

CONFERENCES : H.T.A ET DIABETE

LE PROGRAMME NATIONAL DE PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES ACQUIS ET PERSPECTIVES

Drs NABLI Mounira - BOUDRIGA Nessiba DSSB TUNIS

A la conférence internationale d'Alma-Ata, il y a 25 ans, les malades non transmissibles (MNT) n'étaient pas figurées dans la liste des huit éléments essentiels des soins de santé de base. Ces maladies étaient alors considérées comme maladies des pays industrialisés, dues à des modes de vie différents des nôtres.

Entre-temps les MNT ont fait leur apparition et ont beaucoup progressé dans les pays en développement et leur poids de plus en plus lourd risque de compromettre le développement socio-économique de tous les pays. L'OMS dans son rapport annuel 2003 rappelle que cinq des dix facteurs de risque les plus courants dans le monde, lesquels sont de bons indicateurs des futurs problèmes de santé, sont spécifiques aux maladies non transmissibles / HTA, tabagisme, hypercholestérolémie, obésité et sédentarité. Ceci est la manifestation de la transition épidémiologique actuelle, dite de la « double charge » dans laquelle, les MNT et leurs facteurs de risque viennent s'ajouter au fardeau des maladies transmissibles (MT)

En Tunisie, les principales causes de mortalité sont dominées actuellement par les maladies du système circulatoire (AVC, Infarctus ...), les cancers et les maladies respiratoires puis les accidents de la voie publiques.

Actuellement, l'HTA atteint 36% de la population âgée entre 35 et 64 ans, le diabète atteint 15 % de la même population, l'obésité 16 % de la population générale (24.4% des femmes et 8.2% des hommes) par ailleurs, 53% des hommes sont fumeurs contre 6 % des femmes.

les maladies chroniques sont graves de par leur coût médical et social très élevé et de par leurs complications graves et handicapantes.

Un programme national de prise en charge des hypertendus et des diabétiques a été mis en place depuis 1993, ce programme vise l'amélioration de la qualité de prise en charge des hypertendus et des diabétiques en 1^{ère} ligne dans le but de réduire les complications dégénératives. Pour atteindre cet objectif les médecins de santé publique doivent tout mettre en œuvre pour promouvoir les modes de vie sains, dépister et traiter les facteurs de risque, dépister précocement le diabète et l'HTA, assurer un suivi régulier et correct de ces pathologies et rationaliser l'utilisation des médicaments anti-diabétiques et anti-hypertenseurs.

Il est à remarquer que ce programme est passé par plusieurs étapes :

** La 1^{ère} étape a consisté en la préparation d'un référentiel contenant les modalités de prévention et de prise en charge des maladies chroniques, puis la formation des médecins de santé publique de 7 régions (4 régions où existent des services universitaires et 3 autres qui en sont dépourvues).*

** La 2^{ème} étape a consisté en la généralisation de cette formation à la presque totalité des médecins et l'élaboration du système de recueil des données : le dossier médical, le registre des chroniques, le carnet de suivi et le rapport annuel.*

** La 3^{ème} étape a consisté à assurer la qualité de cette prise en charge en 1^{ère} ligne et ce par la désignation de médecins coordinateurs régionaux de ce programme, l'institution de consultation individualisée et/ou personnalisée dans les CSB de type III et IV, la définition des groupes à risque de pré diabète et HTA, la disponibilité des médicaments essentiels et*

l'élaboration de schémas thérapeutique , la disponibilité du matériel spécifique au dépistage et au contrôle de ces pathologies et de leurs complications.

Par ailleurs des indicateurs quantitatifs et qualitatifs ainsi qu'un outil de micro- planification (le monitoring) ont été élaborés afin d'évaluer l'impact de cette stratégie sur la qualité de prise en charge des malades chronique

Ainsi, le nombre de diabétiques et d'hypertendus suivis en 1ere ligne ne cesse d'augmenter d'année en année , par contre le nombre de ceux qui viennent pour seulement s'approvisionner en médicaments diminue de façon très importante. Le nombre de diabétiques et d'hypertendus découverts au stade de complications est également entrain de diminuer. L'âge de découverte de la maladie est de plus en plus précoce et l'observance au traitement et aux règles hygiéno-diététiques est de plus en plus respectée.

