



ANNALES
DE
L'UNIVERSITE
MARIEN NGOUABI

Sciences de la Santé

VOL. 26, N° 1 - ANNEE: 2026

ISSN: 1815 - 4433 - www.annales-umng.org

ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI SCIENCES DE LA SANTE



VOLUME 26, NUMERO 1, ANNEE: 2026

www.anales-umng.org

SOMMAIRE

Directeur de publication
P. AKOUANGO

Rédacteur en chef
G. EKOUYA BOWASSA

Rédacteur en chef adjoint
B.I. ATIPO IBARA

Comité de lecture
G.M. MOYEN (Brazzaville)
G. ONDZOTTO (Brazzaville)
A.P. BOUYA (Brazzaville)
A.R. OKOKO (Brazzaville)
J.R. MABIALA BABELA (Brazzaville)
P. KOUNA NDOUONGO (Libreville)
G. NTSAMBI EBA (Kinshasa)
S. ODZEBE ANANI (Brazzaville)
G.F. OTIOBANDA (Brazzaville)
L.O. NGOLET (Brazzaville)
E. MOYEN (Brazzaville)
L.P. BEMBA (Brazzaville)
S. ATEGBO (Libreville)
S. NGUEFACK (Yaoundé)
B.M. NDIAYE (Dakar)
P. CAMENGO (Bangui)
J.F. MIMIESSÉ MONAMOU (Brazzaville)
G. MPIKA (Brazzaville)
Y.I. DIMI NYANGA (Brazzaville)

Comité de rédaction
B.F. ELLENGA MBOLLA
H.B. EKOUELE MBAKI
G.A. MPANDZOU

Composition et mise en forme
R.D. ANKY

Administration-Rédaction
Université Marien Nguabi
Direction de la Recherche
Annales de l'Université Marien
Nguabi
BP. 69, Brazzaville-Congo
E-mail : anales@umng.cg

ISSN : 1815-4433

- 1 **Profil Clinique et Paraclinique des Patients Insuffisants Cardiaques à l'Hôpital Laquintinie de Douala, Cameroun, 2025 : Une Étude Transversale**
SIDDIKATOU D, NDOM M S, MOULIOM S, MANDENG MA LINWA E, NGONGANG OUANKOU C, NDOBO V, TSAGUE KEGNI HN, TCHOUNJA KAMGANG R, NDOUMOU LXA, KAMDEM F
- 14 **Inversion utérine non puerpérale au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville : à propos de deux cas et revue de la littérature**
BUAMBO GRJ, POTOKOUE MPIA SNB, EOUANI MLE, MOLONGO J, MOKOKO JC, ITOUA C
- 22 **Chirurgie du cancer du sein : bilan du CHU de Brazzaville de 2015 à 2024**
POTOKOUE MPIA NSB, BUAMBO GRJ, MOKOKO JC, BISTÉNÉ MPIKA G, BODZONGO PC, LOCKO MAFOUTA RM, IKOBO OKO CE, AYA SZ, ITOUA C
- 31 **Hypertension artérielle et facteurs de risque cardiovasculaire en milieu professionnel en zone semi-urbaine chez le personnel de la société SARIS-Congo de Nkayi**
KOUALA LANDA CM, MAKANI BASSAKOUAHOU JK, BAKEKOLO RP, MONGO NGAMAMI FS, KIMBALLY KAKY EG, BIANZA JR, NGOLO LK, ELLENGA MBOLLA BF
- 44 **Maladie au virus Monkeypox compliquée chez le nouveau-né : à propos d'un cas au CHU de Brazzaville**
ALOUMBA GA, ANGOUMA OYA SM, NKORO GA, POTOKOUE MNS, EKAT M, DOUKAGA MT, AMONA M, OSSIBI IBR, ONTSIRA NEN, BAYONNE KES, EKOUYA G.
- 50 **Profil épidémiologique des agressions faciales au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville : à propos de 115 cas.**
MABIKA BD-D, NGOUA ESSININGUELE L, TIAFUMU KONDE CA, MAMETE L, EBOUNGABEKA T, OBALL MOND A, BAMBOULA C, ONDZOTTO G

