



Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 28 octobre 2021 à l'Université de Poitiers
par Madame TCHEOU Marine

**Quelle est la perception du diabète de type 2
à Tahiti chez les patients atteints de cette pathologie ?**

Composition du Jury

Président : Professeur MIGEOT Virginie

Membres :

Docteur ARCHAMBAULT Pierrick

Docteur BESNIER Marc

Directeur de thèse :

Professeur PARTHENAY Pascal



LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire

- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (**retraite 01/03/2021**)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (**en mission 2020/21**)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (**en cours d'intégration PH**)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an à/c nov.2020**)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 1 an**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THULLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur MIGEOT Virginie,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail. Merci d'avoir accepté cette tâche. Je vous en suis très reconnaissante.

À Monsieur le Docteur ARCHAMBAULT Pierrick et Monsieur le Docteur BESNIER Marc,
Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, soyez assurés de ma gratitude.

À Monsieur le Professeur PARTHENAY Pascal,
Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci d'avoir été disponible, je sais à quel point tu es très occupé et que ce n'est pas une tâche de tout repos.

Merci à Joséphine TETUANUI, Teratomua IOANE et Tureraï VIRAU pour la traduction en tahitien de mon questionnaire.

À tous les médecins, soignants et non-soignants qui m'ont permis de grandir et de devenir un bébé docteur,

À tous les externes et internes qui m'ont accompagnée sur ce bout de chemin,

À tous mes co-internes qui ont rendu les stages plus agréables,

À tous ceux qui ont fait de ces années, des années mémorables,

À toi Lise, à ma première coloc et à nos soirées d'hiver à tricoter,

À vous, Siham, Elodie, à cette dernière coloc confinement, où je n'aurais jamais pensé faire autant de sport, et à nos week-ends culinaires,

À Vous, Kim, Maia, Salome, Joana, Rozen, Caxu, Lulu, Annabelle, Alex,
À nos années d'externat, nos soirées de folie et nos week-ends ski,

À Vous Sandi, Nour, Manon pour avoir égayé mes journées de stages,

À toi Caxu pour m'avoir motivée à l'écriture de cette thèse quand je manquais de motivation,

Merci.

A ma famille,
Voilà plus de neuf ans que je suis partie,
Merci de m'avoir soutenue de près comme de loin pendant toutes ces années.
Papa, Maman je ne vous remercierai jamais assez, pour tout ce que vous avez fait et continuez de faire pour moi.

Et enfin,
Merci à toi mon poulet, d'être à mes côtés depuis onze ans déjà,
Merci pour ta patience ; de m'avoir soutenue dans les moments difficiles,
A nos prochaines aventures.

ABREVIATIONS

- B-IPQ : Brief Illness Perception Questionnaire
- CEP : Centre d'expérimentation du Pacifique
- CSM : Common-Sense Model
- EFO : Établissements français de l'Océanie
- FID : Fédération International du Diabète
- IPQ : Illness Perceptions Questionnaire
- IPQ-R : Revises Illness Perceptions Questionnaire
- NC : Non connu(es)

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	7
	A. Epidémiologie.....	7
	B. Contexte de l'étude.....	8
	C. Perception de la maladie.....	11
	D. Objectifs de l'étude.....	12
II.	MATERIELS ET METHODES.....	13
	A. Type d'étude.....	13
	B. Méthode de recrutement.....	13
	C. Méthode de recueil des données.....	13
	D. Méthode d'analyse des données.....	14
III.	RESULTATS ET ANALYSES	15
	A. Caractéristiques de la population étudiée.....	15
	B. Perception du diabète de type 2.....	17
	B1. Score global.....	17
	B2. Représentation des causes.....	20
IV.	DISCUSSION	21
	A. Synthèse des résultats principaux.....	21
	B. Forces et faiblesses.....	22
	C. Perception du diabète de type 2.....	23
V.	CONCLUSION.....	26
VI.	BIBLIOGRAPHIE	27
VII.	ANNEXES.....	31
	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	39

I. INTRODUCTION

A. Epidémiologie

En 2019, la Fédération Internationale du Diabète (FID) estime qu'il y a 463 millions d'adultes, âgés de 20 à 79 ans, qui vivent avec le diabète dans le monde, contre 151 millions en 2000. Parmi ces personnes diabétiques, un adulte sur deux ignore qu'il vit avec un diabète principalement de type 2.

La prévalence mondiale du diabète a plus que doublé depuis 2000 passant de 4,6 % à 9,3% de la population adulte. Et si la tendance actuelle se poursuit, la FID estime qu'il y aura 700 millions de personnes diabétiques dans le monde d'ici 2045.

Cette augmentation du diabète est principalement liée à l'accroissement démographique, au vieillissement de la population, mais surtout à la hausse mondiale du nombre de personnes en surcharge pondérale résultant des modifications du mode de vie.

Bien que la maladie semble pouvoir atteindre n'importe qui, tout le monde n'est pas égal face au diabète ni au risque d'en être atteint. Il existe des disparités liées à l'âge, au sexe, aux conditions sociales, mais également géographiques.

A l'échelle mondiale, le diabète figure parmi les 10 principales causes de décès.

En plus d'une mortalité précoce et d'une diminution de la qualité de vie due aux complications, le diabète fait également peser un poids économique et humain considérable sur les systèmes de santé et les sociétés.

Toujours d'après les estimations de la FID de 2019, les pays où l'on trouve le plus grand nombre de personnes diabétiques sont la Chine, l'Inde et les Etats-Unis. Cependant la prévalence comparative du diabète ajustée en fonction de l'âge la plus élevée est observée dans les îles Marshall (30,5 %), les îles Kiribati (22,5%) et le Soudan (22,1%).

La Polynésie Française se place quant à elle en 8^{ème} position au niveau mondial en termes de prévalence, avec un taux de 19,5% (1) (2).

Ces chiffres alarmants sont également retrouvés dans d'autres îles du Pacifique. Ils peuvent être expliqués par une certaine prédisposition génétique, une modification rapide du mode de vie qui est passé d'un mode de vie traditionnel à un mode de vie occidentalisé, sédentaire, et une modification des habitudes alimentaires avec la consommation prépondérante de produits transformés ayant une teneur riche en sucre, en sel, et en matières grasses (3) (4).

La dernière Enquête santé réalisée en 2010 en Polynésie Française, selon la méthodologie STEPWISE proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé, estime que 70% de la population âgée entre 18 et 64 ans est en surcharge pondérale dont 40% d'obèses. Quant à la prévalence de diabétiques, elle serait estimée à 10 %. Ce dernier chiffre est basé uniquement sur des données déclaratives et ne prend donc pas en compte les personnes qui sont diabétiques mais qui l'ignorent.

Une réactualisation des données doit se faire avec une nouvelle Etude STEPWISE entre 2019 et 2021 mais les résultats ne sont pas encore connus (5).

A titre comparatif, en France en 2016, la prévalence globale du diabète était estimée à 5% de la population, celle de la surcharge pondérale à 49% dont 15,7% d'obésité (6).

B. Contexte de l'étude

Géographie :

La Polynésie Française est un Pays d'Outre-Mer de la République Française se situant dans l'Océan Pacifique, au milieu d'une zone appelée le Triangle Polynésien qui s'étend de Hawaï au Nord, l'île de Pâques au Sud-Est et la Nouvelle-Zélande au Sud-Ouest.

C'est un territoire isolé composé de 118 îles « hautes » d'origines volcaniques et « basses » d'origines coralliennes, dont 76 sont habitées.

La Polynésie Française est répartie en 5 archipels : l'archipel de la Société, composé des Iles du Vent et des Iles Sous le Vent, l'archipel des Australes, l'archipel des Tuamotu, l'archipel des Gambiers et l'archipel des Marquises.

Bien que la surface globale des terres émergées soit assez restreinte (4032km²), le territoire maritime est équivalent à la surface de l'Europe. (Annexe 1)

C'est sur l'île de Tahiti située dans l'archipel de la Société que se trouve la capitale Papeete, centre économique et administratif de la Polynésie Française. Elle se situe à 15 000 km de Paris (7) (8).

Démographie :

Le dernier grand recensement de la population effectué en 2017 en Polynésie Française fait état de 275 918 habitants.

Soixante-dix pour cent de la population se situe à Tahiti, dont les trois quarts se concentrent dans l'agglomération de Papeete, qui comprend Papeete, Mahina, Arue, Pirae, Faa'a, Punaauia, Paea, Papara (9).

La proportion des personnes de plus de 60 ans est passée de 7% à 13% en 20 ans. L'espérance de vie augmente progressivement, elle est passée de 68.4 ans à 75 ans pour les hommes et de 74.5 ans à 79 ans pour les femmes en 20 ans. Elle reste néanmoins inférieure aux niveaux métropolitains (respectivement 80 ans et 86 ans) (7) (10) (11).

Repères historiques :

Selon certaines hypothèses, le peuple polynésien aurait quitté les côtes d'Asie du Sud-Est pour commencer le peuplement des îles du Pacifique vers 1500 avant J.C.

Les Européens, pour leur part, ne sont arrivés en Polynésie qu'au XVI^e siècle, où MAGELLAN, un navigateur portugais, accoste brièvement sur un atoll de l'archipel des Tuamotu. Ce n'est qu'au XVIII^e siècle que Tahiti et les îles de la Société sont découvertes par le capitaine anglais WALLIS, en 1767.

L'évangélisation des îles commence dès 1797 avec l'arrivée de missionnaires protestants, suivis de ceux des catholiques.

En proie à un conflit franco-anglais à la fois religieux, commercial et stratégique, les territoires, qui deviendront plus tard la Polynésie Française, sont placés en accord avec la monarchie locale sous protectorat français en 1842 et intègrent l'empire colonial. En 1880, toutes les îles dépendant de la couronne de Tahiti sont réunies sous l'appellation « Établissements français de l'Océanie » (EFO) et deviennent un comptoir d'échange commercial de la France dans le Pacifique. On y exporte la nacre, le phosphate, la vanille, les fruits et le coprah (12).

Les EFO deviennent un Territoire d'Outre-Mer en 1946, et prennent le nom de Polynésie Française en 1957.

Au tournant des années 1960, deux phénomènes viennent bouleverser la société polynésienne : la construction de l'aéroport de Tahiti-Faa'a et l'installation du Centre d'expérimentation du Pacifique (CEP) (7).

Le CEP, mis en place en 1963, et définitivement arrêté en 1996 après 193 tirs, permet à la France de se doter de l'arme nucléaire (13).

L'installation de milliers de militaires et techniciens sur les atolls du CEP (Mururoa, Hao, Fangaufa) et sur Tahiti, conduit à la reproduction du modèle métropolitain autour des lieux de vie des occidentaux.

L'implantation du CEP entraîne un « boom » économique. Les activités productives traditionnelles sont délaissées, les activités de services se multiplient et les produits locaux cèdent la place aux produits importés. La société de consommation s'implante définitivement à Tahiti (14).

