

Cinquième réunion du comité local de la Société de pathologie exotique.

La Réunion, mercredi 19 octobre 2004.

Organisateur : B. A. Gaüzère

CHD, 97405 Saint-Denis de La Réunion. Tél / fax : 0262 90 56 97. E-mail : ba-gauzere@chd-fguyon.fr Site : <http://www.medicinetropicale.com>

Présidence : P. Aubry

Une nouvelle chimioprophylaxie du paludisme chez l'enfant et chez la femme enceinte dans les pays en développement : les traitements préventifs intermittents

Pierre Aubry

Professeur émérite à la Faculté de médecine d'Antananarivo (Madagascar),
11 avenue Pierre Loti, Saint Jean de Luz, F-64.500

Tel/Fax : 05 59 26 45 11, E-mail : AUBRY.Pierre@wanadoo.fr

En 1999, l'Organisation mondiale de la santé a lancé l'Initiative « Faire reculer le paludisme », avec deux populations cibles : l'enfant de moins de cinq ans et la femme enceinte dans les pays en développement.

Dans les zones à paludisme stable, les enfants acquièrent une immunité partielle et labile au prix d'une mortalité importante avant l'âge de 5 ans : 75 % des 3 millions de décès par an dû au paludisme. La dépression immunitaire induite par la grossesse entraîne une augmentation de la sensibilité de la femme enceinte (surtout la primigeste) au paludisme.

Les mesures de protection antipaludique se résument à la lutte antivectorielle et à la chimioprophylaxie. La chimioprophylaxie, appliquée dès 1950 chez le petit enfant des pays en développement (PED), a été arrêtée, car non appliquée correctement et non dénuée de danger (risque de surdosage). Surtout, elle ne faisait que déplacer l'âge d'acquisition de l'immunité antipaludique et l'apparition de souches de *Plasmodium falciparum* résistantes à la chloroquine, dès 1980, la rendait peu efficace. Elle était « avantagement » remplacée par le traitement présomptif et précoce des fièvres.

Chez la femme enceinte, la chimioprophylaxie antipaludique devenait à l'opposé systématique. Le paludisme est en effet cause chez la femme enceinte de mortalité foeto-maternelle, d'accès pernicieux en zone de paludisme instable, d'anémies maternelles et de retard foetal de croissance en zones de paludisme stable. La coinfection paludisme-infection par le VIH/sida aggrave actuellement ces complications.

La chimioprophylaxie chez la femme enceinte a reposé sur la chloroquine et la méfloquine. Elle s'est montrée efficace sur le poids de naissance de l'enfant et l'incidence des anémies

maternelles. Mais le taux de couverture est resté bas et la résistance à la chloroquine l'a rendue peu efficace.

En 1994, SCHULTZ (4), au Malawi, a mis au point le Traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme de la femme enceinte par la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) administré à doses curatives lors des visites prénatales. Les résultats ont été une réduction des faibles poids de naissance et de l'incidence des anémies maternelles. Les effets sont croissants selon que les femmes reçoivent 1, 2 ou 3 doses de SP. Il faut augmenter les doses chez les femmes VIH positives (3 doses minimum). Il y a une contre-indication à la SP : le risque de malformations fœtales si elle est administrée lors du premier trimestre de la grossesse.

Cette stratégie prophylactique est actuellement appliquée à l'enfant. L'enfant dans les PED, après une période d'immunité passive pendant 3 à 6 mois, a ensuite une période d'infection aiguë d'environ 2 ans avec anémies graves et comas palustres.

En 2001, SCHELLENBERG (3), en Tanzanie, a prescrit la SP à 2, 3 et 9 mois d'âge dans le cadre du Programme élargi de vaccination (PEV), associée à la prise de fer entre 2 et 6 mois. Devant les résultats très favorables : taux de protection de 60 % et plus contre les accès palustres et les anémies, l'OMS a proposé en 2002 des essais contrôlés randomisés dans le cadre du calendrier du PEV en Afrique (1). Les travaux actuellement publiés, qui concernent la SP et l'amodiaquine, confirment les résultats. Ils ne montrent pas d'immunodépression à la réponse vaccinale (2).

