

Influence du système de santé sur la gestion de la rétinopathie diabétique : Comparaison Nouvelle-Calédonie / Vanuatu

SAERA. School of Advanced Education Research and Accreditation

Sandrine NOMMER CHITUSSI

RÉSUMÉ

Introduction : Le diabète de type 2, en forte progression dans le monde, entraîne des complications graves comme la rétinopathie diabétique, principale cause de cécité chez les adultes.

Objectif : Comparer la gestion du diabète en Nouvelle-Calédonie et au Vanuatu, pour évaluer l'impact du système de santé sur le suivi ophtalmologique et le comportement des patients.

Méthode : Étude transversale menée auprès de patients diabétiques de plus de 30 ans, malades depuis au moins cinq ans, complétée par des entretiens semi-dirigés avec des professionnels de santé.

Résultats : Des différences marquées apparaissent selon les contextes : en Nouvelle-Calédonie, la prise en charge gratuite ne garantit pas l'implication ; au Vanuatu, l'accès limité aux soins engendre des retards de diagnostic. Les facteurs culturels, économiques et éducatifs influencent fortement les attitudes des patients.

Conclusion : Une meilleure prise en charge n'induit pas toujours une meilleure prévention. Adapter les actions de santé aux réalités locales et culturelles apparaît essentiel pour renforcer l'adhésion des patients.

Mots-clés : *Diabète de type 2, rétinopathie diabétique, comportement de santé, assurance maladie, prévention secondaire.*

INTRODUCTION

Cette étude comparative, menée en Nouvelle-Calédonie et au Vanuatu, s'inscrit dans un contexte de progression continue du diabète dans le Pacifique. Elle interroge l'impact de systèmes de santé contrastés sur la gestion de la maladie, en particulier lorsque, comme en Nouvelle-Calédonie, une prise en charge plus accessible et structurée ne parvient pas à freiner l'augmentation de la prévalence ni à prévenir efficacement les complications telles que la rétinopathie diabétique. Ces deux territoires affichent une prévalence similaire du diabète malgré des contextes économiques et sanitaires très différents. Cette recherche vise à comprendre, à une échelle locale, les facteurs qui contribuent à la progression de cette pathologie. Elle examine l'efficacité des modèles de santé dans la gestion d'une maladie non transmissible et épidémique, dans la perspective de limiter ses complications à long terme.

Contexte

La Nouvelle-Calédonie et le Vanuatu présentent des caractéristiques démographiques proches (289 870 et 320 409 habitants en 2023) [1,2], mais des inégalités de développement marquées. La première, territoire français, dispose d'une organisation sanitaire propre (CAFAT, AMG, mutuelles), tandis que le Vanuatu, république indépendante depuis 1980, dépend largement d'ONG et d'aides internationales. L'indice de développement humain (IDH) illustre ce contraste : 0,793 pour la Nouvelle-Calédonie (51^e rang mondial) [3] contre 0,607 pour le Vanuatu (140^e) [4].

Dans le monde, « toutes les six secondes, une personne meurt du diabète » [5]. Selon l'OMS, « la

prévalence mondiale du diabète chez les adultes est passée de 7 % en 1990 à 14 % en 2022 », soit un doublement en trois décennies. En 2024, environ 800 millions de personnes vivraient avec cette maladie [6]. Face à ce constat, la comparaison de deux îles du Pacifique peut offrir des perspectives précieuses sur l'efficacité des systèmes de santé pour contenir l'épidémie. Cela permet d'évaluer si une meilleure accessibilité aux soins suffit à freiner la progression du diabète.

Le diabète sucré est une maladie non transmissible, dont les facteurs de risque sont majoritairement modifiables, notamment l'alimentation et la sédentarité. Pourtant, malgré un système de santé plus structuré, la Nouvelle-Calédonie présentait une prévalence de 23 % en 2021, contre 15,6 % au Vanuatu [7]. Cette différence pourrait refléter une sous-estimation des cas au Vanuatu, liée à un accès limité au dépistage. Une estimation plus récente [8] évoque environ 20 000 diabétiques en Nouvelle-Calédonie (10,8 % de la population), sans compter les prédiabétiques (5,7 %) ni les cas non diagnostiqués. Selon l'OMS [9], 25 000 personnes seraient atteintes de diabète au Vanuatu, soit près d'une sur onze. Ces chiffres doivent être lus avec prudence car les données datent respectivement de 2024 pour la Nouvelle-Calédonie [8] et de 2020 pour le Vanuatu [9].

L'obésité constitue un facteur de risque aggravant. Elle est souvent liée à une perception culturelle valorisante. En 2022, 66 % des adultes en Nouvelle-Calédonie étaient en surpoids, dont 38 % obèses [10], tandis qu'au Vanuatu, 50 % de la population urbaine était concernée [11].

Épidémiologie

L'œil n'échappe pas aux complications liées à l'excès de sucre. Les petits vaisseaux de la rétine se fragilisent, s'obstruent ou se rompent. La rétinopathie diabétique (RD), qui touche 50 % des patients de type 2 [12], est indolore et souvent asymptomatique jusqu'à un stade avancé. Elle survient généralement dans les 5 à 10 ans après le diagnostic. Sa forme proliférante, plus grave, peut entraîner un glaucome néovasculaire ou un décollement de rétine [13]. En 2024, sur 800 millions de diabétiques dans le monde, plus de 400 millions seraient à risque de RD.

