L'observance thérapeutique des patients adultes suivis pour des pathologies chroniques en dispensaire à Mayotte : étude prospective transversale entre juin et novembre 2013

Stéphanie Pansard

▶ **To cite this version:**

Stéphanie Pansard. L'observance thérapeutique des patients adultes suivis pour des pathologies chroniques en dispensaire à Mayotte : étude prospective transversale entre juin et novembre 2013. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01081687

HAL Id: dumas-01081687

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01081687

Submitted on 10 Nov 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE BORDEAUX 2 – Bordeaux Segalen

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014 Thèse n° 84

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 11 septembre 2014

Par **PANSARD Stéphanie**

Née le 20/01/1985 à Montpellier

L'observance thérapeutique des patients adultes suivis pour des pathologies chroniques en dispensaire à Mayotte : Etude prospective transversale entre juin et novembre 2013

Membres du Jury

M. le Professeur Thierry SCHAEVERBEKE.....Président du jury
M. le Professeur Bernard GAY.....Rapporteur
M. le Professeur Nicholas MOORE.....Examinateur
M. le Professeur Christian MARCELLI.....Examinateur
M. le Docteur Gérard DUCOS.....Examinateur
Mme le Docteur Charlotte SERRANO.....Directrice de thèse

Remerciements

Je remercie le **Professeur Thierry SCHAEVERBEKE** de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse.

Je remercie le **Professeur Bernard GAY** pour l'intérêt porté à ce travail en acceptant d'en être le rapporteur et en participant à ce jury.

Je remercie le **Professeur Christian MARCELLI** de me faire l'honneur de juger ce travail et d'être présent à ma soutenance. Merci à ta toi et ta famille pour cette belle surprise.

Je remercie le Professeur **Nicholas MOORE** d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de l'attention que vous avez portée à mon travail.

Je remercie le **Docteur Gérard DUCOS** d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Je remercie ma directrice de thèse, **le Docteur Charlotte SERRANO,** de m'avoir fait confiance. Merci pour tes conseils avisés, ta disponibilité et ton énergie, dans la réalisation de cette thèse. Merci pour ta patience vis à vis d'une syntaxe parfois hasardeuse.

Je remercie le Docteur Eric BORDART pour m'avoir inspiré ce sujet de thèse. Merci pour ton soutien et ton aide précieuse au début de ce travail.

Je remercie le Docteur Mayeule LEGRAND, ancienne chef du service de pharmacie à Mayotte, pour ta relecture attentive et tes conseils précieux envoyés depuis la Thaïlande où tu es installée aujourd'hui.

Je remercie le Docteur Jean Paul RICHARD, pour le temps et l'aide très précieuse que tu m'as apporté et, tout particulièrement, dans le domaine des statistiques qui ne me sont pas très familières.

Je remercie l'équipe du dispensaire de Jacaranda de Mayotte, sans laquelle je n'aurais pas pu réaliser cette thèse. En particulier les aides soignantes et les agents des services hospitaliers qui m'ont apporté une aide précieuse pour la réalisation du recueil des données.

Je remercie aussi les équipes, infirmiers et médecins, du Centre Hospitalier de Mayotte qui m'ont suivi, formé et soutenu pendant mon internat. *« Marahaba buenis et mognés »*

A mes parents qui ont suscité ma vocation et m'ont soutenu depuis le début. Comme tu le disais si bien papa « les études de médecine sont une épreuve et aventure familiale ». Et bien voila une partie de l'aventure qui est passée, et plutôt bien passé. Je vous remercie pour les valeurs que vous m'avez transmises et font de moi la personne et le médecin que je suis aujourd'hui. Je parle des valeurs d'humanité, d'humilité, de respect du prochain. Grâce à vous, allier le travail à l'agréable est devenu aussi ma philosophie de vie. Merci. Je vous aime tellement.

A mes sœurs, Ana et Nat, que j'aime tant et auxquelles je ne souhaite que du bonheur dans leurs vies personnelles et professionnelles.

A ma grand-mère, Mannick, pour ton soutien depuis toujours et dans mon choix de l'internat en Océan Indien. Je te remercie pour tes conseils, ta bienveillance, ton ouverture d'esprit et ton énergie légendaire. J'espère être aussi bien que toi à ton âge. Je t'aime.

A mes grands parents, Pépère et Mémère, qui auraient tant aimé être là aujourd'hui. Je pense à vous.

A mes tantes d'adoption, Dominique, Christine, Evelyne et Marie-Hélène, qui ont toujours été présentes pour les moments important de ma vie.

A mon amie Elise pour ton aide précieuse dans la réalisation de ma thèse, sur la plage ou autour d'un rafraichissement.

A mon amie Fanny pour ton soutien, ma formation express zotéro et surtout pour ta patience face à mon impatience connue.

A mes amis, colocataires et co-internes de l'océan indien. J'espère que notre amitié se poursuivra au delà de ces deux îles si paradisiaques.

A mes amis d'enfance qui font aussi ce que je suis aujourd'hui. Un merci particulier pour les filles de Clap's et Montpellier pour votre amitié.

A mon équipe de danse des Zina na Wasi à Mayotte, ma bouffée d'oxygène pendant ces derniers mois de rédaction.

A la faculté de médecine de Montpellier pour l'enseignement de mes maitres et le programme Erasmus qui a changé ma vie et probablement influencé mon choix d'internat.

A Mayotte et à l'internat en Océan Indien qui a changé ma vie, mon empathie et ma vision de la vie.

Ma thèse : le travail d'une équipe, d'une famille et d'amis.

Merci à tous.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION **9**

1 GÉNÉRALITÉS SUR MAYOTTE 10

1.1. Mayotte, les Comores et la France : rappel historique *11*

1.2 Situation géopolitique actuelle à Mayotte *12*

1.3 Population et conditions de vie Mahoraises aujourd'hui *13*

2 LA SANTÉ À MAYOTTE 17

2.1 Système de soins à Mayotte *17*

2.2 Tradition et médecine *19*

3 L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE 21

3.1 Définition de l'observance *21*

3.2 Les facteurs de l'observance connus *22*

3.3 Les enjeux *25*

MATERIEL ET METHODE **27**

1 OBJECTIF ET SCHÉMA D'ÉTUDE 27

2 POPULATION ETUDIÉE 27

2.1 Les critères d'inclusions *27*

2.2 Les critères d'exclusions *27*

3 RECUEIL DES DONNÉES ET PARAMÈTRES ÉTUDIÉS 28

3.1 Evaluation de l'observance *28*

3.2 Données étudiées *29*

3.3 Statistiques *30*

RESULTATS **31**

1 ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION ET DES MALADIES ÉTUDIÉES 31

2 EVALUATION DE L'OBSERVANCE DES PATIENTS 32

3 ANALYSE DES FACTEURS D'OBSERVANCE 33

3.1 Description des facteurs étudiés *33*

3.2 Analyse statistique des facteurs d'observance *33*

DISCUSSION **35**

1 DISCUSSION SUR LA MÉTHODE 36

2 DISCUSSION SUR LES RÉSULTATS 38
2. 1 Discussion sur le taux d'observance *38*
2.2 Discussion sur les facteurs d'observance *39*
3 LES PERSPECTIVES 41
3.1 A l'échelle du patient *41*
3.2 A l 'échelle des centres de référence *42*
3.3 A l'échelle des politiques de santé : *43*
CONCLUSION **47**
BIBLIOGRAPHIE **48**

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Carte 1 : Situation géographique de Mayotte 10
Carte 2 : Archipel des Comores 10
Carte 3 : Zones de dessertes hospitalière à Mayotte 18

Figure 1 : Pyramide des âges à Mayotte 2007/2012 ((11) 14
Figure 2 : Pyramide des âges en métropole hors Mayotte (12) 14
Figure 3: Niveau scolaire de Mayotte en 2007 (13) 16
Figure 4: Dispensaire de Jacaranda à Mamoudzou 18
Figure 5 : Niveau d'observance de l'ensemble des patients des deux centres: 32
Figure 6 : Niveaux d'observance, exprimés en pourcentage, dans chaque centre 32

Tableau 1 : Langue maternelles en 2012 de la population âgée de 16 à 64 à Mayotte 15
Tableau 2 : Densité médicale en Océan Indien pour 100 000 habitants 19
Tableau 3 : Le questionnaire modifié de Girerd 28
Tableau 4 : Interprétation du test d'évaluation de l'observance 30
Tableau 5 : Caractéristiques sociodémographique des patients 31
Tableau 6 : Pathologies chroniques des patients inclus 31
Tableau 7: Description des facteurs d'observance étudiés 33
Tableau 8 : Facteurs d'observance analysés sur l'ensemble des dispensaires 35

TABLE DES ANNEXES

Questionnaire de GIRERD : Test d'évaluation de l'observance……..57

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CHM : Centre Hospitalier Mamoudzou

CMU : Couverture Médicale Universelle

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DOM : Département d'Outre Mer

ESI : Etranger en Situation Irrégulière

IC : Intervalle de Confiance

I**NSEE** : Institut National des Statistique et des Etudes Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unis

OR : Odds Ratio

SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance

SMIG : Le Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Les pathologies chroniques sont, aujourd'hui, un problème majeur de santé publique à large échelle. Du vieillissement de la population mondiale aux dépistages pratiqués de façon de plus en plus large, les indications de traitement au long cours augmentent tous les jours. La pertinence d'une prise en charge chronique n'est possible qu'avec l'adhésion du patient et en l'intégrant dans sa vie quotidienne.

Un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) datant de 2003, retrouve un taux d'observance, des patients traités pour des maladies chroniques, à 50 % dans les pays développés (1). Or, il a été prouvé à plusieurs reprises que l'observance, à elle seule, augmentait la qualité de prise en charge des patients (2,3).

Le 31 mars 2011, Mayotte devenait le 101ème département français. Cette île à la culture africaine et musulmane, a donc dû, en quelques décennies, intégrer des repères occidentaux. Dans ce contexte de mutation, les professionnels de santé, principalement métropolitains, exercent en adaptant leurs acquis et pratiques à ce cadre singulier. Mais le suivi des patients chroniques à Mayotte est différent de la pratique métropolitaine, et ceci du point de vue culturel, social et économique. L'absence de données sur cette population de patients chroniques mais également la particularité de l'exercice à Mayotte nous ont poussé a choisir ce sujet d'étude (4).

Le but de cette étude a été, dans un premier temps, d'évaluer l'observance thérapeutique de patients adultes suivis pour des maladies chroniques dans deux dispensaires de références, puis dans un deuxièmes temps, d'identifier les facteurs socioculturels d'observance afin de proposer des solutions pour l'améliorer.

1 Généralités sur Mayotte

Mayotte se trouve dans la partie Ouest de l'Océan Indien, entre l'Afrique de l'Est et Madagascar, à l'entrée nord du Canal du Mozambique. Elle est l'une des quatre îles de l'archipel des Comores.

Carte 1 : Situation géographique de Mayotte

Carte 2 : Archipel des Comores

1.1 Mayotte, les Comores et la France : rappel historique

L'histoire de Mayotte a été marquée par celle du monde maritime de l'Océan Indien. Longtemps dépendante des navigations arabo-indiennes et des annexions des peuples africains et malgaches, Mayotte est passée, petit à petit, sous hégémonie européenne. L'islam tolérant et structuré qu'elle a préservé, est hérité d' un vieil héritage shirazien de la religion coranique (5).

Dès le VII siècle, on retrouve des traces de vie de populations arabo-perses sur l'île. Se succèdent ensuite des invasions d'Afrique de l'Est (peuples swahilis) et de Madagascar, ponctuées de lutte pour l'annexion et le contrôle politique des îles.

Les premiers européens arrivent à Mayotte au XVe siècle. Basés au nord de Madagascar, ils mettent en place de nouvelles routes commerciales pour les Indes et utilisent Mayotte, et plus largement les Comores, comme étapes de navigation. Au sein de l'archipel, des luttes fratricides s'enchaînent entre les îles de l'archipel (5).

En 1841, le sultan Andriabtsouli, cède officiellement Mayotte à la France pour obtenir l'appui d'une puissance occidentale face aux soulèvements et querelles entre les différentes îles des Comores. Dans ce pôle colonial français de l'Océan Indien, deux îles côtières de Madagascar, Nosy Be et Sainte-Marie, sont rattachées à Mayotte. L'ensemble composant la colonie de « Mayotte et Nossi-Bé ». La France étend ensuite son protectorat aux autres îles des Comores et crée ainsi l'entité politique de l'archipel des Comores alliant la Grande Comore, Mohéli et Anjouan à Mayotte.

En 1946, les Comores deviennent un Territoire d'Outre Mer à part entière et ne sont plus rattachés administrativement à Madagascar. La même année, une ordonnance royale portant sur l'abolition de l'esclavage est promulguée à Mayotte ce qui provoque une fuite des maîtres des plantations de Mayotte.

En 1975, pendant la vague de décolonisation, la France organise un référendum pour l'ensemble de l'archipel des Comores leurs demandant de se prononcer sur leur désir d'indépendance. L'ensemble des îles vote en faveur à l'exception de Mayotte. Une des explication du refus d'indépendance par les Mahorais peut s'expliquer par une crainte du

pouvoir anjouanais, associée aux vagues d'humiliations de la période coloniale, et au transfert de la capitale à Moroni (Grande Comore) en 1958, laissant à l'abandon l'îlot de Dzaoudzi trop exigu et causant pertes d'emplois et fuite des pôles éducatifs (6).

Après une longue lutte politique entre les Comores, l'Union Africaine et l'Organisation des Nations Unis (ONU) concernant l'interprétation du droit international, la France fait de Mayotte une collectivité territoriale française en 1976 (6).

