



UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Non-observance des patients diabétiques de type 2 en
Polynésie Française : étude qualitative**

Présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 2019 à 14h

Au Pôle Formation, Salle 4

Par Sikou Malongo Gaëlle MAKOUANGOU

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Madame le Professeur Monique ROMON

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Anne LEICHT

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABBREVIATIONS

ADO : Antidiabétiques oraux

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPS : Caisse de Prévoyance Sociale (équivalent de la CPAM en métropole et dans les Départements d'Outre-Mer)

EBM : Evidence-Based Medicine

ETP : Education Thérapeutique du Patient

Fcfp : Francs pacifiques, monnaie en vigueur en Polynésie Française et en Nouvelle Calédonie (1 Euro = 119,33 Fcfp)

IDF : International Diabetes Federation = Fédération Internationale du Diabète

ISPF : Institut de la Statistique de la Polynésie Française

LM : Longue Maladie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RNS : Régime des Non-Salariés

RSPF : Régime de Solidarité de la Polynésie Française

SMR : Service Médical Rendu

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABBREVIATIONS	3
INTRODUCTION	9
I. Données épidémiologiques du diabète de type 2.....	9
A. Dans le monde	9
B. En France	10
C. En Polynésie Française.....	11
II. Prise en charge du diabète en Polynésie Française.....	13
A. Données géographiques et démographiques.....	13
B. Système de santé.....	14
a) CPS.....	14
b) Longue maladie.....	15
c) Protocole de soins : Diabète de type 2	17
C. Médecine traditionnelle.....	18
III. Observance thérapeutique.....	18
A. Définition.....	18
B. Méthodes de mesure	19
C. Non-observance intentionnelle et non-intentionnelle.....	19
D. Facteurs de non-observance.....	19
a) Non-observance intentionnelle.....	19
b) Non-observance non-intentionnelle	20
E. Diabète de type 2	20
a) Etat des connaissances	20
b) Conséquences de la non-observance.....	21
IV. Objectifs de l'étude	22
MATERIELS ET METHODES.....	23

I. Type d'étude et population	23
II. Méthode de recrutement	23
III. Recueil de données	23
IV. Méthodes d'analyse des données	24
RESULTATS	26
I. Caractéristiques de la population	26
A. Participation à l'étude	26
B. Critères démographiques	26
C. Critères médicaux.....	28
II. Vision générale sur le traitement du diabète.....	28
A. Approvisionnement.....	28
a) Rôle du médecin traitant	28
b) Rôle de la pharmacie	29
c) Aspect financier.....	29
B. Prise médicamenteuse	29
a) Antidiabétiques oraux (ADO)	29
b) Traitement par injection sous-cutanée	30
C. Mesures diététiques	31
a) Prise de conscience	31
b) Adaptation qualitative	31
c) Adaptation quantitative.....	32
III. Observance.....	32
A. Rôle du médecin traitant.....	32
a) Diagnostic du diabète.....	32
b) Suivi et éducation thérapeutique	33
c) Relation médecin-patient	34
B. Bienfaits du traitement ressenti par le patient	35

a)	Bien-être en cas de prise de traitement	35
b)	Etat de santé en l'absence de prise du traitement	35
C.	Actions entreprises par le patient pour garantir l'observance.....	36
a)	Mesures de rappel	36
b)	Rituel de prise de traitement	37
IV.	Inobservance	38
A.	Déni de la maladie.....	38
B.	Faiblesse de l'information au patient.....	39
C.	Contraintes de la prise médicamenteuse	40
a)	Contraintes pratiques	40
b)	Galénique.....	40
c)	Polymédication.....	40
D.	Effets indésirables des traitements.....	41
E.	Insuffisance d'effets bénéfiques ressentis des traitements	41
F.	Inobservance non-intentionnelle.....	41
a)	Oublis	41
b)	Etats émotionnels favorisant l'inobservance	43
V.	Particularités polynésiennes	43
A.	Hygiène alimentaire.....	43
B.	Médecine traditionnelle tahitienne : ra'au tahiti	44
a)	Généralités	44
b)	Rejet de la médecine traditionnelle tahitienne	44
c)	Usage dans le traitement du diabète	46
C.	Médecine traditionnelle chinoise : ra'au tinito.....	48
DISCUSSION	49	
I.	Forces et limites de la méthodologie.....	49
A.	Choix de l'étude qualitative.....	49
B.	Population.....	49

C.	Recueil de données.....	50
D.	Validité de l'analyse qualitative.....	51
II.	Sur les résultats	51
A.	Généralités sur la prise en charge du diabète de type 2.....	51
B.	Inobservance thérapeutique.....	52
C.	Influences de particularités locales dans l'observance thérapeutique.....	53
III.	Ouvertures	54
	CONCLUSION	55
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	57
	ANNEXES	62
I.	Annexe 1 : Guide d'entretien (1 ^{ère} version).....	62
II.	Annexe 2 : Guide d'entretien final.....	63
	RESUME	64
	ABSTRACT.....	65

INTRODUCTION

I. Données épidémiologiques du diabète de type 2

A. Dans le monde

Le diabète est une maladie chronique fréquente dans le monde entier avec une prévalence mondiale de 9,3 % en 2019 parmi les 20-79 ans, soit 463 millions d'adultes malades (Tableau 1). La mortalité liée au diabète et à ses complications était estimée à 4,2 millions de décès en 2019 (1). Plus de la moitié des diabétiques se situe en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique Occidental (2).

Le diabète est également responsable d'une morbidité prématurée importante (3).

L'IDF a publié dans son dernier Atlas du Diabète en novembre 2019 une prévision de la prévalence du diabète jusqu'en 2045, qui montre une poursuite de la progression de la prévalence dans le sens de l'augmentation (Tableau 1).

Tableau 1 : Prévalence du diabète chez les adultes (de 20 à 79 ans) dans les régions IDF en 2019, 2030 et 2045 (IDF) (1)

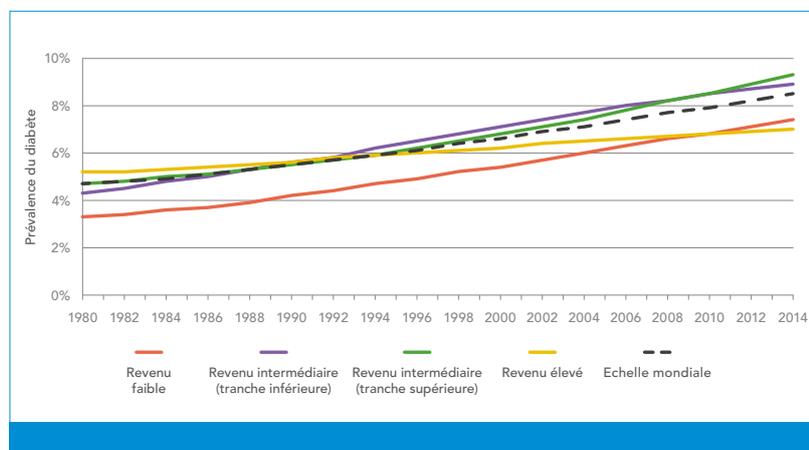
Rank	IDF Region	2019		2030		2045	
		Raw diabetes prevalence (%)	Age-adjusted comparative diabetes prevalence (%)	Raw diabetes prevalence (%)	Age-adjusted comparative diabetes prevalence (%)	Raw diabetes prevalence (%)	Age-adjusted comparative diabetes prevalence (%)
	World	9.3 (7.4-12.1)	8.3 (6.2-11.8)	10.2 (8.1-13.2)	9.2 (6.8-12.9)	10.9 (8.4-14.1)	9.6 (7.1-13.4)
1	MENA	12.8 (7.2-17.6)	12.2 (8.3-16.1)	14.2 (8.1-19.5)	13.3 (9.1-17.6)	15.7 (8.8-21.5)	13.9 (9.5-18.3)
2	WP	9.6 (8.6-11.9)	11.4 (8.3-15.6)	11.0 (9.9-13.5)	12.4 (9.0-16.8)	11.8 (10.5-14.3)	12.8 (9.3-17.4)
3	SEA	8.8 (7.1-11.1)	11.3 (8.0-15.9)	9.7 (7.9-12.2)	12.2 (8.6-17.2)	11.3 (9.2-14.1)	12.6 (8.9-17.7)
4	NAC	13.3 (10.5-15.8)	11.1 (9.0-14.5)	14.2 (11.0-16.9)	12.3 (10.0-15.9)	15.0 (11.4-17.7)	13.0 (10.5-16.5)
5	SACA	9.4 (7.8-11.7)	8.5 (6.7-11.3)	10.6 (8.8-13.1)	9.5 (7.4-12.6)	11.8 (9.7-14.6)	9.9 (7.8-13.2)
6	EUR	8.9 (7.0-12.0)	6.3 (4.9-9.2)	9.8 (7.6-13.0)	7.3 (5.6-10.3)	10.3 (7.9-13.5)	7.8 (6.0-10.8)
7	AFR	3.9 (2.1-7.1)	4.7 (3.2-8.1)	4.1 (2.3-7.5)	5.1 (3.4-8.8)	4.4 (2.5-8.0)	5.2 (3.5-9.1)

IDF: International Diabetes Federation; AFR: Africa; EUR: Europe; MENA: Middle East and North Africa; NAC: North America and Caribbean; SACA: South and Central America; SEA: South-East Asia; WP: Western Pacific.

i 95% confidence intervals are reported in parenthesis.

La prévalence du diabète est en augmentation plus rapide dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, que dans ceux à revenus élevés (Figure 1).

Figure 1 : Evolution de la prévalence du diabète, 1980-2014, par groupe de pays (selon le revenu) (OMS) (3)



B. En France

La prévalence du diabète en France était de 4,6% en 2012, et de 5% en 2016 (4), soit bien inférieure à la prévalence mondiale globale. Cette prévalence ne rassemble que les diabétiques diagnostiqués et pharmacologiquement traités, et ne prend donc pas en compte les diabétiques sous mesures hygiéno-diététiques seules (5).

Selon l'Atlas du diabète 2019, il y a en France 3,48 millions de diabétique en 2019, soit 4,8% de la population (1). Parmi eux, plus de 90% sont des diabétiques de type 2 (6).

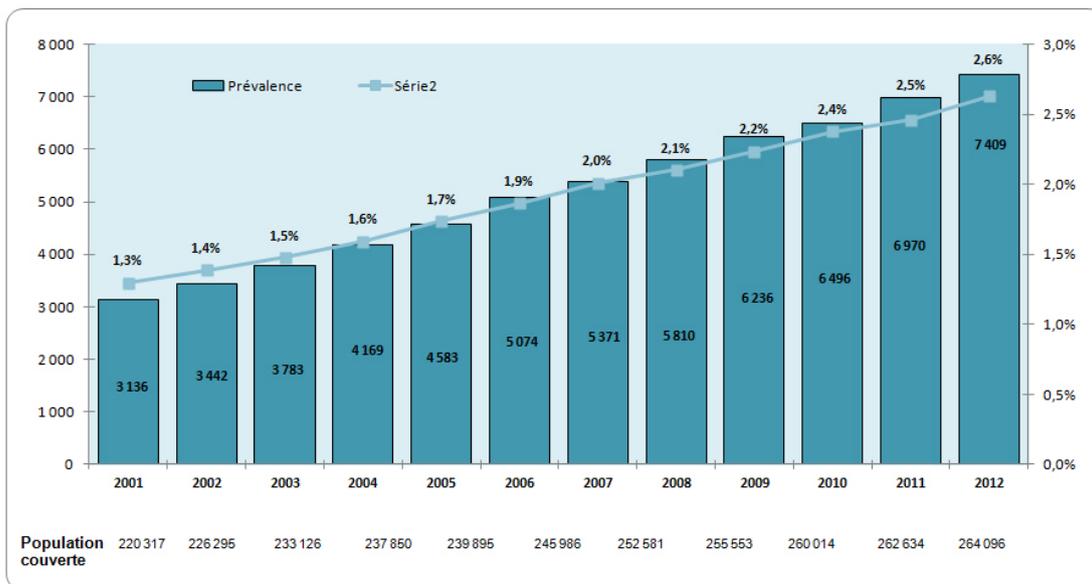
Le diabète a été responsable de 2% des décès en France en 2016 (7).

