



Article Original

Adhésion au Traitement Médicamenteux et Facteurs Associés chez les Diabétiques de Type 2 à Conakry

Adherence to Drug Therapy and Associated Factors in Type 2 Diabetics in Conakry

Bah Elhadj Zainoul^{1,2,3} ; Diallo Mamadou Dian Mamoudou^{1,4} ; Diallo Abdoul Mazid^{1,2} ; Diallo Mamadou Alpha^{1,2,3} ; Diallo Alpha Mamadou^{1,2} ; Bah Kadidiatou¹ ; Diallo Mamadou Chérif^{1,2} ; Diallo Mamadou Mansour^{1,2} ; Barry Mody Abdoulaye^{1,2} ; Kaké Amadou^{1,2,3}.

Affiliations

1. Faculté des Sciences et Techniques de la Santé, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry ;
2. Service d'Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition, CHU Donka ;
3. Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles/Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ;
4. Unité de Diabétologie, Hôpital régional de Labé

Auteur correspondant

Dr Elhadj Zainoul BAH,

Email: zainoul87@gmail.com

Mots clés : Adhésion, Échelle de Morisky, Diabète de type 2, CHU Donka, Guinée

Keys word : Adhesion, Morisky Scale, Type 2 diabetes, CHU Donka, Guinea

Article history

Submitted: 8 October 2024

Revisions requested: 6 November 2024

Accepted: 19 November 2024

Published: 27 November 2024

RÉSUMÉ

Introduction. La détérioration de la qualité de vie des patients diabétiques de type 2 et la survenue des complications cardio-vasculaires et neurologiques sont les conséquences de la faible adhésion au traitement. En Guinée, aucune donnée publiée n'est disponible sur ce sujet. Le but de cette étude était d'évaluer la qualité de l'adhésion au traitement médicamenteux et de décrire les facteurs qui lui sont associés au cours du diabète de type 2. **Méthode.** Entre le 1^{er} juin et le 31 août 2017 ; 600 sujets (510 ambulatoires et 90 hospitalisés) ont été interrogés après recueil de leur consentement. Tous les patients ont été soumis au questionnaire qui comportait les caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques médicales et l'Échelle de mesure d'adhésion aux médicaments de Morisky à 8 éléments. **Résultats.** Au total 69% des sujets participants étaient des femmes ; l'âge moyen était 55,79±11,58 ans ; 74,2% vivaient à Conakry et dans sa banlieue ; la durée d'évolution moyenne connue du diabète était 5,9 ± 5,6 ans. L'adhésion au traitement était faible (score < 6) 30,2%, moyenne (score de 6 à <8) 39,5% et haute (score = 8) 30,3%. La meilleure qualité de l'adhésion au traitement était significativement associée à la concomitance d'un traitement au long cours (p=0,049), à la fréquence des prises de médicaments par jour (p=0,038) et à la pratique d'une autosurveillance glycémique (p=0,026). La survenue d'une rupture du traitement était associée à une mauvaise qualité de l'adhésion (p<0,001). Les caractéristiques sociodémographiques n'étaient pas liées à l'adhésion. **Conclusion.** Cette étude a montré que le manque d'adhésion était associé à la rupture de traitement. Le manque de moyens financiers était l'une des causes de rupture de traitement. De ce fait, l'évaluation de l'adhésion devrait être instaurée dès le début du traitement et être suivi. Une éducation thérapeutique focalisée sur de meilleurs résultats thérapeutiques doit intégrer de manière plus systématique l'évaluation de l'adhésion.

ABSTRACT

Introduction. Deterioration in the quality of life of type 2 diabetic patients and the onset of cardiovascular and neurological complications are the consequences of poor adherence to treatment. In Guinea, no published data are available on this subject. The aim of this study was to assess the quality of medication adherence and to describe the factors associated with it in type 2 diabetes. **Method.** Between June¹ and August 31, 2017; 600 subjects (510 outpatients and 90 inpatients) were interviewed after obtaining their consent. All patients completed the questionnaire, which included sociodemographic characteristics, medical characteristics and the 8-item Morisky Medication Adherence Scale. **Results.** A total of 69% of participating subjects were women; mean age was 55.79±11.58 years; 74.2% lived in Conakry and its suburbs; mean known duration of diabetes was 5.9 ± 5.6 years. Adherence to treatment was low (score < 6) 30.2%, medium (score 6 to < 8) 39.5% and high (score = 8) 30.3%. Better adherence was significantly associated with concomitant long-term treatment (p=0.049), frequency of daily medication intake (p=0.038) and self-monitoring of blood glucose (p=0.026). The occurrence of treatment discontinuation was associated with poor quality of adherence (p<0.001). Socio-demographic characteristics were not related to adherence. **Conclusion.** This study showed that poor adherence was associated with treatment discontinuation. Lack of financial means was one of the causes of treatment discontinuation. Adherence assessment should therefore be introduced at the start of treatment and followed up. Therapeutic education focused on improving therapeutic outcomes must incorporate adherence assessment more systematically.

INTRODUCTION

L'adhésion ou la conformité aux médicaments est définie comme la mesure par laquelle les patients prennent les médicaments comme ils ont été prescrits [1]. Les fournisseurs de soins de santé préfèrent le mot « adhésion » que le terme « conformité », car l'adhésion montre une approche plus active entre le patient et le fournisseur de soins pour les décisions. Ainsi, l'adhésion thérapeutique est la dimension attitudinale de l'observance thérapeutique. Cette adhésion renvoie aux facteurs pouvant interagir avec l'observance [2]. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'observance comme « la concordance entre le comportement d'une personne, la prise de médicaments, le suivi d'un régime et/ou les modifications du comportement et les recommandations d'un soignant » [1]. L'adhésion au traitement se décline en deux dimensions complémentaires : la persistance qui définit la durée pendant laquelle le patient continue à prendre son traitement, et l'implémentation qui décrit la façon dont le patient persistant gère et s'administre son traitement jour après jour. L'adhésion peut varier au cours du traitement notamment du fait des effets indésirables et de l'altération de la qualité de vie [3].

En 2003, l'OMS avait classé en 5 les facteurs déterminants de l'adhésion au traitement : 1. les facteurs liés au patient ; 2. les facteurs socio-économiques ; 3. les facteurs liés à la maladie ; 4. les facteurs liés au traitement et 5. les facteurs liés au personnel et au système de santé [1]. La faible adhésion aux traitements médicamenteux dans les maladies chroniques, y compris le diabète sucré, est un problème général avec de lourdes conséquences sur la morbidité et la mortalité des diabétiques [4]. En Inde du Sud, une étude réalisée par Samu AM et al. [5] avaient montré que le risque de neuropathie diabétique périphérique était considérablement réduit de la première à la troisième visite, par l'amélioration de la qualité de l'adhésion. En 2016, une étude réalisée dans trois Hôpitaux en Malaisie [6] avait montré un taux faible d'adhésion aux médicaments à 44,8%. En Allemagne, Stefan Pscherer et al. [7] avaient rapporté que la persistance du traitement chez les patients atteints de diabète de type 2 initiant l'insuline basale était influencée par le type d'insuline, la co-médication antidiabétique et certaines caractéristiques spécifiques du patient. Au Gabon, une étude [5] menée auprès des membres de l'Association des diabétiques du Gabon avait montré que 39,8% des participants avaient admis avoir interrompu leur traitement. La durée de cette interruption était variable et allait de quelques jours à plusieurs années. La principale raison de ce fait était financière pour 80,5% des sujets, suivie de loin par la lassitude et les croyances notamment religieuses, et le recours aux tradipraticiens. En Guinée l'absence de données publiées sur ce sujet et la fréquence élevée des réadmissions en urgence pour décompensation du diabète dans un contexte de rupture du traitement ont motivé la réalisation de cette étude. L'objectif général était d'étudier l'adhésion au traitement et les facteurs associés à cette adhésion au cours du diabète de type 2. Les objectifs spécifiques étaient d'évaluer la qualité de l'adhésion aux médicaments par

l'échelle de Morisky à 8 éléments (MMAS-8) et décrire les facteurs associés à la faible, moyenne et haute adhésion aux médicaments.

METHODES

Il s'agissait d'une étude transversale de type descriptif réalisée au service d'Endocrinologie, Diabétologie, Maladies Métaboliques du Centre Hospitalier Universitaire de Donka entre le 1er Juin et le 31 Août 2017. Ont été inclus les patients diabétiques de type 2 admis en consultation externe, en hospitalisation ou à l'hôpital du jour, qui avaient débuté un traitement antidiabétique depuis au moins trois mois et ayant accepté de participer à l'étude. L'échelle de Morisky à 8 éléments [8] a été utilisée pour évaluer la qualité de l'adhésion des patients aux médicaments.

Trois groupes de variables ont été étudiés :

- **Les caractéristiques sociodémographiques** (âge, sexe, profession, résidence, situation matrimoniale et la scolarisation.
- **Les caractéristiques médicales** (durée du diabète, traitement en cours, traitement associé, modification antérieure du traitement, pratique de l'autosurveillance glycémique, interruption du traitement et motifs de cette interruption) ; et
- **L'échelle d'adhésion aux médicaments de Morisky** à 8 éléments.

La saisie et l'analyse des données ont été faites par les logiciels Epi-data 3.1 et SPSS 21. La qualité de l'adhésion des patients a été classée faible (score < 6), moyenne (score 6 à < 8) et haute (score = 8). Des analyses croisées sont ensuite effectuées entre les groupes de variables étudiées afin de mesurer la force de leur association.

L'accord des patients et leur consentement verbal libre et éclairé ont été obtenus le jour de l'enquête avant l'administration du questionnaire. La confidentialité des données est assurée par l'anonymat au cours du traitement et de l'analyse des données.