Cette décision française reste aujourd'hui fortement critiquée. Le referendum n'a jamais été reconnu par l'Assemblée générale des Nations Unis, au nom d'une circulaire qui assure la garantie de l'unité nationale et l'intégrité territoriale de ces pays, lors du recouvrement de leur souveraineté (7).

1.2 Situation géopolitique actuelle à Mayotte

En 2001, Mayotte devient une collectivité départementale puis en mars 2011, l'île, suite à un référendum en 2009, le 101ème département français et le 5ème Département d'Outre Mer (DOM).

La situation de Mayotte, dans l'archipel des Comores, est complexe. Bien que les liens historiques (principalement culturels et familiaux) entre les îles restent très forts, un fossé économique se creuse entre Mayotte et les autres îles, depuis la déclaration d'indépendance en 1975. Le visa Balladur, mis en place en 1995, signe la fin de la libre circulation entre les ressortissants de la République des Comores et Mayotte. Cela oblige les Comoriens à se plier au système des visas pour venir sur le territoire mahorais. C'est le début de l'immigration clandestine.

Chaque jour, de nombreux Comoriens prennent, clandestinement, des embarcations de fortune dangereuses et coûteuses, les Kwassa Kwassa (traduction littérale « ça secoue, ça secoue ») pour rejoindre le territoire français mahorais (8). Les raisons de ces migrations sont majoritairement économiques (50%) et familiales (26%). Les migrations sanitaires ne représentent que 11%, contredisant ainsi l'idée générale véhiculée (8,9). A ce jour, les Français représentent environ 60% de la population à Mayotte. Les étrangers, en situation régulière ou irrégulière, sont essentiellement des Comoriens et des Africains de la région des grands lacs (Rwanda, République démocratique du Congo et Ouganda) ayant le plus souvent sollicités l'asile politique (4).

Au système laïc français relativement contemporain s'allie un Islam historiquement très présent sur l'île. Plusieurs vagues d'islamisation ont, en effet, pris racine dans l'archipel des Comores depuis le IX^{e} siècle. L'islam sunnite chaféite, développé depuis la côte swahili, représente le plus important courant d'islamisation. Le soufisme chiite et l'ibadisme ont aussi laissé des traces sur l'île. Il en résulte aujourd'hui une pratique générale de la religion modérée et tolérante. L'enseignement dans les écoles coraniques représente une grande part de l'apprentissage des jeunes mahorais même si elles ont tendance à perdre un peu d'influence.

1.3 Population et conditions de vie mahoraises aujourd'hui

Population

Les chiffres les plus récents, concernant le recensement de la population vivant à Mayotte, proviennent d'un rapport réalisé par l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE) en 2012. Selon ce rapport, Mayotte comptait 212 600 habitants en 2012. La population mahoraise a triplé depuis 1985 soit en l'espace de 18ans (4). Cette explosion démographique s'explique en partie par le fort taux de natalité (4,1 enfants par femme contre 2 en France métropolitaine). Avec 570 habitants au km2, c'est la densité de population la plus élevée après l'île -de-France.

Mayotte est le département le plus jeune de France. L'âge moyen de la population est de 22 ans et 50 % de la population est âgée de moins de 17 ans et demi (contre 39 ans en Métropole) alors que le pourcentage de personnes âgées de plus de 60 ans est de 4% seulement (24% en métropole). La structure démographique en base large de la pyramide des âges correspond à celle d'un pays en développement (4). L'espérance de vie à la naissance est de 74 ans à Mayotte, de 77 ans à la Réunion et de 81 ans en métropole (10).

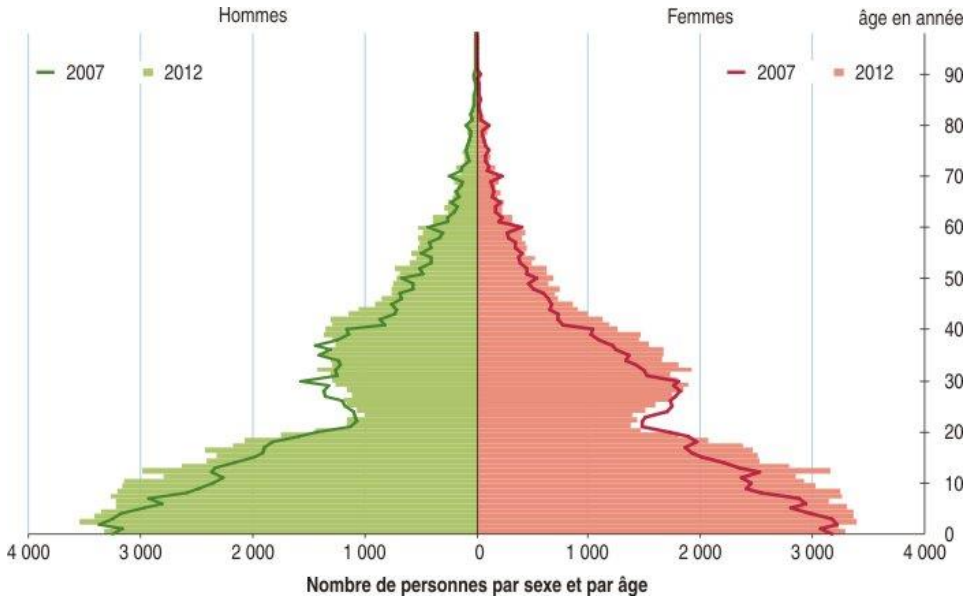


Figure 1 : Pyramide des âges à Mayotte 2007/2012 ((11)

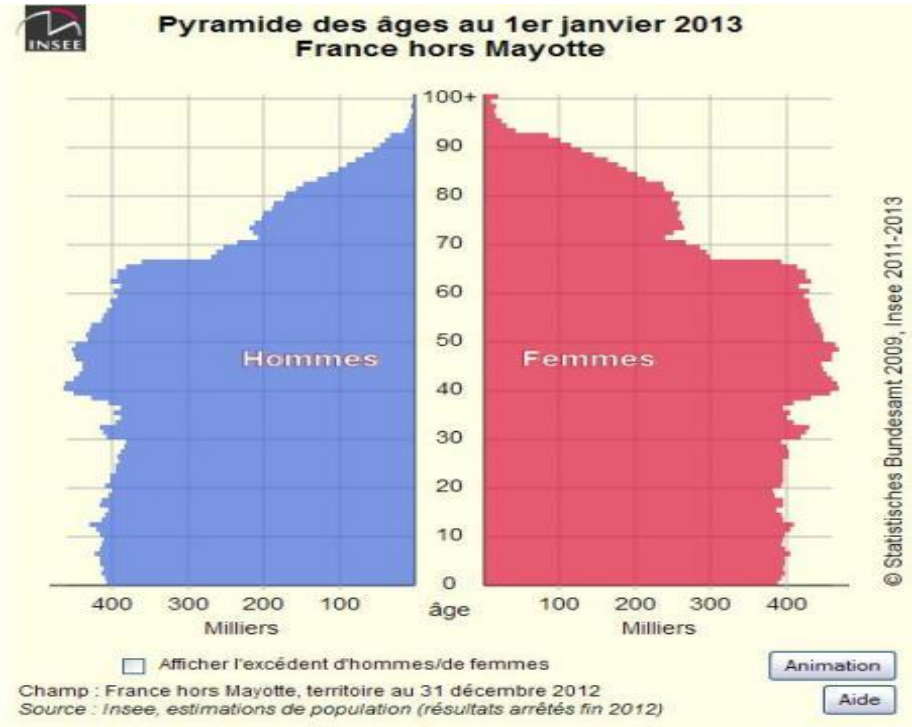


Figure 2 : Pyramide des âges en métropole hors Mayotte (12)

Emploi et niveau de vie

Le revenu mensuel par ménage en 2007 est de 778 euros pour un foyer de 4,2 personnes : 92 % de la population vivait ainsi en dessous du seuil de pauvreté de la métropole (13,14). Ce revenu moyen est très difficile à estimer pour plusieurs raisons. Pour exemple, certaines activités peu lucratives et/ou peu reconnues comme le travail aux champs ne sont pas déclarées comme un emploi (15) . Les revenus perçus pour des locations immobilières n'ont longtemps pas été déclarés, faute de cadastre exhaustif et d'impôts locaux.

Le Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti propre à Mayotte, tend à rejoindre le Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance national. Au premier janvier 2014, il est à 1201 euros brut contre 1445,38 euros bruts en métropole (16,17).

Le chômage touche 36% de la population, ce qui représente le taux le plus élevé des départements d'outre-mer après la Réunion (4). Le Revenu de Solidarité Actif n'est pas encore versé à Mayotte (18).

Langue et éducation

La pratique de la langue française reste très minoritaire. Seule une personne sur dix déclare avoir parlé le français durant l'enfance (19). Le shimaoré est la langue principale (19). Le tableau 1 reprend les différentes langues maternelles parlées.

Tableau 1 : Langue maternelles en 2012 de la population âgée de 16 à 64 à Mayotte

Langues maternelles parlées à Mayotte	***Pourcentages de la population***
Français	*10*
Shimaoré (langue de la majorité des Mahorais)	*41*
Shibushi (langue de Mahorais dérivée du malgache)	*15*
Autres langues des Comores	*33*

En 2012, 3 personnes sur 10 n'ont jamais été scolarisées à Mayotte. L'enseignement a longtemps été réservé aux catégories sociales favorisées. Le nombre d'élèves scolarisés est passé de 3 000 en 1976 à 83 823 en 2012 dont 49 743 dans les maternelles et le premier degré. Les écoles sont de grande taille avec 28,6 élèves par classe (25,8 en métropole). Les rythmes scolaires posent problèmes : les élèves partagent leurs journées entre l'école coranique et l'école de la République. Dans plusieurs communes, il existe des rotations avec des cours l'après-midi faute de place dans les classes (15). Il en résulte un niveau scolaire que l'on peut qualifier d'extrêmement bas. Pour les jeunes âgés de 16 à 24 ans, 92 % ont débuté leur scolarité mais la moitié d'entre eux sont sortis sans diplôme qualifiant. Seulement 19% des jeunes scolarisés ont obtenus leur baccalauréat (19). La figure 3 reprend le niveau scolaire à Mayotte en 2007.

Figure 3: Niveau scolaire de Mayotte en 2007 (13)

2 La santé à Mayotte

2.1 Système de soins à Mayotte

L'accès aux soins

Avant la mise en place de la sécurité sociale en avril 2005, la dispensation des soins était gratuite pour tous (20). Aujourd'hui, les habitants de nationalité française ou les étrangers en situation régulière, bénéficient de la sécurité sociale s'ils la demandent. Dans le secteur public, les soins sont entièrement gratuits pour les patients ayant des droits ouverts à la sécurité sociale. Dans le secteur privé, le tiers payant étant appliqué, les ayants droits payent les 30% des soins non pris en charge pas la sécurité sociale. L'adhésion à une complémentaire santé est très rare. La couverture médicale universelle (CMU) n'a pas encore été mise en place à Mayotte.

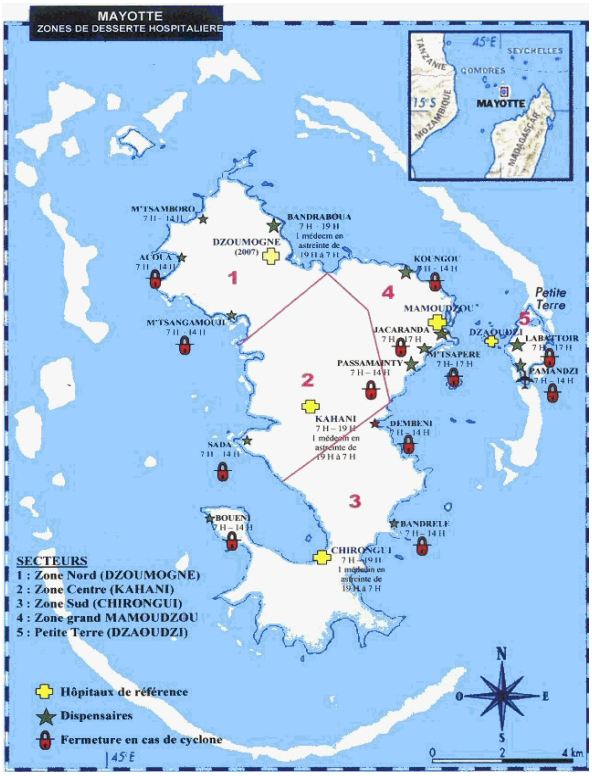
Pour les étrangers en situation irrégulière (ESI), il existe, dans le secteur public, un système de forfaits. Par exemple en dispensaire, le patient a accès pour 10 euros à une consultation médicale, et si besoin, soins infirmiers et délivrance de médicament. En cas d'impossibilité de paiement, il revient au médecin de décider si le patient peut bénéficier gratuitement du même forfait en signant un bon d'Affection Grave et/ou Durable (AGD) (21). L'Aide Médicale d'Etat (AME) n'a pas encore été appliquée à Mayotte (22).

Offre de soin

La pratique de la médecine générale est essentiellement assurée par le secteur public, dans des dispensaires gérés par le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM), structure hospitalière située à Mamoudzou.

Le système de soins repose sur des centres de référence (ouverts 24h/24) avec une maternité et des dispensaires satellites plus petits (ouverts de 7h à 14h). Ces centres accueillent des consultations dites de tout-venant, des suivis de pathologies chroniques et un accueil/conditionnement d'urgences. Ils disposent d'une pharmacie pour la dispensation des médicaments. Les dispensaires satellites proposent les mêmes soins sur un créneau horaire limité, avec des moyens humain ou technique moins importants. Le CHM, à Mamoudzou, possède plusieurs services hospitaliers (urgences, médecine polyvalente, chirurgie,

réanimation, pédiatrie, psychiatrie, gynécologie, obstétrique, radiologie) et un service de consultations externes (ophtalmologie et d'ORL). Par manque de spécialiste, certaines consultations sont assurées par des médecins de la Réunion aux cours de missions. La carte numéro 3 reprend l'offre de soin du secteur public sur l'île.