La France a été classée 7^e dans le monde en terme de dépense globale de santé concernant le diabète en 2019 avec une dépense de 16,9 millions de dollars américains (1).

C. En Polynésie Française

Selon la CPS, en 2012 il y avait en Polynésie Française, une prévalence de 2,79% de diabétiques traités et pris en charge à 100% au titre de la Longue Maladie, avec 7409 malades (8). Ce chiffre est en progression et a doublé depuis 2001 où la prévalence était de 1,3% (Figure 2).

Figure 2 : Evolution de la prévalence et du taux de prévalence du diabète traité et reconnu au titre de la Longue maladie de 2001 à 2012 (CPS) (8)



Aussi, sur la base des montants pris en charge par le CPS pour les médicaments à visée antidiabétique chez des assurés hors Longue Maladie, il apparaît que la prévalence du diabète ci-dessus est sous-estimée. En effet, il y aurait environ 3400 patients diabétiques ne bénéficiant pas d'une prise en charge au titre de la longue maladie en 2012 (8). La prévalence totale du diabète en Polynésie Française serait donc de 4,09% (10809 diabétiques pour une population de 264096 habitants). Ainsi, selon ces chiffres, 31,5% des diabétiques ne seraient pas pris en charge au titre de la Longue Maladie en Polynésie Française.

La prise en charge des patients diabétiques en Longue Maladie a entraîné, sans prendre en compte la prise en charge des complications, une dépense de plus de 3 milliards de Fcfp en 2012, soit environ 25 millions d'Euros. Il s'agit également de la 2^e maladie la plus représentée parmi les admissions en Longue Maladie (18,85%), après l'hypertension artérielle (8).

Selon la 9^e édition de l'Atlas du diabète éditée par la Fédération Internationale des Diabétiques, la Polynésie Française compterait 39400 diabétiques en 2019, soit, 19,5% de la population (2). Ce chiffre place la Polynésie Française en 8^e position dans le classement mondial des pays à la plus forte prévalence de diabète (1). Il y aurait également 18 300 diabétiques non-diagnostiqués, selon l'estimation de l'OMS (1).

L'enquête STEPwise approach for surveillance (STEPS) 2010 réalisée en Polynésie Française en collaboration avec l'OMS avait retrouvé une prévalence de 10% de diabétiques parmi les personnes interrogées (contre 7,6% en 1995) (9). Une nouvelle enquête STEPS est en cours, et ces derniers chiffres seront donc actualisés en 2020.

La mortalité liée au diabète de type 2 est la plus importante parmi celle liée aux maladies métaboliques, nutritionnelles et métaboliques : en effet, ces maladies causent 5 % de l'ensemble des décès sur le territoire de la Polynésie Française ; et le diabète, avec 40 décès en 2011 sur 1289, en est la cause la plus fréquente (10).

II. Prise en charge du diabète en Polynésie Française

A. Données géographiques et démographiques

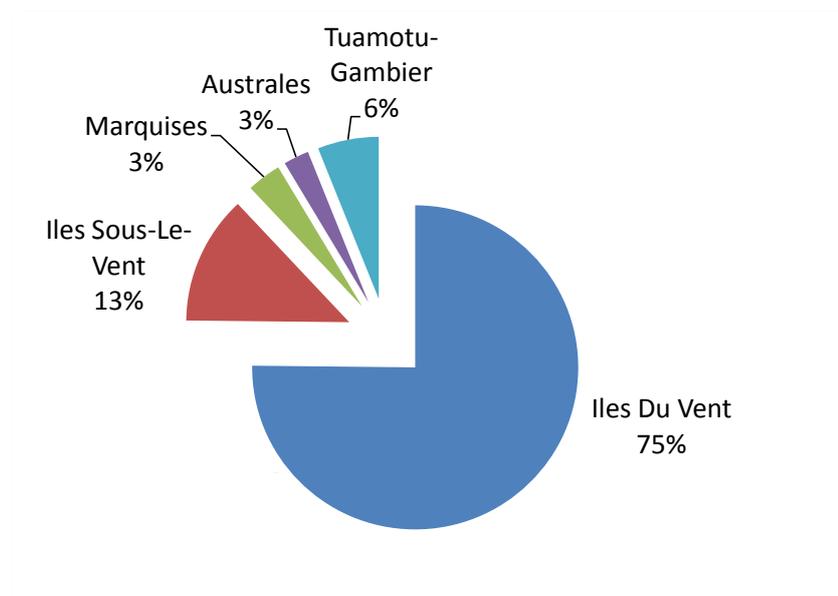
La Polynésie Française se situe dans l’Océan Pacifique Sud, et s’étend sur une superficie équivalente à celle de l’Europe (Figure 3).

Figure 3 : Carte des îles et archipels de Polynésie Française, superposés sur la carte de l’Europe (Air Tahiti) (11)



Elle se compose de 5 Archipels de typographie et de densité de population variable. En effet, selon le dernier recensement de population effectué en 2017 par l’ISPF, la population se concentre majoritairement dans les îles du Vent (Tahiti, Moorea et Maiao) puis, de façon bien moindre dans les îles sous le vent, dont l’île la plus connue est Bora Bora. Les archipels les moins peuplés sont les Australes et les Marquises (Figure 4). Les îles considérées comme urbaines et dont la densité de population est la plus élevée sont Tahiti, Moorea et Bora Bora (12).

Figure 4 : Répartition de la population municipale par archipel (ISPF) (13)



B. Système de santé

a) CPS

Le système de prise en charge des soins de santé en Polynésie Française est indépendant de celui de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer. En effet, c'est la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) qui prend en charge les résidents de Polynésie Française, mais aussi les fonctionnaires métropolitains en détachement via des accords de coordination entre la CPS et la CPAM.

Il existe 3 régimes d'affiliation au sein de la CPS : le régime des Salariés, le régime des Non-Salariés (RNS), le Régime de Solidarité de la Polynésie Française (RSPF). Tout comme en France métropolitaine, la cotisation d'assurance maladie pour les salariés est versée à la CPS par l'employeur avec prélèvement à la source de la part salariale.

Pour les assurés du RNS, le taux de cotisation pour l'assurance maladie est de 9,84% (14), avec un minimum de cotisation de 7523 Fcfp par mois, et un plafond de

revenus soumis à cotisations de 2,5 millions de Fcfp mensuels (soit une cotisation mensuelle de maximum 246000 Fcfp) (14).

Le RSPF est accessible aux personnes résidents en Polynésie Française depuis plus de 6 mois et ayant des revenus inférieurs à un certain seuil, défini selon leur situation familial (Tableau 2), qu'ils aient une activité professionnelle ou non. Les assurés du RSPF bénéficient alors d'une dispense de cotisations.

Tableau 2 : Seuils de revenus des ménages pour l'affiliation au RSPF (CPS)
(14)

Ménage	Plafonds mensuels	Plafonds annuels
Une personne	87 346 Fcfp	1 048 152 Fcfp
Un couple avec ou sans enfants	97 346 Fcfp	1 168 152 Fcfp
Une personne seule avec un enfant ou plus au sens des prestations familiales	97 346 Fcfp	1 168 152 Fcfp

b) Longue maladie

Concernant la prise en charge des soins, en dehors d'une prise en charge de Longue Maladie, les consultations médicales sont prises en charge à 70% par la CPS, quel que soit le régime d'affiliation, sur la base du tarif conventionnel si le praticien est conventionné, et du tarif d'autorité s'il ne l'est pas (Tableau 3). Les médicaments sont pris en charge à 70% si le SMR est majeur ou important, à 30% s'il est modéré, et ne sont pas pris en charge par la CPS en cas de SMR faible ou insuffisant.

Dans le cadre d'une prise en charge en Longue Maladie, les consultations et visites médicales (ainsi que les majorations de nuit et de dimanche, les frais de déplacement, l'ECG, l'IRM et l'ostéodensitométrie) sont prises en charges à 95% par la CPS. Par contre, les actes infirmiers, de kinésithérapie, les analyses biologiques et

les médicaments prescrits en lien avec la Longue Maladie sont pris en charge à 100% (14).

Tableau 3 : Tarifs conventionnés et tarifs d'autorité (CPS) (14)

	Tarifs conventionnels*** (en Fcfp) applicable jusqu'au 31/03/2014	Tarifs d'autorité en vigueur à compter du 28/12/2012** (en Fcfp)
Consultation par un généraliste (C)	3 600	1 560
Consultation par un spécialiste (CS)	4 420	2 160
Visite généraliste (V)	7 200	2 160
Visite spécialiste (VS)	6 840	2 836
Consultation neuro-psychiatre (CNPSY)	6 840	3 000
Consultation spécialisée de cardiologie (CSC)	10 545	5 126
Acte de chirurgie (KC)	447	318
Indemnité kilométrique (IK) (avec un plafond journalier de 100 Km, soit 37 500 Km par an)	100	60
Acte de chirurgie (diagnostic) (K)	437	306
Acte d'anesthésie (KA)	437	306
Acte d'échographie (KE)	437	306
Majoration de nuit (MN)	4 000	2 400
Majoration dimanche et jours fériés (MD)	3 000	1 800
Acte de radiologie (Z)	285	180
Acte de radiologie spécialiste (ZS)	342	240

Le montant d'une consultation de médecine générale en secteur 1 est de 3600 Fcfp, et celui de la visite à domicile est de 7200 Fcfp (Tableau 3).

Enfin, il existe la possibilité de consulter dans l'un des dispensaires du territoire, structure publique de médecine ambulatoire : ces structures sont en priorité destinées à l'usage des personnes en grande précarité, dépendants du régime RSPF, puisque les structures publiques peuvent avoir recours au tiers payant, même en dehors de la prise en charge d'une Longue Maladie.

L'admission d'un patient à une prise en charge au titre de la Longue Maladie s'effectue après rédaction d'un protocole de soins par son médecin traitant (généraliste ou spécialiste) qui devient alors son médecin référent après accord de la CPS. Les consultations avec les médecins désignés comme référents peuvent

bénéficiaire du tiers-payant. Par opposition, si le patient consulte un médecin généraliste autre que son médecin référent, il doit payer sa consultation entièrement, puis remplir et déposer sa feuille de soins à la CPS, afin d'en obtenir le remboursement à hauteur de 95% du montant conventionné si la consultation était en lien avec sa Longue Maladie. Depuis 2019, il est possible pour les patients en Longue Maladie de bénéficier du tiers-payant chez un médecin généraliste autre que leur médecin référent, s'ils consultent en dehors de leur lieu de résidence habituel (par exemple, si le patient consulte sur l'île de Tahiti, alors qu'il vit habituellement sur l'île de Moorea, où est installé son médecin référent).

Après accord de la CPS sur le protocole de soins du patient, le médecin référent reçoit un carnet de soins (plus communément appelé « Carnet Rouge ») qu'il remet au patient, et qui sert à la transcription des actes réalisés par tous les praticiens impliqués dans la prise en charge du patient dans le cadre de son protocole de soins (14).

c) Protocole de soins : Diabète de type 2

Comme en France Métropolitaine, le premier critère d'admission dans le protocole de prise en charge en Longue Maladie du diabète de type 2 est l'existence formelle d'un diabète de type 2 par l'existence d'une glycémie sanguine supérieure à 1,26 g/L, à 2 reprises.

Cependant, il existe en Polynésie Française un facteur limitant à cette admission : en effet, seuls les patients ayant au moins une complication du diabète sont admissibles. Ainsi, les patients dit « en Longue Maladie » et donc ayant une complication du diabète, sont pris en charge à 100% dans le cadre du dispositif de Longue Maladie, alors que ceux ne présentant pas de complication sont pris en charge à hauteur de 70% sur les soins et les médicaments à visée antidiabétique

(15). 31,5% des diabétiques en Polynésie Française se sont donc pas pris en charge au titre de la longue maladie (8).

C. Médecine traditionnelle

Il existe en Polynésie Française 2 médecines traditionnelles : une tahitienne et une chinoise. Ces médecines sont désignées par l'appellation des remèdes qu'ils utilisent : *ra'au tahiti* pour la médecine traditionnelle tahitienne, et *ra'au tinito* pour la médecine traditionnelle chinoise. La médecine scientifique occidentale est désignée par le terme *ra'au popa'a*.