Les limites et difficultés de cette étude sont liées à l'absence d'intégration des données sur les complications du diabète [9] et la non prise en compte de la concomitance du traitement traditionnel non déclaré dont la fréquence est bien démontrée [10]. Les réponses données par les sujets interrogés pouvaient manquer de cohérence ou être contraire aux habitudes des participants. Ces réponses dépendaient de la motivation des participants et de l'attention accordée au questionnaire.

RESULTATS

Nous avons inclus au total 600 sujets. L'âge moyen des participants était de 55,79 ans \pm 11,58, les femmes représentaient 69,0%. Les non scolarisés représentent 51,8%. Soixante-quatorze virgules deux pour cent (74,2%) des patients venaient de la région de Conakry et sa banlieue. Un effectif de 445 patients, soit 73,3% étaient des mariés. Au moment de l'enquête, les sujets qui étaient traités exclusivement par les Anti Diabétiques Oraux (ADO) représentaient 62,8% de l'effectif, ceux traités exclusivement par l'insuline constituaient 16,7% et ceux traités par l'association des deux 20,5%. La durée moyenne d'évolution du diabète était de 5,7 \pm 5,2 ans pour

les sujets recrutés à la consultation externe, de $5,8 \pm 5,9$ ans pour les sujets recrutés à l'hôpital du jour et de $7,3 \pm 6,2$ ans pour les sujets recrutés en hospitalisation. La moyenne d'équilibre glycémique était de $9,7 \pm 2,9$ pour les sujets recrutés à la consultation externe, de $9,8 \pm 2,7$ pour les sujets recrutés à l'hôpital du jour et de $10,4 \pm 3,3$ pour les sujets recrutés en hospitalisation. La description des patients selon la durée moyenne d'évolution du diabète, la moyenne d'équilibre du diabète et le site de l'enquête est représenté dans le tableau 2.

Qualité de l'adhésion aux médicaments par l'échelle de Morisky à 8 éléments.

L'adhésion au traitement était faible, moyenne et haute avec respectivement 30,2%, 39,50% et 30,30%. La répartition des patients selon l'adhésion au traitement est représentée sur la figure 1.

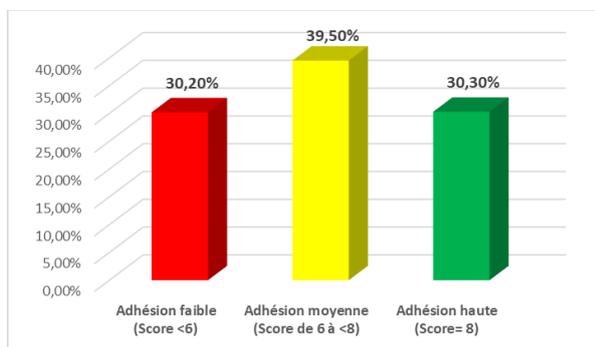


Figure 1 : Répartition des patients selon l'adhésion aux médicaments par l'échelle de Morisky à 8 éléments



Facteurs associés à la faible, moyenne et haute adhésion au traitement

Tableau 1 : Répartition des patients selon les caractéristiques sociodémographiques et la qualité de l'adhésion au traitement (N=600)

	Adhésion faible (Score<6)	Adhésion moyenne (Score de 6 à <8)	Adhésion haute (score= 8)	Total N (%)
Moyenne d'âge	54,7 ±11,68	55,7 ±12,16	57,0 ±10,6	55,79 ± 11,58
Pourcentage des femmes	115 (27,8%)	167 (40,3%)	132 (31,9%)	414 (69,0%)
Pourcentage des sujets provenant de Conakry et sa banlieue	135 (22,5%)	178 (29,7%)	132 (22,0%)	445 (74,1%)
Pourcentage des sujets non scolarisés	89 (28,6%)	129 (41,5%)	93 (29,9%)	311 (51,8%)
Pourcentage des sujets mariés	139 (31,6)	176 (40,0%)	125 (28,4%)	440 (73,3%)
Pourcentage des ménagères	75 (29,4%)	103 (40,4%)	77 (30,2%)	255 (42,5%)
Pourcentage des marchands	44 (32,1%)	60 (43,8%)	33 (24,1%)	137 (22,8%)
Pourcentage des fonctionnaires	45 (31,0%)	50 (34,5%)	50 (34,5%)	145 (24,2%)
Pourcentage des autres professions	17 (27,0%)	24 (38,1%)	22 (34,9%)	63 (10,5%)

Tableau 2 : Description des patients selon la qualité de l'adhésion, la durée d'évolution du diabète et la moyenne de l'HbA1c (N=600)

	Adhésion faible (Score<6)	Adhésion moyenne (Score = 6 à <8)	Adhésion haute (Score = 8)	Total N (%)
Durée d'évolution moyenne du diabète (ans)	5,5 ± 5,3	6 ± 5,6	6 ± 5,9	5,93 ± 5,6
Moyenne de l'HbA1c (%)	10,3 ± 3	9,8 ± 2,7	9,5 ± 2,4	9,83 ± 2,7
Total	181 (30,1%)	237 (39,5%)	182 (30,3%)	600 (100%)

Tableau 3 : Description des patients selon la qualité de l'adhésion, les caractéristiques cliniques et médicales

	Adhésion faible (Score<6) (N=181)	Adhésion moyenne (Score de 6 à <8) (N=237)	Adhésion haute (Score= 8) (N=182)	Total N (%) (N=600)
Selon le type de traitement antidiabétique				
Antidiabétiques oraux seuls	104 (27,6%)	148 (39,3%)	125 (33,1%)	377 (62,8%)
Insuline seule	38 (38,0%)	43 (43,0%)	19 (19,0%)	100 (16,7%)
Antidiabétiques oraux + insuline	39 (31,7%)	46 (37,4%)	38 (30,9%)	123 (20,5%)
Sous antidiabétiques oraux (ADO) seuls (n=377)				
1 prise	13 (34,2%)	17 (44,7%)	8 (21,1%)	38 (100%)
2 prises	27 (30,7%)	29 (32,9%)	32 (36,4%)	88 (100%)
> 2 prises	64 (25,5%)	102 (40,6)	85 (33,9%)	251(100%)

Tableau 3 : Description des patients selon la qualité de l'adhésion, les caractéristiques cliniques et médicales				
	Adhésion faible (Score<6) (N=181)	Adhésion moyenne (Score de 6 à <8) (N=237)	Adhésion haute (Score=8) (N=182)	Total N (%) (N=600)
Sous insuline associée aux antidiabétiques oraux (ADO) (n=223)				
1 prise	0	0	1 (100%)	1 (100%)
2 prises	11(34,4%)	17 (53,1%)	4 (12,5%)	32 (100%)
> 2 prises	66 (34,7%)	72 (37,9%)	52 (27,4%)	190 (100%)
Selon le nombre de comprimés à prendre par jour				
1 comprimé	21 (29,6%)	32 (45,1%)	18 (25,4%)	71 (100%)
2 comprimés	53 (36,1%)	50 (34,0%)	44 (29,9%)	147 (100%)
> 2 comprimés	90 (26,2%)	138 (40,2%)	115 (33,5%)	343 (100%)
Selon la prise ou non de comprimés				
Prend des comprimés	38 (21%)	49 (20,7%)	23 (12,6%)	110 (100%)
Ne prend pas de comprimés	143 (79%)	188 (79,3%)	159 (87,4%)	490 (100%)
Selon l'auto surveillance glycémique au cours des 3 derniers mois				
Non	146 (31,9%)	185 (40,5%)	126 (27,6%)	457 (100%)
Oui	35 (24,4%)	52 (36,4%)	56 (39,2%)	143 (100%)
Rupture de traitement au cours des 3 derniers mois				
Oui	151 (51,7%)	117 (40,1%)	24 (8,2%)	276 (100%)
Modification du traitement au cours des 3 derniers mois				
Non	90 (30,8%)	117 (40,1%)	85 (29,1%)	292 (100%)
Un effectif de 142 patients sur 600 (23,7%) pratiquait l'autosurveillance glycémique au moment de l'enquête. Parmi ces 142 sujets 60,5% avaient une adhésion au traitement faible et moyenne et 39,4% une adhésion au traitement haute.				

Tableau 4 : Causes déclarées de rupture des médicaments au cours des 3 mois qui ont précédé l'enquête (N=276 sujets concernés par la rupture)

Causes déclarées de rupture des médicaments	Références dues à cette cause de rupture	%
Disparition des signes de l'hyperglycémie	82	29,7
Manque d'argent	71	25,7
Voyage	42	15,2
Négligence déclarée par les sujets	38	13,8
Rupture de médicament à la pharmacie locale	25	9,1
Traitement par indigénat	19	6,9
Effets secondaires du traitement	18	6,5
Ma glycémie était normale	15	5,4
Oubli	12	4,3
Le jeun de ramadan	12	4,3
Injections douloureuses	8	2,9
Trop de comprimés à prendre	1	0,4
Flou visuel	1	0,4

Au total nous avons colligé 276 cas (46%) de rupture du traitement au cours des 3 mois qui avaient précédés l'enquête. Les deux principales causes de rupture de traitement déclarées par les patients étaient la disparition des signes d'hyperglycémie (29,7%) et le manque de moyens financiers (25,7%).