- 59 **Aspects épidémiologiques et histopathologiques des mycoses profondes: 23 cas au chu de Brazzaville**
MOUAMBA FG, ALOUMBA JA, SÉKANGUÉ OBILI GL, MOZOMA LO, BIZIB NTIAKOULOU G, SIRIMÉ NGANDZO MAVE J, MOULOUNDA-MALONGA ED, MBENGUI BISSELÉ DH, ELION MFERRE P, ANDEME NICOLE J, MOUKASSA D
- 67 **Association diabète sucre de type 2 et hypertension artérielle chez le sujet congolais au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville**
ELILIE MAWA ONGOTH F, GANKAMA NT, ANDZOUANA MBAMOGNOUA NG, MAYANDA OHOUANA RL, OKOUMOU-MOKO A, DINGHAT OMY, EKOUNDZOLA JR, NKOUA SE, KIMBEMBE-LOUZOLO R, SALA APENDI SS, BOUÉNIZABILA E
- 81 **Paludisme de l'enfant pendant la période de gestion de la pandémie Covid-19 au centre hospitalier universitaire de Brazzaville (CHUB)**
SEKANGUE OBILI G, GOMA CE, OFAMALEKOU GNAKINGUE AN, MBOU ESSIE DE, MOYEN E, MOYEN G
- 91 **Facteurs associés à la non-observance thérapeutique chez les patients congolais atteints de diabète sucré de type 2 et suivis au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.**
ELILIE MAWA ONGOTH F, ANDZOUANA MBAMOGNOUA NG, MAYANDA OHOUANA RL, OKOUMOU-MOKO A, EKOUNDZOLA JR, TSOUMOU-MASSA MF, KONO BOUKOULOU JM, DINGHAT OYM, NKOUA SE, LOUZOLO-KIMBEMBE RJ, BOUENIZABILA E
- 101 **Cardiopathies rhumatismales : données actuelles en milieu hospitalier cardiologique du CHU de Brazzaville**
MONGO NGAMAMI SF, KIKAYI MABIALA R, KOUALA LANDA C, BAKEKOLO RP, KIMBALLY-KAKY EG, NGOLO LETOMO KM-M, ELLENGA-MBOLLA BF.



FACTEURS ASSOCIÉS À LA NON-OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE CHEZ LES PATIENTS CONGOLAIS ATTEINTS DE DIABÈTE SUCRÉ DE TYPE 2 ET SUIVIS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE.

FACTORS ASSOCIATED WITH TREATMENT NON-ADHERENCE AMONG CONGOLESE PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS RECEIVING CARE AT THE BRAZZAVILLE UNIVERSITY HOSPITAL.

ELILIE MAWA ONGOTH F^{1,2}, ANDZOUANA MBAMOGNOUA NG^{1,2}, MAYANDA OHOUANA RL^{1,2}, OKOUMOU-MOKO A¹, EKOUNDZOLA JR¹, TSOUMOU-MASSA MF¹, KONO BOUKOULOU JM¹, DINGHAT OYM¹, NKOUA SE¹, LOUZOLO-KIMBEMBE RJ¹, BOUENIZABILA E^{1,2}.

1. Service de Maladies Métabolique et Endocriniennes, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville
2. Faculté des sciences de la santé, Université Marien NGOUABI, Brazzaville, Congo.

1

RESUME

Introduction : La non-observance thérapeutique constitue un défi majeur dans la prise en charge du diabète sucré de type 2. L'objectif de ce travail était d'étudier les facteurs associés à la non-observance thérapeutique chez les patients congolais atteints de diabète sucré de type 2, suivis au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.

Patients et Méthodes : étude transversale analytique conduite du 1er Octobre 2024 au 30 Juin 2025, soit en 9 mois, auprès des patients atteints de diabète sucré de type 2, sous traitement anti-diabétique depuis au moins 6 mois, suivis au centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. L'observance thérapeutique a été mesurée grâce à l'échelle de Morisky.

Résultats : L'étude a porté sur 150 patients d'un âge médian de 53ans (46 ; 60). Les participants étaient de sexe féminin (58,7%) et de sexe masculin (41,3%). La durée médiane d'évolution du diabète sucré était de 5,66±3,45 ans. L'hémoglobine glyquée moyenne était de 8,26 ± 1,43 %. Les patients étaient traités par antidiabétiques oraux et injectables non insuliniques (42,7%) et par insulinothérapie exclusive (20%). La non-observance thérapeutique a été observée dans 58% des cas. Les facteurs associés à la non-observance thérapeutique étaient le suivi diabétologique irrégulier (OR = 3,5 ; IC 95% [1,76-6,94]), la polymédication (OR = 4,49 ; IC 95% [2,19-9,20]), les difficultés financières (OR = 41,04 ; IC 95% [13,3-125,6]), les croyances sociales erronées (OR = 12,8 ; IC 95% [5,85-28,34]) et la prise d'une phytothérapie (OR = 10,8 ; IC 95% [4,7-24,8]).