Le TPI est donc une stratégie réaliste : son efficacité est prouvée chez la femme enceinte dans le cadre des problèmes de santé publique, elle doit encore être évaluée chez l'enfant.

Références bibliographiques

1. ORG MOND SANTÉ - Traitement intermittent du paludisme dans le cadre du calendrier du PEV en Afrique. *REH*, 2002, **77**, 82-83.
2. ROSEN BJ & BREMAN JG - Malaria intermittent preventive treatment in infants, chemoprophylaxis, and childhood vaccinations. *Lancet*, 2004, **363**, 1386-1388.
3. SCHELLENBERG D, MENENDEZ C, KAHIGWA E *et al.* - Intermittent treatment for malaria and anaemia control at time of routine vaccinations in Tanzanian infants: a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet*, 2001, **357**, 1471-1476.
4. SCHULTZ LJ, STEKETEE RW, MACHESO A, KAZEMBE P *et al.* - The efficacy of anti-malarial regimens containing sulfadoxine-pyrimethamine and/or chloroquine in preventing peripheral and placental *Plasmodium falciparum* infection among pregnant women in Malawi. *Am J Trop Med Hyg*, 1994, **51**, 515-522.

Une épidémie de dengue 1 à La Réunion en 2004

V. Pierre (1), J. Thiria (2), E. Rachou (3), C. Lassalle (2) & P. Renault (1)

(1) Cellule interrégionale d'épidémiologie de La Réunion et Mayotte.

(2) Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

(3) Observatoire régional de la santé.

La dernière épidémie attribuée à la dengue qu'ait connue La Réunion date de 1977-1978. A l'époque, la caractérisation biologique des cas n'avait retrouvé que quelques séro-conversions et une prévalence élevée d'anticorps anti-dengue. Le virus de la dengue type 2 a été suspecté d'être à l'origine du phénomène. Depuis cette date, aucune épidémie de dengue n'avait plus été observée à La Réunion.

En avril 2004, l'Observatoire régional de la santé a été alerté par un biologiste du réseau GROG (réseau de surveillance de la grippe et de la dengue à La Réunion), sur la survenue d'un cas d'infection par *Flavivirus* sérologiquement confirmé alors que des résultats sérologiques étaient attendus pour d'autres personnes ayant présenté des signes cliniques et biologiques similaires. La surveillance épidémiologique multidisciplinaire mise en place à la suite de ce signalement a permis de confirmer, puis de suivre l'évolution de l'épidémie et d'orienter les mesures de prévention et de lutte contre la dengue.

Méthode

A La Réunion, la surveillance épidémiologique de la dengue repose sur le réseau GROG, réseau sentinelle mis en place par la DRASS en 1996 et coordonné par l'ORS. Ce réseau a pour objectifs de documenter la circulation des virus de la dengue et de la grippe, de décrire les épidémies de diarrhées aiguës et d'apprécier la fréquence des urétrites masculines. La confirmation de cas groupés a conduit, dès le début du mois de mai, à renforcer la surveillance de la dengue dans le but de vérifier la réalité de l'épidémie, d'identifier le virus responsable, d'en déterminer la localisation et de suivre son évolution.

En pratique, cette surveillance a associé plusieurs professionnels : les médecins du réseau GROG ont déclaré les cas suspects de dengue et prescrit les examens biologiques pour confirmer le diagnostic et caractériser le virus. Les services hospitaliers (pédiatrie, infectiologie et urgences), étaient chargés de signaler les formes sévères de dengue. Le service santé environnement de la DRASS a effectué une recherche active des cas suspects autour des cas signalés lors de ses interventions sur le terrain. Enfin, les laboratoires de biologie médicale (publics et privés) de La Réunion ont déclaré les cas positifs dont ils avaient connaissance et ont été sollicités pour adresser des prélèvements biologiques au Centre national de référence (CNR) des arbovirus dans le but d'identifier rapidement le virus.

