



HAL
open science

Évaluation des freins et des attentes des médecins généralistes à Mayotte en soins primaires dans la prise en charge des patients diabétiques de type II

Camille Lutard

► **To cite this version:**

Camille Lutard. Évaluation des freins et des attentes des médecins généralistes à Mayotte en soins primaires dans la prise en charge des patients diabétiques de type II. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04190420

HAL Id: dumas-04190420

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04190420>

Submitted on 29 Aug 2023

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 DE LA REUNION

UFR SANTE

Année : 2023

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Évaluation des freins et des attentes des médecins généralistes à
Mayotte en soins primaires dans le suivi des patients diabétiques**

de type II

– Étude qualitative –

Présentée et soutenue publiquement le 19 *juin* 2023

à Mayotte

Par Camille LUTARD

née le 16/10/1991 à Saintes

JURY

Président :

Monsieur le Professeur FRANCO Jean-Marc

Rapporteur :

Docteur BOUZLafa Leïla

Directrice de Thèse :

Docteur POINTEAU Odile

Co-directrice de thèse :

Docteur ANGUE Marion

Assesseur :

Docteur FERRAN Aude

Serment d'Hippocrate

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

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

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

J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admise dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

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

*« Je pense que tout est possible à qui rêve, ose, travaille et
n'abandonne jamais »*

Xavier Dolan

ABREVIATIONS

ALD : affection de longue durée
AME : aide médicale d'état
ARS : agence régionale de la santé
ASH : agent de service hospitalier
CCAS : centre communautaire d'action sociale
CHM : centre hospitalier de Mayotte
CMR : centre médical de référence
CROS : comité régional olympique sportif
DAAF : direction de l'alimentation de l'agriculture et des forêts
DPI : dossier patient informatisé
DT1 : diabète de type I
DT2 : diabétique ou diabète de type II
ECG : électrocardiogramme
ETP : éducation thérapeutique du patient
FdR : facteurs de risques
HBA1C : hémoglobine glyquée
HTA : hypertension artérielle
IDE : infirmier diplômé d'état
MG : médecin généraliste
MSP : maison de santé pluridisciplinaire
PAF : police aux frontières
PUMA : protection universelle maladie
RHD : règles hygiéno-diététiques
SFD : société française de diabétologie

Sommaire

Introduction	7
Contexte historique et géo-politique	7
Contexte socio-économique éducatif et médical.....	8
Contexte culturel	9
Démographie médicale à Mayotte.....	9
Le diabète en quelques chiffres	11
Les connaissances actuelles	12
Justification de l'étude	14
Matériel et méthode.....	15
Type d'étude.....	15
Population concernée	15
Recueil des données	15
Analyse des données	16
Critères de scientificité.....	16
Qualité des entretiens	16
Suffisance et saturation	17
Triangulation	17
Grille de qualité.....	17
Critères éthiques et réglementaires CPP CNIL	17
Résultats	18
Caractéristiques de la population étudiée.....	18
Sexe	18
Âge	18
Origine.....	18
Mode d'exercice.....	19
Temps à Mayotte	20
Lieu d'exercice.....	20
Pratique d'exercice.....	20
Analyse des entretiens	21
LORS DE LA CONSULTATION MEDICALE.....	22
Aspects médicamenteux et non médicamenteux (RHD et éducation thérapeutique) .	22
Ressources et coordinations	28

Aspects culturels	29
Aspects socio-politiques.....	33
Ressentis sur le positionnement des acteurs patients/ médecins	34
LORS DU PARCOURS DE SOIN	40
Aspects médicamenteux et non médicamenteux (RHD et éducation thérapeutique) .	40
Ressources et coordinations	42
Aspects socio-politiques.....	50
Ressentis sur le positionnement des acteurs patients/ médecins	52
A TOUS LES NIVEAUX.....	56
Ressources et coordinations	56
Aspects socio-politiques.....	57
Ressentis sur le positionnement des médecins.....	64
Synthèse intégrative des résultats.....	66
Discussion	68
Forces et limites de l'étude	68
Forces de l'étude	68
Limites de l'étude	68
Discussion des principaux résultats.....	69
Ouverture.....	83
Conclusion.....	84
Références bibliographiques	86
Annexes.....	89
Annexe 1 : guide d'entretien évolutif	89
Annexe 2 : grille COREC.....	92
Annexe 3 : Codage ouvert/axial de l'ensemble des entretiens	95
Annexe 4 : Préambule à la thèse	125
Résumé	126
Abstract	127

Introduction

Contexte historique et géo-politique

Mayotte, 101ème et plus jeune département français depuis 2011, est situé dans l'océan indien entre l'Afrique et Madagascar. Il fait partie de l'archipel des Comores composée de trois îles. La plus proche est Anjouan située à moins de 70km.



Mayotte serait habitée depuis le V-VIII^{ème} siècle par des populations diverses (africaines, malgaches, arabo-persanes, européennes). Au XV^{ème} siècle, les navires portugais et français longeant la route de la soie y font escale. Au XIX^{ème} siècle, les habitants de l'île sont victimes d'esclavagisme par des pirates malgaches. En conséquence, le Sultan malgache cède Mayotte à la France en 1841 dans une dynamique de protection.

Durant la période colonialiste, la domination de la France s'étend sur Mayotte, mais également aux autres îles des Comores. En 1975, dans un contexte de décolonisation, a lieu un référendum pour ou contre l'indépendance des Comores. Mayotte se démarque du reste de l'archipel en voulant rester française. Dès lors, la population comorienne se scinde en deux, d'un côté Mayotte française, de l'autre, l'Union des Comores (Grande Comores, Moéli et Anjouan) marquant un tournant de l'histoire à l'origine d'une ségrégation d'une même culture d'où découlera bon nombre de problématiques. En 1995, le visa Balladur met un terme au libre-échange entre

Mayotte et les Comores, renforçant les inégalités entre les îles et le début de l'immigration clandestine. Cette frontière n'a fait qu'accentuer la disparité socio-économique de régions culturellement et géographiquement proches, créant un appel d'air des îles voisines vers Mayotte à l'origine d'une pression démographique comptant 40% de clandestinité (1).

Mayotte comptait 11 000 habitants en 1911. Un peu plus de cent ans plus tard, la population recensée est presque multipliée par 30, à raison de 300 000 habitants en 2022 d'après les chiffres de l'Insee (2).

Outre le contexte géopolitique et historique, des problématiques propres à Mayotte s'ajoutent.

Contexte socio-économique éducatif et médical

Mayotte est le département français le plus pauvre. En 2020, le niveau de vie mensuel médian à Mayotte est six fois plus bas qu'en métropole (3, p1).

Le taux de pauvreté calculé sur le niveau de vie médian national, touche plus de 75% de la population vivant à Mayotte contre moins de 15% de la population métropolitaine (3, p2).

Il en est de même pour le taux de pauvreté local (calculé à 60% du niveau de vie médian à Mayotte) qui s'élève à 160 euros/mois, contre 1020 euros/mois en métropole. Quatre habitants sur dix vivent en dessous de 160 euros par mois (3, p2). Huit enfants sur dix vivent dans un foyer pauvre (3, p3).

Sur le plan de l'éducation, la population de Mayotte compte 70% d'illettrisme, contre 10% en métropole et 20% d'analphabétisme, contre 1% en métropole (4).

Tout le monde ne bénéficie pas de soins gratuits. Depuis la mise en place de la sécurité sociale en 2004, la population se divise en deux, les assurés sociaux d'un côté et les non assurés de l'autre (5).

Pour pallier l'absence d'aide médicale d'état (AME) et de la protection universelle maladie (PUMA), seul département français où ces aides ne sont pas applicables, les non affiliés peuvent bénéficier de soins via le centre hospitalier de Mayotte (CHM) central et périphérique (les dispensaires) sous forme de forfait à la journée ou à la semaine pour accéder aux différentes consultations et traitements. Cependant, l'offre reste payante et limitée par rapport aux affiliés (6, p4).

Contexte culturel

A Mayotte, les langues les plus couramment parlées sont le Shimaoré et le Kibushi. Seulement 55% des habitants de l'île maîtrisent le français et à peine plus d'un tiers (36%) des étrangers. La maîtrise de la langue chute avec l'âge (82% des 18-24 ans contre 29% des plus de 60 ans), contemporanément liée à la scolarisation obligatoire depuis 1993 (7).

La religion fait partie intégrante du mode de vie et de la culture où plus de 90% de la population de l'île est de confession musulmane (8).

Par ailleurs, l'institutionnalisation rapide de l'île calquée sur les lois françaises est à l'origine de profondes mutations dans la société mahoraise, entre autres dans le domaine de la santé. Des modifications environnementales majeures telles que le régime alimentaire et la sédentarisation ne font qu'augmenter la prévalence des maladies cardiovasculaires (9).

Démographie médicale à Mayotte

En 2022, Mayotte reste le plus grand désert médical de France, tous départements confondus. Le nombre de médecins généralistes (MG) en activité pour le nombre d'habitants est faible : 51,8 médecins pour 100 000 habitants, la moyenne nationale s'élevant à 121 pour 100 000 habitants (10, p64).

Toutes spécialités confondues en activité régulière libérale et mixte, Mayotte arrive en dernière position à 14 spécialistes /100 000 habitants, presque vingt fois moins que Paris avec 258 /100 000, pour une moyenne nationale qui s'élève à 136,2 /100 000 (10, p103).

L'île est dépourvue d'endocrinologue. Des spécialistes libéraux viennent en mission à Mayotte quelques jours par mois et un faisant fonction d'endocrinologie est basé au CHM à Mamoudzou. Pour la cardiologie, sont présents un libéral et des cardiologues hospitaliers ponctuellement. La néphrologie n'existe que dans le privé. L'ophtalmologie se scinde en un centre privé récent et une présence fluctuante à l'hôpital. La neurologie ne bénéficie d'aucun spécialiste sur l'île, quelques missions annuelles viennent subvenir aux besoins.

L'offre de soin publique est gérée par le CHM sur l'ensemble du territoire :



Figure 2: Carte de la démographie

médicale à Mayotte.

Source image: CHM

-le centre de référence situé à Mamoudzou doté d'un plateau technique avec un service d'urgence, de médecine et de réanimation.

-quatre centres médicaux de références (CMR) répartis sur l'île avec des consultations et une permanence de soins : un dans le nord à Dzoumogné, un dans le centre à Kahani, un au sud à Mramadoudou et un à Petite Terre

-dix centres de consultations de proximité assurent des consultations paramédicales et médicales quand l'effectif le permet (11, p31).

En 2022, Mayotte ne compte que 4 maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) pour toute l'île (11, p31) et une vingtaine de MG exercent en cabinets libéraux.

En 2022, 47 MG (hors remplaçants) pour 100 000 habitants exercent sur l'île, soit environ trois fois moins qu'en métropole (9, p35). 84,7% sont salariés et travaillent pour le service public (10, p94), et 15,3% sont libéraux (10, p95).

Afin de favoriser l'accès aux soins des diabétiques de type II (DT2), un réseau de santé publique a été créé en 2010 : Rédiab Ylang, financé par l'agence régionale de la santé (ARS). Leurs missions regroupent la coordination des professionnels de santé ville/hôpital, la formation de professionnels de santé en éducation thérapeutique et l'accompagnement des patients dans le parcours de soin (12).

Le diabète en quelques chiffres

En **2008**, l'étude Maydia estime que **le DT2** concerne **10% de la population mahoraise** de plus de 18 ans dont la moitié ignore qu'elle est diabétique. Sa prévalence augmente avec l'âge : 3 % touche les 30- 39 ans contre 26 % les 60-69 ans. La moitié des patients diabétiques connus ne sont pas équilibrés avec un objectif d'hémoglobine glyquée (HBA1C) < 7 % non atteint (13).

Dix ans plus tard, l'étude Unono Wa Maore de 2019 retrouve des chiffres encore plus alarmants : la prévalence chez les adultes de 18 à 69 ans est estimée à **12,1%**. Chez les plus de 30 ans, elle passe de 10% en 2008 à 14,9% en 2019.

En 2019, la prévalence du diabète connu augmente avec l'âge. Il est de 0,9% chez les 18-29 ans, 4,4% chez les 30-39ans, 7,8% chez les 40-49ans, 16,1% chez les 50-59 ans et 24,5% chez les plus de 60 ans.

Les femmes sont plus touchées (13,3%) que les hommes (10,6%). Plus de la moitié avait une obésité et une hypertension artérielle (HTA) associée (14).

Au vu du contexte précédemment expliqué, ces chiffres ne sont pas totalement surprenants. Des campagnes de préventions ont été menées ces dernières années par l'ARS, Rédiab Ylang et le comité régional Olympique sportif (CROS) (15) mais insuffisamment approfondies.

Autre particularité à Mayotte, la présomption du diabète Africain également appelé diabète de type 2 cétosique. Aucune étude n'a été réalisée à Mayotte sur sa prévalence ou statuant de son existence. Quelques études ont été réalisées ailleurs mais sa physiopathologie reste peu connue. Il s'agit d'un diabète qui ressemble au diabète de type I (DT1) dans sa présentation clinique initiale avec un tableau bruyant d'hyperglycémie avec cétose et la nécessité d'une insulinothérapie mais dont l'évolution se rapproche du DT2 avec l'absence d'anticorps et la diminution puis l'arrêt de l'insuline (16).

Les connaissances actuelles

Le DT2 est une pathologie chronique difficile à prendre en charge en cabinet de médecine générale.

Entre 2001 et 2003, une étude de grande envergure, qualitative puis quantitative menée par Bachimont J, Cogneau J et Letourmy A et financée par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé dans la région Centre a interrogé 19 puis 178 MG sur leur **difficulté à suivre les recommandations concernant le DT2**. Il en ressort 4 difficultés principales : 44% des MG rencontrent des difficultés d'observance des patients : régime, sédentarité, facteurs de risques (FdR). 30,7% rencontrent des difficultés dans la relation médecin/malade : manque de responsabilisation du patient, problèmes de communication. 16,9% rencontrent des difficultés médicales : maladie intercurrente ou diabète compliqué, mauvaise tolérance du traitement. 16,4% rencontrent des difficultés diverses : organisationnelles (mauvaise coordination hospitalière, difficulté pour le suivi avec les spécialistes), socio-culturelles (barrière de la langue, difficulté financière, mauvaise protection sociale) et couverture médicale géographique modeste. Par ailleurs, il en ressort aussi des difficultés d'ordre réflexif avec la remise en question du rôle du médecin lorsqu'interviennent les dimensions religieuses (régime diabétique en période de ramadan) ou intellectuelles des patients (savoir limité), mais aussi les représentations par le médecin que le diabète serait dû à un dysfonctionnement sociétal avec l'influence de la mauvaise alimentation rejetant la faute sur la politique de santé publique ; et enfin, lié aux limites humaines et l'incertitude médicale (17).

Une thèse qualitative de Chave.C menée en 2016, dans le département du Nord, zone mieux dotée en MG et non dépourvue d'endocrinologue comme à Mayotte, a étudié les **freins des MG et diabétologues dans la prise en charge des patients DT2**. Il en ressort trois problématiques principales. La première, liée aux patients : manque d'adhésion des patients asymptomatiques, des règles hygiéno-diététiques (RHD), des traitements et des examens complémentaires. La seconde, liée à la prise en charge thérapeutique : le choix de la molécule, l'adaptation thérapeutique aux complications, l'insulinothérapie et les nouvelles molécules. La troisième, organisationnelle : consultations trop longues avec négligence de certains examens ou rappels sur l'éducation thérapeutique patient (ETP) (18).

Une thèse qualitative menée par Murera L en 2018 au Havre a exploré les difficultés des MG dans la **prise en charge des DT2 immigrés originaires d'Afrique du Nord majoritairement musulmans**. Les médecins rencontraient comme difficulté la mise en place des RHD, la représentation du diabète par le patient, la gestion de la période du Ramadan et l'organisation de la continuité des soins lors du retour temporaire des patients dans leur pays d'origine. Ils relevaient aussi une connaissance lacunaire de la culture et du mode de vie du patient se rajoutant à une consultation médicale limitée en temps, majorant ainsi cette complexité (19).

Un mémoire de recherche qualitative de Benoist.R et Walker.P mené en 2019 a étudié les **besoins des soignants dans la prise en charge des patients en soins palliatifs à Mayotte**. Parmi les points étudiés, trois sont extrapolables aux maladies chroniques. Premièrement, la prise en charge hospitalière : majorité de patients soignés en situation irrégulière, attente d'une solution administrative pour permettre une continuité des soins, manque de coordination ville/hôpital, excellents moyens techniques mais manque de personnel. Deuxièmement, la prise en charge extra-hospitalière : absence de prise en charge pour les non affiliés, manque de MG à domicile et réel sous-effectif de MG, grande difficulté de coordination et organisation des soins à domicile, forte implication des IDE. Troisièmement, la culture et les croyances : représentation de la maladie différente de la culture occidentale, traduction entraînant des problèmes de compréhension (20). Bien que la majorité des problématiques retrouvées en soins palliatifs convergent avec celles retrouvées dans le DT2 de par la chronicité de la

pathologie, toutes ne s'appliquent pas. Le caractère incurable et évolutif des soins palliatifs se démarque de l'évolution lente et favorable du diabète lorsqu'il est bien contrôlé pour lequel l'approche s'annonce différente en matière de prise en charge.

Bon nombre des problématiques sus-citées sont également présentes à Mayotte. Cependant, l'île se démarque des autres départements français de par son contexte singulier, où les multiples versants socio-éducatifs, culturels, économiques, migratoires, démographiques et religieux sont étroitement intriqués, majorant probablement la complexité des consultations de médecine générale prenant en charge les DT2.

Justification de l'étude

Bien qu'il s'agisse d'une maladie chronique très présente sur le territoire avec une **prévalence** à Mayotte à 12,1% (14) **plus de deux fois plus importante** qu'en métropole à 5,3% (21), source d'une **morbi-mortalité** majeure **quatre fois plus mortelle** qu'en métropole (11, p69) et que les **MG** sont en **première ligne** pour prendre en charge ces patients diabétiques, actuellement aucune étude n'a été réalisée pour comprendre les enjeux et essayer de mettre en place des solutions.

L'objectif dont il est question ici est d'interroger les acteurs principaux, les MG, pour sonder les freins et les attentes de ces derniers dans la prise en charge des patients DT2 à Mayotte. C'est à travers le travail de cette thèse que nous tentons de répondre à ces réflexions.

Matériel et méthode

Type d'étude

Nous avons utilisé une méthode qualitative transversale descriptive s'inspirant de la théorisation ancrée pour répondre à notre question de recherche (22).

Population concernée

Les critères d'inclusion étaient les suivants : des MG en post-internat, ayant soutenus une thèse ou non, libéraux et/ou salariés travaillant en dispensaires du CHM relevant des soins primaires, prenant en charge des patients diabétiques et exerçants sur l'île de Mayotte depuis au moins 3 mois.

Les critères d'exclusion concernaient des médecins non généralistes, étudiants en médecine, médecins retraités, exercice hors de Mayotte ou < 3 mois, ne prenant pas en charge de patients diabétiques.

Le recrutement des participants s'est établi sur un échantillonnage raisonné théorique variable selon le lieu, le type d'exercice, l'âge et le sexe afin de diversifier les données recueillies et confirmer ou infirmer certaines hypothèses intermédiaires issues du terrain. Le nombre de médecins recrutés n'a pu être défini à l'avance, il s'est fait au fur et à mesure des entretiens, jusqu'à saturation des données (22).

Recueil des données

Le recueil des données s'est déroulé via des entretiens individuels en présentiel, entre octobre et novembre 2022, à l'aide d'un guide d'entretien semi-dirigé qui a évolué au décours des 3 premiers entretiens (annexe 1). Chaque entretien a été enregistré avec un téléphone après accord des participants.

Les médecins concernés ont été contactés par mail et/ou appel téléphonique. En parallèle, le thème a été expliqué dans les grandes lignes pour ne pas induire de recherche avant l'étude.

Avant chaque entretien, tous les participants ont été informés par mail puis oralement du caractère anonyme et gratuit, de la protection des données et la destruction de l'enregistrement après analyse. Tous ont validé leur accord par consentement oral. La question de recherche et la durée ont été expliquées en début d'entretien. Le but de l'étude a été expliqué en fin d'entretien.

Analyse des données

L'analyse des données a débuté dès le premier entretien, suivie d'un constant va et vient avec le recueil des données, l'itération, permettant de recruter les participants et moduler le canevas au fur et à mesure des entretiens.

L'analyse s'est déroulée en trois étapes.

D'abord un codage ouvert, tout ce qu'exprimaient les participants au travers des verbatims a été recueilli sous forme d'étiquettes expérientielle puis interprétées en propriétés pour en extraire une signification. Des propriétés découlaient ensuite des thèmes principaux regroupés sous forme de catégories.

Nous avons ensuite procédé au codage axial, qui permettait de faire un lien entre les propriétés et les catégories des différents entretiens et de les regrouper ensemble.

Enfin, le codage intégratif a permis de synthétiser l'ensemble des entretiens et donner un sens holistique pour tenter de répondre à la question de recherche (22).

Critères de scientificité

Qualité des entretiens

La durée des entretiens était estimée entre trente minutes et une heure trente, de sorte que chaque participant puisse s'exprimer et développer ses idées. Le guide d'entretien étant assez ouvert, j'ai pu relancer le participant, sans suggestion, pour limiter l'influence ou les hypothèses inductives de l'enquêteur. Chaque entretien s'est déroulé individuellement et dans un cadre propice, sans parasitage externe, afin de soustraire la distraction du participant dans son raisonnement. L'échantillonnage a permis de faire ressortir les différences de comportement, de représentation et d'attitude afin de garantir la validité externe de l'étude (22).

Suffisance et saturation

La suffisance des données a eu lieu lorsque toutes les hypothèses émergentes sont arrivées à saturation. Aucune information nouvelle n'était attendue à l'issue des huit entretiens.

Triangulation

La triangulation des données a été menée pour les premiers entretiens en double « aveugle » avec un autre chercheur puis regroupée par un consensus commun afin de garantir la validité interne de l'étude. L'analyse a ensuite été validée par la directrice de thèse.

Grille de qualité

La validité interne a aussi été assurée à l'aide de la grille COREQ (annexe 2) (23).

Critères éthiques et réglementaires CPP CNIL

Avant de débiter l'étude, une déclaration de conformité a été faite auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés le 10/10/2022 (n° référence CNIL : 2227771 v 0) selon le référentiel de méthodologie de référence MR-004.

Aucun conflit ou lien d'intérêt n'est à déclarer.

Résultats

Caractéristiques de la population étudiée

La population d'étude a été choisie ici en fonction de critères de diversité, dans le but d'être le plus exhaustif possible.

Une sélection théorique des participants a été faite jusqu'à saturation des données. Un échantillonnage raisonné de médecins de tout âge, toute origine, respectant la parité, le lieu, les pratiques d'exercices variées et la durée d'expérience a été sélectionné comme indiqué dans les tableaux ci-dessous.

Sexe

Il y avait une parité entre les hommes et les femmes.

Sexe	Homme	Femme
Nombre de participants	4	4

Âge

L'âge des participants était compris entre 28 à 66 ans. La moyenne d'âge des médecins était de 49 ans et la médiane de 51,5 ans. La tendance souligne qu'il y avait plus de femmes jeunes et d'hommes âgés.

Participants	1	2	3	4	5	6	7	8	Moyenne
Age (années)	28	35	43	46	57	58	61	66	49 ans

Origine

Un quart des participants connaissait la langue et la culture locale. Les trois quarts venaient d'ailleurs.

Origine	Régionale (Mahoraise/Comorienne)	Autre (Métropolitaine/autres)
Proportion	25 %	75 %

Mode d'exercice

Au niveau du type d'activité, quatre médecins exerçaient en cabinet libéral privé. Parmi eux, un avait passé plusieurs années à faire de l'humanitaire avant de s'installer. Un autre avait exercé de nombreuses années en hospitalier avant de s'installer en libéral. Un effectuait des remplacements et n'était pas installé. Le dernier avait principalement exercé en libéral.

Parmi les salariés du CHM exerçants en CMR, trois ont été inclus dans l'étude. Un salarié anciennement installé en libéral, un qui n'avait fait que du salariat et un qui remplaçait.

Enfin, un médecin interrogé pratiquait une activité mixte : hospitalière et remplacements en libéral.

Type d'activité	Libérale	Salariée	Mixte
Proportion	50 %	37,5 %	12,5 %

Mode d'activité	Installé	Remplaçant
Proportion	62,5 %	37,5 %

Temps à Mayotte

La plupart des médecins interrogés avaient une connaissance du territoire mahorais conséquente dont la moyenne s'élève à 14 ans et une expérience médicale moyenne de 11,75 ans. Ils avaient tous exercé en métropole à un moment de leur carrière. La dernière ligne compare en pourcentage le temps d'exercice médical à Mayotte sur le temps total d'exercice. La moyenne d'exercice à Mayotte sur l'activité médicale totale des participants interrogés s'élève à 54,5%, soit plus de la moitié d'exercice à Mayotte.

Participants	1	2	3	4	5	6	7	8	Moyenne
Années à Mayotte	1	4	12	14	15	20	21	25	14 ans
Années d'activité à Mayotte	1	4	12	14	15	2	21	25	11,75 ans
Années d'activité médicale totale	20	5	34	31	18	4	35	32	22,4 ans
Années médicales à Mayotte / années totale	5 %	80 %	35 %	45 %	83 %	50 %	60 %	78 %	54,5%

Lieu d'exercice

Un seul médecin interrogé exerçait sur Mamoudzou. Les autres étaient plus isolés et loin du plateau technique et des urgences. Excepté le nord, il y avait une répartition assez homogène de notre cohorte balayant tous les secteurs de l'île.

Lieu d'exercice	Mamoudzou	Petite-Terre	Centre	Sud
Proportion	12,5 %	12,5 %	25 %	25 %

Pratique d'exercice

La moitié des praticiens interrogés prenait davantage en charge de patients aigus. Un quart avait l'habitude de gérer une majorité de patients chroniques et l'autre quart avait une patientèle assez homogène parmi les pathologies aiguës et chroniques.

Pratique d'exercice	Aiguë > chronique	Chronique > aiguë	Chronique = aiguë
Proportion	50 %	25 %	25 %

Pour ce qui est de la durée moyenne des entretiens, le nombre de refus à participer et la manière dont l'étude a été menée, toute la méthodologie est détaillée dans la grille COREQ présentée en annexe (annexe 2).

Analyse des entretiens

La plupart des résultats exprimés par les généralistes interrogés sont des freins (items avec croix rouge). Derrière ces freins, découlent des attentes (items avec coche bleue).

Ces deux aspects seront détaillés au travers de 28 grands axes puis illustrés de quelques exemples de verbatims des médecins. L'exhaustivité des verbatims est présente en annexe (annexe 3) et facilement retrouvable dans chaque catégorie numérotée de 1 à 28 pour les freins et de 1' à 28' pour les attentes. Certains thèmes se recoupent par endroit et sont synergiques à d'autres.

Le déroulement et la classification des thèmes ont été découpés en trois parties. D'abord, les problématiques et les attentes rencontrées lors de la consultation médicale. Ensuite, lors du parcours de soin. Enfin, à tous les niveaux.

Chacune de ces trois parties est divisée en sous partie pour distinguer les différents aspects : médicamenteux/non médicamenteux, ressources et coordinations, culturels, politiques et positionnements des acteurs. Une synthèse est présentée sous forme de tableau à la fin des résultats.

LORS DE LA CONSULTATION MEDICALE

Aspects médicamenteux et non médicamenteux (RHD et éducation thérapeutique)

- Règles hygiéno-diététiques

X 1) Agroalimentaire inadapté à Mayotte

L'unanimité des médecins s'accorde à dire que l'agroalimentaire ici est inadaptée. Le panel alimentaire exploité sur l'île est restreint du fait de l'abandon de la culture. Les rares exploitations de légumes sur l'île ou les îles voisines sont peu contrôlées sanitaire­ment et souvent dangereuses pour la santé en raison de l'utilisation massive de pesticides.

Comme alternative pour un régime diabétique adapté, on retrouve la nourriture importée et contrôlée. Mais là encore, elle est inadaptée au territoire car exclusivement disponible pour un budget très onéreux que seule une poignée de personnes peut s'offrir.

M01 « Quand on veut acheter des fruits et légumes, des fois c'est un peu compliqué. Quand c'est sur la route, on n'a pas confiance parce qu'on se dit il y a les pesticides et tout ça c'est pas contrôlé [...] les légumes ici ça coûte très cher donc demander aux gens de bien manger alors que tout est extrêmement cher, c'est un peu compliqué. »

M02 « « j'ai pas de M'vougué¹ à la maison, j'ai pas ci, j'ai pas là » Tout ce qui peut faire que les gens ont pas les moyens réellement de manger autre chose que du riz blanc, et comme on leur a fait arracher tout le riz complet, bah, c'est pas le meilleur aliment qu'ils puissent avoir. Ça c'est la difficulté principale, c'est l'accès à la nourriture fraîche et équilibrée et pas trop gavée de pesticides. Le bio ça nous étouffe pas ici. »

¹ nom mahorais pour parler de variétés de brèdes locales (moringa)

M08 « C'est bien beau de dire mange plus de légumes [...] Ça veut dire aller acheter des légumes au Doukabé² ou je sais pas où et ça à un budget donc autant dire que y'a personne qui doit manger des légumes. [...] Quand t'as pas d'argent, tu manges un peu ce que tu as et c'est beaucoup de féculents [...] à part les brèdes et les félikis³. Sois tu les achètes sur le bord de la route. Les avoir plantés chez toi, t'en as pas beaucoup qui ont un terrain de campagne. »

✓ 1') Réformer les actions territoriales de l'agroalimentaire

Face à ce problème agroalimentaire, les médecins ne manquent pas d'idées. La moitié d'entre eux ont pensé à des alternatives qui pourraient améliorer l'agroalimentaire à Mayotte. Par exemple, favoriser l'accès à une alimentation plus saine en développant des marchés locaux accessibles, reprendre la culture du riz sur l'île ou encore développer des échanges commerciaux avec les Comores.

M01 « Développer à Mayotte tout ce qui est marché plus structuré, plus accessible [...] Je trouve que ça serait intéressant au niveau de Mayotte. »

M02 « Ce qui m'aiderait beaucoup, c'est la culture du riz sur l'île[...] Virer coca-cola à coup de latte[...] il y a eu abandon de la culture du riz sur cette île. On aurait un riz enfin de meilleure qualité. Ça n'a rien à voir avec la médecine mais je pense que c'est vraiment une piste que j'entends jamais jamais évoquer. Ça pourrait vraiment améliorer le sort des patients. »

M05 « Si vous allez aux Comores, il y a des légumes qui pourrissent ! [...] On pourrait mettre des échanges [...] Ici, tout coûte cher alors qu'à Anjouan c'est rien du tout. Alors il fut un temps il y avait des échanges. L'agriculteur Comorien pouvait venir vendre ses produits ici à bas prix [...] arrêter de faire venir des aliments qui viennent de n'importe où, de vendre n'importe quoi à la population mahoraise qui de ce fait n'a pas le choix que de bouffer ce qu'on leur propose. »

²chaîne d'épicerie répandue sur l'île

³ nom mahorais pour parler des brèdes en général

X 2) Influence de la mondialisation prédominant sur la santé

En plus des problématiques agroalimentaires, la moitié des médecins ont relevé l'influence négative de la société de consommation.

La méconnaissance nutritionnelle face à la popularisation de produits manufacturés et de restaurations rapides nouvellement disponibles sur l'île ainsi que la pression culturelle avec les fêtes traditionnelles impactent les habitudes alimentaires mahoraises.

À cela, s'ajoute l'arrivée de technologies de confort présentes depuis peu sur l'île, à l'origine d'une évolution du mode de vie. La population anciennement très active pour se déplacer et travailler s'est sédentarisée en un temps record.

M02 « J'ai eu une diabétique tout à l'heure, elle s'est pointée avec 9,6, elle a marié sa fille. Je sais pas si c'est une anecdote. Elle était à un manzara^{4} tout l'été. D'habitude elle à 7,5. »*

M05 « Dans nos gènes, il y a cette culture qui n'est pas du tout la même. Donc c'est un gros problème. [...] Les jeunes bouffent n'importe quoi, ils se gavent de n'importe quoi, ils sont obèses, c'est n'importe quoi. »

M08 « Je me dis que ça va exploser le diabète dans une 15ème d'années. Vu toutes les femmes obèses, je sais pas comment ça va tourner. Qu'on devient sédentaire, les femmes travaillent aussi, voiture plutôt que marcher, on va moins à la campagne [...] Et quand tu vois [souponne] culturellement la place des boissons et des chips, les goûters des enfants c'est un jus et un paquet de chips, tu te dis purée on a vachement de boulot à faire. Le mariage, les manzarakas que tu sors avec 3 cagettes de canettes ! »

⁴ Manzaraka : mariage traditionnel mahorais avec présence abondante de quantités de sodas sucrés

✓ 2') Action des fonctions de santé publique : mener des campagnes préventives

Au vu des freins relevés ci-dessus, les médecins soulèvent l'idée de déconstruire l'influence de la société de consommation et la malbouffe au travers de campagnes préventives dont le rôle pourrait être celui du pouvoir public : éducation nationale, ARS...

M01 « Au niveau des boissons sucrées, les manzara, faudrait limiter, je sais pas comment on peut faire ça »

M05 « D'introduire dans le milieu scolaire, d'apprendre aux très jeunes à manger, leur inculquer cette éducation, pour qu'ils soient conscients de ce que c'est de bien manger. »

M08 « Il y a un truc à faire au niveau de la nutrition et de l'obésité. Pour moi, c'est le pré-diabète. [...] S'il y a un endroit où on peut agir, c'est là dessus. [...] toutes les femmes obèses qu'on voit ici, dans 10 ans elles seront diabétiques. »

✗ 3) Marge de manœuvre limitée pour pratiquer l'activité physique

Quelques médecins estiment que l'activité physique est difficilement praticable pour de multiples raisons.

Par exemple, concernant la marche, il peut y avoir des difficultés pour des raisons physiologiques (surpoids et âge), par manque d'infrastructures adaptées, mais également dues à un environnement hostile, qu'il soit climatique (chaleur), sécuritaire (agression) ou lié à la politique migratoire (pour les patients en situation irrégulière).

M01 « L'activité physique oui, bon c'est toujours le problème des douleurs, gonalgie, gonarthrose [...] Il faudrait qu'il y ait des routes avec des trottoirs [rires], juste ça et pas que les voitures se garent dessus ! [rires] ».

M04 « *La place de la marche. Il y a le climat qui fait aussi que l'activité physique n'est pas aussi facile pour les gens ici. »*

M08 « *Faire de l'activité physique, ba oué, mais quand t'as pas de sécu et que t'as peur de te faire chopper par la police aux frontières (PAF), je ne pense pas qu'il y en ait beaucoup qui marchent. »*

✓ 3) **Savoir s'adapter aux particularités de Mayotte et du patient pour l'activité physique**

Trois médecins ont trouvé des alternatives en adoptant un discours faisant écho aux patients.

M03 « *Il faut s'adapter au contexte local, il faut avoir des choses parlantes.»*

M05 « *Avec l'activité physique régulière, ils vont consommer des calories, ils vont maigrir. Le sucre va baisser. On aura peut être même l'occasion de baisser des traitements. Ne serait-ce que dire on va diminuer le traitement, ça, ça marque très bien. »*

M08 « *Des fois je leur dis s'il y a un de ses enfants qui a internet, tu fais du fitness à la maison ou tu te mets des trucs sur la tv. Du coup, il faut s'adapter aux patients que t'as en face de toi »*

- Médicamenteux

✗ 4) **Hétérogénéité dans l'aisance des traitements diabétiques**

Au fur et à mesure des entretiens, il en ressort une hétérogénéité des pratiques. Certains médecins ne soulignent pas d'attente particulière et se montrent autonomes pour la gestion thérapeutique, notamment les plus âgés et ceux connaissant bien le territoire.

D'autres médecins présents depuis peu à Mayotte évoquent leur aisance modérée. Enfin, un médecin souligne l'existence du diabète africain présent à Mayotte dont la spécificité n'est pas très connue et peut poser certains problèmes diagnostique.

M01 « Des fois, toi en tant que remplaçant tu arrives, tu vois des associations de traitements, on te dit bah sulfamides, c'est plus trop d'actualité, quand il sera plus âgé, ça va être plus compliqué, ça va faire des hypo. »

M05 « Le manque de spécialistes, par exemple d'endocrinologue, ça peut poser un certain nombre de problèmes [...] Je parle surtout des jeunes. Moi ça va, j'en ai vu passer, j'ai quelques années derrière moi, j'arrive à m'en sortir avec beaucoup moins de difficultés que nos jeunes collègues qui sont démunis. »

M04 « Je suis pas toujours très au point sur les derniers traitements, les associations, quand il faut majorer un traitement. Je suis toujours à chercher, à me poser pleins de questions, c'est pas du tout spontané et facile. »

M03 « Étiqueté diabétique de type II avec une HBA1C à 13% et uniquement sous Metformine et avec des glycémies hautes. Je me suis posée pas mal de questions sur ce patient [...] Depuis quand, l'étiologie de ce diabète. Parce que 32 ans, plutôt maigre, pas de surpoids, uniquement sous ADO^{5*} »

✓ **4') Intérêt d'une source d'information centralisée : annuaire des missions endocrinologie et fiches d'aides à la prescription adaptées à Mayotte**

Dans certaines situations médicales complexes, des médecins souhaiteraient accéder à l'avis du spécialiste, or il n'y a pas d'endocrinologue sur l'île, uniquement des missions. Autre particularité propre à Mayotte, l'existence du diabète africain dont la physiopathologie et la réponse thérapeutique semblent différentes du diabète de type II. Pour ces différentes raisons, certains médecins souhaiteraient des fiches d'aide à la prescription. Autre attente implicite, un outil de communication permettant d'accéder aux plannings des missions.

⁵ médicament antidiabétique oral

M01 « J'ai un peu cette difficulté à me dire à quel moment je change, à quel moment je ne change pas [...] On a besoin de diabéto pour nous aiguiller un petit peu quelques fois où il y a des cas un peu compliqués, on a essayé pas mal de choses où ça fonctionne pas. »

M04 « Peut être un protocole. [...] on a le sentiment que le diabète de type 2 ici est pas le même que le diabète de type 2 de chez nous. L'insulinorésistance n'est pas la même. Il y a des nécessités thérapeutiques qui sont pas les mêmes [...] Peut être un référentiel qui soit propre au CHM avec les thérapeutiques qui sont disponibles au CHM et puis après élargir. »

Ressources et coordinations

X 5) Qualité d'interprétariat hétérogène

Trois médecins soulignent la qualité d'interprétariat très fluctuante. Souvent incomplète ou inexacte quand elle est pratiquée par la famille pour cause, la pudeur liée à la culture, l'interprétariat est lui aussi limité avec les traducteurs en poste au CHM comme le relève un des médecin.

M02 « La difficulté principale ça serait de faire l'interprétariat par la fille ou le fils de la coco⁶* que j'ai en face de moi. Ça, ça ne marche jamais, parce que mon discours il est shunté, beaucoup trop brutal et violent pour être traduit mot pour mot. »

M05 « Souvent ici, on parle de traducteur ou traductrice mais les mahorais, surtout les femmes sont très pudiques et ne vous diront peut être pas tout. »

M04 « Dans les patients qu'on voit au dispensaire, qui sont souvent des patients pas francophones, avec des qualités d'interprétariats très limités et le temps qu'on a pas non plus à passer avec eux »

⁶ nom en shimaoré pour dire grand-mère

✓ 5') Besoin de traducteurs qualifiés

Il en résulte un message implicite d'une attente déjà réalisée pour un des médecins. Travailler avec des traducteurs qualifiés est nécessaire vu l'importance de leur rôle pour mener à bien la consultation médicale et optimiser l'observance et l'adhérence thérapeutique.

M02 « J'ai une super interprète, ça fait 11 ans qu'on est ensemble. Elle connaît mon discours, elle connaît mon laïus [...] En règle générale, le patient il sort, il a compris ce qu'il lui arrive [...] Tout passe par mon interprète. Moi je maîtrise pas assez le shimaoré pour pouvoir avoir un discours qui puisse être marquant. D'autant plus que c'est à double niveau, vous avez vu, il faut descendre le français d'un cran ou deux pour pouvoir le traduire et ça c'est tout un art. »

Aspects culturels

✗ 6) Barrière culturelle liée aux croyances et aux coutumes

→ Des patients

La majorité des médecins interrogés s'accordent à dire qu'il y a des problématiques inhérentes à Mayotte qu'on ne retrouve nulle part ailleurs.

Deux médecins rapportent des complications liées à la marche pieds nus, ancrée au mode de vie des patients avec un risque de mal perforant plantaire et d'amputation plus importants qui en découlent.

Trois médecins évoquent la représentation et la place de la femme dans la société mahoraise : le culte de l'embonpoint et l'absence d'indépendance des épouses majorent la difficulté à faire respecter les RHD.

M06 « Compte tenu de la marche pieds nus, souvent ils se blessent. Ici c'est la cause d'amputation des membres inférieurs.. j'en ai vu beaucoup plus qu'en métropole en 22 ans d'exercice. J'en ai vu une en métropole, ici on en voit tous les mois. »

M05 « Le fléaux ici, c'est le surpoids ou l'obésité morbide [...] Les femmes grossissent pour plaire et se rendent pas compte que ça entraîne des pathologies graves [...] Si aujourd'hui on connaît cette situation qui est dramatique, une des causes justement c'est cette façon de penser, c'est très culturelle. »

M06 « Pour ce qui est de l'éducation thérapeutique [...] Déjà, les maris veulent pas qu'elles viennent faire ces trucs là »

Un médecin explique se retrouver en difficulté avec ses patients du fait que la population locale soit pudique et généralement peu expansive pour s'exprimer, limitant les interactions à des échanges restreints.

M04 « Mais les gens n'ont pas grand chose non plus à proposer, donc ça, ça me frustre un petit peu parce qu'on va pas très loin. Ça je trouve ça un peu compliqué et parce que c'est très culturel. »

→ Des médecins

Ce même médecin rapporte une maîtrise brève du contexte local. Un autre explique la volonté modérée de certains confrères pour comprendre les particularités de Mayotte.

M04 « Dans le mode de vie des gens, on sait pas comment ils vivent vraiment. [...] Je trouve que c'est très lié au fait qu'on soit pas d'ici et du coup qu'on passe à côté. »

M06 « Ils prescrivent leur machin, on sait pas s'ils sont au courant qu'il y a peut être certains médicaments qui manquent ou que le patient il va peut être pas pouvoir l'avoir ici et puis ils voient le patient, ils font leur travail de néphrologue, le patient a l'impression d'avoir été soigné, il sort, il a son traitement pour le diabète mais il y a tout le reste qui n'est pas fait à côté et c'est un peu le soucis avec des spécialistes métropolitains. C'est leur façon de faire et leur formation. »

→ Des patients et des médecins

Autre point qui creuse ce fossé culturel, l'absence de référentiel commun entre le médecin instruit au travers de référentiels « occidentaux » et les patients régionaux. L'un comme l'autre ne parle pas le même langage culturel en terme de représentation ou de croyance avec un fatalisme assez prononcé lorsqu'il s'agit de remettre la santé aux mains de Dieu, indépendamment de l'état de santé du patient ou des soins médicaux.

M06 « On ne parle pas le même langage. On ne parle pas du corps, on ne parle pas de la maladie de la même façon [...] On y arrivera pas si on ne se comprend pas. Quand il y a des échecs thérapeutiques, c'est d'abord des questions de culture et pas d'incapacité médicale. »

M02 « Et puis après, c'est le fait que je suis M'zungu⁷ et que j'arrive avec une médecine qui n'est pas reconnue a priori. C'est une médecine de 2ème intention quand même ici [...] enfin ça vient d'une autre planète nos histoires de diabètes et tout le bordel, c'est quand même douteux.. les médicaments... »

M02 « Un vrai ennemi, c'est la fatalité, le inchallah ça nous aide pas beaucoup ! [rires] »

✓ 6') Rôle des référents locaux pour limiter les obstacles culturels

Afin de limiter les disparités culturelles creusant le fossé entre le soignant occidentalisé et le patient, trois médecins abordent la pertinence d'inclure des référents locaux pour faire le pont entre les deux cultures et ainsi favoriser l'observance thérapeutique et l'adhésion aux RHD.

M02 « De toute façon elle me sert beaucoup la médecine de 1ere intention, les trucs de djinns⁸ etc, je m'en sers. Je travaille pas mal, alors je travaille pas avec

⁷Nom en shimaoré pour dire homme étranger, faisant référence à l'homme de couleur blanche.

⁸ Créatures surnaturelles indicibles pouvant influencer l'esprit de l'homme

les Foundi⁹ mais je travaille par patient interposé. [...] on peut incriminer les mauvais esprits sur les diabètes un peu résistants et donc ça vaut le coup de faire un diagnostic de cet ordre là. »

M04 « Tout ce qui est hygiéno-diététiques c'est très très lié à la culture et au contexte socio-économique, du coup quand on maîtrise pas bien ce sujet là, on est un peu limité. Je pense que c'est bien de laisser ça aux Mahorais dans l'absolu [rires]. Sûrement que les para-médicaux sont plus à même de les aider sur ce plan là. »

M06 « Quelqu'un de Mayotte qui a parlé, qui a lancé la piste de contacter les shamas, les groupes de femmes qui sont actifs, qui sont des organisations militaires, qui bossent sur les fêtes, les organisations, que dans ces groupes de femmes, on trouve des référentes qui adhèrent au système de soin .»

X 7) Manque de connaissance des médecins des ressources alimentaires adaptées à Mayotte

En référence à l'industrie agroalimentaire locale peu propice pour suivre un régime diabétique adapté, quelques médecins évoquent la difficulté d'application des RHD et se retrouvent rapidement démunis pour conseiller les patients. Ils manquent de connaissance en termes d'alimentation locale accessible et saine et de préparation culinaire.

M01 « Il n'y a pas de règles comme en métropole, 5 fruits et légumes c'est un peu plus concret. Mais les brèdes, quelles quantités, comment, quelles brèdes plutôt préférer ? [...] tout ce qui est à l'eau, c'est mieux que au coco mais après en quelle quantité vraiment ? »

M04 « En tant que métropolitain, je suis quand même pas très au fait même si je découvre les choses sur la façon dont les gens s'alimentent ici. Et les ressources qu'ils ont au niveau alimentation, quelles sont les habitudes, qu'est ce qui existe

⁹ Maître et guérisseur en référence à la médecine traditionnelle

et qu'est ce qui est accessible [...] Légumes verts, je suis assez vite coincée dans ce que je peux suggérer ou échanger avec les gens ».

✓ 7') Intérêt d'une source d'information centralisée sur une alimentation accessible et adaptée à Mayotte

Ces derniers aimeraient bénéficier d'un guide référencé adapté aux particularités locales pour promouvoir une alimentation accessible et adaptée à Mayotte en s'inspirant de l'alimentation traditionnelle d'antan.

M01 « Il faudrait des conseils vraiment spécifiques à Mayotte, précis, pas des trucs un peu vagues comme ça. Faudrait qu'on s'intéresse un peu plus à l'alimentation locale plutôt que de donner des conseils nationaux qui ne s'appliquent pas ici puisqu'on a pas les mêmes légumes, mêmes aliments ».

M02 « Je suis toujours agréablement surpris, par le fait qu'avec une nourriture très traditionnelle on arrive à équilibrer le diabète sans trop de problème. Sans avoir à peser, sans à faire de portion. »

Aspects socio-politiques

✗ 8) Offre et suivi thérapeutique à deux vitesses

Les généralistes exerçant dans la fonction publique sont unanimes pour souligner la disparité dans la qualité de prise en charge entre les assurés et les non assurés sociaux. Ils rapportent une accessibilité aux médicaments différente entre les pharmacies hospitalières publiques et privées. Concernant le suivi thérapeutique, ils soulignent également que les non assurés et ceux n'ayant pas d'affection de longue durée (ALD), ne peuvent bénéficier d'un suivi régulier avec IDE à domicile les obligeant parfois à venir quotidiennement à l'hôpital pour leurs injections.

M06 « Pharmacie hospitalière, peut mieux faire, pharmacie en ville, fait déjà très bien [...] lorsque le patient sans papier arrive au traitement maximum qu'on peut lui offrir [...] on aimerait bien avoir plus de solutions sur l'hôpital. »

M08 « On a la pharmacie qui est fermée une semaine sur deux, donc je parle pour ceux qui n'ont pas la sécu, ils vont pas aller s'acheter l'insuline en privée, ça coûte trop cher. »

M08 « Tu peux faire bien les choses avec les patients assurés sociaux et de l'autre côté, les patients qui sont pas assurés, c'est beaucoup plus compliqué, t'aura peut être pas le traitement optimal [...] Tu peux pas faire de la rapide 3 fois par jour parce que ça voudrait dire qu'ils viennent ici 3 fois par jour »

✓ 8') Faciliter l'accès aux soins pour tous

Deux médecins évoquent des solutions pour limiter cette disparité. Ils souhaiteraient bénéficier d'un système administratif plus réactif et performant qui régulariserait rapidement les non assurés sociaux nécessitant des soins complexes, afin d'accéder à une prise en charge médicale décente.

M05 « Que ce parcours ne soit pas un parcours du combattant, d'être obligé de laisser tomber leur thérapeutique sous prétexte qu'ils n'ont pas de séjour [...] Ne pas choisir de qui doit pouvoir se faire traiter. ».

M06 « Au niveau de Mayotte, j'aimerais qu'on fasse ce qu'on dit qu'on fait. On dit qu'on soigne les gens et bien qu'on les soigne et pas qu'on fasse semblant. Quand un sans papier arrive. Quand ils sont dans des situations où il faut renforcer les traitements où le traitement ne peut pas être fait sans avoir une prise en charge sociale. »

Ressentis sur le positionnement des acteurs patients/ médecins

× 9) Désinvestissement des patients

Concernant le diabète, la majorité des médecins relève un désinvestissement de certains patients dédramatisant la gravité de leur maladie. A l'extrême, d'autres patients maintiennent l'absence de volonté de se soigner malgré les complications.

M01 : « Je me rappelle juste d'un patient qui avait 14 d'hémoglobine, il avait l'air assez serein. J'ai essayé de l'alerter un petit peu [...] son diabète n'avait pas l'air de l'inquiéter tant que ça. »

M02 : « c'est une gamine que plus personne ne veut soigner dans l'océan indien tellement elle est indisciplinée et qu'elle pose problème. [...] On venait de lui enlever tout l'avant pied droit. Elle a une neuropathie végétative monstrueuse digestive et elle est en auto-sondage urinaire. »

M05 « Des gens qui ont déjà des atteintes neuropathiques très avancées, néphro-angiosclérose très avancée donc en insuffisance rénale. Ce sont eux qui sont très difficiles. Ils se foutent un petit peu du problème de régime. On a beau expliquer, on sent qu'il y a un problème »

On retrouve des patients peu compliants en ce qui concerne les règles hygiéno-diététiques, l'observance et l'adhésion thérapeutique.

M03 « Il y a un problème sur l'éducation alimentaire et sur les pieds. Ils ont du mal à bien faire attention aux pieds, bien se chauffer etc. »

M06 « La principale difficulté qui est pire qu'en métropole c'est l'observance thérapeutique. Quand on a une prise des médicaments de 60% on est content. »

M08 « Une dame qui était sous traitement, bien équilibrée et qui un jour en a eu marre de prendre des traitements et a tout arrêté [...] C'était un ras-le-bol, elle en avait marre de prendre les traitements. Voilà, elle s'était dit que ça allait mieux, du coup elle a arrêté. »

✓ 9') Autonomiser et responsabiliser les patients dans leur maladie

Trois médecins trouvent pertinent de créer des groupes de patients et d'éducation thérapeutique pour leur permettre d'être plus autonomes dans la gestion de leur diabète. En partageant ses connaissances de la maladie avec d'autres diabétiques, le patient devient plus réceptif aux conseils donnés et y adhère plus facilement.

M01 « Il y a un échange, vous vous retrouvez entre vous, entre personnes diabétiques, vous avez le même vécu, mêmes problématiques. [...] la réponse du patient qui est en face sera plus adaptée que la réponse du médecin. »

M07 « Faire un atelier avec 10 femmes et leur faire des ateliers cuisine avec des aliments locaux [...] créer de la convivialité entre personnes malades donc en améliorant l'observance [...] ramener les plats à la maison et donc on fait coup double parce qu'on fait de l'hygiène alimentaire avec les enfants. »

M08 « Généraliser les ateliers d'éducation thérapeutique. Essayer de faire des groupes de patients diabétiques. Organiser des sorties, marche ou je sais pas quoi. C'est en train de se développer »

Deux autres médecins optent pour une approche plus paternaliste pour responsabiliser les patients dans leur maladie.

M02 « Elle attendent juste un bon combat, je suis bien énervé. Et après j'ai des résultats, c'est impressionnant [...] les mamies aussi, quand elles refusent pendant 3 mois, 6 mois 1 an et là il faut se mettre très en colère, hurler et tout d'un coup, petit éclair. »

M05 « Avoir une surveillance très rapprochée et ne pas hésiter à leur faire peur. Ça m'arrive souvent de les engueuler, je hausse le ton [...] Quand ils viennent me voir pour le bilan trimestriel, je vous assure qu'ils sont en train de trembler jusqu'à ce que je leur donne les résultats [rires]. Mais c'est pour leur bien. »

X 10) Désinvestissement et délégation de tâches des médecins

Un médecin évoque le manque d'investissement de certains confrères succincts dans la prise en charge de leurs patients.

M05 « Un diabétique, c'est pas un malade qui vient pour dire voilà, je vous pose mon ordonnance, renouvelez mon ordonnance. Malheureusement, ça se voit encore. [...] Le médecin doit aussi se remettre en cause. »

Au vu de la démarche chronophage, la moitié des médecins admettent le sacrifice volontaire de certaines tâches nécessaires au suivi de consultation diabétique.

M03 « L'électrocardiogramme (ECG) je pourrais, en plus dans les cabinets où je remplace il y a toujours une machine à dispo [...] C'est pas une question de manque de connaissance, c'est que j'ai pas le temps. »

M04 « Là il faut chercher l'information tout le temps. Donc on la cherche pas toujours parce qu'on a pas le temps [rires]. Parce que c'est ça aussi en étant assez honnête. »

M07 « La TV-expertise, ça veut dire que nous on se met dans un bureau et ça prend une demi-heure au moins, ça prend un temps de dingue. C'est pas adapté au libéral. »

Plus de la moitié des interrogés soulignent la délégation de tâches sur les confrères médecins ou infirmiers pour pallier au manque de temps et de médecins.

M04 « Le fait d'être de passage, j'ai pas intégré l'implication dans le suivi annuel des patients, je fais juste des renouvellements de traitements sans reprendre tous le dossier en me disant que le médecin habituel reverra ça avec eux. »

M08 « Quand elles arrivent avec l'ordonnance qui est toute faite t'as plus qu'à signer, en même temps ça te facilite les trucs mais en même temps c'est un peu déranger quand même. »

✓ 10') Rôle des IDE/IPA pour renforcer l'éducation au diabète et l'observance

Les consultations médicales ne permettant pas de dégager un temps médical suffisant, presque tous les médecins s'harmonisent à souligner le rôle majeur des IDE/IPA pour renforcer l'éducation au diabète et l'observance surveillées par le médecin.

M02 « L'éducation thérapeutique honnêtement je me défais pas mal sur l'IDE [...] Et puis visite des IDE en pratique avancée, j'ai pas l'impression de me faire voler mon activité, au contraire [...] Ici on perd un temps incroyable en visite. Aussi bien en métropole j'arrivais à en faire quelques une mais là. »

M03 « Avoir une IPA en cabinet que sur le diabète. C'est un truc hyper important sur une zone comme Mayotte ou 1/3 ont du diabète [...] un peu d'éducation thérapeutique, elle me regarde les pieds, qu'elle me fasse le point sur le suivi. Et clairement ça, ça serait une super avancée vraiment ! »

✗ 11) Savoir du patient limité

Une grande partie des médecins met l'accent sur la connaissance rudimentaire des patients. En effet, une partie des patients atteints de diabète de type II n'a pas été scolarisée. Au niveau éducatif, l'illettrisme ou l'analphabétisme limite les interactions au simple échange oral. Les connaissances succinctes en nutrition et science médicale restreignent le rapport au régime diététique, à la maladie et aux complications qu'elle entraîne. S'ajoute à cela la difficulté de compréhension, de manipulation et d'adaptation des traitements.

M02 « Déjà les gens ils savaient lire plus ou moins [...] Le soucis, c'est qu'on peut pas extrapoler, la scissure métropolitaine elle est ici quoi. Une mamette qui voit à peine ou qui lit pas le français. Moi j'ai 90% de la patientèle qui ne jette même pas un œil sur l'ordonnance. »

M05 « Pas plus tard que 15j, une femme diabétique m'a dit « Docteur , vous m'avez dit qu'il faut manger des fruits. Le fruit du Jaques, moi je peux en manger une assiette. » Un ou 2, ça va, mais pas une assiette. Après ils s'étonnent qu'ils aient un dextro qui est à 2. »

M01 « Ils intègrent pas que c'est à cause du sucre qu'on va leur amputer la jambe.[...] Certains n'ont pas eu cette éducation là, ne sont pas allés à l'école. Le corps humain, c'est quelque chose de vague »

M08 « Elle se fait ses injections toute seule à la maison mais elle avait pas du tout adapté les doses de Lantus. Elle était restée à 30 UI tout le long. Donc là, elle se balade entre 2 et 3g de glycémie. »

✓ 11') Savoir s'adapter aux particularités de Mayotte et du patient

Bon nombre de médecins soulignent l'importance de se mettre au niveau du patient pour le sensibiliser à sa pathologie, au travers d'outils adaptés à ses connaissances et représentations sans chercher à adopter la même approche qu'en métropole.

M01 « Pas donner des directives comme ça dans le vide [...] Le fait d'imager les choses avec des schémas ça serait bien. »

M02 « Cardiomayotte¹⁰ je le file aux patients, je leur dis de regarder les petites vidéos sur Youtube [...] elles sont bien fichues et en plus c'est en shimaoré. »

M06 « Il faut essayer de voir petit, commencer par la base. [...] dans le dialogue, il faut être très près du patient. Il faut se mettre à son niveau pour essayer de l'élever et pas le regarder d'en haut pour lui dire monte, monte. »

¹⁰ Association créée par des médecins de Mayotte en prévention des pathologies cardio-vasculaires

M05 « C'est ça l'erreur, de vouloir faire à tout prix de Mayotte un département similaire à un département de métropole. Si on essaye de faire les choses sur mesure ça changera beaucoup de choses. »

LORS DU PARCOURS DE SOIN

Aspects médicamenteux et non médicamenteux (RHD et éducation thérapeutique)

- Éducation thérapeutique

X 12) Limite des organismes d'ETP

Parmi les organismes existants sur Mayotte mettant en place l'ETP, trois médecins estiment qu'il n'y a pas de moyens réels pour la mise en place et le suivi. Deux d'entre eux laissent penser à une politisation des organismes qui expliquerait leur inertie.

M02 « On a une structure de pensée qui vient pas de nul part et qui n'est pas hasardeuse dans sa mise en place. Et la prégnance de l'associatif depuis des années dans tous les domaines, c'est de la politique. »

M05 « Même si ces structures existent, on leur donne pas les moyens de fonctionner, elles fonctionnent mal. Elles existent, ça fait plaisir à l'ARS. Mais quand on va bien fouiller, tu vois qu'il n'y a même pas d'ordinateur pour faire du suivi [...] On doit changer du bas en haut dans les organismes. »

Trois médecins dénotent un sentiment d'inefficacité des organismes existants et n'y font plus appel.

M06 « En 5 ans, il y en a 10 chez qui l'éducation thérapeutique a fait de l'effet. Bon quand ça fait de l'effet c'est fabuleux? Mais en 5 ans, 10... c'est limité. »

M07 « Pour le diabète, je les utilise pas. J'ai essayé 3-4 fois, ça s'est soldé par un échec, donc j'ai arrêté, pas de temps à perdre. »

De nouveau, trois médecins rapportent leur absence de communication avec les acteurs de santé concernés et un médecin n'en a pas réellement connaissance. Deux médecins libéraux pensaient aussi que l'ETP au CHM (EMET) n'était accessible que pour le public.

M06 « Rediab, c'est comme EMET¹¹, mais en pire. [...] j'avais pas de retour, rien, pas de truc. Ils font leur truc dans leur coin. »

M04 « J'ai du voir passer des affiches autour de ça, mais je sais plus. Non j'ai rien en tête. »

M02 « EMET, je savais même pas que ça existait »

✓ 12') Action des fonctions de santé publique : coordonner le réseau de santé

En réponse au frein précédent, deux médecins souhaiteraient promouvoir la communication et la mise en réseaux des organismes existants avec les professionnels de santé. Un d'eux suggère cette responsabilité au travers des fonctions de santé publique régionale comme l'ARS.

M03 « Une meilleure communication des moyens existants. Ça pourrait être le rôle de l'ARS d'ailleurs, le lien. »

M08 « S'il y avait des réseaux mieux faits, plus faciles. »

¹¹ Organisme gérant l'ETP dans le public au CHM

Ressources et coordinations

X 13) Dossier médical incomplet

Autre particularité inédite à Mayotte accentuant le frein dans le suivi du patient, la méconnaissance du dossier médical complet. Trois médecins en libéral soulignent la difficulté à centraliser les informations du dossier médical de leur patient. L'information est difficilement récupérable voir perdue en cours de route.

A titre d'exemple, les résultats biologiques du laboratoire privé sont automatiquement envoyés sur le compte du médecin prescripteur mais pour des raisons logistiques, pas toujours présents.

M01 « Ah j'avais aussi un autre problème, les biologies on y avait pas forcément accès au début quand je remplaçais. »

M02 « Les difficultés, c'est surtout les difficultés d'ordre matériel, c'est le labo qui n'a pas fait le boulot. »

M07 « On a d'énormes problèmes pour récupérer les examens para-cliniques. [...] Ça arrive, ça arrive pas, ça marche, ça marche pas, c'est le bordel ! C'est le bordel total, demandez, je pense que tout le monde est d'accord. »

✓ 13') Informatiser les dossiers

En réponse à ce frein, un médecin évoque l'intérêt d'informatiser tous les dossiers. Cela permettrait de coordonner les dossiers des patients chroniques suivis en libéral et ceux faisant le pont entre le privé et le public via un logiciel commun qui référencerait toutes les données médicales. Pour ce qui est de l'ordre para-clinique avec la biologie, les médecins n'ont pas soulevé d'attente spécifique à ce frein si ce n'est qu'implicitement, espérer l'assiduité du laboratoire.

M07 « Je pense qu'il faut qu'on informatise tous nos dossier ALD [...] Faut qu'on informatise et à mon avis, qu'on se mette en réseau avec tous les autres médecins. »

X 14) Mauvaise coordination hospitalière et / ou extra-hospitalière

Cette rubrique fait partie des freins majeurs des médecins, unanimement soulevée et répétée au long des entretiens.

Afin d'être plus didactiques, nous allons d'abord l'expliquer verbalement puis représenter par un schéma avant d'être illustré par les verbatims des médecins.

Concomitant au manque de relation médecin/patient et au dossier médical incomplet, se rajoute la mauvaise coordination hospitalière et ou extra-hospitalière.

Les professionnels de santé ont cette difficulté à communiquer aussi bien dans le public, dans le privé ou entre les deux, accentuant le sentiment d'isolement.

Il en résulte une coordination des soins très prenante pour les MG, complexifiant la prise d'avis ou d'orientation en urgence et induisant un retard de prise en charge des patients.

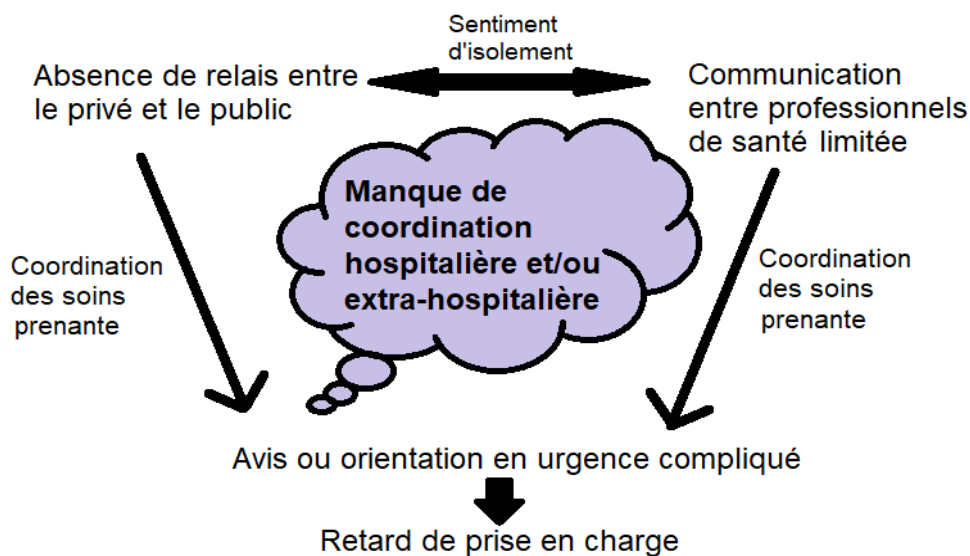


Figure 1:

Schéma explicatif du manque de coordination

Absence de relais entre le privé et le public

M03 « On peut pas accéder typiquement aux bilans bio qui sont faits en public et inversement. Et donc c'est très compliqué de se coordonner sur les patients qui font la navette entre le public et le privé. »

Communication entre professionnels de santé limitée

M01 « J'étais un peu embêtée à appeler le labo, puis même avec ça, j'arrivais pas trop à les avoir »

M05 « Moi, quand je les envoie, j'écris un mot. En retour, je sais pas ce qu'il s'est passé [...] Problème de communication énorme, eeeenorme ! [...] sans ce dialogue instauré, ces échanges entre nous et le milieu hospitalier, le seul qui existe à Mayotte puisqu'il n'y a pas de privé, on s'en sortira pas. »

M06 « Dans les rapports, avec les nephro, qu'ils fassent pas bande à part. Mais c'est le problème du néphrologue, qui capte le patient et qui après, on a l'impression qu'ils jouent leur truc et il n'y a pas de discussion»

Une coordination des soins extrêmement chronophage :

M05 « Si on prend pas le téléphone et c'est énorme parce que c'est rester accroché au téléphone pendant 30min-1h, c'est pas la peine. »

M06 « En urgence, tu prends le téléphone et t'arrives à avoir les gens mais après c'est chronophage dès qu'il y a un problème, [souponne] ça bouffe du temps qu'il va falloir récupérer sur les consult. »

Avis ou orientation hospitalière en urgence compliquée

M03 « Dans l'urgence, à partir du moment où on a un patient qui mériterait une hospitalisation programmée, c'est très difficile d'avoir un contact avec le spécialiste. Tout doit transiter par les urgences. [...] Orienter en urgence, vouloir voir l'ophtalmo rapidement sur une baisse de l'acuité visuelle, c'est impossible. Dès que c'est urgent, c'est compliqué. »

M07 « Contacter l'hôpital, c'est très fluctuant. L'hôpital c'est un peu le coup de poker, ça peut très bien marcher mais ça peut très mal marcher, mais très très très très mal marcher, au delà de l'imaginaire. »

M08 « Ba t'es un peu tout seul quoi [...] La prise d'avis, c'est quand même compliqué [souponne, souris], t'es un peu tout seul, tu te démerdes tout seul. »

Entraînant un retard de prise en charge important évoqué par un médecin.

M04 « On récupère des gens pour qui c'est noté demande de consult cardio, tu te rends compte qu'il a pas été vu, tu rappelles le cardio, ah ba si on va le voir la semaine prochaine ou dans 15 jours mais il y a du temps perdu par cette organisation des soins. »

✓ 14') Travailler en réseaux entre hospitaliers et/ou extra-hospitaliers

Pour répondre à ce frein, les médecins évoquent la nécessité de se coordonner et travailler en réseaux. Un médecin souligne l'importance d'élargir au privé les groupes d'éducation thérapeutique présents dans le public. Un autre médecin est convaincu de l'obligation d'échange entre professionnels de santé pour travailler convenablement. Il va même plus loin en proposant à l'ARS de créer ces échanges pour casser l'isolement professionnel.

M01 « A M'ramadoudou il y avait des groupes pour les diabétiques [...] il faudrait qu'il y en ait plus, notamment au niveau libéral. Pas qu'au niveau du dispensaire, parce que les patients qui sont en libéral ils n'ont pas accès au dispensaire des fois et donc ça, ça aide pas mal. »

M05 « Faut qu'on change nos méthodes, nos façons de travailler, ensemble. [...] Le jour où on comprendra qu'il faut qu'il y ait des échanges, propres, sains entre le public et le privé, je pense que ça changera beaucoup. »

M05 « J'avais proposé au directeur de l'ARS de l'époque d'organiser une ou deux fois par an des échanges entre les généralistes, enfin le public et le privé, se retrouver dans un endroit sympathique, se parler, faire des réunions. »

X 15) Manque de communication sur les ressources disponibles

Faisant écho au point précédent, la moitié des médecins rapportent l'existence de ressources à Mayotte mais partiellement ou non exploitées en raison de l'absence de communication et relais de l'information entre acteurs de santé. Un médecin se questionne même si le manque d'investissement ne pourrait pas découler de l'absence d'information centralisée.

M03 « Beaucoup de médecins libéraux ne sont pas au courant. On a actuellement des dopplérisistes [...] Il n'y a pas de carnet, d'annuaire. [...] Il y a des programmes d'éducation thérapeutique pour tout ce qui est obésité qui sont financées par l'ARS et qui font rentrer des patients sur des parcours de sport et obésité [...] mais il y a un manque de communication. »

M07 « On a un énorme problème pour savoir ce qui se fait à l'hôpital et ce qui se fait pas. »

M04 « Toujours cette notion d'information. Alors je sais pas si c'est lié au fait qu'on nous informe pas ou qu'on cherche pas à s'informer.[...] Je sais pas s'il y a des ophtalmo qui font des FO.[...] c'est toujours très compliqué de savoir ce qui existe, ce qui est disponible. Le podologue, est-ce qu'il y en a ? [...] Tu vois là en discutant, je sais pas qui fait les fonds d'œil ici. »

✓ 15') Intérêt d'une source d'information centralisée à Mayotte avec annuaire des personnes ressources disponibles

Là encore, les médecins soulignent le besoin fondamental de communiquer sur les ressources existantes à Mayotte. Comme l'évoque un des médecins, il n'y a pas lieu de faire plus mais de faire mieux avec ce qui existe. Trois autres parlent de la création d'un répertoire téléphonique des spécialistes présents sur l'île.

M06 « Il y a des moyens, ils sont insuffisamment utilisés. On pourrait faire mieux avec ce qu'on a déjà. Pas la peine de demander plus, il faudrait essayer de trouver moyen de faire mieux avec ce qu'on a. »

M04 « A qui adresser, qui s'occupe de ça, parce que là il faut chercher l'information tout le temps. [...] de savoir qui solliciter facilement. [...] Je trouverai ça plus simple effectivement qu'on ait un référentiel avec tout ce qui existe sur le sujet du diabète. »

M03 « Sur Cardiomayotte, on a référencé tous les spécialistes et les numéros des spécialistes pour faciliter le lien. »

M07 « Il faut qu'on ait un répertoire des gens qui sont disponibles sur le territoire. Ça, c'est ce qu'on est en train de mettre en place dans le secteur. »

X 16) Désert médical

En raison de la carence en spécialistes mais aussi en généralistes, plus de la moitié des interrogés rapportent la difficulté à orienter, travailler ensemble et se coordonner avec les spécialistes, renforçant le sentiment d'isolement. L'hôpital public est dépourvu d'endocrinologue, de neurologue et de néphrologue. Les cardiologues et MG manquent cruellement pour la demande de soin.

M02 « Il est où le diabétologue ici ?[...] Neurologue c'est pareil.. [soupire] »

M05 « Le cardiologue je le sollicite pas, quand j'en ai besoin celui de l'hôpital est très débordé [...] Néphrologue c'est pas facile [...] En privé à Maydia mais eux ils font de la dialyse. Le suivi de tous les jours, c'est loin d'être le cas. »

M08 « Après on est resté un moment sans endoc du coup, j'ai fait mes trucs toute seule et après j'ai pas forcément le réflexe de demander un avis spé et je me démerde comme je peux. »

M07 « Dans ce secteur on est très isolés en fait, les cabinets ne marchent pas très bien autour donc on les a tous. »

✓ 16') Favoriser l'autonomie des généralistes et le recrutement de généralistes et spécialistes

Afin de pallier au manque de spécialiste, cinq médecins sont convaincus de l'intérêt des formations continues pour gagner en autonomie.

M03 « Le diabète il est tout seul, c'est sur c'est difficile. Mais ça pourrait être une manière de faire des formations, des petites mises à niveau pour le décharger.[...] Sur Cardiomayotte, on a fait un enseignement sur les FdR cardio-vasculaire orienté médecin généraliste. Il y a beaucoup d'interventions sur le diabète et sur les complications du diabète. »

M06 « Moi je me suis formé sur le tas, quand je suis arrivé, je connaissais rien à l'insuffisance rénale, maintenant c'est bon, ça va [...] j'ai appris à les prendre en charge jusqu'à un stade IV [...] j'ai mis en place la consultation chronique parce que je voulais compenser le manque de spécialiste »

M08 « Le test au mono-filament, je sais pas m'en servir, j'ai jamais appris. Peut être ça, si on me montre comment on fait, ça peut être intéressant. »

Plus de la moitié des médecins souhaitent aussi améliorer l'offre de soin en faisant venir des MG et spécialistes à Mayotte dont un médecin évoque la création de maisons médicales en salariant les généralistes afin d'éviter la lourdeur administrative.

M02 « Il faudrait mettre des maisons médicales municipales qui ne coûtent rien aux docteurs, qui leurs demandent pas d'investir des millions d'euros. Même éventuellement ils pourraient y être salariés »

M05 « Tripler les effectifs hospitaliers, comme nous en libéral, on est pas nombreux »

M06 « Avoir un panel de spécialiste un peu plus présent. Il n'y a pas d'ophtalmo, ya pas de neuro [...] Si ça tournait avec le double de spécialistes actuellement ça fonctionnerait mieux pour les patients et pour nous. »

M08 « Un accès à un endoc plus facile ou un truc pérenne qui dure, ça nous aiderait plus [...] s'il y avait plus de nutritionnistes, ça serait bien. »

X 17) Hétérogénéité de la répartition géographique d'accès aux soins sur l'île

Le système de santé se concentre majoritairement sur Mamoudzou. La contrainte kilométrique accentue l'inégalité d'accès aux soins et le suivi pour les patients.

M02 « Puis ça les gonflaient d'aller à Mamoudzou. Le problème c'est ça aussi. Il y a deux îles là. Mamoudzou c'est un autre pays là par rapport à la brousse. Vous annoncez à un patient qu'il doit aller à Mamoudzou.. je me mets à sa place. J'essaie de ne pas y aller plus d'une fois tous les deux mois. »

M03 « C'est difficile pour eux d'aller jusqu'à Mamoudzou. De devoir se déplacer pour avoir une prise de sang. [...] on a pas de laboratoire dans le sud [...] Certains cabinets font de l'éducation thérapeutique. Mais la majorité est sur Mamoudzou. Donc c'est un peu compliqué pour les patients, tout est centralisé. Il n'y a pas trop de délocalisation, c'est délicat. »

✓ 17') Homogénéiser l'accès aux soins géographiques

L'idée évoquée par deux médecins est de mailler le territoire pour couvrir les zones vides et faciliter l'accès aux soins pour la population recluse. Cela pourrait se faire au travers des associations ou des pouvoirs publics locaux et régionaux.

M05 « Il y a une association qui intervient dans l'éducation thérapeutique, Rédiab. Il faudrait étoffer un peu plus ce genre d'association pour que Mayotte puisse bénéficier d'un maillage plus structuré dans les zones les plus touchées. »

M06 « Dans chaque village, il devrait y avoir un endroit référence où il y ait un infirmier qui de telle à telle l'heure fait les insulines, que les gens ne soient pas obligés de se payer le taxi pour venir tous les jours. Il faut mailler le territoire. Le

dispensaire c'est bien, mais c'est pas suffisant. S'il y avait un petit truc ouvert tous les matins de 7h à 9h, ça ça serait intéressant. »

Aspects socio-politiques

X 18) Médecine à deux vitesses

Deux médecins soulèvent l'existence d'une médecine à deux vitesses dans le parcours de soins et l'accès aux spécialistes des non assurés sociaux.

Il s'en suit également pour l'accessibilité technologique. Que les patients soient assurés sociaux ou pas, ils ne peuvent bénéficier du freestyle sans première consultation avec un diabétologue. Au vu de l'absence d'endocrinologue sur l'île, cela limite l'accès au freestyle aux patients soignés hors Mayotte où ceux bénéficiant d'une consultation endocrinologue sur des missions.

M06 « Pour l'ophtalmo, si c'est sur l'hôpital c'est galère parce que quand il y en a, ça va, quand il n'y en a pas ça suit pas. »

M08 « L'absence d'ophtalmo au CHM pour les sans papier. Ceux qui ont une sécu on les envoie à Bandrélé maintenant qu'il y a le truc à Bandrélé. »

M08 « J'aimerais bien avoir le freestyle. Tu vois la première ordonnance ça doit être un endocrinologue qui doit te le faire. Donc nous c'est vachement limitant sachant qu'on a pas d'endoc à l'hôpital »

✓ 18') Faciliter l'accès aux soins pour tous

Parallèlement à la première partie, un des médecins soulève la nécessité de faciliter l'accès aux soins, via la régularisation des non assurés diabétiques.

M05 « Faciliter la prise en charge de cette maladie en leur facilitant le parcours de soin. [...] Dès lors qu'il ont eu un séjour, les régulariser de sorte qu'ils aient une sécurité sociale et donc une ALD. »

X 19) Offre de soins limitée face à la demande

En parallèle avec les trois derniers freins, les médecins retrouvent là encore une offre limitée face à la demande. Deux d'entre eux dénoncent le système de soin dû au manque de spécialistes et l'attente considérable avant d'être pris en charge. Ils trouvent comme seule alternative possible de partir de Mayotte.

M05 « Aujourd'hui, on ne peut pas compter sur l'hospitalier, avec un hôpital qui est complètement désorganisé, où il n'y a pas beaucoup de spécialistes. »

M05 « On peut pas admettre qu'on oriente quelqu'un pour être pris en charge dans les 2-3j à venir et qu'on lui demande de revenir dans 3 à 6 mois parce qu'on a pas la possibilité de le prendre en charge [...] J'ai un numéro de téléphone avec un mail, j'appelle un collègue et j'ai un rdv tout de suite à la Réunion. [...] Ceux qui ont des sous s'en vont, je leur conseille de partir. » »

M07 « Moi quand j'ai un gros problème, la première chose que je demande aux gens c'est est-ce que vous pouvez partir de Mayotte. Je cherche pas à comprendre. Si ils peuvent partir, terminé on fait rien. »

✓ 19') Guide de recours aux spécialistes pour optimiser le recours aux soins

En raison du recours aux spécialistes assez restreint, deux médecins préconisent comme alternative un guide de recours aux spécialistes qui répond à des besoins particuliers en filtrant les consultations via des critères d'adressage.

M02 « Si j'envoie à un spécialiste c'est parce que j'ai besoin d'une prise en charge spécialisée. C'est ce que nous disait X ou sa collègue, le patient il est bien il est cadré, c'est pas la peine de nous l'envoyer tous les ans surcharger la consult de cardio à Mayotte. »

M03 « Une meilleure communication de la dialyse par exemple, sur leur pratique, sur les modalités d'adressage. [...] un petit carnet avec tous les numéros de téléphone de tous les spécialistes pour les complications. »

Ressentis sur le positionnement des acteurs patients/ médecins

X 20) Désinvestissement du patient

Trois médecins relèvent un désinvestissement du patient dans le parcours de soins. Partiellement soucieux de leur pathologie, ils accordent peu d'importance aux consultations de suivi des complications.

M01 « Je les envoie chez le dentiste, rarement ils y vont mais je les envoie quand même. »

M04 « L'éducation thérapeutique je sais que ça existe [...] c'est assez anecdotique, c'est pas très régulier. Je n'ai pas de connaissance, savoir si les gens viennent à ces séances quand on leur propose [...] Et après c'est l'intérêt des patients pour ce genre d'activité de groupe, je sais pas du tout si ça marche. Pareil, c'est aussi culturel cet aspect là. »

M06 « 2/3 des patients sont d'accords pour faire de l'éducation thérapeutique. Sur ces 2/3, 10% vont y aller, pas plus [...] elles répondent pas au téléphone ou quand ça les intéresse. Elle vont à la 1ère consultation et puis après elles suivent pas la mise en place. »

✓ **20') Action des fonctions de santé publique : sensibiliser les patients au travers de campagnes préventives**

Là encore, les médecins soulignent l'importance de la sensibilisation et la prévention pour responsabiliser le patient, aussi bien sur l'alimentation que l'activité physique, au travers d'actions menées par les pouvoirs de santé publique et ainsi favoriser l'adhésion au parcours de soin.

M03 « Il faut qu'on joue sur l'alimentation, l'éducation thérapeutique, l'activité physique. Je sais que l'ARS essaie de mettre en place pleins de programmes là dessus et qu'il y a de plus en plus de programmes nationaux adaptés à Mayotte. »

M08 « Améliorer la prise de conscience sur la santé physique. Faire du sport. Promouvoir la santé, le sport et mieux manger [...] Il faut vraiment beaucoup communiquer, faire beaucoup de publicité par rapport à ça pour que les gens aient envie de changer. Ça veut dire revenir à des trucs de bases, dans la culture avant ça existait pas ces trucs là ! »

✗ **21) Négligence du médecin**

Du fait d'habitudes de pratiques non systématiques, certains médecins admettent négliger certains recours aux soins malgré les moyens disponibles.

Par exemple, l'ECG est rarement réalisé annuellement pour des raisons organisationnelles ou le podologue souvent oublié par manque d'automatisme.

M01 « ECG je fais pas pour le diabétique parce que j'ai pas le réflexe de le faire. Le podologue non plus, j'ai rarement le réflexe. Quand j'y pense je le fais, c'est un oubli [rires]. »

M03 « Le podologue, c'est un manque de réflexe de ma part puisque eux sont très disponible sur l'île. »

M08 « Je n'allais pas jusqu'aux dents. [rires] [...] Le podologue je le fais pas, même pour ceux qui sont en ALD [...] S'il a que du diabète, je suis pas sûre que je ferai un ECG en systématique. »

✓ 21') Uniformiser les pratiques : intérêt d'une fiche mémo sur le parcours de soin à Mayotte

Du fait du manque de réflexe de certaines pratiques, on pourrait imaginer qu'implicitement les médecins souhaitent bénéficier de fiche mémo et des spécialistes présents sur l'île afin d'être plus systématique dans le parcours de soin de leur patient, comme évoqué dans la rubrique 19'.

M03 « Un peu plus penser au podologue. [...] C'est un peu un oubli. »

✗ 22) Manque de relation médecin/patient

La quasi totalité des médecins relèvent un suivi patient très limité résultant d'un cercle vicieux comme suit.

L'absence de présence médicale pérenne est à l'origine d'un turn-over médical important. Le turn-over empêche le suivi patient régulier et le feed-back. L'absence de suivi patient est à l'origine d'une organisation de soins chaotiques. L'organisation de soins chaotiques rend réticent les médecins à rester.

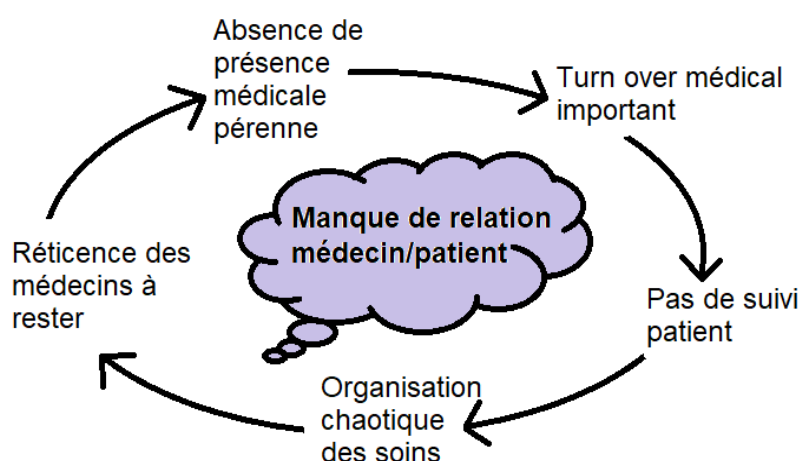


Figure 2: Schéma

explicatif

Un schéma explicatif sera plus parlant pour expliquer le phénomène suivi des verbatims des médecins pour illustrer les différentes étapes.

M07 « Des fois il y a des services qui peuvent marcher pendant un mois, deux mois, deux ans puis après pouf ça s'arrête [...] De toute façon, ça change tellement de médecin tout le temps que même l'hôpital on sait pas. »

M08 « C'est vrai qu'il y a aussi le problème de turn-over entre nous. Tu vois, il n'y a pas vraiment un médecin qui suit un patient. »

M04 « Ce qui est compliqué, c'est qu'on suit pas des personnes. On voit une personne, c'est pas sûr que c'est nous qui la revoyons après, on a pas de connaissance de la suite. »

M06 « Je voyais des patients qui passaient 6 fois dans l'année au dispensaire pour soigner le diabète et qui à chaque fois avaient des changements de traitements, chacun y allait de sa couche. C'était ni fait ni à faire, il n'y avait pas de suivi biologique, il n'y avait pas de prise en charge du dossier »

M03 « C'est ça le souci ici, c'est qu'il peut se passer quelque chose mais trois mois après finalement, la personne qui était là est partie. »

✓ 22') Consultations chroniques et rôle de l'IDE/IPA pour un suivi pérenne

Les médecins sont convaincus de l'intérêt des consultations chroniques et du suivi via les IDE/IPA pour optimiser le parcours de soin des patients. Ces derniers étant présents de manière plus pérenne que les médecins, il semble intéressant de leur confier ce rôle de suivi. Un médecin souligne en plus l'importance des IDE dans la tenue des dossiers médicaux. D'autre part, la consultation chronique permet aussi un temps dédié uniquement à la pathologie, garant d'un suivi diabétique plus régulier.

M04 « S'assurer que le suivi est fait correctement, notamment de tout ce qui était examen ou consultation spécialisée en plus. Comme l'IPA semble être un acteur un peu stable dans le suivi des patients à la différence des médecins. »

M08 « Essayer de renforcer la prise en charge des chroniques en essayant de les voir le mieux qu'on peut [...] avec l'IPA j'espère que ça va être plus carré. »

M08 « Nous on fait pas de visite à domicile vu le manque de médecin qu'il y a. [...] Les IDE tiennent super bien les dossiers [...] Elles sont hyper importantes à Mayotte. Elles tiennent les filets de chaque côté. »

M06 « Depuis 11 ans, les gens ont bien appris et sont bien rentrés dans la consultation chronique, c'est à dire dans la prise en charge de ça. On vient pour ça et on voit des médecins qui savent ce qu'on fait. »

A TOUS LES NIVEAUX

Ressources et coordinations

✗ 23) Charge de travail démesurée

Au vu de la pénurie médicale sur l'île, les médecins restants arrivent péniblement à pallier à la pression démographique, soulevant un sentiment de travail infini comme l'expliquent trois médecins.

M03 « je suis sous l'eau à chaque fois. Ce flux de patients qui fait qu'on va à l'essentiel. Et donc j'ai du mal à refaire de l'éducation thérapeutique [...] vu le travail inhérent et lourd, c'est difficile de se détacher »

M04 « Avec la charge de travail qu'on a eu cette fois-ci »

M06 « Faudrait des consultations qui soient pas surbookées en permanence. »

✓ 23') Rôle de l'IDE/IPA pour délégation de tâches

La clé pour pallier au désert médical serait de travailler en collaboration étroite avec les IDE/IPA comme l'expliquent trois médecins. En déléguant certaines tâches, la consultation médicale pourrait être drastiquement optimisée permettant de dégager du temps médical à l'éducation du patient.

M03 « Une IPA qui puisse faire l'ECG [...] Prendre un peu plus de temps pour chacun des patients diabétique [...] j'aurais aimé faire un peu plus d'éducation »

M04 « Une infirmière salariée d'un médecin généraliste. Elle a un rôle d'IPA [...] Ils ont toute une prise en charge des patients diabétiques que je trouve extrêmement intéressante. Elle fait les renouvellements d'ordonnance quand il n'y a pas de modification de traitement, qui suit les examens para-cliniques. »

M06 « Pouvoir un peu mieux gérer tout ce qui est cardio chez le diabétique[...] les électro c'est pas à jour. [...] L'ECG, j'aimerais bien avoir plus de temps et un local dédié à ça et un temps d'infirmier ou d'ASH¹² pour le faire. »

Aspects socio-politiques

X 24) Inertie des pouvoirs publics face au climat hostile

Les médecins notent une déresponsabilisation des instances publiques avec une volonté politique inerte pour améliorer la situation, soulevant un sentiment d'abandon et de frustration face aux décisions des acteurs politiques qui ne les entendent et ne les soutiennent pas comme le décrivent deux médecins.

M05 « Il n'y a pas un jour où il n'y a pas de guerre de clans et donc les gens s'en vont. [...] Il faut essayer de faciliter la venue de ces arrivants pour qu'ils se sentent beaucoup plus à l'aise et en sécurité et ça c'est pas dans l'esprit de certains. [...] On se voile les yeux, voilà je suis tranquille dans mon p'tit coin et je m'en fou de ce qu'il se passe. Pourtant c'est pas compliqué, on est pas très nombreux, c'est une petite île 364km², on est pas capable de gérer ça ! »

M07 « Une particularité propre à Mayotte, l'anarchie. L'état est dans l'incapacité d'assurer ses missions de base. Sécurité.. et j'en passe. Et tout le monde s'en sort comme il peut dans son coin sans lien global.»

¹²Agent de service hospitalier

Il en résulte un climat hostile inhérent à la violence et l'insécurité sur l'île qui retentit sur les soignants et les patients. Un médecin explique que l'insécurité dissuade certains confrères à rester à Mayotte. Trois autres nous font comprendre la difficulté des patients à appliquer certaines règles hygiéno-diététiques (culture du riz, activité physique extérieure) et respecter le suivi (examens complémentaires sur Mamoudzou) en raison des vols et la peur de se faire agresser.

M05 « Je vois mal quelqu'un venir à Mayotte sachant qu'il ne peut pas scolariser son enfant ou en ayant la boule au ventre quand il saura son enfant à l'école parce qu'il va se faire tabasser. »

M02 « Entre le moment où ça commence à fleurir et le moment où il faut ramasser les grains, il faut être à côté avec le fusil [...] Il y a une prédation non négligeable. »

M04 « La place de la marche. Il y a le climat qui fait aussi que l'activité physique n'est pas aussi facile pour les gens ici. »

M02 « Le problème c'est ça aussi. Il y a deux îles là. Mamoudzou c'est un autre pays là par rapport à la brousse. »

✓ 24') Favoriser l'attractivité médicale à Mayotte

Pour des raisons évidentes, nous ne développons pas les mesures sécuritaires concernant les patients. Cela sortirait du cadre de la thèse et serait sujet à des débats ne concernant plus le diabète directement. Les médecins n'ont d'ailleurs pas évoqué cet aspect. Deux médecins soulignent cependant l'importance de rendre Mayotte attractive pour les soignants.

M05 « Et pour avoir des effectifs, il faut que Mayotte séduise. [...] Je rigolais quand on parle de fidéliser, mais il faut être attractif avant. »

M07 « Des vrais mesures d'attractivité pour faire venir des soignants. [...] Dans ce qui est spécialisé, nos objectifs, c'est de faire venir des spécialistes d'ailleurs sur des missions. »

X 25) Aberration entre la politique migratoire et l'offre de soin

La moitié des médecins déplorent une certaine impuissance pour soigner les patients en situation irrégulière. Ils décrivent une politique migratoire faisant obstacle au parcours de soin. La peur des contrôles d'identité et la reconduite à la frontière sont les causes de rupture de traitement et de retard de prise en charge entraînant la décompensation de pathologies chroniques ou des retards diagnostiques importants.

M01 « Quand tu as des gens en situation irrégulière, des fois ils viennent, des fois ils viennent pas parce-ce qu'il y a la PAF. Il y a des décompensations de ouf. »

M04 « Des situations de patients diabétiques expulsés [...] qui reviennent au dispensaire avec un diabète complètement déséquilibré à nouveau et pour lesquels il faut réenclencher toute l'initialisation du traitement. »

M08 « Elle était attrapée par la PAF. Elle était sous Lantus, arrêté depuis le mois de mars et qui là à une HBA1C à 19.[...] La pharmacie de Kahani est ouverte. Je sais pas s'ils vont à Kahani chercher les médicaments parce qu'ils ont peur de se faire arrêter par la PAF»

✓ 25') Faciliter l'accès aux soins pour tous

Nous retrouvons ces attentes dans les points 8' et 18' en réponse à cette médecine à deux vitesses causée entre autres par la politique migratoire.

X 26) Inaction des pouvoirs publics de santé

Les médecins dénoncent la déresponsabilisation des pouvoirs publics de la santé à l'échelle nationale et régionale.

Au niveau national, deux médecins sont ébahis de l'absence de reconnaissance par l'assurance maladie du diabète à un stade précoce en tant qu'ALD, dont l'évolution sans prise en charge renforcée mènera à des coûts plus colossaux.

M02 « Mettre les gens sous insuline pour avoir l'infirmier c'est quelque chose qu'on fait, c'est délirant. [...] On est à la limite du mensonge et de la mauvaise foi là et pourtant on le fait. Ça montre bien qu'il y a un besoin qui n'est pas couvert par l'assurance sociale ça. »

M05 « On attend qu'il y ait une décompensation pour qu'elle soit prise en ALD [...] il va arriver aux urgences on aura pas le choix de le mettre en réanimation ou en dialyse et ça coûte beaucoup plus cher.[...] C'est des pathologies qui sont sous estimées. Soit on ne veut pas voir ce qu'il se passe exactement, soit on a pas le temps de creuser un petit peu. »

La moitié des médecins souligne l'organisation décousue du système de santé et la lenteur administrative de l'assurance sociale pouvant prendre plusieurs mois avant qu'un patient puisse bénéficier d'une prise en charge médicale à 100%.

M04 « Le patient a sa part de responsabilité mais le système de soin aussi a sa part de responsabilité quand les gens dépendent de l'hôpital public. »

M07 « Personne dit mot et personne s'adapte. On devrait être en état d'urgence, le plan blanc permanent. Mais ils ne savent pas le faire. »

M02 « Quand le patient on le revoit en octobre et qu'il est toujours pas à 100%, faudrait qu'ils se magnent un peu à la sécu. Parce que les délais, c'est aussi bien 15 jours que 6 mois. »

M06 « Après la sécu ça peut durer 6 mois avant qu'ils aient leur attestation et après tu rajoutes encore 2 mois pour avoir le 100%, donc ils bouffent un an de leur séjour rien qu'en administratif. »

Au niveau régional, un médecin soulève l'absence d'engagement des instances de santé publique pour permettre une meilleure cohésion et communication des soignants.

M05 « Pourquoi aujourd'hui, j'appellerais quelqu'un que j'ai jamais vu de ma vie ? Alors que si on le faisait, on se connaîtrait, ça passerait beaucoup plus facilement entre nous que si on connaît pas la personne qui est en face de vous. [...] L'ARS aurait pu être facilitateur mais bon, c'est n'importe quoi»

✓ 26') Action des fonctions publiques de la santé

Nous avons développé dans les rubriques 2' et 12' les attentes des médecins concernant les problématiques découlant de ce frein. Les pouvoirs publics pourraient mener des campagnes préventives sur la nutrition (axe 2') et faciliter la coordination en réseaux entre soignants (axe 12'). Un médecin va plus loin et soulève l'idée d'un rassemblement des catégories socio-professionnelles concernées pour discuter des problématiques et réformer l'organisation des soins.

M05 « Réaliser ce genre de rassemblement avec toutes les catégories socio-professionnelles confondues pour parler vraiment de ces problèmes là et pour dire halte maintenant [...] Faudrait peut être changer de direction. C'est pas impossible, mais il faut de la volonté et ça ce n'est pas moi tout seul ici qui pourrait faire changer les choses. Peut être que ça vient de nos ARS. »

X 27) Incohérence entre la politique de santé et le contexte

Pour finir, les médecins questionnent le système de santé mis en place à Mayotte, contrastant avec le contexte socio-politique.

Deux d'entre eux modèrent le fait d'appliquer à Mayotte le système de santé métropolitain car d'un point de vue socio-économique, culturel et éducatif, Mayotte fonctionne différemment des autres départements français.

M05 « Ici, on est un département mais ça ne sera jamais le même, jamais. Il n'y a qu'à voir l'habitat. Vous verrez les problèmes d'électricité. Comment ils vont conserver l'insuline ? [...] Dans 10-15-20 ans, Mayotte sera toujours ce qu'elle est aujourd'hui. Les gens seront peut être beaucoup plus informés, plus instruits, on n'enlèvera pas de la tête des mahorais le comportement social, la proximité, la famille. On veut tellement faire plaisir aux politiciens, on oublie de leur dire un certains nombre de choses officielles »

M06 « On en est presque à dire qu'un diabétique en début de prise en charge avec un IMC de 40, on devrait aborder le sujet de la chirurgie bariatrique [souffle] [...] Les gens, tu leurs parles de chirurgie pour maigrir, eux non plus savent pas ce que c'est. C'est là qu'on est vraiment déséquilibré par rapport à ce qu'on nous dit de faire et ce qu'on peut faire. »

L'un d'eux évoque le déni des politiciens à considérer cela pour l'intégrer dans le système de santé.

M05 « Il faudrait qu'il y ait une prise de conscience, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui et je ne vois pas quand est-ce que ça pourrait être. [...] On se rend bien compte que la direction que nous sommes en train de suivre aujourd'hui nous pose que problème. Alors pourquoi continuer sur cette direction là ? »

✓ 27') Adapter le système de santé au contexte

Ces deux médecins évoquent l'idée d'intégrer un système de soin réellement adapté aux particularités socio-économiques, culturelles et éducatives.

A titre d'exemple comme le souligne un des médecins, un patient diabétique présentant un IMC supérieur à 40 est candidat à la chirurgie bariatrique dans l'hexagone. A Mayotte, les spécialistes émettent une retenue à l'indication chirurgicale au vu de la prévalence de l'obésité sévère liée aux phénomènes culturels, aux connaissances médicales réduites, à la contrainte du régime alimentaire et à la lourdeur du suivi.

M05 « Il faut plutôt développer le département de Mayotte en tenant compte un certain nombre de paramètres notamment culturels. On ne peut pas faire autrement. »

M06 « Heureusement, ici, j'ai parlé aux endocrino qui interviennent heuu.. ils temporisent, ils mettent un bémol. »

Nous citons ce médecin qui questionne davantage les dirigeants hiérarchiques que les médecins ou les patients dans la majorité des problématiques retrouvées. L'enjeu serait entre les mains des dirigeants de réformer les actions mises en place pour espérer améliorer le suivi des diabétiques de type II sur l'île.

M05 « On peut pas comprendre qu'il y ait autant de diabétiques à Mayotte. [...] Ça ne regarde pas que le patient ou le médecin. C'est aussi de la responsabilité de nos dirigeants hiérarchiques. Ça dépend jusqu'où va l'intelligence de nos politiques à Mayotte. [...] Mon souhait, c'est que ça change, pas simplement du côté des hospitaliers ou des libéraux mais aussi des dirigeants politiques. Parce que tous les problèmes ici sont liés. »

Ressentis sur le positionnement des médecins

X 28) Modification du seuil de tolérance à Mayotte en raison des situations complexes

Du fait de la complexité des situations à Mayotte souvent prises en charge à un stade avancé, certains confrères ont tendance à comparer des situations dramatiques à des cas plus ordinaires et banaliser des cas simples.

Un autre relate à respecter et accepter certaines coutumes pourtant délétères sur le contrôle des facteurs de risques cardio-vasculaires.

M01 « Ils étaient pas trop compliqués les diabétiques là cet été il me semble, j'avais pas de complications majeures [...] pas d'HBA1C catastrophique. »

M02 « J'ai jamais parlé de surpoids tient.. parce que je m'en fou royalement, [...] Je me prends pas la tête, je vois des carnets remplis de obésité machin truc IMC pfff. C'est pas une maladie ici, c'est une manière d'être. »

Deux médecins déplorent, faute de lit à l'hôpital, de prendre en charge en ambulatoire des patients nécessitant une hospitalisation. Un autre rapporte devoir gérer en médecine générale des diabétiques avancés nécessitant un avis spécialisé.

M02 « Quand on hospitalise un mec avec une décompensation acido-cétosique 7g, on lui met du Na, 3h après il était dans le cabinet.[...] Oué, bon on va faire de l'insuline, on va pas déranger les urgences ! Donc j'envoie plus personne. »

M04 « Une glycémie à 5,5g qui n'était pas connue [...] non décompensé puisqu'il n'avait pas d'acide-cétose. [...] on a essayé d'introduire un traitement, puisqu'il n'a pas été hospitalisé. »

M08 « L'appeler pour lui demander quand t'as une créat qui est augmentée [...] je vous l'envoie ? Et il dit « non, faut que t'attendes que la créat soit à 1000 ! » »

En raison du manque de moyens, les médecins transmettent une vision fataliste, permettant d'accepter certaines situations difficilement soutenables.

M02 « A partir du moment où il n'y a pas ça, je me dis que tout le reste, on est en dehors des clous [...] On ouvre le balle de la déchéance donc autant être ici. »

M07 « C'est des patients très déshérités avec tout ce qui va avec. Les gens en peuvent plus, ils ont tellement de problèmes dans la vie que il y a un peu un laissé aller. Il y a une partie de la population qu'on tient à bout de bras ».

M08 « Tu as des gens, t'aura beau essayer de mettre toute l'éducation thérapeutique que tu veux pour leur apprendre à se piquer, à monter les doses comme il faut, ba tu n'arriveras jamais à le faire. »

✓ 28') **Accepter sans renoncer**

Malgré tout, ils nous partagent aussi une autre vision des choses, acceptant certaines situations de manière empathique sans renoncer à leur rôle de soignant.

M01 « On essaie de sensibiliser les gens. On entend ce qu'il nous disent [...] faut savoir garder son rôle de médecin et pas se décourager. »

M05 « Ça nous empêche pas de continuer, d'insister, de contrôler. Puis on arrive à les stabiliser. »

M06 « Il faut se battre, attendre, être patient, ça viendra, ou ça vient pas. Mais je crois que ça apprend l'humilité [...] Dans les arbres décisionnels, il n'y a pas le patient qui comprend pas, qui ne veut pas, qui ne sait pas. »

Synthèse intégrative des résultats

CONSULTATION	PARCOURS DE SOINS	GLOBALITE
1) Aspects médicamenteux et non médicamenteux (RHD et éducation thérapeutique)		
<p>Agroalimentaire inadapté à Mayotte Réformer les actions territoriales de l'agroalimentaire</p> <p>Influence de la mondialisation prédominant sur la santé Action des fonctions de santé publique : mener des campagnes préventives</p> <p>Marge de manœuvre limitée pour pratiquer l'activité physique Savoir s'adapter aux particularités de Mayotte et du patient pour l'activité physique</p> <p>Hétérogénéité dans l'aisance des traitements Intérêt d'une source d'information centralisée : annuaire missions endocriniennes et fiches d'aides à la prescription adaptée à Mayotte</p>	<p>Limite des organismes d'ETP Action des fonctions de santé publique : coordonner le réseau de santé</p>	
2) Ressources et coordinations		
<p>Qualité d'interprétariat hétérogène Besoin de traducteurs qualifiés</p>	<p>Dossier médical incomplet Informatiser les dossiers</p> <p>Mauvaise coordination hospitalière et / ou extra-hospit Travailler en réseaux entre hospit et/ou extra-hospit</p> <p>Manque de communicat° sur les ressources disponibles Intérêt d'une source d'info centralisée à Mayotte avec annuaire des personnes ressources disponibles</p> <p>Désert médical Autonomie des MG et le recrutement MG et spécialistes</p> <p>Hétérogénéité de la répartition géographique d'accès aux soins sur l'île Homogénéiser l'accès aux soins géographiques</p>	<p>Charge de travail démesurée Rôle de l'IDE /IPA pour délégation de tâches</p>

CONSULTATION	PARCOURS DE SOINS	GLOBALITE
3) Aspects culturels		
<p>Barrière culturelle liée aux croyances et aux coutumes Rôle des référents locaux pour limiter les obstacles culturels</p> <p>Manque de connaissance des médecins des ressources alimentaires adaptées à Mayotte Intérêt d'une source d'info centralisée sur une alimentation accessible et adaptée à Mayotte</p>		
4) Aspects socio-politiques		
<p>Offre et suivi thérapeutique à deux vitesses Faciliter l'accès aux soins pour tous</p>	<p>Médecine à deux vitesses Faciliter l'accès aux soins pour tous</p> <p>Offre de soins limitée face à la demande Guide de recours aux spécialistes adaptée à Mayotte pour optimiser le recours aux soins</p>	<p>Inertie du pouvoir publique face au climat hostile Action des fonctions publiques : favoriser l'attractivité médicale</p> <p>Aberration entre politique migratoire et offre de soin Faciliter l'accès aux soins pour tous</p> <p>Inaction des pouvoirs de santé publique Action des fonctions de santé publique</p> <p>Incohérence entre politique de santé et contexte Adapter le système de santé au contexte</p>
5) Ressenti sur le positionnement des acteurs principaux (médecins +/- patients)		
<p>Désinvestissement des patients Autonomiser les patients dans leur maladie</p> <p>Désinvestissement et délégation de tâches des médecins Rôle des IDE/IPA pour renforcer l'éducation au diabète et l'observance</p> <p>Savoir du patient limité Savoir s'adapter aux particularités de Mayotte et du patient</p>	<p>Désinvestissement des patients Action des fonctions de santé publique : sensibiliser les patients au travers de campagnes préventives</p> <p>Négligence du médecin Uniformiser les pratiques : intérêt d'une fiche mémo sur le parcours de soin à Mayotte</p> <p>Manque de relation médecin/patient Consultations chroniques et rôle de l'IDE/IPA pour un suivi pérenne</p>	<p>Modification du seuil de tolérance à Mayotte en raison des situations complexes Accepter sans renoncer</p>



Freins (rouge) et attentes (bleu) des MG en soins primaires à Mayotte dans le suivi des DT2

Discussion

Forces et limites de l'étude

Forces de l'étude

La crédibilité de l'étude est appuyée par la diversité des profils interrogés, la durée conséquente des entretiens ainsi que la cohérence du phénomène étudié en lien avec la recherche bibliographique initiale et le modèle explicatif issu des données.

L'originalité est apportée grâce à la découverte de nouveaux concepts non retrouvés dans les études préalables.

Enfin, cette étude a été menée afin d'apporter des réponses pertinentes aux MG et à la communauté médicale à Mayotte, ce qui en fait son utilité (22).

La population ayant participé à l'étude connaît bien le territoire, les problématiques qui en découlent et les attentes faisables ou souhaitables à Mayotte. Les entretiens ont été menés de manière ouverte sans interruption des professionnels interrogés afin de limiter la subjectivité du chercheur. Chaque entretien a duré suffisamment longtemps pour être riche d'idées et pertinent.

Limites de l'étude

A l'inverse, peu de médecins novices du territoire ont été interrogés. Il aurait pu être intéressant d'avoir leur ressenti. En effet, au vu du turn-over important de généralistes, il aurait été aussi pertinent d'interroger cette population de médecins connaissant peu les particularités de l'île.

Par ailleurs, nous retrouvons quelques biais inévitables lors d'une étude qualitative :

- Un biais de recrutement : d'abord de sélection, j'ai contacté des médecins que je connaissais ou dont j'ai entendu parler ; ensuite de volontariat (cf annexe 2).
- Un biais de classement : les médecins interrogés nous ont fait part d'expériences personnelles. Des situations marquantes mettant en jeu l'affect sont souvent source d'une plus forte mémorisation des événements, à l'origine d'un biais de mémorisation dans le recueil des données, laissant de côté d'autres événements moins marquants, mais pour autant pertinents.

- Un biais de mesure : bien que l'analyse ait été faite sans a priori ni hypothèse prédéfinie, il en ressort malgré tout un biais d'interprétation me renvoyant à certaines situations que j'ai pu connaître et interpréter de telle sorte.

Discussion des principaux résultats

Bien que tous les résultats soient intéressants, ils sont trop nombreux pour être tous exposés dans cette discussion. Nous avons fait le choix de nous pencher sur ceux qui nous semblent les plus pertinents actuellement à Mayotte, c'est à dire, modifiables, adaptables et pouvant avoir un impact réel dans la prise en charge du DT2 (ceux en couleur). Nous allons reprendre le plan des résultats pour la discussion.

1) Aspects médicamenteux et non médicamenteux (RHD et éducation thérapeutique)		
<p style="text-align: center;">Agroalimentaire inadaptée à Mayotte Réformer les actions territoriales de l'agroalimentaire</p> <p style="text-align: center;">Influence de la mondialisation prédominant sur la santé Action des fonctions de santé publique : mener des campagnes préventives</p> <p style="text-align: center;">Marge de manœuvre limitée pour pratiquer l'activité physique Savoir s'adapter aux particularités de Mayotte et du patient pour l'activité physique</p> <p style="text-align: center;">Hétérogénéité dans l'aisance des traitements Intérêt d'une source d'info centralisée : annuaire missions endocriniennes et fiches d'aides à la prescription adaptée à Mayotte</p>	<p>Limite des organismes d'ETP Action des fonctions de santé publique : coordonner le réseaux de santé</p>	

- Concernant les RHD

A propos de l'agroalimentaire sur le territoire :

-L'offre alimentaire : En 2016, la direction de l'alimentation de l'agriculture et des forêts (DAAF) estime que la production locale ne couvre que la moitié des besoins de l'île, dont 80% n'est pas contrôlée et informelle. Un tiers des familles mahoraises elles-mêmes pratique l'agriculture, dont 80% à visée personnelle. La production locale peine à couvrir les besoins de l'île, à l'origine d'une augmentation de l'importation alimentaire. Pour y remédier, la traçabilité, la sécurité et la professionnalisation des filières agricoles constituent un des enjeux territoriaux majeurs (24, p 7), mais sont actuellement stagnantes tel que nous le constatons dans nos résultats.

Comme le souligne un des médecins, il serait intéressant de questionner la place d'un accord commercial contrôlé entre Mayotte et les Comores, afin de palier aux carences de production sur l'île, tout en exploitant les richesses locorégionales à disposition. En

ce qui concerne l'exploitation locale, revenir à des méthodes traditionnelles comme la culture du riz est une piste très intéressante à envisager. Ces 2 axes sont envisageables et semblent une priorité à Mayotte.

-Dispositifs d'aide pour lutter contre la précarité : comme les médecins l'ont expliqué dans les résultats, l'accessibilité à une alimentation saine est très disparate entre autre financièrement.

Pour lutter contre la vie chère, Mayotte a mis en place en 2013 un dispositif piloté par la préfecture, le bouclier qualité prix. Il s'agit d'un accord de modération des prix entre le préfet et les représentants de la grande distribution établissant une liste de produits de consommation courante à prix fixes et accessibles dans les grandes surfaces (24, p7) ainsi que des dispositifs d'aide alimentaire d'état (croix rouge française, solidarité Mayotte, aide départementale via les centres communautaires d'action sociale (CCAS)) et épiceries solidaires pour les gens en situation précaire.

Dans les faits, les épiceries solidaires ont peu d'affluences et l'aide alimentaire d'état ne couvre pas toute la population candidate à ces aides (24, p8). Le bouclier qualité prix se propose d'offrir une liste de produits à prix fixes et accessibles dans les territoires ultra-marins. A Mayotte, 77 produits pour un prix maximum avoisinant 200 euros. Mais en comparant la liste sur 3 mois consécutifs en 2022 (25), nous remarquons des prix significativement différents d'un produit à l'autre et un panier global à 200 euros reste trop élevé par rapport au pouvoir d'achat moyen de la population locale, limitant la possibilité d'une alimentation diversifiée et équilibrée pour bon nombre.

Nous pensons qu'il serait du ressort de l'État d'établir un commun accord pérenne avec la grande distribution en maintenant et en renforçant les efforts déjà en cours afin d'endiguer cette inégalité.

La responsabilité de l'ARS et de l'État face à l'influence de la mondialisation :

Comme nous l'avons vu dans notre étude, la modification brutale du mode de vie sur l'île est responsable d'une hausse des pathologies cardio-vasculaires que sont l'obésité, l'HTA et le diabète. D'après les derniers chiffres en date de 2019, rappelons que le **diabète** touche plus de **12% des adultes à Mayotte** (14), l'**HTA** touche **38,4% des adultes**, dont 80% sont non équilibrés et **plus de la moitié (55,9%)** des plus de 15 ans sont en **surpoids ou obèses** (26). En raison des chiffres alarmants et en hausse à Mayotte, l'ARS a développé un partenariat avec des associations et réseaux sur le territoire et des actions de sensibilisation sur l'alimentation (26).

Dans les faits, nous constatons que les actions préventives sur le plan alimentaire restent timides. A titre d'exemple, les médecins rapportent dans notre étude des consommations abondantes et quotidiennes de boissons sucrées parmi la population mahoraise. Faciles d'accès financièrement, ces boissons remplissent les étagères des supermarchés de l'île, où a contrario, l'eau est une denrée rare et chère. Il en est de même dans les établissements scolaires où les enfants bénéficient parfois d'une seule collation par jour en guise de repas à base de gâteaux ou de chips et de jus sucrés, ce qui constitue le système de référence à Mayotte en 2021 (27).

En perspective à cela, il serait intéressant que l'ARS et l'État agissent en lien avec la DAAF, non seulement au travers de campagne préventive mais également en figure d'autorité, afin de réformer les actes de collectivité territoriale afin d'améliorer les habitudes alimentaires.

- Concernant l'éducation thérapeutique

A propos des organismes d'ETP :

Certains médecins s'accordent à penser que l'ETP et les groupes de patients sont pertinents pour autonomiser et responsabiliser le patient dans sa maladie.

D'ailleurs, la société française de diabétologie (SFD) souligne l'intérêt majeur de l'ETP, dont le but est d'agir de manière active et non passivement au travers de fiches de conseils alimentaires ou de régimes standardisés. En aidant le patient à modifier son comportement, il devient acteur à part entière dans sa prise en charge (28).

Par ailleurs, une étude réalisée à Mayotte en 2011 souligne l'intérêt de l'ETP chez les malades chroniques, y compris les plus vulnérables, à condition d'y intégrer la dimension contextuelle sociale des patients (29).

Mais dans notre étude, nous retrouvons des contradictions. Une partie des médecins ne voient que très peu d'effets de l'ETP malgré les moyens donnés aux associations pour le faire. Un d'eux estime qu'il y a trop d'informations données aux patients lors de ces consultations, ces derniers étant submergés par des conseils qu'ils sont difficilement en mesure d'assimiler.

M02 « Quand je vois ce qui a été fait sur les cessions, j'ai dit : tout ça vous avez raconté tout ça ? Vous croyez qu'il reste quoi? Et effectivement, il reste pas grand chose quand on check le truc. »

Un autre médecin n'a pas connaissance qu'il est possible d'inclure les patients suivis en libéral dans les groupes d'ETP au même titre que ceux suivis en dispensaire.

M01 « *il y avait des groupes pour les diabétiques [...] il faudrait qu'il y en ait plus, notamment au niveau libéral. Pas qu'au niveau du dispensaire* ».

Afin de mettre réellement à profit l'ETP pour les patients à Mayotte, il serait intéressant de réfléchir à la piste qu'ont suggérée certains médecins ; celle de travailler en collaboration étroite entre médecins, organismes et référents locaux que sont les IDE et personnes référentes des villages. L'idée serait de faire le pont entre la médecine occidentale et les croyances locales afin de donner une information concrète aux patients tout en filtrant certaines informations paraissant primordiales pour le médecin mais en réalité superflues pour le patient. Pour connaître l'efficacité de cette démarche, il serait essentiel d'établir un constant va et vient entre EMET et Rédiab qui effectuent ces consultations d'ETP et les médecins généralistes qui suivent ces patients chroniques. Il serait intéressant que l'ARS mette en œuvre ce lien et faciliter la promotion et coordination de l'ETP auprès des MG.

- Concernant les traitements

Homogénéiser la connaissance et les ressources d'informations :

A la demande de l'ARS et de la SFD, une mission a été menée en 2012 pour la formation de professionnels de santé exerçant à Mayotte. Il en ressortait une hétérogénéité des connaissances en diabétologie, d'autant plus aggravée par le manque flagrant de communication entre le privé et le public et entre médicaux et paramédicaux. Les objectifs de la SFD à l'époque étaient de réactualiser les connaissances, harmoniser les pratiques, sensibiliser et orienter les soignants vers une prise en charge préventive et adapter l'alimentation dans le respect des croyances. Lors de cette étude, la SFD souligne n'avoir eu que très peu de contacts avec l'ARS (pourtant à l'origine du projet) ainsi que les professionnels de santé et aucun contact avec l'hôpital (30).

Dix ans plus tard, nos résultats révèlent les mêmes constats. La communication entre le privé, l'hôpital et l'ARS reste limitée or tous les acteurs ont leur part de responsabilité. Rédiab Ylang, dont l'une des tâches est la coordination des soignants à propos du DT2, ou encore l'ARS pourraient davantage améliorer l'organisation du réseau de professionnels de santé et faciliter la coordination et communication autour des connaissances et recommandations de bonne pratique.

En parallèle à cette piste et à titre d'exemple, un site internet intitulé « cardiomayotte » a vu le jour en 2023, regroupant des fiches d'aide thérapeutique s'inspirant des recommandations pour la prise en charge de l'HTA (et prochainement du diabète). Il s'agit d'une association financée par l'ARS, créée en 2020 par des médecins généralistes et spécialistes du CHM, engagés dans la prise en charge des pathologies cardiovasculaires (31). Au travers de cette association, ce site web en développement semble être une ressource intéressante pour centraliser et homogénéiser des données pertinentes d'aide à la prise en charge des DT2 pour les médecins qui le souhaitent.

2) Ressources et coordinations		
<p>Qualité d'interprétariat hétérogène Besoin de traducteurs qualifiés</p>	<p>Dossier médical incomplet Informatiser les dossiers</p> <p>Mauvaise coordination hospitalière et / ou extra-hospit Travailler en réseaux entre hospit et/ou extra-hospit</p> <p>Manque de communication sur les ressources disponibles Intérêt d'une source d'info centralisée à Mayotte avec annuaire des personnes ressources disponibles</p> <p>Désert médical Autonomie des MG et le recrutement MG et spé</p> <p>Hétérogénéité de la répartition géographique d'accès aux soins sur l'île Homogénéiser l'accès aux soins géographiques</p>	<p>Charge de travail démesurée Rôle de l'IDE /IPA pour délégation de tâches</p>

Concernant les traducteurs :

Dans notre étude, certains médecins soulignent la qualité d'interprétariat très fluctuante, par pudeur de certaines informations ou manque de formation des traducteurs. Ce constat s'applique chez les traducteurs salariés du CHM, qualifiés en tant qu'agent de service hospitalier (ASH) et exerçant la double casquette de traducteur par défaut.

Une thèse de médecine menée en 2015 par Eygun J a étudié les caractéristiques socio-linguistiques des patients en dispensaires à Mayotte. Plus de la moitié des patients souhaitent bénéficier d'un traducteur lors des consultations, y compris les Mahorais de nationalité française bénéficiant des droits sociaux (32, p70). Il en ressort que l'interprète doit s'imposer en tant que médiateur culturel et pas seulement en traducteur littéraire. Les patients soulèvent aussi l'absence de fiabilité de la traduction, le manque de confidentialité, les moqueries, le manque de motivation et la fatigabilité des traducteurs (32, p71). Il en découle la nécessité de former les traducteurs au secret

professionnel, à l'authenticité de la traduction, aux différentes langues, à l'écoute, à la réassurance et au respect du patient (32, p71-72).

Conjointement à nos résultats, on constate que cette absence de formation des interprètes au secret médical, à la linguistique et à l'éthique, a un impact négatif sur l'efficacité d'une consultation de diabétologie en médecine générale.

D'ailleurs, un des médecins nous partage la satisfaction et la nécessité de travailler avec un interprète de qualité pour mener à bien sa consultation médicale.

M02 « Si j'avais pas d'interprète, oui je pense que je pourrai me qualifier d'archi mauvais parce que je parle pas suffisamment bien le shimaorais pour pouvoir vraiment faire passer le message. Je lance le discours, j'ai même pas besoin à la limite de tout dire pour qu'elle envoie. ».

La piste d'employer au CHM des interprètes professionnels, sur la base du volontariat et valorisés, avait été évoquée lors de cette étude en 2015 pour les raisons citées en amont. Mais 8 ans plus tard, en 2023, nous faisons le même constat : trop peu de mesures ont été mise en place pour réformer l'interprétariat en soins primaires, pourtant essentiel dans l'observance et l'adhésion des patients à la pathologie chronique, en l'occurrence le DT2.

A propos du dossier médical patient :

Dans notre étude, les MG ont partagé leur embarras face au dossier médical incomplet. Par exemple, les libéraux nous ont rapporté se retrouver en difficulté pour récupérer les résultats biologiques en laboratoire privé. Ensuite, la perte de l'information s'étend aussi aux généralistes exerçant en dispensaires avec la difficulté à récupérer les examens réalisés dans le privé. Ou encore concernant le carnet médical du patient qui peut être égaré ou non rempli par un des soignants intervenu dans la prise en charge. Tous ces facteurs limitent l'accès aux antécédents, examens et suivi, entravant à long terme la prise en charge du patient.

Quid dans le suivi chronique du DT2 ? Une étude réalisée en 2022 a étudié l'impact du dossier patient informatisé (DPI) sur la qualité des soins dans un hôpital au Luxembourg. Il en ressort un apport significatif dans la qualité des soins lorsqu'il est pleinement intégré par les professionnels de santé. Cependant, une implémentation facile d'utilisation est nécessaire pour que les médecins l'utilisent. Mis à profit, le DPI permet la coordination des soignants et par conséquent, la continuité des soins (33).

La piste de mettre en place le DPI pour faire le pont entre le privé et le public et coordonner les soins est à prendre en compte, d'autant plus à Mayotte où souvent les

patients ne connaissent pas leurs antécédents et éprouvent des difficultés à expliquer leurs maladies. En revanche, la divulgation ou le vol des données peut amener à des dérives avec rupture du secret médical. A ce titre, il est important que la mise en place du DPI soit faite de manière sécurisée afin de respecter l'éthique et la confidentialité vis-à-vis des données concernant le patient.

Communication sur les ressources existantes à Mayotte :

Comme expliqué dans les résultats, il manque de communication concernant les ressources disponibles à Mayotte. Beaucoup d'événements existent au travers d'organismes et d'associations dont pourraient bénéficier les patients DT2.

Par exemple, en ce qui concerne les RHD, les CCAS et le CROS proposent depuis récemment des activités dans certaines communes pour limiter la sédentarisation, mais encore trop peu de médecins sont au courant.

M03 « le CROS, tout ce qui organisme de sport santé commence à communiquer mais il n'y a pas assez du aller vers le médecin. »

Autre exemple, en ce qui concerne l'ETP au CHM (EMET), les MG libéraux n'en n'ont pas toujours connaissance et la médecin référente de l'EMET m'a rapporté à son tour l'absence d'orientation de leurs patients. A nouveau, on pourrait faire davantage de communication autour de leur existence auprès des MG.

Une source d'information centralisée mise à jour régulièrement et connue de tous les acteurs de santé avec un annuaire des personnes disponibles concernant le suivi des patients DT2 semble pertinent. Ce besoin est tellement important qu'il est déjà en train de se mettre en place par différents médecins mais pas encore centralisé : un d'eux nous a dit créer un annuaire des spécialistes, au même titre que l'association « cardiomayotte » gérée par d'autres médecins.

Démographie médicale :

Comme nous l'avons détaillé dans l'introduction, puis dans les résultats, Mayotte souffre d'un manque de soignants et s'inscrit comme plus grand désert médical de France (10). Des études récentes montrent que les MSP pourraient apporter une solution pour pallier aux zones de désert médical, regroupant tous les acteurs de santé concernés (MG, spécialiste, IDE, psychologue, nutritionniste...) (34). Cependant, elle pourrait être difficilement applicable en raison du turn-over des professionnels de santé

(35, p 65). L'ARS et l'hôpital mettent déjà en place des moyens pour favoriser l'attractivité médicale, mais l'impact reste modéré.

Afin de palier à cette carence médicale, il est intéressant de voir le problème sous un autre angle. L'idée serait de former les MG à une autonomie plus importante dans la prise en charge des DT2, au travers de formations continues, de fiches d'aide à la prescription et des personnes ressources accessibles et mobilisables via un guide disponible pour tous tel que nous l'avons évoqué dans le point précédent.

Notons tout de même un point positif. Entre 2021 et 2022, Mayotte s'inscrit en 2eme place des territoires d'outre mer derrière la Guyane, avec une hausse de + 7,8% des effectifs de médecins réguliers (10, p52) et de 46,2% entre 2010 et 2022 (10, p60), laissant présager une meilleure image de Mayotte et une volonté de dynamiser l'offre de soin.

Répartition géographique d'accès aux soins sur l'île :

Comme nous l'avons constaté, la répartition géographique de l'offre de soin se concentre majoritairement au même endroit. Le laboratoire d'analyse biologique, le service de radiologie, le plateau technique, les organismes d'ETP et l'hôpital central sont exclusivement sur Mamoudzou (11, p31). Pour beaucoup de patients, effectuer la route pour réaliser des examens complémentaires est contraignant, source d'une mauvaise observance vis-à-vis du diabète.

Comme l'ont évoqué deux médecins, la piste de mailler davantage le territoire au travers des organismes et des IDE pour effectuer des bilans sanguins et réaliser l'ETP est une idée à développer. Il serait important de coordonner ce maillage de sorte à homogénéiser la répartition d'accès aux soins.

3) Aspects culturels		
Barrière culturelle liée aux croyances et aux coutumes Rôle des référents locaux pour limiter les obstacles culturels		
Manque de connaissance des médecins des ressources alimentaires adaptées à Mayotte Intérêt d'une source d'info centralisée sur une alimentation accessible et adaptée à Mayotte		

Barrière culturelle :

Certains MG soulignent des difficultés face à l'autonomie et l'observance des patients DT2 en lien avec les croyances et les représentations. Qu'elles soient du côté des soignants ou des patients, elles font partie intégrante de la prise en charge et de ce fait, ne doivent pas être négligées.

Le Mektoub présent dans la religion musulmane, que l'on peut traduire par « c'est écrit », peut soustraire la notion de responsabilité active du patient face à sa maladie, à son destin, comme rapportée dans deux thèses de médecine ; l'une étudie les difficultés des médecins (19) et l'autre les facteurs socio-culturels, à propos des patients musulmans dans la prise en charge du DT2 (36).

A noter cependant, aucun médecin dans notre étude ne nous a parlé de la période de Ramadan, contrairement à ces deux travaux de thèse. Est-ce du au fait que cela ne pose pas de problème, faisant partie intégrante d'une prise en charge comprise et maîtrisée sur le territoire ? Nous n'avons pas la réponse mais il pourrait y avoir trois hypothèses à cela. La première, serait l'absence de saturation des données par manque d'entretiens suffisants. La deuxième serait que les médecins ont bien intégré cette notion dans un territoire comme Mayotte où la culture, imprégnée de la religion musulmane, est omniprésente et de ce fait, l'ont adopté dans leur prise en charge. La troisième, serait que les MG nous en auraient peut-être parlés si le recueil des données avait été mené en période de Ramadan.

Dans la thèse qualitative étudiant l'influence des facteurs socio-culturels auprès de patients DT2 immigrés Maghrébins (36), ces derniers rapportent les mêmes constatations que les médecins dans notre étude. Les patients n'ont pas conscience des risques de surpoids/obésité et de l'alimentation sur le diabète et ont un rapport au corps différent des critères d'IMC (surpoids >25, obésité >30) tels que l'a défini l'OMS (37). Ils prônent le culte de l'embonpoint et qualifient la personne maigre de malade. L'auteure va même plus loin en soulignant que l'embonpoint est le signe d'une revanche sociale d'un passé précaire, car alimentation abondante est synonyme de richesse (36, p72). Pouvons-nous extrapoler ces résultats à notre étude ? Mayotte était très pauvre il y a quelques décennies seulement, le culte de l'embonpoint ne serait-il pas aussi une revanche sociale aujourd'hui ?

Autre point, toujours en parallèle à cette thèse qualitative, l'auteure rapporte que le prophète met l'accent sur l'hygiène car faisant partie de la foi. L'ablution avant chaque prière doit nettoyer les parties du corps exposées à la saleté, permettant la surveillance des pieds (36, p66). Il s'agit là d'un très bon argument pouvant être mis en avant par les médecins en prévention du mal perforant plantaire voire de l'amputation, plus fréquents qu'en métropole comme évoqué dans les résultats.

Pour aller plus loin, l'auteure cite le Dr Chaker comme une piste pour les médecins. En effet, son livre « le patient musulman » dit : « le musulman possède un corps qui ne lui appartient pas mais prêté par dieu et par conséquent, se doit de le protéger. Il doit se maintenir en bonne santé au travers de l'hygiène physique, le sport, l'alimentation » (38). Conjuguant l'approche bio-médicale et socio-culturelle, il s'agit ici d'un élément clé pour renforcer l'adhérence du patient DT2 (36, p66).

En parallèle à ces aspects, l'idée de faire appel à des référents locaux, soignants (IDE) ou personnes référentes de forte influence et impliquées dans l'amélioration des soins est une piste très intéressante à envisager pour faire le pont entre la culture occidentale et mahoraise. On sait que les patients sont davantage réceptifs aux personnes ayant les mêmes codes et approches. D'ailleurs, la HAS souligne que le fait de s'adapter au profil culturel de chaque patient fait partie des principaux critères qualitatifs en matière d'éducation thérapeutique du patient (39).

Connaissance des médecins en ressources alimentaires locales :

Dans notre étude, les MG nous ont fait part de lacunes en terme de ressources alimentaires accessibles et présentes sur l'île. Qu'il s'agisse de médecins de passage ne connaissant pas la culture traditionnelle et l'agriculture exploitée sur l'île ou de médecins plus habitués, les deux groupes soulignent le manque de référentiels applicables à Mayotte.

Comme nous avons évoqué plus haut l'intérêt d'un annuaire téléphonique, de fiches d'aides thérapeutiques et d'outil pour orienter les patients, nous pensons là aussi qu'une source d'information centralisée sur l'alimentation locale serait très appréciée comme support à l'application des RHD sur le territoire pour les MG prenant en charge des DT2. Elles développeraient l'alimentation accessible sur le territoire, les équivalences nutritionnelles, la manière de cuisiner et les alternatives possibles pour les patients plus démunis. Ces fiches existent dans les groupes d'ETP à l'EMET et Rédiab mais mériteraient d'être développées, faciles d'accès et centralisées pour les médecins.

4) Aspects socio-politiques		
<p>Offre et suivi thérapeutique à deux vitesses Faciliter l'accès aux soins pour tous</p>	<p>Médecine à deux vitesses Faciliter l'accès aux soins pour tous</p> <p>Offre de soins limitée face à la demande</p> <p>Guide de recours aux spécialistes adaptée à Mayotte pour optimiser le recours aux soins</p>	<p>Inertie du pouvoir publique face au climat hostile Action des fonctions publiques : favoriser l'attractivité médicale</p> <p>Aberration entre politique migratoire et offre de soin Faciliter l'accès aux soins pour tous</p> <p>Inaction des pouvoirs de santé publique</p>

Pour des raisons évidentes, nous ne nous attarderons pas sur cet aspect de la thèse et discuterons seulement les points où il est possible d'agir à notre niveau. Il est intéressant de prendre connaissance de l'état actuel des choses qui nous a été partagé par la population d'étude dans les résultats. En revanche, il n'y a pas lieu de discuter certains aspects socio-politiques au vu du caractère complexe sortant du cadre médical de ce travail de thèse et source de débats houleux dont nous ne souhaitons pas prendre partie ici.

Guide de recours aux spécialistes :

Face à l'offre de soin très limitée sur le territoire, il semble essentiel de filtrer le recours aux soins et réévaluer certains critères d'adressages aux spécialistes.

Le service de cardiologie du CHM a déjà mis en place ce processus d'adressage pour les MG souhaitant orienter leurs patients. A l'aide d'un guide relevant certains critères, le MG peut savoir si le patient est candidat à recevoir une consultation cardiologique ou non. Certains médecins sont satisfaits de cette organisation :

M06 « Il y a des cardio qui font ce qu'ils peuvent, qui font très bien ce qu'ils peuvent, ça eux c'est parfait »

M07 « Actuellement la cardiologie à l'hôpital ça marche pas mal ».

D'autres MG sont en demande de ce guide d'adressage :

M04 « Qu'on ait un référentiel qui nous dise à qui adresser, qui s'occupe de ça, ça serait plus simple, parce que là il faut chercher l'information tout le temps »

La piste d'étendre ces critères d'adressage aux autres spécialités semble plus que pertinente au vu des retours positifs pour la cardiologie. Nous constatons que cette démarche est en train de s'étendre à l'endocrinologie avec le faisant fonction d'endocrinologue du CHM qui filtre les patients candidats aux consultations endocriniennes ayant lieu lors des missions.

Concernant le système de santé régional :

A propos de l'ARS : Le rapport du sénat de 2022 sur l'accès aux soins à Mayotte souligne l'intérêt de l'autonomisation d'une ARS locale dotée de dirigeants en contact

permanent du terrain. Depuis sa création en 2020, est rapporté un effet bénéfique de son action interventionniste ayant permis l'avancée de certains dossiers bloqués auparavant gérés par l'ARS de la Réunion (40, p6).

En parallèle avec le rapport du sénat, nous soulignons l'importance d'une action interventionniste de la part de l'ARS. Pour exister, une meilleure communication des outils disponibles et des ressources existantes à destination des professionnels de santé est indispensable.

Mais là encore dans notre étude, nous relevons une tendance différente. Les MG soulignent le manque de communication de l'ARS de Mayotte qui ne travaille pas en lien avec eux. Ces derniers rapportent une inertie de ces infra-structures à déployer des moyens nécessaires et pertinents adaptés au terrain. Un médecin a souligné la demande auprès de l'ARS d'organiser une réunion avec tous les professionnels de santé de sorte de créer une cohésion entre les soignants, mais sans retour.

En ayant discuté avec un des professionnel travaillant à l'ARS, est souligné le même constat : les MG ne répondent pas aux sollicitations. Pourquoi de tels désaccords alors que chacun le souligne comme un frein ? Pour répondre à ces questions, il semblerait intéressant de compléter par la suite ce travail de thèse en interrogeant les acteurs intervenant dans ces institutions et les confronter avec les MG pour en comprendre les raisons.

A propos de l'assurance sociale : Les MG ont constaté l'inertie de la sécurité sociale et le manque de reconnaissance en ALD. Dans le cadre du diabète, certains d'entre eux évoquent l'attente d'une décompensation pour une prise en charge à 100%. Il s'agit ici d'une méconnaissance en droit de la santé puisque le DT2 fait partie de la liste des 30 ALD dont peuvent bénéficier les patients assurés sociaux et ce, dès le début de la maladie (41). De ce fait, ce constat rapporté par les MG est caduque. Un rappel annuel par l'assurance sociale des droits dont les patients peuvent bénéficier pourrait guider certains MG pour déconstruire ces croyances.

Dissonance entre la politique de santé et le contexte

Comme nous l'avons vu dans nos résultats, il est surprenant de voir une telle disparité entre la mise en vigueur du système de santé et le contexte de l'île. Il serait intéressant de réfléchir différemment et de réévaluer les critères et objectifs de santé en fonction du contexte local, étant donné que certains objectifs nationaux sont difficilement concevables à Mayotte. Même si elle est insuffisamment prise en compte, la

considération des facteurs culturels, religieux, sociaux et intellectuels commence à être reconnue et semble une priorité qu'il faut maintenir comme objectif.

5) Ressenti sur le positionnement des acteurs principaux (médecins +/- patients)		
<p>Désinvestissement des patients Autonomiser les patients dans leur maladie</p> <p>Désinvestissement et délégation de tâches des médecins Rôle des IDE/IPA pour renforcer l'éducation au diabète et l'observance</p> <p>Savoir du patient limité Savoir s'adapter aux particularités de Mayotte et du patient</p>	<p>Désinvestissement des patients Action des fonctions de santé publique : sensibiliser les patients au travers de campagnes préventives</p> <p>Négligence du médecin Uniformiser les pratiques : intérêt d'une fiche mémo sur le parcours de soin à Mayotte</p> <p>Manque de relation médecin/patient Consultations chroniques et rôle de l'IDE/IPA pour un suivi pérenne</p>	<p>Modification du seuil de tolérance à Mayotte en raison des situations complexes Accepter sans renoncer</p>

Nous développerons ici le manque de relation médecin/patient au vu du turn-over spectaculaire des médecins et de l'absence de suivi pérenne de ces derniers dans le parcours de soin. Comme il a été souligné dans nos résultats, les IDE/IPA semblent être une alternative dans un désert médical comme Mayotte. Mais nous nous questionnons jusqu'où leur rôle et implication peut aller sans déborder sur la place du médecin.

Représentation, rôle et degrés d'autonomie des IPA et IDE ASALEE :

Les médecins sont unanimes à parler de l'intérêt des IPA et IDE en cabinet de médecine libérale et dispensaire pour compléter la consultation chronique, les déchargeant de certaines tâches et ainsi dégager du temps de consultation pour mieux coordonner les soins. Mais ils questionnent aussi le glissement de certaines tâches pouvant être problématiques dans la responsabilité médicale.

Nous retrouvons ces réflexions dans une étude qualitative menée en 2020 dans la région PACA, menée, entre autre, auprès de MG, cherchant à explorer leurs représentations quant au rôle de l'IPA. Il en ressort une hétérogénéité du rôle de l'IPA, faisant part d'un flou autour du dispositif et le besoin de codifier rigoureusement les missions, ayant comme crainte principale le glissement de tâches professionnelles avec risque de concurrence avec les MG. En revanche, sa mise en vigueur dans les déserts médicaux est très appréciée, notamment dans les établissements de soins où son rôle est mieux défini qu'en libéral (42).

En perspective, dans un désert médical comme à Mayotte, il semble très intéressant de se pencher sur cette piste. Actuellement, le nombre d'IPA est encore très restreint.

Les dispensaires commencent juste à mettre en place la consultation chronique avec ces derniers, au même titre que quelques cabinets médicaux et MSP. Recruter des IPA dans les cabinets médicaux et MSP paraît essentiel pour libérer du temps de consultation nécessaire à une bonne prise en charge et un suivi adéquat. De plus, l'IPA travaillant en dispensaire ou cabinet est en collaboration étroite avec le MG et son rôle bien codifié, ne laissant aucune place à des dérives pour des prises en charges sortant du cadre de compétence comme il pourrait exister sur le terrain en autonomie. Cette alternative semble être un futur proche pour Mayotte dans la prise en charge de la pathologie chronique, ici le DT2.

Modification du seuil de tolérance :

Les soignants à Mayotte font quotidiennement face à des prises en charge de patients à un stade avancé voir décompensé comme l'illustre ce médecin.

M03 « Un diabète complètement déséquilibré et surtout est arrivé des Comores il y a 1 mois et demi. Qui n'a que 32 ans avec une HBA1C à 13%. [...] aujourd'hui, c'était un vieux monsieur qui pareil, arrivait des Comores il y a 15 jours pour un pied diabétique avec une plaie chronique amputé des orteils aux Grandes Comores avec une plaie post amputation qui ne cicatrise pas depuis 1 mois. »

La gravité de la pathologie, en contradiction permanente avec l'offre de soin, oblige certains MG à revoir à la baisse certains critères, de sorte de garder un sens et un équilibre à l'essence même de leur travail, celui de soulager, d'aider et soigner.

Deux tendances sont alors retenues :

D'un côté, une vision plus fataliste du « c'est Mayotte, on y peut rien » où aucune solution n'est possible et l'île condamnée à ne pas évoluer.

De l'autre, une vision plus positive, qui laisse place à la résilience « accepter sans renoncer », où le soignant comme le patient sont acteurs et maîtres de l'impulsion qu'ils peuvent donner pour les années à venir.

Malgré une tendance globale à l'inertie de par l'absence de communication et coordination entre acteurs de santé, nous préférons retenir la deuxième tendance. Nous continuons à penser que les choses pourront avancer s'il existe un lien réel entre les dirigeants politiques, les organismes de la santé et les MG.

Ouverture

Des solutions existent déjà à Mayotte mais les capacités ne sont pas exploitées. Deux raisons principales à cela: le manque de communication des ressources existantes et l'absence de coordination entre acteurs de santé. Les MG ont leur part de responsabilité, mais tous les acteurs intervenants dans le suivi du DT2 jouent un rôle, qu'il s'agisse des MG, des paramédicaux, des dirigeants politiques, des intervenants dans les associations et des responsables impliqués dans le système loco-régional (sécurité sociale, CHM ou l'ARS) sans oublier les patients. Pour comprendre ces obstacles, il serait intéressant de mener un travail portant sur le regard et ressenti de chacun des acteurs impliqués. L'idée serait de comprendre les enjeux et démêler cette complexité, souvent liés à des problèmes d'adaptabilité au terrain mais aussi de communication et de compréhension.

Conclusion

Au terme de cette étude, plusieurs freins et attentes sont retenus.

L'**offre alimentaire de qualité très chère et limitée** entrave le suivi d'un régime alimentaire adapté au DT2. Pour y palier, trois idées sont retenues. A l'échelle locale : réhabiliter la culture du riz sur l'île, à l'échelle loco-régionale : signer des accords commerciaux contrôlés entre Mayotte et les Comores et avec l'hexagone: rétablir la transparence des négociations des prix entre la préfecture/DAAF et les grandes firmes commerciales.

L'**absence de communication et la difficulté de coordination** entre les différents acteurs intervenants dans la prise en charge du diabète à Mayotte est un sujet récurrent. On le retrouve souvent mentionné par les médecins comme source de retard de prise en charge. Il est évident que des solutions sont possibles, comme évoqué au travers d'un réseau piloté par l'ARS, le DPI ou avec le rôle des IDE/IPA et qu'il est essentiel à prendre en considération.

Les MG soulignent l'**absence de référentiel commun** en terme de **ressources disponibles sur l'île**. Il paraît nécessaire de centraliser ces informations pour gagner du temps médical et faciliter la tâche des MG lors des consultations diabétiques. Ce référentiel inclurait les spécialistes, les critères d'adressages aux consultations spécialisées, les personnes intervenant dans la prise en charge du DT2 ou encore un guide d'aide thérapeutique et alimentaire adapté au département.

En ce qui concerne la **barrière culturelle** dans la position du MG. Les particularités des patients et leurs croyances peuvent être un allié lors de la consultation diabétique. Elles permettent de faire le pont avec la médecine bio-médicale entraînant une forte adhésion des patients à l'observance thérapeutique. Les référents locaux et les IDE peuvent aider les médecins dans cette démarche avec le patient.

La **barrière de la langue** peut entraver de manière conséquente la consultation médicale. Faisant partie intégrante de la relation médecin/patient, le rôle des traducteurs est primordial. Afin d'optimiser la consultation diabétique, il est impératif

que tous les acteurs concernés mettent en œuvre les moyens pour recruter et former des professionnels à l'éducation thérapeutique, au secret médical et à l'éthique.

Les **IDE/IPA** sont probablement l'avenir pour Mayotte pour permettre la continuité des soins, palier au désert médical et faire le pont entre le médecin et le patient. Des moyens doivent être réfléchis dans un cadre rigoureux pour optimiser cette démarche sans laisser place à des dérives ou des glissements de taches.

Références bibliographiques

1. Méloche V. Mayotte : une île métissée en crise d'identité. L'autre, 2022, volume 23 page 4 à 6
2. Seguin S. A Mayotte, un recensement adapté à une population d'évolution hors norme. Le blog de l'Insee La Réunion-Mayotte janvier 2023
3. Audoux L. Une pauvreté marquée dans les DOM, notamment en Guyane et à Mayotte. Insee première. Juillet 2020;(1804).

https://fedom.org/wp-content/uploads/2020/09/IP_1804.pdf

4. Goujon M. LA PAUVRETE A MAYOTTE Une évaluation par l'Indice de la Pauvreté Humaine. Université de la Réunion. 2015; https://cemoi.univ-reunion.fr/fileadmin/Fichiers/CEMOI/Publications/Documents_de_travail/2012/2012-13_-_Doc_travail_IPH_Mayotte.pdf
5. Robin A. Migration, offre et parcours de soin à Mayotte. In: Revue épidémiologique et santé publique. Vol 67, page s54 Science direct 2019
6. Hau E. Médecin du Monde, L'exception Mayotte. Dossier de presse, 2014

https://www.infomie.net/IMG/pdf/dp_mayotte_ok.pdf

7. Dehon M, Louguet A. Mayotte, un territoire riche de ses langues et de ses traditions. Cairn. Culture études 2022 (n°4) p 1 à 16
8. Marie C-V, Breton D, Crouzet M. Mayotte : plus d'un adulte sur deux n'est pas né sur l'île. Cairn. Population et société 2018/10 (n°560), p 1 à 4
9. Roudot A. Intégration territoriale et fractures sanitaires à Mayotte : états de santé du 101e département français. Cairn. La revue française des affaires sociales. 2014;72 à 89.
10. Gérard-Varet J.F. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil national de l'ordre des médecins. 2022

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf

11. ARS Mayotte. Panorama statistique de la santé à Mayotte 2022
<https://www.mayotte.ars.sante.fr/media/99090/download?inline>
12. Rédiab Ylang. Les réseaux de santé Mayotte, 2016

<https://www.reseaux-sante-mayotte.fr/rediab/page/qui-sommes-nous-1>

13. Solet J-L. Prevalence of type 2 diabetes and other cardiovascular risk factors in Mayotte in 2008: The MAYDIA study. Diabete and metabolism. 2010;
14. Enquête Unono wa Maore, prévalence du diabète. Santé Publique France. 2020;

Mise à jour le 05/05/2022 <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/article/estimation-de-la-prevalence-du-diabete-et-du-prediabete-a-mayotte-et-caracteristiques-des-personnes-diabetiques-mayotte-2019>

15. ARS Mayotte. La lutte contre le diabète. Article. 12/2022
<https://www.mayotte.ars.sante.fr/la-lutte-contre-le-diabete#:~:text=L'ARS%20finance%20tous%20les,ob%C3%A9sit%C3%A9%20et%20%C3%A9videmment%20le%20diab%C3%A8te>

16. L.Belhadi Diabète atypique avec tendance à la cétose ou diabète « africain » : à propos de deux cas. Science Direct. Annales d'endocrinologie p470-477 Article 2007
17. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. Cairn. Sciences sociales et santé 2006/2 (Vol. 24), pages 75 à 103
18. Chave C. Collaboration interprofessionnelle entre médecins généralistes et diabétologues dans la prise en charge du diabète de type 2 dans le département du Nord. Thèse de médecine qualitative. 2016;
19. Murera L. Difficulté de la prise en charge en médecin générale des patients diabétiques de type 2 immigrés originaires d'Afrique du Nord. Thèse de médecine qualitative 2018
20. Benoist R. Walker P. Évaluation des besoins en soins palliatifs de la population vivant à Mayotte. Mémoire de recherche. sept 2019;
Mémoire soins pall.pdf
21. Ministère de la santé et de la prévention Diabète 2023
<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/article/diabete>
22. Lebeau J.P, Aubin-Auger I Initiation à la recherche qualitative en santé. Livre. 2021 Ref ISBN : 978-2-919616-37-4
23. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinesither Rev 2015; 15(157):50–54
Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative (unistra.fr)
24. ARS Mayotte Programme mahorais, alimentation, activité physique et santé 2021-2023 décembre 2021 <https://www.mayotte.ars.sante.fr/media/87661/download?inline>
25. Préfecture de Mayotte. Liste « Bouclier qualité prix » 2022
<https://www.mayotte.gouv.fr/Publications/Observatoire-des-prix/Listes-Bouclier-Qualite-Prix>
26. Santé publique France Enquête Unono Wa Maore : lutter contre les maladies chroniques à Mayotte, un des enjeux phares de l'ARS de Mayotte 2022
<https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/enquete-unono-wa-maore-lutter-contre-les-maladies-chroniques-a-mayotte-un-des-enjeux-phares-de-l-ars-de-mayotte#:~:text=La%20population%20mahoraise%20se%20caract%C3%A9rise,'ob%C3%A9sité%20s'est%20aggrav%C3%A9e.>
27. Préfet de Mayotte. Comité régionale de l'alimentation La restauration scolaire à Mayotte 2021
https://daaf.mayotte.agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/Presentation_Restauration_scolaire_Prefecture_cle0eba1c.pdf
28. Masseboeuf N Éducation diététique du diabétique de type 2 Recommandations de bonnes pratiques 2003
https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/alfediam_paramed_adlf_education_dietetique_diabetique_type2_juin2003.pdf

- 29.** Balcou M, Inscription sociale de l'ETP, hétérogénéité et vulnérabilité des personnes. Analyse de résultats obtenus en contexte pluriel, à Mayotte. Educ ther patient. Volume 5, number 1. Pages 113-121 . juin 2013

<https://www.etp-journal.org/articles/tpe/abs/2013/01/tpe120016/tpe120016.html>

- 30.** Bauduceau B Une formation au diabète sur l'île de Mayotte Article revue soin Vol 58 n°778 Sept 2013 : p23-24 <https://www.sfdiabete.org/groupe-de-travail/action-en-francophonie/actions-paramedicales/formation-mayotte>

- 31.** Site internet CardioMayotte, promouvoir la santé cardiovasculaire à Mayotte. 2023

- 32.** Eygun-Audap J. Caractéristiques sociolinguistiques des patients rencontrés en dispensaire à Mayotte : analyse d'une prise en charge en contexte interculturel. Thèse de médecine. 2015

- 33.** Torki A Impact du dossier patient informatisé sur la qualité des soins. L'expérience d'un centre hospitalier au Luxembourg. Cairn. Projectique 2022 p 57-79

- 34.** Guillot C. Perceptions par les personnes diabétiques de l'accès aux soins. Cairn. Après-demain. 2017;(42):45-6.

- 35.** HAS Rapport de certification centre hospitalier de Mayotte 2019

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/rapport_de_certification_v2014_-_30992.pdf

- 36.** Massaoudi I. Influence des facteurs socio-culturels dans la prise en charge d'un patient immigré maghrébin de première génération, atteint de diabète de type 2 (étude qualitative) Thèse de médecine 2018

- 37.** Organisation mondiale de la santé Obésité et surpoids 2020

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- 38.** Chaker A. Le patient musulman guide pratique, Paris, Essalam, 2004, 79p.

- 39.** HAS Éducation thérapeutique patient 2013

https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

- 40.** Commission des affaires sociales Rapport d'information accès aux soins à Mayotte. 2022 <https://www.senat.fr/rap/r21-833/r21-833-syn.pdf>

- 41.** Service public. Prise en charge d'une affection de longue durée (ALD) par l'Assurance maladie 2021

[https://www.service-](https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34068#:~:text=On%20appelle%20donc%20cette%20liste,m%C3%A9dullaires%20et%20autres%20cytop%C3%A9nies%20chroniques)

[public.fr/particuliers/vosdroits/F34068#:~:text=On%20appelle%20donc%20cette%20liste,m%C3%A9dullaires%20et%20autres%20cytop%C3%A9nies%20chroniques](https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34068#:~:text=On%20appelle%20donc%20cette%20liste,m%C3%A9dullaires%20et%20autres%20cytop%C3%A9nies%20chroniques)

- 42.** Aghnatiou M, Darloy T, Dictor J et al. Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif. Cairn. Santé Publique 2021 (Vol. 33), pages 547 à 558

Annexes

Annexe 1 : guide d'entretien évolutif

Bonjour, dans le cadre de ma thèse de fin d'étude, je cherche à étudier les freins et les attentes des médecins généralistes dans la prise en charge des patients diabétiques de type II exerçants à Mayotte. Pour cela, je vais réaliser des entretiens avec une dizaine de médecins de l'île volontaires, dans le but de mieux les comprendre afin d'optimiser la prise en charge des patients.

L'entretien va durer entre 30min et 1h. Il va être enregistré et retranscrit de manière anonyme pour le recueil et l'analyse des données puis effacé.

Toutes les questions vont être en lien avec la prise de charge des patients diabétiques de type II, la 1ere partie est assez ouverte. Ne vous inquiétez pas s'il y a des choses que vous pensez oublier d'évoquer, nous y reviendrons dans la 2eme partie, plus ciblée. Il n'y a aucune mauvaise réponse.

Prenez votre temps et soyez le plus honnête avec vous même. L'objectif est qu'il se déroule dans une dynamique bienveillante.. Êtes-vous prêt ?

Présentation

1/Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel à Mayotte ?

-Temps à Mayotte.

-Activité (Libéral/salarié/mixte- installé/remplaçant et chronique/aiguë)

-Age.

Première partie :

2/Racontez-moi brièvement une anecdote récente lors d'une consultation diabétique ?

2b/ Et votre dernière consultation diabétique ?

3/De manière générale, quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer lors d'une consultation diabétique ?

3b/ Et selon vous qu'est-ce qu'il s'est bien déroulé ?

Modif entretien n°3 : retrait de la question 4 :

4/De manière générale, quel est votre ressenti avec la prise en charge des patients diabétiques de type II à Mayotte?

5/Il y a t-il des choses que vous souhaiteriez améliorer ou modifier ?

A votre niveau ?

Au niveau de Mayotte ?

Deuxième partie :

La 1ere partie plus libre faisant appel aux souvenirs est terminée. Nous allons commencer la deuxième partie, qui demande un peu plus de réflexion médicale. N'hésitez-pas à prendre le temps qu'il vous faut pour réfléchir.

6/Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse de vos patients diabétiques de type II et pourquoi ? (RHD, éducation thérapeutique, ttt médicamenteux)

Modif entretien n°4 : switch de la question 6 précédente avec la question 5 suivante :

5/Rencontrez-vous des difficultés dans la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse de vos patients diabétiques de type II ? (ttt médicamenteux, RHD, éducation thérapeutique)

Modif entretien n°2 : rajout d'une question

6b/ Il y a t' il des choses que vous aimeriez avoir pour vous aider ?

7/Quels examens para-clinique avez-vous l'habitude ou la possibilité de prescrire et analyser et pourquoi ?

7b/Parmi ces examens : ECG, analyse urinaire, FO, podologue, lesquels pratiquez-vous?

Pourquoi ?7c/ Est-ce que vous pensez à d'autres examens para-cliniques que vous prescrivez ou pas ?

Modif entretien n°3 : switch question 7 précédente avec la 6 suivante :

6/Vous sentez-vous à l'aise dans le suivi de vos patients diabétiques de type II concernant la prescription et l'analyse d'examens para-cliniques et pourquoi ?

6b/Parmi ces examens : ECG, analyse urinaire, FO, podologue, lesquels pratiquez-vous?

Pourquoi ?6c/ Il y a t-il des choses que vous aimeriez avoir pur vous aider ?

Modif entretien n°4 :switch de la question 6 précédente par la question 6 suivante :

6/Dans le suivi de vos patients diabétique de type II, rencontrez-vous des difficultés pour prescrire et analyser les examens para-clinique ?

8/Dans le parcours de soin, arrivez-vous à orienter ou prendre l'avis des spécialistes ? (Si la réponse est plutôt non, pourquoi ?)

Modif entretien n°2 : rajout 2 sous questions :

8b/Parmi ces spécialistes : cardiologue, ophtalmo, diabétologue, néphrologue, podologue, lesquels sollicitez-vous et pourquoi ?

8c/Toujours dans le cadre du diabète, est-ce que vous pensez à d'autres spécialistes que vous aimeriez consulter?

Modif entretien n°3 : switch de la questions 8c ci dessus par la questions 7c ci dessous.

7c/Toujours dans le cadre du parcours de soin dans le diabète de type II, est-ce qu'il y a des choses qui pourraient vous aider ?

Modif entretien n°4 : switch questions 7 précédente par la question 7 suivante :

7/Dans le parcours de soin de vos patients diabétiques de type II, rencontrez-vous des difficultés pour orienter ou prendre l'avis des spécialistes ?

9/ Utilisez-vous ou connaissez-vous des ressources tel que des organismes ou associations sur Mayotte pour vous aider ?

9b/ Parmi ces ressources : Cardiomayotte, Programme d'éducation thérapeutique EMET, Rediab, Tv expertise, lesquelles connaissez-vous ? Utilisez-les vous ? Pourquoi ?

Modif entretien n°3 : rajout sous question c concernant les ressources/organismes/association :

8c/Pensez-vous à des choses qui pourraient vous aider et que vous utiliseriez si c'était mis en place ?

10/Avez-vous l'habitude de travailler avec les IDE libérales et les IPA ? Quels rôles leur attribuez-vous ?

Ouverture :

11/Avez-vous des choses à rajouter, commenter, des particularités propres à Mayotte ?

Annexe 2 : grille COREC

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
N°	Item	Guide question/description	Réponses
1	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Camille LUTARD
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Médecin généraliste non thésé
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin remplaçant en dispensaire
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Novice en recherche qualitative
Relations avec les participants			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Certains oui, d'autres non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Présentation de l'enquêteur par mail puis avant chaque entretien
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Absence de conflit d'intérêt
Domaine 2 : Conception de l'étude			
Cadre théorique			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorisation ancrée
Sélection des participants			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage raisonné, évoluant au fur et à mesure de chaque entretien

11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par courriel et appel téléphonique
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	8
13	Non participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné?	2 refus par manque de disponibilité ou de connaissance du sujet
Contexte			
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Sur le lieux de travail : cabinet médical dispensaire ou à domicile
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Cf matériel et méthode
Recueil des données			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Les guidages étaient fournis. Le guide d'entretien a été testé au préalable par des collègues non inclus dans l'étude
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Aucun entretien n'a été répété
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, enregistrement audio
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel?	Oui, après chaque entretien pour l'inscrire dans le tableau de bord

21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	La durée moyenne sur les 8 entretiens est de 48 min.
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2 personnes
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui (cf annexe 3)
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Tout a été fait à partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Aucun logiciel
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction			
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, à travers les verbatims chacun identifié par un numéro de participant
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 3 : Codage ouvert/axial de l'ensemble des entretiens

Code couleur : **freins** **attentes** **messages 2aires**

Verbatim	Expérientielle	Propriété	Catégorie
M01			
je me rappelle juste d'un patient qui avait 14 d'hémoglobine, il avait l'air assez serein. J'ai essayé de l'alerter un petit peu [...] son diabète n'avait pas l'air de l'inquiéter tant que ça alors qu' il avait une hémoglobine très élevée, j'lui ai dis j'ai jamais vu d'hémoglobine aussi haute que la votre mais bon ça l'inquiétait pas.	Diabète inquiétant mais le patient n'en a pas conscience	Interprétation par le médecin du manque d'implication du patient sur sa maladie	Désinvestissement des patients (9)
J'avais pas l'impression qu'il comprenait que c'était dangereux.	Connaissance du patient très limité	Écart entre les connaissances du médecin et du patient	Savoir du patient limité (11)
Après j'ai pas les détails. bon, j'essayais de voir un peu ce que je pouvais faire, il y avait l'introduction de trulicity, au final on l'a pas fait	Manque d'informations sur le dossier Besoin de devoir faire quelque chose de palpable	Méconnaissance du dossier médical complet Impression d'échec si absence de prise en charge concrète	Dossier médical incomplet (13)
Ils étaient pas trop compliqués les diabétiques là cet été il me semble, j'avais pas de complications majeure [...] pas d'HBA1C catastrophique.	Banalisation des cas simples	Risque de détérioration des pratiques simples	Modification du seuil de tolérance à Mayotte en raison des situations complexes (28)
Aaah j'avais aussi un autre problème, les biologiques on y avait pas forcément accès au début quand je remplaçais.	Difficultés dans le suivi para-clinique car ressources indisponibles	Méconnaissance du dossier médical complet	Dossier médical incomplet (13)
J'avais pas leur hémoglobine et donc bon j'étais un peu embêtée à appeler le labo, puis même avec ça, j'arrivais pas trop à les avoir	Difficultés à joindre les personnes ressources car indisponibles	Communication entre professionnels de santé inerte	Mauvaise coordination hospitalière et/ou extra-hospitalière (14)

<p>L'alimentation, les consignes hygiéno-diététiques, bon on a des règles de base, un peu général, mais je trouve que c'est trop vague. [...] ce que j'avais comme difficultés, savoir conseiller par rapport à l'alimentation locale. [...] tu peux manger plus de brèdes, des choses comme ça mais, il n'y a pas de règles comme en métropole, 5 fruits et légumes, c'est un peu plus concret mais les brèdes, quelles quantités, comment, quelles brèdes plutôt préférer, je sais pas. [...] tout ce qui est à l'eau, c'est mieux que au coco mais après en quelle quantité vraiment, moi je trouve qu'il y a un manque de ce côté là.</p>	<p>Pas de consensus adapté à Mayotte</p>	<p>Difficulté pour appliquer les RHD à Mayotte</p>	<p>Manque de connaissance des ressources alimentaires des médecins adaptés à Mayotte (7)</p>
<p>Et après bon l'histoire des légumes, oué c'est bien beau mais les légumes ici ça coûte très cher.</p>	<p>Difficulté de se nourrir correctement</p>	<p>Alimentation saine très onéreuse</p>	<p>Agro-alimentaire inadapté à Mayotte (1)</p>
<p>Et après bon l'histoire des légumes, oué c'est bien beau mais les légumes ici ça coûte très cher.</p>	<p>Supposition de la difficulté d'accès financière</p>	<p>Limitation dans la prise en charge liée à des à priori</p>	<p>Amplificateur de freins déjà présents à Mayotte</p>
<p>L'activité physique oui, ça je conseille aussi, bon c'est toujours le problème des douleurs, gonalgie, gonarthrose ici, bon ils sont un peu limités des fois, j'en peux plus</p> <p>c'est toujours le problème des douleurs, gonalgie, gonarthrose ici, bon ils sont un peu limités des fois,</p> <p>J'en peux plus.. [Rires]</p>	<p>Difficulté d'accès à l'exercice physique</p> <p>Fatalité liée aux croyances du médecin</p> <p>Dédramatisation du manque d'impact</p>	<p>Frein physiologique surpoids et vieillissement</p> <p>Limitation dans la prise en charge liée à des à priori</p> <p>Mécanisme de défense pour minimiser les conséquences de la situation</p>	<p>Marge de manœuvre limité pour l'activité physique (3)</p> <p>Amplificateur de freins déjà présents à Mayotte</p> <p>Fatalité : c'est Mayotte</p>
<p>Au niveau des traitements, bon après les patients, il prennent, il prennent pas [...] Je leur demandais toujours, est-ce qu'au niveau des effets secondaires, est-ce que ça va ? Des fois ils me disaient non. Mais après j'essaie de leur expliquer qu'il y a certains traitements, on a pas le choix.</p>	<p>Peu de compliance thérapeutique du aux effets secondaires</p>	<p>Difficulté dans la prise des traitements et l'observance</p>	<p>Désinvestissement des patients (9)</p>
<p>J'ai pas assez de recul, j'ai pas eu l'évolution [...] Alors j'oriente oui, mais j'ai pas encore eu de retour.</p>	<p>Manque de feedback du patient à cause du turn over</p>	<p>Pas de suivi patient régulier</p>	<p>Manque de relation médecin/patient (22)</p>
<p>Des fois, toi en tant que remplaçant tu arrives, tu vois des associations de traitements, on te dit bas sulfamides, tout ça, c'est plus trop d'actualité, tu en vois, ça marche bien chez le patient, il est pas encore vieux mais après quand il sera plus âgé, ça va être plus compliqué, ça va faire des hypo. [...] J'ai un peu cette difficulté à me dire à quel moment je change, à quel moment je ne change pas quand j'ai l'impression que le traitement est un peu borderline comme ça..un jeune sulfamide.. j'aurai pas mis ça [soupon].</p>	<p>Réticence par rapport à certaines prescriptions</p>	<p>Hétérogénéité des pratiques inter-générationnelles</p>	<p>Hétérogénéité dans l'aisance des consultations diabétiques (4)</p>
<p>On a besoin de soutiens endocrino/diabétologues parce que des fois, toi en tant que remplaçant tu arrives [...] J'ai un peu cette difficulté à me dire à quel moment je change, à quel moment je ne change pas quand j'ai l'impression que le traitement est un peu borderline comme ça..un jeune sulfamide.. j'aurai pas mis ça [soupon].</p> <p>Est-ce que c'est spécifique à Mayotte ? On a besoin de diabéto pour nous aiguiller un petit peu quelques fois où il y a des cas un peu compliqués, on a essayé pas mal de choses où ça fonctionne pas. Peut être qu'on a besoin d'un spécialiste pour ça et on y a pas accès aussi facilement que les autres.</p>	<p>Besoin de réponses à des questions médicales précises.</p> <p>Relais par les médecins spécialistes pour les cas difficiles</p>	<p>Nécessité d'uniformiser les pratiques</p> <p>Besoin d'avis d'experts pour les cas complexes</p>	<p>Intérêt d'une source d'info centralisée : annuaire des missions endoc et fiches d'aides à la prescript° adaptée à Mayotte (4')</p> <p>Intérêt d'une source d'info centralisée : annuaire des missions endoc et fiches d'aides à la prescript°</p>

<p>Par rapport à l'alimentation, il faudrait des conseils vraiment spécifiques à Mayotte, précis, pas des trucs un peu vague comme ça. Faudrait qu'on s'intéresse un peu plus à l'alimentation locale plutôt que de donner des conseils nationaux qui ne s'appliquent pas ici puisqu'on a pas les mêmes légumes, les mêmes aliments</p>	<p>RHD difficilement applicables à Mayotte car ressources limitées</p>	<p>Promouvoir les RHD adaptés à Mayotte</p>	<p>adaptée à Mayotte (4') Intérêt d'une source d'information centralisée sur une alimentaire accessible et adaptée à Mayotte (7')</p>
<p>Quand tu as des gens en situation irrégulière, des fois ils viennent, des fois ils viennent pas parce-que qu'il y a la PAF. Il y a des décompensations de ouf. Tu sais que de toute façon, le patient il va pas être régulier. il y aura toujours des moments où il y aura la PAF, des moments où il n'aura pas non plus d'argent. Des moments où ça va être très compliqué à équilibrer et ça c'est un peu épuisant [...]c'est compliqué pour eux de venir, la peur de se faire attraper. Et donc t'es ..[soupire] c'est pas que t'es en échec mais ..</p>	<p>Sentiment d'impuissance pour soigner les patients en situation irrégulière</p>	<p>Inégalité d'accès aux soins due au paradoxe entre situation socio-politique et mise en vigueur du système de santé</p>	<p>Aberration entre la politique migratoire et l'offre de soin (25)</p>
<p>On essaie de sensibiliser les gens. On entend ce qu'il nous disent mais nous en tant que médecin on est obligé de leur dire mais non il faut venir, vous vous mettez en danger [...] faut savoir garder son rôle de médecin et pas se décourager et se dire encore il a décompensé. Il faut toujours rappeler les recommandations même si on sait que la situation est compliquée.</p>	<p>Se mettre au niveau du patient pour le sensibiliser à sa pathologie</p>	<p>Être empathique en gardant son rôle de soignant</p>	<p>Accepter sans renoncer (28')</p>
<p>Consacrer plus de temps à ces patients là, les écouter et pas donner des directives comme ça dans le vide sans chercher réellement à comprendre ce qui se passe dans leur vie pour que ça fonctionne pas.</p>	<p>Se mettre au niveau du patient pour le sensibiliser à sa pathologie</p>	<p>Proposer des outils adaptés au niveau de connaissance des patients</p>	<p>Savoir s'adapter aux particularités de Mayotte et du patient (6')</p>
<p>A M'ramadoudou il y avait des groupes pour les diabétiques pour l'information des patients. Bé ça, il faudrait qu'il y en ait plus, notamment au niveau libéral. Pas qu'au niveau du dispensaire, parce que les patients qui sont en libéral ils n'ont pas accès au dispensaire des fois et donc ça, ça aide pas mal</p> <p>Il y a un échange, vous vous retrouvez entre vous, entre personnes diabétiques, vous avez le même vécu, mêmes problématiques. Des fois, certaines personnes pourront donner des conseils à d'autres. Comme ce sont tous les deux des patients, la réponse du patient qui est en face sera plus adaptée que la réponse du médecin. Je trouve que ça serait pas mal.</p>	<p>Favoriser l'accès des ressources hospitalières en libéral</p> <p>Partager les connaissances autour du diabète via des groupes de patients</p>	<p>Limiter l'isolement en libéral</p> <p>Pertinence de créer des groupes de patients</p>	<p>Travailler en réseaux entre hospitaliers et/ou extra-hospitaliers (14')</p> <p>Autonomiser et responsabiliser les patients dans leur maladie (9')</p>
<p>Les groupes d'éducation thérapeutiques, faudrait qu'il y en ait plus, puis c'est prouvé que ça marche bien ça. Et puis expliquer vraiment aux gens ce que c'est que le diabète et pourquoi est-ce que le diabète va abîmer tout ce qui est rein, yeux.</p> <p>Les gens ils entendent mais ils y croient pas, ils intègrent pas que c'est à cause du sucre qu'on va leur amputer la jambe. Même s'ils le savent, le fait d'imager les choses avec des schémas ça serait bien [...] Donc si on leur explique bien, ça serait une bonne chose.</p> <p>Ils intègrent pas que c'est à cause du sucre qu'on va leur amputer la jambe. [...] Certains n'ont pas eu cette éducation là, ne sont pas allés à l'école parce que le corps humain, c'est quelque chose de vague.</p>	<p>Favoriser l'observance thérapeutique/ RHD</p> <p>Se mettre au niveau du patient pour le sensibiliser à sa pathologie</p> <p>Difficulté de faire de l'éduc ttt</p>	<p>Pertinence de créer d'éducation thérapeutique</p> <p>Proposer des outils adaptés au niveau de connaissance des patients</p> <p>Niveau éducatif science médicale très limité</p>	<p>Autonomiser et responsabilité les patients dans leur maladie (9')</p> <p>Savoir s'adapter aux particularités de Mayotte et des patients (6')</p> <p>Savoir du patient limité (11)</p>

<p>Au niveau des boissons sucrés, les manzara, faudrait limiter, je sais pas comment on peut faire ça mais dire vous pouvez pas mettre plus de un cagot par groupe.</p> <p>Pendant les vacances, c'est affreux, t'as dix milles cagots chez toi, t'es pas obligé de les boires mais bon ils sont là, donc bon, tu pioches. Sauf si tu refuses de les ramener chez toi, voilà ça c'est compliqué. Je sais pas comment est-ce qu'on pourrait faire ça.</p>	<p>Déconstruire l'influence de la société de consommation et la malbouffe</p> <p>Influence des mariages traditionnelles sur les RHD</p>	<p>Rôle de la fonction de santé public de jouer sur la prévention</p> <p>Méconnaissance nutritionnelle et pression culturelle</p>	<p>Action des fonctions de santé public : mener des campagnes préventives (2')</p> <p>Influence de la mondialisation prédominant sur la santé (2)</p>
<p>Développer à Mayotte tout ce qui est marché, plus structuré, plus accessible. Parce que quand on veut acheter des fruits et légumes, des fois c'est un peu compliqué. Certains disent que quand c'est sur la route, on a pas confiance parce-qu'on se dit il y a les pesticides et tout ça c'est pas contrôlé. Donc faudrait des marchés un peu plus structurés quand tu sais que c'est des gens qui ont été contrôlé au niveau de leur production. Je trouve que ça serait intéressant au niveau de Mayotte.</p>	<p>Favoriser l'accès à une alimentation saine</p>	<p>Développer un marché local accessible</p>	<p>Réformer les actions territoriales de l'agro-alimentaire (1')</p>
<p>Ce qui favoriserait l'activité physique. Il faudrait qu'il y ait des routes avec des trottoirs [rises], juste ça, et pas que les voitures se garent dessus ! [rises]. [...] Mais s'il y a pas le trottoir, tu te poses même pas la question, tu sais que tu vas pas pouvoir y aller</p>	<p>Difficulté d'accès à l'exercice physique public</p>	<p>Manque d'infrastructure sportive adaptée</p>	<p>Marge de manœuvre limité pour l'activité physique (3)</p>
<p>ECG je fais pas pour le diabétique parce que j'ai pas le réflexe de le faire. Le podologue non plus, j'ai rarement le réflexe. Quand j'y pense je le fais, c'est un oubli [rises].</p>	<p>Habitude de pratique non systématique</p>	<p>Négligence du médecin dans le parcours de soin</p>	<p>Négligence du médecin (21)</p>
<p>Je les envoie chez le dentiste, rarement ils y vont mais je les envoie quand même.</p>	<p>Négligence et non observance des patients</p>	<p>Négligence des patients à respecter le parcours de soin</p>	<p>Désinvestissement des patients (20)</p>
<p>EMET, j'ai utilisé au dispensaire mais pas en libéral, mais faudrait puisque je pense qu'on peut les envoyer. [...] Cardiomayotte c'est pas youtube ? Non j'ai jamais fais ça [rire]. Il me semble que c'était pour l'HTA qu'on nous en avait parlé, j'ai pas regardé. [rises]. Rediab je connais pas.</p>	<p>Informations existantes mais disperses nécessitant une démarche active chronophage</p>	<p>Manque d'intérêt /investissement par absence d'information centralisée</p>	<p>Manque de communication sur les ressources disponibles (15)</p>
<p>C'est elles qui surveillent si le traitement est plus ou moins efficace ou pas et font une adaptation. C'est eux qui voient le patient tous les jours.</p> <p>Comme si c'était un peu nos yeux [rises]. Nous on change le traitement mais on a pas de quoi surveiller. On peut pas aller voir le patient tous les jours pour voir si le traitement est adapté ou pas [...]son rôle pour moi ça serait de le rediriger ou de m'en reparler. C'est aussi un deuxième contrôle. Si il voit que le patient ne supporte pas trop, il m'appelle.</p> <p>La vie est chère [rire], c'est tout. Non c'est compliqué, parce que la vie est chère donc demander aux gens de bien manger alors que tout est extrêmement cher, c'est un peu compliqué.</p>	<p>IDE permet un retour médecin/patient</p> <p>IDE permet un retour médecin/patient</p> <p>Difficulté de se nourrir correctement</p>	<p>Rôle majeur de l'IDE pour un suivi pérenne</p> <p>Rôle majeur de l'IDE pour un suivi pérenne</p> <p>Alimentation saine très onéreuse</p>	<p>Consultation chronique et rôle de l'IDE pour un suivi pérenne (22')</p> <p>Rôle de l'IDE/IPA pour renforcer l'éducation thérapeutique et l'observance (10')</p> <p>Agro-alimentaire inadapté à Mayotte (1)</p>
M02			
<p>J'ai eu une diabétique toute à l'heure, elle s'est pointée avec 9,6, elle a marié sa fille. Je sais pas si c'est une anecdote. Elle était à un manzara tout l'été. D'habitude elle à 7,5.</p>	<p>Influence des mariages traditionnelles sur les RHD</p>	<p>Méconnaissance nutritionnelle et pression culturelle</p>	<p>Influence de la mondialisation prédominant sur la santé (2)</p>

<p>Alors une consult qui m'a marqué, c'est une gamine que plus personne ne veut soigner dans l'océan indien tellement elle est indisciplinée et qu'elle pose problème etc. [...] Ni observante, ni raisonnable parce que c'est une gamine, une ado, elle a 16 ans et un moment donné on m'a dit plus personne ne veut la voir. [...] 'il a fallu qu'une de ses sœurs soit menaçante pour qu'ils l'hospitalise et qu'ils se rendent compte qu'elle est en dysautonomie maximale.</p>	<p>Rejet des médecins sur refus de soin</p>	<p>Difficulté d'observance chez patient en refus de soin</p>	<p>Désinvestissement des patients (9)</p>
<p>Elle était en métropole depuis 3 ans, on venait de lui enlever tout l'avant pied droit. Elle a une neuropathie végétative monstrueuse digestive et elle est en auto-sondage urinaire.</p>	<p>Complications extrêmes sur refus de soins</p>	<p>Difficulté de prise en charge chez patient en refus de soins</p>	<p>Désinvestissement des patients (9)</p>
<p>On arrive à ne pas avoir recours à des habitudes alimentaires occidentales par exemple [...] Je suis toujours agréablement surpris, par le fait qu'avec une nourriture très traditionnelle on arrive à équilibrer le diabète sans trop de problème. Sans avoir à peser, sans à faire de portion.</p> <p>Par contre je ne suis pas forcément d'une souplesse, surtout avec les mamies, parce que la souplesse, c'est de la faiblesse, et donc on se fait marcher dessus. Elle attendent juste un bon combat, je suis bien énervé. Et après j'ai des résultats, c'est impressionnant. [...] les mamies aussi, quand elles refusent pendant 3 mois, 6 mois 1 an et là il faut se mettre très en colère, hurler et tout d'un coup, petit éclair.</p>	<p>Limitation du diabète avec une alimentation traditionnelle ancienne</p> <p>Responsabiliser le patient dans sa maladie</p>	<p>Promouvoir les RHD adaptés à Mayotte</p> <p>Attitude paternaliste</p>	<p>Intérêt d'une source d'information centralisée sur une alimentation accessible et adaptée à Mayotte (7')</p> <p>Autonomiser et responsabiliser les patients dans leur maladie (9')</p>
<p>La difficulté principale ça serait de faire l'interprétariat par la fille ou le fils de la coco que j'ai en face de moi. Ça, ça ne marche jamais, parce que mon discours il est shunté. Mon discours est beaucoup trop brutal et violent pour être traduit mot pour mot.</p>	<p>Traduction incomplète et inexacte par pudeur liée à la barrière culturelle</p>	<p>Qualité d'interprétariat très fluctuant</p>	<p>Qualité d'interprétariat hétérogène (5)</p>
<p>La plupart du temps, bon j'ai une super interprète, ça fait 11 ans qu'on est ensemble. Elle connaît mon discours, elle connaît mon laïus. [...] En règle général, le patient il sort, il a compris ce qu'il lui arrive. [...] Tout passe par mon interprète. Moi je maîtrise pas assez le shimaorai pour pouvoir avoir un discours qui puisse être marquant.. D'autant plus que c'est à double niveau, vous avez vu, il faut descendre le français d'un cran ou deux pour pouvoir le traduire et ça c'est tout un art.</p> <p>Et puis après, c'est.. j'ai pas de M'vougué à la maison, j'ai pas ci, j'ai pas là, tout ce qui peut faire que les gens ils ont pas les moyens réellement de manger autre chose que du riz blanc, et comme on leur a fait arracher tout le riz complet, ba, c'est pas le meilleur aliment qu'ils puissent avoir. Ça c'est la difficulté principale, c'est l'accès à la nourriture fraîche et équilibrée et pas trop gavée de pesticides. Le bio ça nous étouffe pas ici.</p>	<p>Nécessité d'un interprète qualifié pour optimiser l'observance thérapeutique</p> <p>Difficulté de se nourrir correctement car aliments de mauvaise qualité plus accessible</p>	<p>Rôle majeur de l'interprète pour une consultation de qualité</p> <p>Alimentation exploitée sur l'île très restreinte et de mauvaise qualité</p>	<p>Besoin de traducteurs qualifiés (5')</p> <p>Agro-alimentaire inadapté à Mayotte (1)</p>
<p>Et puis après, c'est le fait que je suis M'zungu et que j'arrive avec une médecine qui n'est pas reconnue à priori. C'est une médecine de 2ème intention quand même ici [...] Enfin ça vient d'une autre planète nos histoires de diabètes et tout le bordel, c'est quand même douteux.. les médicaments...</p>	<p>Absence de référentiel commun en terme de mode de vie / On parle pas de la même chose !</p>	<p>Écart entre les connaissances du médecin et du patient</p>	<p>Barrière culturelle liées aux croyances et aux coutumes (6)</p>
<p>De toute façon elle me sert beaucoup la médecine de 1ere intention, les trucs de djins etc, je m'en sers. Je travaille pas mal, alors je travaille pas avec les Foundi mais je travaille par patient interposé. [...] on peut incriminer les mauvais esprits sur les diabètes un peu résistants et donc ça vaut le coup de faire un diagnostique de cet ordre là.</p>	<p>Relais à un référent local qui fasse le lien entre les occidentaux et les locaux</p>	<p>Favoriser l'observance thérapeutique via des référents locaux</p>	<p>Rôle des référents locaux pour limiter les obstacles culturelles (6')</p>

<p>Je les encourage fortement à être toujours nickel de ce côté là. Et y compris dans le diabète. Des fois, on peut incriminer les mauvais esprits sur les diabètes un peu résistants et donc ça vaut le coup de faire un diagnostique de cet ordre là.</p> <p>Les difficultés, c'est surtout les difficultés d'ordre matériel, c'est le labo qui n'a pas fait le boulot.</p>	<p>Se mettre au niveau du patient pour le sensibiliser à sa pathologie</p> <p>Difficultés dans le suivi para-clinique car ressources indisponibles</p>	<p>Accepter sans renoncer</p> <p>Méconnaissance du dossier médical complet</p>	<p>Savoir s'adapter aux particularités de Mayotte et du patient (2')</p> <p>Dossier médical incomplet (13)</p>
<p>J'ai jamais parlé de surpoids tient.. parce que je m'en fou royalement, je l'assume totalement. Je me prends pas la tête, je vois des carnets remplis de obésité machin truc IMC pfff..[pause]. C'est pas une maladie ici, c'est une manière d'être. Oui alors si je devais faire la guerre à toutes les dames il faut perdre du poids, je crois que j'aurai arrêté. Je pense qu'il y a un peu d'égoïsme là dedans. Beaucoup peut être. Mais c'est vrai que je leur prends pas la tête avec ça.</p> <p>je vois des carnets remplis de obésité machin truc IMC pfff..[pause]. C'est pas une maladie ici, c'est une manière d'être.</p>	<p>Trop de tolérance des coutumes locales à l'encontre des RHD</p> <p>Coutumes locales à l'encontre des RHD</p>	<p>Acceptation de coutumes majorants les FdR cardiovascu</p> <p>Difficulté pour faire respecter les RHD car culte de l'embonpoint</p>	<p>Modification du seuil de tolérance à Mayotte en raison des situations complexes (28)</p> <p>Barrière culturelle liée aux coutumes et aux croyances (6)</p>
<p>A un moment donné, pour le diabète de novo on sortait avec 4 molécules de l'hôpital. Ça moi non. Je me réserve une montée en puissance. [...] Ce qui était choquant c'est d'entendre parler en bien de molécules qui étaient déboîtées depuis 10 ans par prescrire, ça c'était très choquant, ça voulait dire qu'on était sur un discours de labo essentiellement ou d'hospitalo-universitaire de labo ou en lien avec les labo.</p>	<p>Hospitaliers influencés par les lobbys pharmaceutiques</p>	<p>Réticence des recommandations, autonomie des ttt des médecins expérimentés</p>	<p>Hétérogénéité dans l'aisance des consultations diabétiques (4)</p>
<p>Oué je dirai presque que j'ai besoin de rien. C'est mal mais [rires] ? Non j'exagère mais quand on hospitalise un mec avec une décompensation acido-cétosique 7g, on lui met du Na, 3h après il était dans le cabinet. C'était ma première hospitalisation de sucre en urgence alors ça pourrait faire une anecdote. 3h après, la dame elle était là ! Oué, bon on va faire de l'insuline, on va pas déranger les urgences ! Donc j'envoie plus personne. En dessous de 30 de tension je crois que je me débrouille, c'est délirant je devrai pas dire ça, ça peut être retenu contre moi tout ça</p>	<p>Déception du parcours de soin car manque de moyen pour la demande (pas de lit d'hopit)</p>	<p>Prise en charge ambulatoire de patients nécessitants une hospitalisation</p>	<p>Modification du seuil de tolérance à Mayotte en raison des situations complexes (28)</p>
<p>Ce qu'on pourrait améliorer à mon niveau, déjà si je pouvais avoir un remplaçant régulier ou un associé.</p>	<p>Travail en collaboration</p>	<p>Besoin de collègue pour palier la demande médicale</p>	<p>Favoriser l'autonomie des généralistes et le recrutement de généralistes et spécialistes (16')</p>
<p>A partir du moment où il n'y a pas ça, je me dis que tout le reste, on est en dehors des clous[...] En faite on est juste en avance sur la métropole. Si on se pense en retard je pense que c'est une erreur. Je pense qu'on ouvre le balle de la déchéance donc autant être ici. Si on a déjà l'habitude des coupures d'électricités, des coupures d'eau des coupures de machins de ci des là, des manques de truc, des pénuries.. ça va. Normalement c'est leur futur proche</p> <p>Oué alors l'éducation thérapeutique honnêtement je me défausse pas mal sur l'IDE.</p>	<p>Acceptation fataliste du aux moyens très limités</p> <p>IDE sert de relais pour les RHD</p>	<p>Sentiment d'impuissance face aux problème avec vision fataliste</p> <p>Rôle de l'IDE/IPA pour optimiser le temps de consultation et l'éduc thérapeutique</p>	<p>Modification du seuil de tolérance à Mayotte en raison des situations complexes (28)</p> <p>Rôle de l'IDE/IPA pour renforcer l'éducation thérapeutique et l'observance (10')</p>
<p>Oué alors l'éducation thérapeutique honnêtement je me défausse pas mal sur l'IDE.</p>	<p>Prise en charge médicale reléguée sur IDE</p>	<p>Délégation de tache sur l'IDE</p>	<p>Désinvestissement et délégation de taches des médecins (10)</p>

<p>On a une structure de pensée qui vient pas de nul part et qui n'est pas hasardeuse dans sa mise en place. Et la prégnance de l'associatif depuis des années dans tous les domaines, c'est de la politique, ça n'a rien à voir avec de la médecine. Pour moi, c'est que de la politique. Alors à nous de faire avec ou sans. C'est de la délégation.</p>	<p>Reticence de l'associatif politisé</p>	<p>Absence de moyen pour la mise en place et le suivi</p>	<p>Limite des organismes existants (22)</p>
<p>Ce qui m'aiderait beaucoup, c'est la culture du riz sur l'île. De manière à ce que les gens puissent manger un riz fibré.[...]Alors virer coca cola à coup de latte.[...]il y a eu abandon de la culture du riz sur cette île. [...] On aurait un riz enfin de meilleur qualité. [...]Ça n'a rien à voir avec la médecine mais je pense que c'est vraiment une piste que j'entends jamais jamais évoquer. [...] Ca pourrait vraiment améliorer le sort des patients. Et être préventif etc etc. Je pense que reprendre cette culture y ferait bien plus pour les diabétiques que d'installer du matériel ou faire des campagnes.</p>	<p>Favoriser l'accès à une alimentation plus saine.</p>	<p>Développer un marché local accessible à tous</p>	<p>Réformer les actions territoriales de l'agro-alimentaire (1')</p>
<p>Quand j'en parle avec les patients, il y en a certains qui se font quand même un petit carré de riz. C'est facile à faire revenir mais le problème c'est de les garder après. Entre le moment où ça commence à fleurir et le moment où il faut ramasser les grains, il faut être à coté avec le fusil, les filets pour les oiseaux. Il y a une prédation non négligeable.</p>	<p>Difficulté à mettre en place des actions locales adaptées</p>	<p>Difficulté à respecter RHD comme cultiver en raison du climat hostile</p>	<p>Climat hostile (insécurité et environnemental) (24)</p>
<p>Bon de toute façon, j'ai extrêmement peu recours à l'hôpital sauf vraiment quand on ne peut pas faire autrement. [...] Parce que sur le CHM c'est pas très simple</p> <p>Honnêtement, je me dis toujours, alors c'est ici, en métropole j'ai pas la même attitude. Envoyer du logique normal sur le suivi d'une pathologie à un spécialiste[...] Je vais l'envoyer vraiment si je suis emmerdé.</p>	<p>Difficulté pour orienter le patient correctement</p> <p>Recours très limité des spécialistes à Mayotte</p>	<p>Avis ou orientation en urgence très compliqué</p> <p>Prise en charge médecine générale de patients nécessitant une cs spécialisée</p>	<p>Mauvaise coordination hospitalière et/ou extra-hospitalière(14)</p> <p>Modification du seuil de tolérance à Mayotte en raison des situations complexes (28)</p>
<p>Si j'envoie à un spécialiste c'est parce que j'ai besoin d'une prise en charge spécialisée. C'est ce que nous disait X ou sa collègue, le patient il est bien il est cadré, c'est pas la peine de nous l'envoyer tous les ans surcharger la consult de cardio à Mayotte.</p>	<p>Besoin de critères d'adressages</p>	<p>Optimiser l'offre de soins via un guide de recours aux spécialistes pour filtrer les consultations</p>	<p>Soins hors département et guide de recours aux spécialistes adaptée à Mayotte pour optimiser le recours aux soins (19')</p>
<p>Il est où le diabétologue ici ?[...] Neurologue c'est pareil.. [soupon]</p>	<p>Absence de spécialistes</p>	<p>Difficulté dans le parcours de soin</p>	<p>Désert médical (16)</p>
<p>On arrive à devoir se débrouiller tout seul, se rendre compte qu'on arrive à faire pleins de truc tout seul l'air de rien. Et des trucs efficaces, pas forcément de l'à peu près</p>	<p>Autonomie constructive</p>	<p>Palier au manque des spécialistes par l'autonomie des médecins généralistes</p>	<p>Favoriser l'autonomie des généralistes et le recrutement de généralistes et spécialistes (16')</p>
<p>Un vrai ennemi, c'est la fatalité, le inchallah ça nous aide pas beaucoup ![rires] Mais ça nous protège aussi d'une certaine manière.</p>	<p>Fatalisme du à la croyance</p>	<p>Difficulté dans l'adhésion thérapeutique</p>	<p>Barrière culturelle liée aux croyances et coutumes (6)</p>
<p>Je les connais, est ce que je m'en sers..pas beaucoup. Rediab ylang, je m'en sers pas beaucoup. Si vous faites une évaluation vous vous rendez compte que les gens y sont allés pour y aller. [...]il reste pas grand chose quand on checke le truc. [...] Les patients ils revenaient pas si transformés que ça, si éduqués que ça, puis ça les gonflaient d'aller à Mamoudzou.</p>	<p>Déception des organismes existants car inefficaces</p>	<p>Sentiment d'inefficacité des organismes existants</p>	<p>Limite des organismes existants (22)</p>

Et puis faut pas dire il avait pas prit ses traitements depuis 1 semaine donc j'ai rabâché un peu qu'il fallait prendre les traitements.	Peu de compliance thérapeutique	Difficulté dans la prise des traitements.	Désinvestissement des patients (9)
Ce qui est très difficile, ça va être de prendre le temps de le faire. Pour moi, faire un ECG annuel à tous mes patients. En libéral, j'ai pas forcément le temps de le faire à chaque fois. Ça me prend énormément de temps. De déshabiller entièrement, faire l'ECG, le machin, le truc. Donc ça va être le suivi des complications global qui va être assez difficile.	Demande de soins trop importante sur un temps limité qui en pâti sur la prise en charge	Négligence car consultation chronophage	Désinvestissement et délégation de taches des médecins (10)
Je dirai l'accès aux examens complémentaires sur tout ce qui est bilan bio etc, ça c'est difficile pour eux d'aller jusqu'à mamoudzou sans avoir de bilan bio. De devoir se déplacer pour avoir une prise de sang. [...] et puis on a pas de laboratoire dans le sud [...] Certains cabinets font de l'éducation thérapeutique. Mais la majorité est sur Mamoudzou. Donc c'est un peu compliqué pour les patients, tout est centralisé. Il n'y a pas trop de délocalisation, c'est délicat.	Contrainte de la distance kilométrique pour le suivi	Inégalité d'accès aux soins car système de santé concentré sur Mamoudzou	Manque de répartition géographique d'accès aux soins sur l'île (17)
C'est inhérent aux patients et pas au contexte de travail. Ba ici il y a un problème sur l'éducation alimentaire et sur les pieds. Ils ont du mal à bien faire attention aux pieds, bien se chauffer etc. C'est le 2eme point inhérent à l'éducation des patients.	Patients peu compliants	Non respect des consignes portants sur les RHD	Désinvestissement des patients (9)
Je suis sous l'eau à chaque fois. Ce flux de patient qui fait qu'on va à l'essentiel. Et donc j'ai du mal à refaire de l'éducation thérapeutique à chaque fois	Sentiment de travail infini	Difficulté dans la gestion du suivi	Charge de travail démesurée (23)
Une IPA qui puisse faire l'ECG, [...] J'aimerais prendre un peu plus de temps pour chacun des patients diabétique, [...] j'aurais aimé faire un peu plus d'éducation [...] Prendre plus le temps de m'occuper de chacun de mes patients diabétiques.	Prendre davantage de temps pour les patients	Dégager du temps médical de consultation	Rôle de l'IDE/IPA pour délégation de tache (23')
J'ai la mauvaise habitude quand je suis en libéral de les envoyer alors que c'est pas du tout les reco [...] il s'en occupe, il s'en débrouille. Je relègue un peu alors que je pourrai très bien faire l'ECG moi même dans mon cabinet parce que c'est la seule chose qui est obligatoire.	Prise en charge médicale reléguée	Délégation de tache sur les confrères	Désinvestissement et délégation de taches des médecins (10)
Un peu plus penser au podologue. J'avoue que c'est quand je vois que les pieds qui sont dans un état catastrophique que je les envoie alors qu'il y a de la prévention là dessus qui est pas trop mise en place. C'est un peu un oubli.	Revoir les habitudes de pratique	Être plus systématique dans le parcours de soin	Uniformiser les pratiques : intérêt d'une fiche mémo sur le parcours de soin à Mayotte (21')
On communique pas assez entre nous. [...] Par exemple rédiab Ylang qui est une super asso qui s'occupe du dépistage qui est en charge du diabète sur l'île. Il y a un peu de communication mais il y a un manque de coordination entre le privé et le public et ça c'est vraiment un truc. Je sais pas pourquoi il y a ce manque de communication flagrant. [...] Il y a pleins de choses qui sont mises en place. [...] Il n'y a pas de carnet, d'annuaire. Ça mériterait qu'on soit mieux coordonnés entre partenaires. [...] le CROSS, tout ce qui organisme de sport santé commence à communiquer mais il n'y a pas assez du aller vers le médecin. Il y a des programmes d'éducation thérapeutique pour tout ce qui est obésité qui sont financées par l'ARS et qui font rentrer des patients sur des parcours de sport et obésité. Il y a pleins pleins de petites choses qui sont mises en places où on pourrait faire rentrer nos patients mais il y a un manque de communication.	Mauvaise coordination des acteurs de santé	Ressources existantes mais informations non relayées	Manque de communication sur les ressources disponibles (15)
Rédiab Ylang qui est une super asso qui s'occupe du dépistage qui est en charge du diabète sur l'île. Il y a un peu de communication mais il y a un manque de coordination entre le privé et le public et ça c'est vraiment un truc. Je sais pas pourquoi il y a ce manque de communication flagrant.	Manque de communication	Absence de coordination des associations avec les med G	Limite des organismes existants (12)

<p>On a une très mauvaise communication avec le CHM. Parce qu'on a des patients qui font du nomadisme médical. On peut pas accéder typiquement aux bilans bio qui sont fait en public et inversement. Et donc c'est très compliqué de se coordonner sur un patient qui fait du nomadisme médical, ce qui est le cas., les patients qui font la navette entre le public et le privé.</p>	<p>Isolement sur difficulté à communiquer, se coordonner</p>	<p>Absence de relais ou communication entre le privé et hôpital</p>	<p>Mauvaise coordination hospitalière et/ou extra-hospitalière (14)</p>
<p>Il faut s'adapter au contexte local, il faut avoir des choses parlantes [...] donc il y a pleins de petites spécificité que j'ai un peu en tête.</p>	<p>Se mettre au niveau du patient pour le sensibiliser à sa pathologie</p>	<p>Instaurer des outils adaptés au niveau du patient</p>	<p>Savoir s'adapter aux particularités de Mayotte et du patient pour l'activité physique (3')</p>
<p>Il y a beaucoup de choses où c'est facile de dire aux patients bon ba voilà mangez moins de ceci, mangez plus de cela tant que le patient il a pas grand chose.</p>	<p>Difficulté de se nourrir correctement car pouvoir d'achat non compatible avec le régime diététique à Mayotte</p>	<p>Alimentation exploitée sur l'île très restreinte et de mauvaise qualité</p>	<p>Agro-alimentaire inadapté à Mayotte (1)</p>
<p>L'ECG je pourrai, en plus dans les cabinets où je remplace il y a toujours une machine à dispo. J'avoue que de temps en temps je le fais. En vrai, j'ai pas le temps. C'est pas une question de manque de connaissance, c'est que j'ai pas le temps.</p>	<p>Sacrifice volontaire d'une prise en charge adéquat car temps de consultation non optimisé</p>	<p>Désinvestissement car consultation chronophage</p>	<p>Désinvestissement et délégation de taches des médecins (10)</p>
<p>Le podologue, c'est un manque de réflexe de ma part puisque eux sont très disponible sur l'île.</p>	<p>Habitude de pratique non systématique</p>	<p>Négligence du médecin dans le parcours de soin</p>	<p>Négligence du médecin (21)</p>
<p>Tout ce qui est coordination entre les acteurs de santé, ça gagnerait à être mieux parce qu'il y a pleins de chose qu'on connaît pas. [...] je pense que beaucoup de médecins libéraux ne sont pas au courant. On a actuellement des doppléristes. Depuis 6 mois, on a en permanence un médecin vasculaire qui le fait, ce qu'on avait pas avant. Moi je le sais puisque je suis à l'hôpital. Je pense que la moitié des médecins libéraux ne le savent pas. [...] Il y a des choses qui sont en place à Mayotte, c'est pour ça que je trouve dommage qu'on communique pas là dessus.</p>	<p>Absence de connaissance des ressources existantes sur l'île</p>	<p>Difficulté dans le parcours de soin/ ressources existantes mais information non relayée</p>	<p>Manque de communication sur les ressources disponibles (15)</p>
<p>C'est ça le soucis ici, c'est qu'il peut se passer quelque chose mais trois mois après finalement, la personne qui était là est partie.</p>	<p>Absence de présence médicale pérenne</p>	<p>Difficulté à travailler et se coordonner car turn over médical massif</p>	<p>Manque de relation médecin/patient (22)</p>
<p>Dans l'urgence, à partir du moment où on a un patient qui mériterait une hospitalisation programmée, c'est très difficile d'avoir un contact avec le spécialiste. Tout doit transiter par les urgences. Donc c'est très compliqué ce tri par les urgences. [...] Orienter en urgence, vouloir voir l'ophtalmo rapidement sur une baisse de l'acuité visuelle, c'est impossible. Dès que c'est urgent, c'est compliqué.</p>	<p>Difficulté pour orienter le patient correctement</p>	<p>Avis ou orientation en urgence très compliqué</p>	<p>Mauvaise coordination hospitalière et/ou extra-hospitalière(14)</p>
<p>Le diabéto il est tout seul, c'est sur c'est difficile. Mais ça pourrait être une manière de faire des formations, des petites mises à niveau pour le décharger.</p>	<p>Besoin de formations continue pour palier au manque de spécialistes</p>	<p>Palier au manque des spécialistes par l'autonomie des médecins généralistes</p>	<p>Favoriser l'autonomie des généralistes et le recrutement de généralistes et spécialistes (16')</p>
<p>Une meilleure communication de la dialyse par exemple, sur leur pratique, sur les modalités d'adressage. Ce qu'on avait vraiment essayé de faire avec l'asso, on avait fait un petit carnet avec tous les numéros de téléphone de tous les spécialistes pour les complications.</p>	<p>Besoin de critères d'adressages</p>	<p>Optimiser le recours aux soins via un guide de recours aux spécialistes pour</p>	<p>Soins hors département et guide de recours aux spécialistes adaptée à Mayotte pour</p>

		filtrer les consultations	optimiser le recours aux soins (19')
Une meilleure communication des moyens existants. Ça pourrait être le rôle de l'ARS d'ailleurs, le lien.	Optimiser la communication pour limiter l'isolement	Optimiser les ressources disponibles par une meilleure communication	Action des fonctions de la santé public : coordonner le réseaux de santé (12')
Il faut que ça marche dans les 2 sens aussi, il faut que les médecins généralistes viennent. Mais c'est vrai que vu le travail inhérent et lourd, c'est difficile de se détacher, de prendre du temps au vu de la patientèle en nombre.	Demande de soins massifs en un temps limiter	Difficulté de se coordonner	Mauvaise coordination hospitalière et/ou extra-hospitalière (14)
Sur cardiomayotte, on a fait un enseignement sur les FdR cardio-vasculaire orienté médecin généraliste. Il y a beaucoup d'interventions sur le diabète et sur les complications du diabète.	Formations continue des med g pour palier au manque de spécialistes	Palier au désert médicale par l'autonomie des médecins généralistes	Favoriser l'autonomie des généralistes et le recrutement de généralistes et spécialistes (16')
Sur cardiomayotte, on a référencé tous les spécialistes et les numéros des spécialistes pour faciliter le lien.	Outil pour aider les médecins généralistes via les associations	Création d'un répertoire téléphonique et des spécialistes présents sur l'île	Intérêt d'une source d'information centralisée à Mayotte avec annuaire des personnes ressources disponibles (15')
Après les grands référentiels nationaux, il faut les appliquer à ici, c'est pas toujours facile. Mais localement, il y a des choses.	Se mettre au niveau du patient pour le sensibiliser à sa pathologie	Instaurer des schémas adaptés au niveau de connaissance des patients	Savoir s'adapter aux particularités de Mayotte et du patient (11')
Avoir une IPA en cabinet que sur le diabète. C'est un truc hyper important sur une zone comme Mayotte ou 1/3 ont du diabète. [...] un peu d'éducation thérapeutique, elle me regarde les pieds, qu'elle me fasse le point sur le suivi. Et clairement ça, ça serait une super avancée vraiment ! [...] Je pense qu'elles ont un rôle très très très important. Parce que pour avoir travaillé avec des IPA sur d'autres maladies/ FdR cardio-vasculaire, c'est énorme le travail qu'elles peuvent abattre	Intérêt majeur de l'IPA/IDE pour suivi stable et réalisation d'examens	Rôle de l'IDE/IPA pour optimiser le temps de consultation	Rôle de l'IDE/IPA pour renforcer l'éducation thérapeutique et l'observance (10')
On travaille beaucoup avec les IDE libéraux parce qu'il vont être là pour nous tenir au courant. Les relevés glycémiques sont hyper bien fait. L'adaptation c'est eux qui la font. On fait un protocole mais ils adaptent tout. Les ¾ du temps ça se passe hyper bien.	IDE permet un retour médecin/patient	Rôle majeur de l'IDE pour un suivi pérenne	Consultation chronique et rôle de l'IDE pour un suivi pérenne (22')
Les pauvres infirmiers, ils se débrouillent tous seuls avec leur protocoles parce- qu'ils sont meilleurs que les ¾ des médecins généralistes mais il n'y a pas assez de suivi de notre part et ils sont un peu laissés à l'abandon sur le plaies chroniques de pieds diabétiques.	IDE livré à lui même car mauvaise coordination IDE/ médecins	Communication entres professionnels de santé inerte	Mauvaise coordination hospitalière et/ou extra-hospitalière (14)
On a beaucoup de complications liés aux pieds diabétiques. Ici une propriété typique à Mayotte, les gens marchent beaucoup pieds nus, en chaussure ouvertes, ce qui n'est pas le cas en métropole donc on a des complications qu'on trouve pas en métropole. Avec des gens qui sont beaucoup dans les champs, qui font des ablution avec les prières, qui ont beaucoup de mycoses, d'intertrigo, qui développent des plaies chroniques des pieds diabétiques assez importantes	Mode de vie différent ancré à Mayotte	Problématiques inhérentes au mode de vie à Mayotte	Barrière culturelle avec les croyances et les coutumes (6)

<p>Il faut qu'on joue sur l'alimentation, l'éducation thérapeutique, l'activité physique. Je sais que l'ARS essaie de mettre en place pleins de programmes là dessus et qu'il y a de plus en plus de programmes nationaux adaptés à Mayotte mais tout ça, ça demande du temps. Et quand on est en libéral, on a peu de temps.</p>	<p>Renforcer la prévention primaire/ Mieux vaut prévenir que guérir</p>	<p>Rôle de la fonction de santé public de jouer sur la prévention</p>	<p>Action des fonctions de la santé public : sensibiliser les patients au travers de campagnes préventives (20')</p>
MO4			
<p>Des situations de patients diabétiques suivis qui sont en rupture de traitement qu'on récupère. Qui parfois ont des problèmes de papiers et qui sont du coup expulsés, qui doivent quitter Mayotte, qui se retrouvent sans traitement pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois et qui reviennent au dispensaire avec un diabète complètement déséquilibré à nouveau et pour lesquels il faut réenclencher toute l'initialisation du traitement. C'est la chose qui me vient en tête en premier lieu chez ces patients chronique qu'on peut pas suivre de façon optimale</p>	<p>Sentiment d'impuissance pour soigner les patients en situation irrégulière</p>	<p>Inégalité d'accès aux soins due au paradoxe entre situation socio-politique et mise en vigueur du système de santé</p>	<p>Aberration entre la politique migratoire et l'offre de soin (25)</p>
<p>Un patient qui se présentait pour malaise et qui avait une glycémie à 5,5g qui n'était pas connu. C'était une découverte de diabète non décompensée puisqu'il n'avait pas d'acide-cétose. Juste une hyperglycémie. Pour lesquelles on a essayer d'introduire un traitement, puisqu'il n'a pas été hospitalisé. L'initialisation du traitement a été un peu compliqué puisque ça se faisait à domicile. Les soins infirmiers à domicile sont pas évidents à mettre en place. Venir au dispensaire tous les jours c'est pas évident pour le patient. Ça a cafouillé, on l'a revu plusieurs fois aux urgences après cette 1ère consultation pour des réadaptations de traitement.</p>	<p>Difficulté de prise en charge en ambulatoire de patients nécessitant une hospitalisation faute de place.</p>	<p>Prise en charge ambulatoire de patients nécessitant une hospitalisation</p>	<p>Modification du seuil de tolérance à Mayotte en raison des situations complexes (28)</p>
<p>Tout ce qui est gérable par eux même dans leur façon de vivre, c'est un peu difficile de l'aborder pour les questions de culture, de compréhension de l'importance de tout ce qui est à côté du médicament.</p> <p>C'est un peu difficile de l'aborder pour les questions de langue</p>	<p>Absence de référentiel commun en terme de mode de vie</p> <p>On parle pas de la même chose !</p> <p>Peu d'échange avec les patients car langue différente</p>	<p>Ecart entre les connaissances du médecin et du patient</p> <p>Difficulté de communication médecin/patient</p>	<p>Barrière culturelle liées aux croyances et aux coutumes (6)</p> <p>Barrière culturelle liées aux croyances et aux coutumes (6) (linguistique)</p>
<p>Dans les patients qu'on voit au dispensaire, qui sont souvent des patients pas francophones, avec des qualités d'interprétariat très limités et le temps qu'on a pas non plus à passer avec eux</p>	<p>Consultation médicale peu contributive du au manque de formation des interprètes</p>	<p>Qualité d'interprétariat très fluctuant</p>	<p>Qualité d'interprétariat hétérogène (5)</p>
<p>J'ai remarqué qu'il y avait certaines dames qui s'étaient mises à marcher, qui ancrèrent ça dans leur quotidien. Des dames qui se sont inscrites dans des salles de sport j'ai trouvé ça un peu surréaliste mais ça existe et ça arrive. J'ai trouvé ça intéressant [...] Ces patients qui sont quand même suivis en chronique, le fait qu'ils soient vus régulièrement tous les 3 mois sur la consultation chronique, on sent qu'il y a quand même avec le temps des choses qui peuvent avancer. C'est long mais c'est possible.</p> <p>Je suis pas toujours très au point sur les derniers traitements, les associations, quand il faut majorer un traitement. Je suis toujours à chercher, à me poser pleins de questions, c'est pas du tout spontané et facile.</p>	<p>Amélioration en cours grâce à l'éducation et la sensibilisation des patients</p> <p>Peu d'aisance dans la gestion des molécules</p>	<p>La prévention, la sensibilisation et l'éducation porte ses fruits</p> <p>Hétérogénéité dans les connaissances en matière de diabète</p>	<p>Espoir et alternatives possibles pour Mayotte</p> <p>Hétérogénéité dans l'aisance des consultations diabétiques (4)</p>
<p>Sur l'aspect règle hygiéno-diététique, en tant que métropolitain, je suis quand même pas très au fait même si je découvre les choses sur la façon dont les gens s'alimentent ici. Et les ressources qu'ils ont au niveau alimentation, quelles sont les habitudes, qu'est ce qui existe et qu'est ce qui est accessible quand on parle de</p>	<p>Absence de connaissance de</p>	<p>Difficulté pour appliquer les RHD à Mayotte</p>	<p>Manque de connaissance des</p>

<p>légumes par exemple. Légumes verts, je suis assez vite coincée dans ce que je peux suggérer ou échanger avec les gens.</p> <p>Mais les gens n'ont pas grand chose non plus à proposer, donc ça, ça me frustre un petit peu parce qu'on va pas très loin.. Ça je trouve ça un peu compliqué et parce que c'est très culturel.</p>	<p>l'alimentation locale</p> <p>Interaction limité car patients peu expansifs</p>	<p>Difficulté de communication médecin/patient</p>	<p>ressources alimentaires des médecins adaptés à Mayotte (7)</p> <p>Barrière culturelle liées aux croyances et aux coutumes (6)</p>
<p>La place de la marche. Il y a le climat qui fait aussi que l'activité physique n'est pas aussi facile pour les gens ici</p>	<p>Limitation pour appliquer les RHD</p>	<p>Climat hostile environnemental et sécuritaire</p>	<p>Marge de manœuvre limité pour l'activité physique (3)/ Inertie des pouvoirs publiques et climat hostile (24)</p>
<p>Dans le mode de vie des gens, on sait pas comment ils vivent vraiment. [...] Je trouve que c'est très lié au fait qu'on soit pas d'ici et du coup qu'on passe à côté. Tout ce qui est hygiéno-diététiques c'est très très lié à la culture et au contexte socio-économique, du coup quand on maîtrise pas bien ce sujet là, on est un peu limité.</p>	<p>Métropolitain vite limité dans les ressources pour parler de RHD</p>	<p>Maîtrise pauvre des médecins du contexte local</p>	<p>Barrière culturelle liée aux coutumes et aux croyances (6)</p>
<p>La place de la marche. Il y a le climat qui fait aussi que l'activité physique n'est pas aussi facile pour les gens ici</p> <p>Tout ce qui est hygiéno-diététiques c'est très très lié à la culture et au contexte socio-économique, du coup quand on maîtrise pas bien ce sujet là, on est un peu limité. Je pense que c'est bien de laisser ça aux Mahorais dans l'absolu [rires]. Sûrement que les para-médicaux sont plus à même de les aider sur ce plan là.</p> <p>Au dispensaire, on est limité sur ce qu'on peut proposer au niveau des traitements, les médicaments qui sont pris en charges, notamment les derniers traitements donc ça coince un petit peu sur l'éventail thérapeutique et le confort pour le patient</p>	<p>Supposition de la difficulté d'accès financière</p> <p>Relais à un référent local qui fasse le lien entre les occidentaux et les locaux</p> <p>Limitation offre de soin pour les non assurés sociaux</p>	<p>Limitation dans la prise en charge liée à des à priori</p> <p>Favoriser l'observance thérapeutique via des référents locaux</p> <p>Inégalité d'accès aux traitements</p>	<p>Amplificateur de freins déjà présents à Mayotte</p> <p>Rôle des référents locaux pour limiter les obstacles culturelles (6')</p> <p>Offre et suivi thérapeutique à 2 vitesses (8)</p>
<p>Je pense que les séances, c'est assez anecdotiques, c'est pas très régulier. Je n'ai pas de connaissance, savoir si les gens viennent à ces séances quand on leur propose. [...] Et après c'est l'intérêt des patients pour ce genre d'activité de groupe, je sais pas du tout si ça marche. Pareil, c'est aussi culturel cet aspect là.</p> <p>Peut être un protocole. [...] on a le sentiment que le diabète de type 2 ici est pas le même que le diabète de type 2 de chez nous. L'insulino-résistance n'est pas la même. Il y a des nécessités thérapeutiques qui sont pas les mêmes que chez nous. [...] ce serait intéressant d'avoir un référentiel propre à ce qu'il se passe ici. Peut être un référentiel qui soit propre au CHM avec les thérapeutiques qui sont disponibles au CHM et puis après élargir.</p>	<p>Absence d'investissement des patients /</p> <p>Non observance des patients</p> <p>Diabète à Mayotte différent de la métropole</p>	<p>Difficulté dans le parcours de soin</p> <p>Besoin d'un protocole adapté à Mayotte car reco non adaptée à ce diabète</p>	<p>Désinvestissement des patients (20)</p> <p>Intérêt d'une source d'info centralisée : annuaire des missions endoc et fiches d'aides à la prescript° adaptée à Mayotte (4')</p>
<p>Ce qui est compliqué, c'est qu'on suit pas des personnes. On voit une personne, c'est pas sûr que c'est nous qui la revoyons après, on a pas de connaissance de la suite.</p>	<p>Manque de feed back du patient à cause du turn over ou organisation des soins</p>	<p>Pas de suivi patient régulier</p>	<p>Manque de relation médecin/ patient (22)</p>

Le fait d'être de passage, j'ai pas intégré l'implication dans le suivi annuel des patients, je fais juste des renouvellements de traitements sans reprendre tous le dossier en me disant que le médecin habituel reverra ça avec eux.	Absence de présence médicale pérenne et de continuer des soins.	Délégation de tâche sur confrères	Désinvestissement et délégation de tâches des médecins (10)
Je sais pas s'il y a des ophtalmo qui font des FO[...] c'est toujours très compliqué de savoir ce qui existe, ce qui est disponible. Le podologue, est-ce qu'il y en a ? Le FO, où ça se fait ? Tu vois là en discutant, je sais pas qui fait les fonds d'œil ici.	Absence de connaissance des ressources existantes sur l'île	Difficulté dans le parcours de soin/ ressources existantes mais information non relayée	Manque de communication sur les ressources disponibles (15)
Qu'on ait un référentiel qui nous dise à qui adresser, qui s'occupe de ça, ça serait plus simple, parce que là il faut chercher l'information tout le temps. [...] toujours la même chose, cette clarification de qui fait quoi, de savoir qui solliciter facilement. [...] Je trouverai ça plus simple effectivement qu'on ait un référentiel avec tout ce qui existe sur le sujet du diabète. Après on s'en prend qu'à nous même si on l'utilise pas mais au moins que cette ressource soit centralisée quelque part, ces informations soit mises ensemble, ça serait bien.	Outil pour aider les médecins généralistes	Création d'un répertoire téléphonique et des spécialistes présents sur l'île	Intérêt d'une source d'information centralisée à Mayotte avec annuaire des personnes ressources disponibles (15')
Là il faut chercher l'information tout le temps. Donc on la cherche pas toujours parce qu'on a pas le temps [rires]. Parce que c'est ça aussi en étant assez honnête.	Sacrifice volontaire d'une prise en charge adéquat car temps de consultation non optimisé	Désinvestissement car recherche d'information chronophage	Désinvestissement et délégation de tâches des médecins (10)
Alors j'ai rencontré l'autre jour une infirmière qui est salariée d'un médecin généraliste. Elle a un rôle d'IPA à coté de Mamoudzou. C'est un généraliste qui l'a salarié pour l'aider dans son activité. Ils ont toute une prise en charge des patients diabétiques que je trouve extrêmement intéressante. C'est elle qui fait les renouvellements d'ordonnance quand il n'y a pas de modification de traitement, qui suit les examens para-cliniques	Intérêt majeur de l'IPA/IDE pour suivi stable	Rôle de l'IPA pour optimiser le temps de consultation	Rôle de l'IDE/IPA pour délégation de tâche (23')
Le nephro je l'ai jamais sollicité. D'ailleurs je ne sais même pas s'il y en a un. Le diabéto, non plus.	Absence de spécialistes	Difficulté dans le parcours de soin	Désert médical (16)
Dans l'activité du dispensaire, je pense qu'on est pas efficace dans cet aspect là parce qu'on suit pas les gens personnellement. Tu peux voir quelqu'un ce jour là, t'essaies d'appeler le cardio et puis t'arrives pas à l'avoir. Donc le lendemain, tu vas noter, tu vas peut être réessayer puis t'arriveras peut-être pas à l'avoir et puis du coup tu laisses tomber.	Manque de feed back du patient du au turn over médical et mauvaise organisation des soins	Difficulté à travailler et se coordonner/ Pas de suivi patient régulier	Manque de relation médecin/ patient (22)
On récupère des gens pour qui c'est noté demande de consulte cardio, tu te rends compte qu'il a pas été vu, tu rappelles le cardio, ah ba si on va le voir la semaine prochaine ou dans 15 jours mais il y a du temps perdu par cette organisation des soins	Retard de prise en charge car mauvaise organisation/communication avec le turn over médical	Retard de prise en charge importante	Mauvaise coordination hospitalière et/ou extra-hospitalière (14)
Heu...non. J'ai du voir passer des affiches autour de ça, mais je sais pas, je sais plus. Non j'ai rien en tête	Manque de communication des organismes existants	Absence de connaissance des organismes	Limite des organismes existants (12)
heu, ba pareil, toujours cette notion d'information. Alors je sais pas si c'est lié au fait qu'on nous informe pas ou qu'on cherche pas à s'informer. Mais c'est vrai que sur des temps limités comme ça et avec la charge de travail qu'on a eu cette fois-ci. Mais l'année dernière j'avais pas non plus cherché l'information. Je sais pas si ça vient de moi ou si c'est parce que c'est compliqué	Informations existantes mais disperses nécessitant une démarche active chronophage	Manque d'intérêt /investissement par absence d'information centralisée	Manque de communication sur les ressources disponibles (15)

Avec la charge de travail qu'on a eu cette fois-ci.	Demande de soins trop importante	Difficulté dans la gestion du suivi	Charge de travail démesurée (23)
Avoir cette vigilance complémentaire du médecin, de s'assurer que le suivi est fait correctement, notamment de tout ce qui était examen ou consultation spécialisée en plus. Comme l'IPA semble être un acteur un peu stable dans le suivi des patients à la différence des médecins actuellement. Je me dis quel c'est elle qui à l'œil et qui peut rappeler au médecin de faire la prescription. [...] Ici à Mayotte, c'est peut être un garant de stabilité dans le suivi plus que le médecin.	IDE permet un retour médecin/patient	Rôle majeur de l'IDE pour un suivi pérenne	Consultation chronique et rôle de l'IDE pour un suivi pérenne (22')
Le patient à sa part de responsabilité mais le système de soin aussi à sa part de responsabilité quand les gens dépendent de l'hôpital public. Je sais pas du tout en libéral, en tout cas au dispensaire, c'est pas facile d'avoir un suivi chronique.	Difficulté dans la gestion du suivi car problèmes organisationnels	Organisation décousue du système de santé	Inaction des pouvoirs publics de santé (26)
M05			
Je reçois pas mal de patients qui ont un diabète depuis un certain temps. Souvent des gens qui ont déjà des atteintes neuropathiques très avancés, néphro-angiosclérose très avancée donc en insuffisance rénale. Ceux sont eux qui sont très difficiles. Ils se foutent un petit peu du problème de régime. On a beau expliquer, on sent qu'il y a un problème	Diabète inquiétant mais le patient n'en a pas conscience	Difficulté d'observance chez patient en refus de soin	Désinvestissement des patients (9)
On a une population qui a une situation financière très difficile, faut pas croire que parce qu'on est un département, on a tout ce qu'il faut. Non. Une population qui est majoritairement très pauvre et qui n'a pas les moyens de se payer un certain nombre d'aliment utile pour leur propre régime.[...] J'ai pas envie de dire qu'on les comprend, mais c'est qu'ils n'ont pas le choix.	Difficulté de se nourrir correctement car pouvoir d'achat non compatible avec le régime diététique à Mayotte.	Alimentation saine extrêmement onéreuse	Agro-alimentaire inadapté à Mayotte (1)
On essaie de leur donner des protocoles, des consignes d'hygiène diététique de façon à ce qu'ils puissent consommer les aliments qui sont disponibles sans difficulté à Mayotte de sorte qu'il n'y ait pas de dérapage de sorte qu'ils maintiennent un taux de sucre qui soit correct sous traitement, c'est pas facile. [...] leur proposer quelque chose pour qu'ils puissent manger un petit peu de tout mais bien. J'ai quelques protocoles que j'ai faits moi même.	Se mettre au niveau du patient pour le sensibiliser à sa pathologie	Instaurer des schémas adaptés au niveau de connaissance des patients	Savoir s'adapter aux particularités de Mayotte et du patient (11')
Ça nous empêche pas de continuer, d'insister, de contrôler. Puis on arrive à les stabiliser.	Se mettre au niveau du patient pour le sensibiliser à sa pathologie	Être empathique en gardant son rôle de soignant	Accepter sans renoncer (28')
Ma femme ne peut pas préparer ça, donc je mange comme eux.	Patients peu compliants	Non respect des consignes portants sur les RHD	Désinvestissement des patients (9)
C'est des gens qui n'ont pas grand chose, c'est pas évident du tout, c'est très compliqué. On attend qu'il y ait une décompensation pour qu'elle soit prise en ALD, ce qui est complètement ridicule[...] S'ils n'arrivent pas à faire en sorte qu'il n'y ait pas de clandestins, ils le font, mais ça m'étonnerait. Mais maintenant qu'ils sont là, ça plombe les finances hospitalières parce qu'on est quand même obligé de les voir d'une manière ou d'une autre. Ou alors on aura des morts. Ou alors on sera obligé des les prendre en charge à un moment donné mais ce moment donné, c'est quand ils auront des complications et qu'on aura pas le choix et ça coûtera plus cher. Ils sont là ils sont là, faut les prendre en charge, on peut pas faire autrement. La santé n'a pas de coût. Plutôt que de payer 2 euros pour permettre à un patient de se traiter à un moment donné, on attend et on sera obligé de payer 1000 euros, il va arriver aux urgences on aura pas le choix de le mettre en réanimation ou en dialyse et ça coûte beaucoup plus cher.	Aberration de l'absence de reconnaissance du diabète précoce comme ALD	Aberration dans le système de santé / Mieux vaut prévenir que guérir !	Inaction des pouvoirs publics de santé (26)

<p>Il y a un frein, il n'y a pas de pont entre le milieu libéral et le public</p>	<p>Mauvaise coordination des acteurs de santé</p>	<p>Absence de relais entre le privé et le public</p>	<p>Mauvaise coordination hospitalière et extra-hospitalière (14)</p>
<p>Dans l'état actuel des choses, je vois pas comment on pourrait échanger entre nous en libéral et ceux qui sont hospitaliers à moins de tripler les effectifs hospitaliers, comme nous en libéral, on est pas nombreux. [...] Vous imaginez pour absorber tout ça, il faudrait qu'on ait les moyens d'avoir un maillage de praticiens spécialisés pour permettre de faire de la prévention. Il faut des effectifs.</p>	<p>Besoin de médecins spécialistes et libéraux</p>	<p>Pérenniser un parcours de soin optimal en favorisant le recrutement de professionnels de santé</p>	<p>Favoriser l'autonomie des généralistes et le recrutement de généralistes et spécialistes (16')</p>
<p>Aujourd'hui, on essaie de faire du copier/coller. Ce qui se fait en France doit se faire ici. Ici, on est un département mais ça ne sera jamais le même, jamais. Il n'y a qu'à voir l'habitat. Vous verrez les problèmes d'électricité. Comment ils vont conserver l'insuline. Ils vont chez le voisin ou ils le laisse à la pharmacie. Malheureusement c'est ça là situation à Mayotte.</p>	<p>Absurdité de vouloir calquer à Mayotte le système de santé métropolitain</p>	<p>Disparité socio-économique pour faire fonctionner le système de santé</p>	<p>Incohérence entre la politique de santé et le contexte (27)</p>
<p>C'est la catastrophe de voir quelqu'un qui prend pas son traitement, qui fait pas son régime parce que ce qu'on lui propose est du domaine de l'impossible.</p>	<p>Sentiment d'impuissance pour soigner les patients défavorisés</p>	<p>Impasse pour faire fonctionner un système de santé performant</p>	<p>Aberration entre la politique migratoire et l'offre de soin (25)</p>
<p>Pas plus tard que 15j, une femme diabétique m'a dit docteur, vous m'avez dit qu'il faut manger des fruits. J'aime bien manger des fruits, le fruit du Jaques. Moi je peux en manger une assiette. [...] Un ou 2, ça va, mais pas une assiette. Après ils s'étonnent qu'ils aient un dextro qui est à 2.</p>	<p>Connaissances des patients très limités</p>	<p>Connaissance nutritionnelle succincte</p>	<p>Savoir du patient limité (11)</p>
<p>Il faut être très très très près et avoir une surveillance très rapprochée et ne pas hésiter à leur faire peur. Ça m'arrive souvent de les engueuler, je hausse le tons. Peut être que parce que c'est moi mais ça marche et ils ont peur. Quand ils viennent me voir pour le bilan trimestriel, je vous assure qu'ils sont en train de trembler jusqu'à ce que je leur donne les résultats [rires]. Mais c'est pour leur bien.</p>	<p>Responsabiliser le patient dans sa maladie</p>	<p>Attitude paternaliste</p>	<p>Autonomiser et responsabiliser les patients dans leur maladie (9')</p>
<p>Quand on leur explique très bien la pathologie, avec l'activité physique régulière, ils vont consommer des calories, ils vont maigrir. Le sucre va baisser. On aura peut être même l'occasion de baisser des traitements. Ne serait-ce que dire on va diminuer le traitement. Ça, ça marque très bien.</p>	<p>Se mettre au niveau du patient pour le sensibiliser à sa pathologie</p>	<p>Trouver des alternatives adaptées aux patients</p>	<p>Savoir s'adapter aux particularités de Mayotte et du patient pour l'activité physique (3')</p>
<p>Le fléaux ici, c'est le surpoids ou l'obésité morbide. C'est même pas un surpoids, c'est une obésité morbide. [...] Les femmes grossissent pour plaire et se rendent pas compte que ça entraîne des pathologies graves. Il suffit qu'elles perdent 2kg, c'est la catastrophe [rires]. Bon, les jeunes ne sont plus à ce niveau de coutume. C'est des pratiques qui commencent à être abandonnées, heureusement. Si aujourd'hui on connaît cette situation qui est dramatique, une des causes justement c'est cette façon de penser, c'est très culturel.</p>	<p>Coutumes locales à l'encontre des RHD</p>	<p>Difficulté pour faire respecter les RHD à Mayotte car culte de l'embonpoint</p>	<p>Barrière culturelle liées aux croyances et aux coutumes (6)</p>
<p>Quand c'est la femme qui est diabétique et que le mari ne l'est pas, il a ses exigences et ça peut pas passer. Il faut qu'on lui fasse sa bouffe et la femme elle mange ce qu'elle a préparé. Le contraire, c'est peut être moins vrai, quand le mari est diabétique, ça passe beaucoup mieux.</p>	<p>Soumission de la femme à son époux/ influence du patriarcat culturel</p>	<p>Dépendance de la femme à son mari</p>	<p>Barrière culturelle liée aux croyances et coutumes (6)</p>
<p>Aujourd'hui avec la scolarisation, l'éducation, la femme est scolarisée, émancipée et travaille. Il y a une dizaine d'année, c'était pas le cas. La femme était à la maison, sans salaire et c'est le mari qui avait les reines. C'est un problème socio-économique et culturel. Si la femme avait les moyens financiers pour se payer un repas décent, ça irait beaucoup mieux</p>	<p>Dépendance financière de l'épouse envers son mari</p>	<p>Dépendance de la femme à son mari</p>	<p>Barrière culturelle liée aux croyances et coutumes (6)</p>
<p>Il y a une chose que j'ai pas dis et qui pose énormément de problèmes. La population de Mayotte est faite de beaucoup d'immigrés et qui sont là en situation</p>	<p>Sentiment d'impuissance</p>	<p>Inégalité d'accès aux soins due au</p>	<p>Aberration entre la politique migratoire</p>

<p>irrégulière ou qui ont un séjour qui n'est pas forcément renouvelable ou renouvelé. Et c'est ça le problème. Souvent c'est des gens qui vont se retrouver en rupture de traitement, qui ne peuvent plus bénéficier de l'ALD, qui n'ont pas de travail et qui doivent prendre des médicaments qui ne peuvent pas se payer, ça c'est grave. [...] Ca fait partie des choses essentielles car on perd de vu le patient car il ne viendra pas en consultation. Il n'a pas de quoi payer la consultation de 29 euros qui ne sera pas remboursée. Il n'a même pas de quoi se payer un repas journalier.</p>	<p>pour soigner les patients en situation irrégulière</p>	<p>paradoxe entre situation socio-politique et mise en vigueur du système de santé</p>	<p>et l'offre de soin (25)</p>
<p>Soit on régularise ces gens là et on est tranquille parce que ça aura un coût peut être mais ça peut sauver des vies, soit on continue avec la politique actuelle et ça va être très grave. Souvent je me bas pour leur faire renouveler leur séjour. [...] Je me suis beaucoup battu. C'est un sujet qui est très grave. On peut pas comprendre qu'il y ait autant de diabétiques à Mayotte. Il ne devrait pas y avoir d'obstacle financiers. Pour qu'il n'y ait pas d'obstacle financiers, ces gens là dès qu'ils sont identifiés, il faut leur faciliter le parcours. Leur donner une sécurité sociale et leur permettre d'intégrer un parcours de soin, un suivi.</p>	<p>Indignation et lutte pour faire évoluer les décisions politiques</p>	<p>Responsabiliser le système administratif</p>	<p>Faciliter l'accès aux soins pour tous (8')</p>
<p>C'est des pathologies qui sont sous estimées soit on ne veut pas voir ce qu'il se passe exactement, soit on a pas le temps de creuser un petit peu.</p>	<p>Déni du système de santé</p>	<p>Aberration dans le système de santé</p>	<p>Inaction des pouvoirs publics de santé (26)</p>
<p>Un diabétique, c'est pas un malade qui vient pour dire voilà, je vous pose mon ordonnance, renouvelez mon ordonnance. Malheureusement, ça se voit encore. Ça, par contre c'est grave. Si on doit changer de mentalité ou de comportement, c'est des 2 côtés. Le médecin doit aussi se remettre en cause. Pourquoi aujourd'hui les choses ne fonctionnent pas ? C'est peut être de notre faute, c'est important, si aujourd'hui on ne prend pas le temps.</p>	<p>Négligence de certains médecins dans l'éducation thérapeutique, RHD et sensibilisation aux complications</p>	<p>Implication insuffisante de certains médecins</p>	<p>Désinvestissement et délégation de tâches des médecins (10)</p>
<p>Ça ne regarde pas que le patient ou le médecin. C'est aussi de la responsabilité de nos dirigeants hiérarchiques donc faut pas se voiler les yeux. Ça, ça dépend jusqu'où va l'intelligence de nos politiques à Mayotte. [...] Mon souhait, c'est que ça change, pas simplement du côté des hospitaliers ou des libéraux mais aussi des dirigeants politiques. Parce que tous les problèmes ici sont liés.</p>	<p>Indignation et lutte pour faire évoluer les décisions politiques</p>	<p>Abroger cette dualité entre le système de santé et la réalité socio-politique</p>	<p>Adapter le système de santé au contexte (27')</p>
<p>Pour les diabétiques qui nécessitent simplement un régime hygiéno-diététique, c'est difficile. Comment dire aux gens mangez des légumes s'il y en a pas. Mangez des légumes ? Oui, d'accord mais je les trouve où ? [rises]. Donc ça c'est un problème qui est négligé alors que ça génère beaucoup de pathologies. Comment est-ce qu'on peut dans un pays comme Mayotte qui est considéré comme département français être aussi mal considéré, parce que je dirai ça. Alors que si vous allez aux Comores, il y a des légumes qui pourrissent !</p>	<p>Difficulté de se nourrir correctement car pouvoir d'achat non compatible avec le régime diététique à Mayotte.</p>	<p>Alimentation exploitée sur l'île très restreinte et de mauvaise qualité</p>	<p>Agro-alimentaire inadapté à Mayotte (1)</p>
<p>On pourrait mettre des échanges. Aujourd'hui, on va acheter de la viande au Brésil alors qu'à Anjouan, les gens mangent de la viande fraîche tous les jours. C'est incohérent, il y a quelque chose qui ne va pas. Faudrait qu'un jour on puisse taper du point sur la table pour dire ça suffit. Ici, tout coûte cher alors qu'à Anjouan c'est rien du tout. Alors il fut un temps il y avait des échanges. L'agriculteur Comorien pouvait venir vendre ses produits ici à bas prix.</p>	<p>Favoriser l'accès à une alimentation plus accessible</p>	<p>Développer un marché local accessible à tous</p>	<p>Réformer les actions territoriales de l'agro-alimentaire (1')</p>
<p>Il faudrait qu'il y ait une prise de conscience, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui et je ne vois pas quand est-ce que ça pourrait être. [...] On se rend bien compte que la direction que nous sommes en train de suivre aujourd'hui nous pose que problème. Alors pourquoi continuer sur cette direction là ?</p>	<p>Déni total et abandon des instances politiques</p>	<p>Déception et frustration des prises de décisions/ Faible dans le système administratif</p>	<p>Incohérence entre la politique de santé et le contexte (27)</p>
<p>Faudrait peut être réaliser ce genre de rassemblement avec toutes les catégories socio-professionnelles confondu pour parler vraiment de ce genre de problèmes là et pour dire halte maintenant. [...] Alors pourquoi continuer sur cette direction là ? Faudrait peut être changer de direction. C'est pas impossible. Mais il faut de la</p>	<p>Indignation et lutte pour faire évoluer</p>	<p>Abroger cette dualité : système</p>	<p>Action des fonctions de la santé public à mettre en place (26')</p>

<p>volonté et ça ce n'est pas moi tout seul ici qui pourrait faire changer les choses. Peut être que ça vient de nos ARS. Peut être, vous allez faire un travail intéressant et qui va attirer l'attention aux personnes qui vont le lire.</p>	<p>les décisions politiques</p>	<p>de santé et réalité socio-politique</p>	
<p>Souvent ici, on parle de traducteur ou traductrice mais les mahorais, surtout les femmes sont très pudiques et ne vous diront peut être pas tout.</p>	<p>Traduction incomplète et inexacte par pudeur liée à la barrière culturelle</p>	<p>Qualité d'interprétariat très fluctuant</p>	<p>Qualité d'interprétariat hétérogène (5)</p>
<p>Le manque de spécialistes, par exemple d'endocrinologue, ça peut poser un certain nombre de problèmes quand on arrive à bout, qu'on ne sait plus rien faire. On a tout essayé, rien ne marche [rires]. Je parle surtout des jeunes. Moins ça va, j'en ai vu passer, j'ai quelques années derrière moi, j'arrive à m'en sortir avec beaucoup moins de difficultés que nos jeunes collègues qui sont démunis.</p>	<p>Manque de spécialistes pour les jeunes médecins moins autonomes</p>	<p>Autonomie des vieux médecins dans les ttt. Jeunes médecins dépendants des recommandations et besoin d'avis.</p>	<p>Hétérogénéité dans l'aisance des consultations diabétiques (4)</p>
<p>On est un département mais pas comme les autres. Il faut plutôt développer le département de Mayotte en tenant compte un certain nombre de paramètres notamment culturels. On ne peut pas faire autrement. Dans 10-15-20 ans, Mayotte sera toujours ce qu'elle est aujourd'hui. Les gens seront peut être beaucoup plus informés, beaucoup plus instruits, mais on n'enlèvera pas de la tête des mahorais le comportement social, la proximité, la famille. Au lieu d'essayer de faire de Mayotte un département comme c'est en métropole, c'est impossible. Aujourd'hui, on veut tellement faire plaisir aux politiciens, on oublie de leur dire un certains nombre de choses officielles.</p>	<p>Absurdité de vouloir calquer à Mayotte le système de santé métropolitain</p>	<p>Disparité culturelle pour faire fonctionner le système de santé</p>	<p>Incohérence entre la politique de santé et le contexte (27)</p>
<p>C'est ça l'erreur, de vouloir faire à tout prix de Mayotte un département similaire à un département de métropole. Si on essaye de faire les choses sur mesure ça changera beaucoup de choses.</p>	<p>Arrêter de vouloir calquer Mayotte à la métropole.</p>	<p>Instaurer des schémas adaptés au niveau de connaissance des patients</p>	<p>Savoir s'adapter aux particularités de Mayotte et du patient (11')</p>
<p>Dans nos gènes, il y a cette culture qui n'est pas du tout la même. Donc c'est un gros problème. Il faudrait être cohérent sur ce que nous faisons. A un moment donné, ça nous retombe dessus, on le voit bien dans tous les domaines, la santé, l'éducation n'en parlons pas. Les jeunes bouffent n'importe quoi, ils se gavent de n'importe quoi, ils sont obèses, c'est n'importe quoi. Il faut arrêter de vouloir faire l'impossible à Mayotte.</p>	<p>Sentiment pessimiste pour l'avenir du à l'influence du mode de vie occidentale</p>	<p>Méconnaissance nutritionnelle et malbouffe</p>	<p>Influence de la mondialisation prédominant sur la santé (2)</p>
<p>Il faudrait être cohérent sur ce que nous faisons. A un moment donné, ça nous retombe dessus, on le voit bien dans tous les domaines, la santé [...] Les jeunes bouffent n'importe quoi, ils se gavent de n'importe quoi, ils sont obèses, c'est n'importe quoi.</p>	<p>Manque de campagne de prévention contre la malbouffe</p>	<p>Dé-responsabilité du système de santé régional</p>	<p>Inaction des pouvoirs publics de santé (26)</p>
<p>Aujourd'hui, on ne peut pas compter sur l'hospitalier, avec un hôpital qui est complètement désorganisé, où il n'y a pas beaucoup de spécialistes. Mais comme toujours, dans la prise en charge de ces pathologies là, tant qu'on aura pas un parcours de soin qui soit complet de bout en bout, il y aura toujours un problème. S'il y a un maillon de la chaîne qui n'existe pas, il y aura toujours un problème.</p>	<p>Avis ou orientation très compliqué</p>	<p>Difficulté pour orienter le patient correctement faute de spécialiste</p>	<p>Offre de soins limitée face à la demande (19)</p>
<p>Et pour avoir des effectifs, il faut que Mayotte séduise. [...] Je rigolais quand on parle de fidéliser, mais il faut être attractif avant.</p>	<p>Donner envie aux médecins de s'installer</p>	<p>Pérenniser un parcours de soin optimal</p>	<p>Favoriser l'attractivité médicale (24')</p>
<p>Je vois mal quelqu'un venir à Mayotte sachant qu'il ne peut pas scolariser son enfant ou en ayant la boule au ventre quand il saura son enfant à l'école parce qu'il va se faire tabasser.</p>	<p>Climat hostile inhérent à la violence et l'insécurité</p>	<p>Réticence des médecins à rester à Mayotte a cause des agressions</p>	<p>Inertie des pouvoirs publics et climat hostile (24)</p>

<p>Il n'y a pas un jour où il n'y a pas de guerre de clans et donc les gens s'en vont. Je connais des amis qui étaient contents d'être ici et qui partent parce qu'ils ont peur de rester là. Est-ce qu'on se pose cette question ? Ou alors on se voile les yeux, voilà je suis tranquille dans mon p'tit coin et je m'en fou de ce qu'il se passe. Pourtant c'est pas compliqué, on est pas très nombreux, c'est une petite île 364km², on est pas capable de gérer ça. [...] Il faut essayer de faciliter la venue de ces arrivants pour qu'ils se sentent beaucoup plus à l'aise et en sécurité et ça c'est pas dans l'esprit de certains d'entre nous.</p>	<p>Déni total et abandon des instances politiques</p>	<p>Sentiment d'abandon des médecins quand aux prises de décisions politiques</p>	<p>Inertie des pouvoirs publics et climat hostile (24)</p>
<p>Pour les orienter ici, c'est la catastrophe. On peut pas admettre qu'on oriente quelqu'un pour être prit en charge dans les 2-3j à venir et qu'on lui demande de revenir dans 3 à 6 mois parce qu'on a pas la possibilité de le prendre en charge. [...] Ceux qui n'ont pas les moyens attendent, on bricole en attendant. C'est ça qui est grave.</p>	<p>Recours très limité des spécialistes à Mayotte</p>	<p>Seule alternative possible : partir de Mayotte</p>	<p>Offre de soins limitée face à la demande (19)</p>
<p>Quand je ne sais pas, j'ai un numéro de téléphone avec un mail, j'appelle un collègue et j'ai un rdv tout de suite à la Réunion. [...] Ceux qui ont des sous s'en vont, je leur conseille de partir.</p>	<p>Partir de Mayotte pour les plus riches</p>	<p>Sois hors de Mayotte des plus fortuné pour accéder à des soins décents</p>	<p>Soins hors département et guide de recours aux spécialistes adaptée à Mayotte pour optimiser le recours aux soins (19')</p>
<p>Tout ça tourne autour de l'attractivité, de l'accueil, de la fidélisation. A un moment donné, il faut changer de direction.</p>	<p>Inverser la tendance de Mayotte pour la rendre attractif</p>	<p>Endiguer les déserts médicaux/ pérenniser un parcours de soin optimal</p>	<p>Favoriser l'attractivité médicale (24')</p>
<p>Le cardiologue je le sollicite pas, quand j'en ai besoin celui de l'hôpital est très débordé[.]Néphrologue c'est pas facile du tout. Est-ce qu'on se pose ces questions ? A l'hôpital, peut être qu'on a un néphrologue mais je ne sais pas. C'est en privé à Maydia mais eux ils font de la dialyse. Le suivi de tous les jours, c'est loin d'être le cas.</p>	<p>Absence de spécialistes</p>	<p>Difficulté dans le parcours de soin</p>	<p>Désert médical (16)</p>
<p>Je pense qu'on peut faire beaucoup beaucoup mieux avec même les moyens que nous avons actuellement. C'est pas compliqué de prendre le carnet du patient quand on l'a vu à l'hôpital, d'écrire un petit mot. Moi, quand je le envoie, j'écris un mot. En retour, je sais pas ce qu'il s'est passé. Ils ont même parfois changé d'ordonnance, je suis pas au courant jusqu'à la prochaine consultation qui vient 2-3 mois après. Problème de communication énorme, énorme, eeenorme ! Ça n'existe pas. [...] On a l'impression que cette communication n'existe pas. Et sans ce dialogue instauré, ces échanges entre nous et le milieu hospitalier, le seul qui existe à Mayotte puisqu'il n'y a pas de privé, on s'en sortira pas.</p>	<p>Mauvaise coordination des acteurs de santé/ absence de communication avec les néphrologues</p>	<p>Communication entre professionnels de santé inerte</p>	<p>Mauvaise coordination hospitalière et/ ou extra-hospitalière (14)</p>
<p>Si on prend pas le téléphone et c'est énorme parce que c'est rester accroché au téléphone pendant 30min-1h, c'est pas la peine.</p>	<p>Communication/ coordination compliquée et chronophage</p>	<p>Coordination des soins chronophage</p>	<p>Mauvaise coordination hospitalière et/ou extra-hospitalière (14)</p>
<p>Si on se parle pas, comment peut on guérir un malade ? Faut qu'on change nos méthodes, nos façon de travailler, ensemble. [...] Le parcours n'existe pas entre le privé et le public. Pourtant c'est essentiel parce que c'est la base. Le jour où on comprendra qu'il faut qu'il y ait des échanges, propres, sains entre le public et le privé, je pense que ça changera beaucoup.</p>	<p>Optimiser la communication</p>	<p>Limiter l'isolement</p>	<p>Travailler en réseaux entre hospitaliers et/ou extra-hospitaliers (14')</p>
<p>J'avais proposé au directeur de l'ARS de l'époque d'organiser une ou deux fois par an des échanges entre les généralistes, enfin le public et le privé, se retrouver dans un endroit sympathique, se parler, faire des réunions.</p>	<p>Optimiser l'échange et la communication via l'ARS</p>	<p>Limiter l'isolement par une meilleur communication/ pérenniser un</p>	<p>Travailler en réseaux entre hospitaliers et extra-hospitaliers (14')</p>

		parcours de soin optimal	
Pourquoi ça serait pas possible ? Pourquoi aujourd'hui, j'appellerai quelqu'un que j'ai jamais vu de ma vie ? Alors que si on le faisait, on se connaîtrait, ça passerait beaucoup plus facilement entre nous que si on connaît pas la personne qui est en face de vous. Ba j'ai pas réussi à le faire. Ça demande un investissement. L'ARS aurait pu être facilitateur mais bon, c'est n'importe quoi	Déception et frustration des prises de décision	Dé-responsabilité des pouvoirs publics de santé régionaux	Inaction des pouvoirs publics de santé (26)
Il y a une association qui intervient dans l'éducation thérapeutique, Rediab. Il faudrait étoffer un peu plus ce genre d'association pour que Mayotte puisse bénéficier d'un maillage plus structuré dans les zones les plus touchées, ça c'est bien.	Favoriser l'accès aux soins pour tous	Mailler le territoire pour couvrir les zones vides	Homogénéiser l'accès aux soins géographique (17')
J'ai toujours essayé de trouver des solutions par mes propres moyens, la littérature, abonnements des revues, colloques, congrès. C'est des choses qui font beaucoup de bien à Mayotte, ça me permet d'avoir une culture médicale plus élargit. [...] quand on se trouve dans la campagne, qu'on ait pas d'autres solutions que de se débrouiller et si on a pas cette mentalité forte d'aller chercher les réponses ailleurs en se formant, en faisant un petit peu de tout, c'est pas possible. C'est pas que je dédaigne cette culture de travailler ensemble mais c'est qu'il n'est pas facile de le faire.	Besoin de formations continue pour palier au manque de spécialistes	Palier au manque des spécialistes par l'autonomie des médecins généralistes	Favoriser l'autonomie des généralistes et le recrutement de généralistes et spécialistes (16')
Même si ces structures existent, on leur donne pas les moyens de fonctionner, elles fonctionnent mal. Elles existent, ça fait plaisir à l'ARS. Mais quand on va bien fouiller, tu vois qu'il n'y a même pas d'ordinateur pour faire du suivi, ça va pas. [...] Parfois on se pose la question, mais pourquoi vous existez ? Vous existez mais sans exister, au fond ya rien, c'est pas évident. Ils existent mais sans moyen. On doit changer du bas en haut dans les organismes.	Réticence de l'associatif politisé	Absence de moyen pour la mise en place et le suivi	Limite des organismes existants (12)
Les IDE, oui, bien-sûre. Comme je vous ai expliqué, c'est eux qui sont venus, me voir, j'ai accepté tout de suite. On fait des visites à domicile, qu'à la demande des infirmières. Ils m'apprennent beaucoup de chose dans le milieu du malade.	IDE permet un retour médecin/patient	Rôle majeur de l'IDE pour un suivi pérenne	Rôle de l'IDE/IPA pour renforcer l'éducation thérapeutique et l'observance (10')
Arrêter de faire venir des aliments qui viennent de n'importe où, de vendre n'importe quoi à la population mahoraise qui de se fait n'a pas le choix que de bouffer ce qu'on leur propose.	Déconstruire l'influence de la société de consommation et la malbouffe	Rôle des pouvoirs public	Reformer les actions territoriales de l'agro-alimentaire (1')
D'introduire dans le milieu scolaire, d'apprendre aux très jeunes à manger, leur inculquer cette éducation, pour qu'ils soient conscients de ce que c'est de bien manger	Déconstruire l'influence de la société de consommation et la malbouffe	Rôle de la fonction de santé public de jouer sur la prévention	Action des fonctions de santé public : mener des campagnes préventives (2')
Faciliter la prise en charge de cette maladie en leur facilitant le parcours de soin. Que ce parcours ne soit pas un parcours du combattant, d'être obligé de laisser tomber leur thérapeutique sous prétexte qu'ils n'ont pas de séjour. Dès lors qu'il ont eu un séjour, on ne devrait pas avoir d'autres solutions que de continuer à leur faciliter la tâche, les régulariser de sorte qu'ils ait une sécurité sociale et donc une ALD. Sinon c'est peine perdue. Et puis ne pas choisir de qui doit pouvoir se faire traiter, ça on peut pas se le permettre, malheureusement c'est très fréquent.	Indignation et lutte pour faire évoluer les décisions politiques	Abroger cette dualité entre le système de santé et la réalité socio-politique	Faciliter l'accès aux soins pour tous (8') (18')
M06			
La grande difficulté, c'est qu'on ne parle pas le même langage. On ne parle pas du corps, on ne parle pas de la maladie de la même façon. [...] L'éducation au langage du médecin, aux attentes du médecin pour le patient. On ne peut pas avancer et avoir un bon résultat si la personne ne comprend pas ce qu'on lui demande. [...] C'est fait pour faire plaisir au médecin, au soignant mais c'est pas fait dans une	Absence de référentiel commun en terme de mode de vie	Écart entre les connaissances du médecin et du patient	Barrière culturelle liées aux croyances et aux coutumes (6)

prise en charge où on se met en position d'être un spécialiste de son corps et de sa maladie à soi.	On parle pas de la même chose !		
Il faut se battre, attendre, être patient, ça viendra, ou ça vient pas. Mais je crois que ça apprend l'humilité par rapport à tous nos arbres décisionnels. Dans les arbres décisionnels, il n'y a pas le patient qui comprend pas, qui ne veut pas, qui ne sait pas.	Se mettre au niveau du patient pour le sensibiliser à sa pathologie	Être empathique mais garder son rôle de soignant	Accepter sans renoncer (28')
La principale difficulté qui est pire qu'en métropole c'est l'observance thérapeutique. Quand on a une prise des médicaments de 60% on est content.	Patients peu observants	Difficulté dans l'adhésion thérapeutique	Désinvestissement des patients (9)
Depuis 11 ans, les gens ont bien appris et sont bien rentrés dans la consultation chronique, c'est à dire dans la prise en charge de ça. On vient pour ça et on voit des médecins qui savent ce qu'on fait.	Suivi pérenne des patients grâce à la consultation chronique	Parcours de soin et suivi efficace via les consultations chroniques	Consultation chroniques et rôle de l'IDE/IPA pour un suivi pérenne (22')
La plus grosse difficulté que j'avais en arrivant ici c'est que je voyais des patients qui passaient 6 fois dans l'année au dispensaire pour soigner le diabète et qui à chaque fois avaient des changements de traitements, chacun y allait de sa couche. C'était ni fait ni à faire, il n'y avait pas de suivi biologique, il n'y avait pas de prise en charge du dossier	Manque de feedback du patient du au turn over médical et la mauvaise organisation des soins	Difficulté à travailler et se coordonner/ Pas de suivi patient régulier	Manque de relation médecin/ patient (22)
J'aimerais avoir un peu plus de temps pour pouvoir un peu mieux gérer tout ce qui est cardio chez le diabétique parce que c'est pas terrible ce qu'on fait, je suis pas content du suivi cardio, les électro c'est pas à jour.	Optimiser le temps de consultation pour un meilleur suivi	Rôle de l'IDE/IPA pour optimiser le tps de consultation	Rôle de l'IDE/IPA pour délégation de tâches (23')
Il y a pas forcément le temps de pouvoir faire réaliser un électrocardiogramme annuel aux patients	Absence de réalisation d'exams car temps de consultation non optimisé	Désinvestissement car consultation chronophage	Désinvestissement et délégation de tâches des médecins (10)
Au niveau de Mayotte, j'aimerais qu'on fasse ce qu'on dit qu'on fait. On dit qu'on soigne les gens et bien qu'on les soigne et pas qu'on fasse semblant. Quand un sans papier arrive. Quand ils sont dans des situations où il faut renforcer les traitements ou le traitement ne peut pas être fait sans avoir une prise en charge sociale.	Indignation et lutte pour faire évoluer les décisions politiques	Abroger cette dualité entre le système de santé et la réalité socio-politique	Faciliter l'accès aux soins pour tous (8')
Après la sécu ça peut durer 6 mois avant qu'ils aient leur attestation et après tu rajoutes encore 2 mois pour avoir le 100%, donc ils bouffent un an de leur séjour rien qu'en administratif.	Assurance maladie inerte	Lenteur administrative	Inaction des pouvoirs publics de santé (26)
On aimerait bien avoir un panel de spécialiste un peu plus présent. Il n'y a pas d'ophtalmo, ya pas de neuro. [...] Si ça tournait avec le double de spécialistes actuellement ça fonctionnerait mieux pour les patients et pour nous.	Besoin de médecins spécialistes	Pérenniser un parcours de soin optimal en favorisant le recrutement des professionnels de santé	Favoriser l'autonomie des généralistes et le recrutement de généralistes et spécialistes (16')
Le fond de l'alimentation est quand même beaucoup dirigé sur tout ce qu'on aime pas qu'ils mangent. Ils mangent énormément de sucre lent. Souvent, c'est un comportement alimentaire qui est en dent de scie. Ils peuvent ne pas manger,	Peu de volonté pour respecter un régime alimentaire adapté	Difficulté pour faire respecter les RHD	Désinvestissement des patients (9)

comme ils peuvent se bafrer donc c'est très difficile lorsqu'on essaye de mettre des traitements pour contrôler tout ça.			
2/3 des patients sont d'accords pour faire de l'éducation thérapeutique. Sur ces 2/3, 10% vont y aller, pas plus. [...] elles répondent pas au téléphone ou quand ça les intéresse. Elle vont à la 1ère consultation et puis après elles suivent pas la mise en place.	Peu de volonté et d'investissement du patient dans sa pathologie	Négligence des patients à respecter le parcours de soin	Désinvestissement des patients (20)
Parce que déjà, les maris veulent pas qu'elles viennent faire ces truc là. J'ai joué le jeu au départ quand l'EMET s'est mis en place, j'ai bouffé mon temps de consultation à motiver les obèses et les diabétiques pour aller à la formation. En 5 ans, il y en a 10 chez qui l'éducation thérapeutique a fait de l'effet. Bon quand ça fait de l'effet c'est fabuleux, hein ? Mais en 5 ans... 10... c'est limité Il faut essayer de voir petit, commencer par la base. [...] dans la discussion, dans le dialogue, il faut être très près du patient. Il faut se mettre à son niveau pour essayer de l'élever et pas le regarder d'en haut pour lui dire monte, monte.	Soumission de la femme à son époux/ influence du patriarcat culturel Déception des organismes existants car inefficaces	Dépendance de la femme à son mari Sentiment d'inefficacité des organismes existants	Barrière culturelle liée aux croyances et aux coutumes (6) Limite des organismes existants (12)
	Se mettre au niveau du patient pour le sensibiliser à sa pathologie	Instaurer des schémas adaptés au niveau de connaissance des patients	Savoir s'adapter aux particularités de Mayotte et du patient (11')
Quand on sait maintenant que dans les prises en charge diabétique, on en est presque à dire qu'un diabétique en début de prise en charge avec un IMC de 40, on devrait quand même aborder le sujet de la chirurgie bariatrique [souffle]. Heureusement, ici, j'ai ai parlé aux endocrino qui interviennent heuu... ils temporisent, ils mettent un bémol. Les gens, tu leur parles de chirurgie pour maigrir, eux non plus savent pas ce que c'est. C'est là qu'on est vraiment déséquilibré par rapport à ce qu'on nous dit de faire et ce qu'on peut faire.	Absurdité de vouloir calquer à Mayotte le système de santé métropolitain	Impasse pour faire fonctionner un système de santé performant	Incohérence entre la politique de santé et le contexte (27)
Dans les dispensaires, c'est pas bien puisqu'on a pas tout ce qu'il faut. [...] Pharmacie hospitalière, peut mieux faire, pharmacie en ville, fait déjà très bien [...] Le seul problème, c'est lorsque le patient sans papier arrive au traitement maximum qu'on peut lui offrir avec de l'insuline, de la metformine et de l'analogue de GLP1 ou gliptine, on aimerait bien avoir plus de solutions sur l'hôpital mais c'est tout Moi je me suis formé sur le tas, quand je suis arrivé, je connaissais rien à l'insuffisance rénale, maintenant c'est bon, ça va [...] j'accompagne les patients jusqu'au stade terminal, j'ai appris à les prendre en charge jusqu'à un stade IV [...] j'ai énormément progressé en diabète par rapport à la métropole, je me suis complètement formé à la néphro par rapport à la métropole. La cardio, ça me plaisait bien donc j'ai continué. J'ai mis en place la consultation chronique parce que je voulais compenser le manque de spécialiste	Limitation offre de soin pour les non assurés sociaux Besoin de formations continue pour palier au manque de spécialistes	Inégalité d'accès aux traitements Palier au manque des spécialistes par l'autonomie des médecins généralistes	Offre et suivi thérapeutique à 2 vitesses (8) Favoriser l'autonomie des généralistes et le recrutement de généralistes et spécialistes (16')
Compte tenu de la marche pied nue, souvent ils se blessent. Ici c'est la cause d'amputation des membres inférieurs.. j'en ai vu beaucoup plus qu'en métropole en 22 ans d'exercice. J'en ai vu une en métropole, ici on en voit tous les mois il y en a.	Mode de vie différent de la métropole	Problématiques inhérentes au mode de vie à Mayotte	Barrière culturelle avec les croyances et les coutumes (6)
L'ECG, j'aimerais bien avoir plus de temps et un local dédié à ça et un temps d'infirmier ou d'ASH pour le faire, mais ça prend toujours du temps dans les consultations et le temps on n'en a pas. J'aimerais bien pouvoir avoir du temps.	Intérêt majeur de l'IPA/IDE pour suivi stable et réalisation d'examens	Rôle de l'IDE/IPA pour optimiser le temps de consultation	Rôle de l'IDE/IPA pour délégation de tâches (23')
Dans les rapports, avec les nephro, qu'ils fassent pas bande à part. Mais c'est le problème du néphrologue, qui capte le patient et qui après, on a l'impression qu'ils jouent leur truc et il n'y a pas de discussion,	Absence de communication avec les néphrologues	Communication entre professionnels de santé inerte	Mauvaise coordination hospitalière et/ ou extra-hospitalière (14)

<p>Pour l'ophtalmo, si c'est sur l'hôpital c'est galère parce que quand il y en a, ça va, quand il n'y en a pas ça suit pas</p>	<p>Limitation offre de soin pour les non assurés sociaux</p>	<p>Inégalité d'accès dans le parcours de soins (spécialistes)</p>	<p>Médecine à 2 vitesses (18)</p>
<p>Ils prescrivent leur machin, on sait pas s'ils sont au courant qu'il y a peut être certains médicaments qui manquent où que le patient il va peut être pas pouvoir l'avoir ici et puis ils voient le patient, ils font leur travail de néphrologue, le patient a l'impression d'avoir été soigné, il sort, il a son traitement pour le diabète mais il y a tout le reste qui n'est pas fait à côté et c'est un peu le soucis avec des spécialistes métropolitains. C'est leur façon de faire et leur formation.</p>	<p>Absence de volonté de comprendre les particularités de Mayotte</p>	<p>Maîtrise pauvre des médecins du contexte local</p>	<p>Barrière culturelle liée aux coutumes et aux croyances (11)</p>
<p>Ils faudrait des consultations qui soient pas surbooké en permanence.</p>	<p>Demande de soins trop importante sur un temps limité qui en pâti sur la prise en charge</p>	<p>Difficulté dans la gestion du suivi</p>	<p>Charge de travail démesurée (23)</p>
<p>En urgence, tu prends le téléphone et t'arrives à avoir les gens mais après c'est chronophage dès qu'il y a un problème, [souple] ça bouffe du temps qu'il va falloir récupérer sur les consult</p>	<p>Communication/ coordination compliqué et chronophage</p>	<p>Coordination des soins chronophage</p>	<p>Mauvaise coordination hospitalière et/ou extra-hospitalière (14)</p>
<p>Eux, qui nous sommes, c'est ce qu'ils pensent que nous sommes. Ce que nous faisons, c'est ce qu'ils pensent que nous faisons et les objectifs c'est pas les mêmes. [...] On y arrivera pas si on ne se comprend pas. Quand il y a des échecs thérapeutiques, c'est d'abord des questions de culture et pas d'incapacité médicale, d'insuffisance de moyens.</p>	<p>Absence de référentiel commun en terme de mode de vie</p> <p>On parle pas de la même chose !</p>	<p>Ecart entre les connaissances du médecin et du patient</p>	<p>Barrière culturelle liées aux croyances et aux coutumes (6)</p>
<p>Rediab, c'est comme EMET, mais en pire. J'ai voulu comprendre ce qu'ils faisaient quand j'ai lancé les chroniques en me disant il y a une association, qu'est-ce qu'elle fait? Les patients que j'envoyais, j'avais pas de retour, rien, pas de truc. Ils font leur truc dans leur coin. Qu'ils voient les patients comme ils veulent, qu'ils fassent ce qu'il veulent mais moi c'est pas mon...</p>	<p>Déception des organismes existants car aucune communication</p>	<p>Absence de coordination des associations avec les med G</p>	<p>Limite des organismes existants (12)</p>
<p>Quelqu'un de Mayotte qui a parlé, qui a lancé la piste de contacter les shamas, les groupes de femmes qui sont actifs, qui sont des organisations militaires, qui bossent sur les fêtes, les organisations, que dans ces groupes de femmes, on trouve des référentes qui adhèrent au système de soin</p>	<p>Relais à un référent local qui fasse le lien entre les occidentaux et les locaux</p>	<p>Favoriser l'observance thérapeutique via des référents locaux</p>	<p>Rôle des référents locaux pour limiter les obstacles culturelles (6')</p>
<p>Dans chaque village, il devrait y avoir un endroit référence où il y ait infirmier qui de telle à telle l'heure fait les insulines, que les gens ne soient pas obligés de se payer le taxi pour venir tous les jours. Il faut mailler le territoire. Le dispensaire c'est bien, mais c'est pas suffisant. S'il y avait un petit truc ouvert tous les matins de 7h à 9h, ça serait intéressant.</p>	<p>Lutter contre l'inégalité d'accès aux soins géographique</p>	<p>Mailler le territoire pour couvrir les zones vides</p>	<p>Homogénéiser l'accès aux soins géographique (17')</p>
<p>J'utilise les infirmières libérales dès qu'il y a une affiliation sécu, j'essaie de leur coller une IDE au basque. Elle font la surveillance, la mise en place du traitement insuline. Avoir une surveillance clinique, un œil « ah j'ai un problème, il faut aller voir.</p>	<p>IDE/IPA sert de relais, de suivi et de coordination</p>	<p>Rôle majeur de l'IDE pour le suivi</p>	<p>Rôle de l'IDE/IPA pour renforcer l'éducation thérapeutique et l'observance (10')</p>
<p>Il y a des moyens, ils sont insuffisamment utilisés. On pourrait faire mieux avec ce qu'on a déjà. Pas la peine de demander plus, il faudrait essayer de trouver moyen de faire mieux avec ce qu'on a.</p>	<p>Privilégier la qualité à la quantité</p>	<p>Ressources existantes mais informations non relayées</p>	<p>Intérêt d'une source d'information centralisée à Mayotte avec annuaire des personnes ressources disponibles (15')</p>

M07

<p>Est-ce que vous mangez du sucre ? « Non, non je fais un super régime. » Parfait, qu'est-ce que vous avez mangé ce matin ? « du houbou ». Je venais de lui dire qu'il fallait pas manger de riz blanc.</p>	<p>Connaissances des patients très limités</p>	<p>Connaissance nutritionnelle succincte</p>	<p>Savoir du patient limité (11)</p>
<p>C'est vachement embêtant. « Mais non, ce matin, c'est niquel, j'ai pas mangé de riz, j'ai mangé du houbou ». Au secours</p>	<p>Désarroi face à l'incompréhension des patients</p>	<p>Sentiment d'impuissance face aux problèmes avec vision fataliste</p>	<p>Vision fataliste</p>
<p>Ba le manque de moyen et l'impossibilité de faire des régimes. C'est le plus gros problème. Par manque de moyen économique et par absence de possibilité de trouver des choses à manger à Mayotte.</p>	<p>Difficulté de se nourrir correctement car pouvoir d'achat non compatible avec le régime diététique à Mayotte.</p>	<p>Alimentation exploitée sur l'île très restreinte, de mauvaise qualité et chère</p>	<p>Agro-alimentaire inadapté à Mayotte (1)</p>
<p>On a une partie de la population de Mayotte qui est quand même d'un niveau socio-économique catastrophique, ça baisse. On peut pas dire que la population globale de Mayotte augmente en terme de niveau éducatif puisque toute la bourgeoisie mahoraise est partie en grande partie. Donc on a des gens qui ont beaucoup de mal à gérer leur traitement, de plus en plus, ça s'aggrave, c'est clairement évident.</p>	<p>Connaissances des patients très limités</p>	<p>Difficulté dans la prise des traitements et l'observance</p>	<p>Savoir du patient limité (11)</p>
<p>Dans ce secteur on est très isolés en fait, les cabinets ne marchent pas très bien autour donc on les a tous.</p>	<p>Carence en médecins généralistes</p>	<p>Isolement des libéraux</p>	<p>Désert médical (16)</p>
<p>Je pense qu'il faut qu'on informatise tous nos dossiers ALD [...] faut qu'on informatise et à mon avis, qu'on se mette en réseau avec tous les autres médecins.</p>	<p>Se mettre en lien/coordonner avec les autres médecins</p>	<p>Suivi du dossier médical patient</p>	<p>Informatiser les dossiers (13')</p>
<p>On aimerait faire des ateliers cuisines avec des femmes motivées, faire un atelier avec 10 femmes et leur faire des ateliers cuisine avec des aliments locaux pour avoir 3 objectifs : un, créer de la convivialité entre personnes malades donc en améliorant l'observance. Deux, créer de la convivialité avec des gens malades qui sont souvent un peu seuls et trois, ramener les plats à la maison et donc on fait coup double parce qu'on fait de l'hygiène alimentaire avec les enfants.</p>	<p>Partager les connaissances autour du régime diabétique via des groupes de patients</p>	<p>Pertinence de créer des groupes de patients</p>	<p>Autonomiser et responsabiliser les patients dans leur maladie (9')</p>
<p>Donc c'est des patients très déshérités avec tout ce qui va avec. Les gens en peuvent plus, ils ont tellement de problèmes dans la vie que il y a un peu un laissé aller. Il y a une partie de la population qu'on tient à bout de bras.</p>	<p>Fatalité liée aux croyances du médecin</p>	<p>Limitation dans la prise en charge liée à des à priori/ Sentiment d'impuissance face aux problèmes avec vision fataliste</p>	<p>Amplificateur de freins déjà présents à Mayotte / Modification du seuil de tolérance à Mayotte en raison des situations complexes (28)</p>
<p>Ba des vrais mesures d'attractivité pour faire venir des soignants. [...] Dans ce qui est spécialisé, nos objectif, c'est de faire venir des spécialistes d'ailleurs sur des missions. Moi j'ai toujours pensé depuis 10 ans que c'est ça l'avenir.</p>	<p>Besoin de médecins spécialistes</p>	<p>Pérenniser un parcours de soin optimal</p>	<p>Favoriser l'attractivité médicale (24')</p>
<p>On a d'énorme problème avec la biologie. Le laboratoire marche mal en libéral depuis le changement de propriétaire, c'est assez compliqué.[...] On a d'énormes problèmes pour récupérer les examens para-cliniques. C'est pas possible, c'est chronophage, ça devient un vrai problème. Ça arrive, ça arrive pas, ça marche, ça marche pas, c'est le bordel ! C'est le bordel total, demandez à tous le monde, je pense que tout le monde est d'accord.</p>	<p>Difficultés dans le suivi para-clinique car ressources indisponibles</p>	<p>Mauvaise coordination hospitalière et extra-hospitalière</p>	<p>Dossier médical incomplet (13)</p>

<p>Ah mais non ! Ah non tout va bien ! C'est super fluide, c'est géééénial [ironique].</p>	<p>Dé dramatisation du manque d'impact</p>	<p>Mécanisme de défense pour minimiser les conséquences de la situation</p>	<p>Fatalité : c'est Mayotte</p>
<p>Moi quand j'ai un gros problème, la première chose que je demande aux gens c'est est-ce que vous pouvez partir de Mayotte. Je cherche pas à comprendre. Si ils peuvent partir, terminer on fait rien.</p>	<p>Recours très limité des spécialistes à Mayotte</p>	<p>Seule alternative possible : partir de Mayotte</p>	<p>Offre de soins limitée face à la demande (19)</p>
<p>Moi tous les gens que je peux envoyer, je les fais partir d'ici</p>	<p>Partir de Mayotte pour les plus riches</p>	<p>Sois hors de Mayotte des plus fortunés pour accéder à des soins décentes</p>	<p>Soins hors département et guide de recours aux spécialistes adaptée à Mayotte pour optimiser le recours aux soins (19')</p>
<p>Contacteur l'hôpital, c'est très fluctuant. L'hôpital c'est un peu le coup de poker, ça peut très bien marcher mais ça peut très mal marcher, mais très très très très mal marcher, au delà de l'imaginaire.</p>	<p>Avis ou orientation très compliqué</p>	<p>Avis ou orientation hospitalière en urgence compliquée</p>	<p>Mauvaise coordination hospitalière et/ou extra-hospitalière (14)</p>
<p>Des fois il y a des services qui peuvent marcher pendant un mois, deux mois, deux ans puis après pouf ça s'arrête. Donc c'est compliqué. [...] De toute façon, ça change tellement de médecin tout le temps que même l'hôpital on sait pas. [...] Actuellement la cardiologie à l'hôpital ça marche pas mal, mais jusqu'à quand ? C'est toujours pareil.</p>	<p>Absence de présence médicale pérenne</p>	<p>Difficulté à travailler et se coordonner car turn over médical massif</p>	<p>Manque de relation médecin/patient (22)</p>
<p>On a énorme problème pour savoir ce qui se fait à l'hôpital et ce qui se fait pas.</p>	<p>Mauvaise coordination des acteurs de santé</p>	<p>Absence de connaissance sur absence de communication</p>	<p>Manque de communication sur les ressources disponibles (15)</p>
<p>Il faut qu'on ait un répertoire des gens qui sont disponibles sur le territoire. Ça, c'est ce qu'on est en train de mettre en place dans le secteur.</p>	<p>Outil pour aider les médecins généralistes</p>	<p>Création d'un répertoire téléphonique et des spécialistes présents sur l'île dynamique</p>	<p>Intérêt d'une source d'information centralisée à Mayotte avec annuaire des personnes ressources disponibles (15')</p>
<p>Personne dit mot et personne s'adapte. On devrait être en état d'urgence, le plan blanc permanent. Mais ils ne savent pas le faire. C'est ça dont je me rends compte, ils ne savent pas le faire. Voilà, bon ils assument. [...] Mais nous on est pas du tout adaptable, Mayotte, ça va pas du tout. Il y a des choses qui sont faites, il y a de l'énergie dépensée. [...] La santé c'est politisée, les gens n'ont pas compris ça. C'est profondément politisé.</p> <p>Pour le diabète, je les utilise pas. J'ai essayé 3-4 fois, ça s'est soldé par un échec, donc j'ai arrêté, pas de temps à perdre.</p>	<p>Déni et abandon des instances politiques de santé</p> <p>Déception des organismes existants car inefficaces</p>	<p>Organisation décousue du système de santé</p> <p>Sentiment d'inefficacité des organismes existants</p>	<p>Inaction des pouvoirs publics de santé (26)</p> <p>Limite des organismes existants (12)</p>
<p>Mais c'est le problème de Mayotte. Tout le monde fait sa petite sauce, tout le monde survie mais il n'y a pas de lien. [...] Néphro, pfiou. Néphro, c'est un peu compliqué. [pause]. Bon. Bah déjà faut pouvoir les contacter.</p>	<p>Personne ne se coordonne pour travailler ensemble</p>	<p>Communication enter</p>	<p>Mauvaise coordination hospitalière et/ou</p>

		professionnels de santé inerte	extra-hospitalière (14)
La TV-expertise, ça veut dire que nous on se mets dans un bureau et ça prend une demi heure au moins, ça prend un temps de dingue. C'est pas adapté au libéral.	Réticence de la tv expertise car chronophage	Désinvestissement car consultation chronophage	Désinvestissement et délégation de taches des médecins (10)
Rédiab, ils sont autocentrés sur Mamoudzou ces gens là, ils vivent un peu en autonomie.	Déception des organismes existants car aucune communication	Absence de coordination des associations avec les med G	Limite des organismes existants (12)
Je suis un fervent partisan de la délégation de tache massive.. massive.	Prise en charge médicale reléguée sur IDE	Délégation de tache sur IDE	Désinvestissement et délégation de taches des médecins (10)
Une particularité propre à Mayotte, l'anarchie. L'état est dans l'incapacité d'assurer ses missions de base. Sécurité.. et j'en passe. Et tout le monde s'en sort comme il peut dans son coin sans lien global.	Absence de volonté politique d'améliorer la situation	Déception et frustration des prises de décisions/ Faille dans le système administratif	Inertie des pouvoirs publiques et climat hostile (24)
M08			
Une dame qui était sous traitement, bien équilibrée et qui un jour en a eu marre de prendre des traitements et a tout arrêté.[...] Et là, elle était ok de reprendre les traitements. C'était un ras le bol, elle en avait marre de prendre les traitements. Voilà, elle s'était dit que ça allait mieux, du coup elle a arrêté.	Peu de compliance thérapeutique	Difficulté dans l'adhésion thérapeutique	Désinvestissement des patients (9)
Elle était attrapé par la PAF. Elle était sous lantus, qui a tout arrêté depuis le mois de mars et qui là a une HBAIC à 19.	Sentiment d'impuissance pour soigner les patients en situation irrégulière	Inégalité d'accès aux soins due au paradoxe entre situation socio-politique et mise en vigueur du système de santé	Aberration entre la politique migratoire et l'offre de soin (25)
Elle se fait ses injections toute seule à la maison	Limitation offre de soin pour les non assurés sociaux	Inégalité d'accès au suivi thérapeutique	Offre et suivi thérapeutique à 2 vitesses (8)
Elle se fait ses injections toute seule à la maison mais elle avait pas du tout adaptée les doses de lantus. Elle était restée à 30 UI tout le long. Donc là, elle se balade entre 2 et 3g de glycémie.	Connaissances des patients très limités	Difficulté dans la prise des traitements et l'observance/	Savoir du patient limité (11)
C'est les difficultés aussi au niveau de la nourriture parce qu'il faut faire avec ce qu'on a. C'est bien beau de dire mange plus de légumes et tout ça mais en faite les gens ici qui n'ont pas beaucoup d'argent, ba les légumes à part les brèdes et les félikis. Soit tu les achètes sur le bord de la route. Les avoir planté chez toi, t'en as pas beaucoup qui ont un terrain de campagne. Donc ça veut dire aller acheter des légumes au doukabé ou je sais pas où et ça un budget donc autant dire que ya personne qui doit manger des légumes.	Difficulté de se nourrir correctement car pouvoir d'achat non compatible avec le régime diététique à Mayotte.	Alimentation saine extrêmement onéreuse	Agro-alimentaire inadapté à Mayotte (1)
Faire de l'activité physique, ba oué, mais quand t'as pas de sécu et que t'as peur de te faire chopper par la PAF, je ne pense pas qu'il y en aient beaucoup qui marchent.	Difficulté d'accès à l'exercice physique	Paradoxe socio-politique et système de santé	Marge de manœuvre limité pour l'activité physique (3)/ Aberration entre la

<p>Des fois je leur dis s'il y a un de ses enfants qui a internet, tu fais du fitness à la maison ou tu te mets des trucs sur la tv. Du coup, il faut s'adapter aux patients que t'as en face de toi</p>	<p>Se mettre au niveau du patient pour le sensibiliser à sa pathologie</p>	<p>Astuces pour palier au manque d'activité physique</p>	<p>politique de santé et migratoire (25) Savoir s'adapter aux particularités de Mayotte et du patient pour l'activité physique (3')</p>
<p>C'est vrai qu'il y a aussi le problème de turn over entre nous. Tu vois, il n'y a pas vraiment un médecin qui suit un patient.</p>	<p>Absence de présence médicale pérenne</p>	<p>Difficulté à travailler et se coordonner car turn over médical massif</p>	<p>Manque de relation médecin/patient (22)</p>
<p>Essayer de renforcer la prise en charge des chroniques en essayant de les voir le mieux qu'on peut. Je pense qu'on arrive toujours à les voir sauf quand on est en sous effectif à 6 où c'est un peu plus compliqué où tu fais des renouvellement de traitement à l'arrache mais avec l'IPA j'espère que ça va être plus carré.</p>	<p>IDE permet un suivi régulier</p>	<p>Rôle majeur de l'IDE pour un suivi pérenne</p>	<p>Consultation chroniques et rôle de l'IDE/IPA pour un suivi pérenne (22')</p>
<p>Mon problème c'est leur truc là IGPL1 IPP4 j'sais pas quoi, ils me font chier là [rires], je suis obligée de regarder. Je tape sur google [prend une autre voix aigue] nom de médicaments IPP4 j'sais pas quoi, pour qu'ils me disent, januvia ok [rires!]. C'est ça qui est chiant en faite avec les nouvelles molécules qui n'existaient du temps où moi j'étais interne donc je suis toujours obligée de regarder.</p> <p>Nous en plus c'est compliqué en ce moment, on a la pharmacie qui est fermée une semaine sur deux, donc je parle pour ceux qui n'ont pas la sécu. Ceux qui sont sous insuline, ils vont pas aller s'acheter l'insuline en privée, ça coûte trop cher. [...] au niveau thérapeutique au CHM on a pas toute la thérapeutique qu'on peut avoir en privée.</p>	<p>Peu d'aisance dans la gestion des molécules</p> <p>Limitation offre de soin pour les non assurés sociaux (thérapeutique)</p>	<p>Hétérogénéité dans les connaissances en matière de diabète</p> <p>Inégalité d'accès aux traitements</p>	<p>Hétérogénéité dans l'aisance des consultations diabétiques (4)</p> <p>Offre et suivi thérapeutique à 2 vitesses (8)</p>
<p>La pharmacie de Kahani est ouverte. Je sais pas s'ils vont à Kahani chercher les médicaments parce qu'ils ont peur de se faire arrêter par la PAF aussi.[...] ça aide pas quand toi t'essaies de passer des messages que tu dois prendre tes traitements tous les jours et que finalement tu peux pas le proposer de suite quoi.</p>	<p>Sentiment d'impuissance pour soigner les patients en situation irrégulière</p>	<p>Inégalité d'accès aux soins due au paradoxe entre situation socio-politique et mise en vigueur du système de santé</p>	<p>Aberration entre la politique migratoire et l'offre de soin (25)</p>
<p>J'aimerais bien avoir le freestyle. Tu vois la première ordonnance ça doit être un endocrinologue qui doit te le faire. Donc nous c'est vachement limitant sachant qu'on a pas d'endoc à l'hôpital</p>	<p>Accessibilité technologique limité à Mayotte</p>	<p>Inégalité d'accès technologiques</p>	<p>Médecine à 2 vitesses (18)</p>
<p>Toujours la même problématique de l'absence d'ophtalmo au CHM pour les sans papier. Ceux qui ont une sécu on les envoie à Bandrélé maintenant qu'il y a le truc à Bandrélé</p> <p>T'as un peu une médecine à deux vitesses où t'as des patients que tu prends en charge comme tu peux. Sous lantus t'es obligée de faire une insuline basale. Tu peux pas faire de la rapide 3 fois par jour parce que ça voudrait dire qu'ils viennent ici trois fois par jour pour faire de la rapide donc tu te contente de ta basale et c'est tout. Donc t'es pas en prise en charge optimale.</p>	<p>Limitation offre de soin pour les non assurés sociaux</p> <p>Limitation offre de soin pour les non assurés sociaux (surveillance/suivi ttt)</p>	<p>Inégalité d'accès aux soins (spécialistes)</p> <p>Inégalité d'accès au suivi thérapeutique</p>	<p>Médecine à 2 vitesses (18)</p> <p>Offre et suivi thérapeutique à 2 vitesses (8)</p>

<p>Bon après faut savoir dégrader ta prise en charge et l'accepter. [...]C'est triste, mais c'est une réalité et il faut savoir faire avec.</p> <p>Je me souviens, tu demandais le bilan dentaire. [rires]. Moi je n'allais pas jusqu'aux dents. [rires] [...] Le podologue je le fais pas, même pour ceux qui sont en ALD, je pourrai me dire que c'est prit en charge et c'est facile. Pourtant la podologue elle était venue nous présenter son truc mais c'est vrai que j'y pense pas, je l'oublie. S'il a que du diabète, je suis pas sure que je ferai un ECG en systématique.</p>	<p>Se mettre au niveau du patient pour le sensibiliser à sa pathologie</p> <p>Habitude de pratique non systématique</p>	<p>Comprendre la situation mais garder son rôle de soignant</p> <p>Négligence du médecin dans le parcours de soin</p>	<p>Accepter sans renoncer (28')</p> <p>Négligence du médecin (21)</p>
<p>Le test au mono-filament, je sais pas m'en servir, j'ai jamais appris. Peut être ça, si on me montre comment on fait, ça peut être intéressant</p>	<p>Besoin de formations continue pour palier au manque de spécialistes</p>	<p>Palier au manque des spécialistes par l'autonomie des médecins généralistes</p>	<p>Favoriser l'autonomie des généralistes et le recrutement de généralistes et spécialistes (16')</p>
<p>Ba t'es un peu tout seul quoi [...] La prise d'avis, c'est quand même compliqué [souponne, souris], t'es un peu tout seul, tu te démerdes tout seul.</p>	<p>Mauvaise coordination des acteurs de santé</p>	<p>Avis ou orientation hospitalière en urgence très compliqué</p>	<p>Mauvaise coordination hospitalière et extra-hospitalière (14)</p>
<p>Ca m'est déjà arriver de l'appeler pour lui demander quand t'as une créat qui est augmentée avec une clairance qui a diminué, qu'est ce que je fais, est ce que je vous l'envoie. Et en faite ils dit « non, faut que t'attende que la créat soit à 1000 »</p>	<p>Déception du parcours de soin car manque de moyen pour la demande</p>	<p>Prise en charge médecine générale de patients nécessitants une cs spécialisée</p>	<p>Modification du seuil de tolérance à Mayotte en raison des situations complexes (28)</p>
<p>Après on est resté un moment sans endoc du coup, j'ai fais mes trucs toute seule et après j'ai pas forcément le réflexe de demander un avis spé et je me démerde comme je peux.</p>	<p>Autonomie des med g par absence de spécialiste</p>	<p>Carence en spécialiste et difficulté d'orienter</p>	<p>Désert médical (16)</p>
<p>S'il y avait des réseaux mieux fait, plus facile.</p> <p>Un accès a un endoc plus facile ou un truc pérenne qui dur, ça serait sur que ça nous aiderai plus. [...] s'il y avait plus de nutritionnistes, ça serait bien.</p>	<p>Optimiser la communication pour limiter l'isolement</p> <p>Besoin de médecins spécialistes</p>	<p>Optimiser les ressources disponibles par une meilleure communication</p> <p>Pérenniser un parcours de soin optimal en favorisant le recrutement de professionnels de santé</p>	<p>Action des fonctions de la santé public : coordonner le réseaux de santé (12')</p> <p>Favoriser l'autonomie des généralistes et le recrutement de généralistes et spécialistes (16')</p>
<p>Il faut prendre en charge l'obésité dans le diabète de type II. Du coup, il y a aussi un truc à faire au niveau de la nutrition et de l'obésité. Pour moi, c'est le pré-diabète. [...] Pour moi, ça serait le 1er axe. S'il y a un endroit où on peut agir, c'est là dessus. D'ailleurs je me suis inscrite à une formation sur nutrition et obésité. Je me dis que toutes les femmes obèses qu'on voit ici, ba dans 10ans elles seront diabétiques. Améliorer la prise de conscience sur la santé physique. Faire du sport. Promouvoir la santé, le sport et mieux manger. Avoir des bases en nutrition pour éviter de manger une plâtrée de riz et après aller se coucher. En gros, c'est un peu cru mais t'as compris le sens [rires]</p>	<p>Renforcer la prevention primaire. Mieux vaut prévenir que guérir</p>	<p>Rôle de la fonction de santé public de jouer sur la prévention</p>	<p>Action des fonctions de santé public : mener des campagnes préventives (2')</p>
<p>EMET ça à le mérite d'exister, c'est bien. Mais sur EMET obésité je vois pas trop de perte de poids après. Sur le diabète, j'espère qu'ils prennent conscience sur l'alimentation, tout ça. En faite, faudrait qu'il aient un suivi. Ils les voient une semaine puis après ils sont lâchés dans la nature. Je pense que si ils refaisaient une</p>	<p>Organismes existants mais peu efficaces</p>	<p>Absence de moyen pour la mise en place et le suivi</p>	<p>Limite des organismes existants (12)</p>

<p>journée par an de aller on remet une couche sur ce qu'on a appris la fois dernière, ça aurait plus d'impact, là je sais pas.</p>			
<p>Je sais pas exactement ce qu'ils disent mais sur l'alimentation, c'est hyper compliqué de trouver de quoi manger équilibré. Sauf si t'as un bon budget, si t'as de l'argent. Mais quand t'as pas d'argent, tu manges un peu ce que tu as et c'est beaucoup de féculents en faite donc c'est compliqué</p>	<p>Difficulté de se nourrir correctement car pouvoir d'achat non compatible avec le régime diététique à Mayotte.</p>	<p>Alimentation saine extrêmement onéreuse</p>	<p>Agro-alimentaire inadapté à Mayotte (1)</p>
<p>Généraliser les ateliers d'éducation thérapeutique. Essayer de faire des groupes de patients diabétiques. Organiser des sorties, marche ou je sais pas quoi. C'est en train de se développer.</p> <p>Continuer à promouvoir les trucs de la santé et le sport, que ça se développe de plus en plus. Faire une association de patients diabétiques, faire des trucs en groupe, puisque ça marche vachement mieux en groupe. Ou faire des groupes de soutien entre patient diabétiques, faire des ateliers cuisines. Faire des trucs comme ça, il n'y en a pas ici, ça serait cool [souris].</p>	<p>Favoriser l'observance thérapeutique/ RHD</p> <p>Partager les connaissances autour du diabète via des groupes de patients</p>	<p>Pertinence de créer des groupes d'éducation thérapeutique</p> <p>Pertinence de créer des groupes de patients</p>	<p>Autonomiser et responsabiliser les patients dans leur maladie (9')</p> <p>Autonomiser et responsabilité les patients dans leur maladie (9')</p>
<p>Elles sont hyper importantes puisque nous on fait pas de visite à domicile vu le manque de médecin qu'il y a. Du coup les infirmières, elles sont hyper importantes. En plus elles sont au taquet, elles tiennent super bien les dossiers [...] Si elles étaient pas là, je sais pas les patients comment il seraient. Elles prennent les rdv cardio, ophtalmo. Elles sont hyper importantes à Mayotte. Elles tiennent les filets de chaque côté pour que le truc arrive à tenir en place</p>	<p>IDE permet un retour médecin/patient</p>	<p>Rôle majeur de l'IDE pour un suivi pérenne</p>	<p>Consultations chroniques et rôle de l'IDE pour un suivi pérenne (22')</p>
<p>Quand elles arrivent avec l'ordonnance qui est toute faite t'as plus qu'à signer, en même temps ça te facilite les trucs mais en même temps c'est un peu dérangeant quand même</p>	<p>Prise en charge médicale reléguée sur IDE</p>	<p>Délégation de tâche sur IDE</p>	<p>Désinvestissement et délégation de tâches des médecins (10)</p>
<p>Ce qui est compliqué, c'est que d'un côté tu peux faire bien les choses avec les patients qui sont assurés sociaux et de l'autre côté, les patients qui sont pas assurés, c'est beaucoup plus compliqué, t'aura peut être pas le traitement optimal et qu'il faut savoir accepter et les accompagner comme tu peux.</p>	<p>Sentiment d'impuissance pour soigner les patients en situation irrégulière</p>	<p>Inégalité d'accès aux traitements et suivi</p>	<p>Offre et suivi thérapeutique à 2 vitesses (8)</p>
<p>Tu as des gens, t'aura beau essayer de mettre toute l'éducation thérapeutique que tu veux pour leur apprendre à se piquer, à monter les doses comme il faut, ba tu n'arriveras jamais à le faire.</p>	<p>Sentiment d'impuissance</p>	<p>Impasse pour soigner les patients avec vision fataliste</p>	<p>Modif du seuil de tolérance à Mayotte en raison des situations complexes (28)</p>
<p>Ça me fait quand même peur pour l'avenir puisque je me dis que ça va exploser le diabète dans une 15ème d'année. Vu toutes les femmes obèses, je sais pas comment ça va tourner. Qu'on devient sédentaire, les femmes travaillent aussi, voiture plutôt que marcher, on va moins à la campagne. Avant les gens marchaient, allaient à la campagne donc faisaient du sport. Je suis un peu pessimiste sur l'avenir. Et donc complications cardio qui vont avec. Je sais pas, peut être que je me trompe, je l'espère. Et quand tu vois [soupire] culturellement la place des boissons et des chips, les goûters des enfants c'est un jus et un paquet de chips, tu te dis purée on a vachement de boulot à faire. Le mariage, les manzarakas que tu sors avec 3 cagettes de canettes là, bon il y a encore du boulot !</p>	<p>Sentiment pessimiste pour l'avenir du à l'influence du mode de vie occidentale</p>	<p>Méconnaissance nutritionnelle, malbouffe, mode de vie sédentaire</p>	<p>Influence de la mondialisation prédominant sur la santé (2)</p>

<p>Quand tu vois [souple] culturellement la place des boissons et des chips, les goûters des enfants c'est un jus et un paquet de chips, tu te dis purée on a vachement de boulot à faire. Le mariage, les manzarakas que tu sors avec 3 cagettes de canettes là, bon il y a encore du boulot !</p>	<p>Manque de campagne de prévention contre la malbouffe</p>	<p>Déresponsabilité du système de santé régional</p>	<p>Inaction des pouvoirs publics de santé (26)</p>
<p>Il faut vraiment beaucoup communiquer, faire beaucoup de publicité par rapport à ça pour que les gens aient envie de changer. Ça veut dire revenir à des trucs de bases, dans la culture avant ça existait pas ces truc là ! Faudrait revenir à comme c'était avant, bon en mieux quand même [souris]</p>	<p>Déconstruire l'influence de la société de consommation et la malbouffe</p>	<p>Rôle de la fonction de santé public de jouer sur la prévention</p>	<p>Action des fonctions de la santé public : sensibiliser les patients au travers de campagnes préventives (20')</p>

Annexe 4 : Préambule à la thèse

Le DT2 est un sujet vaste et complexe. La pathologie fréquente, mal contrôlée et parfois découverte à un stade avancé à Mayotte, amène à une prise en charge difficile. Lorsque vient s'ajouter la barrière de la langue, l'inégalité d'accès aux soins, l'écart dans la représentation de la maladie...etc, c'est toute une complexité qui se décuple, mettant en porte à faux les acteurs en première ligne, les MG. Ayant moi même été confronté à des situations difficiles et récurrentes chez des patients DT2 mal contrôlés, c'est cette complexité qui m'a poussée à me questionner sur le sujet. L'idée initiale était de créer un site web « à la carte » selon les spécificités des patients, en m'inspirant du site « antibioclic ». A l'aide d'un arbre décisionnel selon différents items : patient obèse ou non, sécurité sociale ou non, observance thérapeutique et alimentaire ou non, degrés d'autonomisation aux traitements, stade du diabète, complications.. etc, l'idée était de proposer aux généralistes des suggestions thérapeutiques selon les recommandations et adaptés aux particularités des patients, un annuaire des spécialistes disponibles sur l'île en filtrant le recours aux soins et un rappel des examens para-clinique à réaliser, afin de dé-complexifier la démarche.

Cependant, la création d'un site internet dédié à Mayotte impose un travail long et rigoureux sur plusieurs années et potentiellement non consulté par les médecins de l'île. La question s'est donc penchée sur « un sondage » évaluant les freins et les attentes des médecins pour connaître leurs besoins dans la prise en charge des DT2. J'ai alors voulu créer un questionnaire en projet d'une thèse quantitative.

Après réflexion et discussion avec mes pairs, engendrer un questionnaire en vue d'un sondage induirait des réponses préconçues et limitées à mes propres hypothèses. En revanche, mener des entretiens semi-dirigés avec des généralistes à Mayotte afin d'évaluer leurs freins et attentes dans le suivi des DT2 invite à des réponses ouvertes permettant la genèse de résultats inductifs et riches. Agréablement surprise de la rigueur et la richesse de la méthodologie lors de la découverte de la recherche qualitative, c'est là qu'a prit naissance ce travail de thèse.

Résumé

Évaluation des freins et des attentes des médecins généralistes à Mayotte en soins primaires dans le suivi des patients diabétiques de type II

Introduction : Mayotte est le département français le plus défavorisé sur le plan socio-économique, éducatif et médical. Plus grand désert médical de France, l'offre de soin y est extrêmement limitée. Résultant de ce constat, le diabète de type II ne touche pas moins de 12% de la population mahoraise, soit deux fois plus qu'en métropole et la morbi-mortalité y est quatre fois plus élevée. Alors que les médecins généralistes sont en première ligne dans la prise en charge des DTII et confrontés à un certain nombre de problématiques, aucune étude n'a été réalisée auparavant.

Objectif : évaluer les freins et les attentes des médecins généralistes concernant la prise en charge des DT2 en soins primaires à Mayotte pour comprendre les enjeux de cette complexité et mettre en place des solutions.

Méthode : étude qualitative menée auprès de 8 médecins généralistes via des entretiens individuels entre octobre et novembre 2022.

Résultats : Les médecins soulignent un certain nombre de freins dans le suivi diabétique : agro-alimentaire locale inadaptée, influence de la mondialisation sur la santé, limitation pour l'activité physique, qualité d'interprétariat hétérogène, barrière culturelle, mauvaise coordination hospitalière et/ou extra-hospitalière, manque de communication sur les ressources disponibles, répartition géographique des soins hétérogène, désert médical, médecine à deux vitesses, offre de soins limitée, limite des organismes existants, désinvestissement des patients et des confrères avec délégation de tâche et négligence à orienter, savoir du patient limité, dossier médical incomplet, manque de relation médecin/patient, modification de seuil de tolérance à Mayotte, charge de travail démesurée, inertie du pouvoir public face au climat hostile, aberration entre la politique migratoire et l'offre de soin, inaction des pouvoirs de santé publique et aberration entre la politique de santé et le contexte.

Pour répondre à ces problématiques, ils évoquent l'autonomisation des patients, recentrer le rôle des IDE/IPA dans l'éducation thérapeutique et le suivi des patients, réformer les actions territoriales de l'agro-alimentaire, s'adapter aux particularités de Mayotte et du patient, faciliter l'accès aux soins pour tous, l'intérêt d'une source d'information centralisée (missions endocriniennes, annuaire des personnes ressources avec guide de recours aux spécialistes, fiches d'aides à la prescription ou ressources alimentaires), besoins de traducteurs qualifiés et rôle des référents locaux pour endiguer la barrière culturelle, renforcer les campagnes préventives, travailler en réseaux hospitaliers et extra-hospitaliers, autonomiser les généralistes, homogénéiser l'accès aux soins, coordonner le réseau de santé, favoriser la prévention et réévaluer le rôle des fonctions de santé publique.

Discussion : Nous pensons qu'il est du devoir de l'ARS et de la préfecture de réformer l'agro-alimentaire local. Nous pensons que des dispositifs pilotés par l'ARS, le DPI et les IDE/IPA permettraient de promouvoir la coordination entre professionnels de santé. Nous pensons qu'un site internet référencé centralisant l'accès aux spécialistes, les ressources disponibles via un annuaire ainsi que des fiches d'aide à la prescription et particularités alimentaires de l'île pourraient aider les MG dans le suivi des DT2 via la diffusion des ressources existantes sur le territoire. Nous pensons qu'il est nécessaire d'intégrer la dimension culturelle dans la consultation pour favoriser l'observance du patient. Nous pensons qu'il est de la responsabilité du CHM d'engager des traducteurs qualifiés. Nous pensons que les IDE/IPA jouent un rôle clé pour palier au désert médical et au turnover des MG dont les rôles doivent être reconnus et codifiés.

Conclusion : Les MG rencontrent un certain nombre de freins entravant le suivi des DT2 à Mayotte. Des attentes et des perspectives sont proposées pour y palier. Des solutions existent déjà à Mayotte mais les capacités ne sont pas exploitées, notamment en ce qui concerne les aspects médicamenteux et non médicamenteux (offre alimentaire, RHD et éducation thérapeutique), les ressources existantes et la communication entre acteurs de santé, les aspects culturels et politiques ainsi que le positionnement des MG et des patients face au DT2.

Mots clés : diabète de type II, offre de soins, déterminants sociaux économiques et culturels, précarité, désert médical, médecine générale, Mayotte

Abstract

Evaluation of the obstacles and expectations of general practitioners in primary care in Mayotte in the follow-up of type II diabetic patients

Introduction : Mayotte is the most disadvantaged french department, in socio-economic, education and medical terms. As the largest medical desert in France the healthcare offer is extremely limited.. As a result, type II diabetes affects no less than 12% of the population of Mayotte, i.e. twice as many as in mainland France, and the morbidity and mortality rate is four times higher. Although general practitioners are on the front line in the management of type II diabetes and are faced with a number of problems, no study has been carried out before.

Objective : to evaluate the obstacles and expectations of general practitioners concerning the management of T2D in primary care in Mayotte in order to understand the challenges of this complexity and implement solutions.

Method : qualitative study conducted with 8 general practitioners via individual interviews between October and November 2022.

Results : Doctors underline a number of obstacles in the follow-up of diabetes: unsuitable local food, influence of globalisation on health, limitations on physical activity, heterogeneous quality of interpretation, cultural barrier, poor in-hospital and/or out-of-hospital coordination, lack of communication on available resources, heterogeneous geographical distribution of care, medical desert, two-speed medicine, limited supply of care, limitation of existing organisations, disinvestment of patients and colleagues with delegation of tasks and negligence to guide, limited knowledge of the patient, incomplete medical file, lack of doctor/patient relationship, modification of tolerance threshold in Mayotte, excessive workload, inertia of public power in the face of the hostile climate, aberration between migration policy and health care offer, inaction of public health authorities and aberration between health policy and context.

To respond to these problems, they mention empowering patients, refocusing the role of nurses/PAs in therapeutic education and patient follow-up, reforming territorial agri-food actions, adapting to the particularities of Mayotte and the patients, facilitating access to care for all, the benefit of a centralised source of information (endocrine missions, directory of resource persons with a guide to specialists, the need for qualified translators and the role of local referrers to overcome the cultural barrier, strengthening preventive campaigns, working in hospital and out-of-hospital networks, empowering general practitioners, homogenising access to care, coordinating the health network, promoting prevention and reassessing the role of public health functions.

Discussion : We believe that it is the duty of the ARS and the prefecture to reform the local food industry. We believe that mechanisms directed by the ARS, the digitalised patient file and the nurses/PAs would make it possible to promote coordination between health professionals. We believe that a referenced website centralising access to specialists, available resources via a directory as well as prescription assistance sheets and the island's dietary particularities could help GPs in the follow-up of T2D via the dissemination of existing resources in the territory. We believe that it is necessary to integrate the cultural dimension into the consultation to encourage patient compliance. We believe that it is the responsibility of the CHM to hire qualified translators. We believe that the nurses/PAs play a key role in overcoming the medical desert and the turnover of GPs, whose roles must be recognised and codified.

Conclusion : GPs encounter a certain number of obstacles to the follow-up of T2D in Mayotte. Expectations and perspectives are proposed to overcome them. Solutions already exist in Mayotte but their capacities are not being exploited, particularly with regard to the medicinal and non-medicinal aspects (food offer, RHD and therapeutic education), existing resources and communication between health actors, cultural and political aspects as well as the positioning of GPs and patients with regard to T2D.

Keywords : type II diabetes, health care supply, social, economic and cultural determinants, precariousness, medical desert, general medicine, Mayotte