Conclusion : La non-observance thérapeutique chez les patients atteints de diabète sucré de type 2 au CHU de Brazzaville demeure encore élevée et est associée à de multiples facteurs. Elle réclame une stratégie de prise en charge globale intégrant un renforcement de l'éducation des patients, l'amélioration de l'accessibilité aux soins de qualité.

¹ **Auteur correspondant :** Farel ELILIE MAWA ONGOTH, Service de Maladies Métaboliques et Endocriniennes, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien NGOUABI, Brazzaville, Congo. Tel: 00242 06 979 65 39 E-mail: farelelilie2019@gmail.com

Mots-clés : Non-observance thérapeutique, Diabète sucré type 2, Échelle de Morisky, Brazzaville.

ABSTRACT

Introduction: Non-adherence to treatment is a major challenge in the management of type 2 diabetes mellitus. The objective of this study was to investigate the factors associated with non-adherence to treatment among Congolese patients with type 2 diabetes mellitus being treated at the University Teaching Hospital of Brazzaville

Patients and Methods: An analytical cross-sectional study conducted from October 1, 2024, to June 30, 2025 a period of 9 months among patients with type 2 diabetes mellitus who had been receiving antidiabetic treatment for at least 6 months and were being treated at the Brazzaville University Hospital. Therapeutic adherence was measured using the Morisky scale.

Results: The study included 150 patients with a median age of 53 years (range: 46–60). The participants were 58.7% female and 41.3% male. The median duration of diabetes was 5.66 ± 3.45 years. The mean glycated hemoglobin was $8.26 \pm 1.43\%$. Patients were treated with oral and non-insulin injectable antidiabetic agents (42.7%) and with insulin therapy alone (20%). Non-adherence to treatment was observed in 58% of cases. Factors associated with non-adherence to treatment were irregular diabetes follow-up (OR = 3.5; 95% CI [1.76–6.94]), polypharmacy (OR = 4.49; 95% CI [2.19–9.20]), financial difficulties (OR = 41.04; 95% CI [13.3–125.6]), erroneous social beliefs (OR = 12.8; 95% CI [5.85–28.34]), and the use of herbal medicine (OR = 10.8; 95% CI [4.7–24.8]).

Conclusion: Non-adherence to treatment among patients with type 2 diabetes at the University Teaching Hospital of Brazzaville remains high and is associated with multiple factors. It calls for a comprehensive management strategy that includes enhanced patient education, improved access to quality care.

Keywords : Therapeutic non-compliance, Type 2 diabetes mellitus, Morisky Scale, Brazzaville.

INTRODUCTION :

Le diabète sucré de type 2 constitue un véritable problème de santé publique à l'échelle mondiale. Il présente une prévalence en constante augmentation, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire où les systèmes de santé font face à des multiples défis liés à la prise en charge de maladies chroniques [1,2].

Selon les données de la 11^e édition de l'atlas de la Fédération Internationale du Diabète (IDF), plus d'un demi-milliard de personnes vivent avec le diabète sucré dans le monde [2].

Le diabète sucré de type 2 se caractérise par une hyperglycémie chronique résultant d'un défaut de sécrétion d'insuline associée à une résistance à l'action d'insuline au niveau des tissus cibles. Il expose les patients au risque de survenue à plus ou moins long terme de complications micro et macrovasculaires pouvant altérer leur qualité de vie [3,4].

Sa prise en charge repose principalement sur une combinaison de l'observation des mesures hygiéno-diététiques, un traitement médicamenteux et un suivi médical régulier. L'adhésion du patient à ses orientations thérapeutiques constitue un déterminant majeur pour l'obtention d'un contrôle glycémique optimal et la prévention des complications à long terme du diabète sucré [5,6].

Toutefois, la non-observance thérapeutique, définie comme la non concordance entre comportement du patient et prescriptions médicamenteuses, hygiéniques et diététiques faites par le médecin, demeure un problème fréquent dans la gestion du diabète sucré de type 2, compromettant l'efficacité des stratégies

thérapeutiques et augmentant le risque de morbidité et de mortalité [7,8].

De nombreux auteurs à travers la littérature rapportent que la non observance thérapeutique est multifactorielle intéressant des facteurs socio-économiques, culturelles, psychologiques et liés au système de santé [6,9,10].