La qualité de prise en charge est enfin prouvée par l'obtention d'un équilibre glycémique et tensionnel, une réduction du handicap du aux complications et une hospitalisation moins fréquente et de là une meilleure qualité de vie du malade.

Comme perspectives futures, on se propose de généraliser la formation des nutritionnistes en matière d'éducation des diabétiques, d'améliorer le suivi des diabétiques par le dosage de l'Hémoglobine A 1 c de créer des unités d'éducation des diabétiques dans les circonscription sanitaires et enfin d'impliquer le secteur privé.

QUELLES STRATEGIES POUR L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES HYPERTENDUS ET DES DIABETIQUES

Professeur Habiba Ben Romdhane

Responsable du Laboratoire de Recherche « Epidémiologie et prévention des
maladies cardiovasculaires en Tunisie » I.N.S.P.TUNIS

De par leur fréquence et leurs conséquences médico économiques et sociales, l'hypertension artérielle et le diabète constituent désormais un problème de santé publique majeur en Tunisie. Les enquêtes hospitalières ainsi que les enquêtes en population ont montré que la prévalence de ces états morbides est élevée et que le pourcentage des patients non équilibrés par le traitement est élevé. La faible efficacité du traitement peut s'expliquer par l'attitude des malades vis à vis de la maladie. En effet, ils considèrent que le traitement se limite à la prise médicamenteuse et négligent ainsi les mesures hygiéno diététiques et l'activité physique. En outre, nombreux d'entre eux arrêtent leur prise médicamenteuses quand ils se « sentent bien ». Enfin, la régularité de la prise médicamenteuse peut être affectée par la rupture de stock, fréquemment observée dans les centres de santé de base. Ces constats posent le problème crucial de l'amélioration de la qualité de la prise en charge de ces maladies qui font l'objet d'un programme national depuis plusieurs années. Les expériences dans ce domaine sont basées sur l'analyse de la situation et la mise en place de stratégies pertinentes au regard des problèmes identifiés. Les grands axes stratégiques ayant fait leurs preuves dans ce domaine, sont l'organisation des soins et la responsabilisation des patients dans la prise en charge de leur propre maladie. La mise en place de ces axes nécessite la formation des médecins aussi bien dans le domaine médical technique que dans le domaine psycho affectif.

AUDIT DE LA PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE DANS LA REGION SANITAIRE DE SOUSSE

Prof Aq Ahmed Ben Abdelaziz & Prof Hassen Ghannem
Service d'Epidémiologie. CHU Farhat Hached, Sousse.

L'hypertension artérielle (HTA) constitue actuellement un problème de santé publique prioritaire en Tunisie par sa fréquence élevée, la gravité de ses complications cardiovasculaires et son coût économique très élevé. Elle a bénéficié d'une attention particulière du Programme National de Prise en Charge des Maladies Chroniques qui a proposé une stratégie de rationalisation de son suivi dans les structures de première ligne. Cependant la prise en charge de l'HTA, assurée essentiellement par les centres de santé de base (CSB), nécessite l'évaluation périodique de sa qualité en se référant aux données actuelles de la science.

L'objectif de ce travail est de décrire le processus de prise en charge de hypertendus suivis en première ligne à travers un audit mené sur un échantillon représentatif de 456 hypertendus suivis dans 7 CSB de la région sanitaire de Sousse en 2002. Le référentiel a été élaboré à travers une synthèse des recommandations du programme national des maladies chroniques, de guidelines de l'OMS et des rapports de la JNC, après leur adaptation au contexte organisationnel régional. Ce référentiel est composé de cinq items :

