

Observance du traitement antidiabétique dans un pays en développement : le cas du Burkina Faso (Afrique subsaharienne)

Observance to antidiabetic treatment in a developing country: The case in Burkina Faso (sub-Saharan Africa)

H. Tiéno, M. Bouda, D-D. Ouédraogo,
R. Traoré, C. Ouédraogo, YJ. Drabo

Service de médecine interne,
Centre hospitalier universitaire
Yalgado Ouédraogo,
Ouagadougou, Burkina Faso.

Résumé

La qualité de l'observance du traitement demeure un problème important dans la prise en charge des maladies chroniques. L'objectif de ce travail était d'étudier l'observance du traitement du diabète sucré et les facteurs associés dans un pays en développement en Afrique sub-Saharienne, le Burkina Faso. Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, conduite de mai 2006 à juin 2007. Elle a porté sur le traitement médicamenteux chez des diabétiques connus depuis au moins 6 mois. Les patients ont répondu à un questionnaire standardisé sur l'observance. La qualité de l'observance a été classée en observance optimale, moyenne et mauvaise. Les différentes causes d'inobservance et les facteurs associés ont été recensés.

L'étude a concerné 216 patients (sex ratio H/F : 0,39), d'âge moyen 53,5 ans. Il s'agissait en majorité (94 %) de patients atteints d'un diabète de type 2, vivant surtout en zone urbaine (87,5 %). La qualité de l'observance était optimale chez 101 (46,8 %) patients, moyenne chez 39 (18,0 %) et mauvaise chez 76 (35,2 %) patients. Les causes d'inobservance étaient dominées par l'oubli, l'inaccessibilité financière et géographique. Les facteurs associés à cette inobservance étaient la résidence en zone semi-urbaine ou rurale, l'augmentation du nombre de prises quotidiennes et du nombre de comprimés par jour.

Les facteurs particuliers au contexte du Burkina Faso sont essentiellement liés à la pauvreté. Notre taux d'observance optimale devrait logiquement s'améliorer avec une éducation thérapeutique et un meilleur soutien financier et d'accompagnement des patients.

Mots-clés : Observance – traitement – diabète sucré – Afrique sub-Saharienne.

Summary

The quality of treatment adherence remains an important issue in the management of chronic diseases. The objective of this work was to study the adherence to the treatment of diabetes mellitus and associated factors in a developing country in sub-Saharan Africa, Burkina Faso. This was a descriptive cross-sectional study, conducted from May 2006 to June 2007. It focused on drug therapy in diabetic patients known for at least 6 months. Patients answered a standardized questionnaire on adherence. The quality of compliance has been classified as optimal, average, and poor adherence to treatment. The various causes for non compliance and associated factors have been identified.

The study involved 216 patients (sex ratio M/F: 0.39), mean age 53.5 years. They were mostly (94.0%) patients with type 2 diabetes, mainly living in urban areas (87.5%). The quality of compliance was optimal in 101 (46.8%) patients, average in 39 (18.0%) and poor in 76 (35.2%) patients. The causes of non compliance were dominated by forgetfulness, financial and geographical inaccessibility. The factors associated with non compliance were residence in semi urban or rural areas, increasing the number of daily doses and number of tablets per day.

Factors more specifically related to the context of Burkina-Faso are mainly related to poverty. Our optimal adherence rate should logically improve with education and a better therapeutic and financial support of patients.

Key-words: Compliance – treatment – diabetes mellitus – Sub-Saharan Africa.

Correspondance :

Hervé Tiéno
03-BP 7022
Ouagadougou 03
Burkina Faso
tienoh@yahoo.fr

Introduction

La normalisation de la glycémie est primordiale dans la prévention des complications chroniques du diabète sucré. Bien que des médicaments efficaces et des protocoles de traitement bien établis existent, cet équilibre n'est pas toujours atteint. La mauvaise observance des traitements de longue durée pour les maladies chroniques, tel que le diabète sucré en est une des causes essentielles [1].