En Nouvelle-Calédonie, bien que les équipements techniques soient disponibles – comme les OCT et rétinographes du Médipôle de Dumbéa – le manque de spécialistes compromet un dépistage efficace et régulier. Parallèlement, les campagnes de prévention menées par l'Association de Santé et de Solidarité de Nouvelle-Calédonie (ASSNC) et l'Association de Diabétologie de Nouvelle-Calédonie (ADNC) semblent insuffisantes pour enrayer la progression des facteurs de risque : en 2023, 28 % de la population présentait un surpoids et 38 % une obésité [14]. Au Vanuatu, les efforts sont plus récents, avec l'ouverture en 2019 du Vanuatu National Eye Center, soutenu par la Fred Hollows Foundation, où un ophtalmologiste consacre une journée par semaine au diabète. Toutefois, les actions préventives restent limitées, ce qui se reflète dans des taux d'obésité également élevés : 33,4 % chez les femmes et 23,4 % chez les hommes adultes [15]. Ces contrastes révèlent la complexité des déterminants de santé.

L'accessibilité ne suffit pas toujours à enrayer les facteurs de risque. L'éloignement, la pénurie de médecins et la difficulté à obtenir un rendez-vous limitent l'efficacité des systèmes. L'implication personnelle du patient joue également un rôle central dans le suivi et la prévention.

Cadre théorique

Plusieurs publications remettent en cause l'idée selon laquelle la gratuité des soins entraînerait une déresponsabilisation des usagers. La gratuité des traitements contre le VIH et la tuberculose, notamment au Sénégal, a renforcé l'implication des malades dans leur traitement [16]. D'autres études expérimentales en Ouganda, au Kenya ou en Zambie montrent que les bénéficiaires de soins gratuits n'utilisent pas plus les services ou produits fournis que ceux qui ont dû les payer.

Par ailleurs, des chercheurs [17] critiquent la validité de la théorie de l'aléa moral dans le cadre des maladies chroniques. Contrairement à ce que cette théorie prédit, les patients bien assurés ne semblent pas renoncer aux comportements de prévention. La maladie implique des coûts non monétaires – douleur, incapacité, perte de qualité de vie – que la couverture financière ne compense pas. Ainsi, les individus n'auraient pas intérêt à compromettre leur propre santé, même s'ils bénéficient d'une prise en charge complète.

Cependant, la plupart de ces conclusions proviennent d'études sur des pathologies infectieuses, souvent aiguës, comme le VIH ou la tuberculose. Dans le cas du diabète, maladie chronique, silencieuse et non transmissible, la prévention repose sur

une implication durable, une hygiène de vie rigoureuse et un suivi régulier. La gratuité des soins ne garantit pas à elle seule un comportement préventif efficace. Le caractère lent et asymptomatique de ses complications conduit souvent à une minimisation du risque.

Il convient également de rappeler que ces travaux datent de 2013–2014. Or, les contextes sanitaires, économiques et sociaux ont considérablement évolué depuis, en particulier dans les pays en développement et dans les territoires insulaires du Pacifique. Cela renforce la nécessité d'actualiser les connaissances en particulier face à cette épidémie.

Une étude récente met l'accent sur les défis structurels persistants et sur l'importance de promouvoir une plus grande équité en santé dans la gestion des maladies chroniques, notamment dans les contextes à faibles ressources [18]. Toutefois, cette analyse ne traite pas du rôle central du patient dans la prévention des complications.

La présente étude vise donc à combler ce manque, en apportant un éclairage sur le diabète, maladie chronique non transmissible, dans deux systèmes de santé contrastés. Elle cherche à explorer l'influence de la gratuité ou non des soins sur l'implication des patients dans la prévention des complications oculaires.

OBJECTIFS

L'objectif de cette étude est de déterminer si une meilleure prise en charge du diabète, notamment par un accès facilité aux soins et un suivi médical structuré, permet réellement de réduire les complications à long

terme, en particulier la rétinopathie diabétique.

Les deux territoires qui sont comparés ici, la Nouvelle-Calédonie et le Vanuatu, présentent tous deux une prévalence similaire du diabète, mais se distinguent par leur système de santé, leur organisation des soins et leurs ressources médicales.

L'enquête, réalisée auprès de patients âgés de plus de 30 ans et diabétiques depuis au moins cinq ans, s'attache à analyser leur niveau de connaissance de la maladie, leur implication personnelle dans la gestion du diabète et leur parcours de soins. L'entretien avec les professionnels donne un point de vue éclairé sur le système de soins et la réalité du suivi.

Le rôle de la gratuité des soins dans la prévention est également questionné. Si une couverture médicale plus étendue semble encourager les consultations préventives, elle pourrait également favoriser un relâchement des comportements individuels quant à l'hygiène de vie. À l'inverse, dans un système où les soins sont majoritairement à la charge du patient, l'engagement personnel dans le suivi thérapeutique et dans la prévention pourrait être renforcé.

L'étude cherche ainsi à comprendre si un accompagnement médical plus développé renforce la vigilance des patients ou s'il induit, au contraire, une forme de dépendance au système de soins et de négligence.

MATERIELS ET METHODES

Une approche méthodologique mixte a été retenue afin d'appréhender la problématique selon deux dimensions

complémentaires : une perspective sociologique centrée sur l'expérience vécue des patients et une perspective médicale fondée sur l'expertise des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du diabète.

Méthode quantitative

L'objectif est d'évaluer comment le modèle de santé influence les comportements des patients face aux contraintes de la maladie : connaissances, accès aux soins, observance thérapeutique, hygiène de vie.

Critères d'inclusion :

- Diabète de type 2 depuis plus de 5 ans (complications oculaires souvent retardées).
- Âge > 30 ans (forme tardive, mais de plus en plus précoce).
- Résidence en zone urbaine (pour exclure l'éloignement comme biais).