- **L'éligibilité** : n'étaient pas considérés éligibles à un suivi en première ligne, les patients ayant un niveau de risque cardiovasculaire absolu « très élevé ».
- La réalisation du **bilan minimal standard** composé des explorations suivantes: glycémie, cholestérol total sanguin, créatinine, ionogramme sanguin, protéinurie, électrocardiogramme, radiographie de thorax et fond d'œil, au minimum une fois tous les deux ans.
- **Adéquation du traitement médicamenteux** qui devrait être composé soit d'un diurétique et/ ou d'un bêta bloquant.
- **L'observance médicamenteuse** jugée satisfaisante lorsqu'au minimum 80 % des contacts avec la pharmacie (soit dix livraisons ou plus) ont été réalisés pendant une durée de six mois.
- Le **contrôle tensionnel** est la normalisation de la tension artérielle d'au moins de 140/90 mm Hg.

Parmi les principaux résultats de notre étude:

- ❖ 21 % des patients avaient un risque cardiovasculaire très élevé.
- ❖ Seulement 8 % des patients avaient bénéficié du bilan minimal .
- ❖ 34 % des hypertendus étaient traités par des médicaments inappropriés
- ❖ Le taux d'observance médicamenteuse n'a pas dépassé 59 %.
- ❖ Un contrôle tensionnel a été assuré seulement chez 5,5 % des patients.

*Il ressort de cet audit que la prise en charge de l'hypertension artérielle en première ligne souffre de plusieurs insuffisances d'organisation des soins dont essentiellement : Le **dysfonctionnement du système d'orientation recours**: un patient sur cinq aurait été référé au deuxième échelon des soins pour bénéficier de l'expertise des équipes spécialisées en cardiologie ou en médecine interne.*

- **La faiblesse du plateau technique** dans les structures de première ligne entraînant la non réalisation du paquet minimum des examens : biologique, électrique et radiologique, exigées pour le suivi des hypertendus.
- **La variabilité des schémas thérapeutiques** de l'HTA chez les praticiens en première ligne témoignant de l'absence des protocoles standardisés (ou de leur faible adhérence à ces protocoles)

CONF HD 4 **ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DU DIABETE**
DANS LA REGION DE KASSERINE

Drs : A, Abid¹ , I. Arfa² , B. Mahmoudi³ , S. Abdelhak² , GMSP³ ,
Khmaies. Hassine.³

- 1 : Institut National de Nutrition et de technologie alimentaire, Tunis,
2 : Institut Pasteur de Tunis,
3 : Direction Régionale de la Santé Publique de Kasserine , GMSP (groupe de
médecins de la Santé Publique de Kasserine).

Le diabète est l'une des maladies chroniques les plus graves constituant un problème sérieux de santé publique en terme de séquelles, qualité de vie, mortalité et coût pour la santé. Il s'agit d'une maladie multifactorielle avec l'intervention de facteurs génétiques et environnementaux agissant conjointement. C'est une maladie fréquente qui affecte plus de 150 million de personnes dans le monde entier, les estimations prédisent que plus de 300 million de personnes souffriront du diabète en 2025.

Sa prévalence est variable d'une population à une autre avec des valeurs plus élevées pour les pays hautement industrialisés 10 à 20 % et plus faibles dans les pays moins industrialisés 1 à 3 % (en Afrique), La Tunisie occupe une place intermédiaire, la prévalence est de 9.6 % chez les sujets 20-60 ans et 3.6 % dans les zones rurales.

Dans la présente étude nous avons entamé une étude épidémiologique du diabète dans la région de Kasserine. Cette région présente des conditions socio-économiques différentes des grandes villes où l'urbanisation est très évoluée, et par conséquent le mode de vie reste encore plus sain et les habitants sont théoriquement moins exposés au diabète. Des enquêtes ont été menées dans les centres de soins de santé de base. Elles ont montré que le nombre total de diabétiques âgés de 15 ans et plus inscrits est de 3757 soit une prévalence de 0.9 %.