Au Burkina Faso, comme dans beaucoup de pays en développement, la prise en charge du diabète est rendue encore plus difficile chez la plupart de nos patients en raison de l'absence de système de sécurité sociale et de la précarité du contexte socio-économique [2-4]. Ce travail a eu pour but d'évaluer l'observance du traitement antidiabétique et de rechercher les facteurs associés à l'inobservance de ce traitement au Burkina Faso.

Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale, observationnelle, déclarative, ayant pour cadre le service de médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso), service de référence pour le suivi des patients diabétiques. Celle-ci s'est déroulée du 1^{er} mai 2006 au 30 juin 2007.

Ont été inclus les patients diabétiques :
- suivis depuis au moins 6 mois ;
- traités par insuline et/ou antidiabétiques oraux (ADO) ;
- et ayant accepté de participer à l'étude.

Le diagnostic de diabète sucré a été retenu sur les critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Tous les patients diabétiques remplissant les critères établis ont été systématiquement inclus. Les données ont été collectées en interrogeant les patients et en exploitant les dossiers de suivi.

Seule l'observance du traitement médicamenteux antidiabétique a été étudiée. L'adhésion aux mesures hygiéno-diététiques n'a pas été prise en compte dans cette étude.

Les éléments suivants ont été appréciés : le type de médicament utilisé (insuline ou ADO), le nombre d'administrations par jour, le nombre de comprimés par jour, le nombre d'injection d'insuline.

L'observance a été évaluée selon quatre classes : aucun non-respect de la prescription médicamenteuse par mois, un à trois non-respects par mois, un non-respect par semaine, et plus d'un non-respect par semaine. Est appelé « non-respect », la non prise d'un traitement, le non-respect de la posologie ou de la fréquence des prises.

La qualité de l'observance a été classée en optimale (aucun non-respect par mois), moyenne (un à trois non-respect par mois), et mauvaise (au moins quatre non-respects par mois).

Les différentes causes de l'inobservance, ainsi que les facteurs associés ont été recensés.

Résultats

Deux cent seize patients ont été recrutés pendant la période de l'étude, 155 femmes (71,8 %) et 61 hommes (28,2 %), soit un sex-ratio de 0,39. L'âge moyen était de 53,5 ans (extrêmes : 22-87 ans). La population étudiée résidait essentiellement en zone urbaine : 189 patients (87,5 %) vivaient en ville, 19 (8,8 %) en zone semi-urbaine et huit (3,7 %) en zone rurale. Les patients scolarisés de niveau primaire, secondaire ou supérieur, étaient au nombre de 112 (51,9 %) et 104 (48,1 %) étaient non scolarisés. Quarante-sept patients (21,8 %) avaient des antécédents familiaux de diabète. Dans 203 cas (94,0 %), il s'agissait d'un diabète type 2. Nous avons recensé 12 cas de diabète de type 1 (5,5 %) et un cas de diabète secondaire (pancréatite chronique calcifiante).

Cent soixante-dix-huit (82,4 %) patients étaient traités par ADO uniquement, 35 (16,2 %) par insuline seule et trois patients (1,4 %) par ADO et insuline.

Le traitement en deux prises quotidiennes concernait plus de la moitié (57,5 %) des patients sous ADO. Dans notre étude, 98 patients (54,1 %) avaient un traitement antidiabétique consistant en deux comprimés par jour, 32 patients (17,7 %) en trois comprimés par jour et 27 patients (14,9 %)

sous forme d'un seul comprimé par jour. Quatre, quinze et cinq patients devaient prendre quatre, cinq et six comprimés d'ADO par jour, respectivement.

Parmi les 38 patients diabétiques sous insulinothérapie, 34 étaient traités par deux injections par jour, trois par une seule injection, et un patient, par trois injections par jour.

La qualité de l'observance a été estimée optimale chez 101 patients (46,8 %), moyenne chez 39 (18,0 %), et mauvaise chez les 76 autres (35,2 %).

L'oubli du traitement était la cause d'inobservance rapportée la plus fréquente (tableau I). L'oubli et l'inaccessibilité financière étaient cités respectivement par 43,5 % et 32,2 % des patients qui n'avaient pas une observance optimale. L'observance optimale a une fréquence qui diminue de la zone urbaine (49,2 %) vers la zone rurale (12,5 %). La relation est statistiquement significative ($p = 0,02$) (tableau II).