Outil et diffusion :

Un questionnaire à choix multiple (QCM) a été conçu à l'aide de Google Forms pour faciliter l'analyse statistique. Ce QCM a été publié en trois langues au Vanuatu (français, anglais et bichlamar) et en français en Nouvelle-Calédonie. L'intégralité du questionnaire est disponible en annexe 2.

Les liens ont été publiés et sponsorisés en ligne, via un lien Facebook, par mes deux magasins d'optique en fonction de la catégorie et le lieu d'habitation (Province sud et Éfaté). Ces pages comptaient respectivement 9 580 abonnés pour la Nouvelle-Calédonie et 5 177 pour le Vanuatu, offrant ainsi une visibilité ciblée auprès du public

concerné. La mise en ligne a débuté le 28 janvier, a été sponsorisée deux fois, puis retirée le 13 mars. Les réponses étaient anonymisées.

Le questionnaire a été proposé, au format papier, dans la salle d'attente du Médipôle (service ophtalmologie) et dans mes magasins d'optique en Nouvelle-Calédonie ou au Vanuatu. Les formats papiers ont été transférés manuellement vers le formulaire Google Forms pour centraliser les données. Ces dernières ont été exportées sur Excel pour extraire les statistiques. Les tableaux croisés dynamiques ont permis d'identifier des tendances ou d'associer des comportements à un profil.

Entretiens semi-directifs

Des **entretiens semi-directifs** ont été réalisés auprès de professionnels de santé en Nouvelle-Calédonie et au Vanuatu, appartenant à trois catégories clés :

- **Médecins généralistes** : dépistage, suivi, accès aux soins ;
- **Pharmaciens** : rôle éducatif, conseil de première intention (notamment au Vanuatu) ;
- **Ophtalmologistes** : dépistage et prise en charge de la rétinopathie diabétique.

Les entretiens (durée moyenne : 12 minutes) ont été réalisés en présentiel (Dumbéa, Port Vila) ou à distance (WhatsApp). Ils ont été enregistrés via smartphone. Le guide figure en annexe 1.

Cadre éthique

L'ensemble de cette recherche a été conduit dans le respect des principes éthiques.

Le consentement éclairé a été recueilli, les participants étaient informés du caractère volontaire et anonyme de leur contribution. Les données ont été traitées de manière confidentielle, conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles (RGPD).

RESULTATS

Les résultats sont présentés en quatre volets : profils socio-démographiques, compréhension du diabète, impact sur le mode de vie et perceptions des soignants sur la négligence des patients. Des tableaux synthétisent les données clés. La dernière partie, fondée sur des entretiens en Nouvelle-Calédonie et au Vanuatu, met en lumière le regard des professionnels sur l'implication des patients, les freins

au suivi et les limites du système de soins.

Données sociodémographiques

L'enquête a permis de collecter 41 réponses, dont 30 étaient des résidents de Nouméa. L'échantillon était majoritairement féminin, avec 26 femmes, soit 63 % des répondants. L'âge moyen des participants était de 58 ans.

Tous les patients calédoniens avaient une couverture sociale, contre seulement 50 % au Vanuatu. La moitié vivaient avec le diabète depuis plus de 10 ans, et 70 % avaient été diagnostiqués par un généraliste. Côté emploi, 39 % étaient retraités et 49 % actifs.

L'ensemble de ces données est présenté dans le **tableau I**.

I. Profil sociodémographique des répondants en Nouvelle-Calédonie (NC) et au Vanuatu (VAN)

Indicateurs	(%)	Nouvelle-Calédonie	Vanuatu (%)
Hommes	47	9	
Femmes	60	91	
Actifs	43	73	
Retraités	50	18	
Avec assurance	100	45	
Sans assurance	–	55	
Diabète < 5 ans	7	36	
Entre 5 et 10 ans	33	18	
Plus de 10 ans	77	45	

Remarque : Le tableau présente la répartition des répondants selon leur profil sociodémographique (statut professionnel, couverture sociale), permettant d'identifier les caractéristiques des participants et les éventuelles disparités entre les deux territoires.

Compréhension globale du diabète et de ses exigences

Tandis que 88 % des patients ont déclaré savoir qu'il est possible de réaliser un autotest, 63 % connaissaient le taux idéal pour un diabète équilibré (entre 0,7 et 1 g/L). À Port Vila, seuls 18 % maîtrisaient cette donnée. Parmi les patients ayant présenté des complications, 52 % ont affirmé ne pas connaître la rétinopathie diabétique, bien que 67 % d'entre eux consultaient un médecin à plusieurs reprises dans l'année.

Alors que 49 % ignoraient ce qu'est une rétinopathie diabétique, 59 % des participants ont accordé de l'importance à l'examen du fond d'œil. Par ailleurs, 78 % des patients calédoniens ont déclaré en avoir réalisé un, contre 54 % au Vanuatu. Cependant, 63% des participants de Nouvelle-Calédonie ont répondu ne pas savoir ce qu'était une

rétinopathie diabétique, contre 18% au Vanuatu.

Fond de l'œil

Dans l'enquête, 88 % des patients en Nouvelle-Calédonie ont déclaré avoir réalisé un examen du fond d'œil, contre 54 % au Vanuatu. Cependant, parmi les 30 patients en Nouvelle-Calédonie, 8 ont déclaré ne pas avoir effectué cet examen, bien qu'il soit probable qu'ils y aient été soumis sans en connaître la finalité. Parmi les Calédoniens qui ont affirmé ne pas avoir réalisé d'examen du fond d'œil, 100 % ont présenté des complications. En revanche, parmi les 73 % de patients ayant déclaré avoir effectué un fond d'œil, 64 % ont indiqué que ce n'était pas le seul moyen de dépistage.