La répartition des cas selon les localités de cette région montre que Les prévalences les plus élevées sont observées dans la région de Kasserine Nord et Feriana avec 1.1 et 1.2 % respectivement et les prévalences les plus faibles sont observées dans les régions de Hassi El Frid, Hidra, Laayoun et Sbiba (0.4, 0.6, 0.6, 0.6 % respectivement). La répartition régionale selon le type du diabète pour un échantillon représentatif de 1232 diabétiques montre 75.5% pour le diabète type 2 et 18.50 % pour le type 1 et 6% des cas sont difficile à classer avec les données actuelles de cette étude.

Cette étude préliminaire montre une faible prévalence du diabète dans la région et nécessite une extension plus précise de l'étude avec dépistage des cas méconnus et prévision des moyens d'action pour la prévention et une meilleure qualité de la prise en charge de la maladie et de ses complications.

En perspectives, une étude épidémiologie génétique sera menée dans la région de Kasserine afin d'évaluer l'influence des facteurs d'environnements (protection, exposition) le risque de récurrence intra familial et une possible influence de la consanguinité sur la prévalence du diabète dans cette région.

Ces étude permettraient d'identifier des cas familiaux avec une évidence de contribution de facteurs génétiques, de la susceptibilité au diabète, étape indispensable avant d'initier l'étude moléculaire.

EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES HYPERTENDUES ET DES DIABETIQUES A TRAVERS UN AUDIT DES DOSSIERS A KASSERINE

Dr B Mahmoudi.— Pr H Ben Romdhane - Dr M Mhamdi. – Dr M.M Hizi. –
Dr BOUGATF.— Dr A Haddadi. – Dr M. Jedli– Dr I. Makhlouf – Dr A Fendri. –
M Sanouchi. – Dr Ch Amiche. - Dr M.N Bouallagui. –Dr A. Hajji – Dr M Sassi.-
Dr A. Garsalli – Dr A Elfahem. – Dr H Wannene. – Dr M Haouani.- Mr M.N.Khadraoui
1 : Institut National de S.P. TUNIS

Objectif : *Le programme national de prise en charge des hypertendus et des diabétiques mis en place depuis plusieurs années a pour objectifs le dépistage précoce de ces maladies et l'amélioration de leur prise en charge.*

C'est dans ce cadre que s'intègre la démarche évaluative que nous avons menée en 2005. et dont l'objectif est précisément de faire le diagnostic de la situation de la prise en charge des diabétiques et des hypertendus dans la région sanitaire de Kasserine.

Méthodologie : *Il s'agit d'une étude rétrospective menée au niveau de toute les circonscriptions sanitaire de la région. La population de l'étude est constituée par les malades consultants dans les centres de santé de base. L'échantillon est tiré au sort selon un sondage systématique avec une fraction de sondage à 1/10. Une grille d'évaluation comportant plusieurs items est élaborée et elle a servi pour le recueil de données. Au total 900 dossiers sont analysés. Les femmes représentent 68% de l'ensemble des malades suivis L'age moyen est de 61.7 ±.15 ans et l'age médian est de 65 ans. 60.4% sont analphabètes, 26.4% ont le niveau primaire , 11,3% le niveau secondaire et 1.9% le niveau supérieur.*

Résultats : *31% des malades sont suivis pour diabète, 57.4% pour hypertension et 11.3% pour les deux maladies. Les circonstances de découverte sont : La maladie est découverte à l'examen systématique chez 26% des diabétiques et 56% des hypertendus .L'ancienneté de la maladie est de 3.3 ans pour le diabète et 5.7 ans pour l'hypertension artérielle. Plusieurs items importants dans la prise en charge ne sont pas notés sur le dossier A titre illustratif, .Le traitement actuel dans 31.3% des cas, la taille dans 78.3%, le poids dans 45.2%, La tension artérielle dans 35.7%, , le rythme cardiaque dans 66.1%, le pouls dans 71.3% des cas. Les bilans biologiques et les explorations radiologiques et échographiques ne sont notés que dans un tiers des cas en moyenne*

Les médicaments les plus prescrits sont les biguanides seuls ou en association, pour les diabétiques et les diurétiques seuls ou en association. Le régime est rarement prescrit.