Carte 3 : Zones de dessertes hospitalières à Mayotte

.

Figure 4: Dispensaire de Jacaranda à Mamoudzou

Le secteur libéral médical est très peu développé à ce jour. Les difficultés à l'installation peuvent s'expliquer assez facilement :

- une densité médicale de médecins généralistes libéraux très faible (10 fois inférieure à celle de métropole soit bien en dessous de tous les déserts médicaux de métropole (18)) qui impose une activité extrêmement élevée,
- une méconnaissance du territoire et de son mode d'exercice Mayotte dans son ensemble, qui privilégiera des recrutements médicaux au sein d'une structure (CHM). Le tableau numéro 2 décrit la densité médicale en Océan Indien en 2011 pour 100 000 habitants. (18)

Tableau 2 : Densité médicale en Océan Indien pour 100 000 habitants

Densité médicale pour 100 000 habitants	***Mayotte***	***Réunion***	***Métropole***
Médecins	*73,8*	*257,1*	*334*
Médecins spécialistes	*23*	*117*	*174*
Médecins spécialistes libéraux	*5*	*56*	*109*
Médecins généralistes	*46*	*143*	*162*
Médecins généralistes libéraux	*11*	*101*	*109*

2.2 Tradition et médecine

Une phrase tirée d'un mémoire de sociologie sur les modes de représentations de la population résume les enjeux transculturels de la qualité des prises en charge:

« A nos connaissances scientifiques de métropolitains basés sur de l'invisible, peuplé de virus, de bactéries, d'atome et d'ADN, s'opposent des expériences sociales, reposant sur des mondes invisibles, peuplés d'esprits, d'ancêtres défunts, de sorciers » (23).

Dans la culture mahoraise, on peut schématiser la représentation de la maladie dans 3 cadres nosologiques principaux issus d'un mélange entre les cultures islamique et animiste. Il existe les maladies causées par Dieu, dites naturelles (existantes par elle-même), celles causées par l'homme à l'aide de sorcellerie, et enfin celle causées par les esprits, les Djinns. Seules les maladies causées par Dieu peuvent être traitée par la médecine occidentale (24). Pour traiter

les souffrances physiques ou morales, les mahorais peuvent s'adresser dans un premier lieu à l'un des 4 types de guérisseurs :

- le guérisseur islamique, le fundi (traduction : celui qui sait) « mwalimu » qui se base sur les textes coraniques dont les remèdes sont très variés et impliquent parfois des amulettes à porter autour du cou.
- le « fundi» herboriste, qui traite les pathologies à l'aide de préparation à base de plante (tisane ou préparation cutanée) (23).
- le « fundi wa nyonga» qui utilisent des ventouses pour extraire le mal. Cette pratique se rapprocherait de nos anciennes saignées.
- le « fundi wa madjini » qui traite les affections attribuées à un « Djinn ». Les « Djinns » sont des esprits pouvant prendre possession du corps humain. Le « fundi » va essayer, au cours de cérémonies plus ou moins coûteuse, d'établir une relation avec le djinn. Schématiquement, soit on apprend à vivre avec son djinn quand il n'est pas néfaste, soit il chassé lors de cérémonies d'exorcismes quand la vie en symbiose n'est pas possible (24).

Un travail de recherche réalisé en Guyane en 2011, compare les modes de recours aux différentes formes de médecine (médecine occidentale dite biomédecine et médecine traditionnelle). L'auteur démontre que la population vivant sur le fleuve du Maroni choisit son soignant plutôt en fonction de sa disponibilité (consultations payantes dans la médecine traditionnelle, emplacements géographiques du soignant….) que sur de croyances (25).

A Mayotte, la médecine occidentale n'apparaît que dans les années 1970. La notion de pathologie chronique est encore difficile à concevoir par la population consultante. Ce type de maladie n'existait pas dans la nosologie traditionnelle mahoraise il y a encore 50 ans. En effet, une pathologie qui durait équivalait à un échec thérapeutique et résultait de la volonté divine. Trois maladies (lèpre, pathologies psychiatriques, épilepsie) sont reconnues comme attribuées à la volonté divine et considérées comme chroniques. Pour les autres pathologies, les patients attendent un traitement ponctuel, symptomatique et efficace. Par ailleurs, la communication entre patient et médecin métropolitain, n'est pas toujours évidente dans la prise en charge d'une pathologie, tant les modes de représentation de la maladie sont différents. C'est dans ce cadre que le travail des traducteurs mahorais représente une véritable passerelle transculturelle entre les deux mondes. En effet, leur rôle ne peut être réduit à une simple traduction littérale. Maîtrisant les différents codes culturels, ils expliquent les notions médicales occidentales en respectant les modes de communication et de représentation locaux (23).

3 L'Observance thérapeutique

3.1 Définition de l'observance

Définition

L'OMS définit en 2003 l'observance comme « **la concordance entre le comportement d'une personne, la prise de médicaments, le suivi d'un régime et/ou la modification du comportement et les recommandations d'un soignant ».** (1)

Histoire et évolution du concept observance

Le concept de l'observance remonte à l'Antiquité. Hippocrate expliquait déjà que « les malades mentent souvent lorsqu'ils disent prendre leurs médicaments». L'importance de l'observance, dans la prise la prise en charge des patients, n'est réellement reconnue par le monde médical qu'à partir de 1970.

Au départ, l'observance (« compliance » terme anglo-saxon) se définissait comme la coïncidence entre les comportements des patients et les recommandations médicales. L'observance renvoyait surtout à une notion d'obéissance (26). Pour exemple, le terme d' « ordonnance » rédigée par le médecin renvoie bien à ce concept. Aujourd'hui, on préfère parler d'adhérence ou même de concordance. Cette évolution sémantique souligne l'implication du patient qui accepte et participe au choix de la prise en charge proposée par la biomédecine, et n'y obéit plus de manière passive (27–29).

En 1991, la conférence de consensus de Toronto insistait déjà sur l'importance de la relation médecin malade, pour une qualité de soins optimale. Il ne s'agit plus d'une relation basée sur la confiance seule, mais sur l'écoute, l'expression et les attentes du patient (30).

La définition de l'OMS de 2003, intègre l'ensemble des acteurs de la prise charge du patient. En parlant des « recommandations des soignants » l'OMS évoque aussi bien le médecin, le pharmacien, la sage femme ou le dentiste. Elle étend par ailleurs le domaine de l'observance. L'observance n'est pas seulement médicamenteuse, elle concerne aussi des règles hygiéno-diététiques et d'autres modifications de comportements comme l'instauration une activité physique quotidienne (1).

3.2 Les facteurs de l'observance connus

Une liste exhaustive des facteurs connus, influençants l'observance thérapeutique étant impossible à établir, on repartira ces facteurs dans 5 groupes.

Facteurs liés au patient

Les patients plus âgés semblent plus observants que les patients jeunes. Dans la méta-analyse de Rolnick, avec 31 636 patients atteints de différentes pathologies chroniques, les patients âgés de 50 à 59 ans ont une meilleure adhérence aux traitement que les 18-49 ans (OR= 1,82, Intervalle de Confiance(IC)95 [1,42-2,24]) (31). Ces résultats se retrouvent dans la méta-analyse de Ishisaka avec 51 772 patients hypertendus. Elle montre une amélioration de l'observance chez les personnes de plus de 65 ans avec un Odds Ratio (OR) de 3,12 IC (Intervalle de Confiance) 95 [2,94-3,30] et les 45-65ans (OR de 1,86 IC95 [1,76-1,96]), en comparaison avec les 18-45 ans (32). D'autres études partagent ces résultats (33,34). Des études africaines, de Konin et Adoubi sur l'hypertension artérielle, montrent aussi cette tendance (35,36).

Le sexe est un facteur souvent analysé dans les études. Les femmes apparaissent moins observantes que les hommes. Une très large méta-analyse de Lewey sur l'observance des traitements par statines, qui inclut 2 663 668 patients, retrouve une moins bonne observance chez les femmes avec un OR de 1,10 IC95 [1,07-1,13] (37). Une autre étude sur l'observance des statines, montre cette association entre le sexe féminin et la moins bonne observance avec un OR de 1,24 IC95 [1,10-1,40] (33). La méta analyse de Rolnick et les 2 études africaines citées précédemment rapportent cette tendance, ainsi qu'un travail au Népal avec 171 patients traités pour des leishmanioses viscérales (31,35,36,38). D'autres étude ne partagent pas ses résultats comme l'étude de Tieno avec des patients diabétiques de type 2 du Burkina Faso (39) et l'exhaustive méta-analyse de Ishisaka (32) où les hommes sont moins observants.

Rolnick, a aussi étudié l'association entre le niveau intellectuel et l'observance de 31 636 patients. Comme d'autres travaux, la méta-analyse ne retrouve pas d'association significative entre le niveau d'éducation et l'adhérence à un traitement (31,39–41). Certains auteurs montrent une association, mais il faut souligner la taille des échantillons souvent moins

grande, et parfois des résultats statistiques absents (38,42–46). L'étude de Marvanova, sur 790 patients hospitalisés, retrouve une moins bonne compréhension des traitements chez les patients avec un faible niveau d'éducation (OR=0,53 IC95 [0,34-0,84] mais l'auteur n'étudie pas la conséquence sur l'observance (47).

Les conditions socio-économiques, psychologiques et l'entourage social du patient sont aussi des facteurs importants d'observance (48). La méta-analyse de Gonzalez, reprenant 35 029 patients, montre une association significative entre la dépression et l'observance au traitement du VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine), avec un OR de 0,19 IC95 [0,14-025] chez les patients dépressifs (49). La méta-analyse de DiMatteo, portant sur des patients atteints de différentes maladies chroniques, retrouve ces résultats avec une association plus marquée. Les patients dépressifs auraient 3 fois plus de risques d'être non observants (OR=3,03 IC95 [1,96-4,89] (50). Les comorbidités sont aussi des facteurs d'influence. L'étude de Cator, avec des patients tuberculeux, montre par exemple que l'alcoolisme est par facteur associé à une mauvaise observance (OR:33.8; IC95 [5.8-194.4]) (51). L'étude de Brunner sur la supplémentation vitamino-calcique de 36 282 patientes, retrouve cette tendance pour les patientes alcooliques et /ou fumeuses (34).

Facteurs liés aux traitements

Les effets secondaires des traitements, sont les premières causes de non observance.
L'étude de Bourgault, sur 21 236 patients hypertendus, montre que le risque d'arrêter un traitement antihypertenseur est plus fréquent avec les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (OR= 1,29 IC95 [1,16-1,43]) et les diurétiques (OR=1,92 IC95 [1,73-2,14]) en comparaison avec les sartans, du fait de leurs effets indésirables respectifs (52). L'étude de Brunner sur la supplémentation vitamino-calcique du Women's Health Initiative montre une diminution de l'observance avec l'augmentation du nombre d'effets secondaires décrits par les patientes ($p< 0,01$) (34).
La multiplicité journalière des prises médicamenteuses est un autre facteur très influant. L'étude de Donnan, incluant 2920 patients diabétiques de type 2, montre une diminution de l'observance avec un traitement en plusieurs prises quotidiennes en comparaison avec un traitement en prise unique ($p=0,001$). La différence est encore plus significative s'il y une poly-médicamentation (53). Selon une étude de Monson et al, le nombre de médicaments ne devrait pas dépasser 4 comprimés pour maintenir un taux d'observance satisfaisant (54). Ses

résultats se retrouvent dans la méta-analyse de Iskedjian avec 11 485 patients hypertendus (55).

Enfin, l'observance diminue avec la durée de traitement. Par exemple, la méta-analyse de Kothawala sur l'ostéoporose, retrouve une observance de 53% (IC95 [45%-58]) pour les traitements d'une durée de 1 à 6 mois et de 43% pour une durée de 7 à 12 mois (IC95 [38%-49%]) (56).

Facteurs liés au médecin et aux professionnels de santé

Des travaux réalisés en Arabie Saoudite rapportent que la relation médecin malade (empathie, temps de la consultation, écoute attentionnée) aurait plus d'influence sur l'observance que les conditions socio-économiques du patient (57). L'étude de Ghozzi en Tunisie qui inclue 273 patients hypertendus, retrouve une meilleure observance chez les patients satisfait de leurs consultations et des explications du médecin ($p<0,00003$) (45). Ces résultats se retrouvent aussi dans l'étude de Brunner sur la supplémentation vitamino-calcique. Une patiente a 2 fois plus de chance d'être observante si elle reçoit la visite d'un professionnel de santé plutôt qu'un contact par téléphone ou mail, 6 mois après l'inclusion dans l'étude (OR= 2,09 IC95 [1,92-2,27]) (34).

Les facteurs liés à la maladie et à son mode de représentation

L'observance est plus difficile pour les maladies non ressenties avant la survenue de complications souvent invalidantes, comme pour le diabète de type 2 ou l'hypertension artérielle (58). La méta-analyse de Naderi, portant sur 376 162 patients atteints de pathologies cardiovasculaires, retrouve par exemple, un meilleur taux d'observance thérapeutique en prévention secondaire (66 %, IC95 [56-75]) qu'en prévention primaire (50% IC95 [45-56] $p=0,012$) (59). La connaissance du pronostic est aussi à considérer. Etre atteint d'une maladie non curable peut intervenir dans la volonté de suivre une prise en charge médicale (60). Ou bien encore, la stigmatisation sociale d'une maladie, comme le VIH, peut entraîner le déni de cette pathologie, de ses modes de transmission, et être responsable d'une moins bonne adhérence au traitement, (60,61).

Facteurs liés au système de soins

Dans certains pays où l'état ne peut pas prendre en charge la santé, les politiques de santé sont caractérisées par un financement individuel de la santé. Une étude à Dakar sur l'observance thérapeutique des patients coronariens, retrouve une plus mauvaise observance pour les patients sans couverture sanitaire (p=0,02) (62). Les mêmes résultats ressortent de l'étude de Brunner du Women Health Initiative portant sur la cohorte rétrospective de 36 282 femmes. Une couverture sociale améliore l'observance des patientes avec un OR de 1,18 IC95 [1,03-1,35] (34). On retrouve les mêmes résultats lorsque le suivi est organisé par des organisations non gouvernementales. Ainsi, la fermeture de ces programmes entraînent des ruptures dans les prises en charge (63).

3.3 Les enjeux

Il est reconnu que seulement 50% des patients suivis pour des pathologies chroniques sont observants (1,26,64). Un patient sur deux ne suivrait plus sont traitement correctement au bout d'un an (65). Les conséquences de ce défaut d'observance peuvent se retrouver à différent niveau de la maladie :

Au niveau biologique

La non observance diminue les bénéfices et augmente les risques liés à la maladie ou au traitement. L'étude de Haubrich avec 173 patients atteints du VIH, montre par exemple, une augmentation des résistances à la trithérapie quand l'observance aux traitements est inférieure à 80% (p=0,02) (66,67). Un écart diététique ou la iatrogénie d'un traitement interdit peut aggraver une pathologie, d'abord biologiquement puis cliniquement. Nous pouvons citer, l'aggravation d'une insuffisance rénale chronique suite à la prise d'anti-inflammatoires ou en cas de déshydratation (68,69).

Au niveau clinique

La non observance va se traduire par une baisse de la qualité de vie du patient. Elle peut commencer par une diminution de l'acuité visuelle chez un patient négligeant son

hypertension et se poursuivre par une défaillance cardiaque chronique limitant l'autonomie du patient (70). La méta-analyse de Ross, montre une augmentation du risque de fracture de 30% (OR=1,29 IC95 1,22-1,28) chez les patients avec une mauvaise observance pour les traitements contre l'ostéoporose (71) .

Comme nous l'avons évoqué en introduction, l'observance à elle seule, pourrait améliorer le pronostic des patients observants. L'étude de Granger, étudie le taux de mortalité chez 187 patients insuffisants cardiaques chroniques répartis dans 2 groupes : 1 groupe traité par un antihypertenseur et l'autre par un placebo. L'étude montre une diminution de la mortalité pour l'ensemble des patients observants qu'ils soient traité par l'antihypertenseur ou le placebo ($p< 0,0001$)(2). La méta-analyse de Simpson retrouve aussi cette association (3).

Au niveau de la santé publique

Le défaut d'observance peut être à l'origine d'une augmentation des dépenses de santé. Le travail de Sokol incluant 137 277 patients hypertendus/diabétiques/insuffisants cardiaques ou encore présentant une hypercholestérolémie, retrouve une diminution des hospitalisations pour les patients observants (72). La méta-analyse de Bitton, sur les patients atteints de maladies coronariennes, retrouve une différence de dépenses de 10 à 17% entre les groupes observants et non observants (73). Le travail de Choudhry, portant sur une cohorte de 5855 patients suivi en post infarctus retrouve aussi cette association (74).

L'amélioration de l'observance peut permettre la diminution des maladies transmissibles graves comme le VIH ou l'hépatite B. Une étude en Chine montre une diminution de la transmission materno-foetale du VIH qui est passé de 15,4% à 7,2% entre 2005 et 2010 (75). L'étude de Connor incluant 447 patientes, retrouve aussi une diminution du risque de transmission materno-fœtale du VIH de 25 à 8,3% ($p=0,00006$) entre 1991 et 1993 (76).

L'observance, dans les pathologies chroniques, est primordiale. Les enjeux sont multiples et intéressent plusieurs acteurs à différentes échelles. Mayotte est un département où les conditions sociales et démographiques sont très différentes de la métropole et d'autres pays développés. La santé et son coût sont, aujourd'hui, des questions préoccupantes.

MATERIEL ET METHODE

1 Objectif et schéma d'étude

L'objectif de notre étude était, dans un premier temps, d'évaluer l'observance thérapeutique de patients adultes suivis pour des maladies chroniques dans deux dispensaires de références, puis dans un deuxième temps, d'identifier les facteurs socioculturels d'observance afin de proposer des recommandations.

Il s'agissait d'une étude transversale prospective, réalisée entre juin et novembre 2013 dans deux dispensaires de référence à Mayotte, le dispensaire de Jacaranda à Mamoudzou (chef-lieu du département) et le dispensaire de Kahani au centre de l'île.

2 Population étudiée

2.1 Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- adultes âgés de plus de 18 ans,
- suivis et pris en charge en dispensaire de référence, sur le territoire de Mayotte, depuis 6 mois minimum,
- présentant une ou plusieurs maladies chroniques,
- avec un ou des traitements per os,
- consentement oral du patient après explications de l'intérêt de l'étude.

2.2 Les critères d'exclusions

Les patients recevant des traitements à type d'inhalations, d'injections et/ou de patchs, ou tout mode d'administration nécessitant une éducation particulière et ceux nécessitant la présence, le plus souvent, d'un(e) infirmier(e) à domicile ont été exclus.

3 Recueil des données et paramètres étudiés

Le recueil des données a été effectué de manière prospective, dans les deux dispensaires sélectionnés, au cours de consultations dédiées. L'étude était systématiquement proposée aux patients suivis pour des pathologies chroniques, par les médecins des dispensaires à la fin des consultations habituelles (renouvellement de traitement, résultats d'examen complémentaire…). Si le patient acceptait, il était ensuite directement adressé, dans une salle annexe, à un autre médecin spécialement sur place pour effectuer le recueil. Les questionnaires ont été remplis par le même médecin: l'interne en charge de l'étude. Un premier questionnaire permettait d'évaluer l'observance. Le deuxième cherchait à identifier des facteurs d'observance. Les patients répondaient aux deux questionnaires lors de la même consultation.

Le fort taux d'analphabétisme et la barrière de la langue dans la population étudiée nous ont conduit à poser les questions oralement avec l'aide d'un aide soignant (AS) ou un agent de service hospitalier (ASH) si nécessaire. Les réponses aux questions étaient bimodales (oui ou non).

3.1 Evaluation de l'observance

C'est le questionnaire de Girerd qui a été retenu. Il avait été initialement validé pour l'évaluation de l'observance des patients hypertendus en cardiologie, mais il est aujourd'hui référencé par l' Assurance Maladie en France, pour l'évaluation de l'observance thérapeutique des pathologies chroniques en ambulatoire (77,78) . Pour des raisons de compréhension entre le médecin, traducteur et patient, les questions du test de Girerd ont été traduite en langage simplifié.

Tableau 3 : Le questionnaire modifié de Girerd

	Observant	***Non Observant***
Avez-vous pris votre traitement ce matin? (ou hier soir si aucun traitement le matin)	*OUI*	*NON*
Avez-vous pris parfois votre traitement en retard dans la journée ?	*NON*	*OUI*
Avez-vous parfois oublié de prendre votre traitement ?	*NON*	*OUI*
Avez-vous parfois refusé de prendre votre traitement parce que vous pensez qu'il vous fait plus de mal que de bien ?	*NON*	*OUI*
Avez-vous l'impression de prendre trop de médicaments ?	*NON*	*OUI*
TOTAL=> compter le nombre de réponse dans la colonne de Droite		

3.2 Données étudiées

Pour les patients inclus les données suivantes ont été recueillies.

Données descriptives de la population

- l'année de naissance
- le sexe
- la nationalité. En cas de nationalité étrangère, il fallait préciser si le patient était en situation régulière ou non.

Les facteurs d'observance

On été recueilli, des données sur :

- la couverture sociale du patient : affiliation ou non à la sécurité sociale de Mayotte
- le niveau d'éducation : maîtrise de la langue et de la lecture en français
- la maladie, son suivi et ses représentations :
  - le patient est-il suivi par un médecin référent (défini par un suivi de plus de 3 consultations en 6 mois par le même médecin)
  - présence d'un proche du patient pendant la consultation : «l'aidant, l'accompagnant». Tout type d'accompagnant était retenu : qu'il accompagne juste le patient pour la consultation ou qu'il vérifie sa prise médicamenteuse,
  - connaissance par le patient du nom de la maladie pour laquelle il était suivi en dispensaire (quand le patient était suivi pour plusieurs nous retenions la plus ancienne),
  - connaissance du caractère chronique de la maladie,
  - connaissance des complications à court et long terme de la maladie (le patient devait citer au moins une complication),
  - antécédent(s) d'arrêt anticipé du traitement, le patient pensant être guéri,
  - partage des médicaments avec d'autres patients,
  - sentiment de honte de la maladie auprès de l'entourage proche : la famille,
  - utilisation de la médecine traditionnelle en parallèle de la médecine occidentale.

- les problèmes d'accès aux soins :

- contraintes climatiques rencontrées pour accéder au dispensaire,

- contraintes budgétaires pour accéder au dispensaire (taxi, consultation médicale),

- contraintes liées à l'attente pour la consultation médicale ou pour la délivrance des médicaments,

- contraintes liées aux contrôles de police éventuels en particulier pour les patients étrangers en situation irrégulière.

3.3 Statistiques

Les réponses aux questionnaires ont été saisies et analysées grâce à un tableur Excel. La saisie et la vérification des données ont été réalisées par un opérateur unique assurant la cohérence du recueil. Les patients ont été répartis en trois groupes en fonction de leur niveau d'observance.

Tableau 4 : Interprétation du test d'évaluation de l'observance

Total de réponse dans la colonne de droite	***Niveau d'observance***	***Nombre de patient***	***Pourcentage (%)***
0	*Très bonne observance*		
1 ou 2	*Bonne observance*		
3	*Mauvaise observance*		

L'évaluation de l'observance a été appréciée par un pourcentage et a été étudiée pour l'ensemble des patients des deux dispensaires, puis indépendamment dans chaque dispensaire.

Pour mettre en évidence les facteurs d'observance, nous avons comparé le groupe des patients non observants aux patients observants (groupes des patients avec une très bonne et bonne observance). Les facteurs ont été étudiés sur l'ensemble des patients puis dans chaque centre. L''étude statistique a fait appel essentiellement à deux logiciels: Statview 5.0 (Abacus Corporation ltd) et le logiciel coopératif "R". Enfin, les intervalles de confiance ont été déterminés par des procédures Excel, basées sur les ouvrages de Bouyer et coll (44). Les variables étudiées étant essentiellement quantitatives, les tests utilisés ont été le test exact de Fisher pour l'étude des relations à l'intérieur d'un même hôpital. Le test de Student non apparié a été utilisé pour la seule variable qualitative (l'âge). Tous les résultats ont été jugés significatifs pour un p inférieur à 0,05. Les intervalles de confiance ont été calculés avec un risque de première espèce.

RESULTATS

1 Analyse descriptive de la population et des maladies étudiées

Au total, 187 patients ont été inclus entre juin et novembre 2013. 100 patients ont été recrutés dans le dispensaire de référence de Jacaranda à Mamoudzou et 87 dans le dispensaire de référence du centre de l'île à Kahani. Sur l'ensemble des patients à qui nous avons proposé l'étude, un seul a refusé de participer, par manque de temps pour répondre aux questionnaires. Les caractéristiques sociodémographiques de la population incluse sont récapitulées dans le tableau 5.

Tableau 5 : Caractéristiques sociodémographiques des patients

	Nombre de patients	*Pourcentage(%) ou moyenne*
Age moyen	***-***	***51,5 ans***
Sujets âgés > 64 ans	***34***	***18%***
Sexe féminin	*117*	*63%*
Nationalité française	*65*	*33%*
Nationalité anjouanaise	*93*	*49%*
Nationalité grande comorienne	*24*	*13%*
Nationalité malgache	*3*	*2%*
Nationalité mohélienne	*2*	*1%*

Les populations des deux centres étaient comparables pour l'âge et le sexe. Le tableau 6, reprend les différentes pathologies chroniques des patients ayant participé à l'étude (première pathologie chronique identifiée chez les patients).

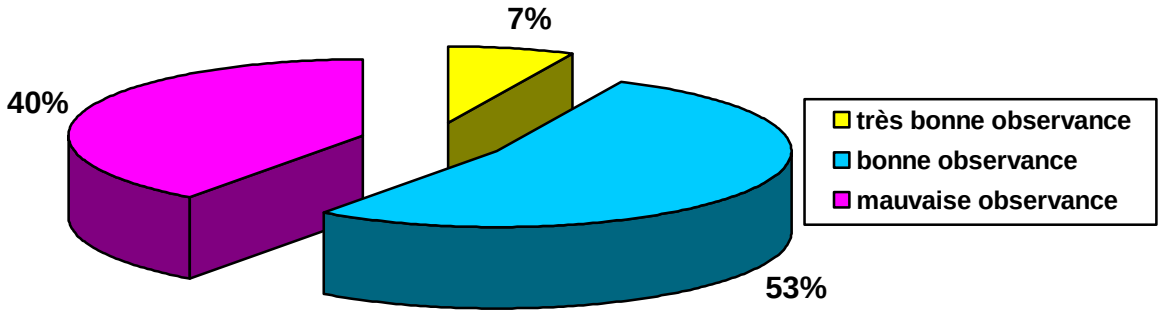
Tableau 6 : Pathologies chroniques des patients inclus

	Nombre de patients (n)	*Pourcentage(%)*
Hypertension artérielle	***139***	***74***
Diabète de type II	***18***	***10***
Pathologie thyroïdienne	*7*	*4*
Cardiopathie valvulaire post rhumatismale	*4*	*2*
Epilepsie	*4*	*2*
Insuffisance cardiaque	*4*	*2*
Drépanocytose	*1*	*0,5*
Lèpre	*1*	*0,5*
Fibrillation auriculaire	*1*	*0,5*
Thrombophilie	*1*	*0,5*
Lombalgie chronique	*1*	*0,5*
Hypertension artério-pulmonaire pré-capillaire primitive	*1*	*0,5*
Insuffisance rénale chronique	*1*	*0,5*
Dyslipidémie seule	*1*	*0,5*

2 Evaluation de l'observance des patients

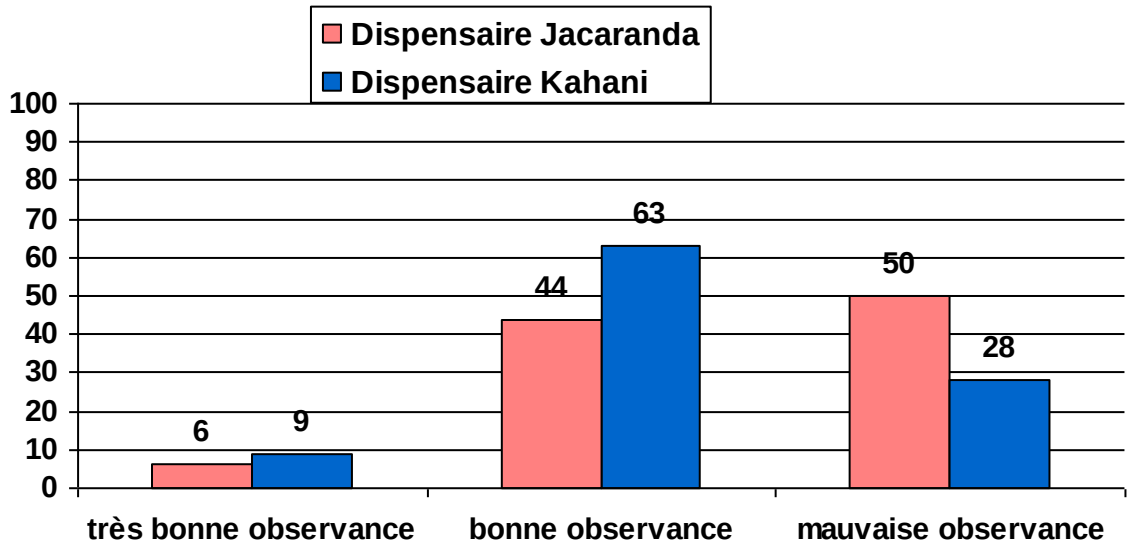
Les niveaux d'observance ont été calculés sur l'ensemble des patients des deux centres. Au total 60% des patients étaient observants.

Figure 5 : Niveau d'observance de l'ensemble des patients des deux centres:



L'observance a ensuite été calculée indépendamment, dans chaque centre. On retrouve une mauvaise observance chez 28 % des patients dans le centre de Kahani et chez 50% des patients à Jacaranda. La différence entre les deux centres est significative (p =0,03). Les niveaux d'observances sont repris dans la figure 6.

Figure 6 : Niveaux d'observance, exprimés en pourcentage, dans chaque centre



3 Description et analyse des facteurs d'observance

3.1 Description des facteurs d'observance étudiés

Ils sont présentés dans le tableau numéro 7.

Tableau 7: Description des facteurs d'observance étudiés

Facteurs étudiés	*Nombre de patients (n)*	*Pourcentage (%)*
Patients en situation régulière	*133*	***71***
Patients avec une sécurité sociale	*94*	***50***
Besoin d'un traducteur pendant la consultation	*148*	***80***
Patients ne pouvant pas lire le français	*146*	***79***
Présence d'un accompagnant du patient pendant la consultation	*15*	*8*
Patients avec un médecin référent	*84*	***45***
Pathologie principale connue par le patient	*173*	*92*
Pathologies associées connues par le patient	*51*	*27*
Patients ayant la sensation d'être malade	*126*	*67*
Patients connaissant le caractère chronique de sa pathologie	*96*	***51***
Patients connaissant les complications	*63*	*34*
Partage des traitements avec une tierce personne	*9*	*5*
Honte d'être malade	*21*	*11*
Usage de la médecine traditionnelle en parallèle	*54*	***29***
Conditions climatiques limitants l'accès aux soins	*44*	*23*
Budget limitant l'accès aux soins	*96*	***51***
Attente limitant l'accès aux soins	*21*	*11*
Peur des contrôles de police limitant l'accès aux soins	*47*	*25*

3.2 Analyse statistique des facteurs d'observance

Comme nous l'avons précisé dans la méthodologie, afin de mettre en évidence les facteurs d'observance, nous avons comparé les patients avec une mauvaise observance, définie par le questionnaire modifié de Girerd aux autres patients observant (patient avec une très bonne et une bonne observance).

Analyse statistique sur l'ensemble des patients des deux centres de références

Les différents facteurs d'observance étudiés ont été repris dans le tableau 8.Trois facteurs ont été identifiés :

-la présence d'un médecin référent (p=0,03) et l'accompagnement du patient par un proche (p=0,005) ressortaient comme des facteurs significatifs d'observance.

-l'attente est retrouvée comme un facteur d'inobservance (p=0,03).

Analyse statistique des facteurs dans chaque centre

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre chacun des facteurs pour chaque centre pris indépendamment.

Tableau 8 : Facteurs d'observance analysés sur l'ensemble des dispensaires

		Non observants (n)*	*Observants* (n)*	*Fisher (p)*
Sexe	*F*	*47*	*70*	*NS**
	M	*27*	*43*	
Patients en situation régulière	*Non*	*22*	*32*	*NS*
	Oui	*52*	*81*	
Sécurité sociale	*Non*	*37*	*56*	*NS*
	Oui	*37*	*57*	
Besoin d'un traducteur pendant la consultation	*Non*	*16*	*22*	*NS*
	Oui	*58*	*91*	
Peut lire le français	*Non*	*59*	*97*	*NS*
	Oui	*15*	*19*	
Présence d'un accompagnant du patient pendant la consultation	*Non*	***73***	***99***	***0 ,005***
	Oui	***1***	***14***	
Médecin référent	*Non*	***48***	***55***	***0.03***
	Oui	***26***	***58***	
Pathologie principale connue par le patient	*Non*	*3*	*11*	*NS*
	Oui	*71*	*102*	
Pathologies connues associées	*Non*	*51*	*85*	*NS*
	Oui	*23*	*28*	
Sensation d'être malade	*Non*	*26*	*33*	*NS*
	Oui	*48*	*78*	
Connaissance du caractère chronique de la pathologie	*Non*	*37*	*54*	*NS*
	Oui	*42*	*54*	
Connaissance des complications	*Non*	*53*	*71*	*NS*
	Oui	*21*	*42*	
Partage des traitements avec une tierce personne	*Non*	*68*	*110*	*NS*
	Oui	*6*	*3*	
Honte d'être malade	*Non*	*66*	*100*	*NS*
	Oui	*8*	*13*	
Usage de la médecine traditionnelle en parallèle	*Non*	*49*	*84*	*NS*
	Oui	*25*	*29*	
Conditions climatiques limitant l'accès aux soins	*Non*	*60*	*83*	*NS*
	Oui	*14*	*30*	
Budget limitant l'accès aux soins	*Non*	*38*	*53*	*NS*
	Oui	*36*	*60*	
Attente limitant l'accès aux soins	*Non*	***61***	***105***	**0.03**
	Oui	***13***	***8***	
Peur des contrôles de police limitant l'accès aux soins	*Non*	*55*	*85*	*NS*
	Oui	*19*	*28*	

n : nombre de patients- NS : non significatif
observants : ensemble des patients avec une très bonne et bonne observance

DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif principal d'évaluer l'observance thérapeutique chez des adultes suivis pour des pathologies chroniques en dispensaire à Mayotte. Les résultats ont mis en évidence une bonne observance chez 60% des patients. L'objectif secondaire était de rechercher des facteurs influençant cette observance. Le temps d'attente en dispensaire pour une consultation ou pour la délivrance postérieure des traitements est retrouvé comme un facteur d'inobservance. En revanche, la présence d'un médecin référent et celle d'un accompagnant du patient pendant la consultation sont ressorties comme facteurs d'observance.

Discutons maintenant cette étude, et au vu de ses résultats, tentons d'apporter des perspectives pour le suivi des patients chroniques à Mayotte.

1 Discussion sur la méthode

Notre travail était une étude prospective, transversale, exhaustive et multicentrique réalisée dans deux dispensaires représentatifs de la population consultante à Mayotte : une population urbaine par le recrutement dans le dispensaire de Jacaranda situé à Mamoudzou, le chef lieu du département, et une population plus rurale avec le dispensaire de Kahani situé au centre de l'île.

L'évaluation de l'observance thérapeutique est difficile. Un article d'Osterberg et al. énumère les différentes méthodes d'évaluation sans en établir une comme référence. Chaque méthode présente ses avantages et ses limites. Le prélèvement biologique sanguin est par exemple très fiable mais coûteux et pas disponible pour tous les traitements. Le questionnaire d'auto-évaluation rempli par le patient, est une méthode de recueil de données faciles à organiser, peu coûteuse, mais souvent soumis à des biais d'informations liés à une surestimation du patient de son observance (27). Dans notre étude, nous avons choisi un questionnaire : le test d'évaluation de Girerd, recommandé par l' Assurance Maladie Française. Ce test Girerd a été validé en comparant, les auto-évaluations des patients hypertendus, avec ce test, et les

évaluations de l'observance par un médecin (77). Il est aussi utilisé dans d'autres pathologies comme l'insuffisance rénale chronique (79,80).
Un autre questionnaire référencé existe: le questionnaire de Morisky. Traduit et validé dans plusieurs pays et pour différentes pathologies, il est le test d'évaluation de l'observance thérapeutique majoritairement utilisé (81–86). Le test de Morisky a été validé par une étude, portant sur 1367 patients hypertendus, retrouvant une association significative ($p< 0,05$) entre les réponses au questionnaire sur l'observance et les mesures de tension artérielle.
L'autre moyen d'évaluation fréquemment retrouvé est le taux d'observance. Il est défini comme le rapport du nombre de prises médicamenteuses sur le nombre de prises initialement prescrire. La plupart des auteurs définissent un patient observant, quand son taux est supérieur à 80% (2,31,34,41,62,67,71,86). Cette méthode, le plus souvent évaluée à l'aide d'un pilulier électronique ou par le décompte des médicaments, serait la plus représentative de la réalité. Cet appareil est encore peu présent dans le quotidien des malades, il est surtout utilisé dans le cadre d'études, ce qui peut limiter l'interprétation des résultats. Dans notre étude nous avons utilisé le test de Girerd car il est directement en français et recommandé par l'assurance maladie mais sa validation peu universelle peut être une limite à notre étude.

Le recueil a été fait au cours de consultations dédiées à l'étude par le même médecin. Ce, dernier n'exerçait pas dans les dispensaires concernés par l'étude, assurant une certaine neutralité dans la relation avec les patients et limitant les biais d'information liés à une certaine envie de faire plaisir à son médecin traitant. La consultation personnalisée a permis d'avoir le temps pour interroger les patients et obtenir des réponses exhaustives.

Dans l'étude, un biais de traduction a été induit, d'une part du fait de la présence d'interprète et d'autre part du fait de termes médicaux parfois inexistants ou difficilement traduisible en shimaoré. Pour limiter ce biais, les traducteurs ont été choisis par les médecins des centres pour leur capacité de traduction.

187 patients ont été inclus sans calcul de puissance préalable. Les résultats concernant la population globale des deux centres sont satisfaisants et permettent des calculs statistiques avec une puissance satisfaisante et un bon niveau de preuve. En revanche, l'analyse des facteurs d'observance dans chaque centre indépendamment (sous objectif de l'étude) n'a pas pu aboutir.

Certains facteurs d'observance n'ont pas été recherchés bien que connus dans la littérature. Ce sont les facteurs liés à la prescription médicale. Ces facteurs ayant été identifiés à plusieurs reprises dans les études, nous avons fait le choix de nous intéresser aux facteurs psychosociaux de mauvaise observance.

2 Discussion sur les résultats

Notre travail de recherche est la première étude à Mayotte portant sur l'observance avec un échantillon de cette taille. Une petite étude non publiée a été réalisée au dispensaire de Jacaranda entre avril et mai 2011 pour évaluer la compréhension des ordonnances par les patients. L'étude portait sur 33 patients et a révélée une compréhension de l'ordre de 75% pour l'indication, le mode d'administration et la posologie des traitements. Cette compréhension diminuait avec l'augmentation du nombre de médicaments. Un autre travail a porté sur l'observance des chimiothérapies per os. Dix neuf patients ont été inclus sur une période de 3 mois au cours de l'année 2012. 63 % des patients avaient une bonne compréhension du traitement. Malgré la gravité des pathologies concernées et les risques des traitements, l'observance était de 37%.

2. 1 Discussion sur le taux d'observance

Bien que 60 % des patients inclus aient été considérés comme observants, seuls 14 (7%) avaient une très bonne observance. 40% de nos patients présentaient donc une mauvaise observance.

Ces résultats seraient meilleurs que ceux annoncés par l'OMS en 2003, avec une moyenne de 50% d'observance pour les maladies chroniques dans les pays développés (1). Comme nous l'avons précisé auparavant, les méthodes d'évaluation de l'observance diffèrent en fonction des pathologies chroniques et aussi pour une même pathologie. Les résultats sur les estimations du taux d'observance doivent donc être interprétés avec précaution (39,80,87,88). Si l'on compare nos résultats avec d'autres études ayant utilisé le test de Girerd, on constate des différences en fonction du lieu de l'étude. Trois études, de Girerd lui-même, effectuées en France métropolitaine, auprès de patients hypertendus retrouvent une meilleure observance.

La première étude incluant 484 patients, montre une mauvaise observance chez seulement 8% des patients (89). La deuxième, portant sur 5005 patients, retrouve 20% de patients non observants (90). Enfin la troisième étude, qui a permis de valider le questionnaire de Girerd comme un test d'évaluation de l'observance, montre 10% de mauvaise observance (77). Ces résultats se retrouvent dans une étude sur l'observance, toujours avec le test de Girerd, de 67 patients insuffisants rénaux (80).

Par contre nos résultats se rapprochent des études faites en Afrique. Pio montre, dans un travail incluant 393 patients hypertendus de Togo, 52% des patients avaient une mauvaise observance, avec seulement 16 % des patients avec une très bonne observance. Une autre étude en Côte d'Ivoire, avec 200 patients hypertendus, retrouve 55% de mauvaise observance et 12,5 % de très bonne observance (35). Ces résultats s'inscrivent bien dans le cadre de vie quotidien mahorais, qui oscille entre la tradition africaine et la métropole.

2.2 Discussion sur les facteurs d'observance

L'analphabétisme qui concernait 148 (80%) patients de l'étude, n'était pas un facteur significatif d'influence sur l'observance. Les données de la littérature sur ce facteur sont contradictoires (91–93).

Ensuite la compréhension de la maladie et la connaissance des complications ne sont pas ressorties non plus comme des facteurs significatifs d'observance. D'autres études partagent cette tendance comme l'étude de Mowatt en Jamaïque de 100 patients atteints de glaucome chronique, et l'étude de Gatti avec 275 patients suivis pour différentes pathologies (40,94). Dans notre travail, le mode de recueil des réponses, par question fermée, permet seulement de faire des hypothèses. Une des explications pourrait être la pratique de l'Islam à Mayotte. Le fatalisme lié à la volonté d'Allah est inhérent à la philosophie de la vie mahoraise. Même si les patients savent qu'une maladie provoque une complication qu'ils peuvent nommer, cela reste la volonté de Dieu. Une majorité des patients des dispensaires croient en ces représentations de la maladie. Ces croyances limitent peut-être l'importance des connaissances physiologiques médicales dans le degré d'observance.

Enfin, pour les problèmes liés à l'accès aux soins : en dehors de l'attente en dispensaire que nous aborderons après, les autres déterminants comme l'argent, la situation (ir)régulière des patients et l'accès à une couverture sociale, n'étaient pas des déterminants significatifs d'observance dans l'étude. S'ils ne sont pas significatifs cela ne veut pas dire que ces problèmes n'existent pas. 96 (50%) patients de l'étude disent avoir des contraintes liées au budget pour accéder aux soins.

Nous allons maintenant discuter des facteurs significatifs de l'observance, retrouvés dans notre étude.

Si seulement 21 patients (11%) ont déclaré l'attente comme un facteur limitant l'accès aux soins, il s'est avéré être un facteur significatif de non observance dans l'étude. Ceci peut s'expliquer par le fonctionnement des dispensaires à Mayotte. Pour bénéficier d'une consultation médicale ou d'une délivrance des médicaments, les patients attendent leur tour munis d'un ticket de passage. Les difficultés financières et le fort taux de patient sans couverture sociale (50% dans l'étude) ainsi qu'une démographie médicale libérale basse, ne favorisent pas le circuit de soin privé vers les cabinets médicaux et les officines. Ces multiples raisons expliquent la saturation des dispensaires et l'allongement des délais d'attente (95).

Quinze patients (8%) étaient accompagnés par une tierce personne de leur choix au cours des consultations. Ces « accompagnants » étaient des membres de la famille du patient, partageant la responsabilité de la prise en charge et de la représentation de la maladie face au monde de la biomédecine. Ces personnes représentent une passerelle de communication entre le soignant et le soigné. Les informations médicales sont parfois difficiles à recevoir par le patient isolé soit parce que le pronostic est ou semble péjoratif, soit parce que les différences de représentations de la maladie entre les cultures mahoraises et européennes sont trop importantes. En métropole on retrouve la présence et le rôle de cet accompagnant pour les patients atteints de cancers, de pathologies psychiatriques ou d'addiction par exemple (96,97). D'autres études montrent que la solitude et l'isolement social sont des facteurs de vulnérabilité face à la maladie (92).

Enfin, la place du médecin référent, est un facteur d'observance significatif dans l'étude. Son rôle et son importance dans le parcours de soin sont admis en métropole depuis plusieurs années. Une convention médicale met en place le médecin traitant en 2005. L'objectif est de coordonner et centraliser les soins du patient autour d'un seul référent, le médecin traitant, ainsi que d'améliorer la prévention dans des domaines définis par la sécurité sociale. Les bénéfices du médecin traitant ont pu rapidement être mis en valeur. En janvier 2009, l'assurance maladie publie un rapport où l'on retrouve par exemple, la diminution de prescription de benzodiazépine chez les personnes âgées, ou encore l'augmentation du dépistage du cancer du sein chez les patients ayant déclaré un médecin traitant (98). Faire ressortir ce facteur d'observance à Mayotte renvoie à plusieurs problématiques dans le système de soin actuel. La pratique de la médecine générale est essentiellement assurée par le secteur public (23 médecins généralistes libéraux installés dans toute l'île) où les médecins titulaires sont peu nombreux. Le dernier rapport de la Direction de recherche, études et évaluation et statistiques (Drees) rapporte 160 postes de praticiens ouverts dont seulement 65 sont occupés par les praticiens hospitaliers titulaires. Les autres postes sont assurés par des contractuels et vacataires en mission (99).

Dans notre étude, les patients du dispensaire de Kahani sont plus observants (72%) qu'au dispensaire de Jacaranda (50%). Une filière dédiée exclusivement à la prise en charge de patients chroniques mise en place il y a 5 ans environ, pourrait participer à cette meilleure observance.

3 Les perspectives

3.1 A l'échelle du patient

Pour limiter l'attente des patients chroniques qui consultent tous les mois ou tous les 3 mois pour leur suivi et renouvellement de traitement, des plages horaires hebdomadaires propres à chaque médecin pourraient être mises en place pour le suivi de ces patients. Ce système est appliqué dans certains dispensaires périphériques suite à des initiatives personnelles des médecins. Il pourrait être proposé dans les centres de références et autres petits dispensaires.

Pour améliorer le suivi des patients chroniques, il faudrait, encourager les patients, surtout âgés, non francophones à venir accompagnés d'une personne de confiance pour partager l'information médicale.

Fidéliser le patient à un dispensaire de secteur et limiter le nomadisme médical semble être un des axes primordiaux à valoriser pour ces patients. Les difficultés à valoriser ces actions s'expliquent en partie par le choix des sites de délivrance des traitements. En effet, les traitements lourds ou à risques destinés aux pathologies chroniques, ne sont dispensés que dans les centres de références. C'est une volonté des autorités pour sécuriser la dispensation des médicaments : en effet, le coût et la formation du personnel (AS et ASH), tendent à limiter le nombre de lieux de délivrance des médicaments. Ainsi, les patients préfèrent souvent aller directement au centre de référence pour leur consultation et/ou leur renouvellement même si leur suivi est plutôt assuré par le dispensaire périphérique de proximité.

3.2 A l 'échelle des centres de référence

Afin de généraliser la création de la filière de suivi des patients chroniques, l'identification d'un médecin référent par centre semblerait nécessaire pour coordonner les actions, projets et objectifs avec l'hôpital de Mamoudzou. Par exemple, l'uniformisation de protocoles de suivi des patients hypertendus ou diabétiques, transmis par l'intermédiaire de ces médecins pilotes, permettrait probablement une amélioration du suivi des patients chroniques souvent pris en charge successivement par différents médecins, et ce même si le patient exprime sa volonté d'être suivi dans la même structure.

L'accès par tous les dispensaires au logiciel partagé du CHM à Mamoudzou favoriserait le partage d'informations pertinentes et le suivi. Les informations médicales parfois trop lourdes pour le patient ou encore les pertes et vol des carnets de santé entraînent une perte d'information et de temps entre les différents acteurs de la prise en charge du patient. L'informatisation des centres de référence est majoritaire à ce jour mais le partage des informations n'est pas encore optimal. Les dispensaires périphériques, en dehors des dispensaires dépendants de Mamoudzou, ne sont encore pas équipés de matériel informatique. Le dossier médical informatisé est aussi en cours de généralisation, il permettrait d'augmenter tant les échanges d'informations que la sauvegarde des données.

3.3 A l'échelle des politiques de santé :

Informer et responsabiliser les patients

Informer et responsabiliser les patients dans la prise en charge de la santé apparaît aujourd'hui primordiale à Mayotte. La vulgarisation de l'information médicale, le développement d'outils de communication et la formation des traducteurs dans les différentes langues locales apporterait une meilleure compréhension de la santé et permettrait aussi un désengorgement des dispensaires et des urgences. C'est un projet que propose l'Agence Régionale de Santé (ARS) suite au débat public sur la stratégie nationale de Santé (100). A ce jour l'ARS a déjà lancé une étude sur une soixantaine de patient sur la prise de température chez les nourrissons, l'objectif étant de familiariser les mères aux thermomètres et à l'interprétation des chiffres avant de consulter au dispensaire pour motif de fièvre.

Encourager l'installation de médecins à Mayotte

Favoriser l'établissement des médecins à Mayotte est aussi un défi à relever pour les politiques de santé. Un désert médical est défini par le ministère de la santé par une densité médicale inférieure à 30% de la moyenne nationale (334 med/ 100 000 hab). Certaines études abaissent ce seuil à 60% de la moyenne nationale (100 medecins / 100 000 hab) (101). Avec 73, 8 médecins pour 100 000 habitants, Mayotte fait partie des plus grands déserts médicaux français. L'ensemble des médecins exerçant à Mayotte (libéraux et salariés du secteur public) s'est mobilisé dans un mouvement de grève en septembre 2013 pour alerter les pouvoirs publics sur la démographie médicale à Mayotte. Ils craignent la dégradation de qualité des soins dans un système totalement saturé par un manque d'effectif médical croissant (102). Depuis la rencontre entre le député Boinali Said et la ministre de la Santé Marisol Touraine en octobre 2013, des solutions sont en attente afin de favoriser le recrutement et augmenter la pérennité des médecins hospitaliers ou l'installation des médecins libéraux (103).

Certaines solutions ont été et peuvent encore être proposées. La mission en février 2014 pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) de l'Océan Indien, propose la complétude du cycle de formation des étudiants et internes en médecine en Océan Indien

jusqu'à la soutenance de leur thèse. Pour le moment, seules les trois premières années d'études médicales sont possibles à la Réunion, les autres années se déroulant en métropole. Pour les internes, seuls les futurs médecins généralistes réalisent l'intégralité de leur internat en Océan Indien. Les autres spécialités partagent leur internat entre l'Océan Indien et Bordeaux où ils restent parfois pour des futurs postes (104).

Au niveau des études médicales, un autre projet voit le jour dans le cadre du Pacte territoire santé avec des nouveaux contrats d'engagement de service public lancés par le ministère des affaires sociales et de la santé en décembre 2012. Avec ces contrats, l'état propose aux étudiants et aux internes en médecine, à partir de la rentrée 2013-14, une allocation mensuelle de 1 200€. En échange, les bénéficiaires s'engagent – pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour 2 ans minimum – à choisir une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée (105).

Les projets cités ci-dessus sont bien accueillis à Mayotte mais n'auront des conséquences que d'ici une dizaine d'année. Aujourd'hui l'établissement de médecins est une urgence.

Pour améliorer l'attractivité du Centre Hospitalier de Mayotte, la mission pour le CNOM, préconise des indemnités financières pour un engagement contractuel minimal de 4 ans (104). La création d'un site Internet pour l'hôpital semble aujourd'hui indispensable afin de proposer les postes disponibles. Le bouche à oreille est, encore aujourd'hui, un des principaux modes de recrutement au CHM. D'autres mesures à plus large échelle pourraient être évoquées comme l'amélioration du système éducatif pour les enfants ou encore la diminution de l'insécurité sur le territoire.

Pour le secteur libéral avec une densité de médecins généraliste de 13/100 000 habitants des mesures rapides sont attendues. Pour faciliter l'accès des patients au secteur libéral, la mission de février 2014 pour le CNOM , insiste sur la proposition de mise en place de la CMU et la CMU- complémentaire, pour une population qui, majoritairement n'a pas les moyens d'avancer les frais de santé (104). L'accès à une couverture sociale pourrait être amélioré. En effet, l'étude montre que 71 % des patients sont en situation régulière sur le territoire mais que seulement 50 % ont une couverture sociale et l'AME n'est pas prévu pour le moment (95,103). Favoriser l'accès aux soins est un des objectifs principaux de la stratégie nationale de Santé au delà du territoire de Mayotte (106). Ces mesures en favorisant l'accès au secteur libéral permettrait de décharger le secteur public saturé.

Toutes ces propositions pourraient favoriser l'installation et la pérennisation des médecins libéraux à Mayotte. Des avantages sur certaines cotisations sociales ou de retraite on été évoqué par la mission de février 2014 mais sans réelle réponse à ce jour.