L'ensemble des données chiffrées est présenté dans le **tableau II**.

Tableau II. Compréhension des examens médicaux et connaissances associées (tous participants)

Items	OUI (n)	NON (n)	NSP (n)
Importance du fond d'œil	25	16	0
Examen du fond d'œil	21	20	0
Autotest du taux de glycémie	36	5	5
Taux de glycémie idéal	26	5	10

Remarque : Le tableau présente la répartition des réponses concernant l'examen du fond d'œil et la surveillance glycémique en Nouvelle-Calédonie et au Vanuatu.

Implications et mode de vie

Selon l'enquête, 55 % des participants en Nouvelle Calédonie et 46 % au Vanuatu pensent qu'un taux de glycémie stable est la clé. Parmi les 45 % qui misent sur une glycémie stable, 39 % se rendent chez le médecin

plusieurs fois par an et 29 % ont un diabète depuis plus de 10 ans.

En revanche, parmi les 44 % des participants qui estiment que les médicaments sont importants, seulement 24 % d'entre eux se rendent chez le médecin plusieurs fois par an.

Depuis le diagnostic, 56 % de l'ensemble des patients ont changé leur alimentation, mais 44 % ne pratiquent pas de sport. Selon le sondage, 64 % des diabétiques au Vanuatu ont modifié leur alimentation, contre 53 % en Nouvelle-Calédonie.

Parmi les 50 % de patients qui estimaient qu'une glycémie stable était primordiale pour éviter les complications, aucun ne pratiquait d'activité physique.

Concernant les aspects financiers, 23 % des patients en Nouvelle-

Calédonie ont estimé que les frais liés au diabète étaient un frein, contre 36 % au Vanuatu, bien que 45 % d'entre eux étaient assurés.

Enfin, 88 % des personnes ayant une assurance santé ont déclaré consulter un médecin plusieurs fois par an, et 58 % avait un diabète depuis plus de 10 ans.

L'ensemble des données chiffrées est présenté dans le **tableau III**.

Tableau III. *Tendance sur le degré de priorité accordé à la gestion du diabète par le patient*

Priorité principale	Nouvelle-Calédonie (%)	Vanuatu (%)
Suivi des rendez-vous médicaux	9	36
Prise des médicaments	36	18
Surveillance de la glycémie	55	46

Remarque : Le tableau compare les priorités perçues par les participants des deux pays pour prévenir les complications du diabète.

Les perceptions des professionnels de santé sur la négligence des patients diabétiques : résultats des entretiens

À Dumbéa, le médecin A évoque une négligence dans le renouvellement des ordonnances, source de déséquilibres glycémiques. À Port Vila, le médecin B déplore une prise en charge tardive liée à l'usage des plantes médicinales. Le pharmacien a remarqué des écarts alimentaires lors des épisodes de stress de la vie qui favorisaient le diabète, malgré une très bonne prise en

charge. Il a confirmé un défaut de prise de conscience et d'acceptation du diabète comme une maladie. Le pharmacien B pense qu'une meilleure prise en charge aurait un impact sur une population consciente des enjeux.

L'ophtalmologiste A a constaté surtout de la négligence, tout en soulignant l'efficacité des contrôles de rétine, bien rodés dans son environnement. En revanche, l'ophtalmologiste B a expliqué qu'il travaillait dans un environnement en construction. Malgré des consultations presque gratuites, il a été noté que les patients ne développaient pas systématiquement le

réflexe de se rendre à ces consultations.

De la négligence a été constatée par les médecins en Nouvelle-Calédonie, malgré une prise en charge très favorable, tandis que ceux du Vanuatu soutiennent qu'un meilleur système de santé favoriserait le recul des complications.

La difficulté d'accès aux rendez-vous chez les ophtalmologistes a été mentionnée par le pharmacien et le médecin A. Cette contrainte semble favoriser l'abandon des suivis, même en présence d'une prise en charge médicale adéquate, ce qui indique un problème dans l'organisation du système de soins.

Les deux pays ont présenté une difficulté à anticiper les complications, malgré des exemples concrets d'amputation et ce, quel que soit le système de prise en charge.

Discussion

L'objectif de cette discussion est d'analyser les résultats obtenus à la lumière de l'hypothèse formulée en début d'étude, ainsi que des données issues de la littérature scientifique. Cette recherche s'intéresse au comportement des patients face à leur maladie et évalue l'influence d'une prise en charge gratuite sur l'adhésion au traitement ainsi que sur la perception des risques, notamment en lien avec les complications oculaires à long terme.

La question centrale est de déterminer si un système de soins renforcé permet réellement de réduire les complications, telles que la rétinopathie diabétique, ou s'il induit, au contraire, un excès de confiance susceptible de conduire à une sous-estimation des risques pour la santé visuelle.

Une meilleure prise en charge permet-elle de réduire les complications, telles que la rétinopathie diabétique, ou induit-elle un relâchement des efforts au profit du système de soins ?

L'analyse des données met en évidence un contraste entre la Nouvelle-Calédonie et le Vanuatu. Elle questionne l'impact réel d'un système de santé performant sur la gestion du diabète et la prévention de la rétinopathie diabétique (RD). Malgré un accès facilité aux soins en Nouvelle-Calédonie, avec une prise en charge à 100 % incluant les médicaments, les examens biologiques et l'examen du fond d'œil, les résultats ne traduisent pas nécessairement une meilleure implication des patients.

