

**R
A
F
M
I**



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

**ORGANE DE
LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE**

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2024, DECEMBRE - VOLUME 11 (2-1)

Correspondance

Secrétariat

**E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.rafmi.org
Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal**

Adresse

**UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès
Ex 10^{ème} RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal**



DIRECTEUR DE PUBLICATION
Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF
Pr Adama BERTHE (Sénégal)

CURATEUR
Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

REDACTEURS ADJOINTS
Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)
Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)
Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES
Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)
Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal)
Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES
Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)
Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

SECRETAIRE D'EDITION
M. Momar NDIAYE (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE
Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d'Ivoire), Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d'Ivoire), Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadiatou BA FALL (Sénégal), Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal), Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal), Pr Ag. Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France), Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin), Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte d'Ivoire), Pr Ouffoué KRA (Côte d'Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal), Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali), Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire OUEDRAGO (Burkina Faso), Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France), Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso), Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal), Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d'Ivoire), Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

LE BUREAU DE LA SAMI
Président d'honneur 1 : Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d'Ivoire)
Président d'honneur 2 : Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)
Président : Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)
Vice-Président : Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)



RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

• articles originaux :

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter : 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),

2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

• articles de synthèse :

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

• cas cliniques :

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté. La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) :

1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

• actualités thérapeutiques :

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

• lettres à la rédaction :

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

• articles d'intérêt général :

Ils concernent l'histoire de la médecine, l'éthique, la pédagogie, l'informatique, etc.

• articles d'opinion :

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

• courrier des lecteurs :

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

1. l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;
2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

• images commentées :

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.

II. Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de télécopie et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français. Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.

Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.

Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.



La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci, dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de " et al. " ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

1. Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. Rev Med Interne 1997, 18 : 373-379.
2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.
3. Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Path Ex 1996 ; 89 : 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.

Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.

Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.

Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.

Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.

Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.

Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.

Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.

Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.

Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi

Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante (revueafricainemi@gmail.com) et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne (rafmi.org).

IV. Publication

Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité. Une fois l'article accepté, il sera publié après paiement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.



SOMMAIRE

EDITORIAL

1. Election du sénégalais Mamadou Mourtalla KA comme Président de la WACP, une consécration et un gage de fédération de la Médecine subsaharienne 7-8

ARTICLES ORIGINAUX

2. Dépistage des anticorps anti-peptide cyclique citrullinés et des facteurs rhumatoïdes dans le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde et facteurs associés à la sévérité radio-clinique 9-15
Coulibaly AK, Kpami YCN, Kollo KBN, Bamba A, Coulibaly Y, Appiah GB, Kouassi Djaha J-M, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E
 3. Parcours diagnostique de la maladie de Rosai Dorfman Destombes en milieu tropical : expérience dans un service de médecine interne 16-22
Faye FA, Manone Z, Guèye AD, Diallo BM, Elame EH, Ndiaye Y, Ngom NF, Ka O, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
 4. Evaluation des connaissances du personnel soignant sur l'éducation thérapeutique des patients présentant des maladies chroniques 23-29
Traoré D, Koné N, Sy D, Sow DS, Anadjeme M, Sangaré M, Konaté M, Coulibaly S, Nyanké RN, Keita K, Landouré S, Sinayoko A, Mallé M, Cissoko M, Dembélé IA, Fané S, Diarra A, Koné Y, Camara S, Soukho AK, Traoré AK
 5. Aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des cardiomyopathies au centre hospitalier et universitaire de Treichville à Abidjan 30-36
Konan NM, Ouattara R, Wognin A, Abbe F, Koffi GS, Yapa S, Degnon AC, Ankotché A
 6. Évaluation de l'observance thérapeutique chez les patients diabétiques au service d'endocrinologie, diabétologie du CHU de Conakry – Guinée 37-43
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MM, Diallo MA, Diallo MC, Wann TA, Kourouma L, Diango A, Camara R, Béréte B, Keita S
 7. Enquête sur la prise en charge médicale du diabète en Guinée 44-50
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MM, Wann TA, Sow T, Diallo MA, Diallo MC, Dieng K, Bah EZ, Barry MA, Bah K, Camara A
 8. Diagnostic de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs chez le coronarien par l'index de pression systolique : une série de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar 51-56
Diop CMBM, Aw F, Sène MA, Mingou JS, Sarr SA, Diouf Y, Ndiaye PG, Diop KR, Diallo SD, Akanni S, Ndiaye M, Ibouroi H, Guèye K, Niang T, Ba AB, Bodian M, Ngaidé AA, Dioum M, Lèye M, Afflangla A, Mbaye A, Kane A, Kane A, Ndiaye MB, Diao M
- ### CAS CLINIQUE
9. Une pneumopathie interstitielle diffuse révélant un syndrome des antisynthétases : à propos d'un cas 57-60
Ndour JND, Diallo BM, Faye FA, Ndiaye Y, Nana MB, Diack M, Faye A, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
 10. Pneumopathie infiltrative diffuse à l'amiodarone, à propos d'un cas 61-64
Ka TN, Laribi G, Niyonkuru BB, Jupiter MB, El Melhaoui J, McBride-Windsor T