Améliorer l'observance avec l'éducation thérapeutique

Enfin pour améliorer la prise en charge et l'observance des patients chroniques, les différents acteurs de ces pathologies doivent se rencontrer autour de l'éducation thérapeutique. Le développement de stratégies capable d'induire des changements de comportements du patient à long terme est indispensable. Les données de la littérature le confirment. Par exemple, la méta-analyse de Ellis, montre que des interventions en éducation thérapeutique chez des patients diabétiques de type 2, permettent une diminution de l'hémoglobine glyquée en comparaison avec des patients sans intervention d'éducation (107). L'étude GOSPEL incluant 3241 patients atteints de pathologies cardio-vasculaires, montre elle, une diminution significative de la mortalité cardiovasculaire dans le groupe ayant suivi un programme d'éducation thérapeutique en comparaison avec le groupe témoin sans programme (RR=0,67 [95% CI, 0,47-0,95]) (108). La méta-analyse de Mullen retrouve ses résultats pour les patients cardiaques ayant suivi une éducation thérapeutique (109) .

A Mayotte, une personne entre 30 et 69 ans sur dix est diabétique et une femme sur deux est obèse (110). L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des pathologies chroniques apparaît donc essentielle. Une première étude réalisée à Mayotte entre octobre 2010 et mai 2011 rapporte les effets d'une intervention d'éducation thérapeutique chez des patients diabétiques ou obèses. L'intervention bien accueillie par les patients, a montré leur volonté à s'autonomiser et à modifier leur mode de vie alimentaire et physique en prenant en compte leurs croyances et l'alimentation traditionnelle. L'étude a aussi souligné le manque d'informations reçues par les patients sur leur maladie et la peur qu'ils ont de questionner les médecins (111). Des actions de formations du personnel médical ont aussi été proposée dans le cadre de cette étude comme la réalisation d'un Diplôme Universitaire « Education et prévention des maladies chroniques » sur le territoire de Mayotte même et la formation spécifique d'une aide soignante mahoraise à l'éducation thérapeutique. Le manque de temps en consultation incite à développer ces projets de groupes d'éducation thérapeutique

coordonnés par des réseaux sur place. La dynamique de groupe permet au patient de ne pas se sentir seul face à sa maladie.

La qualité des soins dépend aussi bien de la qualité des diagnostics et choix thérapeutiques que de la capacité du patient à prendre en charge sa maladie et ses traitements quotidiennement. Au-delà du territoire de Mayotte, l'importance de l'éducation thérapeutique, déjà intégrée dans le droit français en 2009 (112), est rappelée en 2013 au niveau national dans la stratégie nationale de santé. Elle est un de ses objectifs principaux (106,112).

A ce jour, encore trop peu de soignants, en particulier de médecins, sont formés à l'éducation thérapeutique dans la formation initiale et/ou continue.

CONCLUSION

Notre étude avait pour objectifs d'évaluer l'observance thérapeutique des patients, c'est-à-dire chiffrer le pourcentage de patient prenant correctement leurs traitements et d'identifier ensuite les facteurs socioculturels de l'observance.

Cette étude prospective et transversale, a été effectuée entre juin et novembre 2013 dans deux dispensaires de référence, touchant ainsi une population urbaine et rurale, suivie pour des pathologies chroniques à Mayotte depuis plus de 6 mois.

Pour évaluer l'observance, nous avons utilisé un premier questionnaire, recommandé par l'assurance maladie française, le test d'évaluation de l'observance de Girerd. Puis, à l'aide d'un deuxième questionnaire, nous avons étudié les facteurs socioculturels de l'observance. L'ensemble du recueil de données a été effectué par l'étudiant en charge de cette étude et 187 patients ont été inclus.

L'étude a montré que l'observance des patients chroniques était bonne avec 60% de patients observants.

Les facteurs favorisant cette observance étaient le suivi par un médecin référent et l'accompagnement des patients pendant les consultations par un proche. En revanche l'attente en dispensaire pour une consultation et/ ou pour la délivrance des traitements était un facteur négatif d'observance.

Ces résultats doivent conduire les politiques de santé publique à encourager l'installation et la pérennisation des médecins sur le territoire de Mayotte, nouveau département français depuis 2011, mais aussi désert médical menaçant l'accès aux soins de la population.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Adherence to a long-term therapies. Evidence for action. [Internet]. 2003. Disponible sur: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

2. Granger BB, Swedberg K, Ekman I, Granger CB, Olofsson B, McMurray JJV, et al. Adherence to candesartan and placebo and outcomes in chronic heart failure in the CHARM programme: double-blind, randomised, controlled clinical trial. Lancet. 2005;366(9502):2005‑2011.

3. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. BMJ. 2006;333(7557):15.

4. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Recensement: 212 600 habitants à Mayotte en 2012 - La population augmente toujours fortement. Mayotte Infos Popul. 2012;61.

5. Sophie Blanchy-Daurel. La vie quotidienne à Mayotte. Paris. Harmattan.1990.

6. Caminade P. Comores-Mayotte: une histoire néocoloniale. Marseille. Agone; 2003.

7. Ahmed Abdallah Mohamed Sambi. Allocution du président de l'Union des Comores devant l'Assemblée Générale de l'Organisation des nations Unies. 2010.

8. Assemblée nationale. Rapport d'information sur la situation de l'immigration à Mayotte. 2006.

9. Florence S, Lebas J, Parizot I, Sissoko D, Querre M, Paquet C, et al. Migration, santé et recours aux soins à Mayotte en 2007 : enseignements d'une enquête représentative en population générale. RESP. 2010;58(4):237‑244.

10. Agence Régionale de Santé Océan Indien. Etat de santé de la population de la Réunion et de Mayotte – Océan Indien. 2010.

11. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques Première. Mayotte, département le plus jeune de France. 2014;(1480).

12. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Estimation de la population. 2013.

13. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques Première. Mayotte: recensement de la population de 2007. 2009.

14. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques Première. Le revenu des habitants de Mayotte en 2005 : hausse du niveau de vie et baisse des inégalités. 2007.

15. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Un marché de l'emploi atypique. Enquête emploi 2009. 2010.

16. Direction des Affaires Juridiques. Circulaire n° 2014-03 du 1er janvier 2014. Relèvement du SMIC (Métropole, DOM hors Mayotte et collectivités d'Outres mer) au 1er janvier 2014. Précompte sécurité sociale, CSG, CRDS: seuil d'exonération. 2014.

17. Préfet de Mayotte. Evolution du SMIG à Mayotte au 01/01/2014. Communique de presse. 2013.

18. Agence Régionale de Santé, Service des Etude et Statistique Direction de la stratégie et de la performance,. Dossier Statistiques : Territoire de santé Réunion-Mayotte. 2012.

19. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. 4 jeunes sur 10 en grande difficulté à l'écrit à Mayotte. Mayotte Info. 2014.

20. Chirac J, Raffarin J-P, Douste-Blazy P, Girardin B. Ordonnance n° 2004-688 du 12 juillet 2004 relative à l'adaptation du droit de la santé publique et de la sécurité sociale à Mayotte [Internet]. 2004. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625513&dateTexte=&categorieLien=id

21. Agence Régionale de l'hospitalisation la Réunion Mayotte. Arrêté relatif à la fixation de la provision financière à la charge des personnes non affiliés à un régime d'assurance maladie pour bénéficier des soins dispensés par le centre hospitalier de Mayotte. Arrêté n°2/200SI/ARH. 2005.

22. Assemblée nationale. Projet de loi des finances pour 2014. 2013.

23. Lartigau-Roussin C. Les représentations de la maladie et les recours thérapeutiques à Mayotte. Mémoire de diplôme d'études approfondies en méthodologies et techniques nouvelles en sciences humaines et sociales. Mayotte; 137 p.

24. Vidal J-M. Réalités thérapeutiques mahoraises. Maîtrise d'Ethnologie. Réunion; 1986.

25. Bachy M. Itinéraire thérapeutique le long du fleuve de Maroni (Guyane). Rencontre entre la médecine occidentale et la médecine traditionnelle. Thèse de médecine. Lille; 2011.

26. Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES, Taylor DW, Roberts RS, Johnson AL. Patient compliance with antihypertensive regimens. Patient Couns Health Educ. 1978;1(1):18‑21.

27. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005;353(5):487‑497.

28. Chatterjee JS. From compliance to concordance in diabetes. J Med Ethics. 2006;32(9):507‑510.

29. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? Rev Mal Respir. 2005;22(1, Part 1):31‑34.

30. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ. 1991;303(6814):1385‑1387.

31. Rolnick SJ, Pawloski PA, Hedblom BD, Asche SE, Bruzek RJ. Patient Characteristics Associated with Medication Adherence. Clin Med Res. 2013;11(2):54‑65.

32. Ishisaka DY, Jukes T, Romanelli RJ, Wong KS, Schiro TA. Disparities in adherence to and persistence with antihypertensive regimens: an exploratory analysis from a community-based provider network. J Am Soc Hypertens JASH. 2012;6(3):201‑209.

33. Ellis JJ, Erickson SR, Stevenson JG, Bernstein SJ, Stiles RA, Fendrick AM. Suboptimal statin adherence and discontinuation in primary and secondary prevention populations. J Gen Intern Med. 2004;19(6):638‑645.

34. Brunner R, Dunbar-Jacob J, Leboff MS, Granek I, Bowen D, Snetselaar LG, et al. Predictors of adherence in the Women's Health Initiative Calcium and Vitamin D Trial. Behav Med Wash DC. 2009;34(4):145‑155.

35. Konin C, Adoh M, Coulibaly I, Kramoh E, Safou M, N'Guetta R, et al. L'observance thérapeutique et ses facteurs chez l'hypertendu noir africain. Arch Mal Coeur Vaiss. 2007;100(8):630‑634.

36. Adoubi K, Diby K, Nguetta R. Facteurs de la mauvaise observance thérapeutique de l'hypertendu en Côte d'Ivoire. Rev Sc Med. 2002;18‑22.

37. Lewey J, Shrank WH, Bowry ADK, Kilabuk E, Brennan TA, Choudhry NK. Gender and racial disparities in adherence to statin therapy: a meta-analysis. Am Heart J. 2013;165(5):665‑678, 678.e1.

38. Uranw S, Ostyn B, Dorlo TPC, Hasker E, Dujardin B, Dujardin J-C, et al. Adherence to miltefosine treatment for visceral leishmaniasis under routine conditions in Nepal. Trop Med Int Health TM IH. 2013;18(2):179‑187.

39. Tieno H. Observance du traitement antidiabétique dans un pays en devellopement : le cas du Burkina Faso. Medecine des maladies métaboliques. 2010;

40. Mowatt L, Nelson-Imoru J, Gordon-Strachan G. Glaucoma medication compliance issues in a Jamaican hospital eye clinic. West Indian Med J. 2011;60(5):541‑547.

41. Nahon S, Lahmek P, Saas C, Durance C, Olympie A, Lesgourgues B, et al. Socioeconomic and psychological factors associated with nonadherence to treatment in inflammatory bowel disease patients: results of the ISSEO survey. Inflamm Bowel Dis. 2011;17(6):1270‑1276.

42. Banc A, Stan C. [Compliance of treatment in glaucoma patients]. Oftalmol Buchar Rom 1990. 2013;57(2):51‑59.

43. Westhoff CL, Torgal AT, Mayeda ER, Shimoni N, Stanczyk FZ, Pike MC. Predictors of noncompliance in an oral contraceptive clinical trial. Contraception. 2012;85(5):465‑469.

44. Dreer LE, Girkin C, Mansberger SL. Determinants of medication adherence to topical glaucoma therapy. J Glaucoma. 2012;21(4):234‑240.

45. Ghozzi H [b1] (analytic), Kassis M [b2] (analytic), Hakim A [b1] (analytic), Sahnoun Z [b1] (analytic), Abderrahmen A [b1] (analytic), Abbes R [b3] (analytic), et al. Observance médicamenteuse chez un échantillon d'hypertendus dans la région de Sfax (Tunisie) (French). Medicat Adherence Sample Hypertens Patients Reg Sfax Tunis Engl. 2010;59(3):131‑137.

46. Kuonza LR, Tshuma CD, Shambira GN, Tshimanga M. Non-adherence to the single dose nevirapine regimen for the prevention of mother-to-child transmission of HIV in Bindura town, Zimbabwe: a cross-sectional analytic study. BMC Public Health. 2010;10:218.

47. Marvanova M, Roumie CL, Eden SK, Cawthon C, Schnipper JL, Kripalani S. Health literacy and medication understanding among hospitalized adults. J Hosp Med Off Publ Soc Hosp Med. 2011;6(9):488‑493.

48. Mutran. Social support : clarifying the construct with application for minority populations: In Multicultural measurement in older populations. Journal of Mental Health and Aging. 2002;67‑78.

49. Gonzalez JS, Batchelder AW, Psaros C, Safren SA. Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: a review and meta-analysis. J Acquir Immune Defic Syndr 1999. 2011;58(2):181‑187.

50. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. Arch Intern Med. 2000;160(14):2101‑2107.

51. Cator M, Brassard P, Ducic S, Culman K. [Factors related to non-compliance with active tuberculosis treatment in Montreal 1992-1995]. Can J Public Health Rev Can Santé Publique. 2002;93(2):92‑97.

52. Bourgault C, Sénécal M, Brisson M, Marentette MA, Grégoire J-P. Persistence and discontinuation patterns of antihypertensive therapy among newly treated patients: a population-based study. J Hum Hypertens. 2005;19(8):607‑613.

53. Donnan PT, MacDonald TM, Morris AD. Adherence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of patients with Type 2 diabetes: a retrospective cohort study. Diabet Med J Br Diabet Assoc. 2002;19(4):279‑284.