En effet, 88 % des Calédoniens déclarent avoir réalisé un fond d'œil contre seulement 54 % des patients à Port-Vila. Pourtant, 8 patients calédoniens sur 30 affirment ne jamais avoir bénéficié de cet examen, alors qu'il est probable qu'ils l'aient effectué sans en comprendre la nature. Ce décalage révèle un biais de perception : l'acte médical est réalisé, mais n'est pas identifié par le patient. Cette confusion limite l'efficacité éducative et préventive de l'examen. Un dépistage non reconnu comme tel est un dépistage inefficace.

Ce manque de compréhension se retrouve dans la méconnaissance globale de la RD. En effet, 63 % des Calédoniens ne savent pas de quoi il s'agit, contre une meilleure reconnaissance à Port-Vila, malgré un accès plus limité aux soins. De manière paradoxale, les patients de Port-Vila déclarent comprendre l'importance du fond d'œil, mais n'y accèdent que rarement, en raison d'un système de santé moins structuré.

Les complications sont plus fréquemment rapportées en Nouvelle-Calédonie (7 cas contre 1 au Vanuatu), ce qui pourrait s'expliquer par une détection plus efficace, mais aussi par une moindre implication personnelle. Certains patients calédoniens, bien que suivis, ne reconnaissent pas leurs troubles visuels comme des complications. À l'inverse, l'insuffisance de dépistage au Vanuatu pourrait masquer certaines pathologies non diagnostiquées.

La glycémie est mieux suivie en Nouvelle-Calédonie, où les patients sont contraints de la vérifier tous les trois mois. Ce suivi est plus irrégulier au Vanuatu, ce qui s'explique en partie par les contraintes d'accès aux soins. Néanmoins, malgré la gratuité totale en Nouvelle-Calédonie, 23 % des patients la perçoivent encore comme un frein, contre 36 % au Vanuatu où seuls 55 % sont assurés. Ce paradoxe pourrait refléter une perception différente de la valeur des soins : ce qui a un coût semble parfois mieux valorisé.

Dans les deux pays, le médecin généraliste joue un rôle central dans la détection et la prise en charge du diabète, la maladie étant diagnostiquée par ce biais dans 70 % des cas. Cependant, les professionnels interrogés mettent en lumière plusieurs freins.

En Nouvelle-Calédonie, le médecin évoque un manque de suivi des recommandations et une forme de passivité des patients, notamment en ce qui concerne les conseils alimentaires. Au Vanuatu, c'est l'insuffisance de l'éducation thérapeutique qui est soulignée, en lien avec le coût élevé de l'alimentation adaptée. Dans ces contextes, une prise

en charge médicale, même gratuite, ne peut à elle seule compenser le manque d'implication du patient, dont la responsabilité dans la gestion de sa santé demeure primordiale.

Concernant les efforts d'adaptation, 64 % des Vanuatais déclarent avoir modifié leur alimentation, contre 53 % des Calédoniens.

L'activité physique reste globalement insuffisante dans les deux contextes : elle concerne 53 % des répondants à Nouméa et seulement 36 % à Port-Vila. En termes de priorités dans la gestion de la maladie, les Calédoniens accordent majoritairement de l'importance à la stabilité de la glycémie (55 %), tandis que les Vanuatais répartissent leur attention entre le contrôle glycémique (46 %) et la régularité des rendez-vous médicaux (36 %). Or, au regard des nombreuses complications liées à une glycémie mal contrôlée, ces efforts restent encore insuffisants.

Ces observations, bien que limitées par la taille de l'échantillon, ouvrent la voie à une réflexion : un système de santé performant facilite le suivi médical mais peut aussi entraîner une forme de passivité. Le confort d'une prise en charge intégrale pourrait diminuer l'implication personnelle. À l'inverse, les contraintes financières et structurelles peuvent renforcer la vigilance et les efforts individuels, lorsque l'accès aux soins devient une ressource précieuse.

Cependant, certains facteurs limitants viennent nuancer cette opposition entre confort médical et vigilance personnelle. Ils montrent que l'implication des patients ne dépend pas uniquement de la gratuité des soins, mais aussi des obstacles concrets qui

entravent l'accès ou la continuité de la prise en charge.

Facteurs limitants dans la gestion du diabète au-delà de la prise en charge

Ces paramètres, que constituent les facteurs limitants, bien qu'extrêmement influents, ne sont généralement pas pris en compte dans la prise en charge. Difficiles à évaluer, ils participent pourtant à l'aggravation de l'épidémie mondiale et aux retards de diagnostic et de traitement.

Prévention et stratégies

Malgré les nombreuses initiatives entreprises par le gouvernement calédonien, l'Association des Diabétiques de Nouvelle-Calédonie (A.D.N.C.) et les collectivités sportives, le taux de diabète reste élevé. Parallèlement, au Vanuatu, les actions préventives demeurent limitées, bien que la proportion de la population souffrant de surpoids soit importante. Même si la prévention est considérée comme la stratégie la plus efficace, la mise en œuvre de ces plans reste incertaine dans ces deux pays insulaires. L'augmentation continue de la prévalence du diabète suggère que les stratégies actuelles sont d'une efficacité limitée. Toutefois, les deux pays reconnaissent l'importance de ces enjeux et ont mis en place des mesures visant à améliorer le bien-être alimentaire. Ainsi, des actions incitatives visant à réduire la consommation de produits transformés ont émergé ces dernières années, telles que :

la mise en place de la taxe sur le sucre en Nouvelle-Calédonie, entrée en vigueur en septembre 2024 (France Info, 2024),

le lancement du projet "Food for Life" pour améliorer la sécurité alimentaire au Vanuatu (ADRA France, 2023).

