGER S, BEDOUCH P, ALLENET B, CALOP J,

Culture pharmaceutique, perception du traitement médicamenteux et difficultés de consommation des médicaments chez le sujet âgé.

JOURNAL PHARMACEUTIQUE CLINIQUE. 2001 ; 20 : 110-113.

[7] DAHAN R, DAHAN A, CADRANEL J, CAULIN C,

La compliance : mesure de l'adhérence au traitement et au suivi thérapeutique.

THERAPIE 1985 ; 40 : 17-23.

[8] CHARBONNEL B, BOURCIGAUX N,

Diabète insulino-dépendant : Étiologie, physiopathologie, diagnostic, complications, pronostic, traitement.

Revue du praticien 1998\FICHES\330\INDEX.HTM

[9] PENFORNIS A,

Observance médicamenteuse dans le diabète de type 2 : influence des modalités du traitement médicamenteux et conséquence sur son efficacité.

Diabetes Metab 2003 ; 29 : 3S31-3S37.

[10] TOURÉ A I,

Suivi de diabétiques : épidémiologie, traitement, évolution.

Thèse, Med, Bamako, 1988 ; 30.

[11] CISSÉ I A,

La rétinopathie diabétique en médecine interne de l'hôpital national du point G.

Thèse, Med, Bamako, 2002 ; 77.

[12] TOUSSAINT A E,

Etude épidémio-clinique de l'insuffisance rénale chez les diabétiques au service de néphrologie et d'hémodialyse de l'hôpital du point « G ».

Thèse, Med, Bamako, 2004 ; 70.

[13] SANGARÉ S,

Aspects cliniques et épidémiologiques de la neuropathie diabétique : A propos de 37 cas dans le service de médecine interne de l'hôpital national du point « G ».

Thèse, Med, Bamako, 2002 ; 31.

[14] LE BOT M.

Dossier observance.

Rev Prat. Med G 1999; N °469: 1335-1348

[15] CRAMER J.

Microelectronic systems for monitoring and enhancing patient compliance with medication regimen.

Drugs 1995; 49: 321-7.

- [16] HAYNES R B, MONTAGUE P, OLIVIER T, McKIBBON K A, BROUWERS MC, KANANI R.
Intervention for helping patients for follow prescriptions medications.
Cochrane Database Syst Rev 2000; 2:1-28.
- [17] EVANS L, SPELMAN M.
The problem of non-compliance with drugs therapy.
Drugs 1983; 25: 63-76.
- [18] PAES A, BAKKER A, SOE-AGNIE C.
Impact of dosage frequency on patient compliance.
Diabetes Care 1997; 20: 1512-7.
- [19] BOCZKOWSKI J, ZEICHNER A.
Medication compliance and the elderly.
Clin Gerontol 1985; 4: 3-15.
- [20] WEINGARTEN M, CANNON B.
Age as a major factor affecting adherence to medication for hypertension in a general practice population.
Fam Pract 1988; 5: 294-6.
- [21] ANKRI J, LE DISERT D, HENRARD JC.
Comportements individuels face aux médicaments. De l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie. Analyse de la littérature.
SANTÉ PUB 1995 ; 7 : 427-441.
- [22] BARBEAU G, GUIMOND J, MALLER C.
Observance du régime médicamenteux. Médicaments et personnes âgées.
Paris 1991. MALOINE. 576p.

- [23] MANCIAUX M A,
L'observance. Thérapeutique médicamenteuse en gériatrie.
Paris 1993. MASSON : p56-62.
- [24] BERGMANN J-F, Observance. CAULIN C (Dir), CAHSTANY C (Dir),
OAHAN R (Dir)
Méthodologie de l'évaluation thérapeutique.
Paris 1993. MASSON : p42-50.
- [25] CRESIF Colloque des 12 et 13 novembre 2001.
Observance thérapeutique chez les personnes âgées : Synthèse documentaire,
35p.
- [26] VAISSE B, SIHOL F K, BOUCLAGHEM K.
Observance et hypertension artérielle.
Réalités cardiologiques ; N° 161, Novembre 2000.
- [27] ANDREJAK M, GENES N, VAUR L e al.
Electronic pill-boxes in the évaluation of antihypertensive treatment
compliance,:comparison of one daily versus twice daily regimen.
Am J Hypertens 2000; 13: 184-90.
- [28] VAUR L, VAISSE B, GENES N et al.
Use of electronic pills boxes to asses risk of poor treatment compliance,
Results of a large-scale trial.Am J Hypertens 1999 ; 12 : 374-80.
- [29] KRAVITZ R L, HAYS R D, SHERBOURNE C D, DIMATTEO M R,
ROGERS W H, ORDWAY L, GREENFIELD S,
Recall of recommendations and adherence to advice among patients with
chronic medical conditions.
ARCH INTER MED 1993 ; 153 : 1869-1878.
- [30] HAMON A, MESBATH M,
Validation statistique interne d'un questionnaire de qualité de vie.
REVUE EPIDEMIOLOGIQUE ET SANTE PUBLIQUE 1999 ; 47 : 571-583.

