

# Ressentis des patients diabétiques de type II en population guadeloupéenne : une étude qualitative

Annabelle Fortané

► **To cite this version:**

Annabelle Fortané. Ressentis des patients diabétiques de type II en population guadeloupéenne : une étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01685703

**HAL Id: dumas-01685703**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01685703>**

Submitted on 16 Jan 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Ressentis des patients diabétiques de type II en population  
guadeloupéenne.**

**Une étude qualitative**

**THÈSE**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD  
des Antilles et de la Guyane  
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 16 mars 2017

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Par

**FORTANÉ Anabelle**

Examineurs de la thèse :

Mr BLANCHET Pascal

Professeur, Président

Mr DAVID Thierry

Professeur

Mme HELENE-PELAGE Jeannie

Professeur, Directeur

Mme KANGAMBEGA Pauline

Docteur en médecine

# UNIVERSITE DES ANTILLES

\*\*\*\*\*



## FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

\*\*\*

**Administrateur Provisoire :** Jacky NARAYANINSAMY

**Doyen de la Faculté de Médecine :** Raymond CESAIRE

**Vice-Doyen de la Faculté de Médecine :** Suzy DUFLO

### Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

**NEVIERE Rémi**

**Physiologie**

CHU de MARTINIQUE

**Bruno HOEN**

**Maladies Infectieuses**

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 15 45

**Pascal BLANCHET**

**Chirurgie Urologique**

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Fax 05 90 89 17 87

**André-Pierre UZEL**

**Chirurgie Orthopédique et Traumatologie**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

**Pierre COUPPIE**

**Dermatologie**

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

**Thierry DAVID**

**Ophtalmologie**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

**Suzy DUFLO**

**ORL – Chirurgie Cervico-Faciale**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

**Eustase JANKY**

**Gynécologie-Obstétrique**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

**DE BANDT Michel**

**Rhumatologie**

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

**François ROQUES**

**Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire**

**Jean ROUDIE**

CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

**Jean-Louis ROUVILLAIN**

**Chirurgie Digestive**  
CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96 55 21 01  
Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

**SAINTE-ROSE Christian**

**Chirurgie Orthopédique**  
CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96 55 22 28

**André CABIE**

**Neurochirurgie Pédiatrique**  
CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96

**Philippe CABRE**

**Maladies Infectieuses**  
CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96 55 23 01

**Raymond CESAIRE**

**Neurologie**  
CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96 55 22 61

**Philippe DABADIE**

**Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie**  
CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96 55 24 11

**Maryvonne DUEYMES-BODENES**

**Anesthésiologie/Réanimation**  
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES  
Tel : 05 96 89 11 82

**Régis DUVAUFERRIER**

**Immunologie**  
CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96 55 24 24

**Louis JEHEL**

**Radiologie et imagerie Médicale**  
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES  
Tel : 05 90 89 14 13

**Annie LANNUZEL**

**Psychiatrie Adulte**  
CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96 55 21 84

**Mathieu NACHER**

**Neurologie**  
CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96 55 20 44

**Michel CARLES**

**Epidémiologie**  
CH de CAYENNE  
Tel : 05 94 93 50 24

**Magalie DEMAR-PIERRE**

**Réanimation**  
CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES  
Tel : 05 90 89 17 74

**Parasitologie et Infectiologie**  
CH de CAYENNE  
Tel : 05 94 39 53 09

**Vincent MOLINIE**

**Anatomie Cytologie Pathologique**

CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

**Philippe KADHEL**

**Gynécologie-Obstétrique**

**Jeannie HELENE-PELAGE**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

**Médecine Générale**  
Cabinet libéral au Gosier

Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

**MEJDOUBI Mehdi**

**Radiologie et Imagerie**

CHU de MARTINIQUE

### **Professeurs des Universités Associé**

**Karim FARID**

**Médecine Nucléaire**  
CHU de MARTINIQUE

### Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

**Christophe DELIGNY**

**Gériatrie et biologie du vieillissement**

CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96 55 22 55

**Jocelyn INAMO**

**Cardiologie**

CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

**Franciane GANE-TROPLENT**

**Médecine générale**

Cabinet libéral les Abymes  
Tel : 05 90 20 39 37

**Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE**

**Endocrinologie**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES  
Tel : 05 90 89 13 03

**Marie-Laure LALANNE-MISTRIH**

**Nutrition**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES  
Tel : 05 90 89 13 00

**Sébastien BREUREC**

**Bactériologie & Vénérologie**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES  
Tel : 05 90 89 12 80

**Narcisse ELENGA**

**Pédiatrie**

CH de CAYENNE

**GELU-SIMEON Moana**

**Gastroentérologie**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES  
- Fax : 05 90 75 84 38

## Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

<b>DARCHE Louis</b>	<b>Chirurgie Générale et Viscérale</b> CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 21 01
<b>MARY Julia</b>	<b>Rhumatologie</b> CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 23 52
<b>MOINET Florence</b>	<b>Rhumatologie et Médecine Interne</b> CHU de MARTINIQUE Tel : 05 55 22 55
<b>Philippe CARRERE</b>	<b>Médecin Générale</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 06 90 99 99 11
<b>DE RIVOYRE Benoit</b>	<b>Ophthalmologie</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 50
<b>SEVERYNS Mathieu</b>	<b>Orthopédie</b> CHU de MARTINIQUE Tel : 05 90 55 22 28
<b>NABET Cécile</b>	<b>Parasitologie et Mycologie</b> CH de CAYENNE
<b>DOURNON Nathalie</b>	<b>Maladies Infectieuses</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
<b>BORJA DE MOZOTA Daphné</b>	<b>Gynécologie Obstétrique</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 0590 89 19 89
<b>DEBBAGH Hassan</b>	<b>Urologie</b> CHU de MARTINIQUE Tel : 0596 55 22 71
<b>JACQUES-ROUSSEAU Natacha</b>	<b>Anesthésiologie/Réanimation</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 96 89 11 82
<b>BANCEL Paul</b>	<b>ORL</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 93 46 16
<b>MONFORT Astrid</b>	<b>Cardiologie</b> CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 23 72
<b>PARIS Eric</b>	<b>Réanimation</b> CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 94 3953 39
<b>SAJIN Ana Maria</b>	<b>Psychiatrie</b> CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 20 44

**GHASSANI Ali**

**Gynécologie Obstétrique**  
 CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES  
 Tel : 0590 89 19 89

**PIERRE-JUSTIN Aurélie**

**Neurologie**  
 CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES  
 Tel : 05 90 89 13 40

**GALLI-DARCHE Paola**

**Neurologie**  
 CHU de MARTINIQUE

**MOUREAUX Clément**

**Urologie**  
 CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES  
 Tel : 05 9089 13 95

**MOUNSAMY Josué**

**Médecine Générale**

CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES et Cabinet

**PLACIDE Axiane**

**Médecine Générale**  
 CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES et Cabinet

**NIEMETZKY Florence**

**Médecine Générale**  
 CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES et Cabinet  
 Tel : 0596 55 22 28

**Professeurs EMERITES**

**CARME Bernard**

**Parasitologie**

**CHARLES-NICOLAS Aimé**

**Psychiatrie Adulte**

**ARFI Serge**

**Médecine interne**

## REMERCIEMENTS

**A Monsieur le Professeur Blanchet Pascal,**

Qui me fait l'honneur de présider mon travail  
Et de juger mon travail

**A Monsieur le Professeur David Thierry,**

Qui me fait l'honneur de juger mon travail

**A Madame le Professeur Helene-Pelage Jeannie,**

Qui m'a accompagnée dans ce projet de thèse, et soutenue tant sur le plan professionnel, que personnel au cours de ces trois années.

**A Madame le Docteur Kangambega Pauline,**

Qui me fait l'honneur de juger mon travail.

Merci de m'avoir accueillie dans votre service lors de mon dernier semestre.

A tout le personnel médical et paramédical du CHU de Pointe à Pitre,

A mes maîtres de stage,

Où j'ai réalisé mes stages et tant appris pour ma pratique future.

A mes anciens co-internes pour les moments partagés à leurs côtés.

A mes collègues de Post-urgences pour leur soutien et leur compréhension dans cette dernière ligne droite.

Aux médecins généralistes qui m'ont permis d'interroger leurs patients.

A mon père, expert en communication et management des hommes et des entreprises pour son aide précieuse dans l'analyse des données.

A ma mère et son œil attentif à l'orthographe lors des relectures.

A tous les patients de mon étude avec qui j'ai partagé un moment privilégié, Merci de m'avoir ouvert les portes de vos maisons et celles de vos pensées.



## DEDICACES

A ma famille, mes coéquipiers de vie sans qui, je ne serais pas ce que je suis.  
 A mes parents, pour leur amour, leur soutien et leurs conseils.  
 Maman, j'espère un jour devenir la femme et la mère que tu es.  
 Papa, « Ça n'a pas été facile et j'ai réussi » et je rajouterai « grâce à toi ».  
 A ma petite sœur chérie et mon petit frère adoré, pour nos moments partagés ensemble et ceux à venir.

A ceux avec qui j'aurais voulu partager ce rêve de petite fille,  
 Mon Papé, ma Mamie, mon Oncle Marc.

A mes amis de lycée, K, J&F pour cette complicité qui continue de persister après tant d'années et tant de kilomètres entre nous.

A tous mes amis Lillois, du primaire à la fac et du volley qui m'ont aidée à me construire.  
 A Suzanne et Fanny, mes acolytes de sous-colles, je suis heureuse de partager ce moment avec vous et vous faire découvrir cette île merveilleuse.  
 A toi, B, avec qui j'ai grandi et avec qui j'aurais aimé partager ce moment. Notre destin en a décidé autrement.

A tous mes amis de Guadeloupe, ma deuxième famille qui me donne l'envie de rester sur cette magnifique île.

A mes colocs, « Cœur Cœur dans ton Cœur », pour tous nos délires.  
 Juju, mon binôme, la route a été longue pour en arriver ici, et je suis contente d'avoir croisé ton chemin, d'avoir partagé ces moments de folie comme de galère. Merci pour ton soutien.  
 Marion, qui m'a épaulée et accompagnée dans mes moments d'égarements sur l'eau comme sur terre.  
 A ma chiorée qui me manque et qui, j'espère s'accroche au royaume de la choucroute.  
 Tu reviendras bientôt au soleil.  
 A Fauve et Georges, qui s'entendent comme « chien » et « chat ».

Au doux son de « Bon entendeur » qui m'a bercée lors de la rédaction de mon travail.

A tous ceux que j'ai croisés dans ma vie,  
 Qui m'ont permis, me permettent et me permettront de vivre heureuse  
 Car le « bonheur est notre destin véritable »

## PREAMBULE

Lors de mon cursus d'interne en Guadeloupe j'ai rencontré de nombreux patients diabétiques avec trop souvent cette impression d'un manque de connaissances, d'informations ou parfois même d'un déni de leur pathologie chronique.

Je me suis donc interrogée.

Est-ce un défaut de communication entre le médecin et son patient ? (\*)

Un manque d'intérêt et d'investissement du patient vis à vis de sa santé ? (\*\*)

Etre diabétique en Guadeloupe est-il une banalité ? Une fatalité ? Ou une normalité ?

J'ai voulu réaliser ce travail afin d'essayer de comprendre ce phénomène. La meilleure façon d'y répondre était d'aller directement à la source : interroger les patients sur leurs ressentis et leur expérience vécue avec la maladie.

(\*) « Entre Ce que je pense  
Ce que je veux dire  
Ce que je crois dire  
Ce que je dis  
Ce que vous avez envie d'entendre  
Ce que vous croyez entendre  
Ce que vous entendez  
Ce que vous avez envie de comprendre  
Ce que vous croyez comprendre  
Ce que vous comprenez  
Il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer.  
Mais essayons quand même »

Edmond Wells

(\*\*) « Ce n'est qu'au moment de la maladie que tu te rends compte de la valeur de la santé »

Proverbe libyen

## ABSTRACT

### INTRODUCTION:

The prevalence of Diabete melitus in Guadeloupe is twice the one of the Mainland. Being diabetic imposes changes in the patient's daily life. The objective of this study was to explore the feelings of type II diabetic patients in order to determine the difficulties of acceptance to the therapeutic project. The secondary objective was related to the doctor-patient relationship.

### MATERIAL AND METHODS:

A qualitative study was conducted in Guadeloupe from September 2016 to January 2017 on 16 patients with type II, aged from 49 to 78. Individual interviews were conducted.

### RESULTS:

Our patient seems "*somewhat not surprised*" and indifferent during the announcement of the disease. His knowledge of diabetes are imprecise or limited. For most patients, genetics and Caribbean food are causing diabetes, and emotional shocks are the triggers. It is a disease of the glands seen as an epidemic. It is serious, ranking second after cancer. In diabetes, organ silence predominates. The worsening of the disease occurs when switching to insulin or at the onset of complications. A balanced diet and smaller servings are the major changes in their lives. These changes are seen as social, financial and identity changes. The knowledge and use of traditional tea and herbal teas are part of the arsenal of the Antillean diabetic patient. Beyond his medical knowledge, patients expect from their doctor human qualities such as listening, empathy and communication.

### CONCLUSION:

We find similarities between patients from the Mainland and our diabetic patients. Particularities have been identified including the origin of certain complication

## SOMMAIRE

<b>LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UNIVERSITE DES ANTILLES .....</b>	<b>2</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>7</b>
<b>DEDICACES .....</b>	<b>8</b>
<b>PREAMBULE.....</b>	<b>9</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>10</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>11</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>18</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>19</b>
<b>MATERIEL ET METHODES .....</b>	<b>21</b>
1. Type d'étude .....	21
2. Echantillonnage .....	21
3. Recueil des données .....	23
4. Analyse des données .....	24
<b>RESULTATS.....</b>	<b>25</b>
1. Population.....	25
1.1 Lieu de résidence.....	25
1.2 Caractéristiques.....	26
2. Résultats .....	27
2.1 Le patient rencontre la maladie.....	28
2.1.1 La découverte de la maladie .....	28
A. Découverte fortuite	28
a. Par le professionnel de santé	
b. Par la famille	
B. Découverte bruyante	28
C. Découverte après un choc émotionnel	29
D. Découverte à la suite d'une complication	29

2.1.2 La réaction à l'annonce de la maladie.....	29
A. L'étonnement	29
B. L'incrédulité	30
C. La résignation	30
D. La relativisation	30
E. Le danger de mort	31
F. L'acceptation	31
a. L'indifférence	31
b. La banalité	31
c. La fatalité	31
2.1.3 La perception de la maladie.....	32
A. Un animal	32
B. Une couleur	33
2.1.4 L'accès à la connaissance de la maladie .....	34
A. La lecture	34
B. L'entourage	34
C. Les médias	34
D. Les organismes de prévention	34
E. Les professionnels de santé	35
F. Les hospitalisations	35
2.1.5 Les connaissances de la maladie.....	36
A. La définition du diabète	36
a. Une maladie grave	36
b. Une maladie silencieuse et sournoise	36
c. Une maladie contagieuse et épidémique	36
d. Une maladie qui touche tous les organes	37
e. Une maladie évolutive	37
f. Une maladie dangereuse	37
g. Une maladie chronique	37

h. La maladie des autres	38
B. Les causes de la maladie	38
a. L'hérédité	38
b. L'abus alimentaire	38
c. L'empoisonnement	39
d. Un événement traumatisant	39
C. Le mécanisme de la maladie	40
a. Une élévation du sucre dans le sang	40
b. Un déséquilibre organique	40
c. Un dysfonctionnement des glandes	40
D. Les complications	41
a. La rétinopathie	41
b. Les maladies cardiovasculaires	41
c. La néphropathie	41
d. La dysfonction érectile	42
e. L'amputation	42
f. La mort	43
2.2 Le patient vit avec sa maladie.....	43
2.2.1 Une personnalité .....	43
A. Un compagnon	43
B. Un ennemi	43
C. Une référence magico-religieuse	44
2.2.2 Règles hygiéno-diététiques et médecine populaire .....	44
A. Conduites préventives	44
B. Médecine traditionnelle créole	44
2.2.3 Règles hygiéno-diététiques et médecine scientifique.....	45
A. L'observance thérapeutique	45
B. Un suivi personnel : l'automesure glycémique	45
C. Un suivi médical : l'hémoglobine glyquée	45

2.2.4 Des règles à suivre .....	46
A. Le régime	46
a. Bénéfices	46
• Rééquilibrage alimentaire	46
• Perte de poids	46
b. Inconvénients	46
• La lassitude	46
• L'impact financier	47
• Les contraintes du quotidien	47
B. L'activité physique	47
a. Bénéfices	47
• Personnels	47
• Familiaux	48
b. Inconvénients	48
• Contraintes physiques	48
• Contraintes professionnelles	48
2.2.5 Des traitements à observer.....	49
A. Les antidiabétiques oraux	49
a. Avantages	49
• La facilité	49
• La simplicité	49
• La sécurité	49
b. Difficultés	50
• Les génériques	50
• La taille du comprimé	50
• Les effets secondaires	50
• La peur du passage à l'insuline	50
B. L'insuline	51
a. Avantages	51

• Possibilité de conserver son autonomie	51
• Reprendre des forces	51
b. Difficultés	51
• Accepter une autre réalité	51
• La perte de liberté et l'isolement	52
• La lassitude	52
• L'angoisse	52
• Les effets secondaires	52
2.3 Le patient partage sur sa maladie.....	53
2.3.1 L'environnement social.....	53
A. L'intégration	53
a. L'acceptation volontaire	53
b. L'enrichissement mutuel	53
c. La réassurance familiale	54
d. La gestion pendant les fêtes	54
• La maîtrise de soi	54
• Le compromis	54
• L'oubli ponctuel	54
B. L'exclusion	55
a. La peur du jugement	55
b. Les remarques désobligeantes	55
c. L'évitement	55
d. La mise à l'écart et l'isolement	56
2.3.2 L'environnement médical.....	56
A. Attentes de SAVOIR	56
a. La connaissance et la spécialité	56
B. Attentes de SAVOIR-FAIRE	57
a. Une prise en charge personnalisée	57



b. Conseiller	57
c. Accompagner	57
d. Suivre	57
e. Soulager	58
C. Attentes de SAVOIR-ETRE	58
a. L'écoute et l'empathie	58
b. L'information	58
c. La communication	59
d. La disponibilité	59
e. Le droit à la vérité	59
f. L'humanité	59
g. La confidentialité	60
h. Le respect du secret professionnel	60
2.4 Le patient se projette dans l'avenir avec sa maladie .....	60
2.4.1 La peur .....	60
A. De la souffrance	60
B. Des complications	61
C. La théorie du complot	61
2.4.2 L'espoir .....	61
A. De guérison	61
B. De découverte scientifique	62
C. De nouveaux traitements	62
2.5 « Portrait-robot » de notre patient guadeloupéen.....	62
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>66</b>
1. Discussion de la méthode.....	66
1.1 Les forces de l'étude.....	66
A. Le choix de la méthode qualitative	66

B. La diversité de l'échantillonnage	66
C. Les entretiens individuels semi-dirigés	67
1.2 Les faiblesses de l'étude.....	67
A. Les biais internes	67
a. Liés aux patients	67
b. Liés à l'investigatrice	67
B. Les biais externes	68
C. Les biais d'investigation	68
D. Les biais d'interprétation	68
2. Analyse .....	69
A. Le vécu de l'annonce	69
B. Les représentations de la maladie par l'image	71
C. La connaissance sur la maladie	74
D. Le diabète au quotidien	79
E. Une culture en mutation	84
F. La relation médecin-malade	85
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>87</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>89</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>92</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE.....</b>	<b>98</b>
<b>RESUME .....</b>	<b>99</b>

**LISTE DES ABREVIATIONS**

ADO : antidiabétiques oraux

ALD : affection longue durée

AVC : accident vasculaire cérébral

CHU : centre hospitalier universitaire

HbA1c : hémoglobine glyquée

InVS : Institut de veille sanitaire

MPP : mal perforant plantaire

OMS : organisation mondiale de la santé

RHD : règles hygiéno-diététiques

UPPD : Unité de Prise en charge du Pied Diabétique

## INTRODUCTION

On l'appelle l'épidémie silencieuse du XXI<sup>ème</sup> siècle. Le diabète touche plus de 3 millions de personnes en France. Selon les derniers chiffres de l'institut de veille sanitaire en 2013, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France métropolitaine est estimée à 4,7% de la population.

La maladie est plus fréquente chez les femmes quelle que soit la tranche d'âge considérée : 59,7% de la population diabétique contre 45,7% en métropole en 2013.[3]

Située dans l'arc antillais, la Guadeloupe par rapport à la France métropolitaine affiche un résultat presque multiplié par deux à 8,3% en 2013, soit une nette progression par rapport aux chiffres de 2007, estimés à 5,9% .[1] L'âge moyen des patients diabétiques est de 65,2 ans, comparable à la moyenne nationale (66,2 ans).[2] La prévalence du diabète traité augmente avec l'âge, avec un quota maximum entre 75 et 79 ans.

Les facteurs de risque mis en évidence dans les études sont l'obésité ( avec une nette prédominance féminine [4]) et la génétique, notamment chez les sujets de descendance indienne et africaine.[5] La sédentarité ainsi que la précarité des populations sont des facteurs aggravants.[6]

Notre île est marquée par une morbi-mortalité précoce notamment cardiovasculaire et néphrologique. L'incidence de l'insuffisance rénale terminale est élevée chez les patients diabétiques.[7]

De par sa fréquence et ses conséquences à long terme cette maladie est devenue une véritable priorité de santé publique. Ce qui suggère un contrôle insuffisant de cette maladie diabétique.

L'objectif de ce travail était d'explorer les ressentis des patients diabétiques de type II en population guadeloupéenne afin d'identifier les difficultés d'adhésion au projet thérapeutique.

L'objectif secondaire était de s'intéresser à la relation médecin-malade.

## **MATERIEL ET METHODES**

### **1. TYPE D'ETUDE**

La méthode qualitative a été privilégiée, elle est la plus adaptée lorsque le but d'une étude est l'exploration des représentations des participants.[8]

Cette technique permet de comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel, et d'appréhender les expériences, le vécu et le ressenti des patients vis à vis d'une maladie.

Dans le cadre de notre étude, l'investigatrice, interne en médecine générale a mené des entretiens individuels semi directifs. Ceux-ci ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone de la marque OLYMPUS Digital Voice recorder.

### **2. ECHANTILLONNAGE**

Le choix initial a été de s'intéresser aux patients répondant aux critères d'inclusion suivants :

- Etre diabétiques de type II et majeurs
- Résider sur le territoire guadeloupéen
- Sans troubles cognitifs ou grabataires

Le recrutement des patients a été réalisé sur plusieurs sites :

- Par contact téléphonique de médecins généralistes répartis sur différents secteurs du département. Chaque médecin, intéressé par le projet, devait sélectionner deux personnes répondant aux critères d'inclusion dans sa patientèle, puis remplir une fiche d'information (annexe n°1), et la renvoyer au chercheur. Ce dernier rappelait le patient pour convenir avec lui d'un lieu d'entretien.

- Par l'investigatrice au niveau de l'Unité de Prise en Charge du Pied Diabétique (UPPD) du centre hospitalier universitaire (CHU) de Pointe à Pitre-Abymes lors de leur hospitalisation de jour, et en service de post-urgences.

La notion de représentativité statistique n'est pas recherchée dans une étude qualitative. L'échantillonnage a été effectué en « variation maximale », afin d'identifier les variables pertinentes susceptibles d'influencer les résultats.

Seize patients (neuf femmes et sept hommes) ont été interrogés dans notre étude. Ce nombre ayant été déterminé par le principe de saturation des données, qui est défini par l'épuisement de nouveaux éléments pour cette analyse.

### **3. RECUEIL DES DONNEES**

Les entretiens ont été réalisés par un seul chercheur entre septembre 2016 et janvier 2017. Les patients résidaient tous sur le territoire guadeloupéen. Le lieu d'entretien a été déterminé par le patient. Tous ont choisi leur domicile, hormis un, qui a préféré une rencontre à l'hôpital.

Un canevas d'entretien (annexe n°2), rédigé au préalable et susceptible d'évoluer au fil du temps, a servi de trame lors des différentes interviews. Il a été construit d'après les documents existants sur le sujet.[9][10]

Le but de ce guide était d'aider l'investigatrice à ne pas omettre les points importants : l'annonce du diagnostic, l'information sur la maladie, le traitement, le rapport avec la société et l'entourage, la relation médecin-malade et la perception de la maladie.

Les entretiens ont permis d'explorer les connaissances, les opinions, et les difficultés rencontrées par les sujets diabétiques.

Des questions plus formelles ont été ajoutées pour compléter les caractéristiques des patients inclus. (Situation socioéconomique, équilibre et suivi du diabète, complications...).

Tous les entretiens ont été réalisés par l'investigatrice avec prise de notes et enregistrement audiophonique après obtention du consentement signé des sujets. (Annexe n°4)



Les entretiens ont été ensuite retranscrits intégralement, grâce à un logiciel de traitement de texte sur un ordinateur portable MacBook Air, puis analysés. Ils figurent dans le deuxième volume.

L'anonymisation des personnes enregistrées était systématique conformément aux règles.

La durée moyenne des entretiens a été de 29 minutes et 11 secondes. (Annexe n°3).

#### **4. ANALYSE DES DONNEES**

Chaque entretien a été retranscrit intégralement dans les heures suivant l'interview, dans l'optique de conserver au mieux l'authenticité du récit du patient. Afin d'illustrer les thèmes abordés dans le canevas, nous avons relevé pour chacun des patients le verbatim (\*) le plus pertinent. Ceci a permis de créer un tableau à double entrée récapitulant les thèmes et les propos des patients. Cette visualisation globale des verbatim avait pour but de faciliter notre analyse.

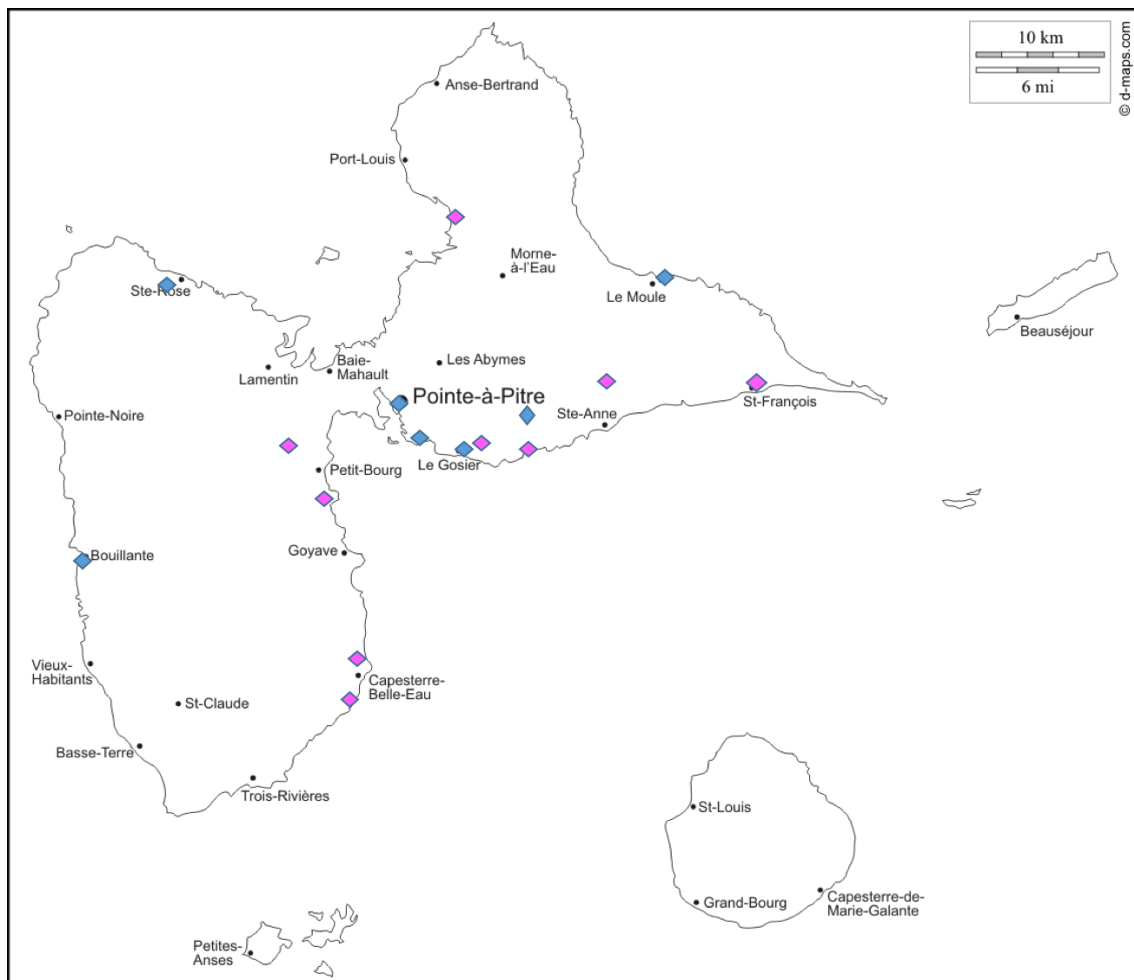
(\*) Verbatim : compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien.[11]

## RÉSULTATS

### 1. POPULATION

#### 1.1 LIEU DE RESIDENCE

L'échantillonnage était constitué de 16 patients venant de zones géographiques différentes.



Carte 1 : Lieu de résidence des patients interrogés (Source : D-Map.com)

## 1.2 CARACTERISTIQUES

	SEXE	AGE	TRAITEMENT	EQUILIBRE	DUREE DU DIABETE	ACTIVITE PROFESSIONNELLE
P1	F	75	ADO + Insuline	NON	23 ans	Femme au foyer
P2	F	61	ADO	OUI	1 an	Femme de ménage
P3	F	49	ADO + Insuline	NON	14 ans Mal perforant plantaire (MPP)	Surveillante de cantine invalidité
P4	M	56	ADO + Insuline	NON	20 ans Amputation	Employé de mairie
P5	F	66	ADO + Insuline	OUI	20 ans	Retraitée hôtesse de caisse
P6	F	71	ADO + Insuline	NON	23 ans	Retraitée employée de mairie
P7	F	67	ADO + Insuline	OUI	38 ans	Retraitée agent de bureau
P8	F	72	ADO + Insuline	NON	39 ans	Secrétaire comptable retraitée
P9	M	62	ADO	OUI	2 ans Infarctus	Retraité commerce
P10	M	59	ADO	OUI	13 ans	Ouvrier
P11	M	78	Insuline	NON	24 ans Amputation Néphropathie Rétinopathie	Retraité du bâtiment
P12	F	66	ADO + Insuline	OUI	24 ans	Retraitée employée de bureau
P13	M	68	ADO	OUI	10 ans	Retraité mécanicien
P14	M	67	ADO	OUI	12 ans	Retraité fonctionnaire
P15	F	72	ADO	NON	22 ans	Aide-ménagère
P16	M	52	Insuline	NON	3 ans MPP	Boulangier

**TABLEAU 1 : Caractéristiques des patients interviewés**

*Les patients ayant bénéficié d'éducation thérapeutique sont sur fond vert dans la case « équilibre »*

*Les patients ayant des complications sont sur fond orange dans la case « durée du diabète »*

Sex-Ratio : 9 femmes et 7 hommes

Retraités : 10 ; En activité professionnelle : 6

Catégorie socioprofessionnelle prédominante : employés

Moyenne d'âge : 65 ans

Age minimum : 49 ans ; Age maximum : 78 ans

Durée moyenne du diabète : 18 ans

Patients sous antidiabétiques oraux (ADO) : 6

Patients sous ADO et insuline : 8

Patients sous insuline : 2

Patients suivis par médecin traitant et diabétologue : 13

Patients suivis par médecin traitant : 3

## **2. RESULTATS**

Le plan de l'analyse a été construit selon une démarche chronologique :

-Le patient rencontre la maladie

-Le patient vit avec sa maladie

-Le patient partage sur sa maladie

-Le patient se projette dans l'avenir avec sa maladie

- « Portrait-robot » de notre patient guadeloupéen

## 2.1 LE PATIENT RENCONTRE LA MALADIE

### 2.1.1 La découverte de la maladie

#### A. Découverte fortuite

##### a. Par le professionnel de santé

*« On a découvert ça par un examen, par une prise de sang, j'avais un peu de sucre, et le cholestérol aussi...ça a poussé... » (P2)*

*« Une cousine me dit « Mais je te trouve un peu bizarre...Tu ne serais pas diabétique par hasard ? » Elle va dans sa voiture, elle récupère sa trousse et elle me fait une piqûre et puis elle mesure ma glycémie. Alors j'ai fait 4,20 ! » (P13)*

##### b. Par la famille

*« Et c'est là que ma mère a amené l'infirmier chez moi pour voir... Alors quand il m'a piqué, il m'a dit : « Heureusement que t'es vivant toujours mais là tout de suite à l'urgence ! T'as la chance d'être vivant toujours, parce que normalement vous êtes un homme mort déjà » (P4)*

#### B. Découverte bruyante

*« J'avais une envie d'uriner souvent et je me suis dit « Qu'est-ce que c'est que ça ? » (P5)*

« Par la fatigue, l'amaigrissement... Quand j'ai été porter le résultat chez le docteur, et elle m'a dit : Vous savez le laboratoire, il m'a téléphoné et m'a demandé si vous êtes encore en vie. C'était 6g » (P8)

### **C. Découverte après un choc émotionnel**

« Eh bien oui ! C'est ma mère qui est décédée brusquement. Il paraît que c'est quand on a un choc que ça se déclenche. C'est comme ça. » (P12)

« J'étais toujours angoissée, angoissée, angoissée, énervée, je pleurais tout le temps...et puis c'est là que j'ai découvert ça. Je ne sais pas si c'est à la suite de ça mais c'est à ce moment-là qu'on m'a dit que j'étais diabétique » (P6)

### **D. Découverte à la suite d'une complication**

« Ben c'est après un souci au pied, je m'étais fait piquer et ça s'était infecté. Quand j'ai été à l'hôpital de Baie Mahaut, au début ils ont pensé que c'était un petit truc banal et c'est en regardant la prise de sang qu'ils ont vu que j'étais à 2... et quelques. Et puis j'allais faire pipi très souvent » (P16)

## **2.1.2 La réaction à l'annonce de la maladie**

### **A. L'étonnement**

« Quand il m'a expliqué que j'étais diabétique... j'étais un petit peu étonnée. Puisque je lui ai dit qu'à ma connaissance je n'ai pas de parents diabétiques » (P6)

« Oh, j'étais étonnée du taux mais quand même je m'y attendais » (P8)

### **B. L'incrédulité**

*« Je n'ai pas réagi parce que je ne connaissais pas du tout qu'est-ce que c'était le diabète ... C'était banal. Quand on m'a annoncé ça, moi je ne comprenais rien du tout ! » (P3)*

*« Bon mais je ne savais même pas ce que c'était diabétique. J'ai entendu ça mais je ne savais pas quelle gravité que ça avait » (P15)*

### **C. La résignation**

*« Pas bien justement, on n'est jamais content d'être diabétique. Je ne peux pas aimer mon diabète. Je vis avec. Mais je ne peux pas l'aimer. C'est une restriction. Personne n'aime être malade » (P16)*

*« De toute manière j'étais avec le docteur X et s'il m'avait traité convenablement je n'en serais pas là... » (P11)*

### **D. La relativisation**

*« En fait y'a trois choses qui m'ont rendu plus homme. C'est l'armée (...) puis quand j'ai tout perdu pendant le cyclone Hugo. Et ces trucs là et avec mon infarctus, j'ai appris à ne pas stresser. Je ne m'en fiche pas non plus, mais je ne panique pas facilement (...) Alors c'est pour vous faire comprendre que le diabète... Je me soigne, je prends mes médicaments » (P9)*

### **E. Le danger de mort**

*« Je m’y attendais mais pas à un taux aussi élevé. Quand j’ai été porté le résultat chez le docteur, elle m’a dit : « vous savez le laboratoire, il m’a téléphoné et m’a demandé si vous êtes encore en vie. » C’était 6 g... » (P8)*

### **F. L’acceptation**

#### a. L’indifférence

*« Ça m’a fait ni chaud ni froid » (P10)*

*« Je n’ai pas été affectée, j’ai pas été touchée. Parce que bon, j’en entendais parler. Donc non ça ne m’a pas.... Dérangée » (P5)*

#### b. La banalité

*« On ne peut pas ignorer l’évidence. Quand on est diabétique, on est diabétique. Et puis ça s’arrête là » (P13)*

*« J’ai pris ça comme... je suis diabétique ! Je suis diabétique ! J’ai pris ça comme tous les jours » (P4)*

#### c. La fatalité

*« Bé ça ne m’a pas choqué puisque mon papa était un grand diabétique. Donc je sais que dans la famille, tôt ou tard ... » (P9)*



### 2.1.3 La perception de la maladie

#### A. Un animal

	<b>Animaux</b>	<b>Verbatim</b>
P7		« Si c'était un animal. C'est un animal <b>méchant</b> . Enfin tout gentil à un moment et puis un animal <b>traître</b> ! »
P8		« Ce serait un <b>méchant</b> . Le diabète n'est <b>pas gentil</b> . Il est <b>malicieux, sournois, vicieux et méchant</b> »
P10	<b>VER SOLITAIRE</b>	« Je dirais le ver solitaire. Parce que <b>ça ronge</b> . (Rires) »
P11	<b>MACAQUE (*)</b>	« Ki non ay ? Ki non a bet là sa enko ?(**) Euh le gros machin noir là. Ils ne sont pas tellement méchants. En principe en terme de créole je dis macaque. Eclats de rires. Je dirais le singe sinon. Le singe ressemble à l'homme à peu près. Le singe n'est <b>pas tellement méchant</b> . Comme on dit le singe a la ressemblance des hommes. Et le diabète il est chez les hommes »
P12	<b>CHAT</b>	« Parce que le diabète, c'est une maladie qui est <b>sournoise</b> . Alors quel animal est sournois ? Le chat peut-être. Je ne sais pas. Le chat je suppose je ne sais pas. »
P13	<b>VIPERE</b>	« Une vipère ! Olala ! C'est à dire qu'il <b>vous touche</b> à n'importe quel moment. Des fois il vous touche et vous ne savez même pas qu'il vous touche. C'est au dernier moment que vous vous rendez compte ! »
P14	<b>SERPENT</b>	« Euh un serpent. C'est à dire que <b>ça vous pique</b> peut-être là où vous ne vous attendez pas »
P15	<b>CHATROU(***)</b>	« Je dis que c'est un chatrou. Parce qu'il a des tentacules <b>qui touchent partout</b> . (Rires). Le cœur, les yeux, les reins, les pieds... ça touche partout et <b>ça ronge</b> !! (Rires).
P16	<b>SCOLOPENDRE</b>	« Parce que <b>je les aime pas</b> ... et je ne peux pas aimer mon diabète »

(\*) MACAQUE : singe en créole

(\*\*) Quel nom a-t-il ? Quel nom à cette bête-là déjà ?

(\*\*\*) CHATROU : petit poulpe en créole

## B. Une couleur

	Couleurs	Verbatim
P5	<b>NOIR</b>	« Noir ! C'est par rapport à tout ce que ça entraîne. C'est une maladie toute noire ! Et puis moi c'est une couleur que j'aime pas beaucoup. (Rires) »
P6	<b>JAUNE-ORANGE BLANC</b>	« Jaune-Orange. Parce que jaune c'est une belle couleur, orange c'est une belle couleur. Ça éclate. Ça rayonne. Le blanc c'est bien aussi. » « Parce que ça éclate aussi en quelques sortes. (Rires). Personne n'a envie d'avoir le diabète, cette maladie-là. Le jaune et l'orange c'est joli, mais personne n'en voudrait même si ce sont des belles couleurs »
P7	<b>NOIR</b>	« Et ben Noir ! Parce que le noir c'est triste. Par moment j'ai envie de me faire un grand plaisir ! Mais non ! »
P8	<b>NOIR</b>	« Noir ! parce que pour l'antillais, noir c'est le profond, c'est le deuil, c'est la mort »
P9	<b>ROSE</b>	« Je dirais couleur rose. Couleur sucrée. Y'a du sucre de toutes les couleurs mais le rose ça me vient. C'est la couleur de ma femme. Partout y'a du rose »
P10	<b>NOIR</b>	« Et bé j'ai choisi noir parce que quand on est dans la noirceur, on voit rien. Et le diabète on ne le voit pas. Il est là mais on ne le voit pas »
P11	<b>NOIR</b>	« Ah bé plutôt noir. Je choisis ça comme ça. Je ne peux pas répondre. (Rires). Parce que vous savez y'a deux sortes de couleurs, le noir et le blanc »
P12	<b>VERT</b>	« Pas noir quand même, c'est trop sombre. Disons verte quand même pour espérer. Si on s'occupe de soi et on mange comme il faut... on espère... »
P13	<b>JAUNE</b>	« Peut-être jaune. Je ne sais pas moi. Mais ça vous touche quelque part »
P14	<b>ROUGE</b>	« Je ne mettrais pas le noir quand même mais je mettrais le rouge. Parce que c'est assez violent quand même. C'est quelque chose qui est sournois. C'est grave. Faut faire attention, c'est silencieux »
P15	<b>BLANC</b>	« Je dirais la couleur blanche. Parce qu'on détecte le blanc plus vite que les autres couleurs... »
P16	<b>ROUGE-NOIR</b>	« Entre le rouge et le noir. Parce que bon, le rouge parce que c'est le feu rouge ; tout ce qui est danger c'est rouge ! Et tout ce qui est danger c'est noir. Vert et jaune c'est clair. Bien que j'aime le noir. Mais c'est danger ! »

## **2.1.4 L'accès à la connaissance de la maladie**

### **A. La lecture**

« C'est à dire que j'ai lu un certain nombre de revues qui parlait du diabète »  
(P14)

« J'ai un livre qui parle du diabète, je le lis et ça m'explique c'est quoi le diabète, si on prend de l'insuline ce que l'insuline fait...Je le lis » (P15)

### **B. L'entourage**

« De « bouche à bouche » on en entend parler » (P8)

« Je m'informe un peu partout. Surtout maintenant là. On va dire que c'est... à la plage. (Rires). C'est tout le monde » (P5)

### **C. Les médias**

« Et puis après, la venue à la radio de tous les débats qu'on a commencé à ouvrir, la vérité sur le diabète » (P8)

« Et j'entends aussi les diabétologues à la radio, tout m'intéresse » (P16)

### **D. Les organismes de prévention**

« Y'a des prospectus que la CAF nous envoie, que la sécurité sociale nous envoie. C'est de là que je m'informe » (P3)

« J'ai une mutuelle qui m'a envoyé des documentaires disant ce qu'il faut faire »  
(P14)

*« Je suis abonnée à SOPHIA qui m'envoie des petits machins, des petits prospectus, des petits livrets » (P12)*

*« Je suis allée dans un atelier avec la sécurité sociale » (P12)*

### **E. Les professionnels de santé**

*« C'est plutôt le docteur, chaque fois que je vais chez le docteur tous les trois mois » (P11)*

*« J'avais une cousine qui travaillait à l'hôpital et qui en parlait déjà. Elle était aide-soignante depuis 20 ans » (P8)*

*« Je prends tout ce qui est journal qui est déposé à la pharmacie ou chez mon kiné » (P5)*

### **F. Les hospitalisations**

*« Des fois elle nous envoie en médecine de jour à Ricou mais c'était un module d'éducation » (P1)*

*« J'ai eu les informations qu'il fallait, avec le docteur D... C'est une diabétologue. Elle prenait des patients par huit en hospitalisation. Et elle nous disait tout du diabète. Il n'y avait pas de secrets. Y'avait des hommes, des femmes, infirmières, nutritionnistes, diabétologues bien sûr et aussi psychologues » (P7)*

## 2.1.5 Les connaissances de la maladie

### A. La définition du diabète

#### a. Une maladie grave

*« A part le cancer, je dis le diabète est mauvais. Aie aie. Le diabète c'est une maladie qui est capricieuse, qui est couchée là. Elle ne dit rien mais elle te ronge. Elle te ronge ! Si on ne sait pas que c'est ça, tu es là et subitement tu n'es pas bien » (P15)*

*« Bon quand même je « préfère » être diabétique qu'hypertendu ou épileptique. Ou alors avoir un cancer. Le fait de gérer le diabète ... c'est peut-être facile » (P16)*

#### b. Une maladie silencieuse et sournoise

*« C'est silencieux. Si on me voit, personne ne sait que c'est à l'intérieur de moi. Personne ne sait si je ne dis pas ça. Et quand je le dis aux gens : ils me disent : « Mais non mais non, tu n'es pas diabétique » » (P15)*

*« Je suis performant donc bon ça ne se voit pas » (P16)*

#### c. Une maladie contagieuse et épidémique

*« Je crois que c'est une maladie qui est répandue dans l'air » (P11)*

*« Quand le docteur m'a appris que j'étais diabétique, je n'étais pas surpris puisque je sais que peut être tout le monde aura ça dans la vie hein... Parce que c'est tout le monde ... c'est la maladie qui court hein maintenant » (P2)*

d. Une maladie qui touche tous les organes

« Je dis que c'est un chatrou parce qu'il a des tentacules qui touchent partout. (Rires). Le cœur, les yeux, les reins, les pieds... ça touche partout et ça ronge !! (Rires) » (P15)

e. Une maladie évolutive

« Le diabète c'est une maladie. Y'a plusieurs sortes de diabétiques. Moi je suis encore bas » (P10)

« Mon frère est un grand diabétique et mon neveu est encore pire... Il a ... comment on dit ça ? une pile... euh une pompe. Je me considère comme un débutant » (P9)

f. Une maladie dangereuse

« Faut faire attention, à 10, tu peux faire un AVC... » (P6)

« J'ai des hypos, des hypers. Des vertiges et des tremblements. Je me suis vue parfois trébucher dans la maison et il faut que je prenne vite du sucre et m'allonger. Je me suis dit si ça m'arrive dans la rue, je tombe et je suis fichue. Donc je fais très attention. Quand je sors, je mange comme il faut » (P7)

g. Une maladie chronique

« Je suis toujours malade et je vais rester toujours malade jusqu'à la mort » (P11)

« Quand on est drépanocytaire, on sait que c'est pour la vie, le diabète c'est pour la vie, c'est pareil... » (P8)

« Il y a 23 ans que je suis diabétique, je sais que je ne vais pas retourner en arrière parce que ça ne va pas guérir » (P1)

#### h. La maladie des autres

« J'ai vu des gens qui n'ont pas de pieds, qui n'ont pas de jambes. J'ai vu des gens aveugles. Quand je vois ces gens-là, bon ça me rappelle quelque chose... Et puis après je dis « allez tant pis » ce n'est pas grave tant pis. On va voir ce que ça va donner après... » (P1)

### **B. Les causes de la maladie**

#### a. L'hérédité

« J'ai pensé qu'éventuellement je suis sujet à être diabétique dans la mesure où ma mère était diabétique. On dit que quand on a un ascendant du genre mère, père qui est diabétique, on est sujet à être diabétique. Je vivais avec des gens qui devenaient diabétiques donc ... » (P13)

« Dans la famille, on a plein de diabétiques. J'ai deux oncles qui sont morts sans jambes » (P9)

#### b. L'abus alimentaire

« Bon déjà mon père était diabétique. Mais moi je m'étais fixée dans la tête, c'est parce qu'il était gourmand » (P7)

« Avant quand on était jeune, on mangeait beaucoup de sucre. Je mangeais beaucoup de confiture patates. Parce qu'on ne connaissait pas le diabète. On mangeait beaucoup de sucreries » (P6)

« Eh bien, je vais dire, j'ai une portion de ma vie où j'ai mangé très gras. Je ne faisais pas attention à la nourriture, comment manger » (P8)

« C'est peut-être aussi que l'alimentation était en jeu. Parce que je mangeais à la créole... Avec la sauce. (Rires). L'antillais aime bien manger. La sauce, la viande et puis le court bouillon... » (P8)

#### c. L'empoisonnement

« Ce sont les aliments qu'on nous envoie en Guadeloupe qui nous font ça aussi hein. On nourrit les aliments avec les déchets des autres aliments aussi. La terre a commencé à être dégénérée aussi et que les aliments qui viennent de la terre se trouvent aussi malades et ça nous rend malades » (P11)

« Surtout on avait envoyé ici ... Euh Ki non a biten lasa ankò (\*) ? Qu'on mettait dans la terre là... Le chlordécone (\*\*) ! Ça rend les aliments malades et là vous mangez ça et ça vous rend plus malade encore » (P11)

#### d. Un événement traumatisant

« Les gens qui ont du souci qui ont des problèmes psychologiques ou qui se mettent en colère, j'ai entendu que ça faisait monter le diabète aussi » (P14)

« Mais si c'était déséquilibré dans ma tête, c'est parce que j'ai toujours des problèmes. Toujours des ennuis, toujours des angoisses. Et Le diabète est déséquilibré » (P6)

(\*) Comment appelle-t-on ce truc-là ?

(\*\*) Insecticide utilisé pour lutter contre le charançon du bananier, retiré du marché pour raison sanitaire



### C. Le mécanisme de la maladie

#### a. Une élévation du sucre dans le sang

« C'est un taux de sucre trop élevé dans le sang, qui dépasse la normale c'est ça ? » (P5)

« Je disais que c'était un peu de sucre trop élevé dans le sang » (P15)

#### b. Un déséquilibre organique

« Moi je pense que c'est un déséquilibre... c'est à dire qu'on a des organes qui fonctionnent mal par rapport à un être normal. Mais avec les comprimés, on a la possibilité de faire en sorte que ce soit équilibré... » (P13)

#### c. Un dysfonctionnement des glandes

- Le pancréas

« C'est du sucre qui y'a dans le sang et puis ça passe par le pancréas. Et si y'a un taux trop élevé, vous risquez de faire des complications. Quand le diabète est mal équilibré, c'est que le pancréas va mal » (P6)

« Le pancréas joue avec l'insuline pour pouvoir mettre en marche... » (P8)

- Le foie

« Je crois que c'est le foie... réfléchis... je n'ai pas ça vraiment en mémoire » (P13)

- La vésicule biliaire

« Je venais d'avoir une intervention au niveau de la vésicule biliaire. Pour moi je me suis basée que ça venait de ça, parce que ça ne fournissait pas l'insuline qu'il fallait et tout » (P5)

## D. Les complications

### a. La rétinopathie

« Ça cause de sacrés problèmes même un paquet de problèmes ! Au niveau des yeux... des cheveux... ça agit sur tout le corps le diabète... » (P13)

« Je sais que le diabète ça agit sur les yeux et les reins ... » (P15)

### b. Les maladies cardiovasculaires

« Je crois qu'on peut faire des maladies cardiovasculaires » (P12)

« Faire attention aussi pour ne pas faire d'AVC » (P3)

« Le diabète...selon moi ... il faut que je fasse un peu d'attention. Parce qu'à tout moment. On risque gros ! On risque gros ! parce qu'avec les artères... Il faut surveiller à tout moment pour ne pas laisser boucher » (P4)

### c. La néphropathie

« Quand j'y pense, je frémis. Parce que je sais que ça agit sur les yeux. Le plus dur aussi, c'est quand elle nous a expliqué que le diabète mangeait aussi les reins » (P7)

« Les peurs que j'ai pour le diabète. Ce sont mes reins. Peur que ça attaque mes reins. Dans la famille on a un terrain favorable Ma mère était malade, a pris beaucoup d'antibiotiques et ils ont abîmé ses reins donc elle s'est retrouvée dialysée et avec cette dialyse elle est morte. Elle avait les reins abîmés. Donc je dis que dans notre famille... parce que la dialyse, c'est dur !!! (P15)

d. La dysfonction érectile

« Et puis effectivement ça peut agir au niveau du sexe mais c'est avec l'âge aussi. On a plus 20 ans. Disons les choses comme elles sont ! Parce que à 20 ans jusque 50 ans on est à la montée et à partir de 50-55 ans on est à la descente. Rires. (Rires) » (P14)

e. L'amputation

« J'ai l'habitude de voir ces gens-là, qui n'ont pas de jambes, qui n'ont pas d'orteils. J'ai connu une dame qui était bien, elle est morte sans jambes. Je vois beaucoup de choses. Les gens qui ont des pieds rongés » (P1)

« C'était intéressant parce que on pouvait rigoler et avoir peur en même temps, en hospitalisation. Le docteur nous disait par exemple ce soir, on va au casino Elle faisait tourner une roue et ça s'arrêtait sur quelque chose. Et il fallait deviner ce que c'était. Ça ressemblait à un jambon... mais c'était une jambe coupée... Ceux qui étaient plus courageux répondaient en rigolant « un jambon de rio » mais moi au fond de moi, c'était très très dur » (P7)

f. La mort

*« Ma mère est déjà morte, bon à 74 ans mais quand même elle était diabétique. Mon papa aussi. Mon papa est tombé un jour. Parce qu'il était bien, il regarde la télé là comme ça et puis disons que dans les secondes qui suit : Bam ! Il était diabétique aussi. Mon grand frère, diabétique aussi, il est décédé aussi » (P4)*

*« Peut-être qu'on rigole avec ça mais c'est dangereux, parce qu'on peut avoir plein de complications et puis y'a aussi la mort qui vient » (P5)*

## 2.2 LE PATIENT VIT AVEC SA MALADIE

### 2.2.1 Une personnalité

#### A. Un compagnon

*« Je sais que mon diabète est là, je fais beaucoup d'attention avec mon diabète. Je porte mon diabète jusqu'au jour où Dieu me dira : « Le diabète me dira : là tu m'as bien porté et ben là je te lâche » (P6)*

#### B. Un ennemi

*« Je n'ai pas peur du diabète ! Non ! Je me bats. Pour moi je suis plus fort que le diabète. Il peut me battre demain, parce qu'il faut que tout le monde meurt. Je me montre toujours plus fort que lui ! Je sais qu'il est là ! Il me surveille mais je le surveille aussi » (P4)*

### C. Une référence magico-religieuse

« On voit aussi les conséquences bien souvent. Et on se pose la question : « Bon Dieu, protégez-moi ! » (P8)

« Je dis seigneur, c'est toi qui sais ! Alors j'ai confiance ! » (P15)

« Ce que j'attends le plus c'est que Dieu la garde pour qu'elle soit toujours là pour me soigner. (Rires). Parce qu'elle me donne des bons conseils ! » (P15)

### 2.2.2 Règles hygiéno-diététiques et médecine populaire

#### A. Conduites préventives

« On doit rester avec ça toute notre vie, on doit prendre des précautions » (P1)

« Il faut s'adapter à la maladie et prendre des précautions. Des précautions, il faut prendre surtout ! » (P2)

#### B. Médecine traditionnelle créole

« Mais parfois on se laisse tenter ! Et puis après on prend de la tisane. (Rires). Le té péyi de chez nous vous connaissez ? » (P5)

« J'ai fait l'expérience. On prend de l'aloé. C'est amer. Et le truc qui est radical aussi c'est le truc qu'on appelle en créole « gren anba fey » C'est une tisane très amère. C'est radical ! Y'a un truc qu'on appelle la liane de serpent, y'a le « zeb a pik ! ». C'est amer » (P14)

« Y'a zeb zégui qui est bon pour le sucre, y'a le boi kré qui est bon pour le diabète. Y'a euh l'aloé. Je mets le pawoka. J'achète aussi le pawoka en légumes. Je fais bouillir. Je mange et je bois l'eau. Et ça fait descendre le sucre » (P15)

### **2.2.3 Règles hygiéno-diététiques et médecine scientifique**

#### **A. L'observance thérapeutique**

*« Bien prendre ses comprimés. Bien prendre ses traitements. Bien suivre les rendez-vous et faire ce qu'on vous demande » (P8)*

*« Là j'ai un traitement par rapport au médecin. Je ne suis pas médecin. Je peux faire une grosse bêtise en faisant n'importe quoi avec les médicaments. Je prends les médicaments qu'on me donne » (P4)*

#### **B. Un suivi personnel : l'automesure glycémique**

*« Quand je vois c'est un peu trop élevé le soir, le lendemain, je tire un peu sur mon frein à main. Rires » (P7)*

*« Je me sens bien ! Avec comme appui, mon appareil. Tous les matins je prends ma glycémie et ça me permet de savoir à quel taux je suis. Généralement ça ne m'inquiète pas dans la mesure où c'est dans la fourchette » (P13)*

*« Et bien ça ne me gêne pas. Quand c'est 1g par exemple, je suis contente » (P7)*

#### **C. Un suivi médical : l'hémoglobine glyquée**

*« C'était à 9... Mais avant c'était à 11, et c'est descendu un petit peu. C'est mieux » (P3)*

*« Je ne sais pas mais c'est en dessous des 8. Mais c'est mieux ! A un moment donné, c'était monté à 9 mais ce n'est jamais monté à 10 quand même ! » (P6)*

*« 7%, mon diabétologue me dit que je peux mieux faire » (P5)*

## 2.2.4 Des règles à suivre

### A. Le régime

#### a. Bénéfices

- Rééquilibrage alimentaire

« Quand vous mangez, on vous interdit pas de manger le riz mais mangez une salade avant, ne mangez pas que du riz ! Aménagez un petit peu vos repas ! On le fait, on le fait, mais pas tout le temps » (P9)

« En terme d'alimentation, je n'ai peut-être pas tellement bougé mais par contre en terme de quantité, je mange beaucoup moins » (P14)

« Pas trop de gras, pas trop de sucré, pas trop de salé, un peu de les deux ... avec beaucoup de légumes, accompagnés avec un petit peu de féculent » (P2)

- Perte de poids

« Faut faire attention à ce qu'on mange. Et puis j'ai perdu des kilos. J'étais à 85 kilos » (P5)

« Et j'ai maigri d'ailleurs. J'avais un petit ventre avant et j'ai perdu » (P9)

#### b. Inconvénients

- La lassitude

« Le traitement c'est pas si difficile mais c'est le régime qui est difficile. On n'a pas envie de faire des régimes. C'est embêtant ça ! » (P1)

« Je fais attention, y'a des fois si on peut oublier la maladie, on mange normalement, on mange de tout. En semaine, je fais attention mais c'est que le dimanche que je peux euh... me relâcher... » (P3)

- L'impact financier

« Moi je dis qu'il faut faire des légumes à tous les repas et c'est pas tout le monde qui peut faire ça. C'est vrai, c'est pas tout le monde qui peut acheter des légumes. Comme je vends au marché, je vois les personnes âgées. Ils ne disent pas mais j'observe qu'ils veulent bien manger équilibré mais ils peuvent pas, ils n'ont pas assez de sous » (P15)

- Les contraintes du quotidien

« Mais à un moment donné quand même quand j'étais en activité, je ne m'en occupais pas, je faisais attention mais comme maintenant je suis à la retraite, je m'en occupe un peu plus » (P14)

## **B. L'activité physique**

### a. Bénéfices

- Personnels

« Tous les matins, à partir de 6 heures, je fais une heure de marche Je vais par là ou bien je change » (P12 - 66 ans)

« Quand je sais que le sucre est haut et que je ne veux pas monter sur ma machine pour courir. Je fais le tour de la porte, je fais cinquante cent fois, je marche vite pour faire baisser le sucre. Ou bien je me baisse, je me lève ... (fais



*des mouvements de gym). Et ça marche. (Rires). Je fais des grandes brasses comme si je suis dans la mer. (Rires) (P15- 72 ans)*

- Familiaux

*« Je fais beaucoup plus de choses. C'est moi qui peins ma maison, je fais tout ici. J'avais lu quelque part que les travaux dans la maison, le jardinage... On se dépense pas mal » (P9)*

b. Inconvénients

- Contraintes physiques

*« Moi je ne peux pas faire de sport convenablement, par rapport aux pieds parce que je ne peux pas appuyer dessus. » (P3 - mal perforant plantaire)*

*« Je fais un peu de marche, mais je ne peux pas trop, parce que je n'ai pas encore la prothèse définitive » (P4) – amputation membre inférieur)*

- Contraintes professionnelles

*« Niveau sport aussi. Je n'en fais pas assez. Par manque de temps à cause de mes horaires de travail mais bon quand on veut on peut. Mes horaires sont contraignants » (P16)*

## 2.2.5 Des traitements à observer

### A. Les antidiabétiques oraux

#### a. Avantages

- La facilité

« J'ai seulement un comprimé, je prends le soir pour le diabète tous les soirs avec un comprimé pour le cholestérol » (P2)

« Mais ce n'était pas tellement fort parce qu'au premier instant je prenais un tout petit cachet, DIAMICRON je crois » (P10)

« Y'a ceux qui ne sont pas sous insuline, c'est encore mieux » (P1)

- La simplicité

« Rien de bien difficile. C'est des comprimés. Après avoir pris ma glycémie, je récupère mes comprimés et je les mets dans ma main et je les avale. Une bonne gorgée d'eau et puis ça descend hein ! » (P13)

« Y'a rien de difficile. On suit la prescription. » (P10)

- La sécurité

« Y'a pas de raisons d'avoir peur puisque les médicaments sont là pour traiter » (P13)

## b. Difficultés

- Les génériques

« Par contre je n'aime pas trop les génériques. Et généralement on dirait qu'ils veulent changer mes trucs. Compte tenu des résultats que j'ai avec les médicaments que je prends d'habitude, ce n'est pas la peine d'aller changer ça pour que après j'ai des problèmes avec... » (P13)

« Alors ils parlent de génériques, génériques ... Bon j'ai pas dit que ce n'était pas la même chose. Mais quand je vois l'AMAREL\*, le générique il a pas la même forme et je n'arrive pas à l'avaler. » (P5)

- La taille du comprimé

« Je n'arrivais pas à l'avaler. Les gros comprimés, ça c'est mon problème. » (P5)

- Les effets secondaires

« Y'a des traitements qui n'allaient pas avec moi comme le GLUCOPHAGE\*, ça me donnait des nausées » (P6)

« Je dois absolument l'absorber au milieu du repas...Sinon j'ai souvent mal au ventre » (P9)

- La peur du passage à l'insuline

« Je sais pas pourquoi mais moi l'insuline... bon ça ne me fait pas peur mais je ne pense pas avoir le diabète pour traiter à l'insuline quoi. Si je peux peut-être agir avec les cachets comme ça et laisser le pancréas fonctionner un peu c'est mieux. Peut-être que l'insuline ça rend feignasse le pancréas aussi non ? » (P14)

« Les gens disent que l'insuline fait grossir. Et moi je refuse de grossir ! (Rires).

Donc tant que je peux me battre pour ne pas le prendre. Je me bats ! » (P15)

## B. L'insuline

### a. Avantages

- Possibilité de conserver son autonomie

« Moi... Je le fais-moi même. Je ne veux pas d'infirmière, je sais le faire, donc je le fais. Et je contrôle mon sucre, je fais mes affaires tout ça » (P1)

« Tout marche ! D'autant plus que c'est moi qui fais toutes mes affaires. Je me pique, je contrôle, c'est moi qui gère tout, tout et tout » (P4)

- Reprendre des forces

« J'étais vraiment amaigrie et j'ai demandé à ce que le médecin me remette sous insuline pour que je puisse me reprendre, pour refaire mon corps, on a maigri quand on sort d'un cancer, ce n'est pas facile » (P1)

### b. Difficultés

- Accepter une autre réalité

« Après je suis tombée sous insuline en plus des comprimés » (P11)

« Si je passe à l'insuline, ça veut dire que mon cas s'aggrave. Ça veut dire que ma situation s'est dégradée » (P13)

« Ah j'ai mal réagi ! Pour moi, je ne pouvais pas le supporter. Pour moi trop c'est trop. Pour moi, j'aurais dû être diabétique sans insuline... c'est mieux ! » (P3)

- La perte de liberté et l'isolement

*« Je voyageais, j'allais dans le midi. A Lourdes. Et moi je disais que je ne pouvais pas y aller parce que je prends de l'insuline. Je pensais qu'il fallait le garder toujours au frais. Alors j'avais perdu l'habitude de voyager pour aller en pèlerinage » (P12)*

*« Des fois je reprends le travail à 5h du matin et je n'ai pas faim. Alors je suis obligée de partir avec l'insuline et avec un petit déjeuner. Je dois me piquer à côté de mon placard quand y'a personne. Mais ça va très vite. » (P16)*

- La lassitude

*« J'en ai marre de faire ce genre de choses » (P1)*

- L'angoisse

*« Je me suis dit si l'hypoglycémie m'arrive dans la rue, je tombe et je suis fichue » (P7)*

- Les effets secondaires

*« J'ai un cousin qui doit se piquer. Et tellement il se pique. Il aime se piquer au ventre et il a la peau très tendue... » (P9)*

*« Un diabète peut tuer quelqu'un la nuit hein ! ça m'a déjà arrivé de faire plusieurs malaises et quand j'arrive dans la cuisine, je vois noir. Je suis en hypoglycémie » (P6)*

## 2.3 LE PATIENT PARTAGE SUR SA MALADIE

### 2.3.1 L'environnement social

#### A. L'intégration

##### a. L'acceptation volontaire

*« Oui maintenant tout le monde le sait que je suis diabétique. Dès qu'on a une conversation de malades. Y'a beaucoup de diabétiques. Je ne me cache pas. Je donne des conseils aux gens » (P6)*

##### b. L'enrichissement mutuel

*« Mes parents, les amis, mon travail, tout ça savait que j'étais diabétique. Je leur ai dit. Ça ne posait pas problème parce que y'a tellement de diabétiques maintenant alors c'était pas un problème pour moi. On échange, c'est enrichissant. » (P12)*

*« Bien sûr ! on parle ! on s'explique ! parce que tout le monde a ... le cholestérol, le diabète, y'a l'hypertension... Tout le monde a quelque chose. Ça fait du bien ... Chaque personne a son cas...Chaque personne dit ceci ... » (P2)*

*« J'aime toujours bien écouter, comprendre et puis discuter avec d'autres personnes qui ont la maladie » (P10)*

c. La réassurance familiale

« Des fois on fait des petits écarts, l'autre fois ma fille nous a ramené à son père et moi, un petit gâteau. On avait déjà soupé puis je me suis fait plaisir, j'ai mangé le gâteau. Et le lendemain matin, ça a grimpé. Il ne faut pas grand-chose pour que ça grimpe. Ma fille m'a expliqué : « maman, sache que tu as fait ça un jour, il ne faut pas faire ça tous les jours. Ce n'est pas ça qui va te tuer. Tu vois le dégât que ça fait, donc bon si tu fais ça tous les jours... » (P7)

d. La gestion pendant les fêtes`

- La maîtrise de soi

« Tout Moun (\*) mange, boit, « tiens l'assiette », « Sers toi » ... Mais je sais ce que je veux modérément » (P4)

« Et bien je prends ce que je peux prendre et je refuse le reste » (P7)

(\*) Tout le monde

- Le compromis

« Je participe. Mais je mange ce que je dois manger dans le repas qu'on fait. Mais le soir, je diminue pour compenser le midi » (P6)

« Ah non, je suis là. Je profite. Je fais plaisir à la personne qui m'a invité mais je ne mange pas » (P15)

- L'oubli ponctuel

« Mais y'a des fois comme par exemple à la Noël ou au Nouvel An, je n'étais pas diabétique. (Rires) » (P16)

« Quand je suis invitée, je ne vais pas me stresser en me disant je ne vais pas manger ça. Il faut vivre quand même » (P7)

## B. L'exclusion

### a. La peur du jugement

« Parce qu'il y a des gens, quand on leur parle du diabète, c'est comme si on avait la peste. J'ai déjà vu dernièrement quelqu'un qui dit « on a demandé aux diabétiques de mettre tout ce qui est aiguilles, ceci cela dans le petit saut jaune. Parce que si on se fait piquer, on va être infecté » (P5)

« Le truc c'est qu'avec certaines personnes ça se répète tout le temps. C'est ça qui est contraignant quelle que soit la maladie que tu as. Tu dis à quelqu'un et après ça se répète... » (P16)

### b. Les remarques désobligeantes

« Tu manges une banane et puis on te dit « Ah ouais faut pas en manger deux parce que tu es diabétique... » et moi ça m'énerve. Donc personne ne sait et je suis bien » (P16)

### c. L'évitement

« Si quelqu'un en parle, j'en parle avec la personne mais sinon non. Mais je ne lui dis pas que je suis diabétique. Comme c'est quelque chose qui n'est pas par exemple une maladie comme le SIDA ou le cancer ... Je dis que ça ne vaut pas le coup d'en parler » (P3)

« Je ne dis ça à personne. C'est pas la peine, on pourra rien faire. Le docteur même ne peut rien faire. Qu'est-ce que les amis pourront faire pour vous ? Alors ce n'est pas la peine de faire la publicité comme quoi je suis diabétique » (P11)



d. La mise à l'écart et l'isolement

« Je n'acceptais pas trop les invitations. J'aime bien rester seule dans mon petit coin » (P8)

« Il y a des choses à respecter quand on est diabétique. Il faut respecter certaines choses. C'est pourquoi je n'ai pas d'amis, j'ai abandonné la majorité. Et quand on a des amis qui viennent à la maison, c'est parce que y'a de l'alcool. Avant tout le monde venait manger, y'avait que des bonnes choses mais là maintenant tout est fini ! Je connais comment moi je fonctionne » (P4)

**2.3.2 L'environnement médical**

**A. Attentes de SAVOIR**

a. La connaissance et la spécialité

« Avec ce qu'elle a devant elle, son livre, ce qu'elle a appris, ce qu'elle a déjà vu, elle va pouvoir bien me canaliser » (P8)

« Moi par la suite parce que je prends l'âge je voudrais voir un diabétologue. Si je prends par exemple les termes du bâtiment ; un plombier c'est un plombier. Vous comprenez ? » (P10)

## B. Attentes de SAVOIR-FAIRE

### a. Une prise en charge personnalisée

*« Parce que le diabétique, tous les diabétiques ne sont pas pareils. Chacun ressent sa maladie à sa façon. A sa façon d'avoir vécu, de vivre, avec ses problèmes dans la vie » (P8)*

### b. Conseiller

*« Il me conseille, et s'il voit quelque chose qui n'est pas bon, c'est lui qui dit ce qu'il a dire. Si elle voit quelque chose qui cloche, elle doit me dire si c'est bon, si ce n'est pas bon. Ce que je dois faire, ce que je ne dois pas faire » (P6)*

### c. Accompagner

*« C'est à dire qu'elle est là pour m'accompagner. C'est à moi de faire l'effort. Normalement, c'est à moi de me guérir, ce n'est pas au médecin. Elle est là pour me soulager, un point c'est tout » (P3)*

### d. Suivre

*« Qu'il me suit régulièrement, qu'elle me prescrit mon médicament. Je suis obligé de passer par elle » (P9)*

*« Du moment que le médecin me donne mes médicaments, il fait les analyses tout ça pour l'hémoglobine glyquée... » (P14)*

e. Soulager

« C'est mon docteur traitant... Il me soigne mais ... Il ne peut pas me guérir hein... il peut me donner un soulagement » (P2)

**C. Attentes de SAVOIR-ETRE**a. L'écoute et l'empathie

« Il doit être à l'écoute des patients. Des fois je ne sais pas m'exprimer mais elle arrive à comprendre avec mes mots. Donc il faut être à l'écoute. On ne peut pas être parfait, personne n'est parfait. Mais il faut apprendre à ...comprendre » (P5)

« De pouvoir bien se situer par rapport au patient. C'est à dire d'après les déclarations que le patient lui dit pour pouvoir bien s'adapter à la situation » (P13)

b. L'information

« Je préfère parce que mon docteur généraliste... Vous savez comment ils sont... Je vais la voir (ma diabétologue) et elle m'explique bien pendant 20 minutes, une demi-heure comment je dois réagir, comment je dois faire. Voilà... Et c'est mieux » (P9)

« C'est pour ça que je vous dis que j'aime bien aller chez elle parce qu'elle m'explique bien ! Parce que le diabétologue il me suit mais il me parle mais pas comme elle » (P15)

c. La communication

« *Le dialogue ! Il faut mettre à l'aise le malade, discuter de tout* » (P16)

« *C'est surtout pouvoir répondre au patient, ne pas nous envoyer balader. Y'a des médecins qui ne répondent pas aux questions. Et ça je ne supporte pas* » (P7)

d. La disponibilité

« *Ce que je demande c'est qu'un docteur soit patient, qu'il vous écoute et ne pas vous expédier pour prendre quelqu'un d'autre...* » (P9)

« *Ce n'est pas tous les docteurs qui restent une demi-heure de temps à parler et à répondre aux questions* » (P10)

e. Le droit à la vérité

« *Ne me cache rien, même si c'est un cancer, dis-moi docteur ! Tu n'as pas le droit de me cacher* » (P6)

« *Un médecin sait parler au patient, dire les choses franchement. Il ne faut pas tourner autour du pot. Dans cette maladie-là, il faut être franc et de notre côté il faut être strict pour que le médecin soit satisfait aussi* » (P10)

f. L'humanité

« *Le docteur pleure pour les gens malades, comme nous, comme tout le monde. Les gens ne voient pas ça. Un docteur est sensible. Un docteur est comme nous. C'est un humain aussi* » (P6)

g. La confidentialité

« Euh le côté gynécologique. C'est déjà un petit peu tabou pour l'antillaise, qui déjà n'a pas été élevée avec la parole franche. S'il ne pointe pas du doigt la question, je ne vais pas en parler » (P8)

h. Le respect du secret professionnel

« Je parle au médecin ouvertement sur tous les sujets. Je pense que le médecin est là pour ça. Y'a peut-être beaucoup de gens qui ont un problème de pudeur parce que parfois si c'est un homme et il a une femme en face, il a peut-être peur de dire les choses mais bon après un médecin c'est un médecin. Les médecins en règle générale, ils n'ont rien de secret » (P14)

## 2.4 LE PATIENT SE PROJETTE DANS L'AVENIR AVEC SA MALADIE

### 2.4.1 La peur

#### A. De la souffrance

« Cette souffrance inattendue, inespérée. C'est la souffrance qui me fait peur » (P8)

« Une seule chose j'ai peur c'est quand je souffre. Quand j'ai mal. Quand j'ai un mal de ventre, ou un mal quelconque » (P6)

## **B. Des complications**

*« J'ai vu des gens qui n'ont pas de pieds, qui n'ont pas de jambes. J'ai vu des gens aveugles. Quand je vois ces gens-là, bon ça me rappelle quelque chose... »*

(P1)

*« Le plus dur aussi, c'est quand elle nous a expliqué que le diabète mangeait aussi les reins. La Dialyse ... Et ça c'est ce qui me fait encore plus peur que la jambe coupée. Mais les deux... mais enfin bon »* (P7)

## **C. La théorie du complot**

*« Il me semble qu'on a déjà trouvé les médicaments mais on ne donne pas les médicaments complètement. On ne donne pas les vrais médicaments. C'est une question d'argent. C'est pour faire toujours faire tourner les médicaments... On vous donne un cachet à peu près pour améliorer mais pas pour la guérison. Parce que si tout le monde qui a le diabète est guéri. Le commerce ne marche pas. (Rires) »* (P11)

### **2.4.2 L'espoir**

#### **A. De guérison**

*« J'espère qu'un jour on va trouver un médicament quand même pour que ça puisse guérir. Je ne sais pas moi »* (P12)

*« C'est d'être guérie de ça ! Mais je ne sais pas comment puisque c'est le pancréas qui compte. C'est le pancréas qui est tout. Et si y'a un médicament qui sort pour le pancréas, tout ça va revenir en ordre »* (P15)

### **B. De découverte scientifique**

« *La science d'aujourd'hui fait des recherches, on ne peut espérer qu'une bonne solution* » (P8)

« *J'aurai aimé qu'ils fassent des dons pour le diabète pour avancer dans la recherche comme dans les autres maladies. Bon je suppose qu'ils font des recherches mais on entend pas parler* » (P16)

### **C. De nouveaux traitements**

« *J'entends des gens qui disent que « quand on te change ton pancréas, ça va... »* » (P1)

« *J'avais entendu, je ne pense pas avoir rêvé, qu'il y avait un traitement où il n'y avait qu'une injection par an je crois. C'est les américains qui avaient parlé de ça. (Rires). Ils ont toujours pleins d'idées. Ils ont parlé de faire Paris-New York en 20 minutes... (Rires)* » (P7)

## **2.5 « PORTRAIT-ROBOT » DE NOTRE PATIENT GUADELOUPEEN**

Notre patient semble « *peu surpris* » et indifférent lors de l'annonce de la maladie, se référant souvent à un membre de sa famille lui-même diabétique. Ses connaissances sur le diabète sont peu précises voire limitées. Une patiente déclare qu'elle « *ne comprenait rien du tout* », une autre qu'elle « *ne savait pas quelle gravité ça avait* ».

Pour la majorité, la génétique et l'alimentation antillaise sont à l'origine du diabète et les chocs émotionnels en sont les facteurs déclenchants.

C'est une maladie des glandes (foie, vésicule biliaire, pancréas) vécue comme une épidémie. L'hypertension artérielle et l'AVC sont intimement liés au diabète voire à son origine.

Il s'agit d'une maladie grave occupant le deuxième rang après le cancer. Il se situe en troisième position après l'épilepsie et l'arthrose concernant la souffrance physique, qui sont des pathologies « *qui parlent* ». Dans le diabète, c'est le silence des organes qui prédomine.

Les patients ne s'estiment pas malades, déclarent « *se sentir bien* », « *vivre comme tout le monde* » et « *faire ses affaires* ». L'aggravation de la maladie intervient lors du passage à l'insuline ou dès l'apparition des complications. « *C'est en ayant un mal perforant au pied, que là j'ai su qu'est-ce que c'est vraiment le diabète* ».

La notion de maladie chronique semble assimilée « *On ne peut plus faire machine à arrière, parce que quand on commence, il faut continuer.* », d'où la nécessité de « *prendre des précautions* ».

Concernant les représentations du diabète, les animaux sont décrits comme sournois, malicieux, méchants. Ils « *rongent* », ils « *piquent* » et « *touchent* » sans que l'on se rende compte. Il s'agit d'animaux rampants tels que le « *ver* », le « *serpent* », la « *vipère* », le « *scolopendre* », ou des animaux proches de l'homme tel le « *singe* ». La couleur la plus citée est le noir. Ils personnalisent la maladie l'assimilant à un tiers avec qui ils vivent au quotidien.

Les informations sur la maladie proviennent des médias, des organismes de prévention et des échanges entre diabétiques. Le corps médical et les séjours hospitaliers permettent un enrichissement de leurs connaissances.



L'équilibre alimentaire et la diminution des proportions sont les changements majeurs de leur quotidien. Ces modifications sont vécues comme des contraintes sociales, financières et identitaires. En société, plusieurs stratégies sont adoptées, celles de l'évitement voire l'isolement ou celles de l'intégration par une maîtrise de soi irréprochable. Certains s'accordent « *des petits écarts* » ou des « *incidents de parcours* », d'autres préfèrent oublier ponctuellement la maladie.

Les antidiabétiques oraux sont bien acceptés car la prise se fait par voie orale. Cela devient le « *train-train de tous les jours* » pour le patient. La connaissance et le recours au thé traditionnel et aux tisanes font partie de l'arsenal thérapeutique du patient diabétique antillais.

L'insuline peut être vécue comme une aggravation de la maladie, mais également comme un traitement efficace pour « *refaire son corps* ». Les patients accordent une grande importance au maintien de l'autonomie sous insuline.

L'automesure glycémique est utilisée dans la surveillance et également dans l'expérimentation. Le résultat trimestriel de l'hémoglobine glyquée est attendu comme celui d'un élève lors de la remise de son bulletin. Les termes employés sont « *peut mieux faire* », « *c'est mieux* », « *ça a baissé, je suis contente* » « *Alors j'attends de voir ce que le docteur va me dire* ».

Les espoirs concernant la maladie sont tournés vers les progrès de la science, la découverte de nouveaux traitements et surtout la guérison. Quant aux peurs, elles sont plutôt en rapport avec les complications futures ou la souffrance.

Au-delà de son savoir médical, les patients attendent du médecin des qualités humaines telles que l'écoute, l'empathie ou la communication. Il est là pour « *soulager* », « *accompagner* » ou « *conseiller* » le malade. Certains patients dénoncent le manque de disponibilité des médecins généralistes. Ils veulent se sentir « *à l'aise* ». Certains n'hésitent pas à « *tout déballer* » d'autres ont plus de pudeur notamment lorsqu'il s'agit d'aborder le thème de la sexualité.

## DISCUSSION

### 1. DISCUSSION DE LA METHODE

#### 1.1 LES FORCES DE L 'ETUDE

##### **A. Le choix de l'étude qualitative**

L'utilisation d'une approche qualitative s'intéresse à l'étude de problématiques de santé complexes auxquelles les médecins sont souvent confrontés.[12]

Cette méthode s'avère adaptée dans le cadre de notre étude, qui visait à explorer les ressentis des patients diabétiques en Guadeloupe.

##### **B. La diversité de l'échantillonnage**

Il s'est construit de façon raisonnée et orientée. La parité n'était pas respectée avec 9 femmes (56%) pour 7 hommes (44%). Cela se rapproche des données épidémiologiques rapportées avec une prédominance féminine chez les diabétiques sur notre département. (59,7 %)

Il en est de même pour la moyenne d'âge des patients (65,2 ans). La tranche d'âge de notre échantillon allant de 49 à 76 ans (moyenne de 65 ans).

Nous avons recensé les opinions des retraités et des travailleurs provenant de différentes classes socio-économiques.

Notons qu'une représentativité statistique n'était pas recherchée dans cette analyse qualitative et néanmoins l'échantillon respecte la structure de la population diabétique en Guadeloupe.

### **C. Les entretiens individuels semi-dirigés**

L'entrevue individuelle semble la plus adéquate dans notre situation, elle permet de s'affranchir de l'effet « leader communicant » potentiellement présent dans les entretiens collectifs. Les personnalités extraverties pouvant prendre plus souvent le pas sur les plus introverties en situation d'échanges collectifs.

## **1.2 LES FAIBLESSES DE L'ETUDE**

### **A. Les biais internes**

Ce sont des critères difficilement modifiables : il s'agit des caractéristiques propres à l'enquêteur et aux patients.

#### a. Liés aux patients

La personnalité introvertie de certains participants peut être un frein pour exprimer le ressenti. La crainte du jugement par le professionnel de santé a pu être une entrave lors des entretiens. Le mode de recrutement a été réalisé sur la base du volontariat. Les patients identifiés ont sans doute des profils extravertis avec des facilités à exprimer leurs ressentis.

#### b. Liés à l'investigatrice

La maîtrise imparfaite du créole a pu être un facteur limitant dans le recueil de données. Parler dans sa langue maternelle de sentiments et d'émotions est souvent plus riche que de devoir l'exprimer dans un autre langage. (\*)

(\*) « *La langue maternelle n'est pas la langue de tous les jours. C'est une langue d'amour et de jouissance* » Yanquelevich,

### **B. Les biais externes**

Ils sont dus à l'environnement. Nous avons cherché à les limiter en réalisant des entretiens dans un lieu choisi par le patient lui-même. Ceci ayant eu notamment pour conséquence de réduire les perturbations environnementales, et de contribuer à l'instauration d'un climat propice à la confiance, et à l'émergence de données parfois très personnelles.

Un seul a préféré une rencontre à l'hôpital, et deux de nos patients ont décidé de répondre aux questions en présence de leurs conjoints.

### **C. Les biais d'investigation**

Ce biais intervient dans le recueil des données lorsque le chercheur interroge les participants d'une manière propice à influencer leur discours. La construction de la grille d'entretien (annexe n°2) a pour but de la limiter.

### **D. Les biais d'interprétation**

Ce biais est susceptible d'apparaître lorsque l'analyse est réalisée par un seul chercheur. L'interprétation subjective est inévitable. Pour limiter ce biais, nous avons utilisé la méthode du double codage. L'analyse des données a été effectuée par l'investigatrice et sa directrice de thèse.[8]

## 2. ANALYSE

### A. Le vécu de l'annonce de la maladie

Les réactions dans notre étude sont de l'ordre de l'indifférence, de la banalité et de la fatalité. Elles prédominent également dans l'échantillon de patients guadeloupéens de J.PIERRON.[13]

Ces réactions neutres diffèrent des données de l'étude métropolitaine DIABASIS, où la majorité des malades exprimait des émotions plutôt négatives (anxiété, peur, injustice, colère, révolte...).[14]

Dans l'étude qualitative de G.LEVASSEUR [9], les patients expriment leur angoisse, ou encore vivent l'annonce comme une agression ou une injustice.

En première lecture, il semblerait que nos conclusions puissent se tourner vers une acceptation globale de la maladie dès l'annonce. Une analyse plus fine montre que le patient évoque « un avant » et un « après », une nouvelle vie avec des modifications de son quotidien et des contraintes.

#### Comment expliquer l'attitude de nos patients lors de l'annonce ?

Le diabète est une **pathologie très répandue** en Guadeloupe et présent au sein de nombreuses familles. Il peut être alors perçu comme une épée de Damoclès, symbole de la fatalité. Etre diabétique en Guadeloupe devient « *une banalité* », « *on s'y attend* » et « *on s'en doute* » puisqu'un des membres de la

famille est diabétique, « *alors tôt ou tard...* », « *peut-être tout le monde aura ça dans la vie* ».

Il existe un contraste entre le discours des patients qui disent avoir vécu l'annonce avec indifférence, et la précision des détails du récit : dates, lieu, état émotionnel, plats cuisinés ce jour-là, personnes rencontrées...

Selon le Professeur F. EUSTACHE, neuropsychologue et spécialiste de la mémoire humaine, les émotions ancrent les souvenirs. De manière générale, force est de constater que les événements négatifs, très émotionnels, sont davantage mémorisés que les agréables.[15][16]

La **pudicité des échanges affectifs** est une des caractéristiques de la société antillaise. La société impose ses codes aux comportements.

Très tôt dans l'enfance, l'antillais va devoir dominer la souffrance.

« *« Pé,Pé sek ; Tais-toi » La volée de coups de ceinture qui s'abat sur le corps, n'autorise pas la moindre plainte, le moindre gémissement. Tenir les lèvres closes sur les cris de douleur et retenir les larmes ! L'eau dans les yeux ne doit pas jaillir car elle signe la tristesse. Plus tard la différence d'éducation apprendra à l'un et à l'autre sexe à adopter une attitude de faiblesse restreinte ou de force par la sentence « un garçon ne pleure pas ».*».[20]

Une autre piste explicative de l'indifférence peut être le **manque de connaissances** sur la maladie lors de l'annonce. L'étude DIABASIS met en évidence le manque d'informations au moment du diagnostic.[14]

Nous constatons qu'une longue période s'est écoulée entre l'annonce du diagnostic, et le moment où les patients ont été interrogés dans notre étude. La durée moyenne du diabète étant de 18 ans, les réponses peuvent être dépendantes de la mémoire. A l'heure de l'entretien, les patients étaient probablement dans un processus d'acceptation de la maladie.

L'annonce d'une maladie chronique est un tournant majeur de la vie du patient. L'acceptation est un processus long et continu, dont le rythme est propre à chacun. Il doit faire le deuil de son état de santé antérieur.

Ce processus d'acceptation de deuil a été décrit par Elisabeth KÜBLER-ROSS, puis adapté au diabète par GFELLER et ASSAL dans les années 1970.[17] Il s'agit d'un processus d'adaptation psychologique d'un individu face au choc qu'il vient de subir, quelle qu'en soit la nature. Ce sont les stades d'acceptation de la maladie (annexe n°6). Ces implications psychopédagogiques sont aussi développées dans l'ouvrage de LACROIX et ASSAL.[18]

**L'annonce de la maladie** est un des éléments déterminant pour l'adhésion future du patient au projet thérapeutique .[14]

## **B. Les représentations de la maladie par l'image**

La représentation imagée de la maladie est surprenante et diversifiée, contrastant avec les mots employés qui sont du registre de la banalité et de l'indifférence.



Les patients citent le « *ver* », le « *serpent* », le « *scolopendre* », la « *vipère* ». Il s'agit d'animaux rampants ... dont le point commun est de se déplacer sans faire de bruit. Cela pourrait-il signifier que ces représentations soient des métaphores d'une maladie silencieuse, dont les complications apparaîtraient lorsque l'on ne s'y attend pas ?

Ces animaux dangereux peuvent vous entraîner dans le monde de Thanatos. Le diabète a été assimilé à Satan (« *le diable-bête* ») et à la Faucheuse. (« *la mort* »). Ces mots traduisent la terreur, l'angoisse ou la peur.

Quelles significations donner à ces représentations ?

La maladie, selon les cultures s'articule autour des représentations c'est-à-dire d'images véhiculées par le plus grand nombre de personnes dans une société. En Guadeloupe, elle s'ancre dans la sphère du religieux et du maléfique.[19]

Le patrimoine culturel créole renferme de nombreuses richesses, dont les contes qui en font partie. Ils sont nés au temps de l'esclavage pour le maintien transgénérationnel de la mémoire. Ils se sont enrichis par la population cosmopolite immigrant en terre Antillaise. Nombreux sont ceux, qui mettent en scène des animaux codifiant les traits humains.

- **Le Chatrou** est une petite pieuvre qui constitue un plat recherché aux Antilles, mais il symbolise aussi les ambitions surnoises, les maladies et

les atrocités. Il est au service du diable et serait utilisé en période électorale.[20]

- **Le Macaque** symbolise plutôt un type psychologique, balourd, parfois féroce, envieux, souvent ridicule, mais également d'une extrême drôlerie.[21]
- **Le Serpent, la Vipère** : Dans les contes, il est toujours représenté comme « *Misyé sèpan* » (Monsieur serpent), c'est un personnage rusé et digne qui gagne toujours. [22]. En Martinique, c'est l'animal le plus entouré de crainte et de mythes. Selon les traditions populaires, le serpent aurait la faculté de charmer par son regard et d'enchaîner, par une sorte de puissance magnétique, sa victime qui ne peut alors se dérober.[20]
- **Le ver solitaire** : Les crises de vers ont été jugées responsables dans le passé d'une grande mortalité infantile. Les vers font maigrir, donnent des diarrhées et de la fatigue. C'est à la lune montante que les vers se manifestent avec le plus de vigueur allant jusqu'à provoquer « des crises de vers » chez l'enfant. Ces manifestations sont d'autant plus redoutées que parfois occasionnent des étouffements, voire la mort.[23]

Le conte créole pullule de « Pawòl vwé » (Parole-vérité) et continuera à perpétuer l'imaginaire antillais.

Les couleurs citées sont variées. Les couleurs sont omniprésentes autour de nous, elles nous insufflent des états d'esprit et des sentiments. Chacune des nuances du spectre a une signification cachée et influence notre environnement, nos comportements, notre langage et notre imaginaire. L'analyse de la symbolique des couleurs à partir du « Petit livre des couleurs » de Michel Pastoureau illustre nos propos.[24] (Annexe n°5).

### **C. La connaissance sur la maladie**

#### Dans notre étude :

Pour nos patients, il s'agit d'une maladie grave, contagieuse, épidémique, et évolutive. Elle est décrite comme « *silencieuse* » et « *sournoise* ». La notion de chronicité est intégrée. Etre diabétique, « *c'est pour la vie* ». Le diabète est comparé à la drépanocytose, pathologie génétique très répandue sur le territoire. Ils ont intégré l'implication génétique dans les causes du diabète, mais aucun ne fait le lien avec l'obésité. L'abus alimentaire, l'empoisonnement ou les événements traumatisants en sont la cause.

Peu d'entre eux connaissent réellement le mécanisme du diabète, ils savent qu'il s'agit d'une maladie du « sucre » dans le sang, avec une notion de dysfonctionnement d'organes dans laquelle le pancréas est impliqué.

Les complications, parfois révélatrices de la maladie et sources de peurs ont toutes été évoquées par nos patients. L'amputation est la plus citée mais paradoxalement non mentionnée par nos deux patients amputés.

Points communs avec quelques études qualitatives métropolitaines :

- Les patients ne s'estiment pas malades. Sur l'échelle des maladies, le diabète apparaît souvent **après le cancer**. [25] Il est **silencieux** et n'afflige **pas de souffrance**. G. LEVASSEUR parle d'une « maladie sans maladie » et P. BERNARD, d'un « malade sans maladie ». [26] L'essentiel pour les métropolitains est de garder une autonomie, ce qui correspond pour l'Antillais de « faire ses affaires ».
- La notion de « *petit et grand diabète* ». La maladie est graduée et sa **gravité est assimilée au passage à l'insuline**, traitement pour les « *vrais malades* ». [9]
- **Les excès alimentaires et le stress** sont des facteurs déclenchants ou de déséquilibre dans l'hexagone. [9][25][26]
- Les **connaissances** sur le mécanisme et les causes de la maladie sont **limitées**. Dans son étude, P. VERMEIRE souligne également ces lacunes qui semblent être à l'origine d'un manque de respect des RHD. [27]
- Les patients ne font **pas le lien entre le surpoids et le développement d'un diabète** alors qu'il existe un lien de causalité établi scientifiquement. [25]

- Les complications sont connues mais il semble difficile de se sentir concerné.[9] Leurs survenues permettent parfois de prendre conscience de leur statut de malades.[26] **Le lien entre l'hyperglycémie chronique et les complications** n'est pas intégré.

Points divergents :

- La notion de **contagion et d'épidémie** n'est pas retrouvée dans les études métropolitaines.
- **L'empoisonnement** n'est pas retrouvé dans les études de métropole.
- **La mort** et la référence à Dieu sont évoquées assez facilement par l'Antillais. Dans l'étude de J. PIERRON réalisée en Guadeloupe ; on retrouve les **croyances et les superstitions** avec « *un sort qui aurait été envoyé* ».[13]

Comment expliquer ces phénomènes ?

Le diabète est une maladie chronique silencieuse dont il est difficile de prendre conscience. Si changer un comportement pour corriger un symptôme désagréable est somme toute naturel, changer des comportements pour assurer une prévention quand il n'y a pas, ou peu de symptômes est beaucoup moins évident.[26] Ainsi l'absence d'atteinte de l'organisme ne facilite pas la prise de

conscience de la pathologie du malade confortant l'attitude de déni et un retard potentiel du suivi thérapeutique.

### **Spécificités Antillaises :**

#### La place du magico-religieux

En Guadeloupe, la religion et les croyances sont des dispositifs culturels qui modèlent les comportements. **Le magico-religieux** est un système de rites et de croyances qui permet à l'Homme de minimiser voire même d'éluder les conflits internes et/ou externes, réels ou supposés, présents et futurs, avec comme finalité le bonheur et la satisfaction de ses désirs. **La plaie** (« kwoté », « bobo » ou « gad kò ») peut provenir, soit d'une attaque de l'humain par le biais d'un acte de sorcellerie, soit d'une punition divine occasionnée par une mauvaise conduite. Pourvoyeuse d'humiliation, la plaie est préférée aux maladies invalidantes ou aux accidents. Par son dégoût et sa mauvaise odeur, elle condamne la victime à l'isolement. Le sujet atteint est contraint d'accepter son sort et de tolérer son « gad kò » qui le suit partout.

*« La plaie qui s'éternise chez le patient diabétique connu ne tient pas comptabilité avec le taux de sucre sanguin, elle s'égaré dans les dédales de la jalousie, l'envie et la cruauté. Comment en parler avec sérénité à son médecin si éloigné de la sphère du sacré ? »*[19] MIGEREL illustre par cette phrase, la difficulté à établir un lien entre les complications et le diabète.

Ces croyances pourraient nous amener à mieux comprendre le silence de nos deux patients amputés.

A plusieurs reprises, le cancer a été évoqué par nos patients avant le diabète. Dans l'esprit des guadeloupéens, le cancer est caractérisé par l'image du crabe, bête souterraine dangereuse, dévoreuse des restes des morts. Il apparaît en animal « voyé », un esprit empruntant la forme du crustacé pour mieux s'introduire dans les foyers. Si la peur collective du cancer perdure malgré l'avancée de la science, c'est qu'elle est profondément liée aux croyances religieuses, à travers le questionnement des causes de la maladie et des conséquences de la déchéance physique.[19]

La dimension spirituelle est difficilement concevable pour le médecin issu d'une formation rationnelle. C'est sa volonté de savoir, sa capacité à entendre et écouter qui l'orienteront vers une prise en charge globale et personnalisée de son patient.

### La vision du corps

Incriminer le surpoids ou l'obésité dans le diabète n'est pas dans les esprits. La maigreur est synonyme de pauvreté, de misère financière mais aussi de misère morale. Dans une société de paraître, chargée de souvenirs de manque et de misère, la pitié n'a pas sa place. Les femmes mariées se doivent d'afficher des rondeurs, et la mère nourricière peut se permettre une surcharge pondérale.[19] On dit d'une personne maigre qu'elle se nourrit de soupe à clous rouillés.

## D. Le diabète au quotidien

Dans notre étude :

Le patient vit avec son diabète. La troisième personne du singulier est très souvent employée identifiant le diabète à un tiers. « *Mais par contre celui-là, ça ne part pas...* », « *Je vis avec lui* », « *Il rappelle sa présence de temps en temps...* ».

L'information se fait par les médias, la lecture, l'entourage et les professionnels de santé. Les organismes de santé (SOPHIA, mutuelles...) sont des sources d'informations complémentaires. Les patients aiment discuter entre diabétiques permettant ainsi un enrichissement mutuel.

Les stratégies d'ajustement sont variées, entre l'intégration par l'acceptation de parler de sa maladie avec son entourage, ou l'isolement par peur du jugement des autres.

La modification de l'alimentation est la difficulté principale chez nos patients. La gastronomie est sacrée dans la culture antillaise.

Lors des événements festifs, les patients s'adaptent selon leurs caractères, certains arrivent à se maîtriser, d'autres oublient ponctuellement la maladie. Certains préfèrent refuser les invitations et se mettre à l'écart de la société. Peu de patients évoquent le soutien familial.

L'activité physique est évoquée spontanément par les patients qui la pratiquent régulièrement, les autres en parlent lorsque la question est posée, et justifie leur sédentarité par des contraintes professionnelles ou physiques. Les antidiabétiques oraux sont bien acceptés. Ils dédramatisent leur prise en utilisant



des atténuations type « seulement », « pas tellement fort », « tout petit » ...  
L'insuline témoigne d'une évolution de la maladie.

Les Antillais ont recours aux thés pays, aux tisanes et aux feuillages. Cette phytothérapie locale est utilisée pour faire baisser le sucre et compenser certains excès.

L'automesure glycémique est source d'ambivalence entre la lassitude du geste et un moyen de contrôle et d'ajustement. Les chiffres de l'hémoglobine glyquée sont connus.

#### Points communs :

- Les moyens d'information via le canal audio-visuel et les périodiques distribués en pharmacie.[25]
- Les stratégies d'ajustement sont les mêmes en métropole avec deux attitudes prédominantes : celles des « arrangements », ou celles de l'évitement. Les amis ne sont pas d'un grand soutien et les rencontres sont plutôt synonymes de complications.[9]
- Les **difficultés du régime** avec des « petits écarts » fréquents sont retrouvées dans toutes les études que l'on a étudiées. S'alimenter est un plaisir, un acte aux dimensions affectives et sociales. Ce régime est vécu comme une frustration et une privation. La façon que chacun a de se

nourrir contribue au sentiment d'appartenance à un groupe social, avec ses codes, ses normes et ses règles.[9]

- La notion de **chiffres**. L'automesure glycémique peut être rassurante et satisfaisante dans la mesure où « *le taux se trouve dans la fourchette* », ou source d'angoisse ou de déception avec la nécessité de corriger. Comme le précise A. Grimaldi[28], pour nombre de diabétiques, l'HBA1C qui reflète leur glycémie moyenne, se transforme en note scolaire. Ceci peut-être une motivation comme un frein en tant que pression du résultat.
- Le passage à l'**insuline est synonyme de gravité de la maladie**. On remarque une différence dans l'attitude des patients non-insulino et insulino-requérants. Les représentations de l'insuline sont négatives chez les patients sous ADO (Peur de la stigmatisation sociale, des effets indésirables, contraintes quotidiennes)[9]. On retrouve quelques représentations positives chez ceux sous insuline comme dans l'étude de ROUSSEAU.[26]

Points divergents :

- **Les associations** sont citées comme source d'information importante et de formation chez les patients résidant **en zone urbaine** dans l'étude de G. LEVASSEUR.[9] Elles permettent de retrouver un statut social. En zone rurale ou semi-rurale, les patients se tournent davantage vers leur

médecin. Les guadeloupéens citent les hospitalisations de jour ou de semaine, les organismes de santé type SOPHIA.

- Le soutien familial est peu évoqué par nos patients, alors qu'en métropole le conjoint est plébiscité, participant parfois à l'éducation et à la motivation du patient. A contrario, il peut être source de conflits. [9][26]
- Le recours à **la médecine traditionnelle créole**.
- Dans l'étude de BERNARD[27], les patients parlent de modification des changements alimentaires, beaucoup moins de la **diminution des quantités**, notion très souvent prononcée dans notre étude.

### **Spécificités Antillaises :**

#### La médecine traditionnelle :

Cette médecine populaire demeure empreinte d'une dimension où se mêlent magie, religion et néo-hippocratismes. Elle dérive de la « théorie des humeurs » reposant sur la régulation par le sang d'un équilibre subtil entre le « chaud » et le « froid ». « *Si toute consommation exclusive ou surabondante, d'un aliment froid ou chaud engendre un effet néfaste, l'absorption de plantes aux propriétés contraires corrige cet état des choses. C'est la clé de la thérapeutique.* » Le but est de restaurer cet équilibre.

Le diabète, maladie du sucre sera traité par des plantes amères. [23]

Les plantes médicinales sont utilisées sous forme de tisanes ou de thés consommées tôt le matin ou en fin de journée.

Exemples de préparations :

- **PAOKA ou POMME COOLIE** : (Momordica charantia L.) Liane. Les feuilles de cette liane, utilisées en bains ou en tisane légèrement salée, ont des propriétés vermifuges. Une tisane de feuilles de « paoka », absorbée le matin après un café fort, combat le diabète.
- **LE THE PAYS** : (Capraria biflora L.) : Herbe ou petit arbrisseau spontané. Pour combattre le diabète, on prépare une tisane avec de l'écorce séchée du « gommier », du « thé pays » et du « koklaïa ».

#### La place de la gastronomie :

La cuisine créole est avant tout une cuisine de partage. On considère que le fait de manger seul est une punition. C'est pourquoi même célibataire, on ne prépare jamais de repas pour une seule personne. On attend toujours, on espère, on compte toujours que quelqu'un viendra, s'arrêtera, goûtera. Non manger seul, n'est pas manger dit-on, et l'on ne prend vraiment le goût de la nourriture qu'en compagnie.[29]

En Guadeloupe, l'alimentaire fait fonction d'accueil : invite est faite à celui qui arrive à l'heure du repas ; en ignorer la règle est chose inconcevable, à moins qu'un conflit sous-jacent n'autorise le déni. L'île est marquée de souvenirs de manque et de misère, et menacée par la crainte de l'isolement par sa situation géographique. L'alimentation occupe une place importante dans l'esprit des

antillais. Les souvenirs de manque et de misère, ou la crainte de l'isolement par son statut insulaire peuvent expliquer cette dévotion gastronomique.[19]

Manger comble de satisfaction soi-même et autrui et implique le partage d'affects avec parents et entourage.

### **E. Une culture en mutation**

La communauté antillaise est issue des errances de peuples divers et des déportations des Africains qui emportent leurs traditions du pays perdu et l'imbriquent dans la réalité antillaise. Elle est le fruit d'une longue quête identitaire.

L'individu est imprégné de la culture ; cela ne veut pas dire qu'il ne peut s'intégrer à d'autres groupes, mais son imaginaire porte les empreintes des comportements observés ou appris au sein de son environnement coutumier. [19]

Le diabète impose au patient d'adopter une nouvelle hygiène de vie et de faire le deuil de son mode de vie antérieur. Faire du sport, maigrir, manger des légumes verts, prendre ses traitements, surveiller ses glycémies, prendre des précautions pour éviter les complications...

Le monde des diabétiques est un nouveau monde où notre patient guadeloupéen se sent étranger. Il est modelé depuis l'enfance selon des normes, et peut se sentir menacé dans son identité et dans son unité par les nouvelles valeurs de ce « monde des malades ».

La gastronomie fait intégralement partie de l'identité antillaise. Ainsi faire le régime, se familiariser avec des légumes venant de métropole, adopter une nouvelle culture culinaire signifie-t-il de renoncer à ses origines ? Faire son deuil ? Perdre son identité ? Etre exclu de la société ?

Comment concilier l'ancienne et la nouvelle vie, les croyances imposées, construire des défenses face à ce sentiment d'étrangeté à soi-même, et à l'impression que Je, est un autre ?[19]

## **F. La relation médecin-malade**

Dans notre étude :

Au-delà de son savoir médical, les patients attendent du médecin des qualités humaines telles que l'écoute, l'empathie ou la communication. Il est là pour « *soulager* », « *accompagner* » ou « *conseiller* » le malade. Certains patients dénoncent le manque de disponibilité des médecins généralistes. Ils veulent se sentir « *à l'aise* ». Certains n'hésitent pas à « *tout déballer* », d'autres ont plus de pudeur notamment lorsqu'il s'agit d'aborder le thème de la sexualité.

La plupart de nos patients sont suivis par des diabétologues. Leur médecin traitant garde un rôle important dans la coordination des soins et le soutien, surtout lorsque le suivi se fait depuis de nombreuses années. Le patient se sent en confiance.

Points communs :

- **L'importance de la relation de soin** avec le professionnel de santé. Les métropolitains attendent de leurs médecins généralistes des compétences biomédicales et humaines (écoute, disponibilité, pédagogie, franchise). Un professionnel avec qui, on se sent en confiance. [9][25][26]

Points divergents :

- La **disqualification des médecins généralistes** par les patients suivis par les spécialistes. Notion retrouvée essentiellement chez les patients résidant en zone urbaine métropolitaine. Le spécialiste est perçu comme le médecin technicien.[9][26] L'étude de ROUSSEAU ne retrouve pas ce concept, les patients de son échantillon sont issus de zone semi-rurale ou rurale.[25] Le recours aux diabétologues est lié à la gravité de la maladie (mise sous insuline ?) ou lorsque le diabète devient ancien. [9]

Même si les patients diabétiques partagent la même maladie, force est de constater qu'ils ne la vivent pas de la même manière. C'est pourquoi le professionnel de santé doit intégrer la double nature d'un message :

- Le fond : « ce que je dis »
- La forme : « comment je le dis »

Ces deux éléments indissociables l'un de l'autre constituent le message perçu par le patient lors de l'annonce de la maladie et, qui sera gravé « éternellement » dans la mémoire de celui-ci.

L'attitude du médecin est un facteur déterminant pour le démarrage du processus d'acceptation de son patient.

## CONCLUSION

Cette étude qualitative a permis d'explorer les ressentis des patients diabétiques de type II en population guadeloupéenne afin d'identifier les difficultés d'adhésion au projet thérapeutique.

Des similitudes ont été retrouvées entre les diabétiques métropolitains et nos patients. Le silence des organes et le passage à l'insuline, synonyme de gravité de la maladie en sont les caractéristiques. La difficulté d'établir un lien entre le surpoids et le diabète, l'hyperglycémie chronique et ses complications en est le deuxième volet.

Lors de cette recherche, nous avons mis en lumière des particularités. L'annonce de la maladie a suscité peu de manifestations reflétant une image d'indifférence. L'origine de certaines complications fait appel à des références magico-religieuses, d'où le passage sans état d'âme d'une médecine scientifique à une médecine populaire.

La relation médecin-malade, objectif secondaire de notre étude montre que le médecin généraliste a un rôle essentiel dans la prise en charge globale du patient diabétique.

Compte tenu de la démographie médicale, le généraliste devra développer des compétences en diabétologie.

Le soignant devra apprendre à décrypter dans le discours du patient la représentation de la maladie, l'origine de celle-ci et les itinéraires thérapeutiques empruntés dans la recherche d'efficacité.



La culture antillaise conserve un noyau traditionnel tenace avec ses croyances magico-religieuses, son recours à la médecine populaire, ses richesses culinaires ... et tend à fusionner avec le champ de la modernité métropolitain.

Le patient diabétique guadeloupéen doit faire face à un double deuil, celui de bien-portant et le renoncement à la cuisine antillaise, marqueur de son identité.

Dans ce contexte, il est nécessaire d'améliorer la communication médecin-malade en s'imprégnant de la culture.

Une autre piste, serait d'adapter au contexte régional, les outils existants à l'échelle nationale, et d'en créer d'autres, en lien avec l'environnement socio-culturel.

Afin de tester les hypothèses et les items retrouvés dans notre étude, ce travail doit se poursuivre par une étude quantitative.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Institut de veille sanitaire. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement par département et par région en France [Internet]. 2013 ; Disponible sur : [http://www.invs.sante.fr/content/download/118629/417110/version/1/file/2013\\_PrevalenceDiabeteDept\\_tableau.xls](http://www.invs.sante.fr/content/download/118629/417110/version/1/file/2013_PrevalenceDiabeteDept_tableau.xls)
2. Ndong JR, Romon I, Druet C, Prévot L. Caractéristiques, risque vasculaire, complications et qualité des soins des personnes diabétiques dans les départements d'outre-mer et comparaison à la métropole : Entred 2007-2010, France. Bulletin Epidémiologique hebdomadaire. Novembre 2010 ; 42-43 :432-436.
3. Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe (ORSAG). Diabète en Guadeloupe. Novembre 2015. Disponible sur : [www.orsag.fr](http://www.orsag.fr)
4. Daigre J-L, Atallah A, Boissin J-L, Jean-Baptiste G, Kangambega P, Chevalier H. The prevalence of overweight and obesity, and distribution of waist circumference, in adults and children in the French Overseas Territories: The PODIUM survey. Diabetes & Metabolism 2012 ; 38 : 404-411.
5. Costagliola D, Delaunay C, Moutet JP, Kangambega P, Demeulemeester R, Donnet JP, et al. The prevalence of diabetes mellitus in the adult population of Guadeloupe as estimated by history or fasting hyperglycemia. Diabetes Res.Clin.Pract. 1991;12: 209-216.
6. Sportouch D. Faible contrôle du diabète en population défavorisée aux Antilles françaises : la couverture sanitaire universelle ne suffit (toujours) pas. Thèse de médecine générale. Université des Antilles. 2015. 88 pages.
7. Kolko A, Dueymes J-M, Coucchoud C. Caractéristiques initiales et indicateurs de prise en charge des nouveaux malades dialysés en 2011. Nephrol. Thérapeutique 9. (2013). S65-94
8. Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly sur Seine : CNGE et GMSanté ;2011.216 p
9. Levasseur G. A propos de la « maladie-malade » diabétique de type 2. Education du patient Enjeux Santé ; 2004 ; 22: 3; p66-72.
10. Vermeire E, Hearnshaw H, Ratsep A et al. Obstacles to adherence in living with type 2 diabetes: An international qualitative study using meta-ethnography (EUROBSTACLE). Prim. Care Diabetes Preview Issue 2006;15–23.
11. Letrilliart L, Bourgeois I. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deux parties « maladie » à « verbatim ». Exercer 2009 ;106-12.

12. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative. *Pedagog. Médicale* 2002 ;81-90.
13. Pierron J. Vécu de patients diabétiques de type 2 de grade podologique 2 et 3 en Guadeloupe. Etude qualitative. Thèse de médecine générale. Université des Antilles, 2016; 197p
14. Virally M, Hochberg G, Eschwege E, Dejager S, Mosnier-Pudar H, Pexoto O, et al. Enquête Diabasis : perception et vécu du diabète par les patients diabétiques. *Médecine Mal. Métaboliques*. Décembre 2009; 3(6): 620-623
15. Eustache F, Desgranges B, Giffard B, Guillery-Girard B. Comment les émotions forgent nos souvenirs. *Cerveau&Psycho* [Internet] 2016 [cité 2017 févr 18]; Available from: [http://www.cerveauetpsycho.fr/ewb\\_pages/a/article-comment-les-emotions-forgent-nos-souvenirs-37439.php](http://www.cerveauetpsycho.fr/ewb_pages/a/article-comment-les-emotions-forgent-nos-souvenirs-37439.php)
16. Senk P. « On se souvient davantage des événements négatifs » [Internet]. *Figaro Santé* 2015 [cité 2017 févr 18]; Available from: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2015/09/04/24072-on-se-souvient-davantage-evenements-negatifs>
17. Gfeller R, Assal J. Le vécu du malade diabétique. Bâle: F.Hoffmann-La Roche; 1979.
18. Lacroix A, Assal J. L'éducation thérapeutique des patients : Nouvelles approches de la maladie chronique. Vigot. 1998. 205p
19. Migerel H. Mots de morne en miettes. La Guadeloupe, l'âme à nu. JASOR. Pointe à Pitre: 2001.194p
20. Léti G. L'univers magico-religieux antillais. ABC des croyances et superstitions d'hier et d'aujourd'hui. L'harmattan. 2000. 193p
21. Laurent J, Césaire I. Contes de mort et de vie aux Antilles. Nubia. 1976. 248p
22. Coadou M. Serpent, manico et ...dorlis, Bestiaire symbolique. Ibis Rouge. 2000. 113p
23. Bougerol C. La médecine populaire à la Guadeloupe. Khartala. 1983. 175p.
24. Pastoureau M, Simonnet D. Le petit livre des couleurs. Points. 2014.144p
25. Rousseau C. Observance et diabète de type 2 : influence du parcours de vie : étude qualitative en région nantaise. Thèse de médecine générale. Université de Nantes.2010. 39p

26. Bernard P. Vecu et représentatations mentales de la maladie chez des diabétiques de type 2. Etude préliminaire. Thèse de médecine générale. Université de Nantes 2006. 77p

27. Vermeire E, Van Royan P. The adherence of type 2 diabetes patients to their therapeutic regimens : a qualitative study from the patient's perspective. *Pract.Diab.Int* 2003; 20:209-14.

28. Grimaldi A. La maladie chronique. *Trib. Santé* 2006 ; 13: 45-51.

29. Schwartz-Bart S. Au fond des casseroles. Espoir et déchirements de l'âme créole. *Autrement* 41. 1989. Pages 174-7.

## ANNEXES

**Annexe n°1 : Questionnaire d'inclusion des patients**

FORTANÉ Anabelle  
 Département Médecine générale  
 Faculté des Antilles  
 @ : \_\_\_\_\_  
 Tel : \_\_\_\_\_



**QUESTIONNAIRE PRE-REMPI  
 INCLUSION PATIENT  
 THESE : RESSENTIS DU PATIENT DIABETIQUE EN POPULATION  
 GUADELOUPEENNE**

NOM ET PRENOM DU PATIENT : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

NUMEROS DE TELEPHONE :  
 O690 \_\_\_\_\_ / 0590 \_\_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_

TRAITEMENT DU DIABETE :

REGIME SEUL

ADO

INSULINE

ANNEE DE DECOUVERTE DU DIABETE : \_\_\_\_\_

EQUILIBRE DU DIABETE ? :  OUI

NON

Nom médecin : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Année de thèse : \_\_\_\_\_

## **Annexe n°2 : Canevas d'entretien**

### **GUIDE D'ENTRETIEN**

Bonjour,

Je passe à la fin de l'année mon diplôme pour être docteur. Je dois passer une thèse sur le diabète, plus précisément, je voudrais savoir les difficultés qu'ont les gens à vivre, tous les jours avec leur maladie. Je fais ce travail avec le Docteur Hélène-Pélagé. Merci de participer et de m'aider à finaliser ce projet.

Je vais vous poser plusieurs questions et pour m'aider à mieux travailler ; je voudrais vous demander votre accord pour enregistrer notre conversation. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, vous pouvez répondre librement.

Comme c'est une étude, nous devons remplir ensemble un formulaire, pour garantir l'anonymat, le sérieux ainsi que la destruction de l'enregistrement.

Si ça vous intéresse, je pourrais par la suite, vous faire parvenir un résumé de mon travail.

Avez-vous des questions à me poser, avant de commencer ?

### **ANNONCE DU DIAGNOSTIC**

- Racontez-moi ; Comment a-t-on découvert que vous étiez diabétique ? Ou bien que vous « faisiez du sucre » ?

- Pourquoi selon vous êtes-vous diabétique ?

Relance : Comment avez-vous réagi ?

Qu'est-ce que ça a changé dans votre quotidien ?

### **L'INFORMATION**

- Pour vous, c'est quoi le diabète ? Que savez-vous sur le diabète ?

Relance : définition/ traitement / complications/ suivi...

- Qui vous a parlé du diabète ?

Relance : Comment vous informez vous sur cette maladie ? Qui vous suit ?

### **TRAITEMENT**

- Selon vous, un traitement antidiabétique c'est quoi ?

- Pouvez-vous me parler de votre traitement ?

Relance : Qu'est ce qui est difficile au quotidien ? Vous arrive-t-il de modifier seul le traitement, si oui ou non : pourquoi ?

- Où est ce que vous faites des erreurs ?

## **RAPPORT AVEC LA SOCIETE ET L'ENTOURAGE**

- A qui avez-vous dit que vous êtes diabétique ?
- Comment vous faites quand vous êtes invité à une fête ou un repas ?
- Est-ce que vous parlez de votre maladie ? (A qui ? Comment ? Pourquoi ?)

## **RAPPORT AVEC LE MEDECIN**

- Qu'attendez-vous de votre médecin dans la prise en charge de votre diabète ?
- Quelles qualités doit avoir un bon médecin ?
- Quelles choses n'osez-vous pas dire à votre médecin ?

## **PERCEPTION DE LA MALADIE**

- Si le diabète était un animal ? Quel serait-il et pourquoi ?
- Si le diabète était une couleur ? Laquelle et pourquoi ?
- Quelles sont vos peurs futures ?

## **Questions supplémentaires sur les caractéristiques des patients :**

- *Quel âge avez-vous ?*
- *Quel est, ou était votre métier ?*
- *Dans quelle commune habitez-vous ?*
- *Avec qui vivez-vous à la maison ? Situation familiale*
- *Depuis quand êtes-vous diabétique ?*
- *Comment êtes-vous traité ?*
- *Qui vous suit pour votre diabète ?*

→ Y-a-t-il quelque chose que vous voudriez ajouter dont nous n'avons pas parlé ?

## **Annexe n°3**

<b>Patients</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>	<b>P7</b>	<b>P8</b>
<b>Durée</b>	31'41	11'09	14'30	21'30	26'34	35'45	35'14	31'36
<b>Patients</b>	<b>P9</b>	<b>P10</b>	<b>P11</b>	<b>P12</b>	<b>P13</b>	<b>P14</b>	<b>P15</b>	<b>P16</b>
<b>Durée</b>	28'18	32'05	31'46	34'04	37'12	29'12	39'36	28'14

**TABLEAU 2 : Durée des entretiens individuels en minutes et en secondes**

**Annexe n°4 : Fiche consentement patient**

FORTANÉ Anabelle  
Département Médecine générale  
Faculté des Antilles  
@ : \_\_\_\_\_  
Tel :

**FORMULAIRE CONSENTEMENT PATIENT**

NOM :

PRENOM :

L'interne Anabelle FORTANE, m'a proposé, de participer à son étude qualitative sur les ressentis des patients diabétiques en population Guadeloupéenne.

Elle m'a expliqué les modalités ; et m'a garanti :

-L'anonymisation des données.

-Le sérieux de l'étude en partenariat avec le département de Médecine Générale des Antilles, et coordonnée par le Professeur HELENE PELAGE.

-La destruction de l'enregistrement à la fin de son travail.

J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations et j'ai reçu des réponses claires et précises.

Date et Signature



**Annexe n°5 :**

Couleur	Connotation positive	Connotation négative
<b>BLANC</b>	pureté , propreté , innocence, sagesse	vide, fantôme, absence, manque
<b>ROSE</b>	bonheur, tendresse, douceur innocence	laisser-aller , mièvrerie, gourmandise
<b>VERT</b>	espoir, liberté, guérison, sérénité	jalousie, envie, échec, infidélité, malheur
<b>JAUNE</b>	joie, énergie, puissance, lumière	tromperie, trahison, orgueil, étranger, maladie
<b>ORANGE</b>	audace , intelligence, tonus	méfiance , malveillance
<b>ROUGE</b>	amour, passion , puissance énergie, détermination	colère, danger, violence, haine
<b>NOIR</b>	sobriété, élégance, luxe	deuil, mort, tristesse, peur, angoisse

**TABLEAU 3 : Signification des couleurs**

**Annexe n°6 :**

ETAPES	EXPRESSIONS	ATTITUDE patient	ATTITUDE à adopter de l' Interlocuteur
<b>CHOC</b>	- Je n'y crois pas ! -Je ne réalise pas ...	- Refus de la réalité, état de choc - Surprise, angoisse - Vide, troublé, passif, bloqué	- Laisser du temps, être là, présent, disponible
<b>DENI</b>	-C'est pas si grave -Y'a pire dans la vie	- Fait comme si de rien n'était, se donne un sursis - Isolement, ne raisonne pas	- Faire exprimer les faits/sentiments, réamorcer le dialogue -Utiliser la complicité des autres
<b>COLERE</b>	-C'est la faute de... -C'est la faute à...	- Expression virulente, exagérée, émotionnelle - Recherche des bouc-émissaires	-L'aider à "purger" au bon moment, au bon endroit et avec les bonnes personnes -Ecouter et comprendre, dialoguer -Compatir, prendre au sérieux, se mettre à la place de l'autre, -Faire un accusé-réception
<b>MARCHANDAGE NEGOCIATION</b>	-Quelles garanties pour moi si je vous écoute ?	- Stress de la "dernière chance"	- Etre réceptif à l'autre et constructif - Accepter ses propositions quand c'est possible - Rester ferme sur le non négociable
<b>DEPRESSION</b>	- Ce ne sera plus comme avant - C'était le bon temps - La fin d'une époque - On ne pourra plus jamais ...  - Et demain ... ? - Que se passera-t-il si ... ? - Je crains le pire !	- Préoccupations liées au passé - Manque d'enthousiasme, - Perte de plaisir - Passé idéalisé - Sentiment d'échec, frustration, idées noires  - Préoccupations liées au futur - Peu d'initiatives, d'ambitions, - Déficit d'engagement - Doute, hésitation, tendance au statu quo	-Ecouter et comprendre, dialoguer -Faire exprimer les aspects positifs du passé, les relativiser, -Souligner ceux qui ne changeront pas  - Percevoir le moment où il s'inquiète du futur et non plus du passé - Répondre concrètement point par point - (Ré)Expliquer la raison d'être de la solution - (Ré)Affirmer les bénéfices pour la personne ou les risques à ne pas le faire - Faire appel à une expérience similaire (autres malades) - Inciter l'autre à "se mettre en action"
<b>ACCEPTATION DE LA NOUVELLE REALITE</b>	Dans ces conditions, - Je suis d'accord - Je n'ai pas le choix  - Je ne suis pas d'accord - Je refuse	- Engagement plus ou moins fort - Se résigne  - S'oppose	- Exprimer son contentement - Valoriser le chemin parcouru et les efforts - Fixer les premières étapes de mise en œuvre  - Accepter, lâcher prise - Faire son propre deuil

**L'après de l'acceptation**

<b>REAJUSTEMENT</b>	- Si vous avez besoin de moi pour témoigner ...	- Coopératif, force de proposition - Actif dans le suivi	- Féliciter dès les premiers résultats - Faire des entretiens et des suivis réguliers et aider -Remercier de sa confiance
<b>ENGAGEMENT</b>	- C'est vrai, ce n'est pas si compliqué - Finalement, c'est une bonne décision	- Conviction - Responsable - Avocat	- Faire le bilan des "leçons apprises" - Institutionnaliser de nouvelles démarches

**TABLEAU 4 : Stades d'acceptation de la maladie**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

**NOM ET PRENOM :** FORTANÉ Anabelle

**SUJET DE LA THESE :** Ressentis des patients diabétiques de type II en population guadeloupéenne. Une étude qualitative.

**THESE :** MEDECINE

**Qualification :** Médecine Générale

**ANNEE :** Mars 2017

**NUMERO D'IDENTIFICATION :** 2017ANTI0128

**MOTS CLEFS :**

Diabète de type 2, Guadeloupe, vécu, médecine populaire, magico-religieux

**INTRODUCTION :** La prévalence du diabète de type II en Guadeloupe est deux fois plus importante que celle de Métropole. Etre diabétique impose des modifications dans la vie quotidienne du patient. L'objectif de cette étude était d'explorer les ressentis des patients diabétiques de type II afin de déterminer les difficultés d'adhésion au projet thérapeutique. L'objectif secondaire s'intéressait à la relation médecin-malade.

**MATERIEL ET METHODES :** Une étude qualitative a été menée en Guadeloupe de septembre 2016 à janvier 2017 auprès de 16 patients diabétiques de type II, âgés de 49 à 78 ans. Des entretiens individuels ont été réalisés.

**RESULTATS :** Notre patient semble « *peu surpris* » et indifférent lors de l'annonce de la maladie. Ses connaissances sur le diabète sont peu précises voire limitées. Pour la majorité, la génétique et l'alimentation antillaise sont à l'origine du diabète et les chocs émotionnels en sont les facteurs déclenchants. C'est une maladie des glandes vécue comme une épidémie. Elle est grave occupant le deuxième rang après le cancer. Dans le diabète, c'est le silence des organes qui prédomine. L'aggravation de la maladie intervient lors du passage à l'insuline ou dès l'apparition des complications. L'équilibre alimentaire et la diminution des proportions sont les changements majeurs de leur quotidien. Ces modifications sont vécues comme des contraintes sociales, financières et identitaires. La connaissance et le recours au thé traditionnel et aux tisanes font partie de l'arsenal thérapeutique du patient diabétique antillais. Au-delà de son savoir médical, les patients attendent du médecin des qualités humaines telles que l'écoute, l'empathie ou la communication.

**CONCLUSION :** On retrouve des similitudes entre les diabétiques métropolitains et nos patients. Des particularités ont été mises en lumière notamment l'origine de certaines complications faisant référence au magico-religieux, avec en corollaire une médecine populaire côtoyant une médecine scientifique. Le médecin généraliste a un rôle essentiel dans la prise en charge globale du patient afin de décrypter dans son discours, la représentation de la maladie et ses origines.

**JURY Président :** Mr le Professeur Pascal BLANCHET

**Juges :** Mr le Professeur Thierry DAVID

Mme le Professeur Jeannie HELENE-PELAGE

Mme le Docteur Pauline KANGAMBEGA

**Directeur :** Mme le Professeur Jeannie HELENE-PELAGE