Parmi les patients traités par une mono-prise quotidienne, 63,3 % avaient une observance optimale, alors qu'elle ne concernait que 46,8 % de ceux ayant un traitement en trois prises par jour et 39,4 % de ceux traités en deux prises journalières. La relation entre l'observance et le nombre de prises quotidiennes est statistiquement significative ($p = 0,047$) (figure 1).

Le meilleur taux d'observance optimale (66,7 %) est obtenu avec les traitements antidiabétiques oraux ne consistant qu'en un comprimé par jour. Le taux de mauvaise observance augmente progressivement lorsque l'on passe d'un seul à trois comprimés par jour (figure 2). Il existe un lien statistique entre le nombre de comprimés par jour et la qualité de l'observance ($p = 0,05$).

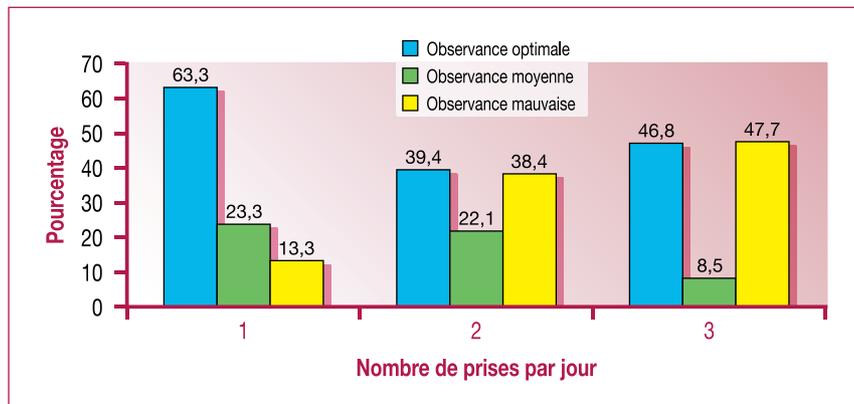
Tableau I : Fréquence des causes de l'inobservance (n = 216).

	Effectif	Pourcentage
Oubli	50	23,1
Inaccessibilité financière	37	17,1
Inaccessibilité géographique	9	4,2
Effets indésirables liés au médicament	7	3,2
Autres	18	8,3

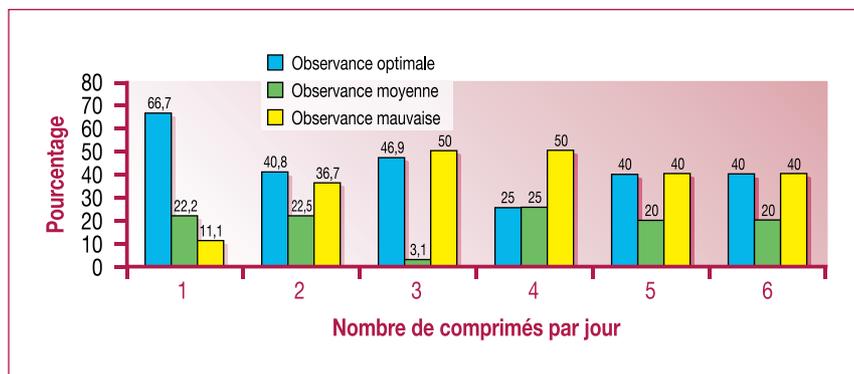
Tableau II : Répartition des patients selon la qualité d'observance et la zone d'habitation (n = 216).

	Observance optimale	Observance moyenne	Mauvaise observance	Total
Zone rurale	1 (12,5 %)	2 (25,0 %)	5 (62,5 %)	8
Zone semi-urbaine	7 (36,8 %)	1 (5,3 %)	11 (57,9 %)	19
Zone urbaine	93 (49,2 %)	36 (19,0 %)	60 (31,8 %)	189
Total	101	39	76	216

$p = 0,02$ pour la relation entre observance optimale et zone d'habitation ; elle diminue de la zone urbaine vers la zone rurale.