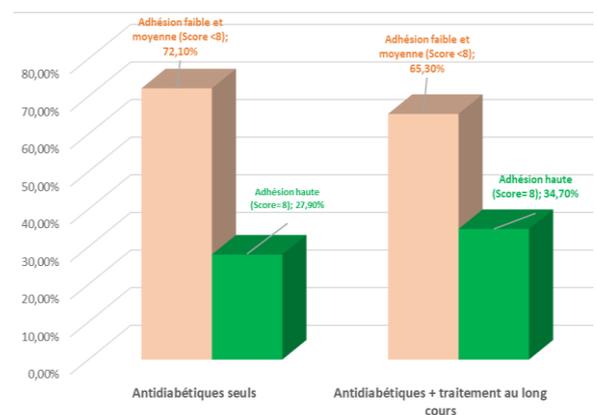


Figure 2 : Description des patients selon la qualité de l'adhésion au traitement et l'association à un autre traitement au long cours (Hypotenseur et/ou par Hypolipémiant)

DISCUSSION

Nous rapportons les premières données sur l'adhésion au traitement chez les sujets diabétiques suivis en Guinée. Globalement les sujets diabétiques recrutés dans cette étude ne sont pas différents des autres études réalisées en Guinée. Si l'on considère la moyenne d'âge des patients de $55,79 \pm 11,56$ ans, plusieurs études sur des patients diabétiques de type 2 ont rapporté une moyenne d'âge comparable notamment en Guinée et ailleurs en Afrique. En Guinée Baldé NM et al. [11] avaient rapporté une moyenne d'âge de 55 ± 11 ans. Au Togo, Tendon S et al [3] avaient rapporté une moyenne d'âge de $57,5 \pm 10$ ans. Le diabète de type 2 est la forme la plus fréquente de diabète (90 % des cas). Il se manifeste généralement à l'âge adulte, chez des individus de 40 ans et plus [12]. Comme dans notre étude, les sujets de sexe féminin sont plus nombreux dans les études sur les patients diabétiques en Guinée [13], [14]. Diallo TS avait rapporté 72,7% de femmes dans son étude. Durant notre étude nous avons constaté une prédominance féminine avec 69%. Ce constat est proche de celui rapporté aussi par Camara A et al., 62,1% des patients étaient de sexe féminin. Les



femmes seraient plus attentives aux questions de santé, de ce fait elles consultent davantage. Elles sont plus préoccupées du diabète et plus disposées à demander un avis médical. Dans notre société ce sont les femmes qui font l'essentiel des travaux domestiques et le ménage, les ménagères représentent 42,5% de notre population d'étude.

Dans notre étude, $\frac{3}{4}$ des patients venaient de la région de Conakry et sa banlieue. La prévalence du diabète de type 2 en Afrique de l'Ouest est plus élevée dans les populations urbaines que dans celles rurales [6]. Cependant moins de 15% des patients hospitalisés venaient de Conakry et sa banlieue. En effet, les cas de diabète compliqué nécessitant une hospitalisation étaient majoritairement venus de l'intérieur du pays. On pourrait expliquer cela du fait qu'en Guinée, Conakry abrite le centre de référence de prise en charge du diabète. En général dans le diabète de type 2, le traitement de première intention est la voie orale. Près de $\frac{2}{3}$ des patients étaient traités par les antidiabétiques oraux. Ces patients sont des cas simples qui pourraient être gérés dans des structures périphériques. Près de la moitié (48,7%) des sujets interrogés n'avaient pas eu de modification de leur traitement durant les trois mois précédant l'enquête. Cela pourrait se comprendre par l'effet bénéfique d'un entretien motivationnel avec les patients avant et pendant le traitement du diabète. Cet entretien permet d'améliorer significativement le comportement sur l'alimentation, la pratique de l'exercice physique et la gestion du stress [15]. Le diabète de type 2 évolue vers l'épuisement progressif de la sécrétion de l'insuline et la nécessité d'un traitement par insuline. Dans notre étude cette option thérapeutique était fréquente chez les sujets recrutés en hospitalisation. En effet 82 (91,1%) sur les 90 patients hospitalisés prenaient de l'insuline contre 141 (34,4%) sur les 410 sujets qui étaient suivis en ambulatoire. Nous interprétons cette différence par le fait que ce sont les sujets dont le diabète est très déséquilibré qui sont hospitalisés et qui nécessitent une insulinothérapie, parfois transitoire. Ainsi pendant le suivi du diabète, le médecin rencontre des difficultés pour mettre le patient sous insuline. Des difficultés qui sont liées au malade, à son entourage et au médecin lui-même. Il serait utile d'évoquer cette alternative thérapeutique très tôt dans la prise en charge du diabète de type 2 [16].

Les données de cette étude ont montré qu'en Guinée, l'adhésion était de qualité faible et moyenne dans 70%. Ce résultat est similaire à ceux rapportés en Afrique [17], [18]. Une étude réalisée au Togo [19] avait rapporté qu'en Afrique subsaharienne 81,2% des patients étaient de qualité d'adhésion faible et moyenne suivi du groupe de qualité d'adhésion haute (18,8%). Il en est de même que cette autre étude réalisée en Malaisie [6] qui avait rapporté que la majorité des patients étaient de qualité d'adhésion faible et moyenne (73,9%) suivi du groupe de qualité d'adhésion haute (26,1%).

La qualité de l'adhésion au traitement est indispensable dans la prise en charge des pathologies chroniques comme le diabète. Cette qualité varie selon l'outil de mesure utilisé, les régions et les études. Ces différences dans les qualités d'adhésions seraient liées à l'interférence des

effets secondaires du traitement [18] ou à la différence des outils d'évaluation utilisés. Ainsi l'outil SR-4 [8] est un auto-rapport de Morisky à 4 éléments qui évalue dans quelle mesure les patients prennent leurs médicaments. Aussi nos résultats sont différents de ceux d'une étude réalisée au Québec avec l'outil SR-4, dans laquelle l'adhésion était de qualité faible et moyenne dans 39.1% et de qualité d'adhésion haute dans 60.8% [17]. Alors que dans notre étude nous avons utilisé l'échelle d'adhésion aux médicaments de Morisky à 8 éléments [20]. Cet outil donne plus de précision sur l'adhésion car il comporte des éléments abordant les circonstances entourant le comportement de l'adhésion.

En considérant les facteurs associés à l'adhésion au traitement, on aurait pu penser que les patients hospitalisés étaient moins adhérents en comparaison de ceux suivis en ambulatoire. Or les données de cette étude ne supportent pas l'existence de lien entre l'hospitalisation ou le suivi en ambulatoire et la qualité de l'adhésion ($P=0.086$). Les sujets recrutés en hospitalisations avaient un déséquilibre du diabète suite à une rupture de traitement. Près de la moitié (46%) des sujets interrogés avaient en effet interrompu leur traitement au cours des trois mois qui ont précédé l'enquête. Dans cette étude une association significative n'a pas été trouvée entre la qualité d'adhésion et les variables sociodémographiques telles que l'âge, le sexe, la profession et la scolarisation. Les données de la littérature sont discordantes quant à la relation entre les caractéristiques sociodémographiques des sujets et la qualité de l'adhésion au traitement. Selon des données publiées en 2003 [2], les caractéristiques sociodémographiques étaient des facteurs associés à la qualité de l'adhésion au traitement. Dans une étude publiée en 2016 [6], il a été montré que les patients de niveau de scolarité est le secondaire, étaient 2,72 fois plus adhérents aux médicaments que ceux du niveau de l'école primaire et ceux sans éducation formelle. Nos résultats vont dans le même sens que ceux montrés par Albuquerque C. et al. [21]. Ces auteurs ont montré dans une étude sur l'adhésion au régime thérapeutique dans le diabète de type 2 qu'il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre les variables sociodémographiques (le sexe, l'âge) et l'adhésion. Ces constats discordants s'expliqueraient aussi par la différence des populations d'étude. L'échantillon dans notre étude (600 sujets) semble plus représentatif que dans certaines études [6], [21]. Entre 1993 et 2015, 18 études sur l'adhésion au traitement chez les patients diabétiques de type 2 ont été réalisées au Moyen Orient et en Afrique du Nord [18]. Toutes ces études avaient de loin moins de 300 participants.

Une relation proche de la signification a été trouvée entre l'auto surveillance glycémique et l'amélioration de la qualité de l'adhésion ($p=0.026$). Parmi les 143 (23,8%) sujets qui pratiquaient l'auto surveillance glycémique (ASG), une nette augmentation de la qualité de l'adhésion a été observée. Près de la moitié (39,2%) de ces sujets avait une qualité d'adhésion haute. Dans une étude récente menée sur 103 patients diabétiques de type 2 [4], il apparaissait que l'auto surveillance glycémique améliorait la qualité de l'adhésion. D'autres auteurs [5], [22] ont

montré que la majeure partie de cette amélioration passerait par l'éducation du patient pour accroître l'adhésion aux médicaments et le respect des principes de prescription de l'autosurveillance : indications, horaires de prises des glycémies, objectifs glycémiques, protocole d'adaptation du traitement et contrôle de la qualité de l'ASG.

Il a été observé que 46% des sujets interrogés déclaraient avoir interrompu leur traitement au cours des 3 mois précédents l'enquête ; parmi eux plus de la moitié (51,7%) avaient une qualité d'adhésion faible. La disparition de signes d'hyperglycémie (29,7%) et le manque de moyens financiers (25,7%) étaient les deux principales causes de rupture de traitement déclarées par les patients. Dans une étude sur les patients diabétiques de type 2 en Afrique subsaharienne, il a été observé que 70% des cas de non adhésion au traitement étaient liés au manque de moyens financiers [19]. Au Gabon [4], dans une étude sur l'adhésion à la thérapie antidiabétique, 39,8% des sujets avaient admis avoir interrompu leur traitement, en raison principalement d'un problème d'accès financier dans 80,5%. La proportion d'arrêt de travail à cause de la maladie est importante chez les diabétiques et le risque de retraite hâtive est de 1,3 à 3,1 fois plus élevé chez les personnes diabétiques [23]. La Guinée est un pays qui venait à peine de sortir du Programme des Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE) ; au cours des années qui ont précédé cette étude, il a connu une récurrence des crises socio-politiques, et sanitaires avec des épidémies de choléra et l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE). Toutes les couches socio-professionnelles ont été victimes. Cette crise économique pourrait expliquer la prééminence particulière des raisons financières avancées par les sujets interrogés.

Nos données soutiennent l'existence d'une association significative entre la qualité d'adhésion et le nombre de comprimés à prendre par jour ($p=0,038$). Ainsi la qualité d'adhésion haute était de 25,4% pour les patients qui prenaient 1 comprimé par jour ; 29,9% pour 2 comprimés par jour et 33,5% pour plus de 2 comprimés par jour. Il est possible qu'il existe un lien entre le nombre de prise, donc la complexité du traitement et l'existence de complications du diabète. En 2003, l'OMS [2] avait indiqué que les facteurs liés au traitement ont un impact sur la qualité de l'adhésion. Certaines études [24] ont rapporté que l'adhésion était meilleure pour les médicaments à prise unique par jour. En plus du traitement antidiabétique, la prise d'un autre traitement au long cours comme une statine, ou un traitement hypotenseur augmente significativement la qualité de l'adhésion ($p=0,049$). Cette observation peut être liée à la perception de bénéfice du traitement, l'attitude et le sentiment psychologique des patients. Elles peuvent être liées aussi à la connaissance et à la compréhension des patients sur les risques plus immédiats de leurs maladies [3], [22].

La qualité de l'adhésion n'était pas liée à la durée moyenne d'évolution du diabète ($P=0,539$). L'accroissement de la qualité de l'adhésion au traitement ne semble pas réduire le taux de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) avec un test à la limite de la signification

($p=0,056$). Comme dans nos travaux, une étude de la relation entre l'adhésion au traitement et l'HbA1c avait rapporté qu'il n'y avait pas d'association statistiquement significative [17]. Ces travaux, comme notre étude peuvent manquer de puissance ou comporter des biais qui contribuent à atténuer cette liaison. Il est aussi possible que ce paradoxe est expliqué en partie par le fait que toute condition qui diminue la durée de vie des globules rouges telle que les anémies hémolytiques ou les saignements aigus ou chroniques entraîne un abaissement de l'HbA1c indépendamment des valeurs de glycémies [25].

CONCLUSION

Cette étude a montré l'adhésion au traitement était globalement faible et moyenne. Le manque d'adhésion était associé à la rupture de traitement. La disparition des signes d'hyperglycémie et le manque de moyens financiers étaient les principales causes de rupture de traitement. De ce fait, l'évaluation de l'adhésion devrait être instaurée dès le début du traitement et être suivi. Une éducation thérapeutique focalisée sur de meilleurs résultats thérapeutiques doit intégrer de manière plus systématique l'évaluation de l'adhésion.

RÉFÉRENCES

1. J. A. Zhang, Z. Wei, C. G. Li, and C. B. Sun, "Piping system design of subsea manifold," *Appl. Mech. Mater.*, vol. 321–324, pp. 1779–1783, 2013, doi: 10.4028/www.scientific.net/AMM.321-324.1779.
2. A. Lamouroux, A. Magnan, and D. Vervloet, "Compliance, observance ou adhésion thérapeutique: De quoi parlons-nous?," *Rev. Mal. Respir.*, vol. 22, no. 1, pp. 31–34, 2005, doi: 10.1016/S0761-8425(05)85433-6.
3. M. P. Schneider, L. Herzig, D. Hugentobler Hampai, and O. Bugnon, "Adhésion thérapeutique du patient chronique : Des concepts à la prise en charge ambulatoire," *Rev. Med. Suisse*, vol. 9, no. 386, pp. 1032–1036, 2013, [Online]. Available: https://skat.ihmc.us/rid=1T9SMFHF17RQR46-234L/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2013-19s_sa04_art04.pdf
4. M. P. Ntyonga-Pono, "L'observance du traitement antidiabétique chez les patients diabétiques au Gabon : données préliminaires," *Med. des Mal. Metab.*, vol. 9, no. 2, pp. 198–202, 2015, doi: 10.1016/S1957-2557(15)30043-2.
5. A. M. Samu, P. S. Amirthalingam, and O. S. Mohammed, "Assessment of patient medication adherence among the type 2 diabetes mellitus population with peripheral diabetic neuropathy in South India," *J. Taibah Univ. Med. Sci.*, vol. 12, no. 2, pp. 164–168, 2017, doi: 10.1016/j.jtumed.2016.12.006.
6. Z. A. Bakar, M. L. Fahrmi, and T. M. Khan, "Patient satisfaction and medication adherence assessment amongst patients at the diabetes medication therapy adherence clinic," *Diabetes Metab. Syndr. Clin. Res. Rev.*, vol. 10, no. 2, pp. S139–S143, Apr. 2016, doi: 10.1016/J.DSX.2016.03.015.
7. S. Pscherer, E. Chou, F. W. Dippel, W. Rathmann, and K. Kostev, "Treatment persistence after initiating basal insulin in type 2 diabetes patients: A primary care database analysis," *Prim. Care Diabetes*, vol. 9, no. 5, pp. 377–384, 2015, doi: 10.1016/j.pcd.2015.01.011.
8. D. Morisky, L. W. Green, and D. M. and Levine, "Morisky1986.Pdf," *Med Care Vol.* 24, pp. 67–74, 1986.

9. Organisation mondiale de la Santé, "Rapport mondial sur le diabète," 2016. [Online]. Available: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf;jsessionid=2E11B18CBCE287AC4812F3D1B3470A71?sequence=1>
10. [10] G. E. Holaly et al., "Étude ethnobotanique des plantes utilisées dans le traitement du diabète dans la médecine traditionnelle de la région Maritime du Togo," *Pan Afr. Med. J.*, vol. 20, pp. 1861–1868, 2015, doi: 10.11604/pamj.2015.20.437.5660.
11. N. M. Baldé et al., "Dysfonction érectile et diabète à Conakry (Guinée): fréquence et profil clinique à partir de 187 observations," *Ann. Endocrinol. (Paris)*, vol. 67, no. 4, pp. 338–342, Sep. 2006, doi: 10.1016/S0003-4266(06)72608-7.
12. C. Louissaint, "Les facteurs de risques de l'avortement," *Cent. Eur. pour le droit la justice*, p. 21, 2017, [Online]. Available: <http://media.aclj.org/pdf/ECLJ-2.-Les-facteurs-de-risques-de-l'avortement>.
13. T. S. Diallo, "P34 Association Diabète et VIH/SIDA : aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique au service de Dermatologie au CHU Donka/Hopital national de Guinée," *Diabetes Metab.*, vol. 36, pp. A47–A48, 2010, doi: 10.1016/s1262-3636(10)70182-8.
14. A. Camara et al., "044 L'accès à l'hémoglobine glyquée en Afrique sub-saharienne impose une intensification du traitement des diabétiques," *Diabetes Metab.*, vol. 37, no. 1, p. A11, 2011, doi: 10.1016/s1262-3636(11)70532-8.
15. A. Smith and M. Sc, "Recension des écrits et des meilleures pratiques pour soutenir efficacement l'autogestion en maladies chroniques," pp. 1–10, 2012.
16. [16] S. Halimi, "Inertie clinique dans la prise en charge des diabétiques de type 2," *Noûs*, vol. 4, no. 1, pp. 40–43, 2010.
17. A. Zongo, L. Guénette, J. Moisan, and J. P. Grégoire, "Predictive Validity of Self-Reported Measures of Adherence to Noninsulin Antidiabetes Medication against Control of Glycated Hemoglobin Levels," *Can. J. Diabetes*, vol. 40, no. 1, pp. 58–65, 2016, doi: 10.1016/j.cjcd.2015.06.008.
18. M. Jaam, M. I. M. Ibrahim, N. Kheir, and A. Awaisu, "Factors associated with medication adherence among patients with diabetes in the Middle East and North Africa region: A systematic mixed studies review," *Diabetes Res. Clin. Pract.*, vol. 129, pp. 1–15, 2017, doi: 10.1016/j.diabres.2017.04.015.
19. S. Tandon, M. Chew, C. K. Eklu-Gadegbeku, K. M. Shermock, and D. E. Morisky, "Validation and psychometric properties of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in Type 2 diabetes patients in sub-Saharan Africa," *Diabetes Res. Clin. Pract.*, vol. 110, no. 2, pp. 129–136, 2015, doi: 10.1016/j.diabres.2015.10.001.
20. D. E. Morisky, A. Ang, M. Krousel-Wood, and H. J. Ward, "Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting," *J. Clin. Hypertens.*, vol. 10, no. 5, pp. 348–354, 2008, doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.
21. C. Albuquerque, C. Correia, and M. Ferreira, "Adherence to the Therapeutic Regime in Person with Type 2 Diabetes," *Procedia - Soc. Behav. Sci.*, vol. 171, pp. 350–358, 2015, doi: 10.1016/j.sbspro.2015.01.132.
22. E. L. Asg, E. E. Dans, L. E. Diabète, D. E. T. Revue, and D. E. L. A. Littérature, "Autosurveillance glycémique : quelle place dans le diabète de type 2 ? Objectif : savoir quels diabétiques de type 2 peuvent bénéficier d'une," *Revue*, pp. 1469–1474.
23. M. C. Breton, L. Guénette, M. A. Amiche, J. F. Kayibanda, J. P. Grégoire, and J. Moisan, "Burden of diabetes on the ability to work," *Diabetes Care*, vol. 36, no. 3, pp. 740–749, 2013, doi: 10.2337/dc12-0354.
24. L. Guénette, M. C. Breton, L. Guillaumie, S. Lauzier, J. P. Grégoire, and J. Moisan, "Psychosocial factors associated with adherence to non-insulin antidiabetes treatments," *J. Diabetes Complications*, vol. 30, no. 2, pp. 335–342, 2016, doi: 10.1016/j.jdiacomp.2015.10.016.
25. K. Gariani, C. Tran, and J. Philippe, "Hémoglobine glyquée: Nouvel outil de dépistage?," *Rev. Med. Suisse*, vol. 7, no. 298, pp. 1238–1242, 2011, doi: 10.53738/revmed.2011.7.298.1238.