Malgré ces efforts, les chiffres en constante augmentation dans les deux pays suggèrent que la prévention n'a pas permis de réduire de manière significative le nombre de cas de diabète et sa prévalence.

Accès aux soins

L'accès aux soins spécialisés est inégal dans les deux territoires. En Nouvelle-Calédonie, malgré des infrastructures modernes, la pénurie d'ophtalmologistes ralentit la prévention de la rétinopathie diabétique. Au Vanuatu, la lenteur du système et la précarité des structures de soins renforcent le fatalisme face à la maladie. Bien que les équipements nécessaires soient disponibles, la réticence à consulter complique l'accès aux soins. En Nouvelle-Calédonie, les obstacles restent similaires, avec des délais de rendez-vous longs et un manque de spécialistes. Ces difficultés expliquent la persistance de complications liées au diabète, exacerbées par des inégalités économiques.

Inégalités économiques

La précarité alimentaire est un problème partagé par les deux pays. Le manque de moyens pour accéder à une alimentation saine et les coûts liés aux déplacements limitent l'accès aux soins, tout comme le faible niveau d'éducation. Ces inégalités contribuent à une mauvaise gestion du diabète, et la prise en charge tardive, notamment au Vanuatu, renforce la prévalence élevée de la maladie et l'abandon du suivi médical.

Culture et mode de vie

L'urbanisation a modifié les habitudes alimentaires, remplaçant les produits locaux par des aliments industrialisés riches en sucre et graisses. Cette évolution se retrouve en Nouvelle-Calédonie et au Vanuatu, où le régime alimentaire traditionnel est progressivement abandonné. De plus, la méfiance envers la médecine moderne, notamment dans les communautés du Pacifique, limite les dépistages. Le recours à la médecine traditionnelle et un mode de vie axé sur l'immédiateté retardent la prise en charge du diabète et la prévention des complications à long terme.

Isolement face à la maladie

Le diabète est une maladie stigmatisante qui engendre isolement et détresse émotionnelle. Au Vanuatu, les patients bénéficient souvent du soutien familial, tandis qu'en Nouvelle-Calédonie, certains affrontent la maladie seuls. L'obésité renforce cette stigmatisation, et les contraintes du traitement génèrent du stress. Ces difficultés émotionnelles sont rarement exprimées, car la population océanienne a tendance à ne pas verbaliser ses souffrances.

Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites qui peuvent influencer l'interprétation des résultats. Tout d'abord, le nombre restreint de participants (en raison du faible taux de réponse) limite la représentativité de l'échantillon. De plus, les questionnaires anonymes, bien que favorisant la participation, peuvent ne pas avoir permis de capter toute la complexité des comportements et des perceptions des patients.

Les biais de perception, notamment concernant la reconnaissance des examens médicaux, sont également un facteur limitant dans l'interprétation des résultats. Une étude qualitative plus approfondie pourrait permettre d'explorer ces aspects plus en détail.

Recherches futures

Dans le cadre de recherches futures, il serait pertinent d'élargir l'échantillon à l'ensemble des zones géographiques des deux territoires afin d'obtenir une vision plus complète et représentative des réalités locales.

Par ailleurs, il conviendrait d'étudier plus en profondeur la pluralité ethnique des populations concernées, car les différences culturelles et sociales entre les groupes ethniques pourraient influencer significativement la gestion du diabète et la prévention des complications, telles que la rétinopathie diabétique. La prise en compte de cette diversité ethnique permettrait de mieux adapter les stratégies de santé publique et d'améliorer l'efficacité des interventions de santé en tenant compte des spécificités de chaque groupe.

Comparaison avec la littérature existante

Dans la littérature, l'argument de la gratuité des soins est souvent au cœur des priorités. Il est fréquemment avancé que la gratuité totale des soins, notamment dans des pays en développement comme le Vanuatu, pourrait réduire certaines inégalités d'accès, particulièrement en matière de suivi du diabète et de rétinopathie diabétique. Cependant, la simple suppression des coûts financiers ne résout pas les problèmes d'infrastructures, de réticence culturelle

ou de manque de personnel médical qualifié.

En Nouvelle-Calédonie, bien que les soins soient théoriquement gratuits, les délais d'attente et le manque de médecins spécialisés restent des obstacles majeurs à une prise en charge optimale. De plus, un accès gratuit aux soins ne génère pas nécessairement un abus du dispositif, mais peut plutôt conduire à un relâchement des efforts personnels vis-à-vis de la gestion de la santé.

Les travaux existants tendent à suggérer que la gratuité des soins ne suffit pas à garantir un meilleur suivi du diabète et de ses complications. Cette gratuité ne garantit pas le suivi des règles alimentaires au quotidien ni la stabilité du taux de glycémie, qui relèvent davantage de l'implication personnelle des patients. Des initiatives comme l'éducation à la santé, le soutien communautaire et l'amélioration de l'accès aux équipements médicaux sont tout aussi cruciales. Bien que ces éléments soient inclus dans les politiques publiques, leur mise en œuvre reste inégale et leur impact, souvent limité dans les deux territoires.