[31] FISCHER G N, TARQUINIO C,

Les aspects psychosociaux dans les méthodologies en psychologie de la santé.
PRATIQUES PSYCHOLOGIQUES 1999 ; 4 : 31-43.

[32] KLERK (DE) E, HEIJDE (VAN DER) D, TEMPEL (VAN DER) H,
LINDEN (VAN DER) S.

Development of a questionnaire to investigate patient compliance with
antirheumatic drug therapy.

J RHEUMAT 1999; 12: 2635-2641.

[33] Le GAL V, QUEYREL V, MICHON-PASTUREL, FAUCHAIS A.-L,
LAMBERT M, HACHULLA E, HATRON P-Y, DEVULDER B.

Observance médicamenteuse dans la maladie de Horton.

Rev méd inter 2003 ; 23 :775-780.

[34] CARO J J, SALAS M, SPECKMAN J L et al.,

Persistence with treatment for hypertension in actual practise.

Can Med Ass J 1999; 160:31-7.

[35] HUNTER K A, FLORIO E R, LANGBERG R G.

Pharmaceutical care for home-dwelling elderly persons: a determination of need
and program description.

THE GERONTOLOGIST 1996 ; 4: 543-548.

[36] JEANDEL C, BARRAT V, PIERSON H, PREISS M A, MANCIAUX M
A., PENIN F, CUNY G.

L'observance médicamenteuse et ses facteurs chez le sujet âgé : enquête portant
sur 300 patients hospitalisés.

REV GERIAT 1991; 7: 319-324.

[37] BAYADA J M, PRAS P, BERTRAND F, SANANES G, BABEAU P,

Observance médicamenteuse : enquête réalisée auprès de 170 patients de plus de
65 ans et analyse de la littérature.

LA REV GERIAT 1985; 10: 459-324.

[38] BECKER M H, MAIMAN L A.

Socio behavioural determinant of compliance with health care and medical care recommendations.

Med Care 1975; 13: 10-24.

[39] WALLSTON B S, WALLSTON K A.

Locus of control and health: a review of the literature. Health education monographs.

Long Beach: Spring, 1978: 107-17.

[40] LEGRAIN S.

Du bon usage des médicaments au cours du vieillissement. Extrait de : Vieillir en bonne santé. SEBAG LANOE R. (Sous la direction de). Paris: DESCLEE DE BROUWER 1997 : 287-297.

[41] MEYER T J, VAN KOOTEN D, MARSH S, PROCHAZKA A V,
reduction of polypharmacy feedback to clinicians.

J Gen intern Med 1999; 6: 133-6.

[42] MONSON R, BOND C A, SCHUNA A.

Role of the clinical pharmacist in improving drug therapy. Clinical pharmacists in outpatient therapy.

Arch Intern Med 1981; 141: 1441-4.

[43] NIKOLAUS T, KRUSE W, BACH M, SPECHT-LEIBE N, OSTER P,
SCHLIEF G.

Elderly patient's problems with medication. An in-hospital and follow-up study. EUROPEAN JOURNAL OF CLINICAL PHARMACOLOGY 1996; 4: 255-259.

[44] CHU CH, LEE JK, LAM HC, LU CC.

Prognostic factors of hyperglycemic hyperosmolar nonketotic state.

Chang Gung Med J 2001; 24: 345-51.

- [45] KAVANAGH DJ, GOOLEY S, WILSON PH.
Prédiction of adherence and control in diabetes.
J Behav Med 1993; 16: 509-22.
- [46] PINEIRO F, GIL V, DONIS M, TORRES MT, OROZCO D, MERINO J.
Factors involved in non-compliance with drug treatment in non- insulin
dependent diabètes mellitus.
Aten Primaria 1997; 20: 415-20.
- [47] MENTA D T.
Suivi de l'observance au traitement des antiretroviraux chez les enfants au
service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré à propos de 59 cas.
Thèse, Med, Bamako 2006 ; 324.
- [48] GERMAN P S, KLEIN L E, MC PHEE S J et al.
Knowledge of and compliance with drug regimens in the elderly.
JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY 1982, 30, p568-
571.
- [49] MORRIS A D, BRENNAN G M, McDONALD T M, DONNAN P T.
Population based adherence to prescribed medication in type 2 diabetes: a cause
for concern [Abstract].
Diabetes, 2000, 49 (suppl. 1), A76.
- [50] CRAMER J, MATTSON R, PREVEY M, SCHEYER R, OUELLETTE V.
How often is medication taken as prescribed? A novel assessment technique.
JAMA 1989, 261, 3273-7.
- [51] DONNAN P T, McDONALD T M, MORRIS A D.
Adhérence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of
patients with type 2 diabetes: a retrospective cohort study.
Diabet Med, 2002, 19, 279-84.