SOMMAIRE

EDITORIAL

1. *Election du sénégalais Mamadou Mourtalla KA comme Président de la WACP, une consécration et un gage de fédération de la Médecine subsaharienne* 7-8

ARTICLES ORIGINAUX

2. *Screening for anti-cyclic citrullinated peptide antibodies and rheumatoid factors in the diagnosis of rheumatoid arthritis and factors associated with radio-clinical severity* 9-15
Coulibaly AK, Kpami YCN, Kollo KBN, Bamba A, Coulibaly Y, Appiah GB, Kouassi Djaha J-M, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E
 3. *Diagnostic pathway for Rosai Dorfman Destombes disease in a tropical environment: experience in an internal medicine department* 16-22
Faye FA, Manone Z, Guèye AD, Diallo BM, Elame EH, Ndiaye Y, Ngom NF, Ka O, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
 4. *Evaluation of knowledge of care staff on therapeutic education of patients presenting chronic diseases* 23-29
Traoré D, Koné N, Sy D, Sow DS, Anadjeme M, Sangaré M, Konaté M, Coulibaly S, Nyanké RN, Keita K, Landouré S, Sinayoko A, Mallé M, Cissoko M, Dembélé IA, Fané S, Diarra A, Koné Y, Camara S, Soukho AK, Traoré AK
 5. *Epidemiological, diagnostic, therapeutic and progressive aspects of cardiothyreosis at the Treichville hospital and university center in Abidjan* 30-36
Konan NM, Ouattara R, Wognin A, Abbe F, Koffi GS, Yapa S, Degnon AC, Ankotché A
 6. *Evaluation of therapeutic adherence in diabetic patients at the Endocrinology and Diabetology Department of Conakry University Hospital, Guinea* 37-43
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MM, Diallo MA, Diallo MC, Wann TA, Kourouma L, Diango A, Camara R, Béréte B, Keita S
 7. *Survey on the medical management of diabetes in Guinea* 44-50
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MM, Wann TA, Sow T, Diallo MA, Diallo MC, Dieng K, Bah EZ, Bah A, Barry MA, Bah K, Camara A
 8. *Diagnosis of lower extremity artery disease in patients with coronary artery disease by the ankle-brakial index: a series from the Aristide Le Dantec Hospital in Dakar* 51-56
Diop CMBM, Aw F, Sène MA, Mingou JS, Sarr SA, Diouf Y, Ndiaye PG, Diop KR, Diallo SD, Akanni S, Ndiaye M, Ibouroi H, Guèye K, Niang T, Ba AB, Bodian M, Ngaidé AA, Dioum M, Lèye M, Afflangla A, Mbaye A, Kane A, Kane A, Ndiaye MB, Diao M
- ### CAS CLINIQUE
9. *Diffuse interstitial lung disease revealing antisynthtase syndrome: a case report* 57-60
Ndour JND, Diallo BM, Faye FA, Ndiaye Y, Nana MB, Diack M, Faye A, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
 10. *Diffuse infiltrative lung disease with amiodarone, a case report* 61-64
Ka TN, Laribi G, Niyonkuru BB, Jupiter MB, El Melhaoui J, McBride-Windsor T



Évaluation de l'observance thérapeutique chez les patients diabétiques au service d'endocrinologie, diabétologie du CHU de Conakry, Guinée

Evaluation of therapeutic adherence in diabetic patients at the Endocrinology and Diabetology Department of Conakry University Hospital, Guinea

Kaké A¹, Sylla D², Diallo AM¹, Diallo MM¹, Diallo MA¹, Diallo MC¹, Wann TA², Kourouma L¹, Diango A¹, Camara R¹, Béréte B³, Keita S³.

1. Service d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques, CHU de Donka - Conakry

2. Service de Médecine Interne, CHU de Donka - Conakry

3. Département de pharmacie, FSTS, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Auteur correspondant : Dr Amadou KAKE

Résumé

Introduction : Le diabète peut être responsable de complications graves pouvant compromettre la qualité de vie ainsi que le pronostic vital des patients. Ainsi pour minimiser ce risque, le diabète doit être bien contrôlé. A cet effet, le patient doit respecter les modalités du traitement médicamenteux tel qu'il lui a été prescrit, d'où le concept de l'observance thérapeutique qui est le niveau de concordance entre les recommandations formulées par le médecin et le comportement du patient. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'observance thérapeutique des patients diabétiques dans le service d'endocrinologie diabétologie du CHU de Conakry.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale de type descriptive et analytique de trois mois allant du 1^{er} mai au 30 juin 2022, portant sur l'observance des patients diabétiques et des facteurs qui pourraient l'influencer, notamment des facteurs sociodémographiques et ceux liés au diabète même et aux traitements.

Résultats : Sur un total de 417 patients diabétiques interrogés, 314 étaient des femmes (75,3 %) et 103 des hommes (24,7%). L'âge moyen des patients était de 51,14 ans. Le diabète de type 2 était le plus fréquent (90,4%). Parmi les 272 patients (65%) qui avaient réalisé l'hémoglobine glyquée, 86% étaient déséquilibrés (HbA1c > 7 %). Les anti-diabétiques non insuliniques (ADIN) représentaient le mode du traitement du diabète le plus fréquent (65%). Quarante pourcents (40%) des patients avaient 2 prises quotidiennes de médicaments. Quarante pourcents (40%) des patients étaient non observants. Le nombre de pathologies associées au diabète, le nombre de prise quotidienne des médicaments et un long intervalle de suivi entre deux contrôles étaient significativement associés à la non-observance thérapeutique.

Conclusion : La non-observance thérapeutique est fréquente au service d'Endocrinologie du CHU de Conakry. Une éducation ciblée dans une approche de soins centrés sur le patient doit être envisagée pour améliorer l'observance thérapeutique des patients diabétiques.

Mots-clés : Observance - thérapeutique - diabète - Conakry.

Summary

Introduction: Diabetes can lead to severe complications that affect patients' quality of life and prognosis. To reduce this risk, it is essential to manage diabetes effectively, highlighting the importance of therapeutic compliance, which reflects the alignment between a patient's actions and the doctor's recommendations. The aim of this study was to evaluate the compliance of diabetic patients in the endocrinology-diabetes department of Conakry University Hospital.

Method: This was a three-month descriptive and analytical cross-sectional study from May 1st to June 30th, 2022, focusing on diabetic patient compliance and the factors that might influence it, notably sociodemographic factors and those related to diabetes itself and treatments.

Results: Of a total of 417 diabetic patients surveyed, 314 were women (75.3%) and 103 men (24.7%). The average age of the patients was 51.14. Type 2 diabetes was the most common (90.4%). Of the 272 patients (65%) who had achieved glycated hemoglobin, 86% were unbalanced (HbA1c > 7%). Non-insulin antidiabetics (NIADs) were the most common form of diabetes treatment (65%). Eighty-one percent (80.8%) of patients had 2 daily doses of medication. Forty percent (40%) of patients were non-compliant. A higher number of diabetes-related pathologies, daily medication doses, and an extended follow-up period were significantly linked to therapeutic non-adherence.

Conclusion: Therapeutic non-adherence is frequent in the Endocrinology Department of Conakry University Hospital. Targeted education within a patient-centered care approach should be considered to improve adherence of diabetic patients.

Keywords: adherence - therapeutic - diabetes mellitus - Conakry.



Introduction

Le diabète est une maladie métabolique chronique dont la prévalence ne cesse de croître dans le monde [1]. Il peut être responsable de complications graves pouvant compromettre la qualité de vie ainsi que le pronostic vital des patients. Ainsi pour minimiser le risque de survenue de ces complications, le diabète doit être bien contrôlé [2]. A cet effet, le patient doit respecter les modalités du traitement médicamenteux tel qu'il lui a été prescrit, d'où le concept de l'observance thérapeutique qui est le niveau de concordance entre les recommandations formulées par le médecin et le comportement du patient [3]. Elle joue un rôle déterminant dans la préservation de la qualité de vie des patients et le risque de survenue de complications liées à la maladie.