Pour clore cette discussion, l'analyse réalisée montrent les défis persistants rencontrés dans la gestion du diabète et de la rétinopathie diabétique, tant en Nouvelle-Calédonie qu'au Vanuatu. Les résultats montrent que, malgré les efforts de prise en charge, des obstacles d'ordre géographique, économique et culturel continuent de limiter l'accès aux soins et la prévention des complications. Il apparaît ainsi nécessaire de renforcer les politiques publiques, d'améliorer l'accès aux soins spécialisés et de promouvoir des stratégies de prévention adaptées à la

diversité des populations locales. Les recherches futures, en élargissant l'échantillon et en tenant compte de la pluralité ethnique, pourraient approfondir notre compréhension de ces enjeux et offrir des solutions plus ciblées et efficaces.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude mettent en lumière les défis majeurs rencontrés par la Nouvelle-Calédonie et le Vanuatu dans la gestion du diabète et de la rétinopathie diabétique. Malgré des contextes socio-économiques distincts, les deux territoires sont confrontés à des difficultés similaires, notamment en termes d'accès aux soins, d'éducation thérapeutique et de comportements alimentaires.

Bien que la gratuité des soins constitue un atout important, elle ne suffira pas à garantir un suivi optimal des patients ni une prévention efficace des complications liées au diabète. D'autres facteurs, comme l'éducation à la santé, l'implication des familles et les réalités culturelles, jouent un rôle déterminant dans la gestion de la maladie.

Afin de remédier à ces défis, un plan stratégique global devra être envisagé. Ce plan pourrait inclure la centralisation des soins en un pôle unique pour simplifier la logistique et améliorer l'efficacité.

Pour améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités, la télémédecine devrait devenir une solution clé pour le dépistage des complications liées au diabète, telles que la rétinopathie. La transmission de clichés réalisés par du personnel médical qualifié (optométristes, orthoptistes, infirmiers) pourrait permettre un suivi régulier du fond de l'œil, facilitant ainsi la détection

rapide d'anomalies et permettant des interventions précoces, comme les traitements au laser.

Des mesures incitatives, comme la subvention de certains aliments sains, devront être mises en place pour faciliter l'accès à une alimentation équilibrée. Un retour aux pratiques alimentaires traditionnelles pourra aussi être encouragé, afin de rétablir des habitudes plus saines.

L'urbanisation, élément essentiel de l'évolution des modes de vie, devra être intégrée dans les stratégies de prévention, afin de mieux gérer l'impact des environnements urbains sur la santé. Des campagnes de

sensibilisation dès le plus jeune âge, avec des supports visuels forts (témoignages, simulations de perte de vision), devront être lancées pour renforcer la prise de conscience des risques du diabète.

Enfin, la recherche future devra être étendue pour inclure une plus grande diversité géographique et ethnique. Cela permettra de mieux comprendre les disparités locales et d'adapter les politiques de santé aux réalités spécifiques de chaque territoire, notamment en tenant compte des diverses cultures, des divers modes de vie et niveaux d'accès aux soins.

BIBLIOGRAPHIE

- ADRA France. (2023, décembre). Vanuatu : Le projet Food for Life. <https://adra.fr/vanuatu-le-projet-food-for-life>
- Data Commons. (2025). Population of New Caledonia. https://datacommons.org/place/country/NCL?utm_medium=explore&mprop=count&popt=Person&hl=fr
- Fédération des Diabétiques. (n.d.-b). Diabétiques en France et dans le monde. <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/diabete/chiffres-monde>
- Fédération internationale du diabète (FID). (nd). *Compte sur le diabète Complications du diabète . International <https://idf.org/fr/à-propos-du-diabète/di-complications/>
- France Info. (2024, septembre 1). La taxe sucre entre en vigueur : quels produits concernés ? <https://la1ere.francetvinfo.fr/nouvellecaledonie/la-taxe-sucre-entre-en-vigueur-quels-produits-concernes-1518107.html>
- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). (n.d.). Rétinopathie diabétique. HUG. https://www.hug.ch/sites/interhug/files/documents/reтинopathie_diabetique.pdf
- IEOM. (2022). Rapport annuel économique – Nouvelle-Calédonie 2022 (p. 29). Institut d'émission d'outre-mer. https://www.ieom.fr/IMG/pdf/ieom_ra_economique_nouvelle_calédonie_2022.pdf
- Institut Pasteur de Lille. (2024, 18 avril). La lutte contre le diabète : nos travaux de recherche. Institut Pasteur de Lille. <https://pasteur-lille.fr/actualites/dossiers/lutte-contre-diabete/>
- La1ère. (2023b, 4 avril). Addictions, obésité, dépression : les chiffres de la santé des Calédoniens en 2022 . La1ère. Consulté le 25 janvier 2025, à l'adresse <https://la1ere.francetvinfo.fr/nouvellecaledonie/addictions-obesite-depression-les-chiffres-de-la-sante-des-caledoniens-en-2022-1354170.html>
- Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. (2021). Présentation du Vanuatu. Diplomatie.gouv.fr. <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/vanuatu/presentation-du-vanuatu/>
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2025, 25 février). *Diabète*. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/article/diabete>
- NC la 1ère. (2023, janvier 12). Obésité en Nouvelle-Calédonie : 66 % des adultes sont en surpoids ou obèses. <https://la1ere.francetvinfo.fr/nou>