54. Monson R, Bond CA, Schuna A. Role of the clinical pharmacist in improving drug therapy. Clinical pharmacists in outpatient therapy. Arch Intern Med. 1981;141(11):1441‑1444.

55. Iskedjian M, Einarson TR, MacKeigan LD, Shear N, Addis A, Mittmann N, et al. Relationship between daily dose frequency and adherence to antihypertensive pharmacotherapy: Evidence from a meta-analysis. Clin Ther. 2002;24(2):302‑316.

56. Kothawala P, Badamgarav E, Ryu S, Miller RM, Halbert RJ. Systematic Review and Meta-analysis of Real-World Adherence to Drug Therapy for Osteoporosis. Mayo Clin Proc. 2007;82(12):1493‑1501.

57. Albas R. Factors affecting patient compliance in Saudi Arabia. Journal of Social Siences. 1997;5‑8.

58. Golay A, Nguyen Howles M, Mateiciuc S, Bufacchi T, Armati F. Améliorer l'observance médicamenteuse. Revue Médicale Suisse. 2004;

59. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. Am J Med. 2012;125(9):882‑887.e1.

60. Ferreira C, Gay M-C, Regnier-Aeberhard F, Bricaire F. Les représentations de la maladie et des effets secondaires du traitement antirétroviral comme déterminants de l'observance chez les patients VIH. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2010;168(1):25‑33.

61. Mengistu Z, Chere A. Adherence to antiretroviral therapy and its associated factors among people living with HIV/AIDS in Addis Ababa, Ethiopia. Ethiop Med J. 2012;50(4):355‑361.

62. Mbaye A, Koukaba Ntontolo FL, Diomou AF, Bodian M, Ndiaye MB, Kane A, et al. [Prevalence and factors related to therapeutic adherence among black African outpatients with stable coronary artery disease in a cardiology department of Dakar in Senegal]. Ann Cardiol Angéiologie. 2013;62(1):17‑21.

63. Sodi H. Bas-Congo : Les malades du sida payent le prix fort [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.infobascongo.net/beta/?p=11983

64. Le Bot M. Observance. Rev Prat Med. Genève. 1999;1335‑48.

65. Bittar N. Maintaining long-term control of blood pressure: the role of improved compliance. Clin Cardiol. 1995;18(6 Suppl 3):III 12‑16.

66. Cadosch D, Bonhoeffer S, Kouyos R. Assessing the impact of adherence to anti-retroviral therapy on treatment failure and resistance evolution in HIV. J R Soc Interface R Soc. 2012;9(74):2309‑2320.

67. Haubrich RH, Little SJ, Currier JS, Forthal DN, Kemper CA, Beall GN, et al. The value of patient-reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. California Collaborative Treatment Group. AIDS Lond Engl. 1999;13(9):1099‑1107.

68. Lacour B, Massy Z. Diagnostic, suivi biologique de l'insuffisance rénale chronique et prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale. Rev Francoph Lab. 2013;2013(451):59‑73.

69. Hannedouche T, Krummel T, Parvez-Braun L. Néphroprotection. Comment ralentir l'évolution de l'insuffisance rénale chronique ? Néphrologie Thérapeutique. 2005;1(2):135‑144.

70. Pillon F, Buxeraud J. L'essentiel sur l'hypertension artérielle. Actual Pharm. 2014;53(532):20‑24.

71. Ross S, Samuels E, Gairy K, Iqbal S, Badamgarav E, Siris E. A Meta-Analysis of Osteoporotic Fracture Risk with Medication Nonadherence. Value Health. 2011;14(4):571‑581.

72. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. Med Care. 2005;43(6):521‑530.

73. Bitton A, Choudhry NK, Matlin OS, Swanton K, Shrank WH. The impact of medication adherence on coronary artery disease costs and outcomes: a systematic review. Am J Med. 2013;126(4):357.e7‑357.e27.

74. Choudhry NK, Avorn J, Glynn RJ, Antman EM, Schneeweiss S, Toscano M, et al. Full coverage for preventive medications after myocardial infarction. N Engl J Med. 2011;365(22):2088‑2097.

75. Shan D, Sun J, Khoshnood K, Fu J, Duan S, Jiang C, et al. The impact of comprehensive prevention of mother-to-child HIV transmission in Dehong prefecture, Yunnan province, 2005-2010: a hard-hit area by HIV in Southern China. Int J STD AIDS. 2014;25(4):253‑260.

76. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. N Engl J Med. 1994;331(18):1173‑1180.

77. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse Med. 30(21):1044‑1048.

78. ameli.fr - Médicaments [Internet]. [cité 17 mai 2014]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/prescriptions/medicaments/evaluer-l-observance-d-un-traitement-medicamenteux.php

79. Gagneux Y, Marin A, Berger V, Caillette-Beaudoin A, Galland R. Premières évaluations d'un programme d'éducation thérapeutique en insuffisance rénale [Internet]. 2009. Disponible sur: http://www.rein-eform.org/data/ModuleProgramme/PageSite/2009-1/Resume/2506.asp?intAnnee=2009

80. Parmier M, Gourieux B, Bazin D, Hannedouche T. Évaluation de l'observance médicamenteuse du patient en hémodialyse. Néphrologie Thérapeutique. 2013;9(5):373‑374.

81. Al-Qazaz HK, Hassali MA, Shafie AA, Sulaiman SA, Sundram S, Morisky DE. The eight-item Morisky Medication Adherence Scale MMAS: Translation and validation of the Malaysian version. Diabetes Res Clin Pract. 2010;90(2):216‑221.

82. Korb-Savoldelli V, Gillaizeau F, Pouchot J, Lenain E, Postel-Vinay N, Plouin P-F, et al. Validation of a French Version of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale in Hypertensive Adults. J Clin Hypertens. 2012;14(7):429‑434.

83. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. J Clin Hypertens Greenwich Conn. 2008;10(5):348‑354.

84. Yang A, Wang B, Zhu G, Jiao Z, Fang Y, Tang F, et al. Validation of Chinese version of the Morisky medication adherence scale in patients with epilepsy. Seizure J Br Epilepsy Assoc. 2014;23(4):295‑299.

85. AlGhurair SA, Hughes CA, Simpson SH, Guirguis LM. A systematic review of patient self-reported barriers of adherence to antihypertensive medications using the world health organization multidimensional adherence model. J Clin Hypertens Greenwich Conn. 2012;14(12):877‑886.

86. Krousel-Wood MA, Muntner P, Islam T, Morisky DE, Webber LS. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults. Med Clin North Am. 2009;93(3):753‑769.

87. Ferreira C, Gay M-C, Regnier-Aeberhard F, Bricaire F. Les représentations de la maladie et des effets secondaires du traitement antirétroviral comme déterminants de l'observance chez les patients VIH. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2010;168(1):25‑33.

88. Van der Sande MA, Milligan PJ, Nyan OA, Rowley JT, Banya WA, Ceesay SM, et al. Blood pressure patterns and cardiovascular risk factors in rural and urban gambian communities. J Hum Hypertens. 2000;14(8):489‑496.

89. Girerd X, Radauceanu A, Achard JM, Fourcade J, Tournier B, Brillet G, et al. [Evaluation of patient compliance among hypertensive patients treated by specialists]. Arch Mal Coeur Vaiss. 2001;94(8):839‑842.

90. Mulazzi I, Cambou JP, Girerd X, Nicodeme R, Chamontin B, Amar J. Six-item self-administered questionnaires in the waiting room: an aid to explain uncontrolled hypertension in high-risk patients seen in general practice. J Am Soc Hypertens JASH. 2009;3(3):221‑227.

91. Hansen R, Seifeldin R, Noe L. Medication adherence in chronic disease: issues in posttransplant immunosuppression. Transplant Proc. 2007;39(5):1287‑1300.

92. Myer. Adherence to treatment in medical conditions. Harwood Academic Publishers; 1998.

93. Chakroun E, Ben Salem Hachmi L, Bouzid C, Kammoun I, Maatki C, Turki Z, et al. P164 Influence du niveau socio-économique et du niveau d'instruction sur l'observance thérapeutique chez le diabétique de type 2. Diabetes Metab. 2009;35, Supplement 1:A67.

94. Gatti ME, Jacobson KL, Gazmararian JA, Schmotzer B, Kripalani S. Relationships between beliefs about medications and adherence. Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm. 2009;66(7):657‑664.

95. Médecins du Monde. Rapport d'évaluation d'accès aux soins. Mission Mayotte. 2007.

96. La ligue contre le cancer. Comment accompagner un proche atteint de cancer. 2010.

97. Haute Autorité de Santé. Conférence de consensus. Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. 2004.

98. Assurance Maladie. Le médecin traitant, adopté par la majorité des français, favorise la prévention. Point d'information de l'assurance maladie. 2009.

99. Direction recherche, études, évaluation et statistiques. La démographie des médecins (RPPS) [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-des-medecins-rpps,11287.html

100. Agence Régionale de Santé. Débat public sur la stratégie nationale de Santé à Mayotte. 2014.

101. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Réponse au défi de la démographie médicale. 2010.

102. Tusevo E. Mayotte : Grève des Médecins. Mayotte Première. Mayotte; sept 2013;

103. Ministère des Affaires sociales et de la santé. Question n°1210 au gouvernement de Boinali Said au Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2013.

104. Agence Régionale de Santé Océan Indien. Rapport de mission pour le conseil national de l'ordre des médecins dans la région de l'océan indien. 2014.

105. Ministère des Affaires sociales et de la santé. Pacte territoire santé. Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'acces aux soins : bilan 2013 et perspective 2014. 2014.

106. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie Nationale de santé, feuille de route. 2013.

107. Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, Brown A, Pichert JW, Elasy TA. Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. Patient Educ Couns. 2004;52(1):97‑105.

108. Giannuzzi P, Temporelli PL, Marchioli R, Maggioni AP, Balestroni G, Ceci V, et al. Global secondary prevention strategies to limit event recurrence after myocardial

infarction: results of the GOSPEL study, a multicenter, randomized controlled trial from the Italian Cardiac Rehabilitation Network. Arch Intern Med. 2008;168(20):2194‑2204.

109. Mullen PD, Mains DA, Velez R. A meta-analysis of controlled trials of cardiac patient education. Patient Educ Couns. 1992;19(2):143‑162.

110. Solet J-L, Baroux N, Pochet M, Benoit-Cattin T, De Montera A-M, Sissoko D, et al. Prevalence of type 2 diabetes and other cardiovascular risk factors in Mayotte in 2008: the MAYDIA study. Diabetes Metab. 2011;37(3):201‑207.

111. Balcou-Debussche M, Rastami J, Ramlati A, Said M, Solet J-L, Debussche X. Développer l'éducation thérapeutique du patient à Mayotte en tenant compte de l'hétérogénéité des personnes et du contexte social: Premiers enseignements à partir des données récoltées auprès de personnes diabétiques ou obèses. Médecine Mal Métaboliques. 2012;6(6):525‑529.

112. Ministère des Affaires sociales et de la santé. loi no 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009.

113. Haute Autorité de Santé. Structure d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. 2007.

ANNEXE

Questionnaire de GIRERD (non modifié) : Test d'évaluation de l'observance

	Non Observant	Observant
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicaments ?	OUI	NON
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicaments ?	OUI	NON
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle ?	OUI	NON
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	OUI	NON
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que vous avez l'impression votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	OUI	NON
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	OUI	NON
TOTAL : => comptez les réponses dans la colonne de gauche et si le score est : 0 = pas de problème d'observance 1 ou 2 = minime problème d'observance ≥ 3 = mauvaise observance		

SERMENT MEDICAL

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 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.

RESUME

Introduction : La qualité de l'observance du traitement reste un problème important dans la prise en charge des maladies chroniques. Elle est estimée à 50 % selon un rapport de l'OMS en 2003 dans les pays développés. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'observance thérapeutique chez des patients adultes suivis pour des pathologies chroniques en dispensaire à Mayotte et rechercher des facteurs liés à l'observance.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, avec un recueil prospectif, conduite dans deux dispensaires de référence entre juin et novembre 2013. Elle a porté sur les traitements médicamenteux des patients adultes suivis pour des pathologies chroniques sur le territoire de Mayotte depuis plus de six mois. Les patients ont répondu à un questionnaire standardisé, le test de Girerd, permettant de définir des patients avec une très bonne observance, une bonne observance et une mauvaise observance. Des facteurs d'observances ont été ensuite recherchés.

Résultats : L'étude a concernée 187 patients, l'âge moyen des patients était de 51,5 ans, le sexe était majoritairement féminin 117 (63%) ,158 (84%) patients étaient suivis pour des pathologies cardiovasculaires. La qualité de l'observance était très bonne chez 14(7%) patients, bonne chez 99(53%) patients et mauvaise chez 74(40%) patients. Les facteurs significatifs de bonne observance étaient le suivi du patient par un médecin référent (p = 0,03) et l'accompagnement du patient par un proche pendant la consultation (p=0,005). En revanche le temps d'attente en dispensaire pour une consultation ou la délivrance de médicaments est ressorti comme un facteur de mauvaise observance (p=0,03).

Conclusion : L'observance des patients suivis pour des pathologies chroniques à Mayotte est bonne mais il importe d'insister sur l'éducation et d'encourager l'installation et la pérennisation des médecins sur l'île.

TITLE: Medication adherence of adult patients treated for chronic diseases in health center in Mayotte: prospective cohort study between June and November 2013.

DISCIPLINE : médecine Générale

MOTS CLES : observance, pathologies chroniques, médecine générale, Mayotte.

Université de Bordeaux 2 Victor Segalen - 146, rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex