

# PRISE EN CHARGE DES DIABÉTIQUES ÂGÉS DANS UNE CONSULTATION DE PREMIÈRE LIGNE

**Auteurs :** Baazaoui R ; Lazrek S ; Hamdi L ; Khtatfi S ; Hleili Y ; Belhassen N ;  
Mighri O ; Ben Salem R ; Selmi R ; Abdellah N

## INTRODUCTION :

De nombreuses données démographiques et épidémiologiques laissent penser que le diabète du sujet âgé représentera un problème majeur de santé publique au cours du troisième millénaire.

La majorité des études sur le diabète sucré dans notre pays sont faites dans des structures hospitalières portant sur des malades très sélectionnés non représentatifs du type des malades vus par le généraliste en première ligne.

## OBJECTIF :

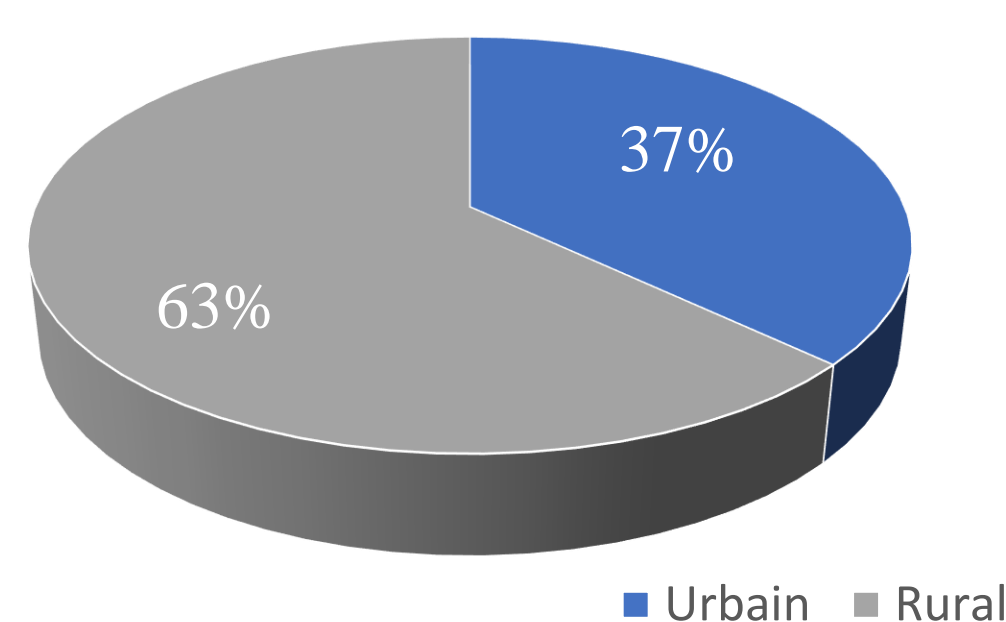
Analyser à travers un profil épidémiologique et éducatif des diabétiques âgés (>60 ans) suivis à la consultation externe de l'hôpital de Bouhaja, les sources de dysfonctionnement de la prise en charge et d'établir des recommandations pratiques permettant d'améliorer la qualité du suivi au niveau primaire.

## MATÉRIEL ET MÉTHODE :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur l'ensemble des diabétiques (n : 109) suivis à notre consultation durant l'année 2017.