- [vellecaledonie/obesite-en-nouvelle-caledonie-66-des-adultes-sont-en-surpoids-ou-obeses-1358304.html](https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/vanuatu-caring-for-people-with-diabetes#:~:text=Assise%20sous%20le%20porche%20de,once%20vit%20avec%20cette%20maladie)
- Organisation mondiale de la santé. (2020, 11 novembre). Vanuatu : Caring for people with diabetes.. <https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/vanuatu-caring-for-people-with-diabetes#:~:text=Assise%20sous%20le%20porche%20de,once%20vit%20avec%20cette%20maladie>
- Organisation mondiale de la santé. (2024, 13 novembre). Urgent action needed as global diabetes cases increase four-fold over past decades. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/news/item/13-11-2024-urgent-action-needed-as-global-diabetes-cases-increase-four-fold-over-past-decades>
- Oxfam France. (2014). *Idées reçues : la gratuité des soins de santé*. [PDF]. https://www.oxfamfrance.org/ap/uploads/2014/03/file_attachments_oxfam-idees_recues_gratuite_sante.pdf
- Revue du MAUSS. (2013). *Aléa moral et santé : critique d'une fiction économique*. Revue du MAUSS, 41(1), 77–92. <https://shs.cairn.info/revue-du-mauss-2013-1-page-77?lang=fr>
- World Bank. (2021). Prevalence of diabetes, adult (% of population ages 20 and older). Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/sh.sta.diab.zs?locations=VU&>
- World Obesity Federation. (2023). Prevalence of adult overweight & obesity. Retrieved April 20, 2025, from <https://data.worldobesity.org/tables/prevalence-of-adult-overweight-obesity-2/>

Annexe 1

Questionnaire quantitatif

Votre lieu d'habitation ?

- ☐ Port Vila Éfaté
- ☐ Nouméa (Nouvelle Calédonie)

Année de naissance

☐

Êtes-vous ?

- ☐ Homme
- ☐ Femme

Depuis combien d'années êtes-vous diabétique ?

- ☐ Au moins 5 ans
- ☐ Entre 5 et 10 ans
- ☐ Plus de 10 ans

Quelle situation correspond à la vôtre ?

- ☐ Actif
- ☐ Retraité
- ☐ Demandeur d'emploi
- ☐ Longue maladie

Quelle couverture sociale avez-vous ?

- ☐ Assurance, mutuelle ou CAFAT ou aide médicale
- ☐ Aucune

Votre famille vous aide-t-elle à gérer votre maladie ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je n'ose pas en parler

Avez-vous eu des complications liées au diabète ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, quelles sont-elles ?

- ☐ Cécité
- ☐ Rétinopathie diabétique
- ☐ Laser
- ☐ Perte de vue significative
- ☐ Rien concernant mes yeux

Qui a dépisté votre maladie ?

- ☐ Généraliste
- ☐ Ophtalmologiste
- ☐ Association lors de manifestation
- ☐ Hôpital

A quelle fréquence consultez-vous un professionnel pour votre maladie ?

- ☐ Plusieurs fois par an
- ☐ Tous les ans
- ☐ Tous les 2 ans
- ☐ Rarement

Depuis l'annonce de votre diabète, avez-vous changé la façon de vous alimenter ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

☐ C'est difficile

Pratiquez-vous une activité régulière ?

☐ Oui

☐ Non

☐ J'aimerais commencer

Les frais liés au diabète sont-ils un frein aux consultations ?

☐ Oui

☐ Non

Savez-vous quel est le taux de glycémie maximum à jeun pour un diabète équilibré ?

☐ Supérieur à 1.26 G/l

☐ Entre 0.7 et 1G/L

☐ Je ne sais pas

Puis-je contrôler moi-même mon taux de diabète ?

☐ Oui

☐ Non

Quels sont les symptômes liés à la rétinopathie diabétique ?

☐ Yeux rouge

☐ Vision floue

☐ Pas de symptômes

☐ Je ne sais pas ce qu'est la rétinopathie diabétique.

Le fond de l'œil est-il le seul moyen de dépistage ?

☐ Oui

☐ Non

En avez-vous déjà fait un ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

D'après vous qu'est ce qui est le plus important pour éviter les complications liées au diabète ?

☐ Une glycémie stable

☐ Aller aux rendez-vous médicaux

☐ Prendre ses médicaments

Suivez-vous les recommandations de votre réponse ?

☐ Oui

☐ Non

Annexe 2.

Questionnaire pour les professionnels de santé

• **Selon les chiffres, il y a plus de 20 000 personnes dépistées diabétiques pour la Nouvelle Calédonie (et 25 000 pour le Vanuatu), ce chiffre reflète-t-il la réalité ?**

• **Plus de 10 % DE LA POPULATION EST diabétique dans le Pacifique en général, ce qui est élevé par rapport au pourcentage mondial. A votre avis, comment améliorer ces chiffres ?**

- Une meilleure prise en charge ?
- Un meilleur dépistage ?
- Une meilleure prise de conscience de la population ?
- Plus de moyens ou de personnel médical ?

• **Votre pays dispose-t-il d'un plan national de lutte contre le diabète ?**

• **La cécité liée au diabète vous semble-t-elle en diminution ? Chiffre ?**

• **En tant que professionnel de santé, comment qualifieriez-vous le suivi des complications liées au diabète telles que les rétinopathies ?**

- Consultation ?
- Matériel disponible ?

• **Selon votre expérience, les patients dépistés diabétiques sont-ils conscients des complications éventuelles pour les années à venir ?**

• **Selon vous, existe-t-il des disparités flagrantes dans la gestion de la maladie chez vos patients ?**

- Lieu d'habitation ?
- Niveau social ?
- Compréhension de leur maladie et gestion au quotidien ?

A votre avis est-ce qu'une meilleure prise en charge du diabète et du traitement, et les actions associatives de prévention favoriseraient la diminution des complications telles que la RD ou, au contraire, est-ce qu'un excès de confiance dans les soins et la prise en charge favorisent la négligence ou l'implication des patients dans la maladie ?