Il existe un attachement certain aux pratiques de médecine traditionnelle, cependant il s'agit d'un savoir en péril par défaut de transmission aux jeunes générations qui ne s'y intéressent que peu (16).

III. Observance thérapeutique

A. Définition

La première approche de l'observance eu lieu en 1979, par David Sackett, sous le terme de « compliance » et désignait alors l'adéquation entre le comportement du patient et les prescriptions médicales, aussi bien médicamenteuses que de régime hygiéno-diététique (17). Simultanément, ce terme permettait l'étude de son opposé, la non-compliance, devenue plus tard non-observance, qui suscitait alors l'incompréhension face aux diverses démarches d'amélioration de la médecine, notamment en ce qui concerne le rapport du patient avec l'EBM, l'ETP et le principe d'autonomie qui prennent leurs origines à la même époque (17).

B. Méthodes de mesure

L'observance médicamenteuse peut s'exprimer par le pourcentage de doses prises par rapport aux doses prescrites, représenté par le Medication Possession Ratio (MPR), pourcentage de boîtes de médicaments achetées par rapport au nombre de boîtes prescrites, ou par le Proportion of Days Covered (PDC), pourcentage de jours couverts par l'achat des médicaments (17). Un patient serait donc observant si son MPR est supérieur ou égal à 80%. Ces 2 méthodes de mesures sont basées sur l'achat des médicaments et ne garantissent en rien la prise effective du traitement par le patient, et peuvent donc sous-estimer la non-observance.

D'autres méthodes de mesures se basent sur l'interrogatoire de patients, l'utilisation de piluliers électroniques et le dosage des médicaments, mais certaines peuvent induire des changements de comportement qui modifient donc les données étudiées (17).

Dans le diabète de type 2, seuls 65,4% des patients seraient observants dans leur première année de prise en charge (18).

C. Non-observance intentionnelle et non-intentionnelle

Il existe une distinction entre non-observance intentionnelle et non-intentionnelle. En effet, la non-observance intentionnelle découle du choix réfléchi et raisonné du patient, alors que la non-observance non-intentionnelle ne dépend pas d'un choix actif du patient (17).

D. Facteurs de non-observance

a) Non-observance intentionnelle

Des facteurs de non-observance intentionnelle ont été mis en évidence (19):

- croyances du patient sur son traitement et sa maladie, notamment la croyance que le traitement n'est pas efficace ou qu'ils n'en ont pas besoin du fait qu'ils sont asymptomatiques
- l'expérience d'effets secondaires désagréables.

b) Non-observance non-intentionnelle

La non-observance non-intentionnelle peut résulter de différents mécanismes ou problématiques, conscients ou non (17):

- mauvaise compréhension de la prescription
- difficultés d'accès aux médicaments
- défaut de mémoire
- interférence des habitudes du patient
- mécanismes de défense
- irrationalité psychique chez le patient.

E. Diabète de type 2

a) Etat des connaissances

Pour ce qui est de l'observance à la prise d'antidiabétiques oraux, elle serait de 70 à 80% chez les patients américains dont l'assurance santé prend en charge les médicaments (20). Mais, après 1 an de traitement, l'observance devient faible avec seulement 15% des diabétiques de type 2 qui prendraient encore leurs médicaments régulièrement (20), et avec une observance plus faible chez les patients qui ne sont pas en monothérapie (21).

De même pour le régime alimentaire et l'activité sportive, les études conduites aux Etats-Unis, en Inde et au Canada montrent une faible observance (20).

b) Conséquences de la non-observance

Le contrôle glycémique réalisé à l'aide du traitement médicamenteux, intervient dans la prévention de la survenue et de la progression des complications, notamment la neuropathie et la rétinopathie diabétique (3), et donc dans le maintien de la qualité de vie du patient diabétique.

Une mauvaise observance thérapeutique chez un patient atteint de diabète de type 2, avec une prise intermittente des antidiabétiques oraux, amène donc à une réduction moindre de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) (22), témoin de ce contrôle glycémique insuffisant.

Une meilleure observance est donc associée à une diminution des coûts pour ce qui est des soins aigus et des consultations externes (23), ainsi qu'à un risque et un nombre moindre d'hospitalisations (23), de passages aux urgences (23), de survenue d'une complication dans les 3 ans (24). Aussi, en cas d'hospitalisation, la durée de séjour est plus courte chez les patients observants (24).

Certaines études montrent qu'une bonne observance est associée à une diminution des dépenses de santé (25)(26). En revanche, certaines autres mettent en évidence que, bien qu'en cas de bonne observance, il y a une diminution variable des coûts des soins aigus selon la thérapie prise par le patient (27), cette configuration est aussi associée à une augmentation des coûts des médicaments (23)(24), ce qui rééquilibrerait la balance des coûts totaux par rapport à une observance moins bonne.

Enfin, une mauvaise observance est également associée à une morbidité et une mortalité plus importante, liée à un risque accru de survenue ou d'aggravation de complications du diabète, notamment cardiovasculaires (28).

IV. Objectifs de l'étude

Le diabète de type 2 est un problème de santé publique majeur dans le monde, et particulièrement en Polynésie Française où sa prévalence y est élevée. Cette pathologie est donc à l'origine de dépenses de santé importantes et d'une diminution de la qualité de vie chez le patient, en lien avec la survenue de complications et une fréquence d'hospitalisation plus élevée (29).

Connaitre les causes d'une mauvaise observance thérapeutique pourrait améliorer la qualité de vie des patients notamment en diminuant les risques de survenue et d'évolution des complications.

L'étude des facteurs de non-observance, pourrait également permettre de mettre en évidence des pistes d'explorations pour la mise en place de mesures de maintien de l'observance et ainsi de diminuer les dépenses de santé liées notamment à la prise en charge des complications (25).

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude et population

Il s'agit d'une étude qualitative.

La population cible de l'étude comprend des patients adultes ayant 18 ans ou plus, pharmacologiquement traités pour un diabète de type 2 (antidiabétiques oraux, insulinothérapie, analogue du glucagon-like peptide 1), indépendamment de s'ils sont pris en charge ou non au titre de la Longue Maladie. Sont exclus les patients sous mesures hygiéno-diététiques seules, et les patients qui ne sont pas autonomes dans la prise de leur traitement.

II. Méthode de recrutement

La population était composée de patients choisis ou vu en consultation par leur médecin traitant, médecin généraliste en cabinet libéral privé que l'île de Tahiti en Juin 2019. Certains connaissaient préalablement l'investigateur en tant que médecin remplaçant occasionnel de leur médecin traitant.

Les médecins traitants connaissaient le sujet de la recherche mais ne connaissaient pas les intitulés exacts des questions du guide d'entretien. Les coordonnées du patient à inclure étaient alors transmises à l'investigateur, afin de pouvoir procéder au recueil de données.

III. Recueil de données

Le recueil de données a consisté en l'interview individuel de patients, en se basant sur un guide d'entretien rédigé et testé avant d'en effectuer des modifications (Annexes 1 et 2).

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur vocal numérique, et il n'y a pas eu de prise de notes concomitante.

Les entretiens ont été menés par l'interne en Médecine Générale, principal investigateur de l'étude, qui résidait alors en Polynésie Française depuis plus de 2 ans et y avait une expérience de l'exercice libéral de la Médecine Générale.

A l'aide du questionnaire d'entretien semi-dirigé, l'investigateur a recueilli les données d'intérêt : perception du traitement chronique du diabète de type 2, sentiments sur la constance de prise de ce traitement, non-observance et adhérence au traitement.

Le consentement du patient a été recueilli oralement avant le début de l'entretien.

Les patients ont été contactés par téléphone pour convenir d'un rendez-vous à leur domicile ou dans un autre lieu selon le patient pour la réalisation de l'entretien, selon ce qui leur était confortable. Tous les sujets interrogés l'ont été une seule fois, et seuls le patient interrogé et l'investigateur principal participait à l'entretien.

La langue utilisée était le français, avec l'intervention de quelques mots ou expression en langue tahitienne. Le tutoiement était généralisé dans les échanges entre l'investigateur et les patients interrogés, comme il l'est de façon courante en Polynésie Française.

IV. Méthodes d'analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits entièrement, à l'aide de la fonctionnalité de transcription vocale de Google Docs, puis corrigés à l'aide du logiciel en ligne Otranscribe.

Pour des raisons logistiques, les données transcrites n'ont pas pu faire l'objet d'un contrôle commenté par les patients interrogés avant d'être analysées.

Sikou MAKOUANGOU

Les données ont ensuite été extraites et analysées à l'aide du logiciel NVivo 12.2.

L'analyse des données a permis d'en faire ressortir des thèmes, ainsi que des sous-thèmes, apportant ainsi un cadre de compréhension aux données obtenues.

Un 2^e chercheur, également familier de la Polynésie Française et de ses particularités culturelles, a également analysé les données pour permettre la validation interne de l'analyse.

RESULTATS

I. Caractéristiques de la population

A. Participation à l'étude

Sur 13 patients contactés, 9 ont redonnés leur accord pour participer à l'étude, dont 2 ont été interrogés dans le cadre du test du guide d'entretien, afin d'en vérifier la bonne compréhension et de le corriger au préalable. Parmi les 4 patients ayant exprimé un refus de participation, un a exprimé un manque de temps, et les 3 autres n'ont pas donné de raisons particulières. Deux autres cabinets privés de médecine générale avaient été sollicités, mais aucun participant n'a pu y être recruté.

Tous les patients ont été interrogés à leur domicile, sauf un dont le domicile ne semblait pas lui fournir le cadre confortable nécessaire du fait que le patient y cohabite avec sa famille nombreuse.

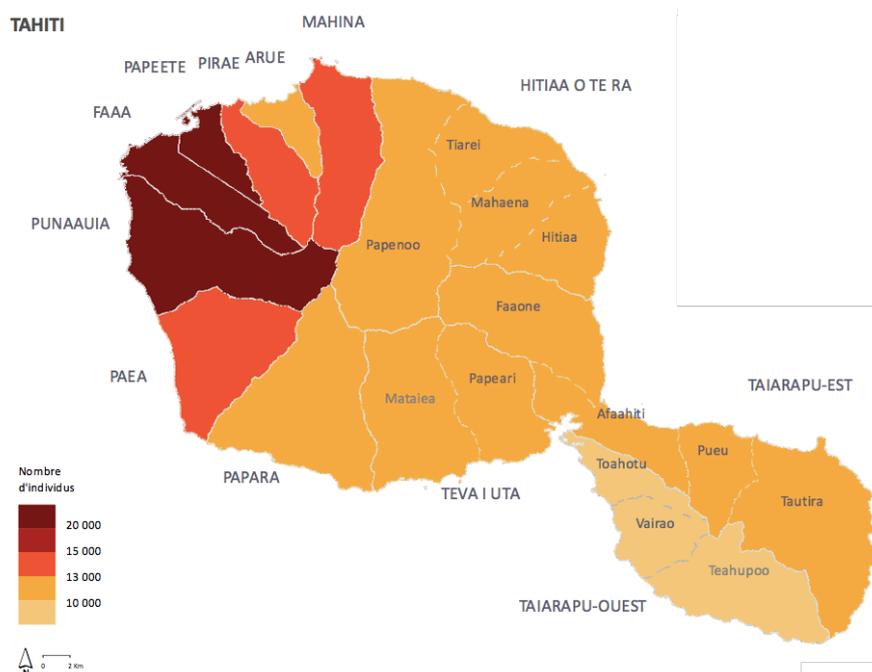
B. Critères démographiques

Les données sont constituées d'entretiens semi-dirigés de 7 patients, interrogés en Juin 2019, avec des entretiens ayant duré entre 6 minutes 20 secondes et 21 minutes et 30 secondes. L'analyse de données a montré que la saturation des données avait été atteinte au 7^e entretien.

Les patients ont été recrutés dans 2 cabinets de médecine générale de l'île de Tahiti (Figure 5), l'un dans la commune de MAHINA, et l'autre dans la commune de PIRAE. 6 des 7 patients vivent en zone urbaine à PAPEETE, PIRAE ou MAHINA, et le 7^e en zone semi-rural à TIAREI (12) . Parmi eux, il y avait 3 hommes et 4 femmes.