En République du Congo, une étude réalisée en 2025 dans le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brazzaville, retrouvait l'existence de la non-observance chez 58,3 % de cas des patients traités pour diabète sucré de type 2, sans déterminer les facteurs associés à cette situation [11].

Dans ce contexte, l'identification des facteurs associées à la non observance thérapeutique chez les patients atteints de diabète sucré de type 2, suivis au CHU de Brazzaville, apparait essentielle pour adapter les stratégies de prise en charge et améliorer les résultats cliniques.

Ainsi, la présente vise étude analyser les facteurs associés à la non-observance thérapeutique chez les patients congolais atteints de diabète de type 2 suivis au CHU de Brazzaville.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude transversale analytique menée dans le Service de Maladies Métaboliques et Endocriniennes du CHU de Brazzaville, du 1^{er} Octobre 2024 au 30 Juin 2025, soit en 9 mois.

Nous avons inclus les patients âgés d'au moins 18 ans, de nationalité congolaise, suivis pour diabète sucré de type 2 en ambulatoire ou hospitalisés au CHU de Brazzaville, sous traitement antidiabétique depuis au moins six mois. Les patients atteints de diabète de type 1, les femmes enceintes, les patients atteints d'autres formes

rares de diabète sucré, ainsi que ceux présentant des troubles cognitifs limitant leur compréhension du questionnaire, n'ont pas été inclus.

La population d'étude a été déterminée grâce à un échantillonnage non probabiliste de type consécutif. Les patients répondant aux critères d'inclusion, durant la période d'étude ont été recrutés.

La collecte des données a été faite grâce à un questionnaire structuré, administré en entretien direct avec les patients, en français ou en langues nationales (Lingala ou kituba) selon la préférence du patient. Cette collecte a été complétée par l'exploitation des dossiers médicaux.

La mesure du niveau d'observance thérapeutique a été faite à l'aide de l'échelle de Morisky (tableau I) comportant huit questions auxquelles le patient devra répondre par oui ou non. Chaque question dispose d'une cotation sur une échelle de 0 à 1, avec 1 point pour une réponse indiquant une bonne observance et 0 point pour une réponse indiquant une non-observance. Le score total obtenu permettait de classer les patients en bonne observance (score ≥ 8), observance moyenne (score comprise entre 6 et 8) et mauvaise observance (score < 6). La non-observance était définie par une observance moyenne et mauvaise.

Le suivi diabétologique irrégulier a été défini par des consultations médicales manquées et/ou des examens biologiques de suivi (glycémie, HbA1C ...) non réalisés à la période indiquée.

La polymédication a été définie par la prise journalière d'au moins cinq médicaments par le patient.

Nous avons étudié les variables sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques, comportementales.

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 25. Les variables qualitatives nominales et ordinales ont été exprimées sous forme de fréquence et en pourcentage alors que les variables numériques continues et discrètes sous forme de moyenne \pm écart-type ou de médiane avec intervalles interquartiles.

Les tableaux de contingence ont été établis en vue d'assurer la comparaison des variables qualitatives. La comparaison des variables catégorielles a été faite par le test d'indépendance de Chi-2 de Pearson ou le test exact de Fisher pour les faibles effectifs. Les moyennes et les médianes ont été respectivement comparées par le test de Student et le test de Mann-Whitney.

L'analyse univariée avait consisté à la mise en relation de la variable d'intérêt (non-observance thérapeutique) avec d'autres variables explicatives. Pour étudier la force de l'association entre la variable d'intérêt et la variable explicative, l'odds ratio (OR) avec son intervalle de confiance (IC) à 95% a été estimée au seuil de significativité $< 5\%$. La variable d'intérêt étant binaire, Nous avons réalisé une régression logistique bivariée afin d'éliminer les facteurs dits de confusion.

L'étude a été réalisée dans le respect des principes d'éthique biomédicale. Un consentement libre et éclairé a été obtenu avant la participation à l'étude. L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies, ont été strictement respectés.

RESULTATS

Nous avons colligé 150 patients à l'étude. L'âge médian était de 53 ans (46, 60).

La population d'étude était constituée de 62 hommes (41,3%) et de 88 femmes (58,7%, soit un sexe ratio de 0,7.

Les patients exerçaient une activité dans le secteur public (38,6%), dans le secteur privé (13,3%) ou dans le secteur informel (19,5%). Ils étaient sans profession dans 28,6% de cas.

La durée d'évolution moyenne du diabète sucré était de $5,66 \pm 3,45$ ans.