Conclusion : *les résultats de cette étude ont permis de relever les lacunes dans la prise en charge des diabétiques et des hypertendus. L'objectif de l'équipe est de redresser la situation par la formation, l'encadrement et la supervision.*

ACTUALITES DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE

Pr Kachboura S. Ibn elhadj Z.

Service de cardiologie. Hôpital Abderrahmen Mami. Ariana.

La prise en charge de l'hypertension artérielle a connu ces dernières années une importante évolution intéressant en particulier l'aspect thérapeutique.

Un grand nombre d'essais cliniques a été publié portant sur l'importance du contrôle de la pression artérielle et des autres facteurs de risques cardiovasculaires dans la prévention du risque cardiovasculaire global. Ces essais ont également évalué l'intérêt de diverses classes thérapeutiques sur des terrains aussi particulier que l'insuffisant cardiaque, l'insuffisant rénal, dans le post infarctus du myocarde ou chez le patient ayant des antécédents d'accident vasculaire cérébral.

L'importance des résultats de ces essais a amené les sociétés savantes américaines et européennes à réviser leurs recommandations concernant la prise en charge de l'hypertension artérielle.

L'HTA est actuellement définie par une pression artérielle systolique (PAS) \geq à 140 mm Hg et/ou une pression artérielle diastolique \geq 90 mm Hg constatée à au moins 3 reprises lors de 2 consultations différentes. La mesure de la pression artérielle étant réalisée chez un patient calme, au repos depuis au moins 15 minutes en utilisant un brassard adapté. La pression artérielle sera mesurée aux deux bras, en position couchée puis debout.

Le "JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE" a dans sa septième édition (JNC 7) introduit la notion de pré hypertension chez le patients présentant une PAS entre 120 – 139 mm Hg et/ou une PAD entre 80 et 89 mm Hg pour insister sur l'importance du rôle que joue la pression artérielle en tant que facteur de risque cardiovasculaire chez ces patients. Ce risque impose un suivi régulier de ces patients et une action sur tous les facteurs de risques modifiables.

La prise en charge de l'HTA doit viser en plus de la normalisation des chiffres tensionnels, une réduction du risque d'accidents cardiovasculaires à 10 ans, ce risque pouvant varier de moins de 15% chez les patients à faible risque à plus de 30% chez les patients à risque élevé. Une évaluation de ce risque s'impose donc avant d'entamer le traitement et il faut souligner que la relation entre le niveau de la PA et le risque de complications cardiovasculaires est continue, réelle et indépendante des autres facteurs de risque cardiovasculaire. Le risque d'accidents cardiovasculaires commence à augmenter pour une PA de 115/75 mm Hg et double pour chaque augmentation de la PA de 20 mm Hg de systolique et/ou 10 mm Hg de diastolique et ce pour des niveaux de PA entre 115/75 mm Hg et 185/115 mm Hg.

La prise en charge de l'HTA passe par une bonne relation médecin malade, le médecin doit expliquer à son patient l'intérêt d'un contrôle optimal de la pression artérielle et l'importance des mesures hygiéno-diététiques. Il doit fixer les objectifs thérapeutiques (TA < 140/90, TA <

130/85 si insuffisance rénale ou diabète et TA < 125/75 si protéinurie > 1g/l chez un diabétique) et en informer son patient.

Lorsqu'un traitement médical s'avère indispensable, il est préconisé de commencer par une des classes thérapeutiques suivantes : diurétiques thiazidiques, β bloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, antagonistes de l'angiotensine 2 ou inhibiteurs calciques avec une préférence pour les diurétiques thiazidiques dans le JNC 7.

Lorsqu'il existe des circonstances cliniques particulière, certaines classes ont des indications privilégiées dont l'intérêt a été démontré dans de larges essais cliniques :

- Chez l'insuffisant cardiaque et dans le post infarctus du myocarde on privilégiera les β bloquants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les antagonistes de l'angiotensine 2 et les anti aldostérones.

- Chez le diabétique avec une atteinte rénale on privilégiera les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et les antagonistes de l'angiotensine 2.