[52] SALIOU M.

Suivi clinique et biologique des patients sous antiretroviraux à l'hôpital du point « G ».

thèse, Med, Bamako 2005 ; 41

[53] BAUGUIL G, CHAMBA G, GALLETOT J.

Mais à quoi sert le pharmacien ?

Rev Presc 1998,18, p796-797.

[54] Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle.

Recommandations pour la pratique clinique : Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé. Avril 2000.

[55] CHOCKALINGAM A, BACHER M, CAMPBELL N et al.

Adherence to management of high blood pressure: recommendations of the Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control.

Can J Public Health 1998: 89; 1-5-1-7.

ANNEXES

- Protéinurie des 24 heures
- ECG :

6. TRAITEMENT :

Que connaissez vous sur le traitement de votre ou de vos maladie(s).....
.....
.....

Vous êtes sous quel(s) traitement(s) :

- Mesures hygièno-diététiques seules
- Mesures hygièno-diététiques et ADO
- Mesures hygièno-diététiques et insuline

Faites-vous quel type de traitement :

- Monothérapie Bithérapie Trithérapie

Autres à préciser.....

Vous prenez combien de fois les médicaments par jour :

- Une fois Deux fois Trois fois Autres

Combien de comprimés prenez vous par jour :

- Un Deux trois Plus de trois

Quel coût approximatif par mois vous revient votre traitement ?.....

Quelle durée de suivi faites vous sur votre maladie ?

.....
Qui paye vos médicaments ?

- Vous même tierce personne assurance

Qui vous donne vos médicaments ?

- Vous même tierce personne

7. CONDUITE DU TRAITEMENT:

Suivez vous régulièrement vos prescriptions médicales ?

- Oui Non

Si non, pourquoi:.....

Avez-vous interrompu votre traitement ?

Oui

Non

Si oui, pourquoi :

Oubliez-vous de prendre vos médicaments ?

Si oui combien de fois :

1 fois/semaine

2fois/semaine

3fois/semaine ou plus

1fois/quinzaine

Pourquoi ? Cause d'irrégularité ou de l'interruption :

Indisponibilité du médecin

Rendez-vous difficile

Régime trop sévère

Notice d'information médicale

Conseil médical

Manque d'argent

Manque d'information

Indisponibilité des produits

Effets secondaires

Absence de manifestation ou guérison

Trop de médicament

Durée trop long

Oubli

Fiche signalétique

Nom : *Touré*

Prénom : *Alpha Mahamoud dit karamoko*

Année : *2006-2007*

Ville de soutenance : *Bamako*

Pays d'origine : *Mali*

Titre de thèse : ***OBSERVANCE DU TRAITEMENT CHEZ LES***

DIABÉTIQUES

Lieu de dépôt : *Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie, bibliothèque nationale.*

Secteur d'intérêt : *Médecine interne, Diabétologie*

Résumé :

Le diabète est une maladie chronique qui présente une grande difficulté de prise charge médicamenteuse et surtout un problème d'observance thérapeutique. Nous avons donc mené cette étude transversale systématique de douze mois afin d'évaluer cette observance tout en déterminant les facteurs la favorisant et ses conséquences.

Ainsi nous avons retenu pour l'étude tous les patients diabétiques hospitalisés dans le service ou qui ont été vus en consultation pendant la période d'étude. Alors 90 patients ont fait l'objet de cette étude.

Nous avons donc défini comme bons observants les patients vus au moins une fois tous les trois mois ou ceux qui affirmaient suivre régulièrement et sans interruption leurs prescriptions médicales.

Parmi nos 90 patients, 68 étaient bons observants (soit 75,6%) contre 22 patients non observants (24,4%).

Les facteurs favorisant l'inobservance ont été d'ordre socio démographique, et surtout liés à la maladie et à ses symptômes.

Les conséquences sont aussi bien individuelles que collectives.

Mots clés : *Observance, traitement, diabète*

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le secret de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !