

**UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE**  
(PARIS 6)

**FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE**

ANNEE 2016/2017

**THESE**

N°

**PRESENTEE POUR LE DIPLOME**

**DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Diplôme d'Etat**

**SPECIALITE : Médecine générale**

PAR

Melle LOZE Virginie

NE(E) LE 14/09/1986 à Athis Mons

---

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 09 mars 2017**

**TITRE : COMPREHENSION DE LA MALADIE ET ADAPTATION DES REGLES  
HYGIENO-DIETETIQUES CHEZ LES SUJETS DIABETIQUES TYPE 2  
PRECAIRES, UNE ETUDE QUALITATIVE EN MEDECINE GENERALE**

**DIRECTEUR DE THESE : Dr LE PIMPEC Patricia**

**PRESIDENT DE THESE : Pr CORNET Philippe**

**JURY : Pr CORNET Philippe, Pr HARTEMANN Agnès, Dr IBANEZ Gladys**

## REMERCIEMENTS

Merci à Patricia, ma directrice de thèse et ma Patate adorée. Je suis très heureuse que ma route ait croisée la tienne et partager ce travail avec toi m'a apporté la plus grande joie. Tu es une médecin comme je souhaite l'être et j'espère évoluer dans ce sens.

Merci au Pr Cornet, au Pr Hartemann et au Dr Ibanez de m'avoir fait l'honneur d'être membres de mon jury.

Merci aux Dr Béatrice Lamy et Max Billaud et tous les autres présents ou non ce jour qui m'ont formée et transmis leur savoir et leurs compétences, de la plus agréable des manières.

Merci à mes amies de route et je l'espère pour longtemps, ma Mélodie et ma Jenny, merci d'être là, de partager avec moi mes moments de doutes médicaux et tous ces moments de joie.

Merci à Guillaume, mon confident de tous les jours, mon épaule solide qui m'a permis d'en arriver là et qui a supporté ces longues années d'études à mes côtés, avec toute sa bienveillance et sa patience.

Merci à lui de m'avoir apporté le plus beau des cadeaux, ma petite Choupie adorée.

Merci à ma famille, particulièrement mes parents, qui m'ont encouragée jusque-là et ont permis ma réussite. Merci à ma maman adorée pour tous les cappuccinos que tu m'as apportés pendant les coups de mous en P1 ; merci de m'avoir soutenue dans mon changement d'orientation, quand j'ai compris mon amour pour la médecine générale. Merci à ma famille d'être là tout simplement.

Merci à mes amis d'être toujours là malgré mes moments d'absence pour cause de révisions et malgré la distance pour certains...

Merci à mes collègues de me donner envie d'aller travailler tous les jours, par votre bonne humeur.

Merci à tous, ce travail est né du fruit de votre soutien.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

### *UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site PITIE*

1.	ACAR Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
2.	AGUT Henri	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
3.	ALLILAIRE Jean-François	PSYCHIATRIE ADULTES
4.	AMOUR Julien	ANESTHESIE REANIMATION
5.	AMOURA Zahir	MEDECINE INTERNE
6.	ANDREELLI Fabrizio	MEDECINE DIABETIQUE
7.	ARNULF Isabelle	PATHOLOGIES DU SOMMEIL
8.	ASTAGNEAU Pascal	EPIDEMIOLOGIE/SANTE PUBLIQUE
9.	AURENGO André	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
10.	AUTRAN Brigitte	IMMUNOLOGIE ET BIOLOGIE CELLULAIRE
11.	BARROU Benoît	UROLOGIE
12.	BASDEVANT Arnaud	NUTRITION
13.	BAULAC Michel	ANATOMIE
14.	BAUMELOU Alain	NEPHROLOGIE
15.	BELMIN Joël	MEDECINE INTERNE/GERIATRIE Ivry
16.	BENHAMOU Albert	CHIRURGIE VASCULAIRE Surnombre
17.	BENVENISTE Olivier	MEDECINE INTERNE
18.	BITKER Marc Olivier	UROLOGIE
19.	BODAGHI Bahram	OPHTALMOLOGIE
20.	BODDAERT Jacques	MEDECINE INTERNE/GERIATRIE
21.	BOURGEOIS Pierre	RHUMATOLOGIE
22.	BRICAIRE François	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
23.	BRICE Alexis	GENETIQUE/HISTOLOGIE
24.	BRUCKERT Eric	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
25.	CACOUB Patrice	MEDECINE INTERNE
26.	CALVEZ Vincent	VIROLOGIE
27.	CAPRON Frédérique	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE

28.	CARPENTIER Alexandre	NEUROCHIRURGIE
29.	CATALA Martin	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
30.	CATONNE Yves	CHIRURGIE THORACIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
31.	CAUMES Eric	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
32.	CESSELIN François	BIOCHIMIE
33.	CHAMBAZ Jean	INSERM U505/UMRS 872
34.	CHARTIER-KASTLER Emmanuel	UROLOGIE
35.	CHASTRE Jean	REANIMATION MEDICALE
36.	CHERIN Patrick	CLINIQUE MEDICALE
37.	CHICHE Laurent	CHIRURGIE VASCULAIRE
38.	CHIRAS Jacques	NEURORADIOLOGIE
39.	CLEMENT-LAUSCH Karine	NUTRITION
40.	CLUZEL Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE II
41.	COHEN David	PEDOPSYCHIATRIE
42.	COHEN Laurent	NEUROLOGIE
43.	COLLET Jean-Philippe	CARDIOLOGIE
44.	COMBES Alain	REANIMATION MEDICALE
45.	CORIAT Pierre	ANESTHESIE REANIMATION
46.	CORNU Philippe	NEUROCHIRURGIE
47.	COSTEDOAT Nathalie	MEDECINE INTERNE
48.	COURAUD François	INSTITUT BIOLOGIE INTEGRATIVE
49.	DAUTZENBERG Bertrand	PHYSIO-PATHOLOGIE RESPIRATOIRE
50.	DAVI Frédéric	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
51.	DEBRE Patrice	IMMUNOLOGIE
52.	DELATTRE Jean-Yves	NEUROLOGIE (Fédération Mazarin)
53.	DERAY Gilbert	NEPHROLOGIE
54.	DOMMERGUES Marc	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
55.	DORMONT Didier	NEURORADIOLOGIE
56.	DUYCKAERTS Charles	NEUROPATHOLOGIE
57.	EYMARD Bruno	NEUROLOGIE

58.	FAUTREL Bruno	RHUMATOLOGIE
59.	FERRE Pascal	IMAGERIE PARAMETRIQUE
60.	FONTAINE Bertrand	NEUROLOGIE
61.	FOSSATI Philippe	PSYCHIATRIE ADULTE
62.	FOURET Pierre	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
63.	FOURNIER Emmanuel	PHYSIOLOGIE
64.	FUNCK BRENTANO Christian	PHARMACOLOGIE
65.	GIRERD Xavier	THERAPEUTIQUE/ENDOCRINOLOGIE
66.	GOROCHOV Guy	IMMUNOLOGIE
67.	GOUDOT Patrick	STOMATOLOGIE CHIRURGIE MAXILLO FACIALE
68.	GRENIER Philippe	RADIOLOGIE CENTRALE
69.	HAERTIG Alain	UROLOGIE Surnombre
70.	HANNOUN Laurent	CHIRURGIE GENERALE
71.	HARTEMANN Agnès	MEDECINE DIABETIQUE
72.	HATEM Stéphane	UMRS 956
73.	HELFT Gérard	CARDIOLOGIE
74.	HERSON Serge	MEDECINE INTERNE
75.	HOANG XUAN Khê	NEUROLOGIE
76.	ISNARD Richard	CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES
77.	ISNARD-BAGNIS Corinne	NEPHROLOGIE
78.	JARLIER Vincent	BACTERIOLOGIE HYGIENE
79.	JOUVENT Roland	PSYCHIATRIE ADULTES
80.	KARAOUI Mehdi	CHIRURGIE DIGESTIVE
81.	KATLAMA Christine	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
82.	KHAYAT David	ONCOLOGIE MEDICALE
83.	KIRSCH Matthias	CHIRURGIE THORACIQUE
84.	KLATZMANN David	IMMUNOLOGIE
85.	KOMAJDA Michel	CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES
86.	KOSKAS Fabien	CHIRURGIE VASCULAIRE
87.	LAMAS Georges	ORL

88.	LANGERON Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
89.	LAZENNEC Jean-Yves	ANATOMIE/CHIRURUGIE ORTHOPEDIQUE
90.	LE FEUVRE Claude	CARDIOLOGIE
91.	LE GUERN Eric	INSERM 679
92.	LEBLOND Véronique	HEMATOLOGIE CLINIQUE
93.	LEENHARDT Laurence	MEDECINE NUCLEAIRE
94.	LEFRANC Jean-Pierre	CHIRURGIE GENERALE
95.	LEHERICY Stéphane	NEURORADIOLOGIE
96.	LEMOINE François	BIOTHERAPIE
97.	LEPRINCE Pascal	CHIRURGIE THORACIQUE
98.	LUBETZKI Catherine	NEUROLOGIE
99.	LUCIDARME Olivier	RADIOLOGIE CENTRALE
100.	LUYT Charles	REANIMATION MEDICALE
101.	LYON-CAEN Olivier	NEUROLOGIE Surnombre
102.	MALLET Alain	BIostatistiques
103.	MARIANI Jean	BIOLOGIE CELLULAIRE/MEDECINE INTERNE
104.	MAZERON Jean-Jacques	RADIODTHERAPIE
105.	MAZIER Dominique	INSERM 511
106.	MEININGER Vincent	NEUROLOGIE (Fédération Mazarin) Surnombre
107.	MENEGAUX Fabrice	CHIRURGIE GENERALE
108.	MERLE-BERAL Hélène	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE Surnombre
109.	MICHEL Pierre Louis	CARDIOLOGIE
110.	MONTALESCOT Gilles	CARDIOLOGIE
111.	NACCACHE Lionel	PHYSIOLOGIE
112.	NAVARRO Vincent	NEUROLOGIE
113.	NGUYEN-KHAC Florence	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
114.	OPPERT Jean-Michel	NUTRITION
115.	PASCAL-MOUSSELARD Hugues	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
116.	PAVIE Alain	CHIR. THORACIQUE ET CARDIO-VASC. Surnombre
117.	PELISSOLO Antoine	PSYCHIATRIE ADULTE

118.	PIERROT-DESEILLIGNY Charles	NEUROLOGIE
119.	PIETTE François	MEDECINE INTERNE Ivry
120.	POYNARD Thierry	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
121.	PUYBASSET Louis	ANESTHESIE REANIMATION
122.	RATIU Vlad	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
123.	RIOU Bruno	ANESTHESIE REANIMATION
124.	ROBAIN Gilberte	REEDUCATION FONCTIONNELLE Ivry
125.	ROBERT Jérôme	BACTERIOLOGIE
126.	ROUBY Jean-Jacques	ANESTHESIE REANIMATION Surnombre
127.	SAMSON Yves	NEUROLOGIE
128.	SANSON Marc	ANATOMIE/NEUROLOGIE
129.	SEILHEAN Danielle	NEUROPATHOLOGIE
130.	SIMILOWSKI Thomas	PNEUMOLOGIE
131.	SOUBRIER Florent	GENETIQUE/HISTOLOGIE
132.	SPANO Jean-Philippe	ONCOLOGIE MEDICALE
133.	STRAUS Christian	EXPLORATION FONCTIONNELLE
134.	TANKERE Frédéric	ORL
135.	THOMAS Daniel	CARDIOLOGIE
136.	TOURAINÉ Philippe	ENDOCRINOLOGIE
137.	TRESALLET Christophe	CHIR. GENERALE ET DIGEST./MED. DE LA REPRODUCTION
138.	VAILLANT Jean-Christophe	CHIRURGIE GENERALE
139.	VERNANT Jean-Paul	HEMATOLOGIE CLINIQUE Surnombre
140.	VERNY Marc	MEDECINE INTERNE (Marguerite Bottard)
141.	VIDAILHET Marie-José	NEUROLOGIE
142.	VOIT Thomas	PEDIATRIE NEUROLOGIQUE
143.	ZELTER Marc	PHYSIOLOGIE



## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS

### *UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site SAINT-ANTOINE*

1. ALAMOWITCH Sonia      NEUROLOGIE – Hôpital TENON
2. AMARENCO Gérard      NEURO-UROLOGIE – Hôpital TENON
3. AMSELEM Serge      GENETIQUE / INSERM U.933 – Hôpital TROUSSEAU
4. ANDRE Thierry      SERVICE DU PR DE GRAMONT – Hôpital SAINT-ANTOINE
5. ANTOINE Jean-Marie      GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE – Hôpital TENON
6. APARTIS Emmanuelle      PHYSIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
7. ARLET Guillaume      BACTERIOLOGIE – Hôpital TENON
8. ARRIVE Lionel      RADIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
9. ASSOUAD Jalal      CHIRURGIE THORACIQUE – Hôpital TENON
10. AUCOUTURIER Pierre      UMR S 893/INSERM – Hôpital SAINT-ANTOINE
11. AUDRY Georges      CHIRURGIE VISCERALE INFANTILE – Hôpital TROUSSEAU
12. BALLADUR Pierre      CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE – Hôpital SAINT-ANTOINE
13. BAUD Laurent      EXPLORATIONS FONCTIONNELLES MULTI – Hôpital TENON
14. BAUJAT Bertrand      O.R.L. – Hôpital TENON
15. BAZOT Marc      RADIOLOGIE – Hôpital TENON
16. BEAUGERIE Laurent      GASTROENTEROLOGIE ET NUTRITION – Hôpital ST-ANTOINE
17. BEAUSSIER Marc      ANESTHESIE/REANIMATION – Hôpital SAINT-ANTOINE
18. BENIFLA Jean-Louis      GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TROUSSEAU
19. BENSMAN Albert      NEPHROLOGIE ET DIALYSE – Hôpital TROUSSEAU (Surnombre)
20. BERENBAUM Francis      RHUMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
21. BERNAUDIN J.F.      HISTOLOGIE BIOLOGIE TUMORALE – Hôpital TENON
22. BILLETTE DE  
VILLEMEUR Thierry      NEURO-PEDIATRIE – Hôpital TROUSSEAU
23. BOCCARA Franck      CARDIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
24. BOELLE Pierre Yves      INSERM U.707 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
25. BOFFA Jean-Jacques      NEPHROLOGIE ET DIALYSES – Hôpital TENON
26. BONNET Francis      ANESTHESIE/REANIMATION – Hôpital TENON
27. BORDERIE Vincent      Hôpital des 15-20

28. BOUDGHENE Franck RADIOLOGIE – Hôpital TENON
29. BREART Gérard GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TENON
30. BROCHERIOU Isabelle ANATOMIE PATHOLOGIQUE – Hôpital TENON
31. CABANE Jean MEDECINE INTERNE/HORLOGE 2 – Hôpital SAINT-ANTOINE
32. CADRANEL Jacques PNEUMOLOGIE – Hôpital TENON
33. CALMUS Yvon CENTRE DE TRANSPL. HEPATIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
34. CAPEAU Jacqueline UMRS 680 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
35. CARBAJAL-  
SANCHEZ Diomedes URGENCES PEDIATRIQUES – Hôpital TROUSSEAU
36. CARBONNE Bruno GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
37. CARETTE Marie-France RADIOLOGIE – Hôpital TENON
38. CARRAT Fabrice INSERM U 707 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
39. CASADEVALL Nicole IMMUNO. ET HEMATO. BIOLOGIQUES – Hôpital ST-ANTOINE
40. CHABBERT  
BUFFET Nathalie GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TENON
41. CHAZOILLERES  
Olivier HEPATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
42. CHRISTIN-MAITRE  
Sophie ENDOCRINOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
43. CLEMENT Annick PNEUMOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
44. COHEN Aron CARDIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
45. CONSTANT Isabelle ANESTHESIOLOGIE REANIMATION – Hôpital TROUSSEAU
46. COPPO Paul HEMATOLOGIE CLINIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
47. COSNES Jacques GASTRO-ENTEROLOGIE ET NUTRITION – Hôpital SAINT-ANTOINE
48. COULOMB Aurore ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES – Hôpital TROUSSEAU
49. CUSSENOT Olivier UROLOGIE – Hôpital TENON
50. DAMSIN Jean Paul ORTHOPEDIE – Hôpital TROUSSEAU
51. DE GRAMONT Aimery ONCOLOGIE MEDICALE – HOPITAL SAINT-ANTOINE
52. DENOYELLE Françoise ORL ET CHIR. CERVICO-FACIALE – Hôpital TROUSSEAU
53. DEVAUX Jean Yves BIOPHYSIQUE ET MED. NUCLEAIRE – Hôpital SAINT-ANTOINE
54. DOUAY Luc HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
55. DOURSOUNIAN Levon CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE

56. DUCOU LE POINTE  
Hubert RADIOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
57. DUSSAULE Jean Claude PHYSIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
58. ELALAMY Ismaïl HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE – Hôpital TENON
59. FAUROUX Brigitte UNITE DE PNEUMO. PEDIATRIQUE – Hôpital TROUSSEAU
60. FERON Jean Marc  
SAINT-ANTOINE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATO. – Hôpital
61. FEVE Bruno ENDOCRINOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
62. FLEJOU Jean François ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHO.- Hôpital SAINT-ANTOINE
63. FLORENT Christian HEPATO/GASTROENTEROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
64. FRANCES Camille DERMATOLOGIE/ALLERGOLOGIE – Hôpital TENON
65. GARBARG CHENON  
Antoine LABO. DE VIROLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
66. GIRARD Pierre Marie MALADIES INFECTIEUSES – Hôpital SAINT-ANTOINE
67. GIRARDET Jean-Philippe GASTROENTEROLOGIE – Hôpital TROUSSEAU (Surnombre)
68. GOLD Francis NEONATOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU (Surnombre)
69. GORIN Norbert  
(Surnombre) HEMATOLOGIE CLINIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
70. GRATEAU Gilles MEDECINE INTERNE – Hôpital TENON
71. GRIMPREL Emmanuel PEDIATRIE GENERALE – Hôpital TROUSSEAU
72. GRUNENWALD  
Dominique CHIRURGIE THORACIQUE – Hôpital TENON
73. GUIDET Bertrand REANIMATION MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
74. HAAB François UROLOGIE – Hôpital TENON
75. HAYMANN  
Jean Philippe EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital TENON
76. HENNEQUIN  
Christophe PARASITOLOGIE/MYCOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
77. HERTIG Alexandre NEPHROLOGIE – Hôpital TENON
78. HOURY Sidney CHIRURGIE DIGESTIVE ET VISCERALE – Hôpital TENON
79. HOUSSET Chantal UMRS 938 et IFR 65 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
80. JOUANNIC Jean-Marie GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TROUSSEAU

81. JUST Jocelyne	CTRE DE L'ASTHME ET ALLERGIES – Hôpital TROUSSEAU
82. LACAINE François	CHIR. DIGESTIVE ET VISCERALE – Hôpital TENON (Surnombre)
83. LACAU SAINT GIULY Jean	ORL – Hôpital TENON
84. LACAVE Roger	HISTOLOGIE BIOLOGIE TUMORALE – Hôpital TENON
85. LANDMAN-PARKER Judith	HEMATOLOGIE ET ONCO. PED. – Hôpital TROUSSEAU
86. LAPILLONNE Hélène	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE – Hôpital TROUSSEAU
87. LAROCHE Laurent	OPHTALMOLOGIE – CHNO des 15/20
88. LE BOUC Yves	EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital TROUSSEAU
89. LEGRAND Ollivier	CANCEROLOGIE – HEMATOLOGIE – Hôpital ST-ANTOINE
90. LEVERGER Guy	HEMATOLOGIE ET ONCOLOGIE PEDIATRIQUES – Hôpital TROUSSEAU
91. LEVY Richard	NEUROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
92. LIENHART André	ANESTHESIE/REANIMATION – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
93. LOTZ Jean Pierre	ONCOLOGIE MEDICALE – Hôpital TENON
94. MARIE Jean Pierre SAINT-ANTOINE	DPT D'HEMATO. ET D'ONCOLOGIE MEDICALE – Hôpital
95. MARSAULT Claude	RADIOLOGIE – Hôpital TENON (Surnombre)
96. MASLIAH Jöelle	POLE DE BIOLOGIE/IMAGERIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
97. MAURY Eric	REANIMATION MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
98. MAYAUD Marie Yves	PNEUMOLOGIE – Hôpital TENON (Surnombre)
99. MENU Yves	RADIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
100. MEYER Bernard	ORL ET CHRI. CERVICO-FACIALE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
101. MEYOHAS Marie Caroline	MALADIES INF. ET TROPICALES – Hôpital ST ANTOINE
102. MITANCHEZ Delphine	NEONATOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
103. MOHTI Mohamad ANTOINE	PT D'HEMATO. ET D'ONCO. MEDICALE – Hôpital SAINT-
104. MONTRAVERS Françoise	BIOPHYSIQUE ET MED. NUCLEAIRE – Hôpital TENON
105. MURAT Isabelle	ANESTHESIE REANIMATION – Hôpital TROUSSEAU

106. NETCHINE Irène	EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital TROUSSEAU
107. OFFENSTADT Georges	REANIMATION MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
108. PAQUES Michel	OPHTALMOLOGIE IV – CHNO des 15-20
109. PARC Yann	CHIRURGIE DIGESTIVE – Hôpital SAINT-ANTOINE
110. PATERON Dominique	ACCUEIL DES URGENCES – Hôpital SAINT-ANTOINE
111. PAYE François	CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE – Hôpital SAINT-ANTOINE
112. PERETTI Charles Siegfried	PSYCHIATRIE D'ADULTES – Hôpital SAINT-ANTOINE
113. PERIE Sophie	ORL – Hôpital TENON
114. PETIT Jean-Claude	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
115. PIALOUX Gilles	MALADIES INFECTIEUSES ET TROP. – Hôpital TENON
116. PICARD Arnaud	CHIRURGIE. MAXILLO-FACIALE ET STOMATO. – Hôpital TROUSSEAU
117. POIROT Catherine	HISTOLOGIE/BIO. DE LA REPRO. – Hôpital TENON
118. RENOLLEAU Sylvain	REANIMATION NEONATALE ET PED. – Hôpital TROUSSEAU
119. ROBAIN Gilberte	REEDUCATION FONCTIONNELLE – Hôpital ROTHSCHILD
120. RODRIGUEZ Diana	NEUROPEDIATRIE – Hôpital TROUSSEAU
121. RONCO Pierre Marie	UNITE INSERM 702 – Hôpital TENON
122. RONDEAU Eric	URGENCES NEPHROLOGIQUES – Hôpital TENON
123. ROSMORDUC Olivier	HEPATO/GASTROENTEROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
124. ROUGER Philippe	Institut National de Transfusion Sanguine
125. SAHEL José Alain	OPHTALMOLOGIE IV – CHNO des 15-20
126. SAUTET Alain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
127. SCATTON Olivier	CHIR. HEPATO-BILIAIRE/ TRANSPLANTATION – Hôpital SAINT-ANTOINE
128. SEBE Philippe	UROLOGIE – Hôpital TENON
129. SEKSIK Philippe	GASTRO-ENTEROLOGIE ET NUTRITION – Hôpital SAINT-ANTOINE

130. SIFFROI Jean Pierre GENETIQUE ET EMBRYOLOGIE MEDICALES – Hôpital TROUSSEAU
131. SIMON Tabassome PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
132. SOUBRANE Olivier CHIRURGIE HEPATIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
133. STANKOFF Bruno NEUROLOGIE – Hôpital TENON
134. THOMAS Guy PSYCHIATRIE D'ADULTES – Hôpital SAINT-ANTOINE
135. THOUMIE Philippe REEDUCATION NEURO-ORTHOPEDIQUE – Hôpital ROTHSCHILD
136. TIRET Emmanuel CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE – Hôpital SAINT-ANTOINE
137. TOUBOUL Emmanuel RADIOTHERAPIE – Hôpital TENON
138. TOUNIAN Patrick GASTROENTEROLOGIE ET NUTRITION – Hôpital TROUSSEAU
139. TRAXER Olivier UROLOGIE – Hôpital TENON
140. TRUGNAN Germain INSERM UMR-S 538 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
141. ULINSKI Tim NEPHROLOGIE/DIALYSES – Hôpital TROUSSEAU
142. VALLERON  
Alain Jacques UNITE DE SANTE PUBLIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
143. VIALLE Raphaël ORTHOPEDIE – Hôpital TROUSSEAU
144. WENDUM Dominique ANATOMIE PATHOLOGIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
145. WISLEZ Marie PNEUMOLOGIE – Hôpital TENON

**MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS  
HOSPITALIERS**

***UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site PITIE***

1. ANKRI Annick	HÉMATOLOGIE BIOLOGIQUE
2. AUBRY Alexandra	BACTERIOLOGIE
3. BACHELOT Anne	ENDOCRINOLOGIE
4. BELLANNE-CHANTELOT Christine	GÉNÉTIQUE
5. BELLOCQ Agnès	PHYSIOLOGIE
6. BENOLIEL Jean-Jacques	BIOCHIMIE A
7. BENSIMON Gilbert	PHARMACOLOGIE
8. BERLIN Ivan	PHARMACOLOGIE
9. BERTOLUS Chloé	STOMATOLOGIE
10. BOUTOLLEAU David	VIROLOGIE
11. BUFFET Pierre	PARASITOLOGIE
12. CARCELAIN-BEBIN Guislaine	IMMUNOLOGIE
13. CARRIE Alain	BIOCHIMIE ENDOCRINIENNE
14. CHAPIRO Élise	HÉMATOLOGIE
15. CHARBIT Beny	PHARMACOLOGIE
16. CHARLOTTE Frédéric	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
17. CHARRON Philippe	GÉNÉTIQUE
18. CLARENCON Frédéric	NEURORADIOLOGIE
19. COMPERAT Eva	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
20. CORVOL Jean-Christophe	PHARMACOLOGIE
21. COULET Florence	GÉNÉTIQUE
22. COUVERT Philippe	GÉNÉTIQUE
23. DANZIGER Nicolas	PHYSIOLOGIE
24. DATRY Annick	PARASITOLOGIE
25. DEMOULE Alexandre	PNEUMOLOGIE
26. DUPONT-DUFRESNE Sophie	ANATOMIE/NEUROLOGIE

27. FOLLEZOU Jean-Yves	RADIOTHÉRAPIE
28. GALANAUD Damien	NEURORADIOLOGIE
29. GAY Frédéric	PARASITOLOGIE
30. GAYMARD Bertrand	PHYSIOLOGIE
31. GIRAL Philippe	ENDOCRINOLOGIE/MÉTABOLISME
32. GOLMARD Jean-Louis	BIostatISTIQUES
33. GOSSEC Laure	RHUMATOLOGIE
34. GUIHOT THEVENIN Amélie	IMMUNOLOGIE
35. HABERT Marie-Odile	BIOPHYSIQUE
36. HALLEY DES FONTAINES Virginie	SANTÉ PUBLIQUE
37. HUBERFELD Gilles	EPILEPSIE - CORTEX
38. KAHN Jean-François	PHYSIOLOGIE
39. KARACHI AGID Carine	NEUROCHIRURGIE
40. LACOMBLEZ Lucette	PHARMACOLOGIE
41. LACORTE Jean-Marc	UMRS 939
42. LAURENT Claudine	PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ENFANT/ADOLESCENT
43. LE BIHAN Johanne	INSERM U 505
44. MAKSUD Philippe	BIOPHYSIQUE
45. MARCELIN-HELIOT Anne Geneviève	VIROLOGIE
46. MAZIERES Léonore	RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE
47. MOCHEL Fanny	GÉNÉTIQUE / HISTOLOGIE (stagiaire)
48. MORICE Vincent	BIostatISTIQUES
49. MOZER Pierre	UROLOGIE
50. NGUYEN-QUOC Stéphanie	HEMATOLOGIE CLINIQUE
51. NIZARD Jacky	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
52. PIDOUX Bernard	PHYSIOLOGIE
53. POITOU BERNERT Christine	NUTRITION
54. RAUX Mathieu	ANESTHESIE (stagiaire)
55. ROSENHEIM Michel	EPIDEMIOLOGIE/SANTE PUBLIQUE
56. ROSENZWAJG Michelle	IMMUNOLOGIE



57. ROUSSEAU Géraldine	CHIRURGIE GENERALE
58. SAADOUN David	MEDECINE INTERNE (stagiaire)
59. SILVAIN Johanne	CARDIOLOGIE
60. SIMON Dominique	ENDOCRINOLOGIE /BIostatistiques
61. SOUGAKOFF Wladimir	BACTÉRIOLOGIE
62. TEZENAS DU MONTCEL Sophie	BIostatistiques et INFORMATIQUE MEDICALE
63. THELLIER Marc	PARASITOLOGIE
64. TISSIER-RIBLE Frédérique	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
65. WAROT Dominique	PHARMACOLOGIE

**MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS  
HOSPITALIERS**

***UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site SAINT-ANTOINE***

1. ABUAF Nisen	HÉMATOLOGIE/IMMUNOLOGIE - Hôpital TENON
2. AIT OUFELLA Hafid	RÉANIMATION MÉDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
3. AMIEL Corinne	VIROLOGIE –Hôpital TENON
4. BARBU Véronique	INSERM U.680 - Faculté de Médecine P. & M. CURIE
5. BERTHOLON J.F.	EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital SAINT-ANTOINE
6. BILHOU-NABERA Chrystèle	GÉNÉTIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
7. BIOUR Michel	PHARMACOLOGIE – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
8. BOISSAN Matthieu	BIOLOGIE CELLULAIRE – Hôpital SAINT-ANTOINE
9. BOULE Michèle	PÔLES INVESTIGATIONS BIOCLINIQUES – Hôpital TROUSSEAU
10. CERVERA Pascale	ANATOMIE PATHOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
11. CONTI-MOLLO Filomena	Hôpital SAINT-ANTOINE
12. COTE François	Hôpital TENON
13. DECRE Dominique	BACTÉRIOLOGIE/VIROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
14. DELHOMMEAU François	HEMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
15. DEVELOUX Michel	PARASITOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
16. ESCUDIER Estelle	DEPARTEMENT DE GENETIQUE – Hôpital TROUSSEAU
17. FAJAC-CALVET Anne	HISTOLOGIE/EMBRYOLOGIE – Hôpital TENON
18. FARDET Laurence	MEDECINE INTERNE/HORLOGE 2 – Hôpital SAINT-ANTOINE
19. FERRERI Florian	PSYCHIATRIE D'ADULTES – Hôpital SAINT-ANTOINE
20. FLEURY Jocelyne	HISTOLOGIE/EMBRYOLOGIE – Hôpital TENON
21. FOIX L'HELIAS Laurence	Hôpital TROUSSEAU (Stagiaire)
22. FRANCOIS Thierry	PNEUMOLOGIE ET REANIMATION – Hôpital TENON
23. GARCON Loïc	HÉPATO GASTRO-ENTEROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
24. GARDERET Laurent	HEMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
25. GAURA SCHMIDT Véronique	BIOPHYSIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
26. GEROTZIAFAS Grigorios	HEMATOLOGIE CLINIQUE – Hôpital TENON
27. GONZALES Marie	GENETIQUE ET EMBRYOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU

28. GOZLAN Joël	BACTERIOLOGIE/VIROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
29. GUEGAN BART Sarah	DERMATOLOGIE – Hôpital TENON
30. GUITARD Juliette	PARASITOLOGIE/MYCOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
31. HENNO Priscilla	PHYSIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
32. JERU Isabelle	SERVICE DE GENETIQUE – Hôpital TROUSSEAU
33. JOHANET Catherine	IMMUNO. ET HEMATO. BIOLOGIQUES – Hôpital SAINT-ANTOINE
34. JOSSET Patrice	ANATOMIE PATHOLOGIQUE – Hôpital TROUSSEAU
35. JOYE Nicole	GENETIQUE – Hôpital TROUSSEAU
36. KIFFEL Thierry	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE – Hôpital SAINT-ANTOINE
37. LACOMBE Karine	MALADIES INFECTIEUSES – Hôpital SAINT-ANTOINE
38. LAMAZIERE Antonin	POLE DE BIOLOGIE – IMAGERIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
39. LASCOLS Olivier	INSERM U.680 – Faculté de Médecine P.& M. CURIE
40. LEFEVRE Jérémie	CHIRURGIE GENERALE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Stagiaire)
41. LESCOT Thomas	ANESTHESIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Stagiaire)
42. LETAVERNIER Emmanuel	EXPLORATIONS FONCTIONNELLES MULTI. – Hôpital TENON
43. MAUREL Gérard	BIOPHYSIQUE /MED. NUCLEAIRE – Faculté de Médecine P.& M. CURIE
44. MAURIN Nicole	HISTOLOGIE – Hôpital TENON
45. MOHAND-SAID Saddek	OPHTALMOLOGIE – Hôpital des 15-20
46. MORAND Laurence	BACTERIOLOGIE/VIROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
47. PARISSET Claude	EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital TROUSSEAU
48. PETIT Arnaud	Hôpital TROUSSEAU (Stagiaire)
49. PLAISIER Emmanuelle	NEPHROLOGIE – Hôpital TENON
50. POIRIER Jean-Marie	PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
51. RAINTEAU Dominique	INSERM U.538 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE

52. SAKR Rita	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TENON (Stagiaire)
53. SCHNURIGERN Aurélie	LABORATOIRE DE VIROLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
54. SELLAM Jérémie	RHUMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
55. SEROUSSI FREDEAU Brigitte	DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE – Hôpital TENON
56. SOKOL Harry	HEPATO/GASTRO – Hôpital SAINT-ANTOINE
57. SOUSSAN Patrick	VIROLOGIE – Hôpital TENON
58. STEICHEN Olivier	MEDECINE INTERNE – Hôpital TENON
59. SVRCEK Magali	ANATOMIE ET CYTO. PATHOLOGIQUES – Hôpital SAINT-ANTOINE
60. TANKOVIC Jacques	BACTERIOLOGIE/VIROLOGIE – Hôpital SAINT- ANTOINE
61. THOMAS Ginette	BIOCHIMIE – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
62. THOMASSIN Isabelle	RADIOLOGIE – Hôpital TENON
63. VAYLET Claire	MEDECINE NUCLEAIRE – Hôpital TROUSSEAU
64. VIGOUROUX Corinne	INSERM U.680 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
65. VIMONT-BILLARANT Sophie	BACTERIOLOGIE – Hôpital TENON
66. WEISSENBURGER Jacques	PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Faculté de Médecine P. & M. CURIE

## **TABLE DES MATIERES**

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>2</b>
<b>SERMENT D’HYPOCRATE.....</b>	<b>3</b>
<b>LISTE DES PROFESSEURS.....</b>	<b>4</b>
<b>ABREVIATIONS.....</b>	<b>23</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>24</b>
- Epidémiologie du diabète et précarité	
- Le concept d’éducation thérapeutique	
- Une nécessité accrue d’éducation thérapeutique chez les sujets précaires	
- Expérience personnelle	
- Objectifs de l’étude	
<b>MATERIELS ET METHODES</b>	
<b>1) Choix du type d’étude.....</b>	<b>30</b>
<b>2) Constitution de l’échantillon et critères d’inclusion.....</b>	<b>30</b>
<b>3) Guide d’entretien.....</b>	<b>32</b>
- Caractéristiques générales	
- Evaluation des connaissances sur le diabète	
- Connaissance et adaptation des conseils de santé	
- Attentes des patients	
<b>4) Réalisation des entretiens.....</b>	<b>33</b>
<b>5) Analyse des données.....</b>	<b>34</b>
- Caractéristiques de la population	
- Evaluation des connaissances sur le diabète, conseils de santé et attentes des patients	
<b>RESULTATS</b>	
<b>1) Questionnaire qualitatif, caractéristiques de la population.....</b>	<b>36</b>
<b>2) Evaluation des connaissances sur le diabète.....</b>	<b>45</b>
- Définition du diabète et raisons de la prise en charge	
- Complications du diabète	
- Traitements disponibles	
- Surveillance de la maladie	
- Informations sur la maladie	

<b>3) Connaissance et adaptation des règles hygiéno-diététiques.....</b>	<b>49</b>
- Nombre de repas quotidiens	
- Répartition des groupes d'aliments/boissons selon leur fréquence d'utilisation	
- Activité physique	
- Possibilités d'amélioration	
<b>4) Attentes des patients.....</b>	<b>54</b>
- Vision du diabète	
- Contraintes quotidiennes	
- Aides nécessaires pour améliorer leur gestion de la maladie	
- Intérêt d'une consultation d'éducation thérapeutique	

## **DISCUSSION**

<b>1) Biais de l'étude.....</b>	<b>58</b>
<b>2) Retour sur les résultats.....</b>	<b>61</b>
- Connaissances sur la physiopathologie	
- Informations sur la maladie	
- Point sur les mesures hygiéno-diététiques	
- Place du diabète dans leur vie	
<b>3) Solutions à envisager.....</b>	<b>65</b>
- Intérêt d'une consultation d'annonce	
- Proposer des entretiens d'éducation thérapeutique	
- Un problème : la valorisation en médecine générale	

<b>CONCLUSION.....</b>	<b>70</b>
------------------------	-----------

<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>72</b>
---------------------------	-----------

## **ANNEXES**

- Annexe n°1 : calcul du score EPICES.....	<b>77</b>
- Annexe n°2 : guide d'entretien.....	<b>78</b>
- Annexe n°3 : fiche synthèse.....	<b>82</b>

<b>RESUME.....</b>	<b>83</b>
--------------------	-----------

## **ABREVIATIONS**

ADO : antidiabétiques oraux

ETP : éducation thérapeutique du patient

FDRCV : facteur de risque cardiovasculaire

HbA1c : hémoglobine glyquée

HTA : hypertension artérielle

IMC : Indice de masse corporelle

NFS : numération formule sanguine

## INTRODUCTION

### - Epidémiologie du diabète et précarité :

En France, en 2013, plus de 3 millions de personnes diabétiques prenaient un traitement médicamenteux pour un diabète de type 1 ou 2 (soit 4,7% de la population). A cela, s'ajoutent les personnes diabétiques qui s'ignorent. Cette prévalence ne cesse d'augmenter en France, particulièrement chez les hommes, les jeunes (<20 ans) et les plus âgés (>80 ans). Toutefois, cette progression enregistre un ralentissement depuis 2009 : le taux de croissance annuel moyen était de 5,4% sur la période 2006-2009 et de 2,3 % sur la période 2009-2013. [1]

La majorité d'entre elles sont diabétiques de type 2, non insulino-dépendantes (76 %). Le diabète de type 2 représente 92 % des cas de diabète traités.

Le diabète est une pathologie aux multiples facteurs étiologiques, notamment génétiques (antécédents familiaux).

Bien sûr, le vieillissement de la population, le dépistage précoce et l'amélioration de l'espérance de vie des personnes traitées pour diabète augmentent mécaniquement les chiffres. Mais ce sont surtout des facteurs sociaux et environnementaux qui expliquent cet accroissement constant : surpoids, obésité, manque d'activité physique, sédentarité sont les déterminants essentiels du diabète en France.

Par ailleurs, nous ne sommes pas tous égaux face au diabète et face au risque de développer un diabète. Les études confirment des disparités liées à l'âge, au sexe (les hommes sont plus touchés que les femmes), aux conditions sociales ainsi que des disparités géographiques : elles persistent et s'accroissent. Les taux de prévalence les plus élevés en France sont toujours dans les départements d'Outre-mer et dans le nord de la France.

Partout, l'exode rural génère des centaines de millions de citoyens, qui adoptent brutalement un mode de vie sédentaire, une rupture soudaine de leur mode d'alimentation antérieur, avec souvent des apports anarchiques de produits industriels trop gras et trop riches en glucides [2] [3].

Cette disparité géographique n'est pas sans traduire des différences sociales. Plus on est pauvre, plus on est touché par le diabète.



Sur un périmètre limité, les chiffres sont sans appel : en Seine-Saint Denis, le taux de prévalence en 2009 était de 5.8%, alors qu'à Paris, il était de 3,2%. (*Source : BEH Invs, 42-43, novembre 2010*).

L'appartenance à certaines ethnies est également un facteur de risque de développer un diabète de type 2. Les femmes d'origine Africaine (Maghreb et Afrique noire) ont un risque de développer un diabète plus de deux fois supérieur à celui des femmes caucasiennes, à niveau socio-économique et niveau d'obésité équivalents [4].

Les inégalités territoriales et socio-économiques réduisent l'efficacité des soins.[5]

La précarité favorise le diabète, qu'il faudrait prendre en charge à un stade précoce. La maladie est souvent dépistée tardivement, mal vécue, avec un fort pourcentage d'anxiété et de dépression. Une étude confirme le rôle délétère de la précarité et de ses composantes sur l'équilibre glycémique au long cours. [7]

Contrairement aux idées reçues la précarité ne se résume pas seulement aux personnes démunies ou « grands précaires » mais elle concerne aussi les travailleurs pauvres, les retraités, parfois même les propriétaires de leur logement ayant du mal à boucler leur fin de mois.

C'est dans ce large spectre qui définit la précarité que l'état de santé des personnes est le plus dégradé avec une proportion inquiétante de diabète et autres maladies chroniques.

Chez les 35-59 ans la prévalence du diabète chez les précaires est de 6% contre 1% pour le reste de la population.

Chez les 60-80 ans la prévalence atteint 17% chez les sujets précaires versus 4% pour le reste de la population.

Il est d'avantage présent dans les classes ouvrières que chez les cadres ou catégories socio-professionnelles supérieures.

18% des diabétiques de moins de 45 ans sont bénéficiaires de la CMU contre 6% de la population générale du même âge.

#### - **Le concept d'éducation thérapeutique :**

Depuis les années 1980, les soignants ont commencé à développer des pratiques d'éducation pour la santé.

En 1998, l'OMS définit l'éducation thérapeutique comme étant les actions mises en place pour « aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences psychosociales et techniques dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique [...] dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie ».

De là ont été entrepris plusieurs travaux d'enquête pour mieux connaître les besoins et pratiques des patients.

- **Une nécessité accrue d'éducation thérapeutique chez les sujets précaires :**

Dans l'étude ENTRED 2007-2010, il est dit que les patients diabétiques de type 2 ayant un niveau d'étude plus élevé et une plus grande aisance financière se sentent mieux informés sur leur diabète que les autres. [6]

Parmi les patients de cette étude, il apparaît que 76% souhaiteraient des informations supplémentaires et en particulier les gens en difficultés financières.

En parallèle, près de trois quart des médecins généralistes interrogés déclarent ne jamais donner de rendez-vous dédiés à l'éducation thérapeutique, principalement par manque de temps.

Dans la discussion de cette étude, il est mentionné qu'il semble important d'approfondir les attentes de certaines sous-populations fragiles ou particulières, notamment celles appartenant aux catégories socio-professionnelles les plus défavorisées. Auprès de ces populations, l'éducation thérapeutique peut constituer une vraie chance pour réduire les inégalités sociales de santé.

Ce besoin d'éducation thérapeutique a été confirmé par une enquête réalisée de 2006 à 2011 dans le Languedoc par l'Académie Nationale de Médecine dans laquelle 62,8% des diabétiques en situation de précarité étaient demandeurs d'éducation thérapeutique. [7] [8]

Le lien entre précarité et complications du diabète est par ailleurs clairement établi.

Plus précisément, H. Bihan montre que les patients en grande précarité ont un risque deux fois plus élevé de développer une neuropathie, et trois fois plus élevé pour la rétinopathie que les patients en situation de faible précarité. Ces inégalités s'expliquent principalement par les problèmes d'habitat, d'alimentation et financiers auxquels sont confrontés ces patients parfois en rupture de traitement, et pour qui « la santé n'est pas une priorité ». [9] [10]

La notion d'éducation thérapeutique du diabétique de type 2 comporte, en premier lieu, les règles hygiéno-diététiques.

Elles constituent une mesure de prévention du risque cardiovasculaire et ont prouvé leur efficacité dans la prévention et le contrôle du diabète de type 2.

Elles se heurtent fréquemment à des problèmes d'observance.

Pour être efficace, un conseil hygiéno-diététique doit être compris mais également adapté aux goûts et contraintes sociales et professionnelles des patients.

Selon une étude de l'INPES, les caractéristiques alimentaires des populations les moins favorisées socio économiquement comprennent une moindre adhésion aux recommandations nutritionnelles de façon globale et une moindre diversité de leur alimentation par rapport à ce qui est observé dans les catégories plus favorisées.

A l'échelle populationnelle, la connaissance du comportement alimentaire de groupes d'individus est nécessaire à la mise en œuvre de campagne de prévention et de stratégies de santé publique efficaces. [11]

L'anthropologue Arthur Kleinman souligne dès 1980 l'importance d'un échange interculturel du soignant de première ligne qu'est le médecin généraliste avec les minorités ethniques.

Les migrants apportent avec eux leurs croyances sur la santé et la maladie. Lors d'un entretien, ce sont alors deux conceptions de la santé et de la maladie ainsi que des représentations différentes qui se rencontrent. Cela implique une adaptation du médecin au patient et une intégration de ces différences au schéma de soins du pays d'accueil.

Une étude réalisée au Canada en 2008 par G. Imbert souligne l'importance de l'intégration de facteurs socio culturels dans la prise en charge médicale des patients, en prenant l'exemple du diabète de type 2. [12]

La langue constitue un obstacle supplémentaire pour les migrants comme pour les soignants.

La barrière linguistique peut compromettre la qualité des soins et l'adhésion au traitement.

C'est ce que montre une étude menée par Ferguson et Candib en 2002, qui met en évidence que le risque de non observance du traitement est d'autant plus important que le patient ne maîtrise pas la langue du soignant, risque auquel s'ajoute une crainte voire un manque de confiance exprimés par le patient vis-à-vis du soignant qui ne parle pas la même langue que lui.

En parallèle, le patient a parfois du mal à intégrer la notion de maladie chronique, à comprendre le fonctionnement du système de soins et l'importance du médecin généraliste dans ce parcours.

Une étude a démontré un lien entre un fort niveau de précarité et une moindre consommation médicamenteuse (moins de boîtes de médicaments achetées, pourtant prescrites).

La rupture d'ordonnance est un second point fréquent.

S'ensuivent alors des arrêts de traitement faute de compréhension ou d'anticipation de la fin du traitement.

En effet, les difficultés rencontrées au quotidien par les personnes défavorisées sont un frein majeur à la projection dans l'avenir, sachant que cette capacité est le garant essentiel de l'observance (prise des médicaments, comportements de santé, suivi régulier) dans toute maladie chronique. [13]

#### - **Expérience personnelle :**

J'ai effectué mon stage de niveau 1 dans deux cabinets ayant une patientèle globalement assez précaire. J'ai ensuite effectué des remplacements dans ces mêmes cabinets.

Au fur et à mesure des consultations, j'ai constaté à plusieurs reprises, à l'occasion du suivi de patients diabétiques, une forte incompréhension de la maladie par les patients et une adhésion au traitement parfois difficile.

Cette incompréhension me semblait pouvoir être génératrice de sentiments négatifs, de qualité de vie altérée et/ou de mauvaise observance thérapeutique.

J'ai essayé de trouver une solution pour y remédier. J'ai tenté de reprendre de façon informelle au cours des consultations pour « renouvellement de traitement » les bases physiopathologiques et les principes thérapeutiques.

J'ai rapidement réalisé que le format des consultations tel qu'il est proposé actuellement ne me laissait pas le temps d'aborder les points importants dont les patients avaient besoin.

Malgré tout, certains d'entre eux ayant exprimé la satisfaction de recevoir des informations (« on ne m'avait jamais dit ça avant »), je me suis sentie encouragée dans ma démarche.

Persuadée que la prise en charge des patients diabétiques (ou autres maladies chroniques) doit passer par une connaissance de leur maladie et leur traitement, par une interaction privilégiée entre le patient et son médecin au travers d'une prise en charge adaptée à chaque patient avec son histoire particulière, un « état des lieux » préalable me semblait nécessaire à

l'ajustement de mes pratiques.

J'ai donc eu l'idée de réaliser cette étude et d'en faire alors le sujet de ma thèse.

- **Objectifs de l'étude :**

Les objectifs de cette étude sont :

- De savoir ce que les patients ont compris de leur maladie et par quel biais ils ont acquis ces connaissances,
- D'évaluer leurs connaissances concernant les règles hygiéno-diététiques et leur application au quotidien,
- D'évaluer le retentissement de la maladie dans leur vie quotidienne, de recueillir leurs sentiments et leur vécu vis-à-vis de cette pathologie et ainsi évaluer leur demande d'aide pour les aider à gérer ceci au quotidien.

## **MATERIELS ET METHODES**

### **1) Choix du type d'étude**

Compte tenu du problème envisagé il nous semblait plus judicieux de réaliser une étude qualitative.

Nous cherchions à étudier des comportements ainsi que les idées propres des patients. Il s'agissait donc de facteurs subjectifs, difficiles à quantifier.

Nous avons opté pour des questions ouvertes permettant de pouvoir dégager l'ensemble des réponses possibles.

Cette étude a été réalisée sous forme d'entretiens individuels semi-structurés (avec guide d'entretien). [14] [15]

### **2) Constitution de l'échantillon et critères d'inclusion.**

Les patients étaient sélectionnés au hasard de mes consultations et certaines fois de celles de mes collègues à qui j'avais expliqué le sujet de ma thèse.

La plupart des patients ont été sélectionnés en 2014, les derniers en 2016, dans 2 cabinets de médecine de ville (Evry et Corbeil Essonne) ce qui m'a permis d'avoir des profils de sujets assez variés. [16]

Le cabinet de Corbeil est situé en banlieue défavorisée et celui d'Evry a une patientèle mixte mais globalement assez précaire. Ces deux cabinets accueillait des internes de médecine générale en formation (stage niveau 1 et SASPAS).

Quand je rencontrais en consultation un sujet diabétique type 2 qui me semblait correspondre à un profil de précarité, je lui proposais de participer à l'étude et je lui expliquais rapidement l'idée générale. Je lui proposais de le revoir « pour discuter plus précisément du diabète et analyser son mode de vie ».

Je lui expliquais que le contexte serait différent, sans barrières horaires, en entretien individuel « pour parler de la maladie ».

Celui-ci pouvait alors accepter ou refuser. Nous fixions une date de rendez-vous ultérieure pour pouvoir prendre le temps de l'entretien et ne pas imposer au patient une réponse immédiate.

Trois patients ont refusé par manque de temps.

J'ai convoqué les patients vus par mes collègues directement par téléphone. Ayant déjà été

informés de l'étude, ils ont tous acceptés.

Pour valider le statut précaire des patients nous avons utilisé le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé).

C'est un score fiable, validé, étudiant plusieurs caractéristiques chez un individu permettant de calculer un indice de précarité. [17] [18]

Il a été établi en 1998 à partir de 42 questions portant sur les différentes dimensions de précarités (emploi, niveau d'étude, problèmes financiers, composition du ménage...).

Les analyses statistiques ont permis de sélectionner parmi ces caractéristiques 11 questions qui permettent de définir à 90% la situation de précarité d'un sujet ainsi que leur « poids » dans le calcul du score (Annexe n°1).

Un score EPICES  $\geq 30$  définit le sujet comme précaire.

Ce score m'a paru d'autant plus pertinent qu'une étude réalisée en 2009 a établi un lien entre la qualité de vie des patients diabétiques type 2 et leur score EPICES de précarité [19].

Les 2 critères d'inclusion de notre étude étaient alors :

- Etre atteint de diabète type 2
- Avoir un score EPICES supérieur ou égal à 30.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion. Ceci dans le but d'avoir un échantillon assez diversifié, de façon à obtenir des réponses le plus proche possible de la « vraie vie ».

Dans le cadre d'une étude qualitative, l'échantillon comporte en général un petit nombre d'individus (15 à 20), présentant des profils variés afin de dresser un portrait le plus exhaustif possible du problème étudié. Nous nous sommes basés sur différents ouvrages de recherche qualitative ainsi que d'autres thèses qualitatives. [20]

Dans une étude qualitative, le nombre de sujets à inclure n'est pas connu à l'avance. Il est déterminé au fur et à mesure des entretiens. Quand les réponses aux questions semblent se répéter nous arrivons au stade de « saturation des données » ; ce qui signifie qu'aucune nouvelle information ne sera tirée des entretiens suivants. Les entretiens sont alors interrompus.

Une autre solution consiste à changer de lieu d'entretien pour tenter d'obtenir d'autres profils patients mais les patients de l'étude étaient déjà recrutés sur différents cabinets médicaux.

### 3) **Guide d'entretien**

Il s'agissait d'une trame générale me permettant de structurer l'entretien autour des sujets principaux, de donner un fil conducteur.

Dans une étude qualitative il peut être adapté au fur et à mesure de la progression des entretiens.

Certains guides de recommandations de la prise en charge du diabète ont aidé à construire la trame de cet entretien [21] [22]

#### - **Caractéristiques générales**

L'entretien débutait par un questionnaire court me permettant de caractériser la population. Tout d'abord des critères simples comme âge, sexe, statut marital, profession, niveau d'étude (en précisant également si la lecture et l'écriture étaient acquises, ce qui peut possiblement jouer un rôle sur la bonne prise du traitement) puis des critères de santé orientés vers le diabète comme IMC, ancienneté de la maladie, circonstances de découverte, suivi, complications, autres facteurs de risques cardiovasculaires associés, équilibre du diabète, dernier bilan complet, traitements actuels, possession d'un lecteur glycémique et utilisation.

La partie suivante regroupait des questions ouvertes, articulées en 3 axes :

#### - **Evaluation des connaissances sur le diabète**

Il s'agissait de connaissances générales comme la définition du diabète, les risques et complications, les traitements possibles, les moyens de surveillance de la maladie.

La dernière question consistait à demander par quels moyens le patient avait acquis ces informations (médecin, internet...)

#### - **Connaissances et adaptation des conseils de santé**

Tout d'abord il y avait des questions concernant l'alimentation, le nombre de repas par jour (ainsi que la personne les préparant), les aliments et boissons qu'ils consommaient à volonté, en petite quantité ou ceux qu'ils considéraient comme interdits.

Ensuite les questions concernaient l'activité physique des patients ainsi que les changements qu'ils pensaient pouvoir mettre en place pour favoriser l'équilibre du diabète.



#### - **Attentes des patients**

La dernière partie concernait plutôt le vécu des patient face à leur maladie et aux contraintes qu'elle engendre.

Tout d'abord nous leur demandions si leur maladie leur faisait peur.

Ensuite si elle était pour eux une contrainte au quotidien.

Et enfin si ils considéraient avoir besoin d'aide pour les aider à mieux gérer leur maladie et si oui sous quelle forme.

#### **4) Réalisation des entretiens**

J'ai choisi des entretiens individuels plutôt que des focus group car le sujet implique un contexte social particulier et je voulais que les patients puissent s'exprimer librement, sans gêne.

Les entretiens avaient lieu soit au cabinet (dans un bureau libre) soit au domicile du patient s'il le désirait. Deux ont eu lieu au domicile, treize au cabinet dans le bureau de consultation ou dans une salle isolée.

J'ai choisi de ne rien noter des entretiens hormis la partie initiale regroupant les caractéristiques des patients car je souhaitais ne pas les freiner dans leurs discours et confidences éventuelles. Le but était d'introduire un climat de confiance, de me mettre en position d'écoute active.

J'ai donc enregistré les entretiens avec un magnétophone et je les ai retranscrits dans un second temps.

Mon rôle était un rôle de structuration de l'entretien et d'écoute attentive, voire de relance quand la discussion s'épuisait.

J'ai souvent du reformuler certaines phrases mal comprises compte tenu de problèmes de langue. Un des entretiens a même dû être réalisé avec l'aide du mari de la patiente qui effectuait la traduction.

A aucun moment je n'ai montré mon approbation ou désapprobation.

Tout d'abord il y avait une introduction orale expliquant le but de l'étude et le déroulement de l'entretien. Je précisais bien au patient que les données étaient anonymes.

Ensuite j'ai suivi mon guide d'entretien étape après étape.

J'ai enfin terminé par le score EPICES précis pour confirmer que le patient présentait bien les critères d'inclusion. Ceci dans le but de ne pas le déstabiliser d'emblée par les questions de ce score (ayant vu les patients en consultation au préalable j'avais déjà évalué grossièrement le score EPICES pour être sûre qu'ils pouvaient être inclus dans l'étude).

La dernière partie de l'entretien était une partie OFF non enregistrée car non utile à l'étude. Je faisais le point avec les patients sur leurs réponses et reprenais avec eux les grands points. Ceci dans le but de leur donner un retour et les remercier d'avoir participé. Je leur remettais également un tableau bref récapitulatif des grands groupes d'aliments et leur teneur en glucides (ce tableau était sous forme écrite mais aussi sous forme de dessins permettant une compréhension même pour les patients non lecteurs) [annexe 3]. Ils ont tous été très heureux de cette synthèse qui leur a, pour la plupart, beaucoup apporté.

## **5) Analyse des données**

Les enregistrements ont été retranscrits mot à mot (Verbatim) à mon domicile. Je les écoutais sur le logiciel iTunes et je transcrivais les paroles par écrit sur fichier Word. J'ai tenté le plus possible de noter également les émotions (sourires, tristesse...) manifestées durant les entretiens (aidé par les notes prises à ce moment-là). Les enregistrements étaient alors notifiés comme « P1 » pour Patient 1 et ainsi de suite. J'ai effectué la retranscription dès le début des entretiens, alors même que tous les patients n'avaient pas encore été interrogés. Ceci dans le but d'adapter le guide d'entretien mais également de repérer le stade de saturation des données.

### **- Caractéristiques de la population**

La première partie a consisté en un classement simple des données initiales concernant les caractéristiques des patients. J'ai réalisé des diagrammes via le logiciel Excel.

- **Evaluation des connaissances sur le diabète, conseils de santé et attentes des patients**

J'ai effectué à ce niveau l'analyse qualitative des données.

Pour ceci j'ai d'abord fait un « codage axial » des Verbatims. Chaque partie du Verbatim a été classée dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhiculait (par exemple « aliments autorisés sans restrictions »).

Ces parties pouvaient alors être regroupées en thème plus généraux ou alors même déclinées en sous catégories si jamais il se dégageait des particularités à mettre en avant.

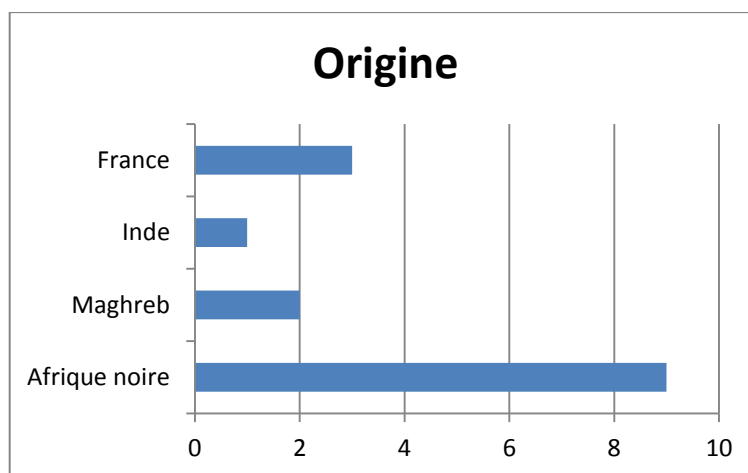
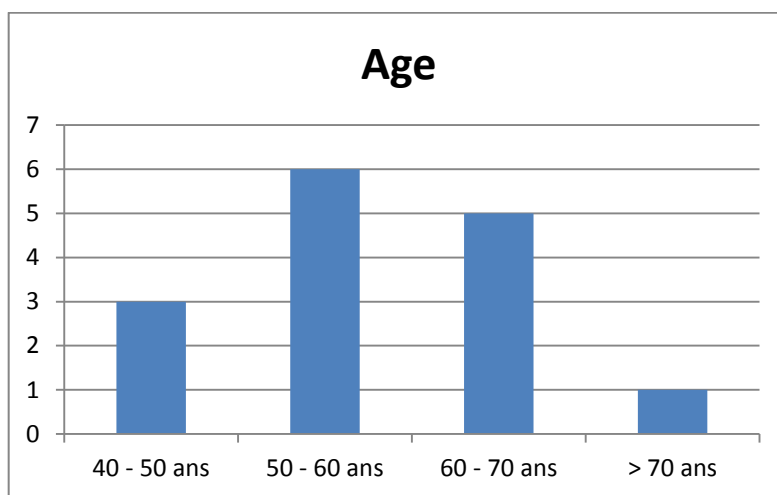
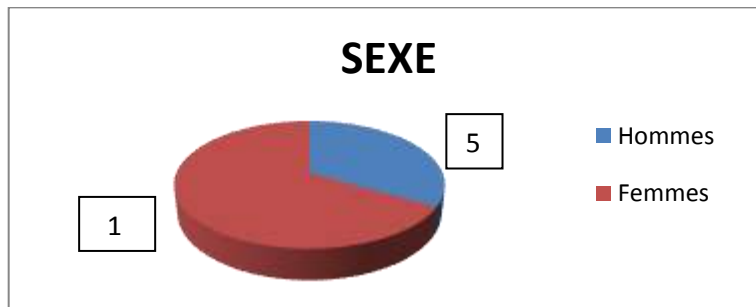
Ensuite j'ai réalisé une analyse descriptive, c'est-à-dire que j'ai recoupé les entretiens entre eux et recherché combien de fois une idée identique apparaissait dans les différents discours, permettant de quantifier dans la population étudiée la fréquence d'apparition de cette même idée (par exemple « 4 patients pensent que le Soda est autorisé sans restriction »).

Pour représenter la plupart de ces résultats j'ai choisi la forme de graphiques énonçant les différentes idées pour permettre une vision plus synthétique. J'ai tout de même retranscrit plusieurs citations particulières écrites qui me paraissaient intéressantes.

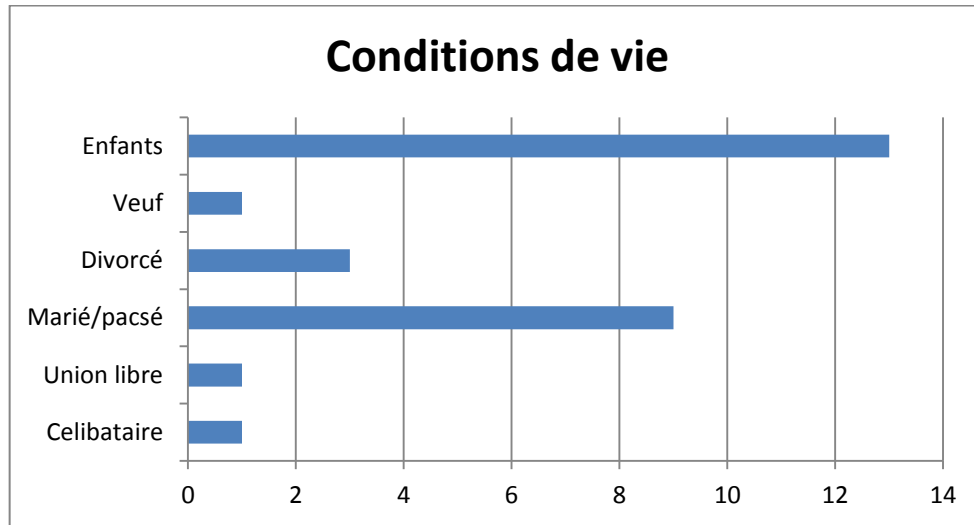
## RESULTATS

### 1) Questionnaire qualitatif, caractéristiques de la population

Sexe, âge et origine :

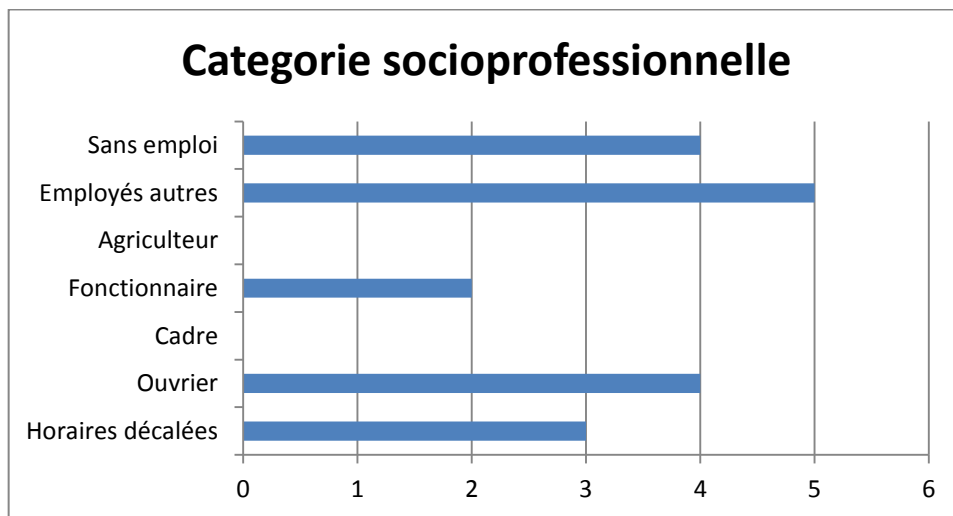


Statut marital/conditions de vie :



Parmi ces patients, 2 sont hébergées chez un ami ou par leur famille.

Catégorie socio-professionnelle :



Pour détail j'ai rencontré des assistantes maternelles, des femmes de ménage, manutentionnaires, éboueur, plongeur, vendeuse, secrétaire.

Un patient était inspecteur des douanes.

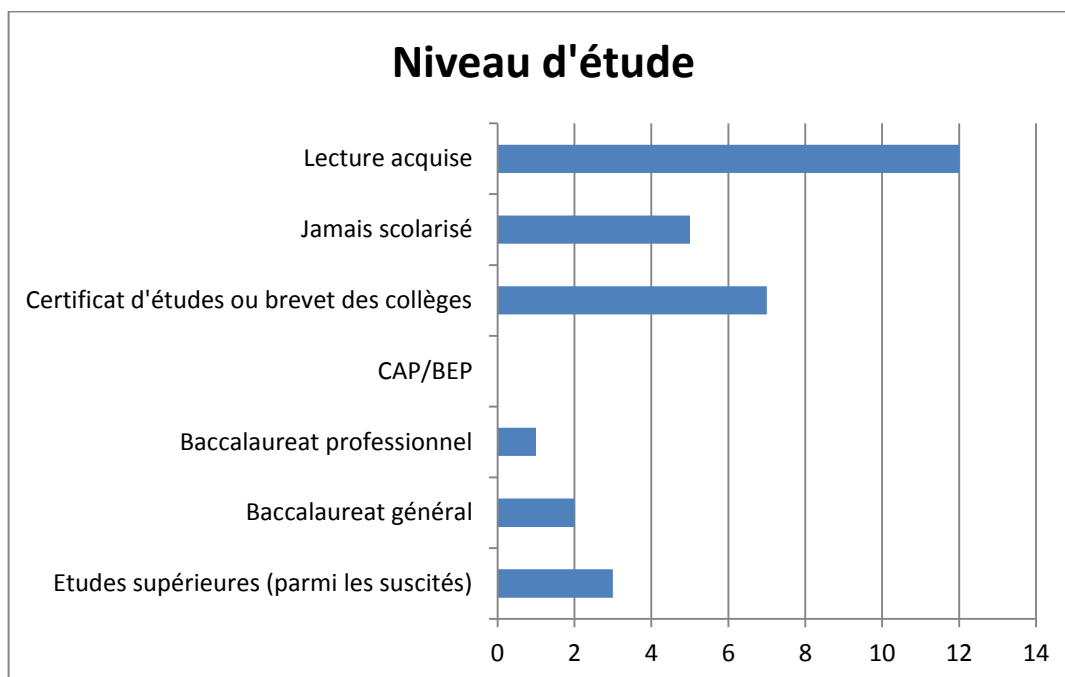
Pour les immigrés leur métier en France était souvent bien différent du métier exercé dans leur pays d'origine.

Quatre sont retraités. Ils ne sont pas comptés dans les sans-emploi mais indiqués dans la catégorie professionnelle de leur travail antérieur.

Au total, il y a 8 patients inactifs au moment du questionnaire.

Une remarque importante est que tous les patients interrogés ont une couverture sociale.

### Niveau d'étude :

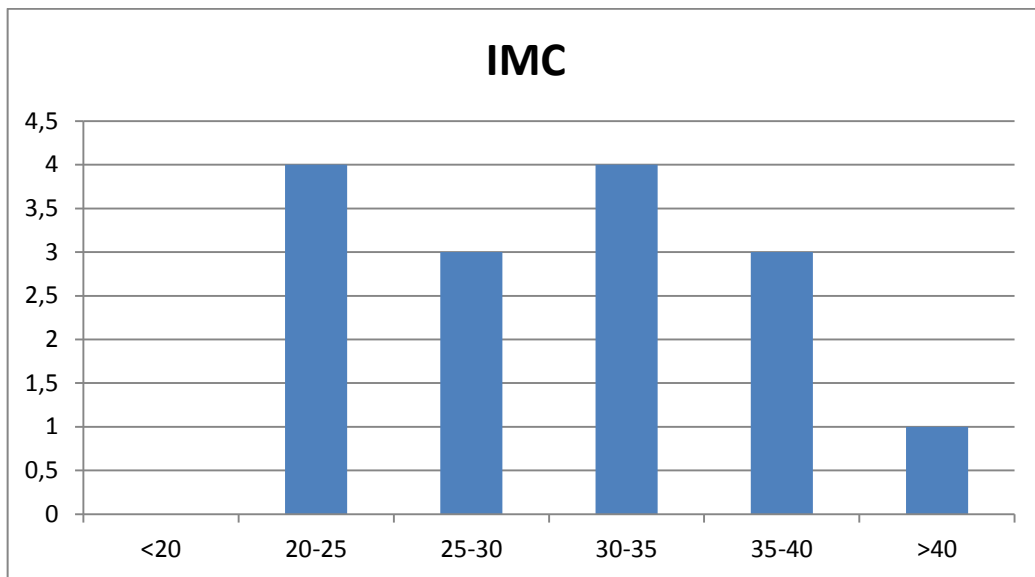


Les études ont le plus souvent été faites dans le pays d'origine. Deux patients ont étudié en France.

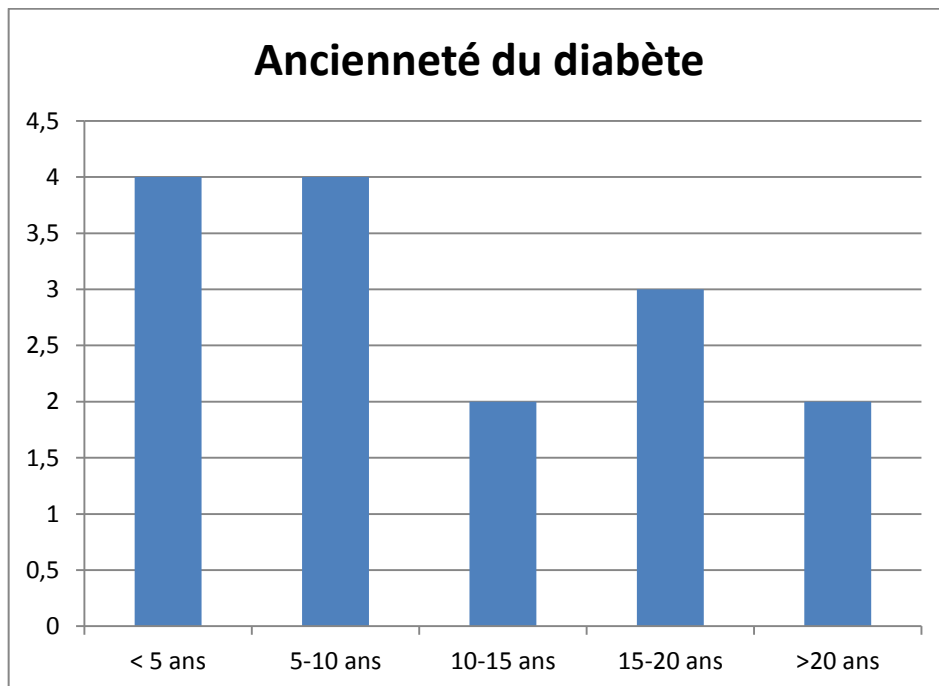
Trois personnes ne savaient ni lire ni écrire. Les autres patients savaient lire mais ne savaient pas tous écrire. C'est surtout la lecture qui nous semblait importante dans cette étude, pour savoir si les patients étaient capables de comprendre d'éventuels documents fournis sur leur maladie.

Une des personnes comprenait très mal le français et l'entretien s'est déroulé avec un traducteur.

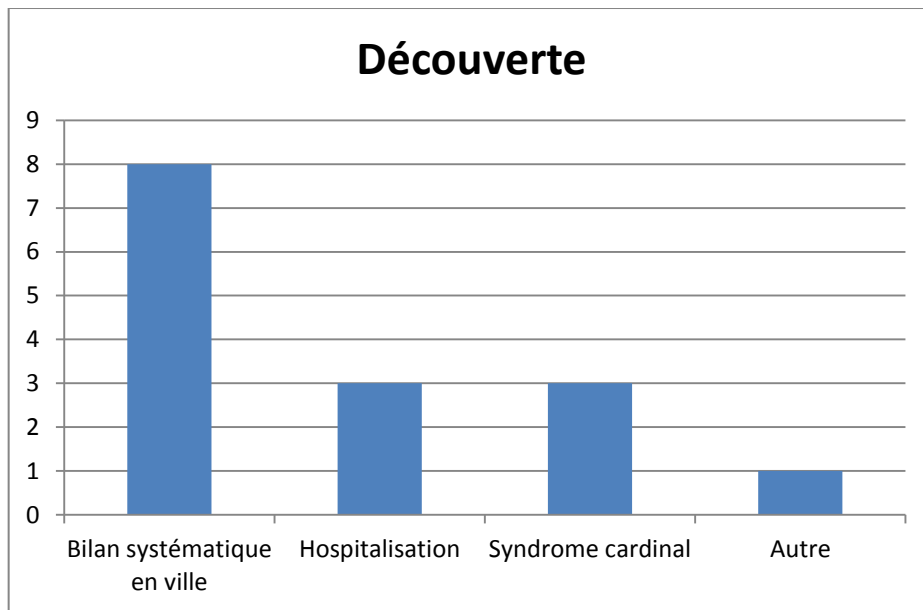
IMC :



Ancienneté du diabète :



Circonstances de découverte :

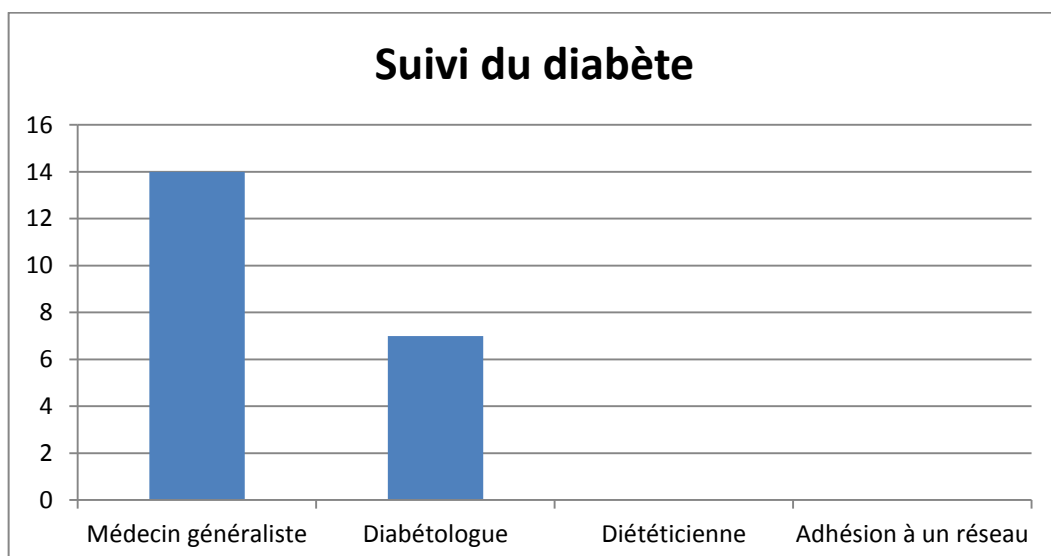


Le diabète de deux patients a été découvert « au pays ».

Deux personnes ont été hospitalisées pour malaise et la troisième pour douleur abdominale.

Parmi les « autres » une patiente a eu un diabète découvert dans le cadre de la surveillance immédiate du diabète gestationnel.

Suivi du diabète :

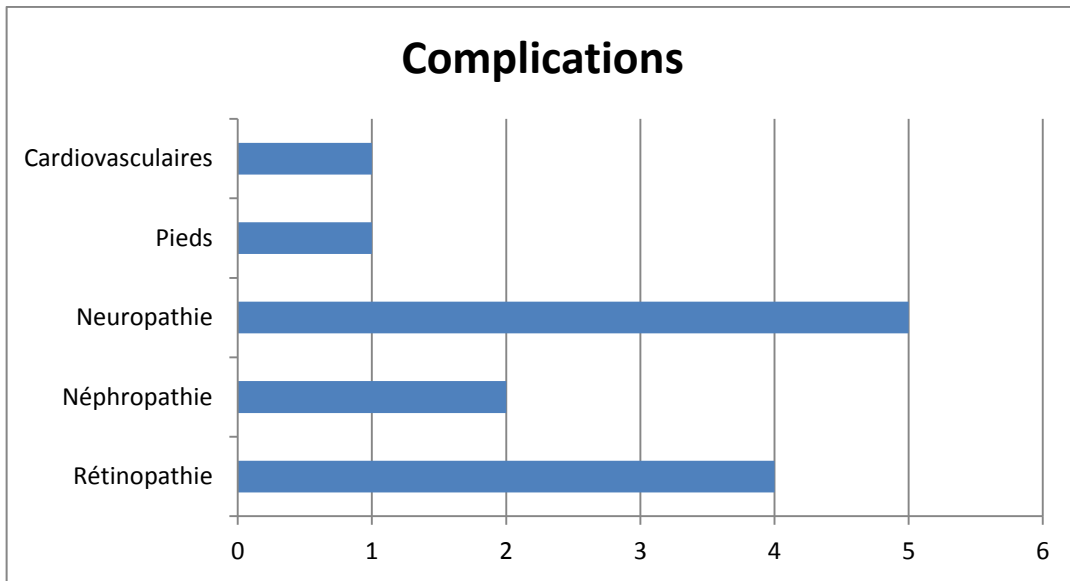


Un seul patient a un suivi exclusif par le diabétologue. Les autres ont des suivis conjoints et un suivi par le médecin généraliste seul pour six patients.

Personne ne voit de diététicienne et aucun n'est adhérent à un réseau.



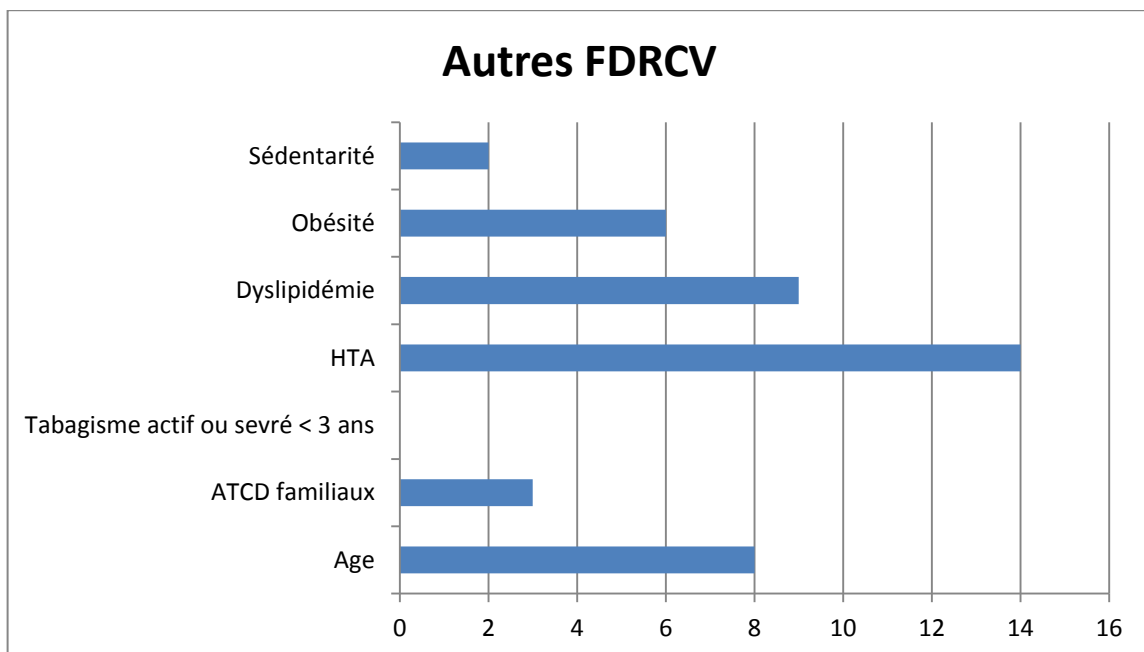
Complications :



Un des patients était poly compliqué (rétinopathie, neuropathie, ATCD de maux perforants et sténoses artérielles).

Les patients ayant une néphropathie avaient une HTA sévère probablement la plus en cause. Sept patients n'avaient aucune complication.

Autres facteurs de risques cardiovasculaires :



Nous avons pris comme modèle la définition des FDRCV de l'AFSSAPS (maintenant ANSM).

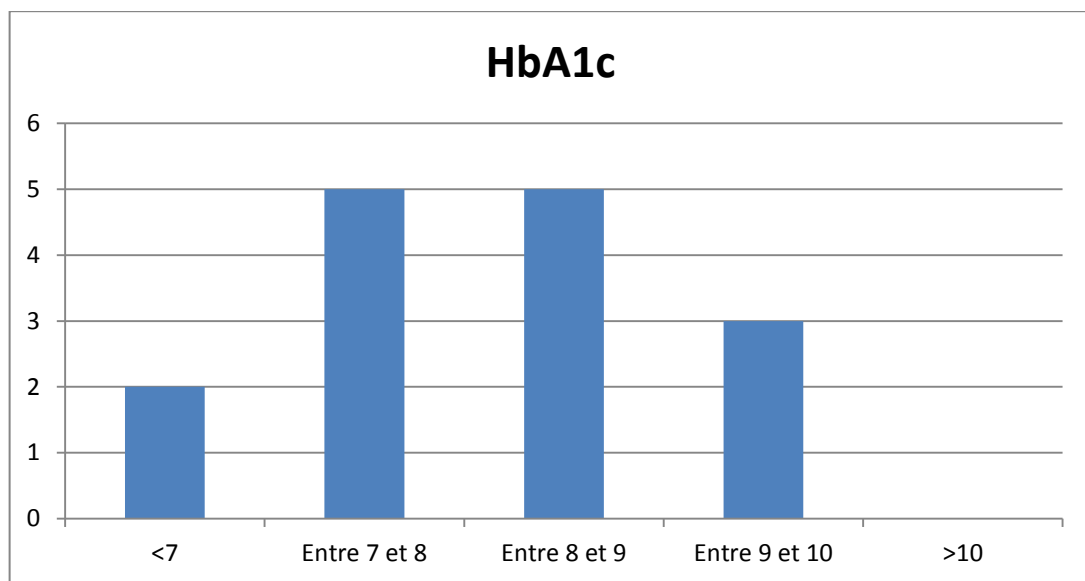
Voici le détail concernant l'âge et les antécédents familiaux :

- homme âgé de 50 ans ou plus ;
- femme âgée de 60 ans ou plus ou ménopausée ;
- antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce :
  - infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père/frère,
  - infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 65 ans chez la mère/sœur

La plupart avaient également une HTA mais aucun n'était tabagique.

Plus de la moitié avait également une dyslipidémie et par conséquent un régime hypolipémiant associé.

Equilibre du diabète :

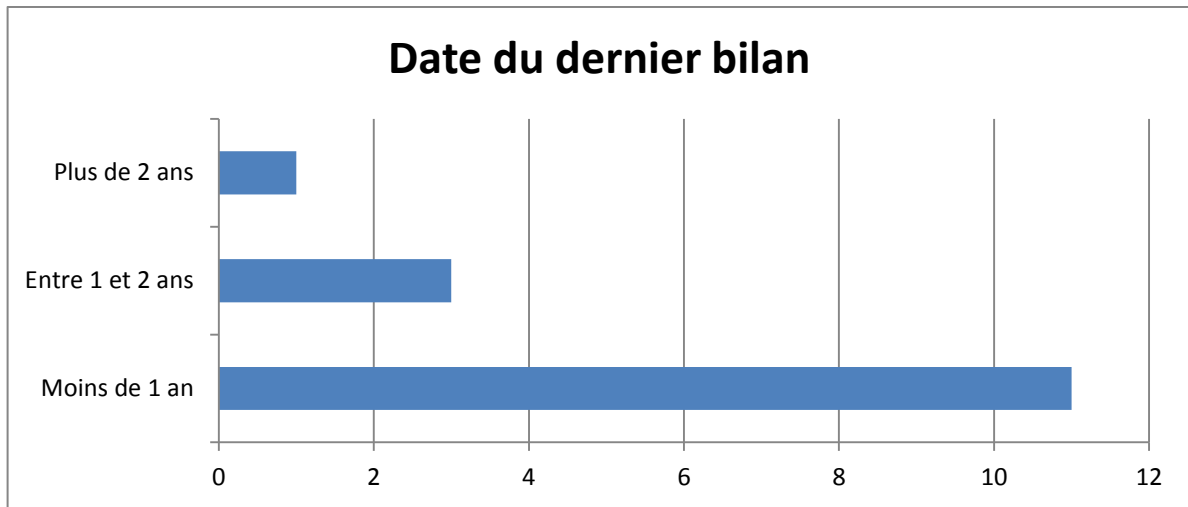


Les HbA1c inscrites sont les dernières disponibles pour les patients (entre 3 et 6 mois avant l'entretien).

Seuls deux patients avaient une HbA1c à l'objectif.

Deux patients étaient très mal équilibrés mais aucun n'était en déséquilibre très sévère (HbA1c >10).

### Bilan des complications :

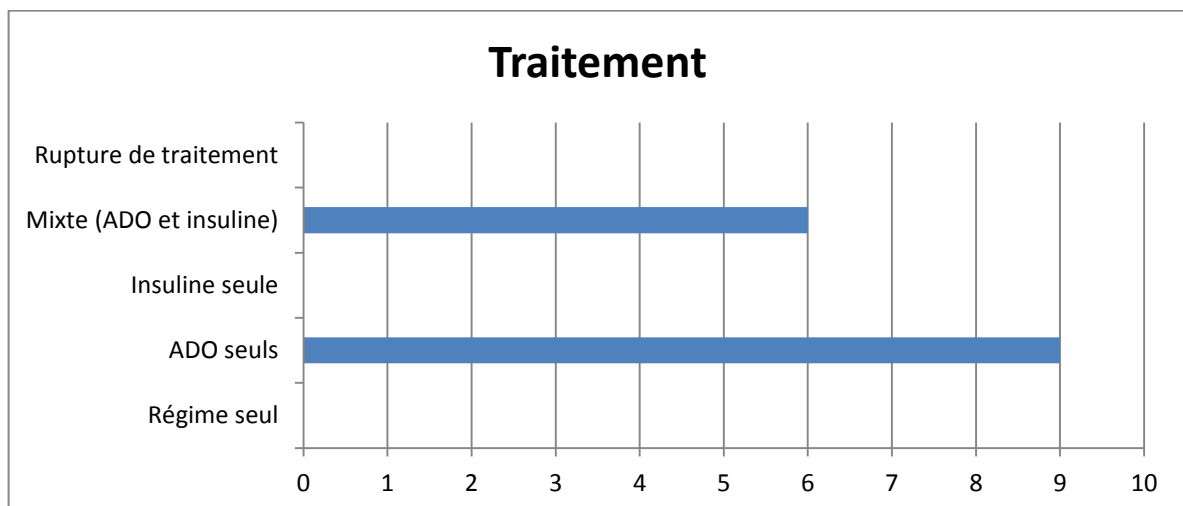


Un bilan complet correspondait à :

- Un fond d'œil
- ECG +/- consultation cardiologique
- Biologie complète (NFS, ionogramme sanguin, créatinémie, exploration d'une anomalie lipidique, glycémie à jeun, HbA1c, micro albuminurie sur échantillon)
- Examens des pieds

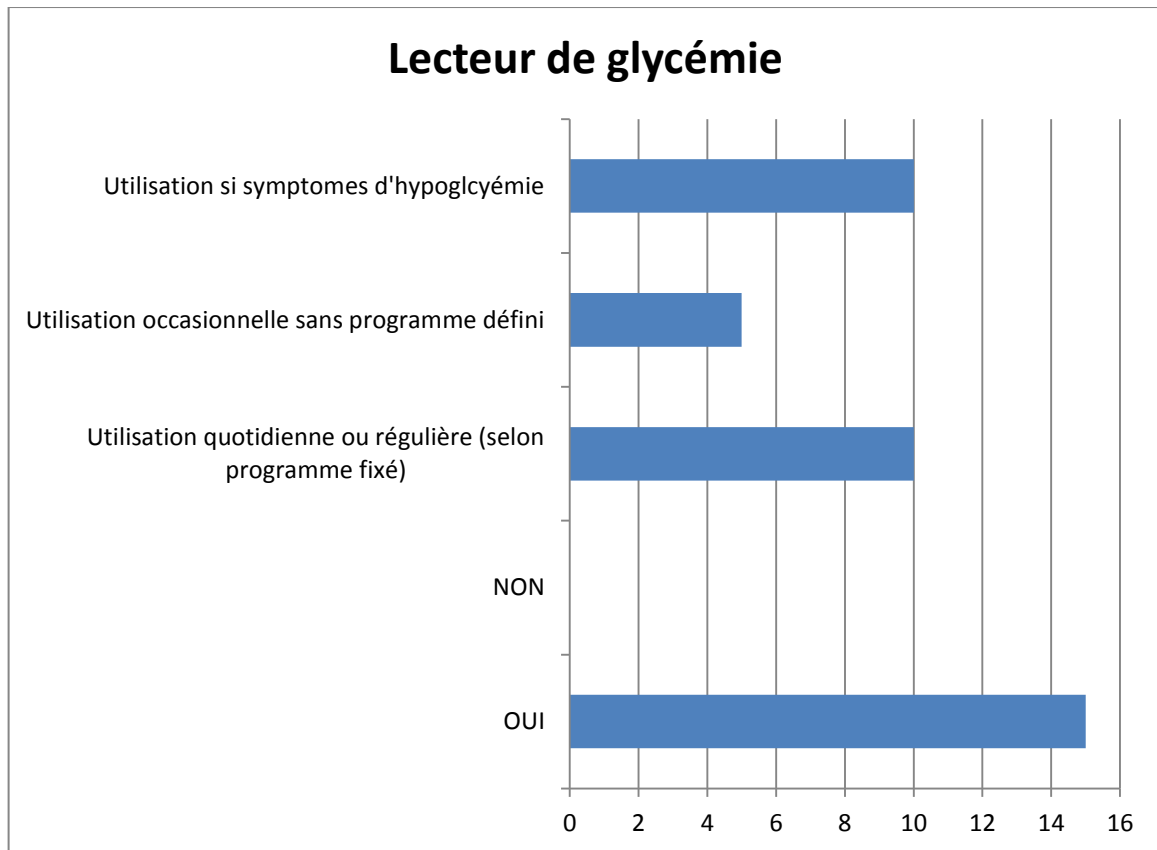
Globalement les patients étaient très bien suivis concernant le bilan des complications du diabète. La plupart avaient un bilan complet récent avec également doppler artériels et test de dépistage d'une ischémie myocardique faits dans les deux dernières années.

### Traitement en cours :



Les traitements par ADO et/ou insuline sont associés aux mesures hygiéno-diététiques.  
Tous les patients étaient sous traitement médicamenteux et six patients avaient une insuline lente associée aux ADO.

Possession d'un lecteur de glycémie et utilisation :



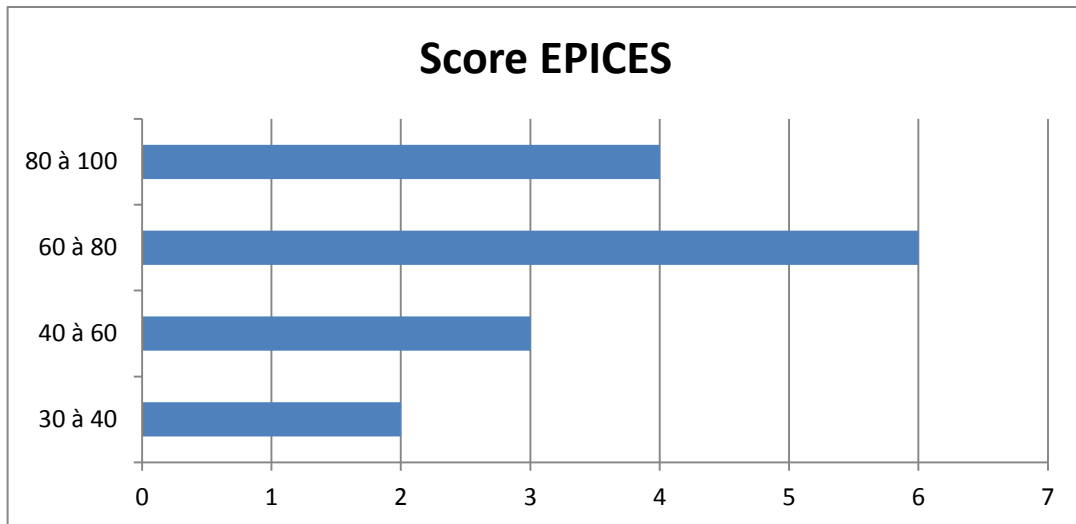
Tous les patients possédaient un lecteur de glycémie.

Deux tiers l'utilisaient régulièrement (de 2 à 3 fois par semaine à 1 fois par jour).

Les utilisateurs réguliers n'étaient pas forcément les patients sous insuline (en effet 2 patients sous insuline ne s'en servaient que très peu).

Seul 2/3 des patients utilisaient leur lecteur lors des symptômes d'hypoglycémie.

## Score EPICES :



Les scores EPICES des différents patients se situent entre 30.18 et 100.

La moyenne est de 66.79.

## **2) Evaluation des connaissances sur le diabète**

### **- Définition du diabète et raison de prise en charge :**

Pour 14 patients le diabète est un « problème de sucre ».

Un patient (P3) ne sait pas expliquer ce qu'est le diabète mais dit qu'il faut traiter pour « ne pas mourir du cœur ».

Seules deux personnes (P5 et P14) évoquent le terme de maladie chronique dans l'idée que « ça ne se guérit pas ».

Concernant la cause de l'excès de sucre :

- cinq patients parlent de problème au niveau du pancréas et trois seulement évoquent l'insuline.
- cinq patients considèrent que la maladie apparaît suite à une trop forte consommation de sucre dans les années précédentes
- un patient évoque l'hérédité
- deux personnes disent ne pas savoir le mécanisme de la maladie
- deux n'ont pas répondu.

P1 nous avoue ne pas avoir compris le mécanisme initialement car « elle était maigre et pourtant on lui disait de ne pas manger ».

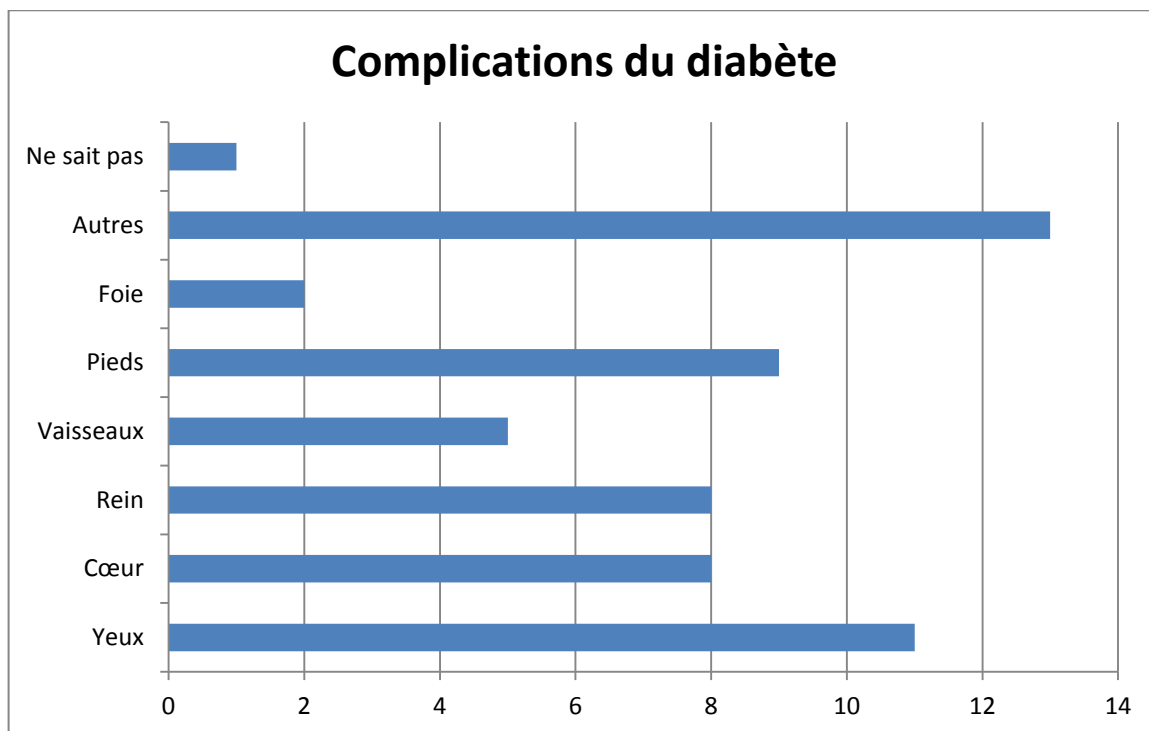
P2 nous dit ne pas du tout comprendre sa maladie car « on ne lui a jamais expliqué ».

A la question « pourquoi faut-il traiter ? », onze répondent que c'est pour éviter les complications de la maladie voire la mort ; deux avouent ne pas savoir pourquoi il faut traiter un excès de sucre dans le sang.

Trois personnes évoquent la gravité de la maladie.

P10 nous dit « que ce n'est pas une maladie grave car les enfants peuvent être touchés ».

### - Complications du diabète



Les complications les plus évoquées sont les atteintes oculaires (11/15) et les amputations suite à des plaies au niveau des pieds (9/15).

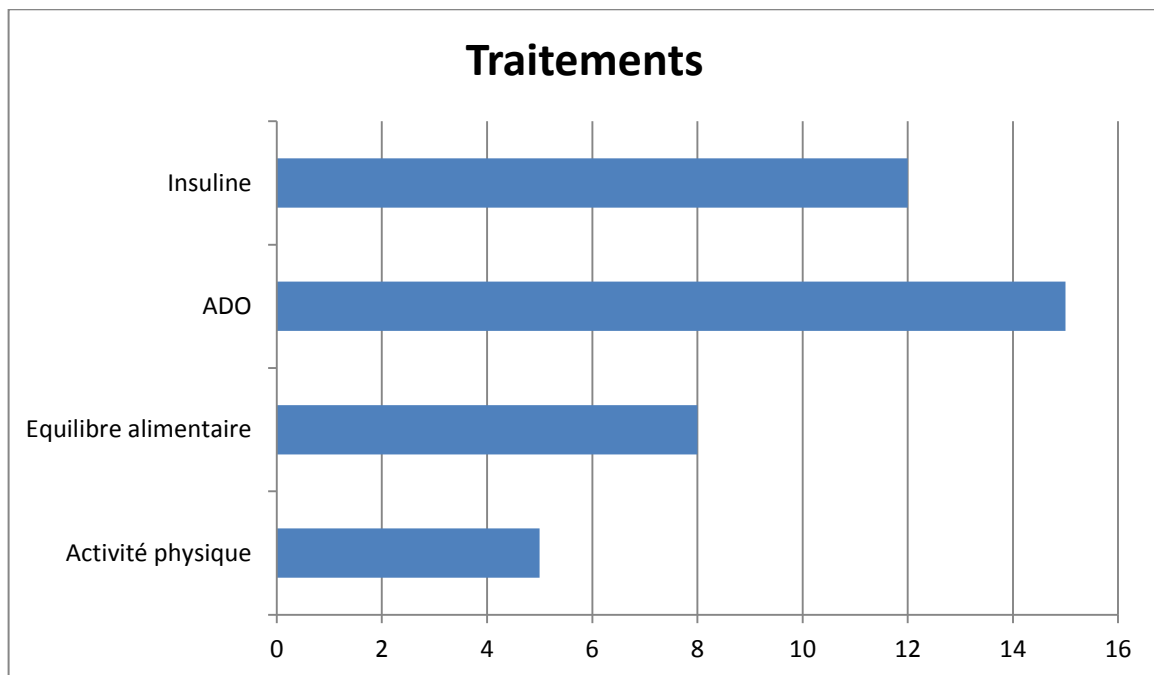
Environ la moitié cite le cœur et le rein (8/15).

Deux personnes évoquent le foie.

Parmi les réponses « autres » il y a la fatigue (1), la diminution des performances sexuelles (2), les atteintes dentaires (1), la gonarthrose (1), les douleurs des bras (1), l'atteinte

pulmonaire (2), le coma (1), les mycoses (1), les accidents vasculaires cérébraux (1) et l'hypertension artérielle conséquence du diabète selon une personne.

- **Traitements disponibles**



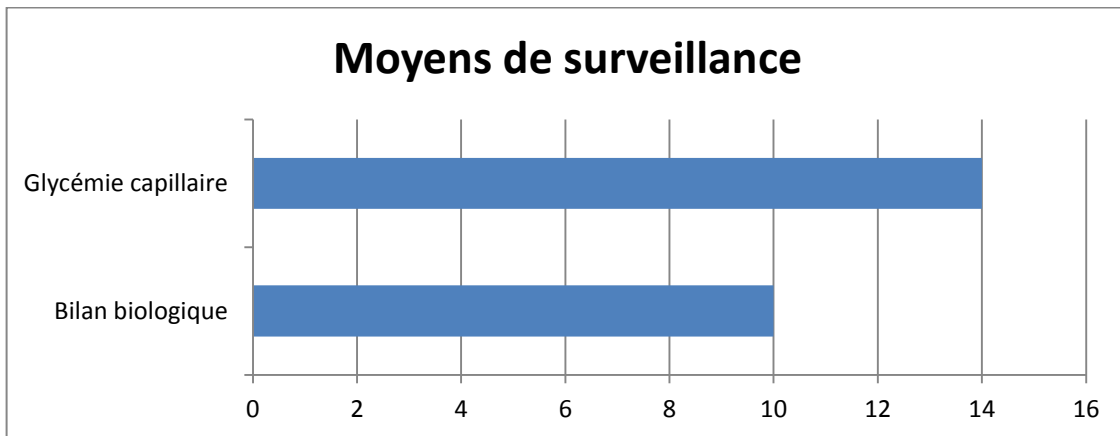
Tous les patients citent les antidiabétiques oraux (ADO) et douze parlent d'insuline. Seuls cinq patients parlent d'activité physique comme traitement et huit de l'équilibre alimentaire.

Parmi ces réponses, sept patients classent les traitements par ordre de progression thérapeutique.

P7 dit que « pour diminuer le diabète il faut aller dans l'eau ».

P14 nous dit que le diabète induit un excès de cholestérol et conclut que le traitement du cholestérol est également un traitement du diabète.

- **Surveillance de la maladie**



Toutes les personnes sauf une citent la glycémie capillaire.

La quinzième personne (P5) ne connaît pas les moyens de surveillance, elle répond « le docteur demande comment ça va ».

Un tiers des patients (10/15) parle de bilans biologiques réguliers et parmi eux seuls cinq personnes parlent d'hémoglobine glyquée.

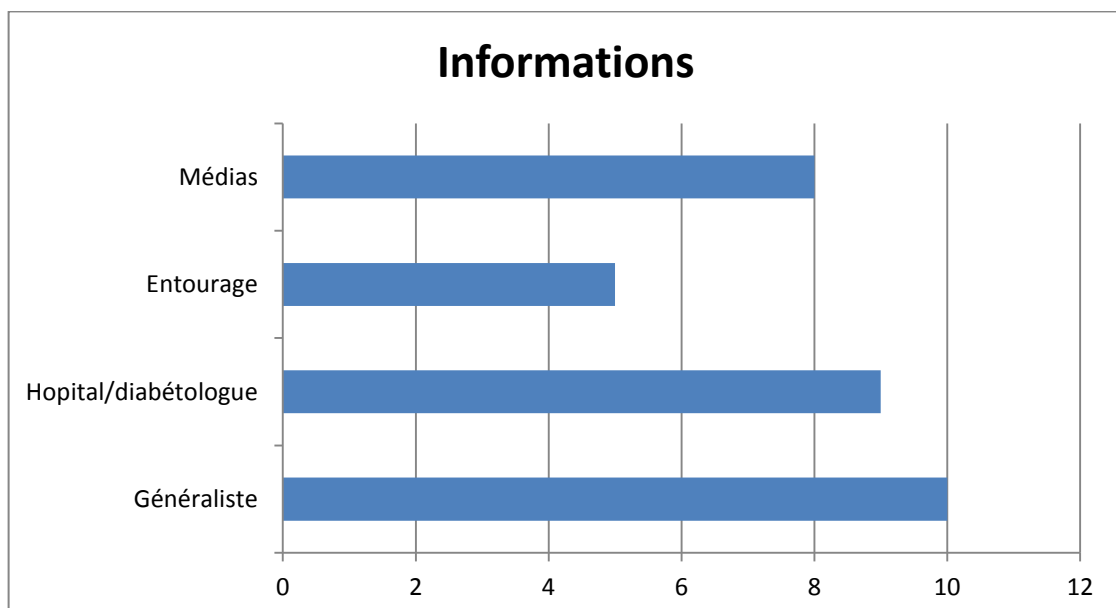
Sept personnes connaissent la fréquence du bilan biologique (tous les 3 à 6 mois).

Une seule personne (P9) sait expliquer clairement ce qu'est l'HbA1c.

P6 pense que la prise de la tension artérielle est un moyen de surveillance du diabète.

P15 nous répond clairement « je ne sais pas, ce n'est pas moi qui surveille c'est le docteur ».

- **Informations sur la maladie**





Deux tiers des patients ont reçu des informations de leur généraliste (à rappeler qu'un seul patient a un suivi exclusif par son diabétologue).

Deux patients disent que leur médecin généraliste ne leur a jamais expliqué la maladie et le regrettent.

La plupart (9/15) ont déjà été hospitalisés en hôpital de jour ou hospitalisation classique ce qui leur a donné accès à une source d'information supplémentaire.

P7 et P9 nous avouent ne pas rechercher d'information dans les médias car « A la télé ou sur internet ils disent n'importe quoi, surtout sur Facebook. » ; « Ce qu'on trouve sur les ordinateurs peut nous rendre zinzin ».

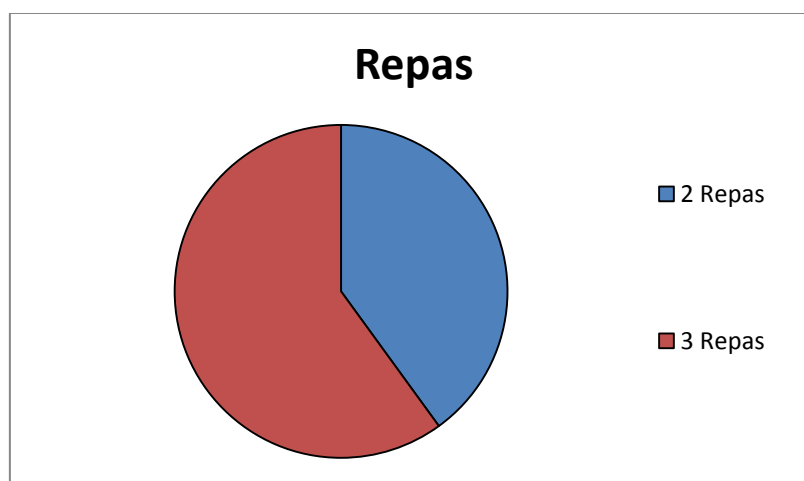
P12 bénéficie d'une prise en charge par Sophia et reçoit régulièrement des documentations.

P3 nous avoue faire toute confiance au médecin et ne jamais chercher d'informations ailleurs.

P14 nous dit «que savoir le minimum est suffisant, s'informe de loin car ne souhaite pas en parler », « essayi de ne pas y penser ». Elle parle de la journée des diabétiques mais n'a jamais voulu s'y rendre.

### 3) Connaissance et adaptation des règles hygiéno-diététiques

#### - Nombre de repas quotidien



Six personnes mangent 2 fois par jour soit presque un tiers des patients interrogés.

Neuf personnes font 3 repas par jour.

Neuf personnes avouent grignoter en journée. Parmi elles, 4 personnes (soit deux tiers) font

partie du groupe « 2 repas par jour ».

Huit personnes cuisinent elles même. Pour les autres la cuisine est faite par un membre de la famille.

P6 nous explique avoir arrêté le petit déjeuner car « le pain lui a été interdit ».

P9 avoue grignoter en journée par « frustration surtout ».

- Répartition des groupes d'aliments/boissons selon leur fréquence d'utilisation

<i>(référentiel de 15 patients)</i>		<b>A Volonté</b>	<b>A limiter</b>	<b>Interdit</b>
<b>Protéines</b>	<b>Viandes</b>	7	6	0
	<b>Poissons</b>	6	2	0
	<b>Œufs</b>	1	1	0
<b>Légumes</b>		11	5 (à préciser)	0
<b>Fruits</b>		5	9	2
<b>Produits laitiers</b>		7	3	0
<b>Féculents</b>	<b>Pâtes/riz/semoule</b>	2	14	0
	<b>Pommes de terre</b>	1	8	0
	<b>Pain</b>	0	9	0
<b>Sucres</b>	<b>Gâteaux/pâtisseries</b>	0	5	7
	<b>Sucreries/bonbons</b>	1 (à préciser)	1	5
<b>Graisses</b>		0	4	3
<b>Boissons</b>	<b>Eau/Café/thé</b>	12	0	0
	<b>Jus</b>	1	9	4
	<b>Sodas</b>	8 (si light)	4	8
	<b>Alcool</b>	0	2	10

- Concernant le groupe des protéines :

Sept personnes parlent de viande à volonté mais 2 précisent qu'il ne s'agit que de viande blanche et 3 autres précisent que la viande est à volonté à condition d'être grillée ou à la vapeur.

Les personnes limitant la viande précisent qu'il s'agit des viandes grasses « type mouton ou bœuf » et les viandes en sauce. Le poisson est limité pour les mêmes

raisons.

Seules 2 personnes évoquent les œufs. Une dit que les œufs sont à volonté seulement si ils sont durs.

- Concernant les légumes :

Onze personnes considèrent que les légumes sont à volonté.

Trois personnes pensent tout de même qu'il faut faire attention aux petits pois, une personne évoque la carotte et une autre les légumes secs type haricots.

- Concernant les fruits :

Quatre personnes disent que tous les fruits sont à volonté en insistant sur la pomme « car c'est un fruit quasi sans sucre ».

Une personne dit que seules les bananes sont consommables à volonté.

Une personne dit que les fruits consommés dans les yaourts sont interdits et une autre dit que la banane et la mangue sont interdites car très sucrés.

P15 dit consommer des noix de cajou pour grignoter car « vu que c'est salé ça n'est pas sucré ».

- Concernant les produits laitiers :

Sur les sept personnes considérant les produits laitiers comme à volonté, quatre précisent qu'il ne s'agit que des yaourts nature et un autre dit que tous les produits laitiers « zéro pour cent sont autorisés à volonté ».

P6 précise que « zéro pour cent veut dire sans sucre ».

- Concernant les féculents :

La plupart (14/15) considèrent qu'il faut limiter les féculents.

Deux personnes ne consomment du pain que le matin et P12 le rationne sur la journée (dit 60g-30g-30g).

P3 distingue le groupe riz/pommes de terre/semoule qu'elle considère à volonté du groupe des pâtes qu'il faut limiter.

P14 est la seule qui pensait que ce groupe d'aliments était autorisé sans restriction (sauf le pain).

P1 nous dit qu'il « ne faut jamais mélanger 2 féculents dans le même repas ».

P7 nous dit que la portion de féculents autorisée représente un tiers de l'assiette.

P9 nous dit que la quantité autorisée par repas est de « 2 cuillères à soupe = 100g ».

- Concernant les sucres :

P10 nous dit que le chocolat noir est consommable à volonté seulement.

Parmi les 5 personnes considérant les sucres comme aliment à limiter, 3 personnes disent s'autoriser des plaisirs sucrés occasionnellement seulement (pour les fêtes par exemple).

Sept personnes considèrent les sucreries comme interdites.

P10 précise que les pâtisseries maghrébines sont les plus riches en sucre donc strictement interdites.

P14 nous dit consommer de la « confiture spéciale et pâte à tartiner spéciale sans sucre » ainsi que des « gâteaux sans sucre » pour son petit déjeuner et ses en-cas.

P15 utilise du « sucre de canne pour moins sucrer ».

- Concernant les graisses :

Les graisses « à limiter » sont pour 4 personnes la charcuterie.

P15 dit que la consommation de charcuterie augmente sa glycémie.

Trois personnes considèrent que tout ce qui est gras est interdit quand on a du diabète.

P13 précise que « le gras aggrave le diabète ».

- Concernant les boissons :

L'eau est la boisson évoquée comme consommable à volonté par 12 patients. Les 3 autres semblent consommer exclusivement des sodas light ou des boissons type café ou thé.

P4 précise même que quand il a fait un repas riche il « boit beaucoup d'eau pour beaucoup uriner et diminuer le sucre ».

Les jus peuvent être consommés en faisant attention pour 9 personnes mais 3 personnes précisent qu'il ne faut acheter que du « sans sucre ajouté ».

P12 s'autorise par contre le jus de fruit sans sucre ajouté à volonté.

Quatre personnes s'interdisent le jus sous toutes ses formes.

Huit personnes précisent que les sodas sont à volonté seulement s'ils sont light (P9 précise quand même que l'Orangina light est interdit car il y a « de la pulpe qui apporte du sucre »).

Quatre pensent que l'on peut consommer occasionnellement du soda de toutes formes et huit se l'interdisent.

Le soda le plus montré du doigt est surtout le « coca rouge ».

Dix personnes considèrent l'alcool comme strictement interdit. Deux personnes font exception du vin et de la bière.

- Remarques hors catégories :

P2 et P6 considèrent que rien n'est à volonté et « qu'il faut faire attention à tous les aliments ».

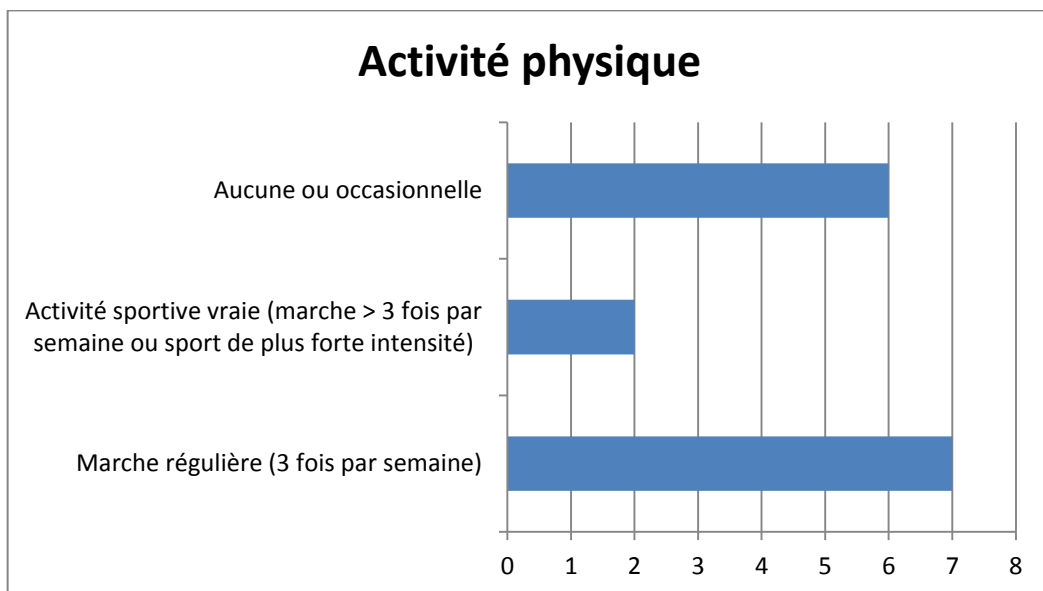
P2 considère aussi que « tout ce qui a goût sucré est interdit ».

Quatre personnes considèrent que « rien n'est interdit mais il faut faire attention ».

P9 dit « limiter les sucrées car il paraît que ça donne le cancer ».

P15 dit que « la phrase « tout est bon avec modération » qu'on entend partout induit en erreur ».

- **Activité physique**



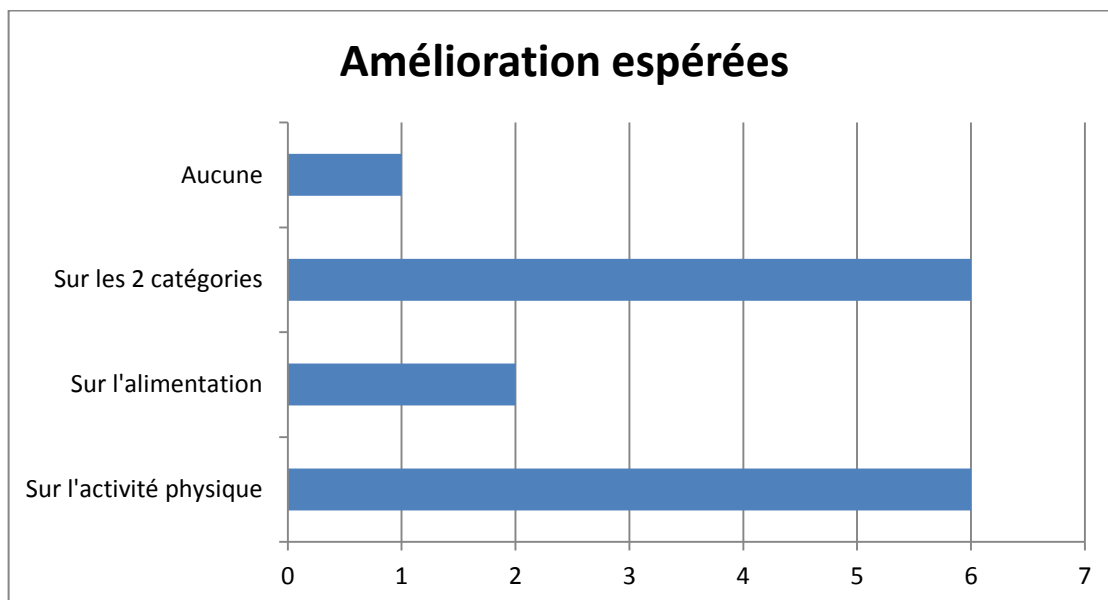
Plus de la moitié des patients ont une activité physique au moins équivalente à séance de marche rapide 3 fois par semaine.

Une patiente a dû arrêter son activité physique pour des problèmes de hanche.

Trois patients répondent clairement ne jamais bouger. P3 répond que « son travail est déjà assez fatigant » (éboueur).

P15 nous dit aller faire ses courses à pied tous les jours et « oublie volontairement des aliments pour s'obliger à y retourner le lendemain et marcher ».

- **Possibilités d'amélioration**



La plupart des patients semble volontaire à une amélioration de leur mode de vie.

P5 ne souhaite pas faire plus. Il considère « être au maximum pour l'activité physique (15 minutes de marche simple par jour) et se restreint pour l'alimentation ».

Les freins évoqués sont :

- la paresse, pour 4 personnes
- les tâches quotidiennes et la nécessité de s'occuper des enfants, pour 3 personnes
- l'arthrose des membres inférieurs, pour 2 personnes.

**4) Attentes des patients**

- **Vision du diabète**

Douze patients considèrent que le diabète est une maladie grave.

P4 nous dit que « le diabète n'est pas une maladie grave si il est contrôlé, ce qui est grave c'est les conséquences d'un diabète non contrôlé (exemple de l'amputation) ».

P2 et P3 ne savent pas pourquoi cette maladie est grave, ils ont juste « entendu des gens dire

que ».

P13 dit que la gravité de la maladie réside dans le fait « qu'elle abime à bas bruit et partout ».

Onze personnes disent avoir actuellement peur de leur maladie, principalement par peur des complications qui pourraient induire de nouveaux handicaps voire un décès.

Quatre personnes disent avoir eu peur initialement mais ce n'est plus le cas actuellement.

Deux patients originaire d'Afrique noire disent avoir eu initialement peur car ils avaient une vision très délabrante de la maladie (amputation...).

P5 dit que « beaucoup de monde a le diabète et vit avec, n'a pas peur car n'est pas seul ».

P14 dit relativiser également car « n'est pas seule et si on ne pense qu'à ça on ne vit pas ».

P8 avoue que sa grande peur est la mise sous insuline qui serait un équivalent d'échec.

Deux personnes avouent mal dormir et y penser beaucoup la nuit.

P7 pleure pendant l'entretien.

P11 explique avoir peur mais également culpabiliser car « la maladie est là parce que j'ai mangé trop de sucre et je n'ai pas voulu écouter ».

#### - **Contraintes quotidiennes**

A la question « le diabète est-il une contrainte dans votre vie ? », 4 personnes ont répondu « non » et onze personnes ont répondu « oui ».

Parmi les « non » les patients évoquent le fait d'avoir intégré les habitudes alimentaires qui sont alors devenues des automatismes ; que « si on suit les règles tout roule » et « qu'on a une vie normale ».

P9 dit « je ne me prive de rien, je me fais plaisir et ensuite je compense » et « qu'il faut arrêter de se plaindre car dans certains pays ils n'ont pas de médicaments, alors prends les et tais toi » se dit-elle.

P10 dit « faut faire attention c'est notre santé à nous et personne d'autre » et évoque le bénéfice d'être « entourée sinon ça serait dur ».

Les contraintes avancées par les gens ayant répondu « oui » sont :

- le traitement (prise des traitements per os et régime alimentaire) : 9 personnes
- les « piqûres » (glycémie capillaire et insuline) : 3 personnes
- devoir respecter des horaires alimentaires : 2 personnes (un patient évoque même les épisodes de gastro-entérite où il « se force à manger pour prendre ses traitements »)

- les hypoglycémies : 2 personnes
- devoir se cacher : 2 personnes
- le statut de « malade » : 4 personnes
- le suivi médical régulier : 1 personne
- les troubles sexuels : 2 personnes
- des conséquences sur l'emploi : 1 personne.

P4 explique « avoir des troubles du sommeil et dormir souvent tard le matin pour compenser mais la nécessité de prendre son traitement le force à se lever ».

P7 pense que le regard des gens sur elle a changé, qu'ils la voient « comme une malade » et elle a honte, dit « je fais peur aux gens ».

P9 dit également « extérieurement ça ne se voit pas mais ça ronge » et explique avoir un besoin de reconnaissance de l'entourage car « ils ne se rendent pas compte ».

P14 nous rapporte que le mois dernier, lors du mariage de son fils, elle « a résisté et n'a pas bu de jus » et que cette frustration quotidienne l'attriste, surtout pour ce genre d'évènement.

#### - **Aides nécessaires pour améliorer leur gestion de la maladie**

Neuf personnes considèrent avoir besoin d'aide pour les aider à mieux gérer leur maladie.

Parmi eux :

- 3 personnes souhaiteraient avoir des documents papiers
  - 5 personnes souhaiteraient adhérer à des groupes de discussion pour échanger avec d'autres patients
  - 4 personnes souhaiteraient avoir des conseils clairs par une diététicienne
  - 6 patients souhaiteraient avoir des informations de leur médecin généraliste
- (la plupart des patients ont demandé des aides sous plusieurs formes).

Plusieurs personnes demandent à avoir « les idées claires » sur la maladie.

Deux personnes sont en grande demande d'explications via leur médecin car le sujet semble tabou en dehors d'un contexte de consultation médicale.

Six personnes ne souhaitent pas d'aide.

P3 nous dit « j'ai des questions mais je ne veux pas d'aide ».

P5 répond « ce qu'on me dit là on me l'a déjà dit plusieurs fois, ce qui m'intéresse c'est si on me dit que le diabète guérit ».

P11 dit que le « diabète est un truc personnel à gérer seul ».



P14 dit « je ne sais pas tout mais je veux m'en sortir seule ».

Les 2 autres se sentent assez bien informés.

#### - **Intérêt pour les consultations d'éducation thérapeutique**

A la fin de l'entretien, quatorze personnes semblent intéressées par des consultations d'éducation thérapeutique pure.

P5 ne le souhaite pas. Il semble y avoir encore dans son discours une forte révolte contre sa maladie.

Parmi les personnes demandeuses, la plupart semblaient très heureuses de cet entretien.

P3 nous dit « je n'ai jamais vu ça quelqu'un face à face pour parler, en général c'est juste des consultations ».

P10 dit « que le médecin ne propose jamais ça, sûrement par manque de temps ».

P11 explique que « ça fait du bien, consulter c'est bien mais parler c'est mieux, ça fait du bien moralement ».

P12 dit « on n'a pas forcément le temps de parler chez le médecin ».

Trois personnes semblent hésitantes, elles ne souhaitent alors « qu'une ou deux consultations et puis c'est fini, juste pour avoir les idées claires ».

## DISCUSSION

### 1) Biais de l'étude :

Pour rappel, les résultats d'une analyse qualitative ne sont jamais extrapolables à la population générale. Les études basées sur l'analyse qualitative ont pour vocation d'observer des comportements, de les analyser pour en déduire des problématiques et éventuellement envisager des solutions. Ces études se rapprochent plutôt des études de sociologie. L'échantillon étudié peut sembler de petite taille mais le stade de saturation des données avait été obtenu.

#### - Biais intrinsèques à l'étude :

Les patients interrogés ont été recrutés dans deux cabinets de médecine générale accueillant des internes en formation. Les médecins y exerçant sont peut-être plus sensibilisés à l'importance du suivi des patients diabétiques. Ceci peut expliquer que la plupart des patients ont un bilan complet récent et sont très bien suivis sur le plan du diabète. Les patients de l'étude sont par conséquent peut-être mieux informés sur leur maladie.

Un autre point important est que j'avais déjà reçu en consultation certains patients et j'étais amenée à les croiser dans l'avenir. Ceci a pu influencer leur capacité à se confier à moi plutôt qu'à un inconnu extérieur au cabinet.

Le support audio via le dictaphone a également pu les troubler. Je l'ai utilisé afin de pouvoir au maximum les écouter sans avoir à les freiner par ma vitesse de prise de notes, pour créer un climat de confiance et être au maximum dans le dialogue. Cependant certaines personnes se sont peut-être senties gênées à l'idée d'être « enregistrées » et ceci a pu influencer les réponses.

La sélection de patients précaires dans le milieu urbain choisi a forcément induit indirectement la sélection de patients étrangers et donc de cultures différentes. La perception de la maladie et de ses complications selon les cultures est totalement différente (par exemple un patient originaire d'Afrique centrale a des croyances de santé particulières et une vision délabrante du diabète ; nous l'avons vu, ce sont souvent des patients très apeurés par la

maladie). Ceci influence donc fortement les réponses. Si l'étude avait eu lieu avec des patients précaires en milieu rural par exemple, les réponses auraient peut-être été différentes. Quand nous regardons la répartition des patients selon leur origine ethnique nous voyons que presque 2/3 sont originaires d'Afrique Noire.

Ceci peut jouer aussi également sur les habitudes alimentaires des patients interrogés. En effet, la consommation de légumes était pour la plupart déjà ancrée dans leurs habitudes alimentaires, ainsi qu'une consommation de pain et féculents (riz surtout) importante.

Le groupe de patient étudié n'est peut-être pas assez représentatif de la population précaire en général.

De la même façon le groupe sélectionné comporte 2/3 de femmes.

Les femmes se confient peut-être plus que les hommes. Ceci a donc probablement amélioré la densité des réponses.

- Biais extrinsèque à l'étude :

Le lieu des entretiens a pu perturber le patient.

Le fait de les interroger dans leur cabinet de consultation habituel a pu les empêcher de se livrer complètement. A contrario le fait d'aller directement voir certains patients à leur domicile, de rentrer dans leur vie privée, a permis d'obtenir des confessions plus poussées.

- Biais d'investigation :

Le questionnaire quantitatif initial a pu influencer les réponses au questionnaire qualitatif. En effet je pose des questions par exemple sur leur suivi, leurs résultats biologiques et leurs complications. Je demande la même chose ensuite quand je pose les questions sur la physiopathologie de la maladie. Le fait d'en avoir parlé juste avant peut influencer les réponses au questionnaire libre.

Pour éviter cela j'ai essayé au maximum de trouver les réponses au questionnaire quantitatif dans leur dossier, avant de débiter l'entretien, pour essayer de passer au plus vite à la partie qualitative. Malheureusement je n'ai pas pu obtenir toutes les réponses et il a fallu que je complète avec leur aide.

En cours d'étude j'ai pensé intervertir les questionnaires (qualitatif puis quantitatif) mais j'ai pensé que la méthode ne devait pas être modifiée pour que les résultats obtenus puissent être comparables d'un patient à l'autre.

Ma façon de poser les questions était différente d'une personne à l'autre compte tenu de problèmes de langue et de compréhension quelquefois.

J'ai très souvent dû réexpliquer des questions car les réponses me semblaient floues. Par exemple un patient classait le Coca-Cola dans les boissons à volonté et dans les boissons interdites. Après avoir reformulé plusieurs fois, les réponses ont été plus claires mais mon insistance a pu influencer son classement.

De même, un des entretiens a dû être effectué à l'aide d'un traducteur. De ce fait, les questions n'ont peut-être pas été formulées par celui-ci exactement comme nous le voulions et il n'a peut-être pas traduit correctement toutes les réponses en retour. La qualité de cet entretien en a probablement été affectée. D'ailleurs, il a été très court (moins de 25 minutes).

Les entretiens ont été menés légèrement différemment au fur et à mesure de la progression de mon travail. En effet, je me rendais compte au fur et à mesure que certaines questions étaient floues ou peu explicites. Ma façon de les poser était donc différente dans les entretiens suivants, et j'étais aussi plus à l'aise. Si les entretiens initiaux avaient été menés comme les derniers, les réponses auraient peut-être été plus riches et plus précises.

- Biais d'interprétation :

Je suis la seule à avoir analysé les données. Chaque personne interprète les données selon sa propre vision des choses. Elles auraient peut-être été interprétées différemment par un autre chercheur.

Pour pallier à ceci il existe des systèmes de triangulation des données ou de double codage qui permettent de valider notre interprétation en la comparant à celle d'autres chercheurs ou d'autres études.

Je n'ai trouvé aucune étude « qualitative » étudiant à la fois les connaissances des patients diabétiques sur leur maladie et la précarité.

Il existe cependant une étude réalisée dans le Languedoc se rapprochant de la nôtre [7] mais il s'agit d'une étude quantitative réalisée chez des sujets à priori plus précaires (3/4 étaient des grands précaires). Pour étudier la précarité ils ont utilisé un système combinant score EPICES et enquête socio-économique et alimentaire, donc bien plus précis que dans notre étude. Cependant ils ont conclu que le score EPICES, de par la variabilité de ses questions, permettait de dépister un grand nombre de sujets précaires méconnus ; bien plus qu'une simple enquête socio-économique. Une question dans ce score est par contre difficile à interpréter, et ils le font remarquer également, concernant le départ en vacances qui bien

souvent pour les personnes précaires ayant leur famille à l'étranger consiste à un voyage contraint pour des raisons administratives ou pour cause de deuil, et non pas un voyage de loisirs.

De même, et pour en revenir aux biais d'interprétation, je connaissais certains patients. Ceci peut avoir influencé mon jugement et l'analyse des données.

## 2) **Retour sur les résultats :**

### - Connaissances sur la physiopathologie :

La plupart des patients ont bien compris que le diabète était un problème de « sucre » mais moins de la moitié sait expliquer le mécanisme. Ils ont tout de même compris que le but du traitement était d'éviter les complications cardiovasculaires.

Les atteintes oculaires et les complications type amputation sont les plus citées, ceci étant probablement dû à une vision très « africaine » du diabète.

L'apparition de complication semble lié pour eux plutôt à la maladie en elle-même qu'à son mauvais équilibre.

Moins de la moitié des patients cite les règles hygiéno-diététiques comme traitement du diabète. Pour tous le diabète est avant tout traité par des comprimés.

Chose frappante, moins de la moitié des patients comprend l'utilité du bilan biologique de surveillance. Beaucoup suivent les recommandations de surveillance sans savoir pourquoi ni connaître les « normes ».

Aucun patient ne décrit de croyance de santé culturelle marquée (ni de « maraboutisme »), ils adhèrent à la médecine occidentale et font confiance au médecin. Pourtant la plupart des patients était essentiellement originaire d'Afrique Subsaharienne.

### - Informations sur la maladie :

Les informations sont obtenues en premier lieu de leur médecin généraliste.

La plupart des patients ne cherche pas forcément d'information ailleurs. Les difficultés de compréhension de la langue et d'accès pratique à l'information pourraient constituer une explication.

J'ai également été interpellée par le contraste entre un désir fort d'informations et la volonté

exprimée de plusieurs patients de ne recevoir cette information que dans un cadre médical. Pour eux, le médecin est « celui » qui doit leur expliquer, et ils ne cherchent pas forcément ailleurs. Ils lui font confiance. En ce sens que le médecin est celui qui les soigne, les aiguille et les dirige.

Notre étude renforce l'idée que le médecin généraliste est au premier plan et que son rôle est primordial pour permettre une bonne compréhension de la maladie par les patients et ainsi, une meilleure prise en charge.

Ceci avait également été démontré par l'étude de Bazureau, qui soulignait l'importance d'entretiens réguliers d'ETP avec les patients pour améliorer leur prise en charge. [23]

- Point sur les mesures hygiéno-diététiques :

Un tiers des personnes ne mange que 2 fois par jour et presque 2/3 grignotent.

Plusieurs patients interrogés ne se sentent pas à l'aise dans leurs réponses sur l'alimentation, ils ont une idée floue de ce que peut représenter l'équilibre alimentaire en général, et dans le cadre du diabète en particulier.

Cependant, certaines choses semblent acquises comme l'idée de « féculent = sucre = à limiter » ou encore l'idée que les légumes sont autorisés « à volonté ».

Il semble exister quand même beaucoup de frustrations. Seules 3 personnes s'accordent des plaisirs et beaucoup classent les « gâteaux et sucreries » dans les aliments interdits.

La distinction entre graisses et sucres est difficile pour certains et également la notion d'aliment « zéro % » qui pour quelques-uns veut dire « sans sucre ».

Concernant les boissons, il semble acquis que l'eau est à volonté ; seulement beaucoup n'en consomment jamais et la remplacent pas des sodas light. Les jus sont difficiles à classer pour certains et la notion de « sans sucre ajouté » veut dire pour certains « sans sucre tout court ».

Mais malgré ces quelques erreurs il y a quand même eu des très bonnes réflexions sur l'alimentation et la plupart des patients sont quand même assez attentifs à leur équilibre alimentaire.

Egalement non prononcée en ces termes, la notion « d'index glycémique » semble présente pour certains patients qui, dans une même catégorie (par exemple les glucides), distinguent plusieurs aliments les uns des autres (par exemple pâtes, pomme de terre d'un côté, gâteaux de l'autre).

Pourtant les études ont montré que la place de l'alimentation et de l'activité physique chez les

sujets précaires est peu importante.

Les études ABENA 2004-2005 et 2012-2013 qui étudiaient la consommation alimentaire des sujets précaires soulignent le fait que les groupes d'aliments à index glycémique élevé sont plus consommés que les produits recommandés comme les fruits et légumes par exemple. Il n'y a pas réellement d'amélioration entre les 2 études concernant ces groupes d'aliments.

[24]

L'activité physique est aussi étroitement liée aux conditions sociales et économiques. Dans les familles précaires, la pratique de l'activité physique (26%) est moins fréquente, faute de temps, de moyens et d'énergie que dans les classes supérieures (47%). [25]

Pourtant, dans notre étude plus de la moitié des patients accordait une place importante à l'activité physique.

Ceci peut être expliqué par le fait que la moitié des patients interrogés n'étaient plus en activité et par conséquent, avait beaucoup de temps libre.

Beaucoup se déplaçaient à pied et en profitaient pour marcher plus longuement. Tous n'étaient pas véhiculés et l'activité physique n'était alors pas un choix. La proximité des lieux de commerce favorisait également le déplacement à pied. Si les patients avaient été interrogés dans un milieu rural, les réponses auraient peut-être été différentes.

Chose étonnante lors de ces entretiens: aucun patient n'évoque de difficultés à respecter les règles hygiéno-diététiques du fait d'éventuels problèmes financiers.

#### - Place du diabète dans leur vie :

Les sentiments les plus forts éprouvés face au diabète dans cette étude sont : la peur, la culpabilité, la frustration, la lassitude, la contrainte médicamenteuse et le statut de malade.

Plus de 2/3 des patients considèrent le diabète comme une maladie grave et en ont peur.

La peur semble avoir diminué au fil du temps pour plusieurs raisons probablement : la prise de distance avec leur vision délabrante « des gens diabétiques au pays » mais également le fait de continuer à vivre malgré tout sans réelle dégradation de leur état de santé.

Cependant certains patients de l'étude le vivaient encore très mal et pourraient avoir développé une dépression sous-jacente. Un des patients nous explique même grandement culpabiliser car « c'est sa faute s'il est diabétique, il n'a pas voulu écouter ». Beaucoup « en ont marre ».

Sultan et Al reprennent aussi cette notion de dépression sous-jacente non diagnostiquée : la dépression (épisode dépressif majeur, DSM IV) touche une personne diabétique sur cinq, trois fois plus que dans la population non diabétique ; la majeure partie de ces dépressions restant non diagnostiquées et non traitées, alors que les outils de diagnostic et de *screening* restent les mêmes que dans la population non diabétique. [26]

La mise sous insuline peut sembler un échec pour certains, une punition même. Ceci reprend les résultats de l'étude AUVERDIAM qui démontre une dégradation de la qualité de vie des patients diabétiques lors du passage à l'insulinothérapie [27].

Dans l'étude de Sultan et Al le passage à l'insuline était mal vécu pour plusieurs raisons :

- l'insuline entraîne une implication personnelle accrue dans le traitement, des autocontrôles plus fréquents, et plus de préoccupation par rapport aux hypoglycémies.
- la violation symbolique des limites territoriales du moi : les piqûres signifient pour certains une violation de la barrière cutanée
- passer à l'insuline signifie que le diabète s'aggrave : la nature évolutive de la maladie est refusée. Le refus d'être malade est souvent basé sur des défenses très fortes car pour beaucoup, être malade, c'est être « manquant » ou « défaillant »
- passer à l'insuline signifie pour le patient un « échec à contrôler la maladie »
- insuline signifie risque d'hypoglycémie
- le traitement à l'insuline a une influence sur la façon dont on est perçu par les autres. Les membres de la famille, les amis et les collègues partagent certaines des représentations que nous avons citées. Plus spécifiquement, on assiste à la stigmatisation du malade et du plus faible dans notre société. [26]

Concernant les contraintes retrouvées dans notre étude :

Environ 2/3 sont gênés par leur maladie dans leur vie quotidienne, en premier lieu par le fait de devoir prendre un traitement ou de respecter un régime alimentaire particulier. La frustration semble très présente (en lien avec l'alimentation) ainsi que la lassitude. Une patiente arrête régulièrement ses traitements car « elle en a marre de cette maladie ». L'idée de maladie « chronique » les dérange.

Le « statut de malade » les contrarie également et une personne évoque le manque de reconnaissance de l'entourage.

Cependant certains relativisent, le plus souvent avec l'aide d'un entourage aidant et présent.



Certains patients parlent de « plaisirs possibles » et de « vie normale ».

Le sentiment d'appartenance à un groupe, « ne pas se sentir seul » les aide aussi à dédramatiser leur situation.

Deux tiers des patients sont en demande d'aide leur permettant d'avoir « les idées claires » sur leur maladie. Pour certains le diabète semble être un sujet tabou dans leur vie quotidienne et leur médecin est leur source d'information principale.

Les autres ne souhaitent pas d'aide car se sentent bien informés ou alors par non acceptation de la maladie voire par déni.

Pour finir et malgré toutes les craintes et la lassitude de certains patients, la quasi-totalité des patients est en demande d'éducation thérapeutique.

Les entretiens réalisés les ont pour la plupart beaucoup aidés. Ils semblaient heureux du temps consacré à discuter et des supports présentés à la fin.

L'idée que « leur » médecin puisse leur proposer ce genre de choses les enchantait. Certains disent quand même ne pas vouloir faire ceci trop souvent.

P11 a prononcé une phrase étonnante : « consulter c'est bien, mais parler c'est mieux ».

### **3) Solutions à envisager :**

#### **- Intérêt d'une consultation d'annonce :**

Il semble important pour le patient, pour permettre de mieux comprendre et améliorer l'adhésion thérapeutique par la suite de consacrer du temps à l'annonce du diagnostic. Actuellement les seules pathologies ayant une consultation d'annonce dédiée sont les pathologies néoplasiques alors que ceci devrait exister pour toutes les maladies chroniques. Le diabète, encore plus que les autres, est une maladie dont la gestion au quotidien par le patient nécessite d'avoir intégré les rudiments physiopathologiques minimaux. Pour comprendre l'utilité de la surveillance alimentaire, de l'activité physique et du traitement il faut avoir compris la base ; sans parler du temps qu'il faut pour « accepter » la maladie. Il faut donc prendre le temps d'expliquer les choses mais également de s'assurer de la compréhension du patient, de ses sentiments face à l'annonce de cette maladie qui ne les quittera plus jusqu'à la fin de leur vie.

L'enquête Diabasis montre que les réactions à l'annonce du diagnostic sont variables, mais le plus souvent négatives et associées à un manque d'information. Ce moment est probablement important et influe, ou conditionne, le vécu de la maladie et la prise en charge ultérieure par le patient ainsi que le soutien de son entourage. Ces données soulignent que l'annonce du diagnostic est un moment capital et doit être effectuée dans de bonnes conditions. Ainsi, les compétences d'écoute, d'éducation et d'informations du médecin sont très importantes dès ce moment. [28]

- Proposer des entretiens d'éducation thérapeutique.

L'éducation thérapeutique est la clef de la réussite pour permettre une bonne prise en charge. Le médecin doit se rendre à l'évidence que le traitement du diabète est avant tout entre les mains du patient et non du médecin. Le médecin a essentiellement un rôle de conseiller. Les traitements éventuellement prescrits viennent en appoint.

Le diabète est également une maladie qui la plupart du temps est asymptomatique. Le patient, et beaucoup dans l'étude l'ont formulé, « ne se sent pas malade ». On comprend aisément la difficulté d'accepter de prendre un traitement lorsque l'on est parfaitement asymptomatique. Pour accepter cela il faut que le patient ait avant tout compris pourquoi il le fait. Il faut également reprendre avec lui régulièrement les choses, faire le point sur la maladie mais également sur le ressenti du patient au quotidien.

Une thèse très intéressante de G. VAN DER MEERSCH souligne l'importance de l'ETP et du dialogue entre médecin et patient. En effet, elle montre que les médecins ont souvent des représentations négatives du patient diabétique duquel ils dressent un portrait peu flatteur (rebelle, épicurien, compulsif...) et que ces représentations peuvent alimenter une certaine inertie thérapeutique. [53]

Une étude réalisée par T. Tankova démontre l'utilité des programmes d'éducation thérapeutique : Après un programme d'éducation thérapeutique, il y avait une augmentation significative du bien-être des patients, une réduction de la dépression et de l'anxiété par rapport au groupe témoin. Il y avait également une amélioration du contrôle glycémique des patients instruits [29].

Une étude identique a été réalisée chez les sujets précaires et montrait le même type de résultats [30].

Une étude sur les motifs de non observance des patients diabétiques type 2 mettait en évidence un manque d'explications de la part du médecin [31]. Par exemple, la raison la plus fréquemment avancée par des patients de type 2 pour ne pas mesurer leur glycémie est que le médecin ne s'intéresse pas au résultat (« il ne sait même pas que j'ai un appareil et base toutes ses décisions sur le taux d'hémoglobine glyquée ! »).

Certains patients pourraient ne pas prendre leurs médicaments, parce que ceux-ci leur rappellent qu'ils sont malades, ce qu'ils préféreraient oublier : la non-observance serait alors la manifestation d'un déni. Une autre cause évoquée est la *réactance* (le fait de ne pas faire quelque chose *parce qu'on vous a demandé de le faire* et que vous vous sentez menacé dans votre liberté).

Est évoqué aussi le manque de ressources. La précarité sociale ne se résume pas au manque d'argent. Elle est bien mieux définie par le fait que la personne en situation précaire a du mal « à imaginer de quoi demain sera fait ».

Enfin, les traitements dans les maladies chroniques ont essentiellement un objectif de prévention ; la récompense de l'observance est une récompense abstraite et portant sur le long terme, alors que le fait d'être non-observant peut être ressenti comme associé à un plaisir concret et immédiat. [32]

Ceci rejoint tout à fait les réflexions du Pr Grimaldi dans ses différents travaux [33].

Une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret a montré que les médecins généralistes ont une vision incomplète de la nature de l'éducation thérapeutique et connaissent peu ou mal les outils qu'ils peuvent proposer et les structures sur lesquelles ils peuvent s'appuyer. Les chercheurs proposent qu'une formation spécifique à l'éducation thérapeutique soit réalisée dans le cursus universitaire et en formation continue. Le temps nécessaire à ces pratiques doit être reconnu et valorisé [34] [35].

Plus qu'une formation d'éducation thérapeutique simple, il faut introduire une formation médico-psycho-sociale adaptée aux problèmes des personnes précaires dans le cursus des personnels de santé.

Le médecin est souvent très peu formé sur toutes les démarches sociales [36] [37].

Il est important aussi d'être formé aux différentes cultures et aux croyances de santé des patients.

Une étude au Gabon a montré que 39,8 % des patients diabétiques ont admis avoir interrompu leur traitement pendant une durée variable, allant de quelques jours à plusieurs années. La principale raison était d'ordre financier (80,5 %), suivie par la lassitude et les

croyances, notamment religieuses, et le recours aux tradipraticiens. [38] [39]

Enfin, il faut apprendre à « travailler ensemble ».

Les patients ont pour la plupart du temps déjà été hospitalisé et/ou sont suivis en milieu hospitalier.

Il est important que les différents intervenants communiquent de façon précise pour améliorer la prise en charge du patient.

Il est important également de s'appuyer sur les réseaux de soins existants et d'informer le patient, qui prendra alors la décision ou non d'y adhérer.

Une thèse de S. Lucas montrait un réel manque de communication entre les différents intervenants, libéraux et hospitaliers ainsi qu'un manque d'informations données aux patients sur les réseaux existants [40].

Nous avons bien vu dans notre étude que beaucoup cherchaient à s'informer de leur côté sur leur maladie, sans même savoir à qui s'adresser. Aucun patient interrogé n'était adhérent à Revesdiab, et personne d'ailleurs ne connaissait ce réseau.

L'étude initiée par l'académie nationale de médecine [7] montrait que les sujets suivis hors réseau avaient plus de difficultés à suivre leur régime, à honorer les rendez-vous de consultation et à prendre leur traitement. Ils étaient même souvent plus anxieux et déprimés. En parallèle, les patients suivis en réseau avaient un diabète mieux équilibré, éprouaient moins de difficultés à suivre leur traitement et entretenaient une meilleure relation avec leurs médecins.

- Un problème : la valorisation en médecine générale :

L'idéal serait de pouvoir réaliser des consultations dédiées.

Nous sommes confrontés à un problème principal en médecine générale : le manque de temps.

Le patient vient souvent avec plusieurs motifs de consultations sur un créneau horaire simple et il semble difficile d'y ajouter une séance d'éducation thérapeutique supplémentaire.

Le mieux serait de convoquer le patient à posteriori pour une séance dédiée.

Ce ne serait pas un surcout pour lui du fait de sa prise en charge ALD.

Cependant il faudrait envisager une revalorisation de ce type de consultation pour le médecin car ce sont des consultations longues.

Une autre solution serait les séances de groupe mais celles-ci ne nous semblent pas forcément adaptés à chacun car nous l'avons vu, beaucoup de patients dans notre étude avait déjà eu ce type de séances mais n'avaient pas retenu beaucoup d'informations.

Pour ce type de patientèle précaire, ayant souvent des difficultés à comprendre la langue française il faudrait réaliser des séances individuelles.

Remarque importante : lorsque j'ai proposé à des patients de l'étude de revenir en "consultation dédiée" je me suis heurtée à beaucoup de refus, comme si venir pour "parler" n'était pas suffisamment important pour qu'on y consacre du temps.

L'idée serait peut-être plus de rajouter du temps à certaines consultations pour enchaîner sur de l'éducation thérapeutique après avoir vu les résultats d'examen et rédigé les ordonnances. Dans ce cas on pourrait envisager de doubler les créneaux horaires pour certains patients diabétiques en difficulté (mais ceci n'est pas forcément facile à prévoir au quotidien, d'autant plus si la prise de rendez-vous est assurée par une secrétaire).

Concernant les nouvelles réformes de l'assurance maladie à venir pour mai 2017, il semble exister une revalorisation pour certaines pathologies qui prennent du temps (mélanome, contraception, maladie neurodégénératives, obésité de l'enfant...).

Cependant, actuellement l'éducation thérapeutique du patient diabétique n'est absolument pas valorisée. Il existe seulement quelques critères de suivi du patient diabétique (HbA1c...) inclus dans les ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique).

Un autre sujet d'étude pourrait interroger les médecins et ainsi permettre d'analyser les freins rencontrés par ceux-ci à la mise en place de l'ETP chez les patients diabétiques. Le manque de valorisation de cet acte pourrait probablement être un des critères retrouvés, en lien étroit avec le manque de temps.

## CONCLUSION

Le diabète est une pathologie ayant une prévalence croissante. La plupart du temps, la maladie est découverte en ville par le médecin généraliste qui, dès le début et tout au long de la prise en charge aura un rôle central et prépondérant.

La qualité de la prise en charge initiale est essentielle et conditionne certainement l'implication du patient dans la gestion de sa maladie et son adhésion au parcours thérapeutique qui lui sera proposé.

Chaque patient étant différent, le médecin devra connaître son vécu de la maladie et ses habitudes de vie. Cela est particulièrement vrai chez le sujet précaire dans le sens où les conseils de santé ne sont pas forcément appliqués avec facilité dans leur situation.

Face à ces patients particuliers, le médecin généraliste va devoir adapter sa prise en charge. D'une part le patient précaire est fréquemment d'origine étrangère, avec une culture et des croyances de santé différentes, parfois une barrière linguistique importante.

Afin de transmettre les messages clefs, il faudra s'assurer de comprendre sa demande et, en retour, de la bonne compréhension des explications données. Une synthèse par une fiche simple avec des symboles (notamment sur l'alimentation sous forme de dessins) pourrait permettre une meilleure adhésion aux règles hygiéno-diététiques.

D'autre part, une telle prise en charge est très chronophage et devrait faire l'objet d'un enseignement particulier auprès des médecins. Or, on sait le peu de place accordé actuellement à l'éducation thérapeutique dans la formation médicale.

L'éducation thérapeutique devrait également être financièrement valorisée afin que les médecins puissent y consacrer des consultations particulières, comme par exemple une véritable consultation d'annonce, ou au moins proposer des consultations suffisamment longues pour y inclure un peu d'éducation thérapeutique.

Les études portant sur le diabète chez les patients précaires font état du peu de place qu'ils accordent à leur état de santé, les problèmes sociaux occupant le devant du tableau. J'ai donc été agréablement surprise lors de mon étude, par les connaissances que les patients avaient pu acquérir sur le diabète, et par l'intérêt qu'ils ont manifesté par rapport à d'éventuelles consultations « dédiées » à la maladie.

Ceci étant, à la suite de mon travail de thèse, j'ai tenté de reconvoquer à plusieurs reprises des

patients que je pensais être en difficulté dans la gestion de leur maladie pour leur proposer une « consultation dédiée » d'éducation thérapeutique : beaucoup ne sont jamais venus malgré leur enthousiasme initial...

Malgré cela, ce travail a changé ma façon d'appréhender les patients diabétiques, laissant plus de place à l'écoute, à la parole. Au fil des entretiens j'ai pu comprendre l'importance de rassurer, déculpabiliser, de donner au patient un espoir pour l'avenir.

La question est de savoir si les patients ont bénéficié des entretiens que nous avons partagés, ce que ces échanges ont pu leur apporter.

Puisque la plupart ont choisi de ne pas revenir en consultation « dédiée », sous quelle autre forme pourrait-on introduire l'éducation thérapeutique ?

Ces questions pourraient faire l'objet d'une thèse future

*« Nous soignons avant tout des patients et non pas des maladies »*

## BIBLIOGRAPHIE

1. Evolution des chiffres du diabète en France : les dernières études montrent une épidémie en forte hausse. [Internet]. Diabète - Association Française des Diabétiques - AFD. [cited 2016 Jan 25]. Available from: <http://www.afd.asso.fr/diabete/chiffres-france>
2. Diabète et Précarité : qui est concerné ? | Diabète-AFD [Internet]. [cited 2016 Feb 8]. Available from: <http://www.afd.asso.fr/diabete-et/precarite-pauvrete>
3. Prise en charge et traitements : bien soigner les diabétiques précaires [Internet]. Diabète - Association Française des Diabétiques - AFD. [cited 2016 Feb 8]. Available from: <http://www.afd.asso.fr/diabete-et/precarite-pauvrete/prise-en-charge-traitements>
4. INVS. Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine en France métropolitaine [Internet]. [cited 2016 Oct 23]. Available from: [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=7620](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7620)
5. Diabète et grande précarité [Internet]. Diabète - Association Française des Diabétiques - AFD. [cited 2016 Feb 8]. Available from: <http://www.afd.asso.fr/diabete-et/precarite-pauvrete/grande-precarite>
6. Etude ENTRED 2007-2010 - rapport-entred.pdf [Internet]. [cited 2016 Jan 25]. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/etudes/pdf/rapport-entred.pdf>
7. Vannereau D, Jaffiol C, Fontbonne A, Passeron S. Conséquences de la précarité sur le mode de vie et l'alimentation d'une population diabétique et pré-diabétique : à propos d'une enquête en Languedoc. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2014 Feb;8(1):88–94.
8. Meillet L, Combes J, Penfornis A. Prise en charge du diabète de type 2 : l'éducation thérapeutique. *La Presse Médicale*. 2013 May;42(5):880–5.
9. BIHAN\_Thèse\_Epidémiologie - document [Internet]. [cited 2016 Nov 14]. Available from: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00631236/document>
10. Vexiau P: P, Ailleres VP: P, Grosdidier E, Van GH, Romand D, Villedieu D, et al. Recommandations Prise en charge du diabète chez les personnes en grande précarité. <http://www.em-premium.com/data/revues/19572557/00020001/57/> [Internet]. 2008 Apr 15 [cited 2016 Feb 1]; Available from: <http://www.em-premium.com.accesdistant.upmc.fr/article/140440/resultatrecherche/2>
11. Bongard V, Ruidavets J-B. Comportement alimentaire des sujets diabétiques ou atteints de syndrome métabolique en France. <http://www.em-premium.com/data/revues/19572557/00010003/37/> [Internet]. 2008 Sep 4 [cited 2016 Feb 8]; Available from: <http://www.em-premium.com.accesdistant.upmc.fr/article/137816>



12. Imbert G. Représentations de la maladie chez les diabétiques de type 2 et compétences culturelles du clinicien. *Diabetes & Metabolism*. 2008 Mar;34:H64.
13. Pilot S, Laboulaye P, Cohen R, Reach G, Le Clesiau H, Bihan H. Précarité et traitement chez des patients diabétiques. *Diabetes & Metabolism*. 2011 Mar;37(1, Supplement 1):A62.
14. Aubin\_Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letriliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative [Internet]. [cited 2016 Jan 4]. Available from: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446\\_2008\\_introduction\\_\\_RQ\\_\\_Exercer.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf)
15. Borges Da Silva G. La Recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication [Internet]. 2001 [cited 2016 Jan 4]. Available from: [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/La\\_recherche\\_qualitative.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/La_recherche_qualitative.pdf)
16. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours - revmed [Internet]. 2004 [cited 2016 Jan 4]. Available from: <http://www.revmed.ch/rms/2004/RMS-2497/24011>
17. Le score EPICES: l'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé financés par l'Assurance Maladie [Internet]. [cited 2016 Jan 11]. Available from: <http://gemsto.free.fr/gemstoprekarite18dec07epicescalcul.pdf>
18. Sass C, Moulin JJ. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes - BEH n° 14-4 avril 2006 p. 93 [Internet]. [cited 2016 Jan 19]. Available from: <http://gemsto.free.fr/gemstoprekarite18dec07epicesbeh14-2006.pdf>
19. Ramentol M, Auclair C, Gerbaud L, Desbiez F, Thieblot P, Tauveron I. Complications diabétiques : intérêt du dépistage des populations précaires par le score EPICES. [/data/revues/12623636/003500S1/51\\_4/](http://www.em-consulte.com/en/article/203825) [Internet]. 2009 Dec 3 [cited 2016 Jan 11]; Available from: <http://www.em-consulte.com/en/article/203825>
20. Frappé P. Initiation à la recherche, association française des jeunes chercheurs en médecine générale. GMSanté et CNGE.
21. Haute Autorité de santé - GUIDE PARCOURS DE SOINS - Diabète de type 2 de l'adulte [Internet]. [cited 2016 Jan 19]. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide\\_pds\\_diabete\\_t\\_3\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf)
22. Guide du parcours de soins HAS - ACTES ET PRESTATIONS AFFECTION DE LONGUE DURÉE Diabète de type 1 et diabète de type 2 [Internet]. [cited 2016 Jan 19]. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap\\_diab\\_actualis\\_\\_3\\_juillet\\_07\\_2007\\_07\\_13\\_\\_11\\_43\\_37\\_65.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_diab_actualis__3_juillet_07_2007_07_13__11_43_37_65.pdf)

23. Bazureau S, Michaud C, Bontemps F, Renard B, Marsaudon E. Analyse des connaissances de 130 diabétiques de type 2 quant à leur maladie. Impact sur la prise en charge éducative en médecine générale. *Diabetes & Metabolism*. 2014 Mar;40:A46.
24. Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire - Rapport - 2013-abena2-rapport.pdf [Internet]. [cited 2016 Feb 15]. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/etudes/pdf/2013-abena2-rapport.pdf>
25. Alimentation et activité physique chez les personnes diabétiques précaires [Internet]. Diabète - Association Française des Diabétiques - AFD. [cited 2016 Feb 8]. Available from: <http://www.afd.asso.fr/diabete-et/precarite-pauvrete/alimentation-activite-physique>
26. Sultan et Al. Comprendre les patients pour promouvoir l'autorégulation dans le diabète de type 2 : Vivre avec une maladie évolutive qui commence avant son début. */data/revues/12623636/00292-C3/21/* [Internet]. 2008 Feb 17 [cited 2016 Nov 21]; Available from: <http://www.em-consulte.com/en/article/80199>
27. COUMELET C, BONNEMENT C. L'étude AUVERDIAM (évaluation de la qualité de vie des diabétiques de type 2 et équilibre du diabète en médecine générale). 2011.
28. Virally M, Hochberg G, Eschwège E, Dejager S, Mosnier-Pudar H, Pexoto O, et al. Enquête Diabasis : perception et vécu du diabète par les patients diabétiques. <http://www.em-premium.com/data/revues/19572557/00030006/620/> [Internet]. 2010 Dec 1 [cited 2016 Feb 1]; Available from: <http://www.em-premium.com.accesdistant.upmc.fr/article/239130/resultatrecherche/2>
29. Tankova T, Dakovska G, Koev D. Education and quality of life in diabetic patients. *Patient Education and Counseling*. 2004 juin;53(3):285–90.
30. Quach A, Lemaire C, Van Bockstael V, Frere S, Lollieux L, Foulon C. Perception des effets de l'ETP chez les personnes diabétiques de type 2 en situation de précarité sociale au sein du réseau PREVALENS dans le Nord-Pas-de Calais. *Diabetes & Metabolism*. 2014 Mar;40:A45.
31. Reach G. Non-observance dans le diabète de type 2. *La Presse Médicale*. 2013 May;42(5):886–92.
32. Bourdon B. UN PATIENT, SON DIABETE, SES REPRESENTATIONS : Comment amener ce patient vers l'observance optimale du traitement ? [Internet]. [cited 2016 Feb 8]. Available from: <http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-bruno-bourdon.pdf>
33. Grimaldi A, Simon D, Sachon C. Réflexion sur l'éducation thérapeutique : l'expérience du diabète. *La Presse Médicale*. 2009 Dec;38(12):1774–9.

34. Bourit O, Drahi E. Education thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. *Médecine*. 2007 May 1;3(5):229–34.
35. Fournier C. Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2009;42 - 43:460–4.
36. Jaffiol C. Diabète et précarité | Académie nationale de médecine [Internet]. [cited 2016 Feb 1]. Available from: <http://www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2013/07/tap-1187-1189.pdf>
37. Peze V, Dany L, Lumediluna M-L, Thill J-C. Rôle et impact de la situation de précarité sur l'expérience de la maladie des patients atteints de diabète de type 2. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2015 Jul;9(5):523–8.
38. Ntyonga-Pono M-P. L'observance du traitement antidiabétique chez les patients diabétiques au Gabon : données préliminaires. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2015 Mar;9(2):198–202.
39. Khelifi Z. Particularités de la prise en charge des patients diabétiques de type II d'origine maghrébine en Médecine Générale Etude qualitative des représentations et apports de l'interprétariat en contexte interculturel [Internet]. [cited 2016 Feb 2]. Available from: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED\\_T\\_2010\\_KHELIFI\\_PAREAU\\_ZAKIA.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_KHELIFI_PAREAU_ZAKIA.pdf)
40. Lucas S. Motifs de refus d'adhérer à un programme d'éducation thérapeutique: étude qualitative au sein du réseau diabète MAREDIA à Evreux [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2011.
41. P150 Le diabétique et le diabète : croyances ou vraies connaissances - EM Premium [Internet]. [cited 2016 Jan 25]. Available from: <http://www.em-premium.com.accesdistant.upmc.fr/article/246423/resultatrecherche/1>
42. Ciangura C. Activité physique dans le diabète de type 2. *EMC - Traité de médecine AKOS*. 2011 Jan;6(4):1–6.
43. Satier H, Skalli S, Parat S, Dronne M, Thivolet C. Adhésion thérapeutique et diabète de type 2 : mise en évidence de la pluralité des déterminants par auto-questionnaires. *Diabetes & Metabolism*. 2014 Mar;40:A103.
44. Harry I, Gagnayre R, d'Ivernois J-F. Analyse des échanges écrits entre patients diabétiques sur les forums de discussion. *Distances et savoirs*. 2009 Jan 30;Vol. 6(3):393–412.

45. Ferguson WJ, Candib LM. Culture, language, and the doctor-patient relationship. *Fam Med.* 2002 May;34(5):353–61.
46. Silvera L, Simon D, Trutt B, Blanchon B, Parmentier M, Hecquard P. Description des diabétiques de type 2 d'Ile-de-France âgés de 70 ans au plus. [/data/revues/12623636/0026SUP6/69/](http://www.em-consulte.com/en/article/79963) [Internet]. 2008 Feb 17 [cited 2016 Feb 15]; Available from: <http://www.em-consulte.com/en/article/79963>
47. Favrod-Coune T, Delgado H, Sereni S, Jacquemet S, Golay A. Facteurs motivant ou décourageant à pratiquer de l'activité physique chez des patients souffrant de maladies cardio-vasculaires et de diabète. *Education thérapeutique du patient - Therapeutic patient education.* 2009 Dec;1(2):S119–25.
48. Monnier L, Colette C. Les fondamentaux de l'alimentation dans le diabète de type 2. <http://www.em-premium.com/data/revues/19572557/00010003/16/> [Internet]. 2008 Sep 4 [cited 2016 Feb 1]; Available from: <http://www.em-premium.com.accesdistant.upmc.fr/article/137812>
49. Le Gourrière T, Aubin-Auger I, Université Paris Diderot - Paris 7, Université Paris Diderot - Paris 7, UFR de médecine. Perception et utilisation des règles hygiéno-diététiques par les médecins généralistes, dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2. [[S.l.]: [s.n.]; 2008.
50. Janand-Delenne B, Sejlil S, Rocher L, Calemczuk G. Précarité, complications et niveau de connaissances sur le diabète dans une population de 125 patients. *Diabetes & Metabolism.* 2010 Mar;36:A45.
51. Adolfsson ET, Starrin B, Smide B, Wikblad K. Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches—A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies.* 2008 juillet;45(7):986–94.
52. Imbert G. Vers une étude ethnoépidémiologique du diabète de type 2 et de ses complications. *Santé Publique.* 2008 Jul 4;Vol. 20(2):113–24.
53. Van Der Meersch. REPRESENTATION DU DIABETE ET DU PATIENT DIABETIQUE DE TYPE 2 CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES [Internet]. [cited 2017 Jan 10]. Available from: [http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/van-der-meersch\\_these.pdf](http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/van-der-meersch_these.pdf)

## ANNEXE N°1

### Calcul du score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	constante	75,14	

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**

Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions

$$\text{EPICES} = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09$$

**Guide d'entretien****1) Questionnaire rapide, caractéristiques de la population :**

- Sexe

Homme	
Femme	

- Âge

40 – 50 ans	50 – 60 ans	60 – 70 ans	> 70 ans

- Origine

Afrique Noire	Maghreb	Asie	Europe	Autre

- Statut marital

Célibataire	
Union libre	
Marié/pacsé	
Divorcé	
Veuf	
Enfants	

- Profession

Sans emploi	
Ouvrier	
Cadre	
Fonctionnaire	
Agriculteur	
Autres	
Horaires décalées	

- Niveau d'étude

Certificat d'études/Brevet des collèges	
Baccalauréat général	
Baccalauréat professionnel	
CAP/BEP	
Etudes supérieures	
Aucun	
Lecture/Ecriture acquises ?	

- IMC

< 20	20-25	25-30	30-35	35-40	> 40

- Ancienneté du diabète

< 5 ans	5-10 ans	10-15 ans	15-20 ans	> 20 ans

- Circonstances de découverte

Bilan systématique en ville	
Hospitalisation	
Syndrome cardinal	
Autre	

- Suivi du diabète

Médecin généraliste	
Diabétologue	
Diététicienne	
Adhésion à un réseau	

- Complications

Rétinopathie	Néphropathie	Neuropathie	Pieds	Cardiovasculaires

- Autres facteurs de risque cardiovasculaires

Age (>50 ans homme, > 60 ans femme)	
ATCD familiaux	
Tabagisme actif ou sévère < 3 ans	
HTA	
Dyslipidémie	
Obésité	
Sédentarité	

- Résultats de la dernière prise de sang

HbA1c < 7	Entre 7 et 8	Entre 8 et 9	Entre 9 et 10	HbA1c > 10

- Date de leur dernier bilan : fond d'œil, examen cardiologique, examen des pieds, biologie complète

Moins de 1 an	Entre 1 et 2 ans	Plus de 2 ans

- Traitements en cours

Régime seul	ADO seuls	Insuline seule	Mixte (ADO et insuline)	Rupture de traitement

- Possession d'un lecteur de glycémie et utilisation

OUI	
NON	
Utilisation quotidienne ou régulière (programme fixé)	
Utilisation occasionnelle	
En cas de symptômes d'hypoglycémie	

## **2) Evaluation des connaissances sur le diabète**

- Qu'est-ce que le diabète selon vous et pourquoi est-ce important de le prendre en charge ?

*Définition maladie, risques hyperglycémie...*

- Quelles sont les complications ?

*Rein, œil, cardiovasculaire, neuropathie, pieds...*

- Quels sont les traitements disponibles ?

*Alimentation, activité physique, traitements per os, insuline, autres...*

- Quels sont les moyens de surveillance de la maladie ?

*Biologie, HbA1c, carnet glycémie...*

- Où avez-vous trouvé les informations concernant le diabète ?

*Médecin généraliste, diabétologue, infirmière, réseau, associations, internet, guide de l'assurance maladie, entourage, médias, livres...*

## **3) Connaissance et adaptation des règles hygiéno-diététiques**

- Combien de repas faites-vous par jour et les préparez-vous vous-même ?



*Moins de 3/jour, 3/jour, Plus de 3/jour, grignotage...*

- Quels sont les aliments/boissons que vous consommez à volonté ?

*Expression libre*

- Quels sont les aliments/boissons que vous consommez en quantités contrôlées ?

*Expression libre*

- Quels sont les aliments/boissons interdits ?

*Expression libre*

- Pratiquez-vous une activité sportive ? Si oui laquelle et quelles durée/fréquence ?

*Marche, jogging, sport collectif, autres... Moins de 30 minutes, plus de 30 minutes... Tous les jours, 2 à 3 fois par semaine, 1 fois/semaine, occasionnellement...*

- Pensez-vous avoir une alimentation et une activité physique optimales ou avez-vous des progrès à réaliser ? Si oui lesquels et vous en sentez-vous capable ?

*Expression libre*

#### **4) Attentes des patients**

- Le diabète est-il pour vous une maladie grave et en avez-vous peur ?

*Expression libre*

- Le diabète est-il une contrainte dans votre vie ? Pourquoi ?

*Expression libre*

- Pensez-vous avoir besoin d'aides pour vous aider à mieux gérer votre diabète ? Si oui, lesquelles et sous quelles formes? Si non, pourquoi ?

*Concernant alimentation, maladie... Consultations de ville par le MG, réseau, diététicienne...*

- Si votre médecin vous proposait une (ou plusieurs) consultation(s) supplémentaire(s) dédiées uniquement à l'information concernant la maladie, seriez-vous intéressés ?

*Expression libre*

**ANNEXE 3**

Voici la feuille que je remettais aux patients en fin de consultation pour leur permettre d'avoir les idées claires sur la teneur en glucide des aliments.

Cette fiche a été fournie par les diététiciennes du CHG de Longjumeau.

### Tableau d'équivalences

Les fruits :				
1 portion dans le tableau = 20 g de glucides				
Abricots (frais ou secs) x4	Ananas frais ¼	Banane petite (fraîche ou sèche) x1	Cerises x15	Clémentines, mandarines x2/3
Figues fraîches, sèches x3	Framboises, fraises 1 barquette (250g)	Kiwis x2	Kakis x1 (200g)	Litchis x12
Mangue x ½	Mirabelles x16	Melon x ½ gros	Orange x1	Pamplemousse x1
Pastèque x 1/5 <sup>ème</sup>	Papaye x1	Nectarine, brugnoon pêche x1	Poire x1	Pomme x1
Prunes x4	Raisins (frais ou secs) x20	Reines-claudes x8	Compote (100g) x1	Jus de fruits (tous) 1 verre 150ml

féculents cuits		1 bol de 200g		= 40 g de glucides	
<p>Les féculents cuits : Pâtes, riz, pommes de terre, semoule, blé, boulgour, maïs, légumes secs, flageolets, haricots rouges et blanc, igname, patate douce, manioc,...</p>					
<p>Les légumes : salade, haricots verts, (carottes), choux, concombres, tomates, endives, céleri, fenouil...</p>			<p>Pain : 60g de pain ou 4 biscottes</p>		
< 5			30		
<p>Laitages naturels :</p>			<p>Viande, poisson, œuf :</p>		
< 5			0		

## **RESUME**

Le diabète de type 2 est une pathologie à laquelle le médecin généraliste est confronté quotidiennement. La précarité est reconnue comme facteur favorisant le diabète de type 2 et ces patients sont souvent isolés et présentent plus de complications liées au diabète. Différentes solutions sont abordées pour améliorer leur prise en charge, notamment l'éducation thérapeutique.

Cette étude qualitative a évalué les connaissances de 15 patients diabétiques de type 2 précaires sur leur pathologie, notamment les règles hygiéno-diététiques ainsi que leur vécu de la maladie dans le but de connaître leurs besoins et améliorer leur prise en charge. 15 entretiens semi structurés ont été réalisés avec des patients recrutés en médecine générale, répondant aux critères de précarité.

Il en ressort qu'ils connaissent peu la physiopathologie de leur maladie. Moins de la moitié considère les règles hygiéno-diététiques comme un traitement du diabète de type 2 et comprend l'utilité du suivi. Le médecin généraliste est au premier plan mais peu de patients lui expriment leurs besoins d'informations. Les sentiments exprimés sont globalement négatifs et dominés par la peur et la frustration devant la contrainte quotidienne liée à la maladie. La plupart sont en demande d'éducation thérapeutique.

Pour améliorer leur prise en charge il faudrait agir dès le début de la maladie en réalisant une consultation d'annonce systématique, former les médecins généralistes à l'éducation thérapeutique et s'appuyer sur les moyens disponibles pour « travailler ensemble », notamment les réseaux. Pour cela une revalorisation du rôle clé du médecin généraliste serait nécessaire.