Les patients avaient un mauvais contrôle glycémique avec une HbA1C moyenne de $8,26 \pm 1,43\%$ à l'inclusion. Le traitement médicamenteux suivi par les patients était : les antidiabétiques oraux et injectables non insuliniques dans 64 cas (42,7%) ; l'association insuline et les antidiabétiques oraux et injectables non insuliniques dans 56 cas (37,3%) ; et l'insulinothérapie exclusive dans 30 cas (20%).

Le diabète sucré était associé à l'HTA (59,3%), l'obésité (34%) et la dyslipidémie (42,5%).

Il s'agissait d'une hypercholestérolémie pure (28,4%), hypertriglycémie (5,5%) et hyperlipidémie mixte (8,6%).

Les complications macrovasculaires étaient présentes chez 36% des cas et les microvasculaires chez 42,6% de cas.

L'évaluation du niveau d'observance thérapeutique à l'aide de l'échelle de Morisky avait permis de noter une bonne observance chez 42% de cas et une Non observance dans 58%. Les différents niveaux d'observance thérapeutique des patients étaient : bonne dans 63 cas (42%) ; moyenne dans 31 cas (20,7%) ; et faible dans 56 cas (37,3%).

Les résultats de l'analyse des facteurs associés à la non-observance thérapeutique sont représentés dans le tableau II.

Tableau II : facteurs associés à la non-observance thérapeutique

	Présence non observance	Absence non observance	p	Odd ratio	IC 95%
Difficultés financières	64	2	0,000	41,04	13,3-125,6
Croyances sociales erronées	67	13	0,000	12,8	5,85-28,34
Phytothérapie	56	9	0,000	10,8	4,7-24,8
Polymédication	69	29	0,000	4,49	2,19-9,20
Suivi irrégulier	63	27	0,000	3,5	1,76-6,94

DISCUSSION

Notre étude a permis d'évaluer le niveau d'observance thérapeutique et d'identifier les facteurs associés à la non observance. Elle met en lumière une problématique majeure chez les patients congolais atteints de diabète sucré de type 2 suivis au CHU-B. En effet, La non-observance thérapeutique concernait 58% des participants. Ce résultat traduit une adhésion insuffisante au traitement antidiabétique dans la population d'étude et met en évidence un défi important dans la prise en charge du diabète sucré dans notre contexte d'exercice où les contraintes socio-culturelles, économiques et organisationnelles peuvent influencer le comportement des patients face à leur traitement [11]

Cette part importante de la non-observance thérapeutique observée dans notre travail est comparable à celle rapporté par d'autres africains [9,10,13].

Aminde LN et al [14] au Cameroun retrouvaient une non-observance thérapeutique chez 54,4% de cas.

Wanvoegbe FA et al [9] au Bénin retrouvaient la présence d'une mauvaise observance et d'un minime problème d'observance dans 90,9% de cas.

Randa Talhi et al [15] en Algérie, rapportaient, quant à eux, l'existence de la non-observance thérapeutique chez 70% des patients.

La non-observance thérapeutique conduit à un déséquilibre du diabète sucré, favorisant le risque de survenue de complications métaboliques aiguës ou chroniques de la maladie, majorant ainsi le nombre de traitements suivis par le patient ainsi que des coûts de soins de santé pour lui-même et le système sanitaire [5,16].

Dans notre étude, La durée moyenne d'évolution du diabète sucré de $5,66 \pm 3,45$ ans avec une HbA1C moyenne de $8,26 \pm 1,43$ traduit un déséquilibre glycémique persistant, souvent associé à une observance thérapeutique insuffisante, s'accompagnant des complications macrovasculaires dans l'ordre de 36% et des complications microvasculaires dans 42,6%.

L'ancienneté du diabète sucré semble influencer l'adhésion thérapeutique des patients. En effet, l'observance thérapeutique est souvent réduite au cours de l'évolution de la pathologie chronique en raison de la lassitude du traitement, une perception atténuée de la gravité de la pathologie et la complexité du schéma thérapeutique [15,17,18].

La non-observance thérapeutique chez les patients atteints de diabète sucré de type 2 reste un problème majeur dans les pays africains à revenu faible et intermédiaire où les déterminants sont multifactoriels [7,9,10].

Plusieurs facteurs ont été identifiés comme étant significativement associés à la non-observance thérapeutique chez les sujets congolais atteints de diabète sucre de type 2 dans notre étude.