**Figure 1 : Répartition des patients selon la qualité de l'observance et le nombre de prises médicamenteuses journalières** (n = 181).

Observance optimale : aucun non-respect par mois ; **observance moyenne** : un à trois non-respect par mois ; **observance mauvaise** : au moins quatre non-respects par mois.

**Figure 2 : Répartition des patients selon la qualité de l'observance et le nombre de comprimés journalier.**

Observance optimale : aucun non-respect par mois ; **observance moyenne** : un à trois non-respect par mois ; **observance mauvaise** : au moins quatre non-respects par mois.

Il n'apparaît pas de lien statistique entre l'observance du traitement antidiabétique et les facteurs suivants : sexe ($p = 0,132$), âge ($p = 0,49$), niveau d'instruction ($p = 0,47$), type de médicament ($p = 0,53$) ou antécédents familiaux de diabète ($p = 0,30$).

Discussion

La population étudiée était essentiellement urbaine (87,5 % des inclus). Le dépistage et la prise en charge du diabète sont encore essentiellement urbains, notamment dans les centres

hospitaliers de référence comme le nôtre.

Dans notre étude, 51,9 % des patients étaient scolarisés de niveau primaire, secondaire et supérieur. Par une meilleure compréhension des objectifs du traitement, le niveau d'instruction devrait permettre une adhésion au traitement, puis une meilleure observance. Chakroum *et al.* [5], dans une étude réalisée en Tunisie, retrouvaient parmi les patients diabétiques mal observants, un taux d'analphabétisme significativement plus élevé que chez les observants.

En théorie, un cinquième de notre population devrait avoir assez de connaissances sur le diabète, puisqu'ayant des antécédents familiaux de diabète. Mais l'observance de ce groupe de malades n'est pas meilleure que celle des autres patients. L'information médicale sur la maladie n'est pas toujours donnée à toute la famille, et de plus, la plupart des personnes ne s'y intéressent vraiment que lorsqu'elles se sentent directement concernées par la maladie d'un membre proche de la famille.

La prédominance des diabétiques de type 2 dans notre population correspond à la prévalence globale du diabète de type 2 dans le monde [6].

Une observance optimale du traitement par ADO et/ou insuline est rapportée par 46,8 % des patients de notre étude. Ce pourcentage est similaire au taux rapporté par P.-J. Guillausseau, dans une étude publiée en 2004, avec 44,0 % des 4 802 diabétiques de type 2, suivis en France par leur médecin généraliste, qui déclarait une observance optimale (aucune omission du traitement antidiabétique oral) [7]. Un peu plus du tiers de nos malades ont une mauvaise observance. Tapsoba *et al.*, trouvaient, en 2001, dans le même service que celui de cette étude, une mauvaise observance chez 44,1 % des patients diabétiques [8]. Ainsi, en moins d'une décennie, le risque de complications par mauvais équilibre glycémique lié à l'inobservance semble avoir diminué, mais il demeure encore trop important. Browne *et al.* ont rapporté, dans une étude réalisée en Grande-Bretagne en 2000, au moins un non-respect par semaine de la prise des ADO, équivalent à une mauvaise

observance, chez 20 % des patients ayant un diabète de type 2 [9].

L'oubli du traitement est généralement la première cause d'inobservance. Dans les pays industrialisés, l'oubli est rapporté dans presque 100 % des cas d'inobservance, généralement le plus élevé chez les personnes d'âge supérieur à 65 ans [10, 11]. Dans notre pays, l'âge avancé n'explique pas l'oubli, car le patient âgé ne vit pas seul. La simplicité des posologies ne laisse la place à aucune possibilité d'incompréhension du rythme des prises. Une moindre compréhension des enjeux du traitement et un défaut d'organisation personnelle pour la prise des médicaments semblent être les principales causes à évoquer.

L'inaccessibilité financière apparaît comme la seconde raison de l'inobservance au traitement antidiabétique. Dans de nombreux pays en développement, la pauvreté représente une barrière majeure pour la prise en charge de toutes les maladies en général, et celle des affections chroniques plus particulièrement [2, 6]. En Occident, une majorité de la population, bénéficiant des avantages d'un système de soins organisé et/ou d'une sécurité sociale n'est pas concernée par ce problème.