L'observance thérapeutique chez les patients diabétiques varie de 38,5 à 93,1%. La non-observance compromet l'efficacité du traitement, ce qui, à son tour, réduit les bénéfices de celui-ci du point de vue de la qualité de vie et peut être un fardeau financier tant pour les patients individuellement que pour la société dans son ensemble. Elle serait responsable de 30 à 50% des échecs thérapeutiques [4, 5]. Selon l'étude internationale DAWN 2 (*Diabetes Attitudes, Wishes and Needs*), la qualité de vie des patients diabétiques est fortement altérée : 39% des patients estiment que le traitement empêche de mener une vie normale, 13,8% souffrent de dépression et 60% de leurs proches considèrent que la maladie est pesante [6]. La prévalence combinée de la non-observance en Afrique du Nord était de 38% ; IC95% : [30%–47%] [7].

Il y a peu de données publiées sur l'observance thérapeutique des patients diabétiques en Guinée. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'observance thérapeutique des patients diabétiques dans le service d'endocrinologie diabétologie de l'hôpital national Donka.

Méthode

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique avec recueil prospectif des données de trois mois allant du 1^{er} mai au 30 juin 2022. Tous les patients diabétiques connus sous traitement

médicamenteux, reçus à la consultation d'endocrinologie du CHU de Conakry et qui ont accepté de participer dans l'étude ont été inclus.

Les patients ont fait l'objet d'une interview avec recueil des données sociodémographiques (âge, sexe, niveau intellectuel, la profession) et cliniques : le type de diabète (type 1, type 2 et autres), l'équilibre du diabète (équilibré HbA1c < 7% et déséquilibré >7%) en prenant comme référence les critères de l'*American Diabetes Association (ADA)* d'un taux d'HbA1c < 7 % [8], la durée d'évolution connue du diabète (moins de 5 ans, 5 à 10 ans, plus de 10 ans), le traitement du diabète (mesures hygiéno-diététiques, les antidiabétiques non insuliniques, insulines) et les comorbidités associées au diabète (HTA, dyslipidémies, hépatopathies, VIH, ulcères gastriques et tuberculose).

L'observance a été mesurée à l'aide du questionnaire de Morisky [9]. C'est une échelle qui comporte huit (08) questions auxquelles le patient doit répondre par oui ou non. Ce test permet de classer les patients en fonction de leur niveau d'observance : bonne (score 8), moyenne (score comprise entre 6 et 8) et mauvaise (score < 6).

La confidentialité a été respectée et les données ont été saisies et traitées à l'aide du logiciel SPSS dans sa version 21. Les proportions ont été comparées par le test d'indépendance de Chi2 et les moyennes par le test de Student. Le seuil de signification de p retenu était inférieur à 5%.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques

Durant la période d'étude, 417 patients diabétiques ont été interrogés. Parmi eux, 314 étaient des femmes (75,3%) et 103 hommes (24,7%) soit un sex-ratio de 0,33. L'âge moyen des patients était de 51,14 ans. La tranche d'âge 46 à 60 ans était la plus représentée (42,2%), suivie des tranches d'années plus de 60 ans et 31 à 45 ans, représentant respectivement 28,3% et 17,3%. Soixante-cinq pourcents des patients n'étaient pas scolarisés. Selon les catégories socioprofessionnelles, les femmes au foyer étaient prédominantes (39,3%), suivies des commerçants (25,7%), des fonctionnaires (14,2%), les ouvriers (4,6%), des étudiants/élèves (4,3%) et autres (12%) (cf tableau I).