Parallèlement, les professionnels de santé ont été informés individuellement par la DRASS de la réalité de l'épidémie et incités à prescrire des examens biologiques de confirmation. Les médecins de l'Ouest de l'île, zone de l'épidémie, ont également contribué à la surveillance en déclarant les cas suspects dont ils avaient connaissance.

L'investigation a aussi porté sur la recherche de gîtes larvaires, sur l'identification et la capture de moustiques potentiellement vecteurs et sur la confirmation que ces moustiques étaient porteurs du virus.

Résultats

Le virus responsable a été identifié par le CNR dès le 12 mai comme étant un virus dengue 1. Entre le 30 mars et le 1^{er} juillet, l'épidémie a touché 228 personnes dont 129 femmes, principalement des personnes âgées de plus de 30 ans (71 % des

cas) et très peu d'enfants de moins de 15 ans (15 % des cas). Il n'a pas été rapporté de cas répondant aux critères de dengue sévère définis par l'OMS. Près de 80 % des cas résidaient dans seulement 3 communes de l'île et, au sein de ces communes, dans des zones assez restreintes. Le vecteur responsable est vraisemblablement *Aedes albopictus* retrouvé porteur du virus par le CNR.

Conclusion

Cette épidémie, d'ampleur limitée, démontre cependant que le virus de la dengue circule à La Réunion. Il est important de sensibiliser la population à ce risque et de l'inciter à lutter contre les moustiques, tant au niveau individuel que collectif. Parallèlement aux actions d'éducation sanitaire, il convient de renforcer et de pérenniser un système de surveillance pluridisciplinaire, y compris en période interépidémique, afin de détecter au plus tôt l'émergence d'un phénomène épidémique.

Leptospirose humaine à la Réunion en 2003 : résultats d'une étude cas-témoins

M. Ricquebourg (1), N. Lechat (1), C. Lassalle (2) & J-D. Yovanovitch (1)

(1) Observatoire régional de la santé de La Réunion.

(2) Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, La Réunion.

Introduction

La leptospirose est une maladie bactérienne transmissible à l'homme par contact avec des animaux porteurs ou un environnement contaminé par les urines d'animaux infectés. Cette maladie n'est plus à déclaration obligatoire en France ; sa surveillance est assurée par le Centre national de référence. A La Réunion, la maladie est 15 fois plus fréquente qu'en métropole : taux d'incidence local proche de 7 cas pour 100 000 habitants contre 0,5 cas pour 100 000 en métropole. Certains facteurs de risque sont bien connus, dans les pays industrialisés comme dans les régions tropicales, cependant, les facteurs spécifiques à notre île restent peu documentés. La DRASS a donc sollicité l'ORS pour mener une étude épidémiologique sur le sujet.

Objectif

Les objectifs de ce travail sont de décrire les cas incidents hospitaliers en 2003 et d'identifier les facteurs de risques spécifiques à La Réunion afin de proposer des mesures adaptées pour améliorer la prévention de la leptospirose.

Méthode

Une étude cas-témoins a été réalisée sur cas incidents, en milieu hospitalier. Les cas sont les patients, signalés par les laboratoires hospitaliers, résidant à La Réunion depuis plus de deux mois, hospitalisés du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003, avec deux signes ou plus parmi ceux préalablement définis (fièvre, myalgie, céphalée, etc.) et pour lesquels un diagnostic biologique de leptospirose récente a été mis en évidence. Les témoins (trois pour chaque cas) ont été recrutés parmi les patients hospitalisés pour une pathologie dont les symptômes ne pouvaient évoquer une leptospirose. Un questionnaire standardisé concernant les facteurs de risques pendant les trois semaines précédant l'hospitalisation a été administré par un médecin enquêteur, en face à face à l'hôpital ou par téléphone.