## RÉSULTATS :

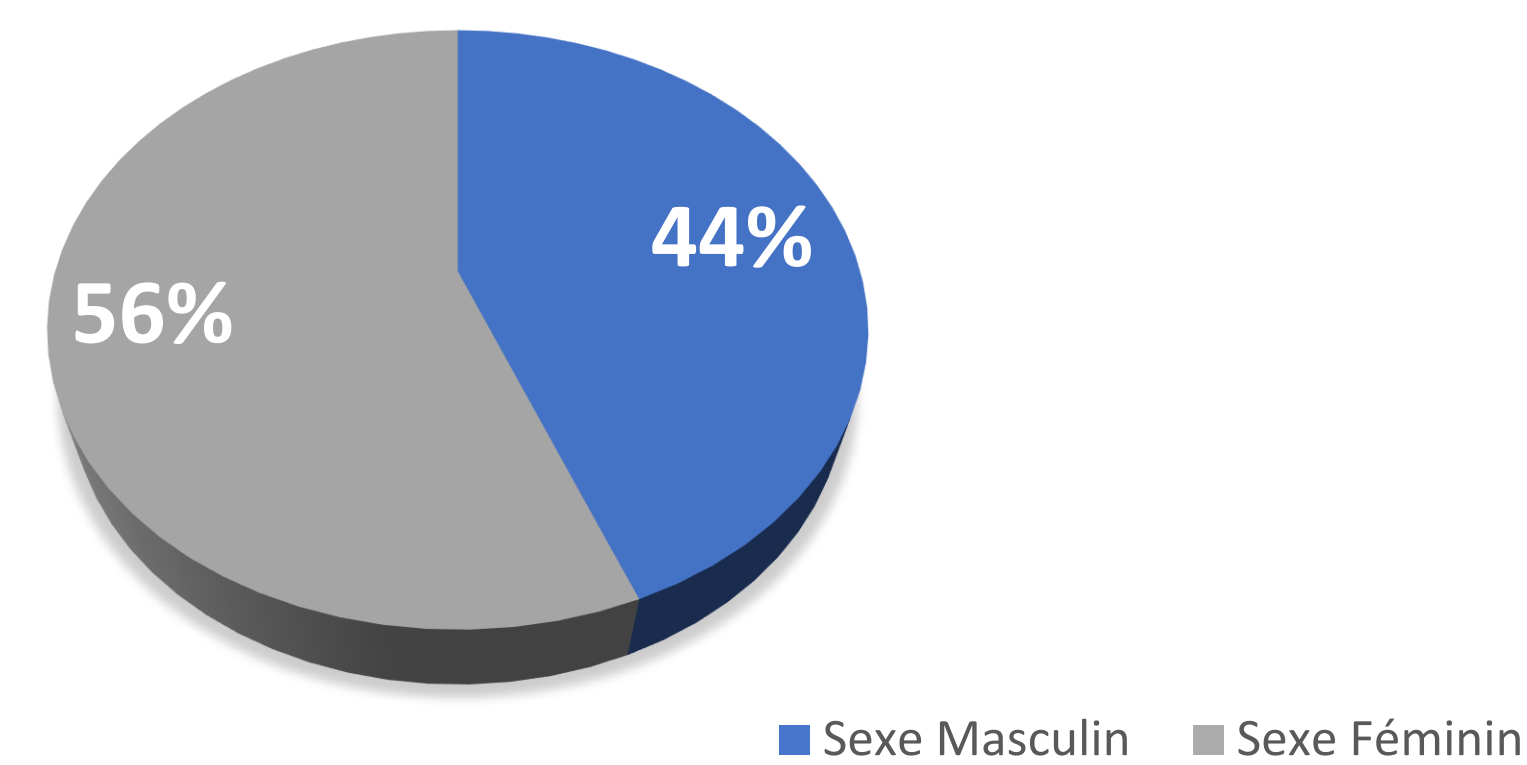
### I-Données épidémiologiques :



RÉPARTITION DES MALADES SELON L'ORIGINE

•Notre échantillon étudié est à prédominance rurale (63%).

•L'âge moyen de nos malades est de 67 ans avec des extrêmes allant de 60 à 91 ans.



RÉPARTITION DES MALADES SELON LE SEXE

•Une légère prédominance féminine était notée ( 56% des cas).

•78% de notre échantillon étudié sont des alphabètes.

•77% sont sans profession.