Tableau I : répartition des patients selon les caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques Sociodémographiques	Nombre (N= 417)	Pourcentage (%)
Tranches d'âges		
▪ 15 à 30 ans	51	12,2
▪ 31 à 45 ans	72	17,3
▪ 46 à 60 ans	176	42,2
▪ Plus de 60 ans	118	28,3
Age moyen (ans)	51 ± 14	
Sex-ratio H/F	0,33	
Profession		
▪ Femmes au foyer	164	39,3
▪ Commerçants	107	25,7
▪ Fonctionnaires	59	14,1
▪ Ouvriers	19	4,6
▪ Élèves/étudiants	18	4,3
▪ Autre	50	12,0
Niveau de scolarisation		
▪ Scolarisés	146	35,0
▪ Non scolarisés	271	65,0

Les caractéristiques cliniques

Le diabète de type 2 était le plus fréquent (90,4%), par opposition au diabète de type 1 (9,6%). Dans la moitié des cas, la durée d'évolution connue du diabète était comprise entre 1 et 5 ans, elle était supérieure à 5 ans dans 37% des cas et moins d'un an dans 13% des cas. Le syndrome polyuropolydipsique était la circonstance de découverte la plus fréquente (60%), suivi d'un bilan systématique (dans le cadre d'une autre pathologie) dans 35%, d'un coma dans 3 % et d'un dépistage systématique dans seulement 2% des cas.

Au cours de l'année précédant l'enquête, 272 patients (65%) avaient réalisé au moins une mesure de l'HbA1c. La moyenne des HbA1c était de 9,8±3,2%. Seulement 14% des patients était dans l'objectif (HbA1c < 7%).

Près des deux-tiers des patients (65%) étaient traités par les antidiabétiques oraux (ADO), parmi lesquels les biguanides représentaient 65% (cf. tableau II), suivis de l'insuline seule (21%) et de l'association ADO et insuline (14 %) (cf. figure 1).

Tableau II : répartition des patients selon le type de traitement du diabète et le nombre de prise quotidiennes (n=417)

Traitement	Nombre	Pourcentage
Type de traitement		
Antidiabétiques non insulinique (ADNI) (n=271)		
- Biguanides	176	65
- Sulfamides	54	20
- Bithérapie (biguanide et sulfamide)	41	15
Insulines (n=88)		
- Insuline rapide	10	11
- Insuline pré-mixée	66	75
- Insuline semi-lente	12	14
Nombre de prises quotidiennes		
Antidiabétiques oraux (comprimés/j) (n=271)		
- 1 prise	19	7,2
- 2 prises	219	80,8
- 3 prises	33	12,0
Insulinothérapie (injections/j) (n=88)		
- 1 injection	5	5,6
- 2 injections	72	81,8
- 3 injections	8	9,0
- 4 injections	3	3,6

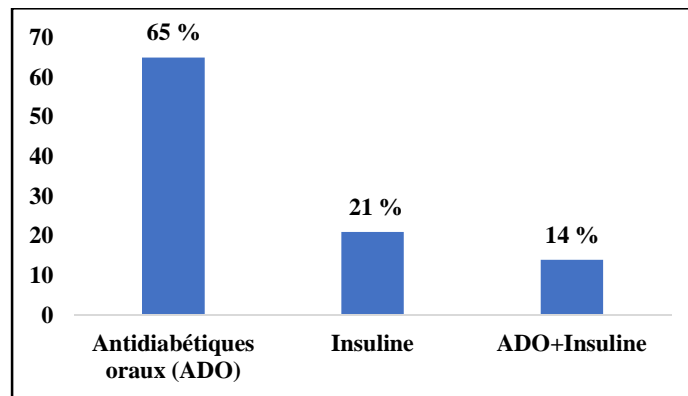


Figure 1 : répartition des différents types de traitement (n=417)

Selon le nombre de prise journalière des médicaments ADO, 80,8% des patients avaient 2 prises, 12% avaient 3 prises et 7,2% avaient une seule prise. Les schémas d'insulinothérapie deux injections quotidiennes étaient les plus fréquents (81,8%) (cf. tableau II). Selon la durée de suivi entre deux contrôles, 37% des patients étaient revus mensuellement, 27% de façon hebdomadaire et 3% de façon trimestrielle. Dans près du tiers des cas (32%) le suivi était irrégulier.

Les ruptures de traitements au cours des trois mois précédents étaient majoritairement rapportées par les patients sous ADO et association ADO-insuline, essentiellement pour raisons économiques (62%), disponibilité (22%) et patients déclarant un découragement, une négligence ou des oublis fréquents (16%).

Selon les complications dégénératives du diabète, 61% présentaient une neuropathie diabétique périphérique. Une rétinopathie diabétique et une dysfonction érectile étaient notées dans 12% des cas chacune. Un pied diabétique était retrouvé dans 15% des cas.

Les données de l'observance

Quarante pourcents (40%) des patients diabétiques étaient non observants. Parmi eux, l'observance était moyenne dans 50% des cas.

Le sexe féminin ($p=0,027$), le nombre de pathologies associées au diabète ($p=0,04$), le nombre de prise quotidienne de médicaments ($p=0,084$) et l'intervalle plus long de suivi entre deux contrôles ($p=0,01$) étaient significativement associés à la non-observance thérapeutique. Cependant, les catégories socioprofessionnelles ($p=0,11$), le niveau de scolarisation ($p=0,62$), le type de diabète ($p=0,81$) le mode de traitement ($p=0,80$) et les complications du diabète ($p=0,90$) ne montraient pas de différences significatives.

Discussion

L'observance thérapeutique est cruciale pour les patients diabétiques, car elle a un impact direct sur

la gestion de la maladie, la prévention des complications et l'amélioration de la qualité de vie. Le questionnaire de Morisky a servi de base à cette évaluation. Il s'agit d'un outil largement utilisé pour évaluer l'observance thérapeutique, particulièrement dans le cadre des maladies chroniques comme le diabète. Bien qu'il soit un outil utile, il présente certaines limites, notamment l'auto-évaluation avec le risque de réponses biaisées, les interprétations des questions peuvent varier d'une culture à l'autre et le questionnaire peut ne pas capter les nuances d'une observance variable au fil du temps chez un même patient. Il est important de l'utiliser en complément d'autres évaluations et interactions pour obtenir une vision complète de l'observance thérapeutique.

En outre, la non prise en compte de l'activité physique des patients, du niveau économique (revenu des patients) et la non-réalisation systématique du bilan à la recherche des complications du diabète peuvent constituer des limites dans l'évaluation de l'observance thérapeutique dans cette étude. Cependant, cette étude a le mérite de disposer des données sur l'observance thérapeutique en Guinée pour la première fois.

L'étude a concerné 417 patients dont 24,7% d'hommes et 75,3% de femmes avec un sex-ratio de 0,32. La même prédominance féminine a été rapportée dans d'autres séries africaines [10, 11]. Cette prédominance féminine pourrait s'expliquer par le fait que les femmes sont plus sédentaires dans notre société, ce qui est un facteur de risque d'obésité donc de survenue d'un diabète de type 2 [12].

Les patients étaient des adultes jeunes en majorité avec un âge moyen de 51,14ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 46 à 60 ans soit 42,2 %, suivie des patients de 60 ans et plus avec 28,3%. Cela concorde avec l'âge d'apparition du diabète de type 2, qui est de 40 ans [1].

Les femmes au foyer ont constitué la couche socioprofessionnelle la plus représentée avec 39,3% des cas, suivies des commerçants avec 25,7%. Le



manque d'activité physique associé à ces professions semble expliquer cette prédominance.

La durée d'évolution connue du diabète était comprise entre 1 à 5 ans dans la moitié des cas. Cela s'explique par le retard du diagnostic dans notre contexte. Ce résultat est semblable à celui rapporté par Camara A [13] qui a rapporté dans une étude menée en Guinée et au Cameroun une durée moyenne du diabète de 7,6 ans.

Les patients enquêtés étaient suivis en majorité pour un diabète de type 2 (90,4%). Ce résultat est comparable à celui de 92,4% et de 98% rapporté respectivement par Ndour MM au Sénégal [10] et par Drago AA au Mali [14]. En effet, les données de la littérature rapportent une prévalence de 90% et plus du diabète de type 2. Selon l'Atlas du diabète de la FID, le nombre de personnes atteintes de diabète de type 2 augmente rapidement à travers le monde. Cet accroissement est associé au développement économique, au vieillissement des populations, l'intensification de l'urbanisation, les changements d'alimentation, à une diminution de l'activité physique, et à d'autres modifications du mode de vie [1].

Près des deux-tiers (65%) des patients dans notre série étaient traités par les ADNI. Ce qui était en conformité avec le diabète de type 2 qui était le plus fréquent dans ce travail.