Résultats

Dans le cadre de l'étude, 55 cas hospitaliers de leptospirose ont été recensés en 2003, soit un taux d'incidence proche de

8 cas pour 100 000 habitants. La saisonnalité et la répartition géographique des cas confirment la relation avec la pluviométrie. En 2003, la fréquence des cas a suivi l'évolution des pluies qui ont été intenses depuis la mi-mars jusqu'en mai : 80 % des cas ont été enregistrés au cours du 1^{er} semestre. Par ailleurs, l'incidence a beaucoup varié d'une région à l'autre : de 2 cas pour 100 000 habitants dans le nord et l'ouest de l'île, à 10 dans la région sud, et 13 dans l'est. Ce sont les communes à forte pluviométrie (au-delà de 4 000 mm par an) qui ont été les plus concernées, ce qui correspond au croissant est/sud-est. Notre étude a pu mettre en évidence la nette responsabilité du sérotype *Leptospira Icterohaemorrhagiae*, qui représente ici 83 % des cas de leptospirose déterminés. On retrouve, de manière classique les caractéristiques socio-démographiques suivantes : prédominance des hommes parmi les malades et concentration des cas chez les jeunes adultes. Les manifestations de la maladie sont classiques : syndrome pseudo-grippal évoluant vers des complications polymorphes (atteintes hépato-rénales, avec des complications pneumologiques, hémorragiques et/ou cardiaques plus ou moins sévères). Treize pour cent des patients sont décédés de ces formes graves de la maladie. Outre les risques fortement liés à la pluviométrie, l'analyse cas-témoins a permis de mettre en évidence de façon indépendante des associations significatives entre la leptospirose et certaines expositions :

- rôle prépondérant de l'activité professionnelle : 79 % des cas présentaient au moins une situation professionnelle définie à risques (profession à risque ou contacts avec de l'eau sur les lieux de travail) contre seulement 12 % des témoins. Les agriculteurs/éleveurs représentaient 91 % des travailleurs exposés recensés dans notre étude. En revanche, aucune personne n'a signalé avoir été vaccinée ;
- présence et/ou contacts avec des animaux sauvages, seuls les rats et les chiens errants ont été signalés par les enquêtés et représentaient ici les vecteurs de la maladie ;
- émergence de nouveaux risques, liés aux activités de loisirs : activité de chasse ou de pêche, ainsi que les activités à la campagne.

L'identification de ces facteurs de risques suggère la transversalité des domaines d'applications.

La leptospirose à Mayotte : étude rétrospective des cas hospitalisés en 2002-2003

E. Cand (1), Ph. Romand (2) & G. Baranton (3)

(1) Service des urgences, GHSR, BP 350, 97 448 Saint-Pierre, La Réunion.

(2) Service pneumologie et maladies infectieuses, Hôpitaux du Léman, Thonon les bains.

(3) Institut Pasteur, Paris.

Contexte

La leptospirose, zoonose prédominant en zones intertropicales, est sous-diagnostiquée en raison de son polymorphisme clinique et de la difficulté d'accès aux outils diagnostiques. Mayotte est une île volcanique de 374 km², au sud-est de l'archipel des Comores, qui connaît une saison des pluies de novembre à avril. Elle compte 60 265 habitants d'origine africaino-musulmane, dont 53 % ont moins de 20 ans. La natalité est élevée avec 4,7 enfants par femme. L'immigration en provenance des trois autres îles de l'archipel des Comores est forte, elle représente un tiers de la population de Mayotte.

Sur le plan sanitaire, la santé périnatale et infantile et la santé maternelle constituent les priorités. Le réservoir infectieux est riche : paludisme (92 % de *P. falciparum*), filariose lymphati-

que, dengue, infections sexuellement transmissibles (syphilis, gonococcies, chlamydioses, sida), typhoïde, choléra d'importation, mycobactérioses (tuberculose, lèpre). Mayotte, collectivité départementale française en voie d'industrialisation, présente les conditions climatiques et d'exposition propices au développement endémique de la maladie.

Buts

Cette étude rétrospective des patients hospitalisés en 2002-2003 pour leptospirose tente de mieux définir le profil épidémiologique et clinique de la leptospirose à Mayotte, ainsi que ses particularités par rapport aux autres îles de l'Océan Indien.

Matériel et méthode

Etude rétrospective des cas hospitalisés au Centre hospitalier de Mamoudzou de janvier 2002 à octobre 2003. Critères d'inclusion : clinique évocatrice et confirmation sérologique, clinique typique sans confirmation sérologique avec diagnostics différentiels écartés. Critères d'exclusion : sérologie faiblement positive avec diagnostic différentiel établi et dossiers inexploitable.