### • Habitudes :

Habitudes	Nombre	%
Tabac	15	14
Neffa	22	20
Thé	59	54
Café	34	31
Alcool	3	2,8

Le thé et le café constituent les principales habitudes de nos patients dont les taux sont respectivement de 54% et 31% ; alors que la consommation du Neffa était notée dans 20% des cas.

### II-Etude clinique :

• Antécédents familiaux : la notion de diabète dans la famille est retrouvée dans 34% des cas et HTA dans 7% des cas.

•Antécédents personnels de HTA : l'association HTA-diabète était notée dans 42% des cas.

•Obésité : IMC : 27 à 30=>36% des cas.

>30=>30% des cas.

•Ancienneté du diabète :l'ancienneté moyenne du diabète chez nos patients est de 10,5 ans avec des extrêmes allant de 2 à 27 ans.

### • Circonstances de découverte :

C.D.D	Nombre	%
Fortuite	37	34
Symptômes	70	64
Complications	2	2

Dans 64% des cas , le diabète est découvert devant la présence de symptômes ayant motivé le patient à consulter marqués surtout par le SPUPD. Dans 34% des cas, le diabète est de découverte fortuite.

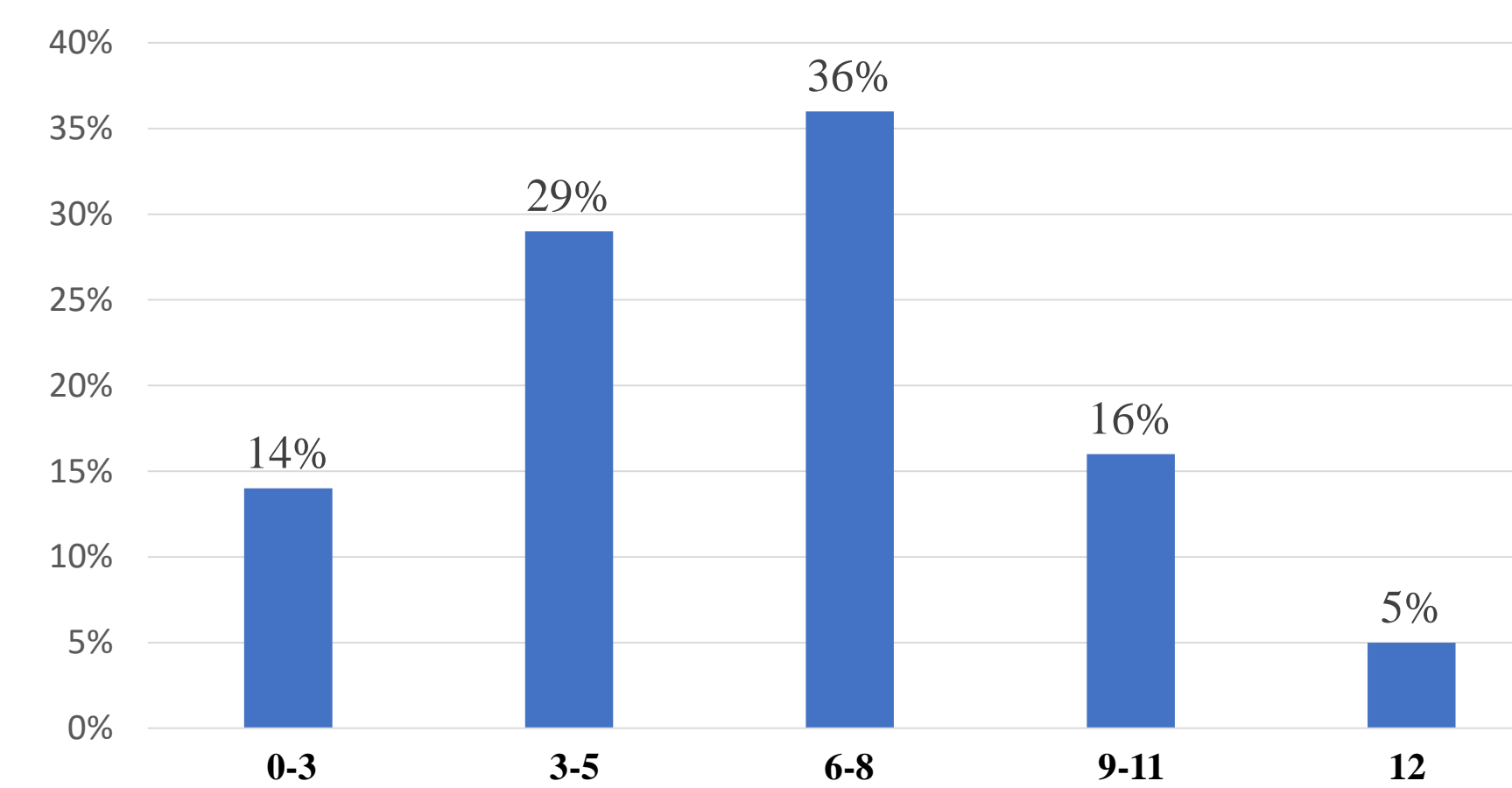
Chez 2 patients, le diabète est découvert à l'occasion d'une complication : gangrène du gros orteil (1 cas) et diminution de l'acuité visuelle ( 1cas).

•Type de diabète :le DNID représente la forme la plus fréquente ( 90% des cas).

## III-Suivi :

### • Nombre de consultations :

Nombre de consultation	Effectif	%
0-3	15	14
3-5	32	29
6-8	39	36
9-11	17	16
12	6	5
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>



NOMBRE DE CONSULTATION AU COURS DE L'ANNÉE 2017

•65% de nos patients ont bénéficié de 3 à 8 consultations par an

•Durant l'année 2017, seulement 5% n'ont perdu aucun jour du traitement contre 43% qui ont perdu au moins 6 mois de traitement.

### • Bilan effectué :

Bilan	Nombre	%
Glycémie	109	100
Uricémie	37	34
Cholestérolémie	37	34
T.G	37	34
Créatinine	37	34
E.C.B.U	28	26
F.O	26	24
E.C.G	46	42
Rx thorax	55	50

•3 malades seulement présentaient une glycémie compatible avec un diabète équilibré.

•Une hypercholestérolémie était notée dans 5,4% des cas et une hypertriglycéridémie dans 19% des cas.

•Le FO à été réalisé chez 24 malades dont 20,8% présentaient une rétinopathie diabétique.

### CONCLUSION :

À la lumière de ces résultats, il existe plusieurs lacunes à différents niveaux (dépistage, exploration, éducation, suivi...) dans la prise en charge des diabétiques en première ligne. L'amélioration de la qualité de cette prise en charge doit être l'objectif primordial de programme national destiné à ces malades chroniques en agissant à différents niveaux :

•Réaliser des enquêtes plus rigoureuses sur l'observance du régime thérapeutique du diabétique.

•Équiper chaque circonscription sanitaire d'un mini-labo biochimique pour les dosages.

•Inciter le médecin traitant à pratiquer le F.O.

•Assurer la disponibilité continue et permanente des médicaments (ADO) dans les pharmacies des C.S.B.

•Recycler les médecins de première ligne pour assurer une bonne prise en charge du diabète.

•Réalisation des enquêtes de dépistage du diabète auprès de la population à risque.

•Mise au point d'un programme d'éducation sanitaire afin de favoriser une prise de conscience du public en matière du diabète et de ses complications.

En effet, il n'est pas aisé toujours d'assurer aux diabétiques un suivi correct et régulier dans les conditions de ressources de la première ligne. Un tel suivi exige la disponibilité du médecin traitant malgré que ce dernier se trouve souvent confronté à des consultations surchargées. Toutes ces difficultés doivent nous inciter à multiplier les efforts et à trouver des solutions en rapport avec nos moyens afin de fournir des soins adéquats à des malades touchés par une affection chronique et exposés à de multiples complications.