L'équilibre glycémique dans notre série était insuffisant. Seulement 14% des patients étaient dans l'objectif en prenant comme référence les critères de l'*American diabetes association (ADA)* d'un taux d'HbA1c < 7% [4]. Un déséquilibre du diabète avait été noté chez 84% des diabétiques guinéens en 2017, parmi lesquels 40% avaient un diabète très déséquilibré avec HbA1c supérieure à 10% [13]. En revanche, 39,6% des patients étaient dans les objectifs thérapeutiques selon Mbaye MN [10] au Sénégal en utilisant les mêmes critères de l'*ADA*. Ce faible taux dans notre série pourrait s'expliquer par l'inertie thérapeutique des médecins d'une part, d'autre part par le coût élevé des médicaments dans un pays à ressources limitées comme la Guinée où plus de la moitié de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté. Les assurances maladies et les mutuelles de santé sont peu développées, elles couvrent essentiellement les employés des entreprises privées. Ceci pourrait avoir des répercussions négatives sur la qualité de la prise en charge des patients avec des ruptures de traitement et de l'irrégularité dans le suivi comme noté dans cette étude.

Le nombre de prises journalières des médicaments est l'un des facteurs de bonne observance. Ainsi, une administration en plusieurs prises quotidiennes a été retrouvée chez la majorité de nos patients, soit 80,8% en deux prises et 12% en trois prises. Ceci

constitue un facteur limitant dans l'observance thérapeutique comme rapporté par Tieno au Burkina Faso [15].

Selon les complications dégénératives, la neuropathie diabétique périphérique était la complication la plus fréquente soit 61%, suivie de plaies diabétiques avec 15%. En effet, la neuropathie diabétique périphérique est fréquemment rapportée dans les séries africaines. Elle s'explique par le déséquilibre chronique du diabète, d'autres cofacteurs comme la malnutrition et les comorbidités fréquentes dans notre contexte [16, 17].

Dans cette étude, 40% des patients étaient non observants. Ce résultat est supérieur à celui de 33,4% de mauvaise observance rapportée par Abodo J [18] en Côte d'Ivoire. Par contre, il est comparable à 39,8% et de 47,8% rapportés respectivement par Ntyonga au Gabon [19] et Drago AA au Mali [20]. Dans une revue systématique, l'observance thérapeutique chez les patients diabétiques varie de 38,5 à 93,1% [5]. Tous ces résultats mettent en lumière la problématique de la prise en charge des maladies chroniques, notamment dans les pays à faible revenu où les assurances maladies sont peu développées, couvrant essentiellement les employés des entreprises privées.

La non-observance thérapeutique chez les patients diabétiques est un problème complexe qui peut être influencé par divers facteurs. Ils peuvent être liés au patient (compréhension de la maladie, motivation et croyances personnelles et état mental), au système de santé (accès aux soins, relation avec les professionnels de santé, support social) et aux facteurs socio-économiques (coût des médicaments et niveau d'éducation).

Ainsi, dans cette étude, les catégories socioprofessionnelles, le niveau de scolarisation, le type de diabète, le mode de traitement et les complications du diabète n'ont pas montré de différences significatives dans l'observance thérapeutique. Cependant, le niveau de scolarisation a été corrélé à l'observance dans les études de Jufar AH [21] et Abodo J [18] chez qui les taux d'observance étaient plus élevés chez les patients diplômés et les patients qui ont atteint le niveau secondaire. En outre, la survenue des complications dégénératives fait intervenir d'autres facteurs indépendamment du diabète tels que l'HTA, la dyslipidémie et l'obésité. Il faut noter cependant que la recherche de ces complications n'était pas systématique dans notre série.

En revanche, le nombre de pathologies associées au diabète, le nombre de prises de médicaments et la durée plus longue de suivi entre deux contrôles étaient significativement associés à la non-observance thérapeutique. Ceci s'expliquerait par le fait que plus il y'a de pathologies associées plus le



nombre de médicaments à prendre augmente et ceci impacterait l'observance des patients.