Concernant leur âge, 6 d'entre eux avait plus de 50 ans, et un seul moins de 50 ans (36 ans). (Tableau 4)

Figure 5 : Répartition de la population de Tahiti en 2017 (ISPF)(30)



Au niveau de leur niveau d'éducation, 2 ont obtenu le certificat d'études primaires, et 4 ont un niveau d'études secondaires dont 1 seul a obtenu le Baccalauréat. Aucun n'a fait d'études supérieures.

3 des patients interrogés sont professionnellement actifs, 1 est au chômage et 3 sont à la retraite. (Tableau 4)

Tableau 4 : Caractéristiques démographiques des sujets étudiés

	Sexe	Âge	Niveau scolaire	Profession	Commune
P1	Homme	52 ans	Collège	Animateur de pêche	TIAREI
P2	Femme	67 ans	Néant	Retraitée (cuisine)	MAHINA
P3	Femme	54 ans	Collège (4 ^{ème})	Agent de propreté	PAPEETE
P4	Femme	58 ans	Certificat	Sans emploi	PAPEETE
P5	Homme	59 ans	Certificat	Retraite (chauffeur de transport commun)	PIRAE
P6	Femme	53 ans	CAP comptabilité (2 ^e année)	Garde-malade	PIRAE
P7	Homme	36 ans	Baccalauréat	Sans emploi (à le recherche dans le bâtiment)	PAPEETE

C. Critères médicaux

Parmi les patients interrogés, un seul n'était pas pris en charge au titre de la Longue Maladie (Tableau 5).

Au niveau thérapeutique, tous prenaient au moins un antidiabétique par voie orale, un seul était sous insulinothérapie quotidienne, et un était sous analogue de la GLP-1 par injection hebdomadaire (Tableau 5).

3 des patients sont polymédiqués (au moins 2 traitements différents à prendre quotidiennement) (Tableau 5).

Tableau 5 : Caractéristiques de prise en charge médicale des sujets étudiés

	Carnet rouge	ADO	Insuline	Analogue GLP-1	Polymédication
P1	Oui	Oui	Non	Non	Non
P2	Non	Oui	Non	Non	Non
P3	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
P4	Oui	Oui	Non	Non	Oui
P5	Oui	Oui	Non	Non	Non
P6	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
P7	Oui	Oui	Oui	Non	Non

II. Vision générale sur le traitement du diabète

A. Approvisionnement

a) Rôle du médecin traitant

Lorsqu'il s'agit de l'approvisionnement en médicaments, les patients citent spontanément leur médecin traitant et les consultations de suivi.

P1 : « Donc ... normalement il me prescrit, le médecin traitant me prescrit heu ... pour 1 mois à 2 mois. Donc ... si je j'arrive à la fin du traitement, je revois le médecin, et il me fait un check-up tous les 6 mois, pour voir heu ... l'état de mon diabète. »

P3 : « Et bien je vois mon médecin traitant et puis qu'elle fasse mes ordonnances. »

P4 : « Ben je vais voir mon docteur traitant, et puis c'est elle qui est Docteur N***** et c'est elle qui fait l'ordonnance [...]. »

P6 : « C'est moi-même qui va à mes consultations, des fois j'ajoute ma tension, ma tension est trop fort, on m'a ajouté des médicaments. »

P7 : « Tout d'abord je vais voir mon médecin traitant, pour avoir une ordonnance [...].»

b) Rôle de la pharmacie

La pharmacie est également un acteur dans l'approvisionnement en médicaments des patients.

P4 : « [...]pour que j'aille chercher les médicaments à la pharmacie. »

P7 : « [...] et je me dirige vers la pharmacie, au plus près, pour récupérer les médicaments. »

c) Aspect financier

L'aspect financier n'a été abordé que par un seul patient et n'est pas un obstacle à l'obtention des médicaments.

P4 : « A la pharmacie, ils me donnent les médicaments et je paye rien. »

B. Prise médicamenteuse

a) Antidiabétiques oraux (ADO)

Le traitement de plusieurs patients sous ADO contient de la metformine.

P1 : « Alors actuellement, jusqu'à aujourd'hui mon traitement c'est le Metformine 1000 que je prends le matin et le soir. »

P2 : « Heu ... Comment on dit là ... Janumet. »

P3 : « [...] après j'ai Metformine 1000 ... »

P4 : « Metformine. »

I : « Quel dosage ? »

P4 : « 1000, un comprimé. »

Les patients interrogés connaissent le rythme de prise de leur traitement antidiabétique.

P1 : « [...] je fais attention à mes ... à mes prises de comprimés. Comme mes comprimés je les prends le matin et le soir, donc c'est que ça suit ... tous les mois quoi. »

P2 : « Le matin, avant le petit déjeuner, je prends un cachet c'est tout. »

P3 : « [...] j'ai Metformine 1000 ... que je prenais matin midi soir. »

P4 : « Tandis que le médicament pour le diabète c'est le matin et le soir. »

P5 : « Alors, au niveau des traitements donc ... du diabète le matin et soir avant de manger. »

b) Traitement par injection sous-cutanée

Une seule patiente est sous 2 antidiabétiques, un ADO et une insulinothérapie.

P3 : « Toujeo ... la Toujeo, après j'ai après j'ai Metformine 1000 »

Une patiente est sous analogue de la GLP-1, mais pense être sous insulinothérapie en injection hebdomadaire.

P6 : « Tous les vendredis, j'ai la piqûre d'insuline. [...] Je crois c'est un gramme cinq. »

C. Mesures diététiques

a) Prise de conscience

Les patients parlent d'adaptation du régime alimentaire comme partie intégrante de la prise en charge thérapeutique de leur diabète, au même titre que la prise médicamenteuse.

P1 : « [...] comme je fais attention à ce que je mange. ... je fais attention à mes ... à mes prises de comprimés. »

P2 : « Tout ce qu'on me donne c'est Docteur B*****. Et il me dit, il faut faire attention à ce que je mange. »

P3 : « [...] il faut savoir préparer aussi et limiter tout ce qui est sucre, tout ce qui est gâteaux, tout ça ... c'est pas interdit ... Enfin c'est pas interdit, mais ... avec nous avant, comme je comprenais pas ce que c'est exactement, alors je mangeais »

« Et puis après, les efforts il faut faire beaucoup d'efforts sur ce qu'on mange. J'ai le planning, j'ai toutes les recettes, maintenant c'est à moi. »

P7 : « Après c'est au niveau aussi de mon alimentation, j'ai du tout changer en fonction du diabète ... »

b) Adaptation qualitative

L'adaptation du régime alimentaire est principalement qualitative avec une limitation des apports en aliments sucrés.

P3 : « il faut savoir préparer aussi et limiter tout ce qui est sucre, tout ce qui est gâteaux, tout ça ... c'est pas interdit ... Enfin c'est pas interdit, mais ... avec nous avant, comme je comprenais pas ce que c'est exactement, alors je mangeais »

« C'est comme ça, de toute façon c'est bien, on n'est pas privés, pas vraiment privés, on peut tout manger, mais ça veut pas dire qu'il faut manger par exemple le *poe*, le dessert préféré des Polynésiens, ça veut pas dire qu'il

faut manger tous les jours hein ... c'est un petit bol chinois on m'a dit à l'hôpital, une fois par semaine au moins le dimanche et c'est tout hein. Même les tartes tout ça, on mange pas tous les jours. Heureusement je suis plus ... Non ... Maintenant j'arrive à écartier tout ça, y compris les boissons ... de l'eau, de l'eau, c'est encore mieux. »

P6 : « Bon je me sers ... à ne pas trop manger trop de trucs sucreries »

c) Adaptation quantitative

L'adaptation est également quantitative avec un contrôle des quantités ingérées.

P3 : « Oui il faut savoir manger, il faut apprendre à manger, il a aussi les quantités hein ... C'est pas facile mais ... on fait avec. »

III. Observance

A. Rôle du médecin traitant

a) Diagnostic du diabète

Le rôle du médecin traitant intervient dans la découverte du diabète, avec l'intervention d'un bilan biologique dans l'établissement du diagnostic.

P1 : « Alors ... sans le savoir, j'étais tombé malade pas mal de fois, et à chaque fois j'allais voir mon médecin traitant, j'arrivais pas à me rétablir quoi. Et donc ... j'ai demandé à faire ... un bilan sanguin pour ... pour moi. Et c'est par là qu'on a su que j'avais le diabète.

« Mais quand il m'avait consulté, il m'a dit c'est pas possible. Il faut changer le traitement et c'est par là qu'il a su que ... quand il avait fait les analyses, quand il a eu les résultats il m'avait dit "Ben voilà ! C'est pour ça tu rechutes, c'est à cause de ton diabète. »

P4 : « Au début, quand je suis allée voir mon docteur traitant, je suis allé faire mes analyses, ma prise de sang, et mon diabète il était carrément haut.

P5 : « [...] pendant la visite du médecin du travail de la CPS, ils m'ont confirmé que comme quoi j'ai eu le diabète ».

P5 : « Moi j'avais pas pris ça au sérieux au départ. Il a fallu attendre 3 ou 4 ans. Et après donc je me suis rendu compte qu'y a quelque chose qui va pas au niveau de ma santé, et c'est par là qu'il m'avait prévenu déjà. »

b) Suivi et éducation thérapeutique

Les patients évoquent souvent le suivi par le médecin traitant à travers :

- l'adaptation posologique

P1 : « Donc ... au départ c'était un Metformine 500 ... pendant 3 mois. Et après les 3 mois, il m'a fait un traitement de... Metformine 850, 3 mois aussi. Et le dernier qui était Metformine 1000 qui va suivre jusqu'à ce que je sois équilibré par rapport à mon diabète. »

- les consultations de renouvellement

P1 : « si je j'arrive à la fin du traitement, je revois le médecin, et il me fait un check-up tous les 6 mois, pour voir heu ... l'état de mon diabète.

P7 : « [...] j'ai juste à respecter ... les horaires où je prends mes médicaments et aller voir mon médecin traitant »

- le suivi par les examens complémentaires et les consultations spécialisées

P1 : « Donc ... à chaque fois, ben ... le bilan est transmis au médecin traitant et puis lui ... on se voit après [...] »

P2 : « Et il prend aussi ma ... comment on dit ... pour piquer le doigt là. »

P5 : « Tous les 3 mois, donc je fais un bilan. Donc il me prescrit de voir certains médecins, au niveau du cœur tout ça, et puis des artères ... et c'est par là, je me suis confié à lui, et puis il m'a dit donc de voir différents médecins, de traitement, voir si le cœur il est bon, au niveau des artères, des articulations tous ça ... si j'ai pas eu des séquelles ou des conséquences. »

- les conseils hygiéno-diététiques

P1 : « [...] et après il me dit c'qui va pas, c'qu'il faut faire, c'qu'il faut pas faire : "Il faut réduire untel dans le repas." »

P2 : « Tout ce qu'on me donne c'est Docteur B*****. Et il me dit, il faut faire attention à ce que je mange. »

- la correction de comportements d'inobservance

P7 : « [...] il m'arrive des fois de faire des oublis, tout ça, et je suis rappelé à l'ordre par mon médecin traitant. »

c) Relation médecin-patient

Les patients manifestent une relation de confiance avec leur médecin traitant, auquel ils confient leur santé et dont ils suivent les recommandations.

P1 : « Donc lui il avait proposé de prendre ça étape par étape donc j'étais très content de suivre tous ces ... c'est ça qui m'a fait aussi en sorte que je ne ... Peut-être j'oublie un peu mais sinon j'ai bien suivi ce qu'il m'avait conseillé quoi. »

« Et donc j'ai suivi ce qu'il m'avait dit, et je pense qu'il a qu'il a qu'il a bien fait pour le traitement quoi [...] »

P2 : « Tout ce qu'on me donne c'est Docteur B*****. Et il me dit, il faut faire attention à ce que je mange. »

P3 : « De toute façon j'ai confiance au médecin, tous les médecins, que je sois hospitalisée ou C'est pareil. »

P5 : « Bon après il m'a proposé d'avoir le carnet rouge. Bon je lui ai dit oui, parce que "c'est toi le médecin traitant et puis c'est toi qui vois". Donc j'ai fait place en moi-même sa part de travail. [...] et c'est par là, je me suis confié à lui, et puis il m'a dit donc de voir différents médecins, de traitement. [...] Donc je lui ai fait part, je lui ai dit "bon, c'est toi mon médecin traitant" donc je dois obéir à ce qu'il dit. »

B. Bienfaits du traitement ressenti par le patient

a) Bien-être en cas de prise de traitement

Les patients décrivent un bien-être, voire même un mieux-être induit par la prise ou la reprise des traitements antidiabétiques, sentiment qui se maintient en cas d'observance du traitement.

P1 : « C'est mieux avec le traitement. Ça je peux le dire c'est mieux. [...] Quand je commence à reprendre mon traitement, en fin de compte je continue, je sens il y a un changement. Je vois un peu mieux, je vais pas dire je vois mieux mais un peu mieux et au niveau santé aussi ça va. »

« Mais une fois je prends le traitement je sens que je reviens dans le normal »

I : Est-ce que tu penses que ton traitement contre le diabète améliore ta santé ?

P3 : Oui, oui oui. Si ça améliore. Ça améliore, il suffit de respecter. C'est pas le traitement qui ... qui nous déstabilise, non pas du tout. C'est nous... c'est moi-même ... parce que je reconnais que je force un peu dans les aliments où c'est ... voilà sinon le traitement c'est super. Le traitement qu'on me prescrit, c'est ce qu'il faut.

b) Etat de santé en l'absence de prise du traitement

De façon réciproque, les patients décrivent également une dégradation de leur état de santé, notamment de leur état général, en cas d'inobservance avec absence de prise de traitement.

P1 : « Mais ... je sens que y'a ... quand tu ne prends pas ces comprimés-là, tu sens au niveau de toi, ça ... ça va pas quoi. Y'a quelque chose qui va pas. [...] Automatiquement ça veut dire que j'ai raté quelque chose. Donc, c'est de prendre les médicaments. »

« Ben si j'oublie de prendre les comprimés des fois si dans la journée je prends pas le matin et le soir donc je suis obligé ... de toute façon si je

dépasse 2 à 3 jours je sens que mon corps il est pas bien quoi. Y'a pas que le corps, il y a les yeux aussi ... donc je sais que j'ai l'œil droit qui n'est pas bien, donc automatiquement ça me revient c'est que j'ai pas pris mes traitements. »

P2 : « Ben, un peu de tout parce que des fois moi ... des fois j'ai des ... chez moi c'est la tension qui fait monter à la tête et j'ai mal. »

P4 : « Et il a fallu que je tombe malade cette année, je suis allée voir le médecin et voilà ... j'ai repris les médicaments du diabète. »

Cette dégradation de l'état de santé intervient alors comme une alarme pour les alerter de l'absence de prise de traitement et les poussent à reprendre leur traitement.

P1 : « de toute façon si je dépasse 2 à 3 jours je sens que mon corps il est pas bien quoi. Y'a pas que le corps, il y a les yeux aussi ... donc je sais que j'ai l'œil droit qui n'est pas bien, donc automatiquement ça me revient c'est que j'ai pas pris mes traitements. Mais une fois je prends le traitement je sens que je reviens dans le normal. »

C. Actions entreprises par le patient pour garantir l'observance

a) Mesures de rappel

Certains patients mettent en place des stratégies de rappel, instrumentalisée ou non pour éviter les oublis et les erreurs.

P1 : « [...] avant ma femme me rappelait chaque fois de fallait prendre, fallait prendre [...] »

P3 : « Comment je m'organise, ben j'ai un pilulier, que je place ... voilà. J'ai un pilulier de lundi à dimanche, [...] C'est important le pilulier parce qu'on peut pas se tromper ce qu'il y a à prendre le matin midi et soir. »

b) Rituel de prise de traitement

Les patients diabétiques mettent également en place des rituels, instrumentalisés ou non, associés à la prise de leur traitement à visée d'évitement de l'oubli.

Il peut s'agir d'une périodicité constante de prise de traitement.

P1 : « Comme mes comprimés je les prends le matin et le soir, donc c'est que ça suit ... tous les mois quoi. »

P2 : « Le matin, avant le petit déjeuner, je prends un cachet c'est tout. »

P4 : « Je me lève tôt le matin. La première chose que j'ai dans ma tête le matin, c'est mes médicaments. Mais de toute façon, j'en ai que deux à prendre tous les jours le matin et le soir. [...] Jamais j'oublie mes traitements. »

P6 : « Tous les vendredis, j'ai la piqûre d'insuline. »

Il peut également s'agir de l'association de la prise de traitement à un geste ou à une série de gestes quotidiens.

P1 : « Alors moi le matin, comme le médecin m'a proposé à chaque fois de manger ... de prendre un comprimé, je suis obligé de manger quelque chose avant de le prendre quoi. »

P3 : « J'ai un pilulier de lundi à dimanche et puis ... c'est tous les vendredis normalement je renouvelle. »

P5 : « Alors, au niveau des traitements donc ... du diabète le matin et soir avant de manger. »

P6 : « Alors moi mon traitement, moi c'est matin et soir. Je bois d'abord mes médicaments et après je mange après je fais mon ménage, j'ai un sport aussi à faire, je fais le karaté. [...] Ah non moi j'oublie jamais. »

P7 : « Là je me suis fait un planning sur un calendrier que je marque à chaque fois une fois que je consomme mes médicaments, je marque les jours. »

IV. Inobservance

A. Déni de la maladie

Certains patients admettent avoir fait l'expérience d'un déni ou d'un manque de prise de conscience de l'existence de la maladie diabétique : ils ne se pensent alors pas malades, et ne suivent pas bien leur traitement.

P1 : « [...] parce que au départ j'étais un peu choqué parce que ... choqué pourquoi parce que je savais pas j'avais un diabète. »

P2 : « Après il m'a dit j'ai un peu de diabète. De là, j'ai pas suivi ... j'ai laissé aller. [...] je croyais moi c'est rien du tout. »

P3 : « avec nous avant, comme je comprenais pas ce que c'est exactement, alors je mangeais. Quand j'en ai envie , j'allais chercher, sans même penser aux conséquences [...] J'ai pris du temps quand même, pour comprendre ce que c'est exactement cette maladie là. [...] après il fallait que j'accepte, c'est normal quand on avale quelque chose, que ce soit la taille ou quoi ... mais j'ai pas pu accepter, je n'acceptais pas avant ... »

P5 : « Moi j'avais pas pris ça au sérieux au départ. Il a fallu attendre 3 ou 4 ans. Et après donc je me suis rendu compte qu'y a quelque chose qui va pas au niveau de ma santé, et c'est par là qu'il m'avait prévenu déjà. »

Ce déni peut être lié à une croyance erronée, ici celle que le sportif ne peut pas être diabétique.

P5 : « et là je me suis dit "Ah, c'est pas possible, c'est pas pour quelqu'un qui est sportif, je dis pas haut niveau, mais au moins quelqu'un qui participe dans le domaine du sport, triathlon, même semi-marathon donc il a pas le diabète, lui. Et finalement c'est ça, c'est ça qui m'a saqué un peu ... »

B. Faiblesse de l'information au patient

Certains patients décrivent une incompréhension initiale de la maladie :

P3 : « [...] comme je comprenais pas ce que c'est exactement, alors je mangeais »

« mais la maladie aussi, c'est pas je n'acceptais pas mais ... pour aller au fond, pour comprendre le fond de cette maladie, non j'ai pas tellement compris. »

P6 : « Mais ce que je ne comprends pas, quand tu vas faire des visites il te dit "ah, c'est pas possible, comment ça c'est augmenté ton sucre ?" Moi je sais pas c'est peut-être votre médicament. Il s'étonne à chaque fois après des fois je lui dis "Bon je me serre ... à ne pas trop manger trop de trucs sucreries, peut-être dans les légumes y a des sucres moi j'en sais rien moi ! »

Cette incompréhension est parfois rattachée à un manque d'éducation d'origine parentale sur l'hygiène diététique à suivre pour limiter les risques de diabète.

P3 : « [...] je disais pourquoi ce temps-là les parents qui avait ça, pourquoi il y a pas eu le dialogue "Voilà il faut faire attention à ceci, à cela ...". »

Les patients expriment également un désir d'informations personnalisées sur leur diabète.

P5 : « peut-être l'effet que le diabète est stable, mais simplement donc j'aurais aimé avoir ... approfondir un peu au niveau du diabète il a quel stade ou à quel niveau actuellement chez moi. [...] J'aurais aimé donc voir au moins la situation du diabète, il est à quel niveau il est à quel stade actuellement. Donc est-ce que au bout de 3 ou 5 mois ou 6 mois ou 1 ans après, voir l'évolution de la maladie par rapport à la personne ... à la personne malade. Par exemple, si je prenais 5 ans à l'avant, 5 ans après, il est à quel niveau la maladie, et le patient comment il se sent aussi. Donc c'est l'évolution de la maladie de chaque patient. »

C. Contraintes de la prise médicamenteuse

a) Contraintes pratiques

La nécessité de prendre les traitements en concomitance avec un repas peut représenter une contrainte.

P1 : « [...] je suis obligé de manger quelque chose avant de le prendre quoi ... c'est pour éviter d'avoir des problèmes au niveau de l'estomac [...] Des fois, on essaye de manger un petit truc pour faire passer le comprimé quoi hein. »

b) Galénique

La taille des comprimés peut représenter une gêne à la prise médicamenteuse.

P3 : « Et puis, oui, les cachets ... les médicaments me faisaient peur, tout ce qui est Metformine c'est gros. »

Cela peut mener à l'usage de méthodes alternatives en substitution du traitement prescrit.

P3 : « Alors il m'a prescrit d'autres cachets, gros cachets en bleu, tout ça ... oh ça m'a fait peur. Alors je me suis dit je vais essayer ce traitement ... soit disant magique, pour éviter tout ça, pour éviter aussi de prendre plusieurs cachets. »
« Et j'ai arrêté pendant un an, j'ai testé ce traitement traditionnel »

c) Polymédication

La polymédication peut être ressentie comme désagréable.

P1 : « Apparemment moi, médicaments sur médicaments j'en ai plein, surtout quand je suis malade hein, quand je suis malade après je prends tous ces médicaments en plus le Metformine. Il faut pas oublier c'est pas évident ... ben c'est pour ça on a des oublis, et on est fatigué aussi. »

D. Effets indésirables des traitements

Les patients décrivent les effets indésirables qu'ils prennent soin d'éviter par le respect de certaines mesures.

P1 : « [...] je suis obligé de manger quelque chose avant de le prendre quoi ... c'est pour éviter d'avoir des problèmes au niveau de l'estomac [...] »

P7 : Au tout début j'avais du mal à digérer les médicaments, tout ça. »

Pour une patiente, il peut en découler une inobservance diététique.

P6 : « je fais à ma façon, pas à sa façon, à sa façon à lui, je me sens faible, quand je vais ça tourne, on dirait il me manque quelque chose, peut-être le sucre je sais pas ... Mais quand je mange si je me sens comme ça mal à l'aise et tout ... quand je mange du sucre ou bonbon je me sens bien parce que là j'arrive pas à comprendre. »

E. Insuffisance d'effets bénéfiques ressentis des traitements

Le bénéfice à une prise du traitement antidiabétique peut ne pas être ressentie par le patient.

I : D'accord. Donc est-ce que tu penses que ton traitement contre le diabète améliore ta santé ?

P1 : « Je pense pas hein, c'est juste pour maintenir le bonhomme dans l'équilibre. Mais guérir je pense pas hein. »

P5 : « Bon, au niveau des effets de mon traitement sur le diabète, je trouve pas du tout un effet ... peut-être l'effet que le diabète est stable. »

F. Inobservance non-intentionnelle

a) Oublis

L'inobservance est souvent temporaire, et non-intentionnelle. Il s'agit d'oublis en rapport avec des facteurs physique, psychologique ou organisationnel défavorables :

fatigue passagère, problèmes professionnels, faim impérieuse, planning quotidien chargé.

P1 : « Des oublis voilà ... des fois quand je reviens du travail je suis un peu fatigué, des fois on oublie on ... on revient, on se repose, on mange et après ... »

« [...] mais des fois quand tu es fatigué tu oublies, quand tu as des soucis au niveau du travail, tu as des soucis à la maison dans la famille, tu vois ça ... ça chamboule un peu les traitements. C'est pas chambouler le traitement, c'est pas qu'on veut pas le prendre, si on est fatigué. »

P3 : « Oui ça m'arrive des fois d'oublier : des fois parce que des fois oui j'ai une faim terrible alors tout de suite je me pique pour regarder ... comment on appelle ... le dextro. Et après du coup ... mais c'est rare. Et du coup je fonce tout de suite dans l'assiette, voilà, ça m'arrive. »

P5 : « Parfois j'oublie des fois, c'est pas souvent qu'on oublie mais ... il y a des moments où on oublie aussi, ça m'a échappé un peu, donc aussi bien le matin et le soir. Voilà. »

En cas d'oubli, ils essayent tout de même de maintenir l'observance en rattrapant la ou les prises médicamenteuses oubliées.

I : Comment tu fais si jamais tu oublies de prendre ton traitement ?

P2 : Ben le lendemain je reprends un.

P3 : « Mais ... tout de suite après, soit après manger mais je loupe pas, je prends quand même ... je vais pas laisser passer, je prends quand même, je l'oublie peut-être sur le coup parce que il man... faut prendre avant de manger normalement, mais quand j'oublie là même juste après je prends mes cachets. »

I : « Et quand tu oublies, comment tu fais ? »

P5 : « J'essaie de rattraper donc ... les heures suivantes. »

P7 : « Pour la prise des médicaments sur les oublis, j'le reporte au lendemain matin ... »

b) Etats émotionnels favorisant l'inobservance

Les patients se sentent parfois infantilisés avec un sentiment de ras-le-bol surajouté, qui participe à un manque de motivation pour le maintien de l'observance.

P1 : « Et à la longue tu, ... tu commences à en avoir marre quoi ... pour finir tu as l'impression qu'on te traite comme un enfant. »

Le deuil est également un élément qui peut être à l'origine d'un arrêt non-intentionnel du traitement.

P4 : « [...] je prenais bien mes médicaments, mais après au bout de 5 ans j'ai perdu mon mari en 2013 et là j'ai flanché ... j'ai tout laissé tomber. »

V. Particularités polynésiennes

A. Hygiène alimentaire

Les habitudes alimentaires en Polynésie Française comportent des particularités par rapport à celles de la métropole, avec notamment :

- des différences de rythme alimentaire

P1 : « Pour nous, c'est pas évident le matin, on ne mange pas le matin nous, c'est difficile. »

- l'existence de plats régionaux populaires aux caractéristiques nutritionnelles en inadéquation avec le régime diététique des diabétiques

P3 : « par exemple le *poe*, le dessert préféré des Polynésiens, ça veut pas dire qu'il faut manger tous les jours hein ... »

P6 : « Après des fois je l'ai dit "Tu sais moi nous les tahitiens on n'est pas des français, on mange pas comme vous. »

Il existe également une variabilité des habitudes alimentaires entre les différentes îles de la Polynésie Française avec une occidentalisation plus importante à Tahiti, symbolisée par la malbouffe, en particulier l'alimentation de fast-food.

P3 : « [...] parce que dans les îles, c'est vrai, on mangeait pas comme on mange ici à Papeete. Moi je sais que il a fallu que je vienne ici pour savoir c'est quoi, c'est comme ça j'ai attrapé la fièvre, j'ai jamais eu ça dans mon île. On mangeait tellement bien, y'a pas ... y'a pas de Coca-Cola, y'a pas de McDonald's, y'a pas de frites, on mangeait sainement hein »

Il peut exister un manque de contrôle alimentaire.

P3 : « [...] je mangeais. Quand j'en ai envie , j'allais chercher, sans même penser aux conséquences. »

B. Médecine traditionnelle tahitienne : ra'au tahiti

a) Généralités

La médecine traditionnelle tahitienne est ancrée dans les familles et est souvent conseillée par l'entourage.

P1 : « Alors la médecine traditionnelle oui on en parle beaucoup aussi dans la famille tahitienne. »

P3 : « [...] ben oui avec les gens ça parle beaucoup : "Ah si tu vas là-bas, tu vas voir tu vas guérir". »

b) Rejet de la médecine traditionnelle tahitienne

Certains patients expriment un rejet, voire même une peur de la médecine traditionnelle tahitienne.

P2 : « Non. Les trucs tahitiens ? Non, non. »

P3 : « Non, qu'est-ce que j'en pense vraiment une co.... c'est une erreur, c'est vraiment une erreur pour le diabète ... tout est faux, c'est faux. »

« Alors je me suis dit je vais essayer ce traitement ... soit disant magique, pour éviter tout ça, pour éviter aussi de prendre plusieurs cachets. Mais c'était faux , c'est une erreur. »

P4 : « Ah ça me fait peur ... ça me fait peur. »

Cette peur est alimentée par la conscience d'un défaut de contrôles et d'analyses dans le cadre de la médecine traditionnelle tahitienne.

P5 : « Parce que je sais que la tradition Tahiti, ils ont pas les moyens pour pouvoir faire des recherches, [...], mais par contre au niveau des français, la médecine française, quand il s'agit de faire des radios ou des cardio-vasculaires et autres, donc ils ont les moyens ... ils ont les moyens sur le territoire. »

P7 : « Maintenant pour prendre des médicaments, le fameux ra'au Tahiti, c'est préférable de faire des analyses avant de les ingurgiter. On sait pas ... s'il y a des effets nocifs tout ça ... dans les conditions où ils les fabriquent ... »

Le rejet est également exprimé par un manque de confiance dans les tradipraticiens de l'époque actuel : la confiance est plutôt accordée aux tradipraticiens des anciennes générations.

P5 : « C'est bon, mais c'est pas pae nos ancêtres, tu vois non ... les grands-mères-arrières ... c'est pas ça. Si on mange ces ... les arrières-grand-mères ... si c'est eux parce que là ... »

« C'est pour ça moi je prends pas. Si au moins mes grands-parents vivaient, ah oui. Mais là ... »

P7 : « mais maintenant est-ce que c'est les mêmes ... comment pourrais-je dire ... les mêmes pratiques qu'auparavant ? Parce que là, le monde a évolué, il y a tout ce qui est ... plantes médicinales ils ont évolué, tout ça. maintenant le polynésien il s'adapte ... suivant ses fabrications de médicaments. »

Les témoignages d'expériences malheureuses de la médecine traditionnelle tahitienne dans l'entourage des patients, alimentent cette méfiance

P5 : « Les ra'au Tahiti, je me méfie, je veux pas prendre parce que ma tante ... je sais plus qu'est-ce qu'elle a ... elle a le cancer de l'utérus ... mais les femmes tahitiennes disaient "ah c'est bon les ra'au Tahiti, ça soigne bien, mais quand elle a bu ... 2 semaines ... paralysée un mois ... Au lieu que ça guérit, parce qu'on dit que le ra'au Tahiti, c'est ça qui fait revivre le cancer, au lieu de tuer, non, ça fait revivre. »

La méfiance persiste même quand le tradipraticien est un membre de la famille

P4 : « Ben justement je parlais avec ma fille là ... j'ai une nièce qui fait des médicaments traditionnels, mais elle m'a dit non, c'est mieux que je continue mes médicaments que mon docteur m'a prescrit quoi. Et moi je pense que je vais continuer comme ça. »

Il existe également une réserve quant à l'association de la médecine traditionnelle tahitienne, chinoise et occidentale avec une peur des interactions médicamenteuses.

P4 : « C'est plutôt les dosages. Ça me fait peur de mélanger les médicaments français et local, tahitien quoi. »

P5 : « Moi personnellement donc, au niveau de la médecine français et de la médecine traditionnelle de Tahiti, et la médecine chinois. Bon est-ce que, à vrai dire ils sont compatibles à ces 3 effets ? »

« Mais par contre ces 2 autres, ils ont pas les moyens, donc c'est ça qui fait peur ... parce que ça risque d'être ... un malentendu entre ces trois différentes d'association. »

P6 : « Ah non non non, moi je mélange pas, non non non non ! »

c) Usage dans le traitement du diabète

Il existe des médicaments de la médecine traditionnelle tahitienne utilisés pour traiter le diabète.

P1 : « Bon y'en a beaucoup qui parlent de corossol, de feuilles de corossol pour faire en tisane. »

P3 : « [...] c'est juste des feuilles qu'on mélange avec de l'eau et un peu de sucre roux. »

Ces remèdes peuvent être multifonctionnels.

P1 : « [...] pour moi personnellement quand je prends du tisane de corossol c'est pour éviter de prendre du café : ça diminue le café parce que depuis 2-3 ans je suis quelqu'un qui prend le café au moins 5 à 10 tasses par jour. Donc si je prends ça je bois une tasse de café le matin, et dans toute la journée je bois pas le café. Donc c'est ça que j'ai remarqué dans cette utilisation de feuilles de corossol en tisane. »

Ces traitements traditionnels sont relayés dans les familles comme meilleurs que les traitements occidentaux.

P1 : « Mais au niveau diabète, je peux pas dire parce que je ne peux pas savoir si j'ai ... c'est bon, c'est pas bon. Mais on dit c'est un meilleur remède aussi pour les diabétiques ... je sais pas. »

Certains patients admettent avoir tenté de soigner leur diabète à l'aide de la médecine traditionnelle tahitienne.

P1 : « Y'en a pas mal. J'en ai pris aussi, j'avais essayé d'en prendre. »
Mais ils expriment la nécessité pour ceux qui se lancent dans un traitement traditionnel de poursuivre les contrôles et le suivi du diabète.

P5 : « [...] je ne suis pas contre, premièrement ... et je suis pas aussi pour ... Par contre il va falloir prendre au moins des prises de sang, donc voir au niveau de la situation de l'amélioration de la maladie, avec les traitements traditionnels [...]»

Cependant il existe une notion de stade trop avancé, après lequel la médecine traditionnelle tahitienne ne serait pas efficace.

P5 : « [...] donc au niveau de la tradition du ra'au tahiti, ils disent qu'ils peuvent encore sauver certains patients, mais arrivé au stade dialysé, là ils peuvent plus [...] »

C. Médecine traditionnelle chinoise : ra'au tinito

Certains patients expriment l'absence d'expérience de la médecine traditionnelle chinoise.

P1 : « Ah ... j'ai jamais pris de traitement chinois. »

P2 : « Non j'ai jamais pris. »

P6 : « Ah non, j'ai jamais pris. »

Ce défaut d'expérience intervient malgré les recommandations de l'entourage.

P1 : « [...] s'il était là il va venir m'embêter il faut prendre ceci il faut prendre cela c'est meilleur de prendre ça [...] »

Ils peuvent même ne pas en avoir confiance

P3 : « Pour la médecine chinoise, non, c'est pareil, j'ai pas confiance. »

Il existe cependant un usage de la médecine traditionnelle chinoise, limité à certains symptômes (ici musculo-tendineux).

I : « Tu n'as jamais été en contact avec les médicaments chinois ? »

P4 : « Si, si, mais pas pour le diabète pour autre chose oui. »

P7 : « [...] j'ai jamais consulté la médecine chinoise vis-à-vis du diabète. Pour autre chose et tout ça, des crampes et compagnie, certes, je l'ai fait. Mais pour le diabète, j'ai jamais posé la question si ils avaient des médicaments pour traiter le diabète. »

DISCUSSION

I. Forces et limites de la méthodologie

A. Choix de l'étude qualitative

L'étude qualitative, par sa nature sociologique, permet d'étudier des critères donnés et ses variations selon les habitudes de vie et les comportements, en recueillant le ressenti des personnes interrogées dans un milieu naturel (31)(32). Le but de cette étude étant d'explorer les facteurs influençant la non-observance thérapeutique en récoltant le ressenti des patients sur leur prise médicamenteuse dans le diabète de type 2, ce type de méthode est donc tout à fait adapté.

Aussi, il s'agit de la première étude analysant la non-observance thérapeutique des diabétiques de type 2 en Polynésie Française, donc son originalité en fait une étude intéressante.

B. Population

La population était composée de patients choisis ou vu en consultation, connus ou non de l'investigateur. Un biais de sélection apparaît ici avec la possibilité pour les patients choisis de l'avoir été parce ce qu'ils étaient perçus par leur médecin traitant comme susceptibles d'accepter de participer, et de donner des réponses intéressantes.

Après s'être vu proposé de participer à l'étude, les patients avaient le choix d'accepter ou non d'être recontactés, et d'accepter ou non de participer à l'étude.

Cela constitue un autre biais de sélection, puisque les patients refusant de participer peuvent le faire pour des raisons de timidité ou d'inconfort de compréhension de la langue française.

Tous les patients vivent sur l'île de Tahiti, et peuvent donc tous être considérés comme vivant en milieu urbain (ou semi-rural pour l'un d'entre eux) : aucun des sujets recrutés ne vit donc en zone rural (12). Or cela constitue un biais de sélection du fait que l'on risque de ne pas pouvoir recueillir les données liées aux difficultés d'accès aux soins d'ordre financière ou logistique éprouvées par les patients vivant dans d'autres îles plus rurales et plus isolées de la Polynésie Française (16).

C. Recueil de données

Concernant les patients non-connus de l'investigateur, un biais de désirabilité sociale peut apparaître si l'absence de lien médecin-malade indispose le patient qui bride son discours pour ne pas citer ce qui lui serait péjoratif.

Les entretiens ont eu lieu essentiellement en langue française, avec l'utilisation de quelques mots en langue tahitienne. L'absence de maîtrise parfaite de la langue française peut avoir amputé les réponses données par les patients des idées qu'ils ne savent pas exprimer dans cette langue, mais qu'ils auraient été capables d'exprimer en langue tahitienne (16).

Les entretiens ont eu lieu au domicile du sujet interrogé ou dans un autre lieu selon leur confort, ce qui a évité les facteurs perturbateurs extérieurs qui auraient pu modifier le recueil, et permis aux sujets interrogés de répondre aux questions dans un cadre confortable. Seuls le patient interrogé et l'investigateur principal participait à l'entretien, ce qui a permis le recueil de données exprimées spontanément par les sujets interrogés.

La saturation des données a été obtenue au 7^e et dernier entretien, vérifiée au moment de l'analyse a posteriori, mais il aurait été plus validant d'avoir au moins un entretien de plus pour confirmer la saturation des données.

D. Validité de l'analyse qualitative

L'analyse a été réalisée a posteriori des entretiens avec extraction des données, puis classement par thèmes et sous-thèmes.

L'utilisation du logiciel de codage NVivo 12.2, après suivi de la formation vidéo dispensée par le fournisseur du logiciel sur l'hébergeur de vidéo Youtube, a permis la mise en évidence de connections entre les diverses données extraites.

La validité interne de l'étude a été démontrée par l'analyse d'un 2^e chercheur, habitué à la pratique médicale en Polynésie Française, et dont l'analyse est concordante avec celle de l'investigateur principal.

La rédaction a été réalisé en suivant le guide de rédaction dénommé COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research), et cette étude répond donc à 30 items sur 32 (33).

II. Sur les résultats

A. Généralités sur la prise en charge du diabète de type 2

Le médecin traitant a un rôle primordial dans le diagnostic de diabète de type 2, l'approvisionnement en médicaments et le suivi de la maladie. Il est celui qui prodigue les conseils et les instructions que les patients suivent volontiers car ils ont confiance en l'expertise du médecin traitant (16).

La plupart connaissent bien leur traitement. Même s'il peut arriver qu'ils en oublient le nom des médicaments, ils connaissent bien le rythme de prise de leur traitement. Ils en connaissent les effets indésirables éventuels. Cependant ils déplorent un défaut d'informations sur leur pathologie et son évolution (34).

B. Inobservance thérapeutique

L'inobservance est majoritairement transitoire de courte durée dans un contexte d'oublis pour cause de fatigue, de préoccupations psychologiques ou de surcharge d'activité quotidienne.

La plupart des patients ont déjà été confrontés à des épisodes d'inobservance non-intentionnelle notamment par oublis pour lesquels ils ont spontanément mis en place des stratégies d'évitement : soit des mesures de rappel de prise médicamenteuse, soit l'association de la prise médicamenteuse à un geste quotidien la faisant ainsi entrer dans le cadre d'un rituel quotidien. Il a en effet déjà été démontré que des mesures de rappel instrumentalisées par appel téléphonique (35) ou SMS (36) pouvait améliorer l'observance.

Il existe également un phénomène d'inobservance après le diagnostic initial de la maladie, par incompréhension ou déni de la maladie diabétique (34), ou à un défaut de communication entre le patient et son médecin traitant (37). Dans ce cas-là, le rôle du médecin traitant apparaît primordial pour permettre au patient d'accepter la prise médicamenteuse par compréhension de l'état chronique de sa maladie et du bénéfice du traitement au long cours.

Enfin, des facteurs psychologiques, dont le deuil, peut également favoriser l'inobservance (37).

L'inobservance intentionnelle est par contre beaucoup moins mentionnée, et plutôt liée à une galénique indigeste des comprimés ou à une polymédication chronique difficilement supportée par le patient (37).

L'aspect financier ne semble pas être un obstacle : cela est lié à la prise en charge à 100 % par la CPS des frais de médicaments dans le cadre du diabète pris en charge au titre de la Longue Maladie.

L'inobservance est donc toujours transitoire, le traitement leur procurant un mieux-être physique et, à plus long terme, un meilleur équilibre de leur maladie diabétique. Les patients ont une conscience spontanée de la nécessité de prendre leur traitement de façon régulière (34). L'inobservance est donc également essentiellement non-intentionnelle.

C. Influences de particularités locales dans l'observance thérapeutique

Les patients donnent de l'importance à l'adaptation du régime diététique, même s'ils en expriment des difficultés d'application du fait d'habitudes alimentaires existantes depuis l'enfance et des particularités de l'alimentation locale, à laquelle il est parfois complexe d'adapter les mesures diététiques nécessitées par l'existence d'un diabète. Dans le cas des occurrences d'inobservance intentionnelle, il arrive alors que les patients se tournent vers les *ra'au tahiti*. Cependant, contrairement à ce qu'on aurait pu penser face à l'attachement affectif des polynésiens à la médecine traditionnelle tahitienne (16), la plupart des patients expriment une méfiance de la médecine traditionnelle tahitienne, du fait du manque de preuve scientifique et de contrôle. Cette méfiance peut aussi être liée à la jeunesse de tradipraticien qui pratique cette médecine traditionnelle. En effet, ils accordent leur confiance à la génération de leurs grands-parents, et aux générations antérieures, mais pas aux jeunes générations : cela est lié à une suspicion de défaut de transmission entre générations des savoirs de la médecine traditionnelle (16) (38) .

Par contre, les *ra'au tinito* ne sont pas du tout utilisés dans le diabète et très peu utilisés en général, mais quand ils le sont, c'est dans le cadre de pathologies bénignes.

III. Ouvertures

Une étude de l'inobservance des diabétiques de type 2 avec un recrutement de patients sur l'ensemble du territoire de la Polynésie Française serait intéressante pour mettre en évidence les difficultés spécifiques dans les autres archipels où la prévalence du diabète diagnostiqué peut être plus importante (notamment dans les archipels des Australes et des Tuamotu(39)), et de s'informer sur la situation des îles de lointaine périphérie (39).

Aussi, une étude ne s'intéressant spécifiquement qu'aux diabétiques de type 2 non pris en charge à 100% au titre de la Longue Maladie, permettrait de savoir avec plus de certitude si l'aspect financier peut être un facteur d'inobservance ou non.

Le rôle du médecin traitant, de l'éducation thérapeutique et de l'information au patient semble être un thème préoccupant pour les diabétiques de type 2 en Polynésie Française : un travail spécifique sur l'information aux patients et l'impact de l'éducation thérapeutique par le médecin traitant sur leur prise médicamenteuse compléterait cette étude, afin d'en établir une conduite à tenir pour éviter l'inobservance intentionnelle.

Enfin, une étude quantitative sur l'usage instrumentalisé des moyens de rappels de prise de traitement, permettrait d'établir avec certitude leur efficacité dans le maintien de l'observance et de recommander systématiquement aux diabétique de type 2 l'usage d'un pilulier ou d'autres moyens instrumentalisés pour éviter l'inobservance non-intentionnelle.

CONCLUSION

La prise en charge du diabète en Polynésie Française est un enjeu de santé publique majeur en Polynésie Française, du fait de sa forte prévalence, de son coût global de prise en charge et de la morbi-mortalité qui y est associé.

Ainsi, cette étude originale a permis d'appréhender le ressenti des patients sur la prise en charge de leur diabète et leurs prises médicamenteuses, et ainsi de pouvoir déterminer les facteurs influençant l'inobservance.

Dans cette étude de l'inobservance, il apparaît que l'inobservance semble majoritairement non-intentionnelle par oubli (pour lesquels les patients mettent en place spontanément des stratégies d'éviction), ou par l'existence d'un facteur émotionnel perturbant. Il arrive que l'inobservance soit intentionnelle et qu'il en découle une substitution par les *ra'au tahiti*, mais ce phénomène ne semble pas majoritaire. Les patients ont la volonté d'être bien observants, sont globalement bien conscients de l'importance de la prise de leur traitement, et connaissent les conséquences d'un arrêt thérapeutique : ils ressentent souvent une dégradation de leur état général en cas de non-observance. Ils intègrent entièrement l'adaptation du régime diététique à leur traitement, et valorisent le rôle de leur médecin traitant dans leur prise en charge. Le rôle de l'information au patient semble donc essentiel au maintien de l'observance.

Ainsi, il s'agit d'une première approche qu'il serait intéressant d'étendre à l'ensemble du territoire de la Polynésie Française afin de pouvoir définir les difficultés rencontrées par les patients diabétiques de type 2, quel que soit leur lieu de résidence, et de réfléchir à des moyens de prévention et surtout d'éviction de

Sikou MAKOUANGOU

l'inobservance, afin d'éviter la survenue de complications et de maintenir la qualité de vie des patients.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. IDF. IDF Diabetes Atlas Ninth edition 2019. International Diabetes Federation; 2019.
2. FID. Atlas du Diabète de la FID Huitième édition 2017. International Diabetes Federation; 2017.
3. OMS. Rapport mondial sur le diabète, 2016. OMS Organisation Mondiale de la Santé; 2016.
4. INVS. Prévalence et incidence du diabète [Internet]. Santé Publique France. 2018 [cité 23 avr 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete>
5. Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L, Piffaretti C. Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique. INVS. Santé Publique France. 2018;8.
6. INSERM. Diabète de type 2 [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/diabete-type-2>
7. OMS. Profils des pays pour le diabète - France. OMS Organisation Mondiale de la Santé; 2016.
8. CPS. Le diabète en Polynésie française | Caisse de Prévoyance Sociale [Internet]. Caisse de Prévoyance Sociale. [cité 2 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.cps.pf/espace-assure/promotion-de-la-sante/le-diabete-en-polynesie-francaise-0>
9. Bertrand S, Chant L, Daudens E, Nguyen NL, Trafton M, Tuheiyava M. STEPS Enquête Santé 2010 en Polynésie française : Surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles. OMS - Direction de la Santé de Polynésie française; 2010 p. 57.
10. Yen Kai Sun L. Les causes de décès en 2011 en Polynésie française. BISES Bulletin

d'information sanitaires, épidémiologiques et statistiques - Bureau de veille sanitaire (Ministère de la Santé). avr 2015;(14):8.

11. Nos destinations en Polynésie française [Internet]. Air Tahiti. [cité 23 avr 2019].

Disponible sur: <https://www.airtahiti.fr/en-polynesie-francaise>

12. Densité de population.pdf [Internet]. [cité 14 nov 2019]. Disponible sur:

<http://www.ispf.pf/images/AtlasRP2012/Population/1->

[%20Polyn%C3%A9sie%20Fran%C3%A7aise/Densit%C3%A9%20de%20population.pdf](http://www.ispf.pf/images/AtlasRP2012/Population/1-%20Polyn%C3%A9sie%20Fran%C3%A7aise/Densit%C3%A9%20de%20population.pdf)

13. Gauchenot I, Breuilh F. La population légale en Polynésie française au 17 août 2017.

Conférence de presse du 13 Novembre 2017. ISPF; 2017.

14. CPS. Caisse de Prévoyance Sociale | Te Fare Turuutaa [Internet]. Caisse de

Prévoyance Sociale | Te Fare Turuutaa. [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.cps.pf/>

15. Bertrand S, Paupier S, Tuheiava M. Campagne 2013 de lutte contre le diabète de type 2 en Polynésie Française : « Le diabète, je peux l'éviter ». BISES Bulletin d'Informations Sanitaires, Epidémiologiques et Statistiques. août 2014;(11).

16. Nouanesengsy N. Prescrire des médicaments en médecine générale: que nous suggèrent les patients de Polynésie française ? [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016.

17. Reach G. Pourquoi s'intéresser à l'observance ? Médecine des maladies Métaboliques. 1 oct 2018;12(6):468-72.

18. Briesacher BA, Andrade SE, Fouayzi H, Chan KA. Comparison of Drug Adherence Rates Among Patients with Seven Different Medical Conditions. *Pharmacotherapy*. avr 2008;28(4):437-43.

19. Miller NH. Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. *The American Journal of Medicine*. 17 févr 1997;102(2, Supplement 1):43-9.

20. Sabaté E, éditeur. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva:

World Health Organization; 2003. 198 p.

21. Dailey G, Kim MS, Lian JF. Patient compliance and persistence with antihyperglycemic drug regimens: evaluation of a medicaid patient population with type 2 diabetes mellitus. *Clin Ther.* août 2001;23(8):1311-20.
22. Farmer AJ, Rodgers LR, Lonergan M, Shields B, Weedon MN, Donnelly L, et al. Adherence to Oral Glucose-Lowering Therapies and Associations With 1-Year HbA1c: A Retrospective Cohort Analysis in a Large Primary Care Database. *Diabetes Care.* 1 févr 2016;39(2):258-63.
23. Encinosa WE, Bernard D, Dor A. Does prescription drug adherence reduce hospitalizations and costs? The case of diabetes. *Adv Health Econ Health Serv Res.* 2010;22:151-73.
24. Curtis SE, Boye KS, Lage MJ, Garcia-Perez L-E. Medication adherence and improved outcomes among patients with type 2 diabetes. *Am J Manag Care.* 1 juill 2017;23(7):e208-14.
25. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care.* juin 2005;43(6):521-30.
26. Hong JS, Kang HC. Relationship between oral antihyperglycemic medication adherence and hospitalization, mortality, and healthcare costs in adult ambulatory care patients with type 2 diabetes in South Korea. *Med Care.* avr 2011;49(4):378-84.
27. Hansen RA, Farley JF, Droege M, Maciejewski ML. A retrospective cohort study of economic outcomes and adherence to monotherapy with metformin, pioglitazone, or a sulfonylurea among patients with type 2 diabetes mellitus in the United States from 2003 to 2005. *Clin Ther.* juill 2010;32(7):1308-19.
28. Ho PM, Rumsfeld JS, Masoudi FA, McClure DL, Plomondon ME, Steiner JF, et al. Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med.* 25 sept 2006;166(17):1836-41.

29. Javanbakht M, Abolhasani F, Mashayekhi A, Baradaran HR, Jahangiri noudeh Y. Health related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus in Iran: a national survey. PLoS ONE. 2012;7(8):e44526.
30. ISPF. Répartition de la population aux Îles Du Vent en 2017. ISPF - INSEE; 2017.
31. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue Médicale de l'Assurance Maladie. juin 2001;32(2):117-21.
32. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. British Medical Journal. 1 juill 1995;311:42-5.
33. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 1 déc 2007;19(6):349-57.
34. Sergeant R. Perception du message sur l'observance thérapeutique chez les patients diabétiques [Thèse d'exercice]. [Lille]: Université Lille 2; 2016.
35. Walker EA, Shmukler C, Ullman R, Blanco E, Scollan-Koliopoulus M, Cohen HW. Results of a Successful Telephonic Intervention to Improve Diabetes Control in Urban Adults. Diabetes Care. janv 2011;34(1):2-7.
36. Vervloet M, van Dijk L, Santen-Reestman J, van Vlijmen B, van Wingerden P, Bouvy ML, et al. SMS reminders improve adherence to oral medication in type 2 diabetes patients who are real time electronically monitored. International Journal of Medical Informatics. 1 sept 2012;81(9):594-604.
37. García-Pérez L-E, Álvarez M, Dilla T, Gil-Guillén V, Orozco-Beltrán D. Adherence to Therapies in Patients with Type 2 Diabetes. Diabetes Ther. déc 2013;4(2):175-94.
38. Chauveau L. Recours aux soins du sujet âgé en milieu isolé en Polynésie Française : déterminants et vécu du soin. Université de Bordeaux; 2017.

39. Le diabète en Polynésie française [Internet]. Caisse de Prévoyance Sociale | Te Fare Turuutaa. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.cps.pf/espace-assure/promotion-de-la-sante/le-diabete-en-polynesie-francaise-0#8-quelle-est-la-prise-en-charge-dun-patient-reconn>

ANNEXES

I. Annexe 1 : Guide d'entretien (1^{ère} version)

Questions démographiques :

- Quel âge as-tu ?
- Homme ou Femme ?
- Niveau d'étude ? Brevet des Collèges / Baccalauréat / Etudes supérieures ?
- Profession

1- As-tu un carnet rouge de Longue Maladie ?

2- Quel est le traitement qui t'a été prescrit pour traiter ton diabète ?

Combien de fois par jour ?

3- A quelle fréquence vas-tu renouveler ton ordonnance auprès de ton médecin traitant ? Comment ?

4- Comment te procures-tu ton traitement ?

As-tu déjà rencontré des difficultés pour obtenir tes médicaments à la pharmacie ?

5- Prends-tu ton traitement tous les jours ?

6- Est-il déjà arrivé que tu ne prennes pas ton traitement ? Si non, comment as-tu fait ? Si oui, pour quelles raisons ? En as-tu averti ton médecin traitant ? Y'a-t'il eut des conséquences ?

7- Est-ce que tu subis des effets secondaires de ton traitement ? Si oui, lesquels ? As-tu arrêté ce traitement à cause de ces effets indésirables ?

8- As-tu déjà eu recours aux *ra'au tahiti* pour traiter ton diabète ? Si oui, comment ? Avais-tu arrêté ton traitement prescrit par le médecin traitant pour prendre les *ra'au tahiti* ?

9- Penses-tu que ton traitement contre le diabète améliore ta santé ? Détail.

II. Annexe 2 : Guide d'entretien final

Données sociodémographiques :

- Âge
- Niveau d'étude : Certificat / Brevet des Collèges / Baccalauréat / Etudes supérieures / Autre
- Profession
- Carnet rouge de Longue Maladie ?

1- Comment fais-tu pour avoir ton traitement contre le diabète ?

Relances : Comment ton diabète est-il pris en charge ?

Comment se déroule tes consultations de renouvellement de ton traitement contre le diabète ?

2- Comment t'organises-tu pour prendre ton traitement tous les jours ?

Relances : Que penses-tu de la prise quotidienne de médicaments ?

Comment fais-tu lorsque tu oublies de prendre ton traitement ?

3- Penses-tu que ton traitement contre le diabète améliore ta santé

Relance : Que peux-tu dire concernant les effets de ton traitement sur toi ?

4- Que penses-tu de la médecine tahitienne traditionnelle (ra'au tahiti) dans le traitement du diabète ?

Relance : Que penses-tu de l'association entre médecine occidentale (ra'au popa'a) et médecine tahitienne traditionnelle (ra'au tahiti) dans le traitement du diabète ?

5- Que penses-tu de la médecine traditionnelle chinoise dans le traitement du diabète ?

Relance : Que penses-tu de l'association entre médecine occidentale (ra'au popa'a) et médecine traditionnelle chinoise (ra'au tinito) dans le traitement du diabète ?

RESUME

AUTEUR : MAKOUANGOU Sikou Malongo Gaëlle

Date de soutenance : Jeudi 19 Décembre 2019

Titre de la thèse : « Non-observance thérapeutique des patients diabétiques de type 2 en Polynésie Française : Etude qualitative »

Thèse - Médecine - Lille « 2019 »

Cadre de classement : Médecine Générale - Endocrinologie

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : observance, non-observance, inobservance, diabète de type 2

Objectifs : Définir les facteurs influençant la non-observance thérapeutique des diabétiques de type 2 en Polynésie Française.

Méthode : Étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés de patients diabétiques de type 2 résidants sur l'île de Tahiti, médicalement traités et autonomes dans leur prise de traitement.

Résultats : 7 entretiens ont été menés. Les patients n'expriment pas de difficulté logistique ou financière pour l'approvisionnement en médicaments. Cependant, la majorité ont fait l'expérience d'épisodes transitoires de non-observance pour divers motifs. Il peut s'agir d'inobservance intentionnelle liée à une galénique indigeste, une polymédication ou un sentiment d'infantilisation ; ou d'une inobservance non-intentionnelle liée à un déni de la maladie diabétique, à des oublis (dans un contexte de soucis personnels ou professionnels, de planning surchargé, de manque de motivation) ou à un deuil. La médecine traditionnelle se substitue parfois au traitement médicamenteux prescrit. Des stratégies d'évitement de l'inobservance, instrumentalisées ou non, sont utilisées par les patients dans un but d'optimisation de l'observance. L'adaptation du régime diététique est également valorisée par les patients, même s'ils en expriment les difficultés d'application et le manque d'information qui leur est prodigué à ce sujet. Enfin, le médecin traitant est un acteur essentiel de leur prise en charge, car les patients se rallient à son avis d'expert par confiance.

Conclusion : L'inobservance thérapeutique est donc favorisée par le manque d'informations, le déni initial de la maladie, des facteurs psychologiques délétères, ainsi que les oublis. Cependant l'information par le médecin traitant peut réduire cette inobservance.

Composition du Jury :

Président : Professeur Christophe BERKHOUT

Asseseurs : Professeur Monique ROMON

Professeur Pierre THOMAS

Directeur de thèse : Docteur Anne LEICHT

ABSTRACT

AUTHOR : MAKOUANGOU Sikou Malongo Gaëlle

Defense date : Thursday December 19th 2019

Thesis title : « Non-adherence of type 2 diabetes patients in French Polynesia : qualitative study »

Thesis - Medecine - Lille « 2019 »

Classification framework : *General practicioning - Endocrinology*

Specialty: General Practicioning

Keywords : adherence, non-adherence, observance, diabetes mellitus

Objectives : Define the influencing factors of therapeutic non-adherence of type 2 diabetic patients in French Polynesia.

Methods : Qualitative study based on semi-structured interviews of type 2 diabetic patients living on Tahiti island, medically treated and independent with their medication intakes.

Results : 7 interviews were lead. Patients don't express any logistic or financial difficulty to supply with medication. However, a majority of them did experience transitory periods of non-adherence for different reasons. It can be intentionnal non-adherence related to an indigestible galenic form, polypharmacy, an infantilization feeling ; or unintentional non-adherence related to a denial of the diabetic disease, to omissions (in a context of personal or professional problems, a very busy schedule, a lack of motivation) ou to mourning.

Traditionnal medicine sometimes replace prescribed medication treatment. Some avoidance strategies, instrumentalised or not, are used by patients in order to optimise adherence. The change of diet is also highlighted by patients, even if they express difficulties of application and a lack of information on this subject. Lastly, the referring physician plays an essential part in the patients' care, because patients agrees with their expert's point of view by trust.

Conclusion : Therapeutic non-adherence is encouraged by the lack of information, the disease denial, 'inobservance thérapeutique est donc favorisée par le manque d'informations, le déni initial de la maladie, noxious psychological factors, and omissions. Therefore informations provided by the referring physician can reduce this non-adherence.

Composition of the Jury :

President : Professor Christophe BERKHOUT

Assessors : Professor Monique ROMON

Professor Pierre THOMAS

Thesis supervisor : Doctor Anne LEICHT