Le suivi diabétologique irrégulier constituait l'un des facteurs associés de manière significative à la non-observance dans notre contexte. Cet accès inconstant aux soins de santé souvent, lié être lié à des contraintes financières ou logistiques, représente une situation fréquente dans les pays à ressources limitées [9,10]

Randa Talhi et al [15] en Algérie rapportaient que la surveillance glycémique irrégulière et les examens complémentaires non faits, constituaient des facteurs significativement associés à la non-observance thérapeutique chez les patients de

diabète sucré de type 2 au niveau des polycliniques publiques de la commune d'Oran.

L'absence d'un suivi médical régulier limite le renforcement de l'éducation thérapeutique, la correction d'erreurs de prise médicamenteuse et le maintien de la motivation des patients [19, 20].

Dans une revue systématique et méta-analyse, portant sur la prévalence de la mauvaise observance thérapeutique chez les patients atteints de diabète sucré de type 2 en Afrique du Nord, Mohamed Yacine Achouri et al [21] rapportaient, une prévalence combinée de la non-observance de 38% avec un modèle à effet aléatoire. Ils identifiaient plusieurs facteurs associés à cette non observance thérapeutique, notamment l'insuffisance d'éducation thérapeutique, le coût des médicaments, le niveau socio-économique, l'ancienneté du diabète, le soutien familial et la polymédication.

La polymédication caractérisée dans notre contexte, par l'utilisation de plusieurs thérapeutiques antidiabétiques avec parfois d'autres médicaments en raison de comorbidités présentes, était significativement associée à la non-observance thérapeutique chez les patients. L'augmentation du nombre de médicaments à prendre majore la complexité du traitement et la charge thérapeutique du patient. Cette situation entraîne souvent un découragement, des oublis ou même un arrêt de traitement. [10, 15, 22].

L'âge et le sexe n'étaient pas significativement associés à la non-observance thérapeutique dans notre contexte, contrairement aux constatations de Mohamed Yacine Achouri [21].

Aminde LN et al [14] au Cameroun rapportaient que l'âge supérieur à 60 ans était

associé significativement à la non-observance thérapeutique chez les patients suivis pour diabète sucré de type 2.

De nombreux travaux réalisés en Afrique Subsaharienne montrent que les facteurs socio-économiques et culturels, les difficultés d'accès aux soins de santé de qualité et une insuffisance d'éducation thérapeutique se présentent comme des obstacles à une bonne observance thérapeutique chez les patients traités pour diabète sucré de type 2 [9,10,13].

Les difficultés financières sont un obstacle supplémentaire à la bonne observance dans notre contexte. Le coût généré par l'achat des antidiabétiques, les consultations médicales et la réalisation du bilan paraclinique, représente un véritable frein à l'adhésion thérapeutique, surtout dans un contexte où les patients ne disposent pas d'une couverture sociale [11,16,19].

Achouri M. Y et al [19] montraient que la non-affiliation à une caisse d'assurance-maladie était significativement associée à la non-observance thérapeutique.

L'impact socio-économique sur l'adhésion au traitement par patient est rapporté par plusieurs auteurs des pays d'Afrique sub-saharienne où l'auto-financement est une modalité principale de prise en charge [22, 23,24].

Les conséquences de ces contraintes économiques, marquées parfois par des interruptions de traitements ou des consultations médicales de suivi irrégulières, incitent à la mise en œuvre d'une stratégie d'accessibilité économique des soins de santé de qualité, qui devrait reposer en grande partie par une opérationnalisation de la politique d'assurance maladie universelle [14,15, 25].

Les croyances erronées sur le diabète sucré ont été également identifiées comme facteur associé significativement à la non-observance thérapeutique dans notre série. En effet, dans certaines cultures en Afrique, le diabète sucré peut être perçu comme une pathologie transitoire ou causée par des facteurs surnaturels. Cette considération sociale de la maladie conduit certains patients à interrompre leur traitement ou à le remplacer par des remèdes traditionnels. Cette méconnaissance engendre généralement une minimisation des prescriptions médicales, réduisant l'adhésion du traitement [11,13, 26].

Il apparait ainsi nécessaire d'intégrer l'éducation thérapeutique des patients dans le cadre d'une prise en charge holistique, en prenant en compte leurs représentations socio-culturelles de la maladie, afin de corriger certaines fausses idées reçues et renforcer l'acceptation des soins médicaux [11, 26].

La perception erronée sur la gestion du diabète sucré conduit parfois les patients à recourir à des soins traditionnels ou une phytothérapie, en remplacement des soins relevant de la médecine moderne [27, 28, 29].

Lunyera J et al [30] rapportaient un recours courant à la médecine traditionnelle dans la prise en charge du diabète chez les patients dans le nord de la Tanzanie.

Dans notre série, la prise de la phytothérapie était significativement associée à la non-observance, suggérant le fait que certains patients privilégient l'usage des plantes médicinales au détriment des antidiabétiques modernes, compromettant ainsi le contrôle glycémique. Cette situation fait constater l'importance d'établir une communication efficace entre soignants et patients afin d'encadrer l'usage de ces remèdes traditionnels [11,23, 27].

CONCLUSION

La non-observance thérapeutique est une situation fréquente chez les patients congolais atteints de diabète sucré de type 2, suivis au CHU de Brazzaville. Elle intéresse les patients ayant un suivi diabétologique irrégulier, un faible niveau socio-économique, traités par une polymédication et ayant des croyances erronées sur la

Nos résultats soulignent la nécessité d'une prise en charge intégrée, centrée sur l'éducation du patient, la simplification des protocoles thérapeutiques, le renforcement d'un suivi médical régulier. La prise en compte des aspects socio-économiques et culturels des patients congolais apparait essentielle pour améliorer l'observance thérapeutique et optimiser la qualité de la prise en charge du diabète sucré de type 2 dans notre contexte.

CONFLIT D'INTERET : nous n'avons pas de conflit d'intérêt en rapport avec ce travail

REMERCIEMENTS :

Nous tenons à présenter nos remerciements les plus sincères à l'ensemble de nos patients pour leur participation à cette étude.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Celletti F, Farrar J, De Regil L. World Health Organization Guideline on the Use and Indications of Glucagon-Like Peptide-1 Therapies for the Treatment of Obesity in Adults. JAMA. 2026 ; 335 (5) : 434-438.
2. Genitsaridi I, Salpea P, Salim A et al. 11th edition of the IDF Diabetes Atlas : global, regional, and national diabetes prevalence estimates for 2024 and projections for 2050. Lancet Diabetes Endocrinol. 2026 ;14(2):149-156.

3. Accili D, Deng Z, Liu Q. Insulin resistance in type 2 diabetes mellitus. *Nat Rev Endocrinol.* 2025 ;21(7):413-426
4. Borse SP, Chhipa AS, Sharma V, Singh DP, Nivsarkar M. Management of Type 2 Diabetes: Current Strategies, Unfocussed Aspects, Challenges, and Alternatives. *Med Princ Pract.* 2021 ;30(2) :109-121.
5. Pattnaik S, Ausvi SM, Salgar A, Sharma D. Treatment compliance among previously diagnosed type 2 diabetics in a rural area in Southern India. *J Family Med Prim Care.* 2019 ;8(3) :919-922.
6. Huang J, Ding S, Xiong S, Liu Z. Medication Adherence and Associated Factors in Patients With Type 2 Diabetes: A Structural Equation Model. *Front Public Health.* 2021 ; 9 :730845.
7. Barasa Masaba B, Mmusi-Phetoe RM. Determinants of Non-Adherence to Treatment Among Patients with Type 2 Diabetes in Kenya: A Systematic Review. *J Multidiscip Healthc.* 2021 Jan 5;13 :2069-2076.
8. Denicolò S, Perco P, Thöni S, Mayer G. Non-adherence to antidiabetic and cardiovascular drugs in type 2 diabetes mellitus and its association with renal and cardiovascular outcomes: A narrative review. *J Diabetes Complications.* 2021 ;35(7):107931
9. Wanvoegbe FA, Agbodande KA, Alassani A et al. Évaluation de l'observance thérapeutique chez les diabétiques au Bénin. *Médecine d'Afrique Noire.* 2018 ; 65 (7) : 355-361
10. Jackson IL, Adibe MO, Okonta MJ, Ukwe CV. Medication adherence in type 2 diabetes patients in Nigeria. *Diabetes Technol Ther.* 2015 ;17(6) :398-404.
11. Elilie Mawa Ongoth F, Andzouana Mbamognoua N, Ekoundzola JR et al. Observance thérapeutique chez les patients atteints de diabète sucré de type 2 suivis au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. *Rev Afr End Métab Nut.* 2025; 11 (1): 5-10.
12. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986 ; 24 : 67-74
13. Sow DS1, Konaté. M1 Traoré D et al. Observance Thérapeutique du Patient Diabétique dans Trois Niveaux de Prise en Charge au Mali. *Health Sci Dis.* 2020. 21 (3) : 80-83
14. Aminde LN, Tindong M, Ngwasiri CA et al. Adherence to antidiabetic medication and factors associated with non-adherence among patients with type-2 diabetes mellitus in two regional hospitals in Cameroon. *BMC Endocr Disord.* 2019;19(1):35.
15. Talhi R, Ouadah K, Menah H et al. Facteurs associés à la non-observance thérapeutique chez les patients diabétiques de type 2 à Oran. *Algerian Journal of Medical and Health Research.* 2025 ; 3, (4): 51-62.
16. Evans M, Engberg S, Faurby M, Fernandes JDDR, Hudson P, Polonsky W. Adherence to and persistence with antidiabetic medications and associations with clinical and economic outcomes in people with type 2 diabetes mellitus: A systematic literature review. *Diabetes Obes Metab.* 2022 ;24(3) :377-390.
17. Abate TW, Dessie G, Workineh Y et al. Non-adherence to self-care and associated factors among diabetes adult population in Ethiopian: A systemic review with meta-analysis. *PLoS One.* 2021;16(2):e0245862.
18. Shakya P, Shrestha A, Karmacharya BM, Morisky DE, Kulseng BE. Factors Associated with Medication Adherence among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Hospital-Based Cross-Sectional Study in Nepal. *Int J Environ Res*

Public Health. 2023 ;20(2) :1537.

19. Achouri M.Y, Mammeri M, Sehanine Y et al. Facteurs associés à la non-observance thérapeutique chez les diabétiques de type 2 : première enquête algérienne Factors associated with medication non-adherence in patients with type 2 diabetes mellitus: The first Algerian survey. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. 2019 ; 77 (6) : 506-515.

20. Zainoul BE, Mamoudou DMD, Mazid DA et al. Adhésion au Traitement Médicamenteux et Facteurs Associés chez les Diabétiques de Type 2 à Conakry. *Health Res. Afr*. 2024 ; 2;(12) : 32-38.

21. Achouri MY, Tounsi F, Messaoud M, Senoussaoui A, Ben Abdelaziz A. Prevalence of poor medication adherence in type 2 diabetics in North Africa. Systematic review and meta-analysis. *Tunis Med*. 2021 ;99(10) :932-945

22. Tiktin M, Celik S, Berard L. Understanding adherence to medications in type 2 diabetes care and clinical trials to overcome barriers: a narrative review. *Curr Med Res Opin*. 2016 ;32(2) :277-87.

23. Waari G, Mutai J, Gikunju J. Medication adherence and factors associated with poor adherence among type 2 diabetes mellitus patients on follow-up at Kenyatta National Hospital, Kenya. *Pan Afr Med J*. 2018 ;29 :82.

24. Barasa Masaba B, Mmusi-Phetoe RM. Determinants of Non-Adherence to Treatment Among Patients with Type 2 Diabetes in Kenya : A Systematic Review. *J Multidiscip Healthc*. 2021 Jan 5;13 :2069-2076

25. Kassavou A, Sutton S. Reasons for non-adherence to cardiometabolic medications, and acceptability of an interactive voice response intervention in patients with hypertension and type 2 diabetes in primary care : a qualitative study. *BMJ Open*. 2017 ;7(8) : e015597.

26. Kaké A, Sylla D2, Diallo AM

et al. Évaluation de l'observance thérapeutique chez les patients diabétiques au service d'endocrinologie, diabétologie du CHU de Conakry, Guinée. *RAFMI*. 2024 ; 11 (2-1) : 37-43

27. Ekpor E, Osei E, Akyirem S. Prevalence and predictors of traditional medicine use among persons with diabetes in Africa: a systematic review. *Int Health*. 2024 ;16(3) : 252-260

28. Lambert H, Mbeva Kahindo JB. Accès aux soins et prise en charge des personnes diabétiques en République démocratique du Congo. *Sante Publique*. 2022 ; 34(1):61-70.

29. Rutebemberwa E, Lubega M, Katureebe SK et al. Use of traditional medicine for the treatment of diabetes in Eastern Uganda : a qualitative exploration of reasons for choice. *BMC Int Health Hum Rights*. 2013 ;13 :1.

30. Lunyera J, Wang D, Maro V et al. Comprehensive Kidney Disease Assessment For Risk factors, epidemiology, Knowledge, and Attitudes (CKD AFRiKA) Study. Traditional medicine practices among community members with diabetes mellitus in Northern Tanzania: an ethnomedical survey. *BMC Complement Altern Med*. 2016 ;16(1):282