La majorité des patients qui posaient le problème de l'inaccessibilité géographique résident en zone semi-urbaine ou rurale. En effet, ces zones connaissent un problème majeur d'approvisionnement en médicaments antidiabétiques,

pouvant conduire à des interruptions de traitement. Parfois, ce n'est que lors du voyage pour la prochaine consultation, en milieu urbain, que le patient pourra de nouveau obtenir, et donc reprendre, son traitement.

Les effets indésirables liés aux médicaments se résument essentiellement à des troubles digestifs sous metformine et à des événements hypoglycémiques sous sulfamides hypoglycémifiants.

Les autres causes d'inobservance étaient représentées par :

- **les voyages** : les patients concernés avaient oublié d'emporter leur médicament, ou bien le séjour à l'étranger avait duré plus longtemps que prévu ;

- **l'absence de réfrigérateur** : la disponibilité de l'électricité et du réfrigérateur est une condition fondamentale dans l'observance des diabétiques insulino-traités. Durant notre étude, certains diabétiques ont déclaré garder leur insuline chez le voisin, mieux équipé, impliquant donc que l'accès au médicament est conditionné par la présence du voisin au domicile. Les patients qui habitent en zone semi-urbaine ou rurale, sans électricité, sont obligés de conserver leur insuline dans le dispensaire le plus proche, mais qui en pratique, est suffisamment éloigné pour rendre difficile le respect des doses journalières nécessaires ;

- **la non-adhésion au principe de traitement à vie** : certains diabétiques cessent de prendre leurs médicaments dès qu'ils se sentent mieux. D'autres malades

abandonnent leur traitement antidiabétique parce qu'un « tradithérapeute » leur a promis une guérison totale et définitive. Des informations claires sur les modalités évolutives de la maladie doivent donc être données, et expliquées, aux patients atteints de diabète [6].

Les patients vivant en zone urbaine sont plus observants que ceux qui vivent en zone semi-urbaine ou rurale. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les diabétiques résidant en ville ont beaucoup plus de facilités, financières et géographique, d'approvisionnement en médicaments.

Les patients ayant un traitement sous forme d'une monoprise quotidienne ont une observance optimale à 63,3 % contre 39,4 % pour ceux relevant de trois prises quotidiennes et 46,8 % pour ceux soumis à deux prises quotidiennes. Guillausseau [7] rapportait, concernant le traitement antidiabétique oral, des résultats similaires aux nôtres : une observance optimale à 63 % en monoprise quotidienne, de 42 % pour deux prises par jour et de 37 % pour trois prises par jour ; il suggérait qu'une optimisation du traitement, à la suite d'une sensibilisation des patients et de leur médecin à l'observance thérapeutique, est un facteur d'amélioration de l'équilibre glycémique des diabétiques de type 2. Cependant, l'avantage, en terme d'observance, que présentent les médicaments à monoprise quotidienne [7, 12] pourrait être limité dans notre pays, car ces ADO coûtent plus chers et ne sont accessibles que pour une minorité de patients seulement.

Le niveau de l'observance est inversement proportionnel à la quantité de comprimés pris par jour, en particulier pour les patients prenant trois à quatre comprimés par jour. On peut toutefois être surpris par le niveau d'observance acceptable des traitements antidiabétiques comportant cinq et six comprimés par jour ; en pratique, il s'agit le plus souvent de patients ayant atteint des doses maximales d'ADO et qui, malgré leur mauvais équilibre glycémique, redoutent, et/ou n'acceptent pas, le passage à l'insulinothérapie.

L'amélioration de la disponibilité d'un personnel de santé compétent, apte à délivrer une éducation thérapeutique du patient, même de base, devrait réduire la fréquence de ces cas d'inobservance [6, 9].