Résultats

Treize patients de sexe masculin, d'âge moyen 33 ans (extrêmes 12 à 68 ans) ont été retenus, avec un pic d'apparition en saison des pluies de novembre à avril (10/13, soit 77 %). Ces patients issus du milieu rural (11/13, soit 85 %) décrivaient les professions et occupations suivantes : éleveurs de zébus, de chèvres; maçons, cultivateurs; professeur; baignade en rivière.

Sur le plan clinique, ont été retrouvés : syndrome fébrile algique avec asthénie (100%), ictère (85 %), oligurie/anurie (69 %), syndrome hémorragique (54 %), hématurie (38 %), atteinte pulmonaire (31 %), signes digestifs (77 %).

Sur le plan biologique : thrombopénie (92 %), anémie (77 %), élévation de l'urée et/ou créatinine (100 %), hyperbilirubinémie à prédominance conjuguée (85 %).

Sur le plan thérapeutique : dialyse (9/13 soit 69 %), ventilation mécanique (4/13 soit 31 %). Forte mortalité avec 3 décès/13, soit 23 %.

Sur le plan sérologique : sérotype identifié chez 6 patients : Sejroe (50 %), Grippotyphosa (33 %). A noter l'absence de *Icterohaemorrhagiae*.

Discussion

Les études menées aux Seychelles et à La Réunion font état de formes moins graves (mortalité 8 %), où seules les données recueillies dans un service de réanimation de La Réunion se rapprochent de celles de Mayotte. Les facteurs d'exposition sont omniprésents sur l'île. L'incidence de la leptospirose maladie estimée en 2003 serait de 6 cas/100 000 habitants (les données sérologiques retrouvées depuis 1998 l'estiment entre 14 et 26 cas/100 000 habitants/an). Le réservoir animal est varié et encore mal connu, avec notamment des zébus et caprins (plutôt que des rats comme sur les autres îles).

D'un point de vue sérologique, depuis 1998, l'Institut Pasteur (Paris) retrouve un profil caractéristique, à savoir la très faible présence de *Icterohaemorrhagiae* (6 %). La différence est très nette en comparaison avec La Réunion et les Seychelles, où *Icterohaemorrhagiae* est principalement incriminé dans la leptospirose maladie (35 à 88 % selon les études).

Conclusion

Cette étude souligne le caractère sévère et endémique de la leptospirose à Mayotte, potentiellement grave et mortelle, et encore sous-diagnostiquée ; ainsi que ses particularités au sein de l'Océan Indien. L'incidence réelle est difficile à évaluer sur cette île où la structure sanitaire actuelle est limitée. La prédominance masculine et la moyenne d'âge rendent compte de l'exposition occupationnelle. L'influence de la pluviométrie

est nette. La particularité du réservoir animal est à souligner, pour une fois le rat n'a pas le rôle principal. Enfin le profil sérologique semble propre à Mayotte, avec la quasi absence du sérotype Icterohaemorrhagiae et la prédominance de Sejroe et Grippytyphosa.

Mélioïdose : à propos d'un cas acquis à Madagascar et de deux cas nosocomiaux

O. Martinet, A. M. Pac Soo, M. Knezynski, P. Schlossmacher, C. Jaffar-Bandjee & B. A. Gaüzère

Service de réanimation polyvalente, CHD Félix Guyon, Saint Denis, La Réunion

Nous présentons le cas d'un homme de 60 ans éthylo-tabagique, rapatrié de Madagascar et admis en réanimation pour détresse respiratoire avec choc septique nécessitant une ventilation mécanique et un support hémodynamique par amines vasopressives. Les quatre hémocultures réalisées dans les 24 premières heures, ainsi que le lavage broncho-alvéolaire d'admission, se révéleront positives pour un bacille Gram négatif, identifié tardivement comme *Burkholderia pseudomallei*, signant le diagnostic de mélioïdose.

Le traitement, débuté par l'association piperacilline et ciprofloxacine (l'agent ayant initialement été identifié comme *Pseudomonas*) est poursuivi par la ceftazidime à fortes doses, permettant l'amélioration clinique et le sevrage respiratoire après une période de ventilation sur trachéotomie de quelques semaines. La récupération a été complète avec reprise d'une autonomie normale.

Secondairement, nous avons observé dans notre établissement deux autres cas de mélioïdose septicémique, respectivement 150 et 180 jours après l'admission du premier patient, l'un chez un homme de 81 ans insuffisant respiratoire chronique et l'autre chez une patiente sous corticothérapie pour un lupus. La guérison a été obtenue dans les deux cas sous traitement d'attaque par ceftazidime (120 mg/kg/j) relayé par cotrimoxazole pour une durée totale de 20 semaines. À l'origine de ces deux cas secondaires se trouvait la transmission nosocomiale du bacille par un fibroscope présentant un défaut de fabrication rendant les procédures de décontamination inefficaces. Ceci a pu être prouvé par l'analyse génotypique par restriction enzymatique de *B. pseudomallei* et par culture de prélèvements réalisés sur le fibroscope incriminé qui avait servi pour les trois patients.

Commentaire

La mélioïdose a été décrite pour la première fois à Rangoon en 1911 par WHITMORE chez des morphinomanes décédés. Par la suite, elle a été observée dans de nombreuses régions situées entre les 20° parallèles nord et sud avec deux grandes régions d'endémie, le Sud-est asiatique (Thaïlande en particulier) et le nord de l'Australie. Elle est due à un bacille Gram négatif, *Burkholderia pseudomallei*, classé parmi les *Pseudomonas* jusqu'en 1992 et proche de l'agent de la morve, *Burkholderia mallei*. À notre connaissance, aucun cas humain n'a été rapporté dans la littérature internationale à Madagascar ou à La Réunion. La maladie se transmet par l'eau ou le sol, réservoirs de la bactérie, et survient la plupart du temps en saison chaude et humide, ce qui était le cas pour notre premier patient. La présentation clinique est extrêmement variable, avec un continuum allant de l'infection asymptomatique au choc septique sévère avec défaillance polyviscérale. L'atteinte pulmonaire est présente dans plus de 50 % des cas, et la présence d'une septicémie est très fréquente. La mortalité reste autour de 90 % lorsqu'un choc septique est présent. Le terrain joue un

rôle prépondérant dans la sévérité du tableau avec des facteurs de risques identifiés : diabète, éthyliisme, insuffisance rénale chronique et, pour certains, insuffisance respiratoire. Nos trois patients présentaient une immunodépression avec : dans un cas, un éthyliisme associé à une insuffisance respiratoire ; dans un cas, un déficit commun variable en immunoglobulines ; dans un cas, une maladie lupique avec corticothérapie. Le diagnostic bactériologique différentiel est parfois difficile du fait de la méconnaissance du germe et de sa ressemblance avec d'autres *Burkholderia*. *B. pseudomallei* est sensible aux phénicolés, aux tétracyclines, au cotrimoxazole et à certaines bêta-lactamines, mais le traitement de référence actuel fait appel au ceftazidime, à l'imipenem ou au méropenem à fortes doses, associé ou non au cotrimoxazole en phase initiale, relayés par un traitement oral prolongé par cotrimoxazole ou cyclines du fait de la fréquence des rechutes. Une seule publication fait état de transmission nosocomiale de mélioïdose. La transmission de *Pseudomonas* par les endoscopes lors d'insuffisances des procédures de désinfection est bien connue, ces agents étant à l'origine de la production de sécrétions collantes (slime) difficiles à évacuer. Une procédure de rappel des patients potentiellement contaminés entre la date de l'utilisation du fibroscope chez le premier patient et la date de mise en évidence du problème est en cours. Il leur est proposé, outre un suivi clinique et biologique, un traitement prophylactique par doxycycline. Enfin, il est intéressant de souligner, dans les formes graves, l'intérêt de la trachéotomie précoce chez les patients insuffisants respiratoires, compte tenu de l'hypersécrétion observée dans la maladie. Réalisée dans notre service par voie percutanée, elle a représenté dans deux de nos observations une aide considérable au sevrage.

Méthode d'amélioration du suivi des patients diabétiques et insuffisants rénaux à La Réunion par la visite de pairs en 2002 et 2003

P. De Chazournes & J-M. Franco

MEDOCEAN, correspondants de l'ANAES à La Réunion.

Contexte

La Réunion, île volcanique de 2 500 km² est un département français d'outre-mer situé dans l'Océan Indien à l'est de Madagascar, et compte 750 000 habitants.

Le diabète du type 2 (DT2) y constitue un problème majeur de santé publique. En 1999-2000, la prévalence chez les adultes âgés de 30 à 69 ans était de 17,7 %, soit 3 fois supérieure à celle de la France métropolitaine (étude REDIA). Par voie de conséquence, l'insuffisance rénale chronique y connaît une prévalence trois fois supérieure.

Le diabète est responsable directement de 40 % des mises en dialyse *versus* 13 % en métropole.

Le coût global du traitement de l'IRC terminale est estimé à 2 % des dépenses de santé au bénéfice d'environ 0,75 pour mille de la population française globale ; 20 à 35 % des patients admis en dialyse ne sont adressés aux néphrologues que 1 à 6 mois seulement avant la mise en dialyse. Il est donc indispensable de favoriser un contact entre le médecin généraliste et le néphrologue le plus tôt possible, dans l'évolution de la maladie diabétique.

L'ANAES a édicté des recommandations nationales récentes concernant le traitement et le suivi du DT2 et de la prise en charge de l'IRC. Néanmoins, les données disponibles mon-

trent des différences importantes entre les recommandations et la pratique réelle.

L'appropriation par les professionnels de santé des recommandations de pratique clinique (RPC) est un enjeu majeur d'amélioration des pratiques professionnelles

La visite de pairs est la méthode d'intervention la plus efficace sur les changements de pratiques *versus* la diffusion simple de recommandations, la formation médicale continue de type magistral ou l'intervention d'un leader d'opinion.

MEDOCEAN, une association médicale engagée dans la qualité en médecine à La Réunion et dans l'Océan Indien, a réalisé une intervention pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient diabétique en 2002, puis de l'insuffisant rénal en 2003 par le médecin généraliste grâce à la visite de pairs, c'est à dire la visite de médecins généralistes par des médecins généralistes.

Pour cette étude de recherche, MEDOCEAN a obtenu l'aide financière du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), fonds administré par l'Assurance maladie visant à financer des expériences dans la qualité des soins ambulatoires.

Méthode

Deux études ont été conduites : DREAM en 2002 sur le diabète de type 2 (avec 792 patients inclus par 42 médecins dans le groupe intervention et 789 patients inclus par 40 médecins

dans le groupe témoin), et RE IN sur la prise en charge de l'insuffisant rénal réalisée entre mai et novembre 2003 auprès de 133 médecins généralistes libéraux volontaires.

Résultats

Nous avons observé que le suivi de patients s'améliorait davantage dans le groupe intervention que dans le groupe témoin aussi bien dans l'étude DREAM que dans l'étude RE IN. Parmi les médecins libéraux :

- 83 % ont été étonnés en constatant des différences entre ce qu'ils croyaient faire et le contenu effectif des dossiers ;
- 90% estiment utile que des visites de pairs soient reproduites pour d'autres pathologies ;
- 36 % seulement auraient accepté la même démarche venant d'un visiteur de l'Assurance maladie.

Conclusion

Les visites de pair contribuent à améliorer la prise en charge des patients diabétiques et insuffisants rénaux à La Réunion. Il a été mis en évidence une augmentation du nombre de patients insuffisants rénaux adressés aux néphrologues après intervention.

Références bibliographiques

1. FAVIER F, JAUSSENT I, LE MOULLEC N, DEBUSSHE X, BOYER M-C, SCHWAGER J-C, PAPOZ L and the REDIA study group - Prevention of type 2 diabetes and central adiposity in La Réunion Island, the REDIA study. *Diabetes Res Clin Pract.* 2004, sous presse.