- Chez le patient ayant des antécédents d'accident vasculaire cérébral on privilégiera les diurétiques thiazidiques et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion.

Une nouvelle notion a été introduite dans le JNC7 : l'intérêt d'une bithérapie à faible dose en première intention lorsque les chiffres tensionnels sont loin de l'objectif thérapeutique. De même il est plus judicieux d'associer un deuxième anti hypertenseur si le premier est inefficace plutôt que d'augmenter les doses du premier. Deux raisons expliquent cette attitude :

- Une bithérapie permet de contrôler l'HTA dans 70% des cas contre 30% pour une monothérapie.

- Prescrire un seul médicament à forte dose favorise l'apparition des effets indésirables.

Une deuxième notion importante a été introduite dans les dernières recommandations européennes : l'importance de démarrer un traitement anti hypertenseur chez les patients à haut ou très haut risque cardiovasculaire ayant une PAS entre 130 et 139 mm Hg et/ou une PAD entre 85 et 89 mm Hg.

Concernant la poussée hypertensive définie par une élévation tensionnelle ≥ 180 mm Hg pour la PAS et/ou 110 mm Hg pour la PAD deux situations doivent être distinguées : l'élévation tensionnelle avec souffrance viscérale immédiate mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel à court terme et imposant une prise en charge intensive et l'élévation tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate qui impose une enquête étiologique plus approfondie et dont la prise en charge rejoint les recommandations usuelles.

NOUVEAUTES THERAPEUTIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DU DIABETE.

Drs : A, Abid

Institut National de Nutrition et de technologie alimentaire, Tunis,

Le diabète est une maladie très complexe. Il est dû à des anomalies aboutissant à des difficultés des systèmes hormono métaboliques de l'organisme de gérer les substrats énergétiques (Glucose, Triglycérides) à plusieurs niveaux : captation, utilisation, mise en réserve, production endogène et réutilisation. L'intervention thérapeutique a plusieurs composantes a pour but de corriger ces défauts. Cette correction doit être ciblée et adaptée aux anomalies présentes et doit faciliter le mouvement des substrats énergétiques et leur utilisation et éviter leur accumulation aussi bien dans le lit vasculaire que dans les tissus de réserve.

L'analyse initiale de la situation clinique (type de diabète, état des réserves, poids, BMI, tour de taille,...) diététique (type d'alimentation, niveau calorique et qualité des nutriments,...) du niveau d'activité et des dépenses énergétiques et du suivi, permet de choisir et sélectionner les modalités thérapeutiques appropriées à la situation présente et de les ajuster et adapter.

Le couple solidaire diététique exercice physique constitue la première intervention fondamentale de base. La correction de ce couple implique que les calories apportées seront dépensées et donc pas d'accumulation. Ceci permet un meilleur fonctionnement des systèmes hormonométaboliques et aussi d'assurer l'efficacité des effets pharmacologiques des médicaments choisis et accomplir ainsi le succès thérapeutique. Les progrès réalisés en nutrition (composition des aliments, indice et charge glycémique des aliments....) permettent une meilleure orientation de la diététique pour le contrôle métabolique.

Les nouveautés thérapeutiques actuelles répondent mieux au défaut physiopathologique et assurent une meilleure qualité du contrôle métabolique. L'apparition des nouvelles insuline modifiées, insuline analogue à action rapide insuline Glargine à action lente permettent une meilleure couverture de l'insulinémie basale et post prandiale en évitant les accidents hypoglycémiques. Les nouvelles techniques d'injection par stylo injecteur permettent plus de confort et une meilleure application au traitement . Dans le diabète type 2, des nouvelles molécules comme les Glinides ont une action ciblée pour corriger le pic précoce de l'insulinosécrétion et les glitazones pour améliorer la sensibilité des tissus à l'insuline et réduire l'insulinorésistance . L'avenir pour le diabète type 1 attend la maîtrise des nouvelles techniques pratiques de la greffe des cellules B protégées et de la thérapie cellulaire qui sont actuellement encore en phase d'essais thérapeutiques dans plusieurs centres de recherches.