En 2004, la Polynésie Française devient un Pays d'Outre-Mer au sein de la République Française et bénéficie d'une autonomie de gestion relevant de toutes les compétences non régaliennes, notamment dans le domaine de la santé (7) (12).

Religion :

Les polynésiens, avant l'arrivée des européens, étaient polythéistes. Les évangélisations successives de l'Eglise Protestante puis Catholique ont laissé un important héritage religieux derrière elles. La religion reste aujourd'hui très ancrée dans la culture des polynésiens (15) (16).

Ethnie :

La Polynésie Française est aujourd'hui métissée et multiculturelle du fait d'un brassage de la population d'origine avec l'arrivée des européens au XVIII^e siècle, suivie dès le XIX^e siècle de plusieurs vagues d'immigration de population chinoise et également d'une forte affluence de Français, appelés aussi métropolitains, lors de l'installation du CEP dans les années 1960 (17) (18).

On peut alors distinguer trois groupes ethniques principaux : les Polynésiens, les Chinois et les Européens, ces derniers étant majoritairement constitués de Français. Il faut également ajouter parmi ces groupes les « demis », c'est à dire les métis (19) (20).

Langue :

La langue officielle est le Français. Néanmoins on peut distinguer sept langues autochtones, appelées aussi *reo mā'ohi* : tahitien, austral, rapa, mangarévien, pa'umotu, marquisien Nord et marquisien Sud. Même si le tahitien et le français sont les langues véhiculaires de la Polynésie Française, leur maîtrise n'est pas homogène au sein de la population. Au fil du temps le français est devenu la principale langue parlée dans les foyers.

D'autres langues y sont parlées à plus faible proportion comme le Hakka ou le Punti qui sont des dialectes chinois que l'on pourrait considérer en déclin (21) (17).

Ce mélange complexe historique et socio-économique rend particulièrement intéressant la question de la perception d'une maladie chronique telle que le diabète sur ce territoire.

C. Perception de la maladie

La perception d'une maladie est un terme utilisé pour faire référence à la représentation mentale et aux idées personnelles que les personnes ont à propos d'une maladie, d'un état de santé et de ses conséquences (22). Cette perception va engendrer des comportements et des réponses qui vont leur permettre de gérer la maladie et d'y faire face (23).

Cette approche découle du modèle de régulation de la personne: le Common-Sense Model of illness representations (CSM) (24).

La représentation que chacun se fait de la maladie est influencée par trois facteurs principaux :

- L'expérience personnelle de la maladie telle que les symptômes,
- L'environnement externe,
- Et les informations déjà assimilées au sujet de la maladie par la personne.

Des facteurs comme le type de personnalité ou le niveau culturel entrent également en jeu.(25), (26)

Dans le modèle CSM, les représentations émotionnelles et cognitives de la maladie sont générées de façon indépendante l'une de l'autre. Ces dernières, issues d'un traitement d'information, sont créées afin de donner du sens à une situation donnée et permettent aux personnes d'adopter des comportements spécifiques afin de gérer la maladie. L'efficacité de ces mesures est par la suite évaluée, parfois inconsciemment, et peut amener à des changements de leurs représentations par une boucle de rétroaction (22).

Le contenu d'une représentation de la maladie peut être classé en cinq dimensions cognitives :

- L'identité de la menace (nom et symptômes attribués par le patient à sa maladie) ;
- L'évolution dans le temps ou durée (croyance du patient en la durée probable de sa maladie) ;
- La cause (quels facteurs sont responsables de sa maladie) ;
- Les conséquences de la maladie sur la vie du patient ;
- Le contrôle/guérison (croyance en la possibilité que la maladie évolue vers la « guérison » ou soit contrôlée grâce au traitement).

Il existe également une dimension non cognitive qui est la représentation émotionnelle (27).

Afin de mieux comprendre l'ajustement du patient à une maladie chronique et afin de développer des interventions pour faciliter la prise en charge et l'autogestion de la maladie, un questionnaire spécifique a été créé : l'« Illness Perception Questionnaire » (IPQ) (28). Ce premier questionnaire explore seulement la composante cognitive des représentations des patients. Une forme révisée du questionnaire, le « Revises Illness Perceptions Questionnaire » (IPQ-R), a été développée afin d'évaluer également la composante émotionnelle (27).

Plus récemment le « Brief Illness Perception Questionnaire » (B-IPQ), une version raccourcie du IPQ-R a vu le jour (29).

En Polynésie Française, une étude qualitative s'est intéressée aux déterminants de santé culturels dans la prise en charge des maladies chroniques. La maladie revêt une autre signification que celle du modèle biomédical occidental. Par exemple, la gravité de la maladie est rattachée à différentes composantes comme :

- L'incapacité qu'elle peut engendrer : une maladie sans symptômes n'est pas grave,
- Son caractère curable ou non,
- Son impact physique,
- La nécessité d'une prise en charge chirurgicale.

Le mot « maladie » suscite souvent une évocation de la mort ou de la peur (30).

Plusieurs études ont montré que la perception du diabète peut modifier la façon dont un patient gère sa maladie et impacter l'observance thérapeutique (31) (32) (33). Par ailleurs, cette perception peut varier selon la culture (34) (3).

La prise en charge du diabète d'une façon « occidentale » ne paraît pas la mieux adaptée en Polynésie Française du fait des spécificités héritées de son histoire et de sa culture. Pour autant, la compréhension de la perception du diabète en Polynésie Française permettrait d'améliorer la prise en charge de la pathologie en adaptant notre discours à la spécificité des patients.

D. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude est d'explorer la perception du diabète de type 2 à Tahiti chez les patients atteints de cette pathologie.

L'objectif secondaire de cette étude est de voir si certaines caractéristiques médico-socio-démographiques de la population peuvent modifier la perception du diabète de type 2.

II. MATERIELS ET METHODES

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale, qui a été menée sur l'île de Tahiti. Les données ont été recueillies sur une période allant du 1^{er} novembre 2020 au 15 janvier 2021.

B. Méthode de recrutement

Les patients de l'étude ont été recrutés lors de consultations de suivi en dispensaire, en cabinet de médecine générale, en cabinet libéral d'endocrinologie, ou en consultation endocrinologique hospitalière. Ils devaient correspondre aux critères d'inclusion suivants : être suivis aux lieux de recrutement, être atteints de diabète de type 2, être âgés de plus de 18 ans, parler français ou tahitien. Étaient exclus les patients atteints de troubles cognitifs ou mentaux.

C. Méthode de recueil des données

Un questionnaire a été proposé aux patients éligibles se présentant pour une consultation de suivi par une secrétaire médicale, un infirmier ou un médecin assurant la consultation. Les patients ont répondu sur place au questionnaire avec l'aide si besoin de la personne proposant le questionnaire ou des accompagnants. Le questionnaire a été récupéré immédiatement, une fois rempli.

Questionnaire (Annexe 3) :

Le questionnaire qui a été remis aux patients est divisé en deux parties :

Une première partie relevant de caractéristiques personnelles médico-socio-démographiques :

- Le type d'établissement de suivi médical,
- Le sexe,
- La tranche d'âge,
- Le lieu de résidence (situé dans l'agglomération de Papeete ou non),
- L'ethnie,
- Le niveau d'étude,
- Le nombre d'années depuis l'apparition du diabète,
- Le nombre de médicaments pris pour le diabète,
- La présence d'injection d'insuline ou non.

Une deuxième partie permettant d'évaluer la perception de la maladie à l'aide du « Brief Illness Perception Questionnaire » (B-IPQ) adapté au diabète (28).

Le B-IPQ adapté au diabète se constitue de 9 items, et se présente sous la forme d'une échelle de Likert, avec des réponses allant de 0 à 10 pour les items allant de 1 à 8, et d'une question ouverte au 9^{ème} item demandant aux patients de lister les trois facteurs causaux les plus importants de leur diabète. Chacun des items évalue une des dimensions de la perception de la maladie.

- L'item 1 pour les *conséquences* sur sa propre vie,
- L'item 2 pour la durée du diabète (*chronologie*),
- L'item 3 pour la capacité du patient à contrôler son diabète (*contrôle personnel*),
- L'item 4 pour la croyance des effets du traitement (*contrôle du traitement*),
- L'item 5 pour les symptômes vécus par le patient (*identité*),
- L'item 7 pour la compréhension du diabète par le patient (*cohérence*),
- L'item 8 pour l'impact émotionnel (*représentation émotionnelle*),
- L'item 6 pour les *inquiétudes* par rapport à la maladie qui reflètent la combinaison de la représentation cognitive et émotionnelle,
- L'item 9 pour la représentation des *causes*. (30)

Il est possible de calculer un score global qui représente le degré selon lequel la maladie est perçue comme sans gravité ou menaçante. Le score global est calculé en inversant les scores des items 3, 4, 7 et en y ajoutant les scores des items 1, 2, 5, 6 et 8. Un score plus élevé reflète une perception plus menaçante de la maladie. Le score peut aller de 0 à 80.

Ethique :

Tous les patients de l'étude ont donné leur consentement. Tous les questionnaires étaient anonymes.

D. Méthode d'analyse des données

Les analyses descriptives ont été réalisées sous forme d'effectifs et de pourcentages pour les données qualitatives et sous forme de médianes et parfois moyennes pour les données quantitatives.

Une analyse uni-variée, soit par le test de Mann-Whitney, soit par le test de Kruskal-Wallis (quand les réponses aux variables qualitatives étaient supérieures à deux), a été effectuée pour comparer les caractéristiques personnelles des patients et les réponses aux items 1 à 8 du B-IPQ.

Le seuil de significativité retenu était $p \leq 0,05$.

Une analyse descriptive a également été effectuée sur les réponses de l'item 9.

Les données manquantes n'ont pas été incluses dans l'analyse statistique des données.

III. RESULTATS

Un total de 404 exemplaires de questionnaire a été déposé dans 25 établissements de santé répartis sur l'île de Tahiti : 9 cabinets de médecine générale, 3 cabinets d'endocrinologie, 1 hôpital, 12 dispensaires¹. (Annexe 4)

En tout, 132 questionnaires ont été retournés dont 62 questionnaires remplis de manière complète, soit 47% des questionnaires. Le reste des questionnaires présentait des réponses manquantes. Devant le faible nombre de questionnaires retournés, nous avons décidé de traiter les questionnaires incomplets, car sinon les effectifs auraient été trop réduits.

Un tableau en annexe décrit la population en fonction du statut complet ou incomplet du questionnaire. (Annexe 5)

Dans le croisement entre les caractéristiques médico-socio-démographiques et les réponses au B-IPQ, les données non connues n'ont pas été prises en compte dans les variables.

A. Caractéristiques de la population étudiée

La majorité des patients de l'étude était suivie en cabinet libéral (43%), des femmes (63%), dans la tranche d'âge de 46-60 ans (43%), résidant dans l'agglomération de Papeete (50%), d'ethnie polynésienne (50%). Peu d'individus ont fait des études supérieures (13%). La majorité présente un diabète depuis plus de 10 ans (40%), a deux traitements ou plus (66%), mais n'est pas sous insuline (70%).

¹ Définition du Larousse : Etablissement diagnostic, de prophylaxie et de soin, public ou privé, dont les services sont gratuits ou peu coûteux.

Il existe 12 dispensaires publics à Tahiti, où les services sont gratuits.

Le tableau 1 présente les caractéristiques médico-socio-démographiques des patients de l'étude.

Caractéristiques		Effectifs N=132	Pourcentage (%)
Etablissements de suivi médical	Dispensaire	48	36.4
	Cabinet libéral	57	43.2
	Hôpital	8	6
	Suivi multiples	19	14.4
	NC	0	0
Genre	Féminin	83	62.9
	Masculin	44	33.3
	NC	5	3.8
Tranche d'âge	18-30	0	0
	31-45	26	19.7
	46-60	57	43.2
	61-75	42	31.8
	>75	7	5.3
Résidant dans l'agglomération de Papeete	Oui	66	50
	Non	65	49.2
	NC	1	0.8
Ethnie	Polynésienne	66	50
	Chinoise	5	3.8
	Française	2	1.5
	Demi	5	3.8
	NC	54	40.9
Niveau d'étude	Primaire	37	28
	Collège	38	28.8
	Lycée	35	26.5
	Etudes supérieures	17	12.9
	NC	5	3.8
Nombre d'années depuis la découverte du diabète	< 1	8	6.1
	1-5	37	28
	6-10	30	22.7
	>10	52	39.4
	NC	5	3.8
Nombre de traitements	0	5	3.8
	1	33	25
	2 ou plus	87	65.9
	NC	7	5.3
Injection d'insuline	Oui	33	25
	Non	92	69.7
	NC	7	5.3

Tableau 1. Analyse descriptive de la population étudiée.

NC= données non connues

B. Perception du diabète de type 2

Sur une échelle de Likert allant de 0 à 10, les patients interrogés ont une perception des conséquences en moyenne à 4 avec une médiane également à 4. La perception de la chronologie est à 8 avec une médiane à 10. La perception du contrôle personnel et celle du contrôle du traitement sont en moyenne à 6 et 8 respectivement, avec des médianes à 6 et 10. L'identité est en moyenne à 4, et à 3 en médiane. Quant à la perception de l'inquiétude, elle est à 8 en moyenne et à 10 en médiane. La cohérence a une moyenne de 7 avec une médiane à 8. Pour finir, la représentation émotionnelle est en moyenne à 5, comme pour la médiane.

Variabes du B-IPQ	Médiane	Moyenne	SD	n
1. Conséquences sur sa propre vie (Conséquence)	4.00 [1.00; 7.00]	4.1	3.52	129
2. Temps que le diabète va durer (Chronologie)	10.0 [6.00; 10.0]	8.0	2.82	122
3. Capacité du patient à contrôler son diabète (Contrôle personnel)	6.00 [4.00; 10.0]	6.0	3.32	127
4. Croyance en les effets du traitement (Contrôle du traitement)	10.0 [7.00; 10.0]	8.3	2.70	128
5. Symptômes vécus par le patient (Identité)	3.00 [0.0; 7.00]	3.9	3.59	126
6. Inquiétude du patient par rapport au diabète (Inquiétude)	10.0 [7.00; 10.0]	8.1	2.89	127
7. Compréhension du patient par rapport au diabète (Cohérence)	8.00 [5.75; 10.0]	7.3	3.18	128
8. Impact émotionnel (Représentation émotionnelle)	5.00 [0.0; 8.00]	4.7	3.88	128

Tableau 2. Perception du diabète de type 2 selon le B-IPQ

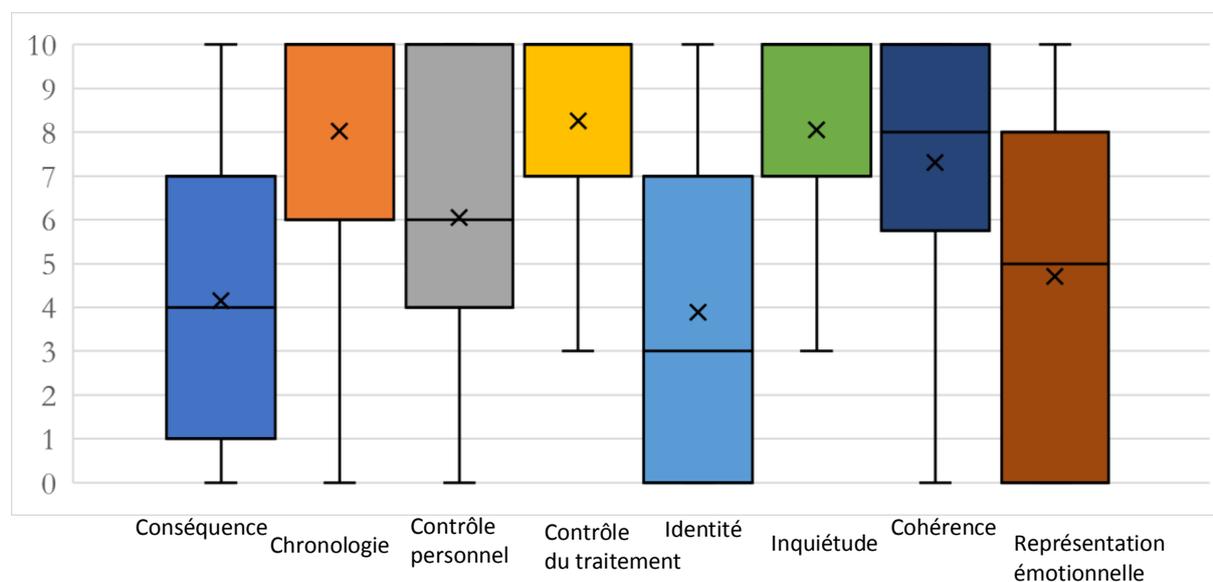


Figure 1. Perception du diabète de type 2 selon le B-IPQ

B1. Score global

Le score global permet de voir si un patient perçoit le diabète comme étant une maladie menaçante ou non, il peut aller de 0 à 80. La moyenne du score global dans la population (n=113) est de 37.3, avec une médiane à 37 [28 ; 47]. Le score minimum est à 12 et le score maximum à 66.

Nous avons alors cherché à mettre en évidence une corrélation entre le score global et les caractéristiques médico-socio-démographiques des patients, dont les résultats sont résumés dans le tableau suivant :

Caractéristiques		Médiane [Q25-75]	Min	Max	N	P
Etablissements de suivi médical	Dispensaire	33.5 [26.0 – 45.0]	12.0	64.0	38	0.50
	Cabinet libéral	36.5 [28.0 - 43.0]	16.0	60.0	54	-
	Hôpital	45.0 [31.0 - 47.0]	23.0	49.0	7	-
	Suivi multiple	40.0 [30.0 – 50.0]	18.0	66.0	14	-
Genre	Féminin	37.0 [29.0 - 47.0]	12.0	63.0	76	0.72
	Masculin	35.0 [27.0 - 45.0]	17.0	66.0	38	-
Tranche d'âge	31-45	35.0 [30.5 - 47.0]	12.0	57.0	24	0.73
	46-60	38.5 [29.0 – 46.0]	20.0	64.0	46	-
	61-75	36.0 [26.0 – 44.0]	17.0	53.0	36	-
	>75	31.0 [24.5 - 59.0]	20.0	66.0	7	-
Résidant dans l'agglomération de Papeete	Oui	38.5 [29.0 - 48.0]	16.0	66.0	58	0.24
	Non	35.5 [26.0 – 45.0]	12.0	64.0	54	-
Ethnie	Polynésienne	36.0 [28.0 – 47.0]	12.0	66.0	57	0.18
	Chinoise	42.5 [33.0 - 54.0]	31.0	58.0	4	-
	Française	41.0 [39.0 - 43.0]	39.0	43.0	2	-
	Demi	27.0 [20.5 – 32.0]	16.0	35.0	4	-
Niveau d'étude	Primaire	36.0 [29.0 - 47.5]	18.0	66.0	31	0.034
	Collège	36.0 [25.0 - 46.0]	12.0	58.0	33	-
	Lycée	40.0 [34.0 - 47.5]	25.0	63.0	31	-
	Etudes supérieures	30.0 [25.5 - 38.0]	19.0	47.0	15	-
Nombre d'années depuis la découverte du diabète	< 1	29.0 [22.0 - 36.0]	12.0	45.0	7	0.22
	1-5	37.5 [29.0 - 42.0]	16.0	64.0	30	-
	6-10	36.5 [30.0 - 48.0]	23.0	63.0	26	-
	>10	37.0 [29.0 – 50.0]	17.0	66.0	46	-
Nombre de traitements	0	26.5[18.5-28.5]	12.0	29.0	4	0.016
	1	33.5[26.0-43.0]	16.0	64.0	30	-
	2 ou plus	38.0[30.0-48.0]	17.0	66.0	73	-
Injection d'insuline	Oui	40.0 [33.0 – 50.0]	20.0	63	29	0.031
	Non	35.0 [26.0 - 44.0]	12.0	66	79	-

Tableau 3. Analyse statistique du score global en fonction des caractéristiques médico-socio-démographiques de la population étudiée.

Nous observons qu'il existe une corrélation respectivement entre le score global d'un côté et, de l'autre : le niveau d'étude ($p=0.034$), le nombre de traitement pris ($p=0.016$) et la présence d'injection d'insuline ou non ($p=0.031$).

Ayant obtenu des résultats significatifs pour ces 3 catégories, une attention particulière a été portée sur ces dernières. Les résultats des analyses univariées respectives du B-IPQ en fonction du niveau d'étude, en fonction du nombre de traitements, et en fonction de la présence d'injection d'insuline sont résumés dans les tableaux 4, 5 et 6.

L'analyse univariée du B-IPQ en fonction du niveau d'étude montre un résultat significatif pour la représentation émotionnelle. (Tableau 4)

La médiane des réponses des patients ayant poursuivi leurs études jusqu'au lycée est à 7.5 pour la représentation émotionnelle, tandis qu'elle est à 4, 2.5 et 3 pour les patients ayant poursuivi respectivement leurs études jusqu'en primaire, collège et fait des études supérieures.

	Primaire Médiane[Q25-75]	Collège Médiane[Q25-75]	Lycée Médiane[Q25-75]	Etudes supérieures Médiane[25-75]	N	P
1.Conséquences	5.0 [0; 8.5]	3.0 [0; 7.0]	5.0 [2.0; 8.0]	3.50 [1.0; 5.0]	124	0.25
2.Chronologie	10 [6.0; 10]	10[6.0; 10]	10 [7.0; 10]	10 [6.0; 10]	118	0.96
3.Contrôle personnel	5.0 [3.0; 9.50]	6.0 [3.0; 10]	5.0 [4.0; 8.0]	8.0 [7.0; 10]	122	0.061
4.Contrôle du traitement	10 [6.5; 10]	10 [7.0; 10]	10 [8.0; 10]	10 [8.0; 10]	123	0.95
5.Identity	5.0 [0; 8.0]	2.0 [0; 7.0]	5.0 [2.0; 7.0]	2.0 [0; 4.0]	121	0,28
6.Inquiétude	8.0 [5.0; 10]	10 [7.0; 10]	10 [8.0; 10]	10 [9.0; 10]	123	0.13
7.Cohérence	7.0 [3.0; 10]	10 [7.0; 10]	9.0 [6.0; 10]	9.0 [8.0; 10]	123	0.086
8.Représentation émotionnelle	4.0 [0; 8.0]	2.5 [0; 8.0]	7.5 [5.0; 10]	3.0 [1.0; 5.0]	123	<0.01

Tableau 4. Analyse statistique du B-IPQ en fonction du niveau d'étude.