Conclusion

La non-observance thérapeutique est fréquente et concerne plus du quart des patients diabétiques suivis au service d'Endocrinologie Diabétologie du CHU de Conakry. Une éducation ciblée dans une approche de soins centrés sur les patients doit être envisagée pour améliorer l'observance thérapeutique des patients polyopathologiques comme le cas des diabétiques.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Magliano DJ, Boyko EJ, Atlas ID. What is diabetes? In IDF diabetes atlas [Internet]. 10th edition 2021. International Diabetes Federation
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Glycemic targets: Standards of Medical Care in Diabetes - 2022. *Diabetes Care* 2022; 45(Suppl. 1): S83-S96
3. World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies Evidence for Action. World Health Organization 2003: 107-114
4. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. L'observance des prescriptions médicales : quels sont les facteurs en cause ? Comment l'améliorer ? *Médecine*. 2006 ; 2(9): 402-6
5. Krass I, Schieback P, Dhippayom T. Adherence to diabetes medication: a systematic review. *Diabetic Medicine*. 2015; 32(6): 725-37
6. Tourette-Turgis C. Les résultats de l'étude DAWN2™ : intégrer les dimensions psychosociales dans les programmes d'éducation thérapeutique. *Médecine des maladies Métaboliques*. 2013 ; 7 : S25-9
7. Achouri MY, Tounsi F, Messaoud M, Senoussaoui A et Abdelaziz AB. Prévalence de la mauvaise observance thérapeutique chez les diabétiques de type 2 en Afrique du Nord. *Revue systématique et méta-analyse*. *Tunis Med*. 2021 ; 99(10) : 932-945
8. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Glycemic targets: Standards of Medical
9. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24: 67-74
10. Ndour Mbaye M, Sarr A, Diop SN, Leye A, Diédhiou D, Ka Cissé MS et al. *DiabCare Sénégal : une enquête sur la prise en charge du diabète au Sénégal*. *Médecine Mal Métaboliques* 2011 ; 5(1) : 85-9
11. Araya EM, Gebrezgabiher HA, Tekulu GH, Alema NM, Getnet D, Gebru HT et al. Medication non-adherence and associated factors among diabetic patients visiting general hospitals in the eastern zone of Tigray, Northern Ethiopia. *Patient preference and adherence* 2020: 2071-83
12. Kaké A et al. Surpoids et Obésité : un problème de santé publique de plus en plus préoccupant à Malabo (Guinée Equatoriale). *RAFMI* 2019 ; 6(1-3) : 34-41
13. Camara A et al. Poor glycemic control in type 2 diabetes in the South of the Sahara: The issue of limited access to an HbA1c test. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2015(108): 187-192
14. Drago AA, Nientao IA, Guindo AM, Drame AH, Koné A, Diarra MG, Sidibé AT. Étude épidémiologique et clinique du diabète sucre dans un centre de sante de référence de Sikasso. *Mali Médical*. 2019 ; 34(1)pages ?
15. Tiéno H, Bouda M, Ouédraogo DD, Traoré R, Ouédraogo C, Drabo YJ. 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). *Médecine des maladies Métaboliques* 2010 ;4(2) : 207-11
16. Diédhiou D, Touré M, Cissé M, Seck LB, Diop SN, Guèye L, Ndiaye MM. P246 Neuropathie diabétique : caractéristiques cliniques et électromyographiques au Sénégal. *Diabetes & Metabolism*. 2015 ; 41 : A95
17. Sani MA, Djibo IM, Andia A, Madougou S, Brah S, Beydou SS, Daou M, Malam-Abdou B, Adehossi E, Touré IA. Facteurs associés à la neuropathie diabétique à l'Hôpital National de Lamordé (Niamey-Niger). *Health sciences and disease*. 2015 ; 16(4) pages ?



18. Abodo J, Oka FN, Ankotché A, N'Dri AY, Nibaud A, Koffi-Dago P et al. Mesure de l'observance thérapeutique chez les patients diabétiques suivis à l'hôpital militaire d'Abidjan. *Guinée Médicale* 2013 : 4-9
19. Ntyonga-Pono MP. L'observance du traitement antidiabétique chez les patients diabétiques au Gabon : données préliminaires. *Médecine des maladies Métaboliques* 2015 ; 9(2) : 198-202
20. Drago AA, Sangala M, Guindo AM, Dramé B, Touré AT, Maiga A, Soukho A, Djeneba S, Sidibé AT. Therapeutic Compliance among Diabetic Patients in Council III of the Bamako Health District from 2019 to 2020. *HEALTH Sciences and disease*. 2023; 24(12) **pages ?**
21. Jufar AH, Jima Z, Gameda D. Prevalence and factors contributing to non-adherence to diabetes treatment among diabetic patients attending government hospitals in Addis Ababa. *Int J Trop Dis Health*. 2018; 32(3): 1-1