Les points essentiels

- La non-observance aux traitements du diabète, comme c'est le cas pour toutes les maladies chroniques, est un problème majeur pour une prise en charge optimale de la maladie.
- Moins de la moitié de la population de diabétiques étudiée, atteints d'un diabète de type 2 pour 94,0 % d'entre eux, a une observance médicamenteuse jugée optimale (aucun non-respect dans le mois précédent).
- Les raisons de non-observance sont principalement, comme dans les pays industrialisés, l'oubli du traitement, mais les raisons financières et géographiques responsables d'une inaccessibilité, même temporaire, au traitement, interviennent très fortement dans l'inobservance au traitement antidiabétique et sont plus particulières aux situations de pauvreté de pays en développement, tel que le Burkina Faso.
- Une politique de Santé publique visant à un meilleur accès aux soins, à une éducation thérapeutique et à un accompagnement des patients diabétiques devrait permettre d'améliorer l'observance aux traitements, et de ce fait le contrôle optimal du diabète, avec à terme, une réduction du risque de complications diabétiques.

Conclusion

Seulement moins de la moitié de nos patients ont une observance optimale. Ils partagent avec les patients occidentaux des causes et des facteurs d'inobservance communs, tels que l'oubli de tout ou partie du traitement, l'augmentation du nombre de comprimés et/ou de prises quotidiennes. Toutefois, d'autres facteurs de non-observance apparaissent propres au contexte de pauvreté des pays d'Afrique sub-Saharienne ; ce sont, en particulier, l'inaccessibilité financière et géographique aux médicaments et la non-disponibilité de l'électricité et de réfrigérateurs posant des problèmes pour le stockage et la conservation de l'insuline.

Dans notre étude, le taux d'observance optimale est comparable à celui rapporté, il y a quelques années, par des auteurs de pays occidentaux industrialisés. Ce taux d'observance optimale devrait logiquement croître avec un programme de Santé publique visant à l'amélioration de l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des patients diabétiques.

Conflits d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt relatif au contenu de cet article.

Références

- [1] Rodd D. Observance : une influence sur l'équilibre glycémique ; autocontrôle glycémique : un bénéfice rapide. Dossier diabète. Panorama du Médecin, 17 Avril 2003;4888:1-33.
- [2] Drabo YJ, Kaboré J, Ouedraogo C. Traitement du diabète sucré à Ouagadougou : le

choix difficile. Revue Africaine de Diabétologie 1996;4:1-16.

[3] Drabo YJ, Kaboré J, Lengani A. Complications du diabète sucré au Centre hospitalier de Ouagadougou. Bull Soc Pathol Exot 1996;89:191-5.

[4] Sidibé AT, Besançon S, Beran D. Le diabète : un nouvel enjeu de santé publique dans les pays en voie de développement : l'exemple du Mali. Médecine des maladies Métaboliques 2007;1(1):93-8.

[5] Chakroun E, Ben Salem Hachmi L, Bouzid C, et al. Influence du niveau socio-économique et du niveau d'instruction sur l'observance thérapeuti-

que chez le diabétique de type 2. Diabetes Metab 2009;35(Special issue 1):A67 [Abstract P164].

[6] Gning SB, Thiam M, Fall F, et al. Le diabète sucré en Afrique subsaharienne. Aspects épidémiologiques, difficultés de prise en charge. Med Trop (Mars) 2007;67:607-11.

[7] Guillausseau PJ. Observance et optimisation du traitement antidiabétique oral. Étude longitudinale. Presse Méd 2004;33:156-60.

[8] Tabsoba MTF. Evaluation de l'équilibre glycémique à partir d'une étude rétrospective sur 4 ans chez 427 diabétiques suivis au Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou. Thèse de médecine. Ouagadougou UFR/SDS 2001; n° 11.

[9] Browne DL, Avery I, Turner BC, et al. What do patients with diabetes know about their tablets? Diabet Med 2000;17:528-31.

[10] AFSSAPS-HAS. Recommandation Professionnelle. Traitement médicamenteux du diabète de type 2 (Actualisation). Novembre 2006. Recommandation de Bonne Pratique (Synthèse et Recommandations). Diabetes Metab 2007;33:1S1-1S105. www.has-sante.fr

[11] 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:S31-7.

[12] Donnan PT, MacDonald TM, Morris AD. Adherence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of patients with Type 2 diabetes: a retrospective cohort study. Diabet Med 2002;19:279-84.