L'analyse univariée du B-IPQ en fonction du nombre de traitements montre un résultat significatif pour les conséquences, la chronologie, le contrôle du traitement, l'identité, la représentation émotionnelle. (Tableau 5)

La médiane des réponses des personnes prenant deux traitements ou plus est à 5 pour la perception des conséquences alors qu'elle est à 0 pour les patients ne prenant pas de traitement et 3 pour ceux ne prenant qu'un traitement. La médiane des réponses des personnes ne prenant pas de traitement est à 3 pour la perception de la chronologie et à 0 pour le contrôle du traitement tandis qu'elle est à 10 pour les autres patients dans les deux cas. La médiane des réponses des personnes ne prenant pas de traitement est à 0 pour l'identité et la représentation émotionnelle, tandis que les personnes prenant un traitement ou prenant deux traitements ou plus ont une médiane de réponse respectivement à 2 et 5 pour l'identité, et 3.5 et 6 pour la représentation émotionnelle.

	0 (n = 5) Médiane [Q25-75]	1 (n = 32) Médiane [Q25-75]	2 ou plus (n = 85) Médiane [Q25-75]	n	p
1.Conséquences	0 [0; 0]	3.0 [0; 5.25]	5.0 [1.0; 8.0]	122	<0.01
2.Chronologie	3.0 [0; 5.0]	10.0 [5.50; 10.0]	10.0 [8.0; 10.0]	116	<0.01
3.Contrôle personnel	5.0 [1.0; 9.0]	7.0 [5.00; 8.0]	5.0 [4.0; 10.0]	120	0.67
4.Contrôle du traitement	0 [0; 5.0]	10.0 [8.0; 10.0]	10.0 [8.0; 10.0]	121	<0.01
5.Identity	0 [0; 0]	2.0 [0; 5.0]	5.0 [2.0; 8.0]	119	<0.001
6.Inquiétude	5.0 [5.0; 10.0]	10.0 [8.0; 10.0]	10.0 [7.0; 10.0]	120	0.44
7.Cohérence	10.0 [9.5; 10.0]	8.0 [5.0; 10.0]	9.0 [6.0; 10.0]	121	0.081
8.Représentation émotionnelle	0 [0; 0]	3.50 [0; 7.0]	6.0 [1.0; 9.0]	121	0.015

Tableau 5. Analyse statistique du B-IPQ en fonction du nombre de traitements.

L'analyse univariée du B-IPQ en fonction de la présence d'injection d'insuline montre un résultat significatif pour la chronologie. (Tableau 6)

La médiane des réponses des personnes étant sous insuline et ceux ne l'étant pas est à 10. Mais 75% de ceux étant sous insuline ont un score à 10 tandis que 75 % des personnes n'étant pas sous insuline ont un score entre 5 et 10.

	Non (n = 91) Médiane [Q25-75]	Oui (n = 31) Médiane [Q25-75]	n	p
1.Conséquences	3.00 [0; 7.00]	5.00 [1.50; 8.00]	122	0.052
2.Chronologie	10.0 [5.00; 10.0]	10.0 [10.0; 10.0]	116	<0.01
3.Contrôle personnel	6.00 [5.00; 10.0]	6.00 [3.50; 9.50]	120	0.92
4.Contrôle du traitement	10.0 [7.50; 10.0]	10.0 [6.50; 10.0]	122	0.74
5.Identity	2.00 [0; 6.00]	5.00 [0; 9.25]	119	0.09
6.Inquiétude	10.0 [7.00; 10.0]	9.50 [8.00; 10.0]	121	0.86
7.Cohérence	8.00 [5.00; 10.0]	8.50 [8.00; 10.0]	121	0.06
8.Représentation émotionnelle	4.00 [0; 8.00]	7.00 [2.00; 8.25]	121	0.08

Tableau 6. Analyse statistique du B-IPQ en fonction de la présence d'injection d'insuline.

B2. Représentation des causes

Les réponses à l'item 9 ont été séparées en 7 catégories, et certaines en sous-catégories :

- Hérité,
- Habitudes alimentaires : sucre, gras, boissons sucrées, excès de nourriture, grignotage, repas non équilibrés, sel,
- Hygiène de vie : tabac, alcool, sédentarité, hygiène corporelle, négligence,
- Surcharge pondérale,
- Causes psychologiques : choc émotionnel, problèmes familiaux, problèmes professionnels, stress, fatigue, surmenage, anxiété,
- Autre : méconnaissance de la maladie, hasard, déclenché par un facteur externe, déclenché par un autre facteur de santé,
- Ne sait pas.

La figure 2 montre la répartition des perceptions des causes de diabète. Etant donné que les patients pouvaient donner jusqu'à 3 réponses, nous avons considéré que N= 280, c'est-à-dire la totalité des réponses données (272), le tout additionné aux 8 absences de réponse.

La cause la plus citée est celle des habitudes alimentaires (50.7%), avec en sous-catégorie le sucre (23%) et les repas non équilibrés (19%). Puis l'hygiène de vie (17.5%) avec majoritairement la sédentarité (12%), suivi de l'hérité (11.8%), des causes psychologiques (6%), de la surcharge pondérale (5.4%), les autres causes (3.6%), la réponse « Ne sait pas » (2.1%). Et les absences de réponses (2.9%).

Vous trouverez le tableau récapitulatif des causes en annexe. (Annexe 6)

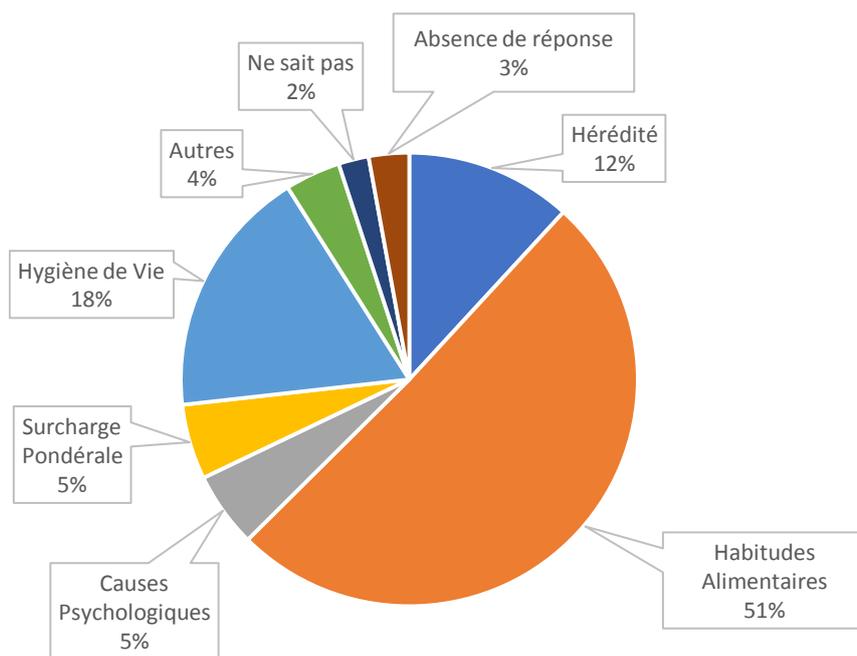


Figure 2. Perception des causes du diabète de type 2

IV. DISCUSSION

A. Synthèse des résultats principaux

L'objectif principal de cette étude quantitative était d'explorer la perception du diabète de type 2 chez des patients atteints de cette pathologie à Tahiti.

Grâce au score global, on peut s'apercevoir que le diabète n'est pas perçu comme une maladie très menaçante par la population étudiée.

Les patients tendent à voir leur diabète comme une maladie chronique, qui serait très bien contrôlée par les traitements. Malgré une bonne compréhension de la maladie, ils ne sont pas convaincus de bien pouvoir la contrôler par leurs actions personnelles. Même s'ils ne perçoivent pas le diabète comme une maladie générant beaucoup de conséquences, et qu'ils ne perçoivent pas beaucoup de symptômes liés au diabète, ce dernier a tendance à avoir un impact émotionnel modéré tout en générant beaucoup d'inquiétude chez les patients.

Les trois causes du diabète les plus citées sont d'abord les habitudes alimentaires, suivies par l'hygiène de vie, et l'hérédité.

L'objectif secondaire de cette étude était de savoir si certaines caractéristiques médico-socio-démographiques de la population pouvaient intervenir sur la perception du diabète de type 2.

A ce sujet, on peut s'apercevoir que le diabète est perçu d'une manière plus menaçante chez les personnes ayant poursuivi leurs études jusqu'au lycée, chez les personnes ayant deux traitements ou plus pour leur diabète et chez les personnes sous insuline.

B. Forces et faiblesses de l'étude

Quelques études qualitatives traitent de la perception de la maladie et de la perception du diabète de type 2 à Tahiti. Mais à notre connaissance, il s'agit de la première étude quantitative qui s'intéresse à la perception du diabète de type 2 à Tahiti.

Le questionnaire B-IPQ utilisé dans l'étude est un questionnaire validé pour le diabète de type 2 et a déjà été beaucoup utilisé dans le cadre d'études portant sur d'autres maladies chroniques (asthme, cancer, épilepsie...) (29) (35) (36) (37). Contrairement à son homologue IPQ-R qui contient 70 items, le B-IPQ est rapide à réaliser.

Le faible nombre de questionnaires récupérés peut s'expliquer par le fait que l'étude a été réalisée pendant un pic épidémique de COVID 19 à Tahiti. Le personnel médical et paramédical était moins disponible pour aider à la réalisation de cette étude.

Par ailleurs, du fait d'un faible niveau de preuve (niveau 4), cette étude comporte des biais.

Biais de sélection

- L'étude n'était pas basée sur des échantillons sélectionnés par randomisation de la population générale, mais issus de la patientèle de plusieurs établissements. Qui plus est, le fait que les patients de l'étude se soient présentés d'eux même à une consultation d'un établissement de soins privé ou publique, sous-entend qu'il y a un suivi plutôt régulier, et probablement plus d'adhésion aux soins.

- Les questionnaires n'ont pas été proposés systématiquement à tous les patients diabétiques se présentant en consultation. Certaines fois le soignant faisait un tri préalable des patients et les proposaient aux personnes les plus susceptibles de comprendre les questions. (Biais de recrutement).

Biais d'information

- Les questionnaires ont été proposés de manières différentes selon les établissements de santé. Certains patients ont bénéficié de l'aide partielle ou totale d'une tierce personne, d'un personnel de santé alors que d'autres ont répondu en auto-questionnaire. (Biais liés au mode d'évaluation).
- L'item 9 permettait aux patients de donner des réponses libres, et il a fallu faire une synthèse des réponses et les classer par catégories et sous-catégories (Biais d'évaluation subjective de l'enquêteur).
- On s'aperçoit que seule 13% de la population étudiée a un niveau d'études supérieures. On peut alors se demander si la compréhension des questionnaires s'est faite de manière optimale.
- Même si le questionnaire est un outil validé et qui a été déjà beaucoup utilisé, il n'est peut-être pas adapté à toutes les populations. En effet, plusieurs soignants ont relevé qu'une partie de la population étudiée avait eu des difficultés à saisir le fonctionnement de l'échelle de Likert. (Biais de compréhension).

De part ces biais, il est nécessaire de réaliser d'autres études plus approfondies avec un échantillon de participants plus important, de groupes égaux, issus d'une sélection par randomisation, avec un ou des enquêteurs qui pourraient aider à répondre au questionnaire d'une façon plus standardisée, afin d'avoir le moins de données manquantes et de s'assurer de la bonne compréhension du questionnaire.

C. Perception du diabète de type 2

La faible perception des conséquences du diabète ainsi que la faible perception de symptômes liés au diabète, cela associées à un score global montrant une perception du diabète modérément menaçante, corrobore l'idée que chez les polynésiens une maladie sans symptôme est moins grave (30). Néanmoins, malgré une faible souffrance physique, le diabète a tendance à générer une souffrance psychique chez les patients, avec un impact émotionnel modéré, mais qui s'accompagne paradoxalement d'un sentiment d'inquiétude très important. Dans notre étude, les personnes tendent à percevoir le diabète comme une maladie chronique, qui serait très bien contrôlée par les traitements. Ils semblent avoir une très bonne compréhension de leur maladie.

A l'instar d'une étude Néo-Zélandaise, les patients semblent penser ne pouvoir agir que modérément sur leur diabète au travers de leurs actions personnelles. (3). Cela peut traduire une attitude assez passive face à la maladie, ce qui est rejoint par certains témoignages de l'étude sur le décryptage de la trajectoire sémiologique et phénoménologique des complications chez

les diabétiques de type 2 chez les Polynésiens autochtones (38). Ces derniers, face à cette maladie incurable, perçoivent leur maladie comme étant une maladie « subie ». Quelles que soient leurs actions, par exemple l'exercice d'une activité sportive ou la modification des habitudes alimentaires, cela ne les guérira pas.

Concernant la perception des facteurs causaux du diabète, bien que la première cause citée soit les habitudes alimentaires, avec majoritairement la consommation de produits sucrés, suivie par l'hygiène de vie, on note que la surcharge pondérale n'est qu'en 5^{ème} position après les causes psychologiques. Cela laisse penser à une inadéquation de l'idée selon laquelle les mauvaises habitudes alimentaires entraînent une surcharge pondérale et que la surcharge pondérale est peu responsable du diabète. Une étude menée à Tahiti montre que dans la population tahitienne générale il existe un décalage entre la perception de leur propre corpulence et celle de la corpulence mesurée, avec des personnes se percevant moins corpulentes qu'en réalité. Les corpulences « bien en chair » sont toujours valorisées chez les plus de 60 ans même si chez les jeunes l'idéal de minceur semble de plus en plus prendre le pas (39).

L'hérédité, comme cela était le cas dans une étude réunionnaise, est une cause assez citée et donne au diabète un caractère inéluctable (40).

Bien que la religion soit très ancrée dans la culture polynésienne, aucune cause holistique ou spirituelle n'a été mentionnée.

En analysant plus précisément les caractères médico-socio-démographiques, on peut s'apercevoir que les patients ayant poursuivi leurs études jusqu'au lycée sont plus affectés émotionnellement par leur diabète que ceux ayant poursuivi leurs études jusqu'au primaire, collège ou ayant fait des études supérieures. Ce résultat peut paraître étonnant, mais une hypothèse avancée serait que les personnes avec un faible niveau d'étude n'auraient pas les outils nécessaires à la compréhension de la gravité de la maladie, et donc seraient par la même occasion moins impactées émotionnellement. En revanche, les personnes ayant fait des études supérieures auraient quant à elles les outils pour comprendre la maladie et ses moyens de prévention, la percevant ainsi d'une manière moins menaçante et limitant de facto son impact émotionnel.

On note également que les personnes prenant deux traitements ou plus perçoivent plus de conséquences liées au diabète, plus de symptômes, et sont plus affectées émotionnellement que celles qui ne prennent pas de traitement. Les personnes ne prenant aucun traitement ne perçoivent pas le diabète comme étant une maladie chronique, et ne perçoivent pas les traitements comme étant utiles.

Par ailleurs, les personnes sous insuline perçoivent plus le diabète comme étant une maladie chronique que les personnes n'étant pas sous insuline.

Dans plusieurs études, l'ethnie a une influence sur la perception du diabète (3) (41). Nous n'avons cependant pas retrouvé ce résultat dans notre étude, et cela pourrait s'expliquer par le faible taux de réponse à la question ethnique, où l'on dénombre 41% de réponses manquantes. Etant le seul item avec autant de données manquantes, nous pouvons nous demander si cela pourrait être dû à une mauvaise présentation du questionnaire. En effet, la donnée « Ethnie » demandait une réponse écrite, et était insérée entre des réponses à cocher.

Une étude ethno-épidémiologique suggère qu'un processus à la fois d'urbanisation et d'occidentalisation contribuerait au développement d'un environnement propice au diabète de type 2 (42). Pourtant dans notre étude, nous n'observons pas de différence significative dans la perception du diabète selon si la zone de résidence se trouve dans l'agglomération de Papeete (zone urbaine) ou non (zone semi rurale). Sachant que Tahiti est l'île la plus urbanisée de Polynésie Française et concentre 70% de la population, on peut se demander si l'influence « occidentale » n'engloberait pas tout Tahiti. Peut-être aurions-nous eu des résultats différents si des îles plus éloignées de Tahiti, donc moins soumises au phénomène de mondialisation avaient été prises en compte dans l'étude.

En France, dans l'étude Diabasis, la moitié des patients diabétique de type 2 perçoivent la maladie comme grave, plus fréquemment les femmes, mais aussi les patients anxieux à l'annonce, ayant un diabète de plus de dix ans, traités par insuline (40). Une autre étude révèle que 35 à 50 % des personnes diabétiques présentent une détresse psychologique liée au diabète (43).

Mis à part la représentation émotionnelle et l'inquiétude qui ont un score plus élevé, la perception du diabète de type 2 par les Tahitiens semble relativement concordante avec plusieurs études réalisées en Hollande, Croatie, Australie (44) (45) (34).

Une hypothèse peut être avancée avec l'aide de certains témoignages de l'étude sur le décryptage de la trajectoire sémiologique et phénoménologique des complications chez les diabétiques de type 2 chez les Polynésiens autochtones (38). Il existe vraisemblablement un manque de compréhension entre ces deux groupes. Globalement, les patients Tahitiens sont soucieux de bien faire devant les soignants, ils préféreront dire « oui » même s'ils n'ont pas compris, dire qu'ils suivent les mesures diététiques même s'ils ne le font pas, dire qu'ils suivent bien les traitements même s'ils les oublient. Les soignants, malgré les messages de préventions et d'explications, se sentent désemparés face à ces comportements qu'ils assimilent à de la négligence,

et utilisent donc la « peur » pour essayer de raisonner les patients. Ils mettent en avant les complications graves : la cécité, les amputations, la dialyse.

Notre étude nous suggère qu'il faudrait poursuivre les actions de prévention collective tout en accentuant les mesures de prévention individuelle, en ciblant les personnes plus défavorisées et selon leurs traitements. Il s'agit de s'assurer de la bonne compréhension du diabète, des causes, des complications chez les personnes n'étant pas sous insuline et plus particulièrement ceux n'ayant aucun traitement ou seulement un, et les patients consultant en dispensaire. Elle nous suggère qu'en plus de s'intéresser à la maladie il paraît important de s'intéresser au malade, à sa compréhension de la maladie, à l'inquiétude que le diabète peut engendrer chez lui.

Il serait également pertinent de réhabiliter « La Maison du Diabétique » fermée en 2015, qui était un centre d'éducation thérapeutique individuel et collectif.

V. CONCLUSION

Les Tahitiens ne perçoivent pas leur diabète comme étant une maladie très menaçante.

Ils ont plutôt tendance à le percevoir comme une maladie chronique, qui serait très bien contrôlée par les traitements. Néanmoins, malgré une bonne compréhension de la maladie, ils ne sont pas convaincus de bien pouvoir la contrôler au travers de leurs actions personnelles. Même s'ils ne perçoivent pas le diabète comme une maladie générant beaucoup de conséquences, et qu'ils ne perçoivent pas beaucoup de symptômes liés au diabète, ce dernier a tendance à avoir un impact émotionnel modéré mais aussi, paradoxalement, à générer beaucoup d'inquiétudes chez les patients.

Les trois causes du diabète les plus citées sont d'abord les habitudes alimentaires, suivies par l'hygiène de vie, et l'hérédité.

Certaines caractéristiques comme le niveau d'étude, le nombre de traitements pris et la présence d'injection d'insuline pourraient influencer la perception du diabète.

Malgré les campagnes de sensibilisation et les discours des soignants, la prévalence du diabète reste très élevée même si elle a tendance à se stabiliser depuis l'étude STEPWISE de 1995 (46). Cela montre qu'il y a encore un décalage entre les intentions politiques en matière de santé et la réalité du terrain.

Il serait intéressant de réaliser une même étude en France métropolitaine afin de comparer les perceptions du diabète avec Tahiti ou la Polynésie Française et encore mieux de réaliser une étude prospective afin de voir l'évolution de la perception du diabète chez les patients au cours des années.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Williams R, Colagiuri S, Almutairi R and al. International Diabetes Federation, Atlas 9th edition; 2019 [Internet]. [Consulter le 29/01/2021]. Disponible sur: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS_9e-final-web.pdf
2. Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le diabète; 2016 [Internet]. [Consulter le 29/01/2021]. 86 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254648>
3. Barnes L, Moss-Morris R, Kaufusi M. Illness beliefs and adherence in diabetes mellitus: a comparison between Tongan and European patients. *N Z Med J.* 2004 Jan 30;117(1188):U743.
4. Zimmet P, Dowse G, Finch C, Serjeantson S, King H. The epidemiology and natural history of NIDDM--lessons from the South Pacific. *Diabetes Metab Rev.* 1990 Mar;6(2):91-124.
5. Bertrand S, Chant L, Daudens E, Nguyen NL, Trafton M, Tuheiava M. Enquête santé 2010 en Polynésie française : Surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles [Internet]. [Consulter le 03/02/2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/enquete-sante-2010-en-polynesie-francaise-surveillance-des-facteurs-de-risque-des-maladies-non-transmissibles>
6. Zins MZ. The Constances cohort. *Eur J Public Health.* 2019 Nov 1;29(Supplement_4):ckz185.548.
7. Institut d'Emission d'Outre-Mer. Rapport annuel de la Polynésie Française 2020; 2019 [Internet]. [Consulter le 03/02/2021]. Disponible sur: https://www.ieom.fr/IMG/rapport_annuel_ieom_polynesie_francaise_2019/#page=1
8. Tahiti Tourisme. L'histoire des polynésiens & de Tahiti Et Ses Îles [Internet]. [Consulter le 03/02/2021]. Disponible sur: <https://tahititourisme.fr/fr-fr/histoire-de-tahiti>
9. Le site officiel de la Ville de Papeete [Internet]. [Consulter le 03/02/2021]. Disponible sur: <http://www.ville-papeete.pf/articles.php?id=529>
10. Institut national de la statistique et des études économiques. Le recensement de la population en Polynésie Française en 2017 [Internet]. [15/02/2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3651609>
11. Institut national de la statistique et des études économiques. Les populations légales des communes de Polynésie française en 2017 [Internet]. [03/02/2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3294362?sommaire=2122700>
12. Blanchet G. "Du CEP à l'après-CEP" : la Polynésie Française à la recherche d'un nouveau mode de développement. Orstom édition ; 1994 [Internet]. [Consulter le 09/02/2021]. Disponible sur: https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_6/b_fdi_43-44/010005094.pdf
13. Dumortier B, Messmer P. Les Atolls de l'atome: Mururoa & Fangataufa. 2e éd. Rennes: Marines édition; 2004. 191 p.

14. Loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française - Légifrance [Internet]. [Consulter le 18/02/2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000435515>
15. Desurmont S. Polynésie : un paradis terrestre où Dieu est partout. *Geo* ; 2017 [Internet]. [Consulter le 18/02/2021]. Disponible sur: <https://www.geo.fr/histoire/polynesie-un-paradis-terrestre-ou-dieu-est-partout-169590>
16. Fer Y, Malogne-Fer G. Christianisme, identités culturelles et communautés en Polynésie française. *Hermes Rev.* 2002;n° 32-33(1):355–65.
17. Sodter S. Atlas de la Polynésie Française. L'Histoire démographique. Orstom édition ; 1993 [Internet]. [Consulter le 05/05/2021]. Disponible sur: https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers16-08/38895.pdf
18. Gleizal V, Regnault J-M. Tahiti et ses îles (1880-1914). Une micro-société coloniale aux antipodes de la métropole. *Outre-Mers Rev Hist.* 2012;99(376):121–37.
19. Les Nouvelles de Tahiti [Internet]. [Consulter le 05/05/2021]. Disponible sur: http://infogeo.univ-paris1.fr/Fichiers/Descriptifs_Articles/Polynesie.pdf
20. Schuft L. Devenir “ demi ” en Polynésie française. *Anthropol Sociétés.* 2014;38(2):67–88.
21. Charpentier J-M, François A. Atlas linguistique de la Polynésie Française. De Gruyter édition; 2015[Internet]. [Consulter le 06/05/2021]. Disponible sur: http://www.upf.pf/sites/default/files/atlaspf/ALPF_01_Chapitres.pdf
22. Broadbent E, Wilkes C, Koschwanez H, Weinman J, Norton S, Petrie KJ. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychol Health.* 2015;30(11):1361–85.
23. Weinman J, Petrie KJ. Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics? *J Psychosom Res.* 1997 Feb;42(2):113–6.
24. Leventhal H. The Common Sense Representation of Illness Danger. *Contrib Med* [Internet]. [Consulter le 2021 Sep 1]; Disponible sur: https://www.academia.edu/259452/The_Common_Sense_Representation_of_Illness_Danger
25. Villani M, Flahault C, Montel S, Sultan S, Bungener C. Proximité des représentations de la maladie chez le malade et ses proches : revue de littérature et illustration clinique. *Bull Psychol.* 2013;Numéro 528(6):477–87.
26. Bonsaksen T, Lerdal A, Fagermoen MS. Trajectories of illness perceptions in persons with chronic illness: An explorative longitudinal study. *J Health Psychol.* 2015 Jul;20(7):942–53.
27. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health.* 2002 Jan 1;17(1):1–16.
28. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R et al. The Illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health.* 1996
29. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J*

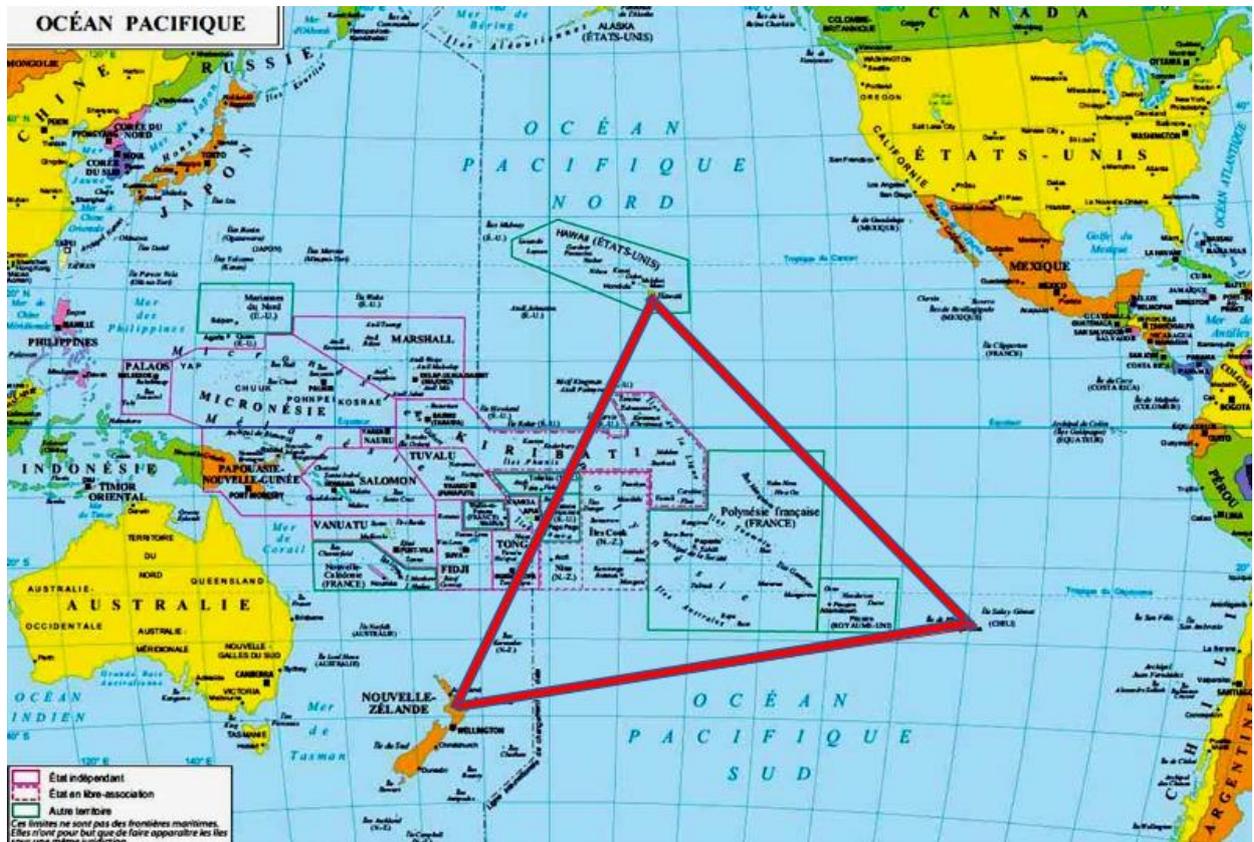
Psychosom Res. 2006 Jun;60(6):631–7.

30. Roussey A. Culture polynésienne et maladies chroniques : une étude qualitative des déterminants de santé culturels dans la prise en charge des maladies chroniques. 2018 [Thèse]. [Consulter le 30/03/2021]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=3cffa88b-591a-4d56-a547-f59c887d6b06>
31. Bezo BH, Huang Y-T, Lin C-C. Factors influencing self-management behaviours among patients with type 2 diabetes mellitus in the Solomon Islands. *J Clin Nurs*. 2020 Mar;29(5–6):852–62.
32. Ashur ST, Shah SA, Bosseri S, Morisky DE, Shamsuddin K. Illness perceptions of Libyans with T2DM and their influence on medication adherence: a study in a diabetes center in Tripoli. *Libyan J Med*. 2015;10:29797.
33. Hashimoto K, Urata K, Yoshida A, Horiuchi R, Yamaaki N, Yagi K, et al. The relationship between patients' perception of type 2 diabetes and medication adherence: a cross-sectional study in Japan. *J Pharm Health Care Sci*. 2019;5:2.
34. Alzubaidi H, Mc Narmara K, Kilmartin GM, Kilmartin JF, Marriott J. The relationships between illness and treatment perceptions with adherence to diabetes self-care: A comparison between Arabic-speaking migrants and Caucasian English-speaking patients. *Diabetes Res Clin Pract*. 2015 Nov;110(2):208–17.
35. Foot H, La Caze A, Baker P, Cottrell N. Better understanding the influence and complexity of beliefs on medication adherence in asthma. *Patient Educ Couns*. 2019 Mar 1;102(3):564–70.
36. Kaptein AA, Yamaoka K, Snoei L, Kobayashi K, Uchida Y, van der Kloot WA, et al. Illness perceptions and quality of life in Japanese and Dutch patients with non-small-cell lung cancer. *Lung Cancer Amst Neth*. 2011 Jun;72(3):384–90.
37. Siarava E, Markoula S, Pelidou S-H, Kyritsis AP, Hyphantis T. Psychological distress symptoms and illness perception in patients with epilepsy in Northwest Greece. *Epilepsy Behav* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2021 Oct 5];102. Available from: [https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050\(19\)30663-8/fulltext](https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050(19)30663-8/fulltext)
38. Imbert-Berteloot G. Décryptage de la trajectoire sémiologique et phénoménologique des complications chez les diabétiques de type 2 : le cas des Polynésiens autochtones. 2007 [Thèse] [Consulter le 06/05/2021]; Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/17772>
39. Mou Y., Cerf N., Beck F. Alimentation et corpulence en Polynésie française. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2009, n°. 48-49-50, p. 515-520 [Internet]. [Consulter le 02/02/2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/alimentation-et-corpulence-en-polynesie-francaise>
40. Debussche X, Roddier M, Fianu A, Le Moullec N, Papoz L, Favier F, et al. Health perceptions of diabetic patients in the REDIA study. *Diabetes Metab*. 2006 Feb;32(1):50–5.
41. Bean D, Cundy T, Petrie KJ. Ethnic differences in illness perceptions, self-efficacy and diabetes self-care. *Psychol Health*. 2007 Oct 1;22(7):787–811.

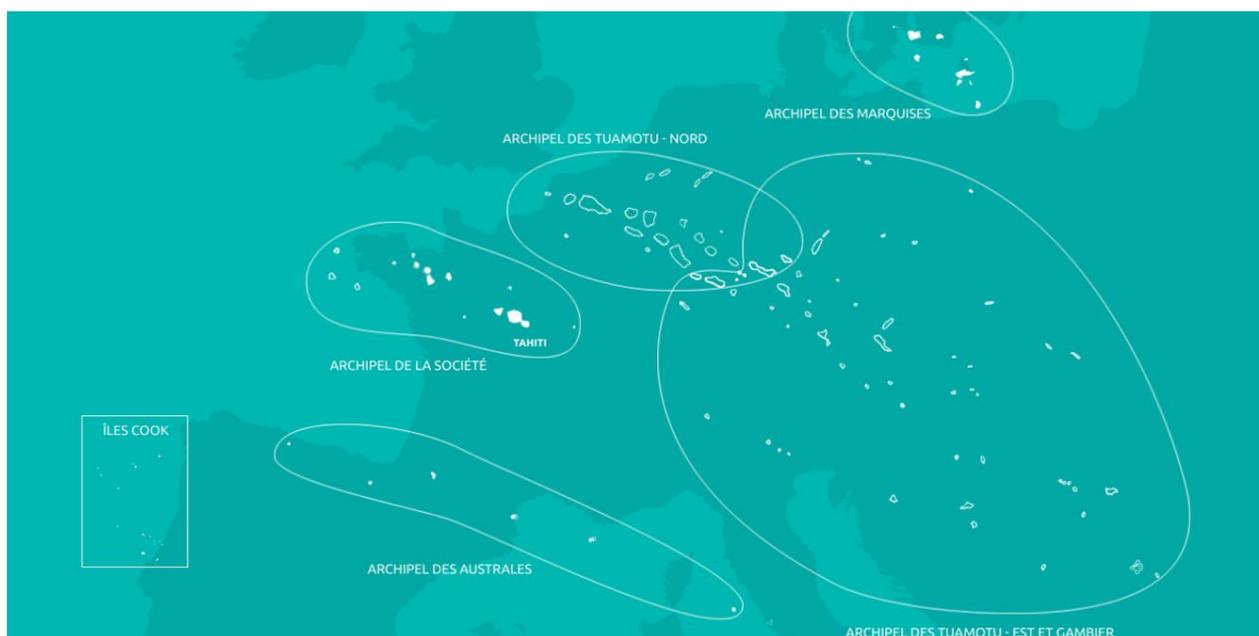
42. Imbert G. Vers une étude ethnoépidémiologique du diabète de type 2 et de ses complications. *Sante Publique (Bucur)*. 2008 Jul 4;Vol. 20(2):113–24.
43. Consoli S-M. Qualité de vie, impact émotionnel et fardeau ressenti par les personnes vivant avec un diabète et leurs proches, dans l'étude DAWN2TM. *Médecine Mal Métaboliques*. 2013 Décembre;7:S17–24.
44. Klein Woolthuis EP, de Grauw WJC, Cardol M, van Weel C, Metsemakers JFM, Biermans MCJ. Patients' and partners' illness perceptions in screen-detected versus clinically diagnosed type 2 diabetes: partners matter! *Fam Pract*. 2013 Aug;30(4):418–25.
45. Petricek G, Vrcic-Keglevic M, Vuletic G, Cerovecki V, Ozvacic Z, Murgic L. Illness perception and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes: cross-sectional questionnaire study. *Croat Med J*. 2009 Dec;50(6):583–93.
46. Fagot-Campagna A, Fontbonne A. Expertise en surveillance des maladies liées au surpoids telles que le diabète, en Polynésie française, 2007

VII. ANNEXES

Annexe 1. Carte géographique de l'Océan Pacifique, avec le Triange Polynésien.



Annexe 2. Carte de la Polynésie française superposée à celle de l'Europe. Disponible sur : <https://www.airtahiti.com/fr/toutes-nos-destinations>



THESE DE MEDECINE GENERALE

Parau tahu'a tuatoru rapaura'a ma'i

Quelle est la représentation du diabète de type 2 chez les patients atteints de cette pathologie à Tahiti?

E aha te faito o te ma'i omaha tihota 2 i nia i te mau taata tei roohia i te ma'i omaha tihota i Tahiti ?

INFORMATIONS PREALABLES / Haamaramarama raa

- Le but de cette étude est d'avoir un aperçu de la représentation du diabète de type 2 par les patients atteints de cette pathologie à Tahiti.

Cette étude a pour finalité la rédaction d'une thèse de doctorat en médecine générale. Cette étude est STRICTEMENT ANONYME et aucune des données ne sera utilisée dans un autre but que l'élaboration de la thèse. Cette thèse est réalisée sous la direction de Dr PARTHENAY Pascal.

- Ces questionnaires anonymes te sont proposés de manière aléatoire si tu es majeur et atteint de diabète de type 2. Ils sont à remplir sur la base du volontariat, à compléter sur place et à rendre immédiatement. Tu peux arrêter le questionnaire à tout moment.

- Les données collectées seront anonymes et stockées sur un ordinateur sécurisé.

- Les informations sont recueillies sur une période allant du 1er octobre 2020 au 1er décembre 2020 et seront conservées pendant 2 ans à compter de la date de remplissage de ces questionnaires.

Pour toutes informations supplémentaires tu peux me joindre à l'adresse mail suivante: tcheou.marine@hotmail.com

- Te fa no teie uiuira'a mana'o no te faito raa i te ma'i omaha tihota 2 i nia i te mau taata tei roohia i te ma'i omaha tihota i Tahiti .

- Te fa no teie uiuira'a mana'o, no te papa'i raa i te hoe parau tahu'a tuatoru i nia i te rapaau raa ma'i. Eita roatu te ioa o te mau taata ma'i e faaite hia i roto i teie tuatapapa raa, eita atoa ta ratou mau pahonora e faaohipa hia no te tahi mau ohipa e atu. Ua rave i teie parau tahu'a tuatoru i raro ae i te aratai raa a te taote ra PARTHENAY Pascal.

- Teie mau uiuira'a mana'o ma te faaite ore i to outou mau ioa, e ani hia te mau huru taata atoa o tei roohia i te ma'i omaha tihota 2. E faa'i i teie pahono raa ia au i to oe hinaaro, e a faaho'i roa tu i te reira taima. E nehenehe oe e faaea i te faa'i i teie pahono raa ia au i to oe hinaaro.

- E ore roatu ta outou pahonora e puhara hia e vaiho hia I roto I te hoe matini rorouira papu.

- E tupu teie uiu uiuira'a mana'o mai te mahana matamua no atopa e tae roatu i te mahana matamua no titema 2020 e faaherehere hia ta outou mau pahono raa i te roa raa e piti matahiti.

- No te mau haamaramarama raa hau a tu a faa tae mai i ta oe mau ani raa i te numera rorouira : tcheou.marine@hotmail.com

RECUEIL D'INFORMATIONS/ Uiuira'a mana'o

Complète et coche les réponses qui te correspondent/ *A faai e a tapao i te mau pahonora e tano ia oe :*

Date du jour/*Mahana*: _____ / _____ / _____

1/ Suivi médical en/ *Te rapaau hiara i te :*

- Dispensaire / *Fare ma'i i roto i te oire*
- Cabinet de ville/ *Fare ma'i e ore na te hau*
- Hôpital / *Fare ma'i*

2/Genre :

- Féminin / *Vahine*
- Masculin / *Tane*

3/Tranche d'âge/ *Faito matahiti*

- 18-30 ans
- 31-45ans
- 46-60 ans
- 61-75 ans
- 75 ans

4/ J'habite dans le « Grand Papeete » (Papeete,Pirae, Arue, Mahina, Faa'a,Punaauia, Paea):

Te faaea nei au i "Papeete rahi" (Papeete,Pirae, Arue, Mahina, Faa'a,Punaauia, Paea)

- Oui / *E*
- Non / *Aita*

5/ Ethnie / *Taura taata*: _____

6/Niveau d'étude/ *Faito haapiiraa :*

- Primaire / *Fare ha'api'ira'a tuatahi*
- Collège / *Fare ha'api'ira'a tuarua*
- Lycée / *Fare ha'api'ira'a tuarua tōro'a*
- Études supérieures / *Fare haapiiraa tuatoru*

7/ Nombre d'années depuis la découverte de mon diabète :

Rahiraa matahiti mai te mahana a ite hia ai to u ma'i omaha tihota :

- Moins d'1 an / *Raromai 1 matahiti*
- 1 à 5 ans
- 6 à 10 ans
- Plus de 10 ans / *Hau a tui te 10 matahiti*
- Je ne sais pas / *Aita vau i ite*

8/ Nombre de médicaments différents prit pour le diabète :

Rahiraa o te mau raau ta oe e rave nei no te ma'i omaha tihota:

- 0
- 1
- 2 ou plus / *Hau i te 2*
- Je ne sais pas / *Aita vau i ite*

9/ Est ce que je reçois des injections d'insuline pour mon diabète ? :

Te patia hia ra oe i te insuline no to oe ma'i omaha tihota? :

- Oui / E
- Non / Aita
- Je ne sais pas / Aita vau i ite

Bref Questionnaire de Perception du diabète
Uiui raa mana'o i nia i te mai omaha tihota

Pour les questions suivantes, entoure le chiffre qui correspond le mieux à ton point de vue (il n'y a pas de mauvaise réponse):

No teie mau ui raa i muri nei, tapao te numera tano e au i ta oe hio raa (aita e pahono raa tano ore):

1/ Le diabète affecte t-il ta vie?

1/ Te faa ino ra anei te mai omaha tihota i to oe ora raa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

N'affecte
pas du tout ma vie
*Aita roatu e faa ino nei
i tou ora raa*

Affecte très
sévèrement ma vie
Ino roa tou ora raa

2/ Combien de temps penses-tu que ton diabète va durer?

2/ I to oe mana'o, e fea maoro raa e vai to oe mai omaha tihota?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Très peu de temps
Taime poto roa

Pour toujours
E amuri no atu

3/ Quel contrôle as-tu l'impression d'avoir sur ton diabète?

3/ E aha te hiopoa raa ta oe e manao ra i nia i to oe mai omaha tihota?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Absolument
aucun contrôle
*Aita roa atu hoe
ae hiopoa raa*

Énormément
de contrôle
Rahi te mau hiopoa raa

4/ Penses-tu que ton traitement t'aide?

4/ Ia mana'o oe, te tauturu ra te rapaau raa ia oe?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout
Aita roatu

Très utile
Mea faufaa roa

5/ Penses-tu avoir beaucoup de symptômes liés à ton diabète ?

5/ *Ia mana'o oe, rave rahi mau tapa'o no to oe mai omaha tihota ?*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de
symptôme

Aita roatu e tapao

Beaucoup de
symptômes

Rave rahi te mau tapao

6/ Te sens-tu inquiet(e) par ton diabète ?

6/ *E mea tau'a anei oe i to oe mai omaha tihota ?*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout
concerné(e)

Aita roatu

Extrêmement
concerné(e)

E mea tau'a rahi roa vau

7/ Penses-tu connaître ton diabète?

7/ *Ua ite anei oe i te huru o to oe mai omaha tihota?*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je ne comprend
pas du tout

Aita roatu vau i ite ae

Je comprends
très clairement

Ua ite papu roa vau

8/ Penses-tu que ton diabète t'affecte émotionnellement? (par exemple: te met en colère, te rend inquiet(e), te contrarie, te rend triste...)

8/ *I to oe mana'o, te haapeapea ra te mai omaha tihota i to oe huru (hio raa : haatupu i te riri, te haapeapea, te hepohepo, haatupu i te oaoa ore...)*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ne m'affecte
pas du tout
émotionnellement

huru

Aita roatu e haapeapea nei i tou huru

Emotionnellement
très affecté(e)

Haapeapea rahi roa i tou

9/ Liste par ordre d'importance les 3 raisons que tu crois avoir provoqué ton diabète.

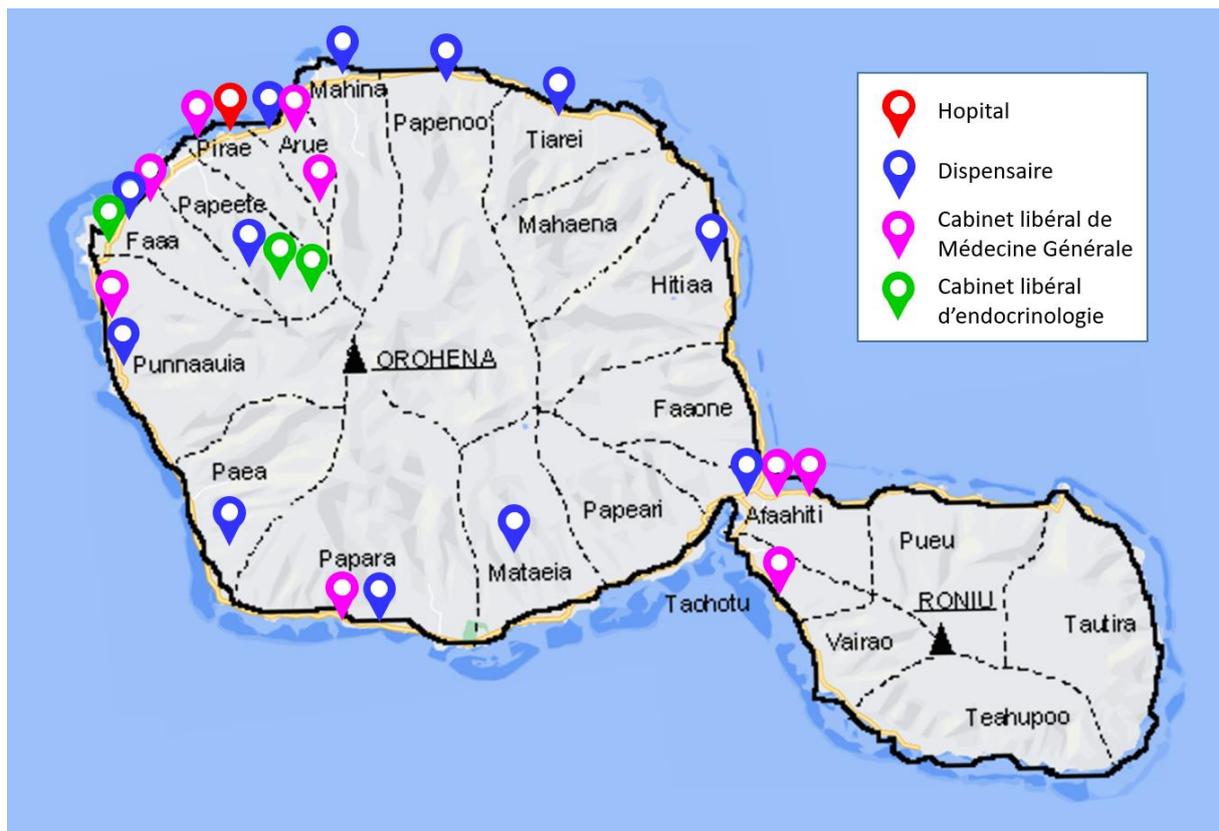
9/ *Faataa mai na oe e toru tumu matamua roa ta oe e mana'o ra o tei faatupu i to oe mai omaha tihota.*

- _____

- _____

- _____

Annexe 4. Carte de Tahiti avec la répartition des points de dépôt des questionnaires.



Annexe 5. Tableau descriptif de la population en fonction du statut complet ou incomplet du questionnaire.

		COMPLET		INCOMPLETS	
		Effectifs N=62	Pourcentage (%)	Effectifs N=70	Pourcentage (%)
Lieu de Suivi médical	Dispensaire	26	42	22	31.4
	Cabinet medical	26	42	31	44.3
	Hôpital	2	3.2	6	8.6
	Multiplés	8	12.9	11	15.7
	NC	0	0	0	0
Genre	Féminin	42	68	41	58.5
	Masculin	20	20	24	34.3
	NC	0	0	5	7.1
Tranche d'âge	31-45	15	24	11	16
	46-60	21	34	36	51
	61-75	22	35	20	29
	>75	4	6.5	3	4.3
	NC	0	0	0	0
Résidant dans l'agglomération de Papeete	Oui	27	44	39	55.7
	Non	35	56	30	42.9
	NC	0	0	1	1.4
Ethnie	Polynésienne	53	85	13	18.6
	Chinoise	4	6.5	1	1.4
	Française	4	6.5	1	1.4
	Demi	1	1.6	1	1.4
	NC	0	0	54	77,2
Niveau d'étude	Primaire	18	29	20	28.6
	Collège	18	29	19	27.1
	Lycée	16	26	19	27.1
	Etudes supérieures	16	16	7	10
	NC	0	0	5	7.2
Nombre d'années depuis la découverte du diabète	< 1	4	6.5	4	5.7
	1-5	18	29	19	27.1
	6-10	14	23	16	22.9
	>10	26	42	26	37.1
	NC	0	0	5	7.2
Nombre de traitements	0	4	6.5	1	1.4
	1	20	32	13	18.6
	2 ou plus	38	61	49	70
	NC	0	0	7	10
Injection d'insuline	Oui	17	27	16	22.9
	Non	45	73	47	67.1
	NC	0	0	7	10

Annexe 6. Tableau récapitulatif de la perception des causes de diabète de type 2.

Catégories	Nombre de fois cité dans les réponses	Pourcentage (%)
Habitudes Alimentaires	142	50.7
Sucre	64	
Gras	11	
Excès de nourriture	8	
Grignotage	3	
Repas non équilibrés	55	
Sel	1	
Hygiène de vie	49	17.5
Tabac	3	
Alcool	9	
Sédentarité	33	
Hygiène corporelle	1	
Négligence	3	
Hérédité	33	11.8
Causes psychologiques	17	6
Choc émotionnel	3	
Problèmes familiaux	2	
Problèmes professionnels	2	
Stress	6	
Fatigue	2	
Surmenage	1	
Anxiété	1	
Surcharge pondérale	15	5.4
Autres	10	3.6
Méconnaissance de la maladie	2	
Hasard	2	
Déclenché par un facteur externe (opération)	2	
Vie de tous les jours	1	
Déclenché par un autre facteur de santé (Santé, diabète gestationnel, maux de tête)	3	
Absence de réponse	8	2.9
Ne sait pas	6	2.1



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Quelle est la perception du diabète de type 2 à Tahiti chez les patients atteints de cette pathologie ?

Introduction : Le diabète est un problème de santé publique mondial. En 2019, la Fédération Internationale du Diabète estime qu'il y a 463 millions d'adultes, qui vivent avec le diabète dans le monde, contre 151 millions en 2000. La prévalence a plus que doublé, passant de 4.6 % à 9.3% de la population adulte. La Polynésie Française n'est pas épargnée. En effet, elle se place en 8ème position au niveau mondial en termes de prévalence, avec un taux de 19.5%. La localisation insulaire de Tahiti, qui est une île française, associée à un mélange complexe historique et socio-économique rend particulièrement intéressant la question de la perception d'une maladie chronique tel que le diabète de type 2 sur ce territoire.

Matériels et méthodes : Cette étude observationnelle descriptive transversale s'est réalisée à l'aide du Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ), qui a été déposé dans 25 établissements de santé répartis sur l'île de Tahiti, durant une période allant du 1^{er} Novembre 2020 au 15 Janvier 2021. Les patients devaient respecter les critères d'inclusion suivants : être suivis aux lieux de recrutement, être atteints de diabète de type 2, être âgés de plus de 18 ans, parler français ou tahitien. Étaient exclus les patients atteints de troubles cognitifs ou mentaux.

Résultats et Discussion : Grace au score global on peut s'apercevoir que le diabète n'est pas perçu comme une maladie très menaçante par la population étudiée. Les patients tendent à voir leur diabète comme une maladie chronique, qui serait très bien contrôlée par les traitements. Néanmoins, malgré une bonne compréhension de la maladie, ils ne semblent pas convaincus de bien pouvoir la contrôler au travers de leurs actions personnelles. Même s'ils ne perçoivent pas le diabète comme une maladie générant beaucoup de conséquences, et qu'ils ne perçoivent pas beaucoup de symptômes liés au diabète, ce dernier a tendance à avoir un impact émotionnel modéré et à générer beaucoup d'inquiétude chez les patients. La cause du diabète la plus citée est l'habitude alimentaire. Des caractéristiques médico-socio-démographiques telles que le niveau d'étude, le nombre de traitements pris et la présence d'injection d'insuline sont corrélées à une perception différente de la maladie.

Notre étude nous suggère qu'il faudrait poursuivre les actions de prévention collectives tout en accentuant les mesures de prévention individuelle, en ciblant les personnes plus défavorisées et selon leurs traitements. Elle nous suggère qu'en plus de s'intéresser à la maladie il paraît important de s'intéresser au malade, à sa compréhension de la maladie, à l'inquiétude que le diabète peut engendrer chez lui.

Conclusion : Le diabète n'est pas perçu comme une maladie très menaçante par les patients Tahitiens diabétiques mais s'accompagne paradoxalement d'un sentiment d'inquiétude très important. Malgré les campagnes de sensibilisation et les discours des soignants, la prévalence du diabète reste très élevée même si elle a tendance à se stabiliser. Cela montre qu'il y a encore un décalage entre les intentions politiques en matière de santé et la réalité du terrain. Notre étude semble être la première étude quantitative qui s'intéresse à la perception du diabète de type 2 à Tahiti. Il serait intéressant de réaliser une même étude en France métropolitaine afin de comparer les perceptions du diabète avec Tahiti ou la Polynésie Française, et encore mieux de réaliser une étude prospective afin de voir l'évolution de la perception du diabète chez les patients au cours des années.

Mots-Clés : Diabète de type 2, perception de la maladie, perception du diabète, B-IPQ, Tahiti.