



HAL
open science

Les facteurs qui influencent l'adhésion aux mesures hygiéno-diététiques chez les patients diabétiques de type 2 : une étude qualitative sur 20 patients suivis par des médecins généralistes en Île-de-France

Perle Sayedoff-Peuderbeutel

► To cite this version:

Perle Sayedoff-Peuderbeutel. Les facteurs qui influencent l'adhésion aux mesures hygiéno-diététiques chez les patients diabétiques de type 2 : une étude qualitative sur 20 patients suivis par des médecins généralistes en Île-de-France . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01774546

HAL Id: dumas-01774546

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01774546>

Submitted on 23 Apr 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017

N° 103

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Les facteurs qui influencent l'adhésion aux mesures hygiéno-diététiques
chez les patients diabétiques de type 2 : une étude qualitative sur
20 patients suivis par des médecins généralistes en Île-de-France

Présentée et soutenue publiquement
le 20 juin 2017

Par

Perle SAYEDOFF-PUDERBEUTEL

Née le 28 mars 1989 à Boulogne-Billancourt (92)

Dirigée par Mme Le Docteur Madeleine Favre, MG

Jury :

M. Le Professeur Philippe Jaury, PU Président

M. Le Professeur Alfred Penfornis, PU-PH

M. Le Professeur Dominique Huet, PU-PH

M. Le Professeur Sébastien Czernichow, PU-PH

Mme Le Docteur Sylvie Joannidis, PH



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Remerciements

Merci au Professeur Philippe JAURY de me faire l'honneur d'être le directeur de jury de cette thèse. Merci aussi de m'avoir toujours soutenue et de m'avoir éclairée sur la pratique de la médecine. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Merci au Docteur Madeleine FAVRE d'avoir accepté de me suivre sur ce sujet, de m'avoir accompagnée et guidée dans la rédaction de cette thèse. Soyez assurée de mes plus vifs remerciements et de ma sincère reconnaissance.

Merci au Professeur Alfred PENFORNIS, d'avoir accepté de juger mon travail et de m'avoir proposé un poste intéressant dans votre service. Soyez assuré de ma profonde gratitude et de ma haute reconnaissance.

Merci au Professeur Dominique HUET de m'avoir agréablement surpris en acceptant d'évaluer ce travail sans me connaître. Soyez assuré de ma franche gratitude et de mon profond respect.

Merci au Professeur Sébastien CZERNICHOW de s'être intéressé à mon projet et d'avoir accepté de participer à ce jury. Soyez assuré de mes sincères remerciements et de ma profonde reconnaissance.

Merci au Docteur Sylvie JOANNIDIS d'être présente pour étudier mon travail, et de m'avoir présenté un beau projet d'avenir. Soyez assurée de ma profonde gratitude et de mes francs remerciements

Merci aux Dr DUKHAN-NEZRI, au Professeur FALCOFF, au Dr NGUYEN, et au Dr BARDAVID d'avoir accepté de participer à ce projet, et sans qui il n'aurait pu aboutir.

A mon mari Lionel, merci pour ton amour inconditionnel, ton soutien inébranlable, ton calme légendaire et ta force méconnue qui m'aident au quotidien.

A mes parents, Merci de m'avoir supportée et soutenue durant toutes ces années, sans jamais faillir. C'est grâce à vous que je suis ce que je suis aujourd'hui.

A mon frère Yohay et à ma sœur Shani, merci d'être toujours là quand j'en ai besoin.

A mamie, merci de m'aimer plus qu'hier mais moins que demain.

A ma belle-famille Théo, Françoise, Lea et Debbie, merci de m'avoir acceptée comme un membre à part entière de votre famille.

A Elissa, merci pour ton aide, tes conseils et ton soutien, qui me sont précieux.

A Coralie, Aude, Justine et Elise, merci pour tous ces bons moments, ces soirées, ces sorties, et ces fous rires... et les prochains

A Alex mon sous-colleur, merci de m'avoir plus d'une fois remonté le moral et encouragée.

A mon fils Raphael, merci d'exister, tout simplement.

Table des matières

Remerciements	3
Table des matières	5
Abréviations	7
I. Introduction	8
A. Le diabète de type 2	8
1. Définition du diabète	8
2. Epidémiologie du diabète	8
3. Risques liés au diabète	8
B. Les Mesures hygiéno-diététiques recommandées	9
1. Traitement et objectif dans le diabète	9
2. Les mesures hygiéno-diététiques dans le diabète	13
3. Efficacité démontrée, mais limitée dans la pratique	15
C. L'importance de l'observance	16
1. Définition de l'observance et taux de mauvaise observance	16
2. Facteurs de bonne observance	17
3. Vers une médecine centrée sur le patient	18
D. Intérêts de l'étude	19
1. Choix des patients	19
2. Objectifs	20
II. Méthodologie	21
A. Méthode qualitative	21
1. Type d'étude	21
2. Nombre de patients à inclure	21
B. Echantillonnage	21
1. Critères d'inclusions	21
2. Recrutement des patients et des médecins	22
3. Caractéristiques des participants	23
C. Procédure de recueil de données	24
1. Elaboration et évolution du guide d'entretien	24
2. Méthodologie des entretiens	25
3. Conditions de recueil et de retranscription	25
D. Analyse des données	26
1. Etude longitudinale	26
2. Etude horizontale	26
3. Elaboration de profils	27
E. Choix des facteurs d'observance aux mesures hygiéno-diététiques sélectionnées ...	27
1. Réalisation d'une bibliographie	27
2. Choix des critères étudiés	27
III. Résultats	29
A. Evaluation des différents facteurs étudiés	29
1. Facteurs liés au patient et à son entourage	29
2. Facteurs liés aux morbidités associées et aux traitements	33
3. Facteurs liés à la maladie et à son vécu	40
4. Facteurs liés au personnel médical	52
5. Facteurs liés à la nutrition et à l'activité physique	60
B. Corrélation entre ces facteurs et l'observance	72
1. Perte de poids	72

2.	Eviter les grignotages	73
3.	Pratiquer une activité physique.	73
IV.	Discussion	75
A.	Identification de profils de patients	75
1.	Le groupe observant ignorant	75
2.	Le groupe de malades non investis	75
3.	Le groupe de travailleurs renseignés.....	76
4.	Le groupe de stressés peu observants	76
5.	Les atypiques	76
B.	Comparaison à la littérature.....	77
1.	Facteurs liés au patient	77
2.	Facteurs liés à l’entourage.....	79
3.	Facteurs liés au personnel médical.....	81
4.	Facteurs liés à la maladie	82
5.	Facteurs liés aux contraintes propres aux recommandations.	85
C.	Forces de l’étude.....	86
D.	Limites de l’étude	87
V.	Conclusion : Vers une solution adaptée à chaque profil de patients.	89
VI.	Bibliographie	91
VII.	Annexes.....	99
A.	Annexe 1 : Courrier adressé aux médecins généralistes.....	99
B.	Annexe 2 : Différents guides d’entretiens	100
1.	Guide d’entretien développé	100
2.	Guide d’entretien revisité.....	103
3.	Guide d’entretien final	107
C.	Annexe 3 : Tableau avec résumés des patients.....	111
1.	C, D, E, F, G	111
2.	H, I, J, K, L	122
3.	M, N, O, P, Q	131
4.	R, S, T, U, V	140
	Résumé.....	151

Abréviations

ADO : Antidiabétiques oraux
AVC : Accident vasculaire cérébral
DT2 : Diabète de type 2
ETP : Education thérapeutique personnalisée
GAJ : Glycémie à jeun
HbA1c : Hémoglobine glyquée A1c
HTA : Hypertension artérielle
IDE : Infirmier diplômé d'état
IDM : Infarctus du myocarde
IMC : Indice de masse corporelle
MHD : Mesures hygiéno-diététiques
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PNNS : Plan National Nutrition Santé
SAOS : Syndrome d'apnées obstructives du sommeil
SFD : Société Française de Diabétologie

I. Introduction

A. Le diabète de type 2

1. Définition du diabète

Au cours du temps, ce diabète a eu plusieurs appellations : diabète sucré, diabète gras, diabète de la maturité ... Aujourd'hui il s'identifie plus sobrement par l'appellation : diabète de type 2 (DT2).

Son diagnostic peut se faire de plusieurs façons :

- Soit par une glycémie à jeun (GAJ) supérieure à 1,26 g/l (7 mmol/l) objectivée à 2 reprises ;
- Soit par une glycémie veineuse supérieure ou égale à 2 g/l (11,1 mmol/l) à n'importe quel moment de la journée associée à la présence de symptômes cliniques de diabète : polyurie, polydipsie, amaigrissement.
- Soit par une glycémie veineuse supérieure ou égale à 2 g/l (11,1 mmol/l) 2 heures après une charge orale de 75 g de glucose (critères proposés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)). (1)

Il existe plusieurs types de diabète mais celui-ci est le plus fréquent avec 91.9% des patients diabétiques selon l'étude Entred 2007-2010.(2)

Il est principalement lié à une résistance à l'insuline et à une carence relative de sécrétion d'insuline. Ces deux causes pouvant coexister à des degrés variables. (3)

2. Epidémiologie du diabète

Actuellement en France, plus de 2,3 millions de personnes sont atteintes d'un diabète de type 2, soit 3,8 % de la population générale.

C'est donc un problème de santé publique.

De plus, l'OMS a estimé que la prévalence mondiale du diabète quel que soit l'âge, qui était déjà de 2,8% en 2000 passe à 4,4% en 2030, c'est-à-dire que le nombre total de personnes atteintes de diabète devrait continuer à augmenter et passer de 171 millions en 2000 à 299 millions en 2025 voire à 366 millions de personnes en 2030. (4) (5)

Cette augmentation serait due pour 14 % à la croissance de la population, pour 48 % à son vieillissement (lequel est inéluctable) et pour 38 % à l'augmentation de l'obésité, laquelle peut être partiellement contrôlée. (6)

3. Risques liés au diabète

La prise en charge des patients atteint d'un diabète de type 2 a pour objectif de stabiliser la maladie en contrôlant l'équilibre glycémique, en luttant contre le stress oxydatif lié à l'hyperglycémie. Le but étant de réduire la morbi-mortalité. En effet, le diabète est connu pour être une pathologie insidieuse qui peut provoquer de nombreuses complications.

Ces complications sont habituellement classées en deux catégories :

a) Les complications micro vasculaires

- La rétinopathie.

C'est la première cause de cécité en France chez les moins de 50 ans.

- La néphropathie.

Elle est la première cause d'insuffisance rénale terminale en Europe et donc de dialyse.

- La neuropathie.

Elle peut entraîner un mal perforant plantaire qui est la première cause d'amputation non traumatique en France.

b) Les complications macro vasculaires

- La coronaropathie et l'infarctus du myocarde.

Le diabète fait partie des facteurs de risque cardiovasculaire, connu pour favoriser les infarctus du myocarde avec le tabac, l'hypertension, la dyslipidémie, l'âge et les antécédents familiaux d'événements cardiovasculaires précoces. A lui seul, il multiplie le risque coronarien par deux.

- L'atteinte carotidienne et l'accident vasculaire cérébral.

En cas de diabète de type 2, le risque d'accident vasculaire ischémique est multiplié par 1,5 à 2 en raison de la majoration de l'athérosclérose carotidienne.

- L'artérite oblitérante des membres inférieurs.

Ce risque est multiplié par 6 voire 10. (7)

Même après l'apparition de ces complications, un contrôle du diabète reste nécessaire pour stabiliser leurs évolutions et ralentir l'apparition des symptômes irréversibles et graves.

De nos jours encore, en France, les complications du diabète restent fréquentes avec, de façon annuelle, près de 8 000 diabétiques amputés, plus de 12 000 patients hospitalisés pour infarctus du myocarde, et près de 4 000 nouveaux cas d'insuffisance rénale terminale.

De plus, près de 34 600 décès seraient liés au diabète, soit 6,3 % de l'ensemble des décès survenus en France en 2009. (8)

B. Les Mesures hygiéno-diététiques recommandées

1. Traitement et objectif dans le diabète

Pour la plupart des patients diabétiques de type 2, une cible d' Hémoglobine glyquée A1c (HbA1c) inférieure ou égale à 7% est recommandée. Les objectifs ont été revus depuis la publication de plusieurs grandes études : ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes), ADVANCE (Action in Diabetes and Vascular Disease-Preterax and Diamicon Modified Release Controlled Evaluation), VADT (Veterans Affairs Diabetes Trial) et les résultats de l'extension de l'étude UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study).(9)(10)(11)(12)

Ces études ont permis l'évolution de la prise en charge du diabète de type 2.

Ainsi, depuis quelques années, l'objectif glycémique des patients a été individualisé en fonction des différents profils des patients et varie donc d'un individu à l'autre, mais également pour un même patient au cours du temps.

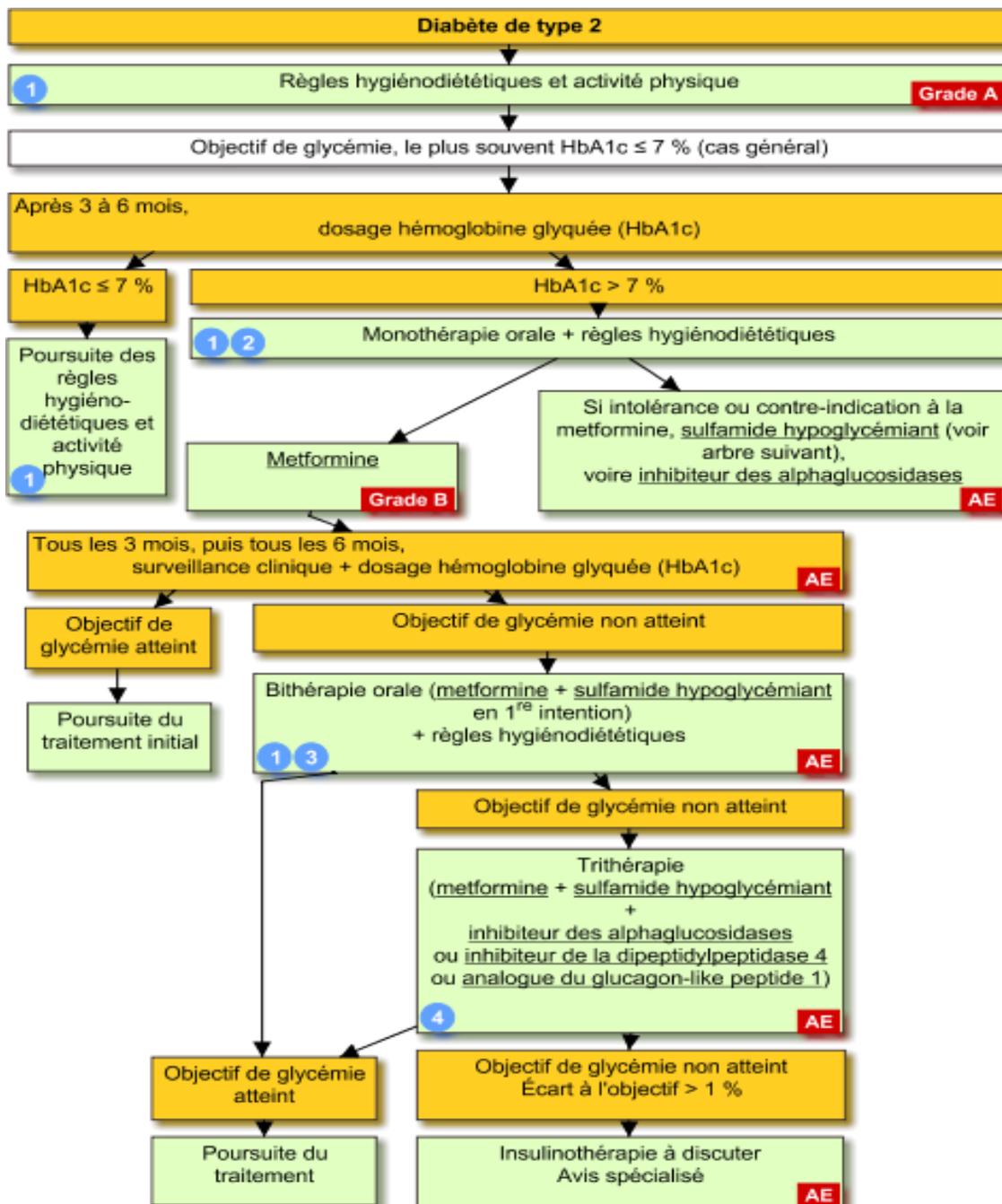
Objectifs glycémiques selon le profil du patient

Profil du patient		HbA1c cible
Cas général	La plupart des patients avec DT2	≤ 7 %
	DT2 nouvellement diagnostiqué, dont l'espérance de vie est > 15 ans et sans antécédent cardio-vasculaire	≤ 6,5 % ¹
	DT2 : <ul style="list-style-type: none"> avec comorbidité grave avérée et/ou une espérance de vie limitée (< 5 ans) ou avec des complications macrovasculaires évoluées ou ayant une longue durée d'évolution du diabète (> 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % s'avère difficile à atteindre car l'intensification médicamenteuse provoque des hypoglycémies sévères 	≤ 8 %
Personnes âgées	Dites « vigoureuses » dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante	≤ 7 %
	Dites « fragiles », à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des malades	≤ 8 %
	Dites « malades », dépendantes, en mauvais état de santé en raison d'une polyopathie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social	< 9 % et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/l
Patients avec antécédents (ATCD) cardio-vasculaires	Patients avec ATCD de complication macrovasculaire considérée comme non évoluée	≤ 7 %
	Patients avec ATCD de complication macrovasculaire considérée comme évoluée : <ul style="list-style-type: none"> infarctus du myocarde (IDM) avec insuffisance cardiaque atteinte coronarienne sévère (tronc commun ou atteinte tritrunculaire ou atteinte de l'interventriculaire antérieur [IVA] proximal) atteinte polyartérielle (au moins deux territoires artériels symptomatiques) artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) symptomatique accident vasculaire cérébral récent (< 6 mois) 	≤ 8 %
Patients avec insuffisance rénale chronique (IRC)	IRC modérée (stades 3A ² et 3B)	≤ 7 %
	IRC sévère ou terminale (stades 4 et 5)	≤ 8 %
Patientes enceintes ou envisageant de l'être	Avant d'envisager la grossesse	< 6,5 %
	Durant la grossesse	< 6,5 % et glycémies < 0,95 g/l à jeun et < 1,20 g/l en post-prandial à 2 heures

1. Sous réserve d'être atteint par la mise en œuvre ou le renforcement des mesures hygiéno-diététiques puis, en cas d'échec, par une monothérapie orale (metformine, voire inhibiteurs des alphaglucosidases).

2. Stades 3A : DFG entre 45 et 59 ml/min/1,73 m², 3B : DFG entre 30 et 44 ml/min/1,73 m², stades 4 : entre 15 et 29 ml/min/1,73 m² et 5 : < 15 ml/min/1,73 m².

En première intention avant toute prise médicamenteuse, et si la situation le permet (absence de co-morbidités, principalement cardiaque), la mise en place de mesures hygiéno-diététiques (MHD) efficaces est la première mesure médicale à prendre. Le traitement médicamenteux ne sera instauré que dans le cas où l'HbA1c est supérieure à l'objectif défini pour le patient. Mais quelle que soit la prise en charge médicamenteuse proposée, l'application des MHD devra être poursuivie tout au long du suivi. Si l'objectif d'HbA1c n'est toujours pas atteint, le traitement médicamenteux devra bien sûr être réévalué. (14)

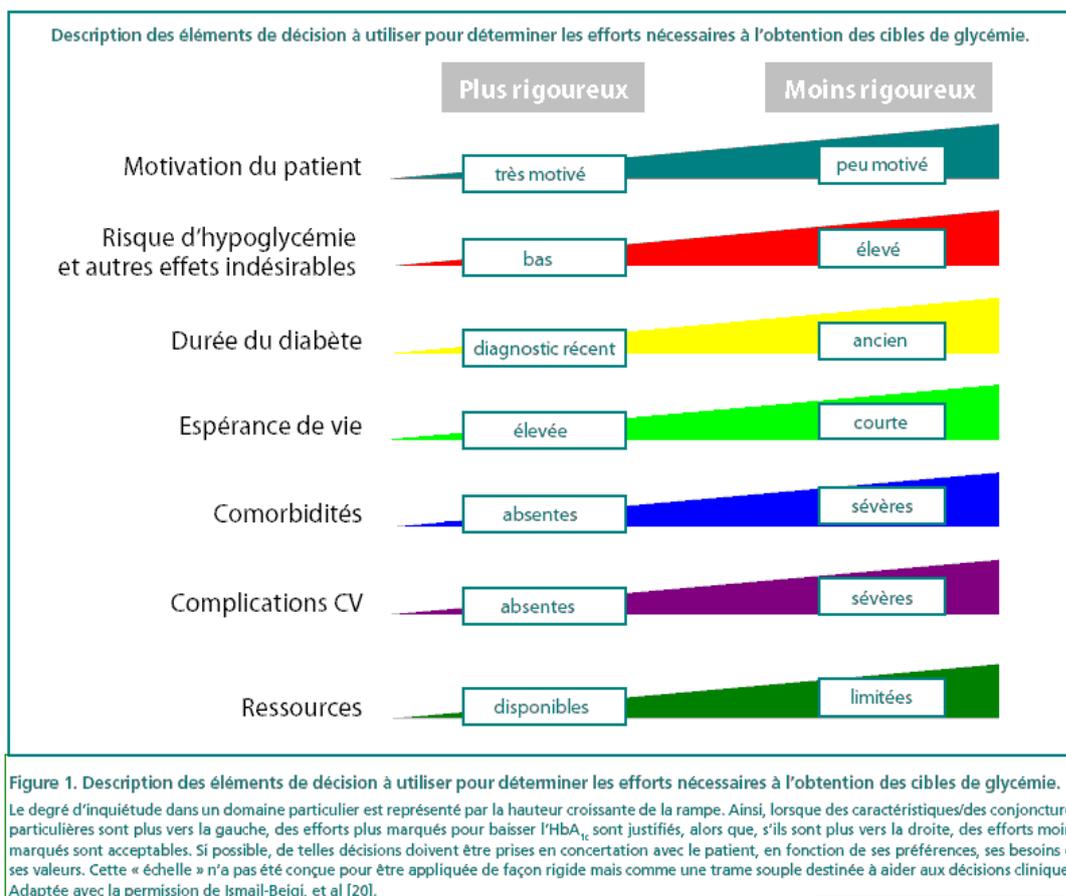


(15)

À lui seul, le régime alimentaire permet souvent de normaliser durablement l'HbA1c. Il garde toute son importance lorsque l'évolution de la maladie impose le recours à des traitements médicamenteux. (16)

La réussite de son application permet souvent de différer la mise en œuvre d'un traitement pharmacologique et son escalade thérapeutique. Mais cela dépend bien évidemment de l'importance accordée par le prescripteur et de la motivation du patient. Cette dernière peut être favorisée par l'éducation thérapeutique, la supervision par des professionnels de santé, organisée au long cours et par une relation médecin/patient privilégiant un partenariat. Cela facilite l'autonomisation du patient en tenant compte de ses difficultés et des freins, identifiables grâce à la pratique, entre autres, d'entretiens motivationnels. Cela a même été démontré dans une étude anglaise randomisée.(17)

Néanmoins, le consensus américano-européen, repris dans son intégralité par la Société Française de Diabétologie (SFD), place la motivation et les attentes du patient au centre de la prise en charge (au même niveau que l'espérance de vie du patient ou de ses morbidités par exemple). Les objectifs de glycémie et de traitement doivent donc être individualisés et personnalisés.(18) (19)



(18)

2. Les mesures hygiéno-diététiques dans le diabète

Les MHD portent principalement sur l'alimentation et l'activité physique. Elles sont la base de toute prise en charge du diabète de type 2 depuis la découverte d'une intolérance au glucose dans le stade pré diabète, au diagnostic de diabète, jusqu'à la phase la plus évoluée de l'insulino-requérance et des complications. (20)

Elles sont incontournables et universelles, et concernent donc tous les sujets diabétiques. Elles nécessitent néanmoins un changement dans le style de vie globale du patient. Cela peut demander des modifications parfois importantes de l'alimentation, en donnant l'impression de diminuer la qualité de vie du patient. Cela explique pourquoi elles sont donc si difficiles à mettre en place ou à poursuivre au long court. Une stratégie globale impliquant une éducation thérapeutique et une prescription nutritionnelle personnalisée est souhaitable pour améliorer l'adhésion au projet thérapeutique, après avoir évalué la capacité des sujets au changement de leurs habitudes. (21) (16)

Les mesures recommandées sont :

- **une limitation des apports énergétiques adaptée à l'indice de masse corporelle (IMC)**, favorisant une perte de poids si besoin ou une stabilité de celui-ci.
- **le choix d'aliments ayant un index glycémique bas**. Les glucides qui ont un IG élevé, ne sont pas interdits, à condition d'en consommer modérément — « pour le plaisir » — au milieu ou à la fin d'un repas.
- **des aliments contenant peu de graisses saturées** et favorisant l'apport en fibres.
- **une répartition stable des glucides** au cours de la journée, avec des repas idéalement structurés et bannissant les grignotages.
- **une activité physique d'au moins 150 minutes par semaine**, idéalement répartie en trois séances hebdomadaires non consécutives d'activités d'endurance, associées à deux séances de renforcement musculaire.(19) (22)



(22)

La pratique de l'auto-surveillance glycémique n'étant pas forcément recommandée en fonction du stade du diabète, il semble essentiel d'avoir des notions sur les apports des différents glucides. La composition des repas reste proche des recommandations du Plan National Nutrition Santé (PNNS) ou de la pyramide alimentaire méditerranéenne. (23)



Les avantages de la prise en charge diététique et de l'activité physique sont liés à leurs actions sur les principaux mécanismes physiopathologiques du DT2 :

- L'insulino-résistance (24)
- L'hyperglycémie postprandiale (25)
- Le surpoids (26)
- Le contrôle métabolique (27)

3. Efficacité démontrée, mais limitée dans la pratique

a) Sur le plan diététique

L'effet des MHD dans le DT2 est confirmé par des études épidémiologiques et des interventions courtes en raison de la difficulté à mener des études d'interventions randomisées dans le domaine de la nutrition.

On peut rapidement (dès 3 mois) voir un effet de ces MHD sur l'HbA1c et donc sur l'équilibre du diabète. Cela, même indépendamment de la perte de poids ou de l'IMC.(28)

L'étude AHEAD permet d'évaluer les effets d'une importante intervention nutritionnelle et sportive. C'est une étude américaine randomisée avec un suivi de 4 ans. L'objectif principal était l'obtention d'une rémission partielle ou totale (soit une GAJ <126 mg / dL et une HbA1c <6,5%) du DT2 à 4 ans grâce à une intervention intensive sur le mode de vie à long terme. Cette rémission a été atteinte chez 7,3 % des patients du groupe intervention intensive, versus 2 % dans le groupe contrôle. De plus, le taux de rémission dans le groupe « intensif » était d'autant plus élevé que la perte de poids était importante, que le niveau d'activité physique était élevé, que le DT2 était de diagnostic récent, que le taux d'HbA1c était moyennement élevé à l'inclusion et que les sujets n'étaient pas traités par insuline.(29)

Il existe néanmoins peu d'études de longue durée, ce qui est indispensable pour montrer un bénéfice sur la morbi-mortalité.

Néanmoins, une récente étude randomisée a tenté d'objectiver le nombre d'années de vie gagnées grâce à une intervention multifactorielle chez les patients diabétique de type 2. Le suivi était de 21 ans après le début de l'intervention. Au final, les patients du groupe traitement multifactoriel avait une médiane de gain de vie de presque 8 ans. De plus, cette augmentation de la durée de vie était associée à un laps de temps plus important avant le premier évènement cardio-vasculaire.(30)

Ainsi, bien que toutes les études à notre disposition n'aient pas un niveau de preuve très élevé, il est actuellement reconnu que le respect des consignes diététiques a un impact sur l'équilibre glycémique et sur la prévention des complications cardiovasculaires.

b) Sur le plan de l'activité physique

150 minutes d'activité physique par semaine permettent de réduire l'HbA1c de -0,6 % en moyenne. C'est plus efficace que certains traitements antidiabétiques oraux actuellement sur le marché.(19)

Les bénéfices de l'activité physique sur l'équilibre glycémique sont clairement démontrés par plusieurs méta-analyses et revues systématiques. Au-delà du contrôle du poids, cela a un impact positif sur la répartition corporelle en limitant le développement de la masse grasse, au profit de la masse maigre. Evidemment, les principales anomalies liées au syndrome d'insulinorésistance telles que l'hyperglycémie, l'augmentation de la pression artérielle et des triglycérides, sont améliorées par la pratique régulière d'une activité physique d'endurance d'intensité modérée. De plus, un grand nombre d'études d'observation suggèrent que les sujets physiquement actifs masculins comme féminins, ont un risque diminué d'incidence et

de mortalité par cancer tous sites confondus. Enfin, l'activité physique peut avoir des effets positifs sur le plan psychologique en améliorant l'humeur, la sensation de bien-être et l'estime de soi. (31)

Une méta-analyse récente a montré que l'activité physique, quel que soit son degré, était associée à un risque cardio vasculaire moindre chez les patients diabétiques, par rapport à l'inactivité. (32)

Néanmoins, l'impact sur l'équilibre glycémique de l'activité physique reste corrélé à son intensité et à sa fréquence. (33)

L'activité physique garde un intérêt dans le contrôle du diabète de type 2 même en dehors d'une perte de poids associées. (34)

C. L'importance de l'observance

1. Définition de l'observance et taux de mauvaise observance

L'observance peut être définie comme « l'importance avec laquelle les comportements d'un individu, en termes de prise médicamenteuse, de suivi de régimes ou de changement des habitudes de vie, coïncident avec les conseils médicaux et de santé ». (35)

Mais cette définition implique un certain niveau de passivité du patient, dans un cadre prédéfini par le médecin en fonction de la maladie. Cela suppose donc que le patient ait une attitude « d'obéissance » par rapport au soignant qui aurait « autorité » sur lui.

Cela entraîne donc une sorte de confrontation entre les exigences médicales et les ressources du malade pour s'adapter à sa situation. (36)

Une autre définition possible de l'observance serait donc : « les capacités d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée. Ces capacités sont influencées positivement ou négativement par des cofacteurs cognitifs, émotionnels, sociaux et comportementaux qui interagissent entre eux ». (37)

Cette évolution de la définition traduit la volonté du corps médical de replacer le patient au cœur de sa prise en charge. (38)

Cette volonté se reflète encore mieux dans l'expression « adhésion au traitement », car elle inclut la notion d'autonomie du patient et sous-entend un partenariat entre le médecin et le patient. En effet, l'adhésion implique une certaine acceptation de la maladie et de sa thérapeutique par le patient. Ainsi, il doit « adhérer » à sa thérapeutique, et non pas « se soumettre » à la prescription médicale. En parlant d'adhésion, on souligne l'importance du patient, de son niveau de motivation.

Son « observance » n'est pas un comportement immuable. Il est soumis à des facteurs psychologiques et environnementaux fluctuants dans le temps. (39)

La définition de l'inobservance est également variable en fonction des équipes. Elle peut se définir comme l'absence de concordance entre les comportements des patients et les recommandations médicales. Mais cela peut être le cas à différents degrés. (40)

Pour certains, c'est lorsque le patient prend moins de 50% des traitements prescrits. Pour d'autres, c'est lorsque la prise n'est pas suffisante pour atteindre l'objectif thérapeutique fixé. Enfin, certains considèrent que l'on parle d'inobservance dès que la prescription du médecin n'est pas entièrement et parfaitement respectée.(41)

Toutes les pathologies chroniques sont soumises à un important risque d'inobservance. En 2003, l'OMS publie des chiffres concernant l'observance thérapeutique dans le cadre des maladies chroniques dans le monde : seulement 50 % des patients ayant une pathologie chronique respecteraient leur traitement dans les pays développés. « L'observance insuffisante est la raison principale pour laquelle les patients ne retirent pas tous les bienfaits qu'ils pourraient attendre de leurs médicaments. »(42)

Une méta-analyse de 139 études menées entre 2000 et 2005 sur l'observance des traitements à visée cardiovasculaire (Hypertension artérielle (HTA), dyslipidémie, diabète) montre un taux d'inobservance significatif. Sur une année, on relevait en moyenne 30% de jours d'inobservance, et seulement 59 % des patients étaient observants à 80% du temps (43)

Ainsi, l'observance constitue un enjeu de santé publique dans la mesure où elle permet de réduire les risques de morbidité voire mortalité. (39)

2. Facteurs de bonne observance

Les causes les plus générales de non observance sont :

- les caractéristiques du patient,
- les particularités de la maladie,
- les modalités du traitement,
- les attitudes du médecin,
- l'organisation des soins de santé.(44)

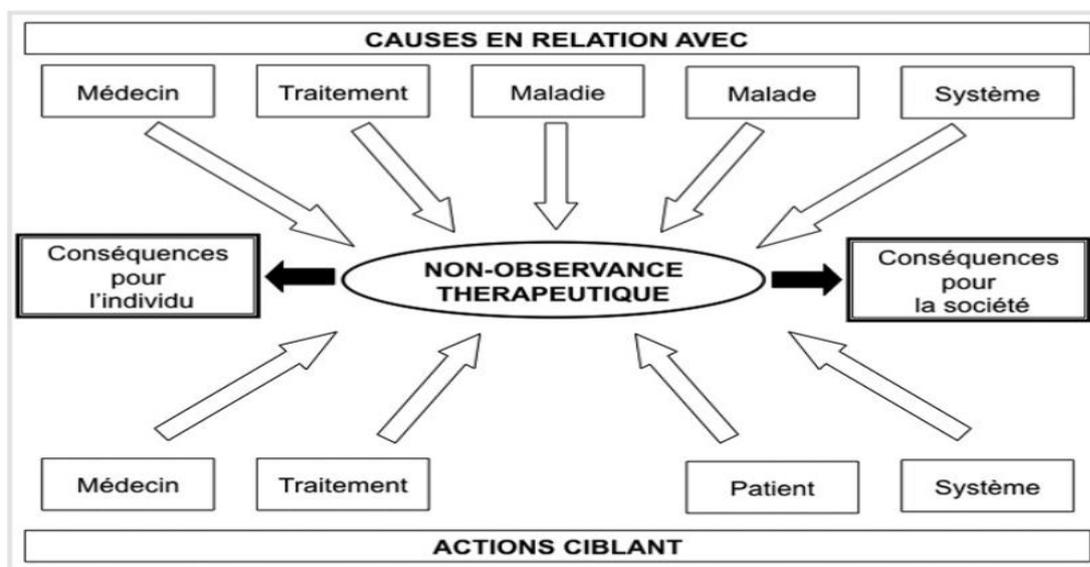


Figure 2. Causes, conséquences et solutions relatives à la non-observance thérapeutique. Système = système de soins.

(44)

Evidemment, tous les patients ayant une maladie peuvent être touchés par ce phénomène, d'autant plus si celle-ci est chronique et silencieuse c'est-à-dire sans symptômes.(45)

De nos jours, il n'est plus médicalement acceptable de faire peser toute la « faute » de l'inobservance sur le patient, sans tenir compte des multiples facteurs qui peuvent participer à cette situation. Les facteurs qui semblent intervenir sont à la fois les caractéristiques personnelles évidemment, mais également l'entourage, la compréhension de la maladie et des traitements, la qualité de la relation soignant/soigné et enfin l'organisation du système de soins.

Dans l'étude Dawn 2, une vaste étude internationale multidisciplinaire portant sur les attitudes, les souhaits et les besoins des personnes diabétiques de type 1 et 2, on s'est intéressé aux limites de l'adhésion aux recommandations médicales.(46)

Les facteurs négatifs qui en ressortent sont :

- Le plan psychologique (dépression) et la peur de la maladie ou de ses traitements.
- Les mauvaises relations au travail.

Et à l'inverse, les facteurs favorables sont plutôt :

- Un sentiment de résilience positif (capacité à penser pouvoir surmonter les problèmes).
- Un soutien psychologique familial ou des professionnels de santé.(47) (48)

D'autres études insistent sur le fait qu'il faille partir des capacités du patient, de son vécu. C'est tout cela qui va définir sa capacité au changement.(49)

Les causes et mécanismes qui influencent l'observance sont multiples et complexes. Ils doivent être mieux identifiés pour permettre la mise en place de stratégie thérapeutique plus efficace pour favoriser l'adhésion, entre autres, des patients diabétiques.(50)

3. Vers une médecine centrée sur le patient

Depuis peu, c'est la notion « d'alliance thérapeutique » qui se développe. Elle se définit comme l'établissement d'un accord entre le patient et le professionnel de santé sur les décisions thérapeutiques. Elle recommande l'élaboration d'une stratégie thérapeutique dans le respect des volontés, des croyances, des peurs, des contraintes et des souhaits du patient (51), le tout en étant le plus proche possible des recommandations pour une prise en charge optimale. On peut donc varier la façon de mettre en place le traitement ou le type de traitement... Pour cela, le patient devra être actif dans les décisions thérapeutiques : l'objectif est que le traitement s'adapte à la vie du patient et non l'inverse.(52)

Ce type de prise en charge semble être particulièrement adapté aux maladies chroniques pour lesquelles l'objectif est de favoriser une adhésion au long cours et pas uniquement un traitement optimal au moment T, au risque de provoquer ultérieurement un rejet du traitement et pour peut-être une longue période.

Or, il est vain de tenter d'user d'autorité, de menace, de séduction ou de persuasion lorsque l'on cherche à obtenir des effets sur le long terme.(53)

Il vaut mieux tenter de développer « *l'empowerment* » qui est « la capacité d'un individu à prendre des décisions lorsqu'il se trouve confronté à une situation spécifique, seul ou en interaction avec des personnes ressources, dans le but de s'adapter à cette situation et exercer

un contrôle sur sa vie personnelle. Or, l'annonce d'une maladie chronique peut être vécue par le patient comme un sentiment de perte de contrôle de sa vie, une rupture d'identité... Le patient franchit alors différentes étapes dont une phase de désir de maîtrise sur sa santé. Dans cette phase, il se donne des objectifs conséquents afin de protéger son image de lui-même, donner un sens à sa maladie et conserver le contrôle sur sa vie sans prendre en compte les contraintes liées à la maladie. Cependant, cet état ne permet pas au patient d'intégrer à long terme sa maladie et son traitement à sa vie. La capacité de « lâcher prise » (reconnaissance de ses limites, que certaines choses échappent au contrôle) et une prise de conscience de ses ressources internes et externes pourront permettre au patient de retrouver un sentiment de cohérence et reconstruire son identité avec la maladie ».(54)

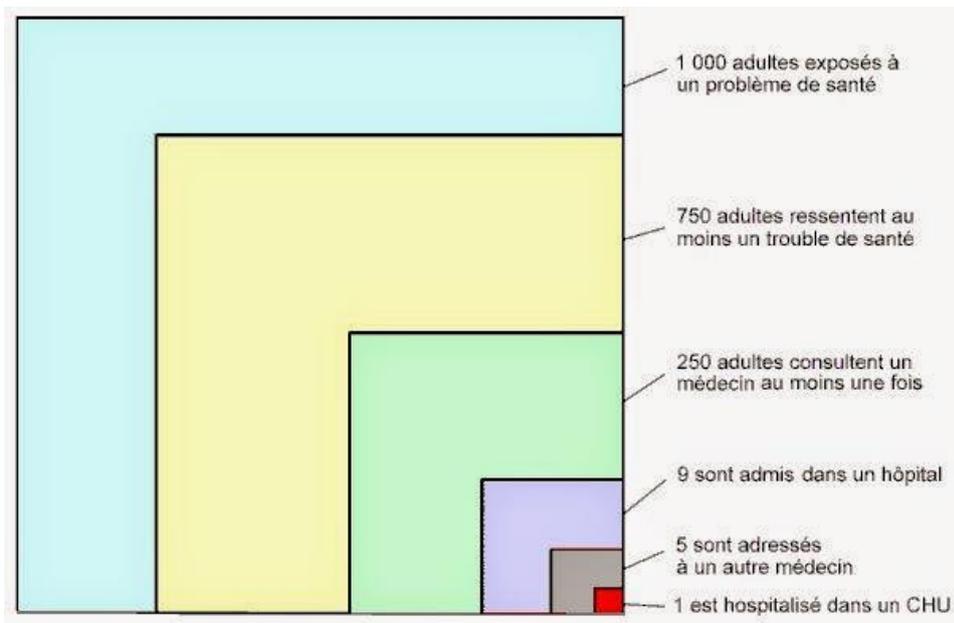
Dans cette perspective, le soignant se place plus comme un guide en conseillant au patient les moyens d'arriver à un meilleur contrôle de sa maladie. Le patient, lui, décidera (ou au moins, donnera son accord) par quel moyen y arriver et dans quelle mesure cela pourra s'intégrer dans sa vie quotidienne.(55)

D. Intérêts de l'étude

1. Choix des patients

Il est actuellement bien reconnu que les patients suivis à l'hôpital ne sont pas un panel représentatif des malades. Ils ne représentent qu'un groupe mineur et homogène de patients, souvent plus gravement malades.

Cette conception est illustrée par le carré de White, qui permet de prendre un peu de distance sur ces patients que nous côtoyons au quotidien le long de notre cursus médicale.



Or la majorité des études menées actuellement ont un recrutement de patients qui se fait principalement via l'hôpital. Pourtant, dans le cadre de plusieurs pathologies et plus particulièrement dans celui du diabète de type 2, la majorité des patients sont suivis en ville.

En effet, chaque médecin généraliste aurait au moins une trentaine de patients dans sa file active, qui consultent plusieurs fois dans l'année.(56)

Ainsi, bien que ces études soient bien faites et avec beaucoup de patients, elles peuvent avoir une cohérence externe limitée du fait de leur sélection de patients.

2. Objectifs

Nous sommes partis des entretiens de vingt patients diabétiques de type 2 sous traitements antidiabétiques oraux, suivis par des médecins généralistes en ville. A partir de cela, nous avons essayé d'élaborer différentes hypothèses de facteurs déjà identifiés ou non. Puis, nous avons comparé les résultats de cette étude qualitative avec les données de la littérature.

Notre but est d'essayer de déterminer les facteurs qui favoriseront l'adhésion à certaines recommandations plutôt qu'à d'autres, et ce qui pourraient favoriser leur application au quotidien.

Cela a pour objectif de permettre aux médecins de prendre en charge leurs patients de façon plus adaptée et plus efficace, en espérant ainsi favoriser la prise en charge globale du patient et l'équilibre de la maladie. Cela permettrait au final de retarder l'apparition de complications en stabilisant l'évolution de la pathologie et d'améliorer la qualité de vie des patients.

II. Méthodologie

A. Méthode qualitative

1. Type d'étude

L'étude qualitative a été choisie car cette méthode semblait être la plus adaptée à l'exploration des représentations des participants et à rechercher les déterminants de l'observance. (57)

L'objectif est de trouver des solutions pour faciliter la pratique des médecins, mais aussi d'améliorer la qualité de vie des patients et leur adhésion au traitement. Cette méthode permet d'appréhender les expériences, vécues, ressenties (vis-à-vis d'un mode de vie ou d'une pratique), en laissant librement s'exprimer les personnes interrogées, sur des sujets spécifiques.

Les résultats analysés pourraient permettre de trouver des pistes pour améliorer la prise en charge des patients, mais également d'adoucir les relations entre les médecins et les personnes souffrant d'une maladie chronique, souvent difficile à gérer dans sa globalité et donc améliorer de façon directe et indirecte le traitement des patients.

Les entretiens ont été réalisés majoritairement de façon individuelle, le plus souvent au domicile du patient afin de favoriser le confort du patient et de créer une relation de confiance nécessaire à leur expression. Parfois, ils pouvaient être faits en duo, si les deux conjoints étaient diabétiques, acceptaient de participer à l'enquête et étaient disponibles au même moment.

2. Nombre de patients à inclure

Bien qu'il soit généralement admis dans le cas d'étude qualitative qu'un nombre de patients ne soit pas défini à l'avance pour permettre d'essayer d'atteindre la saturation théorique des données, il est admis qu'un nombre de patients compris entre 15 et 20 soit nécessaire pour un travail universitaire de thèse d'exercice.

Devant la variabilité des patients possibles (origines ethniques diverses, équilibre du diabète variable, niveaux socio-économiques divers) il n'est pas possible d'affirmer être arrivé à saturation des données. En effet, l'entretien nutritionnel aurait pu être très différent si des patients avec d'autres origines ethniques par exemple, avaient été interrogés.

En revanche, le fait d'avoir sélectionné plusieurs médecins traitants, venant de différents quartiers d'Ile-de-France, a permis de sélectionner un panel de patients assez large et varié.

B. Echantillonnage

1. Critères d'inclusions

Les patients sélectionnés devaient répondre à d'importants critères, assez simples :

- Être diabétique de type 2 ;

- Sous antidiabétiques oraux (ADO) sans restriction de molécule ou de posologie) donc ni uniquement sous régime, ni sous insuline ;
- Quels que soient son stade d'évolution, ses complications, ou ses pathologies associées ;
- Être suivi par un médecin traitant en ville, ce qui n'excluait pas le suivi par un endocrinologue ou un autre spécialiste ;
- Être majeur, et parler français.

Une enquête qualitative ne permet pas d'avoir un nombre de participants aussi important qu'une étude statistique. L'échantillon sélectionné possède donc peu de critères d'exclusion pour permettre une importante diversité de l'échantillon.

2. Recrutement des patients et des médecins

Le recrutement des patients s'est fait en passant par un médecin généraliste de ville pour être certain que les patients soient effectivement suivis en ambulatoire.

Une méthode de proche en proche a été utilisée, en partant d'un maître de stage, Professeur de Médecine à la faculté, consultant à Paris, et d'un médecin généraliste par contact personnel, qui consulte en banlieue parisienne. Ils ont chacun donné des noms de médecins recruteurs potentiels, de leur connaissance, exerçant de façon dispersée en Ile-de-France. Ces médecins ont été contactés par téléphone puis par mail pour leur expliquer les détails de la thèse, répondre à leurs questions et leur donner les modalités du protocole de sélection.

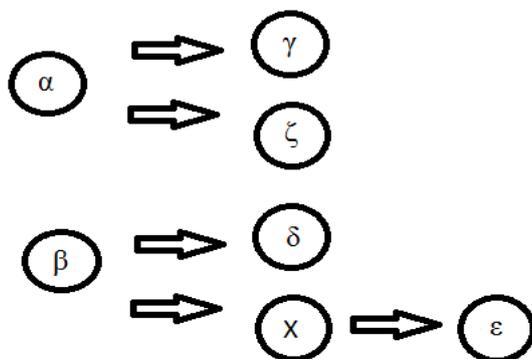
Lorsque le médecin acceptait de participer au recrutement des patients, il recevait par mail une grille, sur laquelle il pouvait aisément et rapidement rentrer des informations courtes et faciles d'accès sur les patients sélectionnés.

Le médecin devait recruter des patients, qu'il aurait vus au cours de sa journée de travail habituelle, et leur demander en fin de consultation s'ils acceptaient d'être contactés pour être interrogés dans le cadre d'une thèse sur le diabète. Si c'était le cas, le médecin notait le numéro de téléphone du patient et renseignait les quelques informations de la grille.

Après récupération de ces grilles, les patients étaient contactés par téléphone pour fixer un rendez-vous en fonction de leur disponibilité et sur le lieu de leur choix.

Ce protocole a été décidé ainsi pour éviter au maximum les biais de sélection par le médecin. Involontairement, il pourrait être tenté de donner uniquement des noms de patients bien observants ou dont il serait fier de la prise en charge.

Le recrutement des médecins de proche en proche s'est fait ainsi :



Au total, 26 médecins généralistes ont été contactés, parmi lesquels 9 ont donné leur accord pour aider au recrutement des patients. Par la suite, 3 se sont récusés. Au final, 6 médecins ont finalement collaboré de façon active.

Les principales causes de refus étaient essentiellement le manque de temps, le manque de patients répondant aux critères de sélection, et le secret professionnel.

Concernant les patients, α a proposé 6 patients, β 7, γ 5, δ 6, ε 2 et ζ 3 patients. Sur les 29 patients contactés, 22 ont accepté de fixer un rendez-vous, et finalement seulement 20 ont pu être interrogés. Sur les 7 patients restants, 2 avaient finalement changé d'avis et ont souhaité ne pas être interrogés, 4 n'ont jamais répondu (malgré plusieurs appels) et 1 pour lequel le numéro était faux.

Les principales causes de refus évoquées étaient le manque de temps avec l'impossibilité de se libérer et de fixer une date de rendez-vous ou devant la longueur annoncée de l'entretien, ainsi que le refus de réaliser l'entretien au domicile. Le manque d'intérêt n'a jamais été évoqué.

3. Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des participants ont été reportées sur un tableau de manière anonyme. Après la réalisation d'une dizaine d'entretiens, une première analyse des caractéristiques des patients a été faite pour s'assurer de la diversité des patients interrogés. Ainsi, cela a permis de sélectionner les derniers patients pour élaborer un panel de patients assez large dans le but de permettre l'extrapolation des résultats.

Ils sont présentés dans le tableau 1 :

	Population totale de l'étude N=20
Sexe	
- H	9 (45%)
- F	11 (55%)
Age	
- < 49 ans	1 (5%)
- entre 50 et 59 ans	2 (10%)
- entre 60 et 69 ans	8 (40%)
- entre 70 et 79 ans	4 (20%)
- plus de 80 ans	5 (25%)
Niveau d'étude	
- < BAC	9 (45%)
- BAC	2 (10%)
- BAC +1 +4	3 (15%)
- BAC +5 +9	5 (25%)
- BAC > 10	1 (5%)
Ancienneté du diabète	
- entre 1 et 4 ans	7 (35%)
- entre 5 et < 10 ans	6 (30%)
- entre > 10 et < 20 ans	4 (20%)
- 20 ans et plus.	3 (15%)

Département de résidence	
- 75 (Paris)	10 (50%)
- 94 (Val-de-Marne)	10 (50%)
Médecin traitant	
- α	4 (20%)
- β	5 (25%)
- γ	2 (10%)
- δ	5 (25%)
- ϵ	2 (10%)
- ζ	2 (10%)

Sur les 20 patients, 9 sont des hommes (45% des patients) et 11 des femmes (55%). Les âges vont de 43 à 87 ans, avec une moyenne de 69,1. 11 patients (55%) ont le BAC ou moins. Les autres ont un niveau d'étude entre BAC +2 et BAC +15. 13 patients ont un diabète depuis moins de 10 ans (65%) et 7 (35%) depuis plus de 10 ans, jusqu'à 25 ans. Ils résident tous en Ile-de-France, 50% à Paris et 50% dans le Val-de-Marne.

Enfin, le nombre maximum de 5 patients recrutés par généraliste a été atteint pour 2 médecins.

C. Procédure de recueil de données

1. Elaboration et évolution du guide d'entretien

L'objectif du guide d'entretien est d'explorer plusieurs axes découlant de la recherche bibliographique qui pourraient avoir une relation avec l'observance. Nous avons tenté de pousser le raisonnement en essayant d'identifier d'autres facteurs qui pourraient influencer le comportement du patient, bien que non encore reconnus ou explorés actuellement dans la littérature.

Une fois ces critères identifiés, ils ont ensuite été discutés entre médecins pour pouvoir élaborer des hypothèses.

Finalement, plusieurs axes ont été retenus pour être intégrés dans le guide d'entretien :

- La maladie elle-même :

Le diagnostic, **le vécu** au quotidien, les difficultés et la gêne qu'elle occasionne.

- Les connaissances :

Définir la maladie, ses traitements, ses complications, les dosages et suivi en rapport.

- Les caractéristiques personnelles du patient :

Age, sexe, taille, poids...

- Les comorbidités :

Les autres pathologies du patient, les autres facteurs de risques cardio-vasculaires (antécédents familiaux, tabagisme) et le nombre de comprimés pris par jour, de façon à déterminer la pénibilité du traitement.

- Le niveau social et socioéconomique :

Le niveau d'étude, la profession, le statut marital, la recherche de difficultés financières, de stress.

- L'entourage :

Les aides, soutiens, autres personnes diabétiques, et associations de malades.

- Le rôle des médecins :

Plus particulièrement celui du médecin traitant, les autres professionnels de santé, les interactions avec le milieu médical, les lacunes qui pourraient exister et les demandes du patient dans ce domaine.

- L'alimentation et la nutrition :

Que ce soit la théorie, avec la connaissance des différents sucres, recommandations ... mais également la pratique par l'exploration des habitudes du patient.

- L'activité physique :

Sa pratique ou ses limites.

Ce guide comprend majoritairement des questions ouvertes dans le but de permettre au patient de s'exprimer librement, ainsi que des questions de relance si nécessaire.

Il a évolué au cours de l'étude pour pouvoir être plus précis sur certains aspects identifiés après avoir analysé les entretiens déjà réalisés, être plus fluide et intégrer une nouvelle hypothèse : la vision de l'avenir du patient.

Les différentes versions sont accessibles dans l'annexe.

2. Méthodologie des entretiens

Les entretiens ont généralement débuté par une présentation (bien que déjà faite succinctement au téléphone lors de la prise du rendez-vous) ainsi que des remerciements pour avoir accepté de participer à la thèse. Etaient rappelés le sujet de la thèse, la problématique de recherche, la confidentialité des réponses et l'assurance de l'absence de jugement des réponses par l'intérêt porté uniquement sur la pratique quotidienne de la personne, sa gestion de la maladie et ses aides ou difficultés rencontrées.

Les entretiens ont été réalisés entre novembre 2015 et décembre 2016.

Ils duraient en moyenne 1h, entre 45 min (pour les entretiens les plus courts) et 2h35 (pour les plus longs). Ils étaient le plus souvent réalisés au domicile, sauf dans un cas, où cela a eu lieu dans un bureau à l'hôpital. L'entretien pouvait être individuel, en présence d'un conjoint non interrogé ou en groupe de 2, dans le cas d'un couple de diabétiques. Dans ce dernier cas, cette méthode a permis d'échanger et de confronter les idées.

Tous les entretiens sont accessibles dans l'annexe.

Le consentement des patients a été recueilli oralement une première fois par son médecin traitant, puis une deuxième fois avant la réalisation de l'entretien.

3. Conditions de recueil et de retranscription

Au cours de l'entretien, des notes manuscrites ont été prises sur papier pour recueillir les idées fortes, les informations non connues par le patient mais récupérées à l'aide de biologie récente ou des ordonnances (HbA1c, créatininémie, liste des traitements...) ainsi que le comportement non verbal.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, après avoir reçu l'accord du patient en début d'entretien, puis retranscrits en verbatim. Enfin, la retranscription a été relue avec une réécoute de l'enregistrement pour peaufiner et s'assurer de l'exactitude de la retranscription.

Pour permettre l'anonymisation des données, des codes ont été attribués à chaque patient, mais également à chaque médecin recruteur, lors de la relecture des entretiens. Les noms des médecins ont été remplacés par une lettre de l'alphabet grec dans l'ordre de leur participation au recrutement (α , β , γ , δ , ϵ , ζ), dans les retranscriptions des entretiens fournis avec la thèse. De plus, bien que les entretiens initiaux comprennent le nom des patients de façon explicite, ceux-ci ont été anonymisés afin de permettre leur publication. Chaque patient s'est vu attribuer une lettre, par ordre alphabétique, entre C et V.

D. Analyse des données

1. Etude longitudinale

La méthode d'analyse s'est principalement fondée sur plusieurs ouvrages.(58)

Dans un premier temps, l'analyse des résultats a été faite de manière verticale, de façon individuelle pour chaque individu afin d'identifier les caractéristiques personnelles de chaque patient et pouvoir ainsi essayer de lui attribuer un profil particulier permettant de « résumer » sa personnalité et sa pratique.

Pour chaque entretien de patient, un résumé reprenant les principales idées, réponses et réflexions a été fait. Ensuite, tous ces résumés ont été intégrés dans un grand tableau qui permettait de faire ressortir de grandes idées, des « mots clés » mais également des points qu'il paraissait intéressant de développer lors des autres entretiens, si possible.

2. Etude horizontale

Dans un second temps, l'analyse a également été faite de manière horizontale. L'objectif était d'essayer d'identifier des idées, des facteurs ou des comportements positifs ou négatifs qui seraient rapportés par plusieurs patients.

Pour cela, le verbatim des entretiens a été découpé en fragments, en « unité de sens ». Ces unités, ont ensuite été rentrées dans un tableur Excel de façon linéaire pour chaque patient. Ce tableau était divisé en 5 grandes catégories explorées aux cours des entretiens :

- **caractéristiques sociales personnelles ;**
- **comorbidités personnelles et familiales ;**
- **entourage médical ;**
- **histoire du diabète ;**
- **connaissance et pratique nutritionnelle et sportive.**

Puis, chacun de ces groupes a été divisé en sous catégories. Cela a permis d'identifier des réponses semblables chez plusieurs patients et donc d'essayer de faire ressortir une personnalité associée à cette idée.

De plus, pour essayer de voir si ces facteurs étaient positivement ou négativement associés à une bonne observance des mesures hygiéno-diététiques, les différentes catégories ont été mises en relation les unes avec les autres et des tableaux de croisement ont été faits pour chacun de ces facteurs avec les critères sélectionnés pour évaluer l'adhésion. Cela a permis de faire ressortir des associations entre certaines pratiques et des facteurs analysés.

Tout cela a ensuite été confronté avec nos hypothèses de départ et aux autres études réalisées sur ce sujet.

Enfin, des diagrammes, schémas et tableaux ont été réalisés pour permettre une meilleure lisibilité des résultats.

3. Elaboration de profils

Une fois ces analyses réalisées, il nous a semblé pertinent d'essayer de définir des « profils de patients ». Pour cela, les patients ayant des profils sociologiques, psychologiques ou d'autres caractéristiques communes, ont été regroupés en « Groupes » : l'objectif était de cibler des caractéristiques qui pourraient être spécifiques à une personnalité particulière, et donc de pouvoir proposer des pistes de traitements personnalisés en fonction du profil, qui seraient ainsi plus adaptées et plus facilement mises en place.

E. Choix des facteurs d'observance aux mesures hygiéno-diététiques sélectionnées

1. Réalisation d'une bibliographie

Pour l'élaboration de la bibliographie, 3 mots clés MeSH, jugés comme les plus pertinents ont été choisis : « **Diabetes mellitus, type 2** », « **Feeding behavior** » et « **Primary health care** »
Chaque mot a d'abord été recherché séparément :

Pour « **Diabetes mellitus, type 2** », il y avait 104672 résultats.

Pour « **Feeding behavior** », 144656 résultats.

Et pour « **Primary health care** », 127223 résultats.

La recherche associant ces trois termes, c'est-à-dire "diabetes mellitus, type 2"[MeSH Terms]) AND "health behavior"[MeSH Terms]) AND "primary health care"[MeSH Terms] " donnait 221 résultats.

En limitant aux publications de ces dix dernières années, sur les humains, en anglais et français, on obtenait encore 151 résultats. En revanche, si on se limitait aux articles sur les cinq dernières années, on avait 91 réponses.

Une première sélection des articles grâce à leur titre a permis d'en sélectionner 37, qui semblaient les plus pertinents pour le sujet. Ces articles ont été lus, et leurs bibliographies consultées. A partir de ces articles de base, un large panel d'articles a pu être consulté et étudié.

2. Choix des critères étudiés

Afin de pouvoir choisir les critères à étudier pour analyser l'adhésion aux mesures hygiéno-diététiques, une revue de la littérature a été faite pour pouvoir faire ressortir les conseils qui sont recommandés.

Les mesures hygiéno-diététiques recommandées par le personnel médical de façon assez consensuelle et unanime peuvent être définies ainsi :

- faire au moins **trois repas par jour**,
- **arrêter tout grignotage** entre les repas,
- **manger peu de graisses**,
- **manger suffisamment de glucides**,
- **répartir les glucides** entre les différents repas,

- favoriser les glucides à **index glycémique bas**,
- pouvoir consommer des **produits sucrés sans excès**,
- **éviter les boissons sucrées**, sauf en cas d'hypoglycémie,
- **consommer les édulcorants**, comme l'aspartame et la saccharine, s'il le désire,
- **manger des aliments riches en fibres** (légumes et fruits à chaque repas),
- **ne pas dépasser** l'équivalent en alcool de **2 verres** de vin par jour,
- **pratiquer 150 min d'activité physique par semaine**, divisé en 5 séances de 30 min.(19)

Dans les entretiens, différentes questions permettant d'identifier la présence de ces habitudes ont permis d'évaluer l'adhésion aux MHD recommandées. Finalement, trois critères jugés les plus pertinents ont été choisis pour « mesurer » la pratique des recommandations :

1. La perte de poids.
2. Eviter les grignotages.
3. Pratiquer une activité physique.

Les critères ont été jugés subjectivement comme les plus représentatifs des conseils médicaux donnés aux patients diabétiques par les professionnels de santé.

Evidemment, la liste des mesures est longue. Toutefois, l'évaluation a été limitée par la difficulté rencontrée au cours des entretiens à estimer la pratique des patients au quotidien.

III. Résultats

A. Evaluation des différents facteurs étudiés

1. Facteurs liés au patient et à son entourage

Cette partie de l'entretien avait pour objectif de recueillir des informations socio-démographiques personnelles et professionnelles sur les patients, ainsi que leur relation avec leur entourage.

a) Sexe et âge

Sur les 20 patients analysés, 9 étaient des hommes et 11 des femmes.
Les âges des patients interrogés variaient entre 43 et 87 ans. La moyenne était de 69,1 ans.

b) Statut marital et enfants

2 patientes étaient veuves et donc vivaient seules. Tous les autres étaient en couple.
Pour plusieurs couples de personnes diabétiques, les deux membres ont pu être interrogés : D et E, G et H et N et O.
Un seul patient n'avait pas d'enfant. Tous les autres avaient au moins un enfant.
4 patients n'avaient pas de petits-enfants.
5 patients (E, F, J, S, U) avaient encore des enfants à charge au domicile, et 6 autres patients (D, O, P, Q, R, V) déclaraient voir leurs enfants régulièrement.

c) Lieu de naissance et de vie

La majorité des patients étaient nés en France : 6 patients (G, I, K, M, R, V) sont nés en Ile-de-France, 8 patients (D, H, L, N, O, P, Q, S) sont nés dans une autre région de France et 6 patients sont nés dans un autre pays : C en Russie, E et F en Tunisie, J en Algérie, T au Portugal et U en Italie.
G, I, M, R, V déclarent avoir toujours vécu en région parisienne.
6 patients (H, L, N, P, Q, S) ont vécu dans plusieurs villes de France.
8 patients ont vécu au moins 1 an à l'étranger : C est resté en Russie jusqu'à l'âge de 30 ans, D a fait son service militaire en Algérie puis a travaillé 3 ans au Maroc, E et F sont venus de Tunisie en France à 17 ans, K a vécu 1 an au Québec, O a vécu 2 ans au Canada après son service militaire avant de venir en région parisienne, T a grandi au Portugal et est venu à 21 ans et U a vécu une grande partie de sa vie en Italie avant de venir en France il y a 25 ans.

d) Lieu de résidence

Au moment des entretiens, tous les patients demeuraient en Ile-de-France. 10 patients (E, F, K, L, M, P, Q, R, U, V) dans Paris (12^e, 13^e, 15^e, 16^e, et 20^e arrondissements) et les 10 autres dans le Val-de-Marne : Vincennes, Vitry, Ivry, et Villeneuve-Saint-Georges.

e) Confession

L'information n'est disponible que pour les derniers patients interrogés. C dit croire « *en Dieu, mais de façon intello* ». E, F et J sont musulmans. S se définit comme « *de naissance catholique et baptisé mais de conviction athée* ».

f) Niveau d'études et profession

9 patients n'ont pas eu le BAC :

E, I, J, P et O se sont arrêtés au niveau du « *Certificat d'étude* » ou BEPC, N et R juste avant. E a travaillé dans le bâtiment, puis dans l'entretien. N a travaillé 10 ans dans le tissage avec ses parents puis est devenue gardienne d'immeuble à Paris avec son mari O, qui lui travaillait dans une ferme dans son enfance, puis s'est mis dans la peinture après son service militaire, avant de devenir gardien. R a principalement travaillé dans le commerce.

F et T se sont arrêtés bien avant et écrivent difficilement en français.

F était femme de ménage, et T a travaillé dans la transformation de papier puis dans les ménages et enfin comme aide de personnes âgées.

I est titulaire d'un CAP de sténodactylographie, elle a travaillé dans le privé puis pendant 25 ans comme secrétaire d'élus à la mairie. J a un BEP secrétaire, est fonctionnaire et travaille depuis 3 ans comme conseillère d'apprenti. P est titulaire d'un CAP d'électricien.

G et V ont eu le BAC. G s'est « *arrêté à 18 ans. Non pas que je n'étais pas apte à suivre mais la situation de mes parents ne le permettait pas* », puis a « *travaillé dans les bureaux jusqu'à avoir [sa] fille.* » et V travaillait dans les assurances avant de se reconvertir et d'aller vendre des fruits et légumes à Rungis avec son mari. « *On a beaucoup aimé alors que l'on n'y était pas prédestinés.* »

Les 9 autres patients ont poursuivi leurs études après le bac :

Q et M ont fait des études de droit pendant 2 ans. Puis Q a travaillé comme « *directeur de centre de gériatrie* » et M a travaillé dans l'informatique, avant de se faire licencier. C'est le seul patient interrogé au chômage.

U est physicien et travaille sur « *ordinateur de circuits nucléaires* ».

S a suivi des études d'architecte, et après avoir travaillé dans le privé, vient d'être engagée par la ville de Paris dans « *un bureau de maîtrise d'ouvrage* ».

C est BAC +5 en art et littérature et est comédien au "Théâtre Français" : « *Là je suis sur l'École des Femmes de Molière. Après ça, notre dernière tournée, c'est le noir absolu. Je ne sais pas ce que je vais faire. On m'a proposé de tourner un film d'animation.* »

H et K ont fait des études supérieures ; H pour devenir « *chef de projet dans l'aéronautique et l'automobile* » et K comme contrôleur général économique et financier au Ministère de l'économie et des finances.

D a fait une école d'ingénieur et un an de spécialisation pour finir au conseil d'administration, de gestion et d'informatisation des entreprises. « *J'étais [...] le directeur adjoint du contrôle de gestion central dans la tutelle des Assédic* ».

Enfin L a fait « *des études de pédiatrie, [a] exercé en protection des maladies infantiles et puis [a] fini comme formateur et enseignante dans ce domaine-là.* »

g) Retraite

Au moment des entretiens, 15 patients étaient déjà à la retraite. Pour certains, depuis 1 an à peine (K), pour d'autres depuis 25 ans (O).

D, H, K, et L ont continué à être plutôt actifs :

Pour D « *la retraite n'a pas été un changement.* ». H a eu du mal au début : « *ça a été très dur. [...] J'ai eu du mal au début ... puis après j'ai pris l'habitude. On ne devrait pas s'arrêter de travailler brutalement* ». *C'est difficile de se lever le matin et de se dire « mince j'ai rien à faire ».* Nous [...], à la retraite on a acheté une maison et on l'a retapée ensemble. *J'ai eu une activité, on avait un but. Autrement n'avoir aucun but et regarder la télévision, c'est une catastrophe !* ». K dit être plutôt occupé par sa famille : « *Et puis il y a les enfants, les petits-enfants, ça occupe. Il y a très peu de temps mort.* » L aimerait continuer à faire des formations et utilise son temps libre comme bénévole dans une association.

V par contre déclare « *Ça a été une délivrance. On ne se voit pas vieillir mais le corps fait appel.* »

En parallèle, il est intéressant de savoir que les conjoints de C, F, I, J, M, S, T, et U travaillaient encore : l'épouse de C est également comédienne. I est mariée à un fonctionnaire « *plus jeune de 10 ans* », J à un pâtissier. L'époux de S est « *professeur d'éducation physique et sportive dans un collège* ». U a une épouse qui « *est administrateur à l'assemblée nationale* ». Enfin, la compagne de M « *était contrôleur de gestion et ça s'est mal déroulé et elle s'est lancé dans la sophrologie* ».

h) Finances

La question n'a pas systématiquement été abordée car délicate. Néanmoins, il est possible de dire qu'il est « *dur financièrement* » pour E et F, M et V.

Pour 4 patients, la situation est un peu difficile : C déclare « *je n'ai plus les mêmes honoraires, donc je ne me permets plus [d'aller au resto]* ». Pour K « *je touche moins... Ce n'est pas la misère mais on fait un peu plus attention.* ». S a décidé « *de choisir un travail moins stressant, mais [a] eu une perte de 25% de salaire. Mais c'est une décision volontaire. [...] C'était ce qu'il fallait que je fasse pour ma santé.* » De plus, leurs « *revenus baisseront à la retraite de 50%.* »

Pour G, H, N, O, P, R, la situation est relativement stable bien que différente.

Seul D dit avoir « *beaucoup plus de revenus qu'avant* » car « *même si ce que je touche est moins que mon salaire d'avant, je n'ai plus à rembourser d'emprunts.* »

i) Soutien et relation avec les proches

Plusieurs patients décrivent un entourage plutôt aidant :

C a une fille qu'il ne voit pas souvent mais qui « *est très soigneuse par rapport à mon diabète. Quand j'arrive, elle achète de suite des choses spéciales.* » Pour D, « *c'est ma femme*

qui m'a poussé à manger des légumes. ». E dit être très soutenu par ses 4 filles qui sont très présentes.

L'entourage de J lui « donnait des conseils tout ça, de faire attention... », N et O se soutiennent mutuellement et ont des enfants plutôt présents : « Ils nous disent que s'il y a besoin de quelque chose, on a le numéro. » R compte aussi beaucoup sur ses enfants pour la soutenir : « je les ai éduqués, ils peuvent bien faire ça pour moi » et « ma petite fille, elle vient m'aider ».

A l'inverse, 3 patients ne se sentent pas réellement soutenus par leur entourage :

L qui a un mari également diabétique. Au début, elle s'est dit : « Quand mon mari a eu du diabète, je me suis dit : c'est bien, on pourra surveiller notre alimentation en même temps. Mais son mari ne veut pas. ». Inversement, M déclare que sa compagne « ne mange que du sucre et elle est fine comme pas possible. ». De plus, bien qu'il semble assez proche de sa mère, il la décrit comme quelqu'un d'anxiogène et raconte : « Elle faisait le siège à l'hôpital pour savoir quels étaient tous les médecins qui me suivaient, quels étaient tous mes résultats... jusqu'à ce qu'il ait fallu que la sécurité la vire. ». Au contraire, T voit peu ses enfants avec qui elle est en conflit. Elle a l'impression que « les enfants, ils me laissent faire... Ils n'arrivent pas à comprendre que j'ai des problèmes de santé, ils ne se le mettent pas dans la tête... ». Enfin, bien que H et I se soutiennent mutuellement l'un l'autre, H répond à la question « **vous sentez-vous soutenue ?** » par « *Absolument pas. La seule personne qui s'occupe de nous c'est le docteur !* »

Les autres patients déclarent recevoir peu de soutien de leurs familles, sans pour autant que la relation ne soit néfaste. V exprime très bien ce que ressentent plusieurs patients, tels que S : « mais bon je pense que c'est une affaire personnelle, je n'ai pas à imposer aux gens mon problème. ». De même, D déclare : « Comme je n'ai pas de problème, je ne me plains pas. ». On retrouve la même idée dans le discours de K : « C'est quelque chose de tellement habituel que bon voilà... Je n'ai pas vraiment besoin d'aide. »

Au sujet du regard des autres, I trouve que le diabète l'isole car « quand on est en société on leur dit qu'on ne mange pas de sucre ». De même, C a parfois l'impression que les gens ne comprennent pas sa maladie : « Parce que des fois on arrive, on dit que l'on est diabétique et ils nous disent juste de ne pas manger de sucre. Alors je leur dis « hop hop hop c'est pas si simple que ça ! ». Mais il pense que c'est « parce qu'ils ne savent pas quoi faire, ils ne sont pas informés. Mais quand tu leur expliques ils écoutent. »

j) Demandes d'informations

A la question « **parlez-vous de votre diabète ?** », la majorité des patients répondent comme D « Je ne pose jamais de questions, je n'en parle jamais. ». Bien que cela ne soit pas un secret, T en parle avec son médecin mais sinon évite d'en parler : « Je n'ai pas envie d'en parler avec d'autres. J'ai du diabète alors si ça arrive [d'en parler] avec un docteur, en consultation, mais je n'ai pas envie de dire à tout le monde que j'ai du diabète. Ma famille le sait mais bon voilà ».

V et E citent clairement le docteur comme première source d'informations : « j'ai le médecin. Il me dit de manger ça, de ne pas manger ça ».

C et S par contre « n'hésite[ent] pas à chercher dans la documentation. » et U est le seul patient à déclarer « fouiller sur Internet ».

Enfin, seule L avait des connaissances sur le diabète avant d'en avoir. Elle déclare d'ailleurs que « c'est un problème parce que je suis perturbée par mes connaissances » car la réalité ne correspond pas à la théorie.

I déclare en parler « *avec mon mari bien sûr puisqu'on est deux dans le même sac.* ». Pour S, on arrive à identifier une personne de confiance, son gendre, qui appartient au milieu médical « *parce qu'il est infirmier dans le milieu hospitalier. On échange, il me parle des cas qu'il connaît tout ça.* »

I, K, L, R et V ont des amis diabétiques, I trouve même qu'« *il y en a beaucoup maintenant* » et V dit « *on est entouré de diabétiques en fait* » et « *on se dit ce que chacun prend comme médicaments* ». Par contre, K dit « On a d'autres choses à échanger [que de parler du diabète]. »

Pour D, E, F, G, et Q, les diabétiques de leur entourage sont les membres de leur famille. Mais finalement, que ce soit des amis ou de la famille, Q comme les autres déclare qu'il « *ne parle pas spécialement de ça.* »

2. Facteurs liés aux morbidités associées et aux traitements

Dans cette 2^e partie, l'objectif était de déterminer les comorbidités personnelles et les antécédents familiaux, ainsi que la façon de prendre les traitements et l'observance.

a) Antécédents personnels cardiovasculaires

C et L n'avaient aucun autre facteur de risque cardio vasculaire que le diabète.

I, J, N, T U et V déclarent avoir soit de la tension, soit du cholestérol, bien que pour certains, ils soient traités pour les 2.

E, G, K, P, Q, et S ont au moins, de la tension et du cholestérol.

E pense « *Avant j'avais rien mais le diabète ça m'a ramené le cholestérol, la tension.* ».

D et M ont également de l'apnée du sommeil. D est « *record de France de l'apnée du sommeil avec 60 apnées à la minute* ». M déclare « *c'est qu'il y a vraiment une corrélation entre l'apnée du sommeil, le diabète et l'hypertension.* »

Enfin, F, H et O ont également une cardiopathie associée. F a eu « *les artères débouchées* », H a « *été opéré des coronaires.* » O dit « *je sais pas* » quelles pathologies il a, mais au vu de son ordonnance, (montrée au cours de l'entretien), il en souffre probablement.

Concernant le tabac, C, F, G, H, J, L, N, Q, S, T et U déclarent n'avoir « *jamais fumé* » soit 11 patient sur 20.

D, E, I, M, O, R, et V ont réussi à arrêter de fumer. D et M ont arrêté pour leur femme : D a fumé « *de 30 à 60 ans. Je n'étais pas un grand fumeur. J'en fumais une dizaine par jour.* » Il a « *arrêté de fumer il y a 15 ans. Ma femme a voulu arrêter de fumer, c'était une vraie fumeuse, et j'ai compris que si je continuais de fumer, elle serait tentée de reprendre donc voilà.* ». Pour M, qui « *était presque à 2 paquets* » : « *J'ai arrêté il y a 31 ans. Ma femme se rongait les ongles et je lui ai dit « si tu arrêtes j'arrête » et du jour au lendemain j'ai arrêté sans jamais reprendre.* »

Pour E, c'était une raison médicale : E a « *commencé à fumer jeune. [Il a] fumé jusqu'à 54 ans, des fois 2 paquets, 3 paquets par jour.* » Il a arrêté il y a 12 ans déjà « *suite à une infection pulmonaire.* ». R a « *arrêté quand [elle était] enceinte de [sa] première qui a maintenant 53 ans.* »

Pour I et V, les raisons étaient pragmatiques : I a « *fumé 40 ans de [sa] vie donc ça suffit.* » et elle « *ne fume plus depuis 2014.* » : « *Déjà j'ai arrêté pour le porte-monnaie. J'étais suivie par un tabacologue et ça s'est très bien passé. J'avais déjà fait plusieurs arrêts et j'avais*

repris. ». V a « fumé pendant 20 ans » : « j'ai arrêté il y a 12 ans environ mais je fumais 7-8 cigarettes par jour, je n'étais pas accroc. » et ajoute « J'ai arrêté comme ça, j'en avais marre, et puis en travaillant au marché on ne pouvait pas fumer devant les clients du coup ça nous a fait décrocher mon mari et moi, même si lui a fait quelques exceptions après. Mais maintenant il a arrêté complètement. »

O déclare qu'il « fumait mais que l'après-midi, je n'avais pas la cigarette au bec. » « Et après j'ai arrêté, ça fait des années. [...] Comme ça, mais ça ne m'a pas gêné. Je vous parle de ça il y a plus de 10 ans. »

Enfin, K et P sont les 2 seuls patients à encore fumer. P a déjà fait des efforts pour diminuer. « Je fume 2-3 par jour et avant une quinzaine au moins depuis les 20 ans » car « c'est le docteur qui m'en parlait. J'ai eu des problèmes d'ulcère aux jambes avec des stents et avec la cigarette, ça arrange rien. Donc à la première opération j'ai diminué. ». A l'inverse, K fume toujours et n'a pas prévu de s'arrêter. Par contre, il déclare « j'en fume plus quand je m'ennuie, que j'ai rien à faire. Mais je ne les finis pas toujours. Je fume moins depuis que je me suis fait faire les implants ». Quand on lui demande s'il a déjà pensé à arrêter, il répond : « pensé oui, essayé non, par manque de volonté. Je pense pas vraiment à arrêter, je me dis que je n'ai pas de problème de poumons, pas d'attaque, il y en a qui passent à travers. Après si j'avais eu un cancer du poumon ou de la gorge c'est autre chose mais sinon pourquoi s'embêter ? »

b) Autres pathologies personnelles

I, P et U ne citent pas d'autre pathologie. O également, car il « ne sait pas ».

D cite le plus de pathologies : il parle d'abord de son « aérophagie » en précisant qu'il « constate que les médicaments n'ont aucun effet à part le charbon. » Il a également plusieurs problèmes qui le gênent pour marcher : « j'ai deux prothèses, j'ai un peu d'arthrose au genou, j'ai mon surpoids, on m'a enlevé deux veines » et il a également fait plusieurs crises de goutte, pour lesquels il n'est actuellement plus traité.

C a de gros antécédents neurologiques : « Mon crâne a été ouvert plusieurs fois, je me suis fait opérer la première fois en 2010. » « J'ai fait une crise d'hydrocéphalie parce que j'avais une lésion dans la région pinéale, comme une prune de 3cm de diamètre, pas cancéreux d'après ce qu'ils ont dit... J'avais eu des maux de tête énormes pendant la crise. ». Le médecin « a regardé mon scanner et il a dit qu'il me voulait dans 15 minutes sur sa table sinon il allait me perdre. C'était l'hydrocéphalie. Si je dépassais une certaine tension, soit je meurs, soit je devenais un légume. Donc on m'a opéré en urgence à la fondation Rothschild, ils ont des très bons chirurgiens là-bas. » « C'est à partir de la quatrième opération que je suis devenu handicapé parce que c'était accompagné d'une méningite. »

G et H citent un cancer : H a « eu un cancer de la prostate. J'ai eu aussi des coliques néphrétiques et le paludisme quand je suis revenu d'Algérie » ainsi qu'une sciatique. Et G a « été opéré du sein droit il y a 12 ans » ainsi que d'une thyroïdectomie.

N a une hypothyroïdie et R déclare « j'ai ma glande thyroïdienne qui ne fonctionne pas, j'ai été traité par nucléaire et c'est revenu donc j'ai des cachets. »

L, S, et T ont des antécédents gynécologiques particuliers : S a été opérée d'« un ovaire qui était complètement enkysté. » L a « un traitement hormonal substitutif qu'on a réduit parce que j'ai eu des polypes utérins et qu'on a enlevés. Et puis on m'avait donné du Laroxyl [...] à titre d'effet sur les douleurs neurologiques puisque j'ai été opérée du dos à cause d'un rétrécissement du canal médullaire et les douleurs ont traîné. Je prends aussi de l'Efferalgan. [Elle a également eu] plusieurs fausses couches » et ses « 2 accouchements ne se sont pas déroulés facilement. Le premier s'est terminé sous anesthésie générale avec une grosse hémorragie. La deuxième j'ai eu beaucoup d'infections et j'ai fait une césarienne. »

Enfin T a eu « *une grossesse extra-utérine [qui] s'est mal passée, c'est ce qui m'a le plus marqué. J'ai aussi fait une fibroscopie pour l'estomac.* »

Q a une histoire complexe : « *je prenais déjà des anti-inflammatoires (pour des douleurs lombaires) si j'avais mal et malheureusement une fois j'avais vraiment très mal et le docteur était en vacances. J'ai appelé SOS Médecin et en fait, j'ai fait une hémorragie interne. On m'a alors emmené à l'hôpital George Pompidou et on m'a fait une transfusion. Le lendemain j'avais un taux d'hémoglobine très bas, à 6 ; ils ont dit qu'il y avait eu une hémorragie.* ». On devait également lui poser une « *prothèse de hanche : J'aurais dû être opéré. J'avais eu les examens cardiaques, la consultation avec les anesthésies... et ils m'ont trouvé un gros rétrécissement de l'aorte.* »

M décrit des pathologies qui le limitent : « *Je suis né avec une sténose du pylore et il a fallu me reconstruire une partie de l'estomac, ce qui veut dire que dès que je fais un effort sportif tout remonte. Après on m'a trouvé une malformation de la 5^{ème} vertèbre lombaire en ayant mes deux apophyses du même côté. Je me suis pris des sciatiques tout au long de mon enfance.* »

Au final, 7 patients citent des pathologies qui limitent la marche :

la principale cause étant les sciatiques, citée 4 fois (par D, H, M, et S) ; et la 2^e des douleurs neurologiques pour L et Q ; et P a « *eu des problèmes d'ulcère aux jambes avec des stents* ».

De plus, on peut noter que H, K, et T ont eu des calculs rénaux.

Enfin, il est intéressant de remarquer que pour au moins 3 patients : C, D et Q, le diabète n'était clairement pas la pathologie principale.

c) Etat psychologique

Pour évaluer l'état psychologique des patients, 3 axes ont été explorés : l'humeur triste, la sensation de stress et les troubles du sommeil.

C, D, E, F, G, H, J, K, O, P, R, U et V ne se déclarent pas « *déprimé[s]* ». V dit que son moral va « *très bien, le diabète ne m'a pas « pourri la vie », pas du tout.* »

S, N et L ont des antécédents de dépression. N avoue « *j'ai fait une petite déprime parce que j'avais mal.* » « *Et [le docteur] l'a vu alors il m'a donné des petits comprimés mais j'ai pas pris.* ». De même S déclare avoir fait « *une petite dépression à une période, mais bon non soignée, non avouée, à une période où je travaillais beaucoup et dormais peu.* ». L dit « *J'ai fait des épisodes dépressifs mais pas maintenant.* »

Enfin I se décrit comme « *dépressive* » et T confie « *j'ai été suivie par un psychiatre et je prends des antidépresseurs* ».

D, E, F, G, H, K, N, O, P, et Q ne se déclarent pas « *stressé[s]* ». D dit de lui « *je ne m'inquiète jamais, je n'ai jamais été stressé.* » Q et K déclare « *ne pas être de nature bilieuse* ». K ajoute « *je suis quelqu'un d'assez basique* » alors « *pourquoi se compliquer la vie ?* »

I, J, M, S et T se déclarent « *stressé[s]* ». I s'estime même « *très stressée* ». M et S relient leur stress à leur travail. M a « *été extrêmement stressé au travail à partir du mois de mai puisqu'ils commençaient à licencier des gens au travail, dans l'informatique.* ». D'ailleurs il a « *tendance ... à m'inquiéter.* ». Il a malgré tout « *toujours été stressé.* ». Depuis qu'elle a changé de travail, à la question, « **vous trouvez-vous stressée ?** » S répond « *Je ne dirais pas non mais beaucoup moins on va dire.* ». Enfin T dit clairement être « *plus que stressée, plus que crispée. Quand vous faites des crises de spasmophilie, ça reste à vie* ».

C et L ont des réponses plus ambiguës car C déclare « *je suis stressé par autre chose, pas par le diabète.* » et L a « *des soucis mais ce n'est pas un stress permanent.* »

Enfin, en ce qui concernant les troubles du sommeil, C, E, G, H, I, N, O, P et R déclarent comme N qu'ils « *dorment bien* ».

J a eu des troubles du sommeil liés à l'environnement : « *Je me suis rendu compte qu'en mangeant moins, je dormais mieux.* ». Q et V ont « *toujours eu du mal à [s]'endormir* » et Q rajoute « *Même toute jeune j'ai toujours été insomniaque. Mais je n'ai jamais pris de somnifères ou quoi, surtout pas.* » F, qui dort beaucoup la journée, a du mal à s'endormir le soir. K ne déclare pas franchement de trouble du sommeil mais des « *somnolences* » dans la journée. M ne dormait pas beaucoup, à cause du travail.

Enfin, L, S et T ont des troubles du sommeil. Pour L, c'est lié à plusieurs raisons. Déjà « *depuis quelques années je ne dors pas bien, je fais que des rêves pénibles* » ou alors par exemple si « *il faut que je me lève le lendemain matin et du coup je ne dors pas de la nuit.* » Elle ajoute « *on m'avait donné du Laroxyl parce que je dormais mal ...* ». En raison du stress au travail, S dit que « *des fois je n'arrivais pas à dormir du tout.* » et T raconte qu'elle « *a du mal à dormir et à se lever.* »

Enfin, il est intéressant de rappeler que 2 patients déclarent avoir un Syndrome obstructif d'apnée du sommeil (SAOS) : M et D qui racontent « *j'ai l'apnée du sommeil qui dérange ma femme. On m'a dit qu'il fallait mettre un masque ou alors arrêter la charcuterie et tout, donc j'ai dit oui pour le masque.* »

En raison de l'importance accordée à ce facteur au cours de l'entretien, les questions ont petit à petit été affinées pour essayer d'identifier cet état de façon plus précise.

Donc en résumé, il en ressort un profil de patient anxieux qui comprendrait I, L, M, S et T.

Un 2^e profil de patients pas du tout stressés avec D, E, G, H, K, O et P.

Et les autres dans un niveau intermédiaire.

d) Antécédents familiaux

Au cours de l'entretien, plusieurs types d'antécédents familiaux étaient recherchés : le diabète dans la famille, les antécédents vasculaires avec notamment accidents vasculaires cérébraux (AVC) et infarctus du myocarde (IDM). Et également les autres pathologies notables des parents du 1^{er} degré, sans non plus être trop intrusif.

C, E, H, K, et L n'ont pas de diabétique dans la famille. L dit « *dans ma famille il n'y a pas de prédisposition* ». Pour O c'est plus flou, il « *ne peut pas dire s'ils en avaient. A la campagne on ne voyait pas le docteur souvent.* » P également n'est pas sûre : « *ma mère avait peut-être du diabète.* »

12 patients ont au moins un parent du 1^{er} degré diabétique : D, F, G, I, J, M, N, Q, R, T, U et V. D a son frère diabétique de type 2 « *Il a eu des problèmes sentimentaux et s'est laissé aller. Il a eu tous les problèmes, le diabète, l'apnée du sommeil, le cholestérol...* ». Chez F, il y a du diabète chez « *ses 4 sœurs, sa mère et toutes ses tantes. Je pense que c'est héréditaire.* » G et sa sœur, tous deux diabétiques, « *avai[en]t un grand-père maternel qui avait du diabète. Il est mort aveugle. Mais ce n'est pas pour ça qu'on a fait des tests.* ». La mère de I en avait également. Il s'est d'ailleurs compliqué d'une insuffisance rénale. J raconte « *mon père, ma mère l'avaient, et des oncles et tantes de la famille de ma mère.* » Elle rajoute « *Ma mère prenait des médicaments puis elle en a plus eu besoin. Elle c'était pas par rapport à la nourriture mais plus par un choc émotionnel donc c'était plus facile pour elle de s'en débarrasser.* » N pense que sa « *mère en faisait* ». En tout cas, « *j'ai mon frère. Il est pire que*

nous lui. » Pour Q, c'est la même chose : « j'ai mon frère sinon qui a comme moi donc il nous arrive d'en parler. Il a un traitement plus fort que moi. » Chez R « ma mère, elle était diabétique. A 69 ans elle a fait l'infarctus. Elle travaillait beaucoup, et elle avait beaucoup de diabète, plus que moi. Elle avait des cachets, pas d'insuline. » T a « une tante de 91 ans qui a du diabète, et elle est toujours là chez elle à s'occuper de ses affaires ». Il y en a également chez « mes frères dont l'un qui est décédé. »

Enfin, chez U et V, c'était les mères qui avaient du diabète. Pour U : « ma mère a eu du diabète lorsqu'elle était âgée mais je ne pensais pas du tout en avoir ». Et V raconte que sa mère qui était sous insuline « avait du mal à gérer entre les dosages en se piquant. ».

Pour D et S, c'est un parent plus éloigné. Pour S, il n'y a que son « cousin germain » qui a par ailleurs fait un AVC et est décédé à 63 ans.

Concernant les antécédents familiaux cardio-vasculaires, E, F, I, J, et K déclarent n'en avoir aucun.

C, H, I, L, N, R, T, V ont un proche parent du premier degré qui a eu un événement cardio-vasculaire. C raconte « mon papa. Il a fait 5 ou 6 infarctus, ça a commencé quand il était jeune, il avait peut-être une quarantaine d'années. ». De même pour H « ma mère était cardiaque mais elle a eu sa première crise cardiaque à 40 ans et elle est morte à 82 ans. Mais elle a vécu comme si elle n'en avait pas. ». La mère de I a fait un AVC. Depuis l'AVC « elle est rentrée en maison de retraite, elle est restée aussi un mois à l'hôpital... Ils m'ont dit qu'elle se dégrade vite, elle ne marche plus. ». N raconte que son « père est mort d'un arrêt cardiaque. On n'était pas aux abords de médecins ou d'hôpital. »

Chez L, il y en a eu plusieurs car « mon oncle a fait un infarctus et est mort de complications vasculaires avec hypertension et son fils aussi. Mon plus jeune frère de 69 ans a fait un infarctus alors qu'il n'avait aucun facteur prédisposant ». La mère de R qui était également diabétique « a fait l'infarctus à 69 ans. ». La mère de T « a fait un petit AVC, elle devait avoir 79-80 ans. » Et celle de V « avait des problèmes de cœur, c'est ça qui l'a lâché à 84 ans. »

Pour M, c'est sa « grand-mère est morte d'une attaque après avoir vécu comme un légume 27 ans après un AVC. »

Enfin, les principaux autres antécédents familiaux cités spontanément par 6 patients lors des entretiens sont de type oncologique : chez F, « son père est mort d'une tumeur, sa mère d'un cancer, et [sa sœur] d'une leucémie. ». G raconte « mon père est mort d'un cancer, ma mère avait des problèmes respiratoires à la fin de sa vie ». Le père de H « est mort d'un cancer du foie qui s'est généralisé. ». La mère de I, en plus des complications du diabète, « a eu un cancer du sein à 75 ans ». Il en est de même pour la mère de V. Chez K, « Côté maternel, aussi bien ma mère que ma grand-mère ont succombé à un cancer de l'intestin et un grand-père paternel qui a eu un cancer des poumons, mais bon il fumait plus de trois paquets de cigarettes par jour. » Son père par contre « est mort à 91 ans par un col du fémur mal traité et un affaiblissement avec des allers-retours à l'hôpital ».

e) La prise du traitement

L'une de nos principales hypothèses était que l'observance aux MHD pouvait être corrélée à celle de l'observance médicamenteuse. C'est pourquoi nous avons essayé d'évaluer cette dernière grâce à plusieurs questions.

D'abord, ont été renseignés **le nombre de comprimés pris par chaque patient et leur répartition dans la journée.**

Q, R et S prenaient le moins de comprimés (entre 1 et 3).

S était la seule patiente à prendre ses antidiabétiques sous forme d'une injection de Victoza. Elle avait en plus des ADO qu'elle prenait de façon ponctuelle.

C, E, H, I, J, K, L, M, P, T, U et V soit 12 patients, prennent entre 4 et 6 comprimés par jours. D, F, et N en prennent entre 7 et 9 et seuls G et O en prennent plus de 10 par jour.

R, S et T étaient les 3 seuls patients à prendre leur traitement en une prise, le matin.

Pour la majorité, (E, F, H, I, J, L, M, N, P, Q, et T), il était réparti sur 2 prises.

Pour les 6 patients restants, sur 3 prises (matin, midi et soir).

Puis, a été évaluée l'observance. Il est intéressant de noter que la majorité des patients sont, ou au moins se déclarent observants. D, H, I, J, L, M, N, O, P, Q, R et S ont été évalués au cours de l'entretien plutôt « bien observants ».

A la question, « **sur un mois, combien de fois cela vous arrive-t-il d'oublier vos comprimés ?** » D répond : « *j'oublie une fois le soir mais c'est rarissime. Avec moi c'est systématique.* ». Il a une bonne raison à cela « *il n'a pas de médicament qui soignent le diabète mais moi je prends religieusement mes cachets pour ne pas tomber en type 1.* » H dit « *c'est vraiment exceptionnel ! On a pris l'habitude* ». Pour I « *peut-être 1 fois par hasard comme ça mais rarement.* ». J se qualifie de « *sérieuse* ». M « *avale les médicaments avec le café* » comme ça, par mois, il oublie « *au maximum 1 fois. Je ne sors pas beaucoup donc voilà.* ». N affirme « *j'oublie pas. On a toujours été sérieux sur les médicaments.* ». Il rajoute « *on le tient bien le traitement* ». Pareil pour O « *On rigole pas avec ça* ». Q oublie « *peut-être 2 fois par mois. C'est rare et jamais la journée complète.* ». S évalue ses oublis à « *une fois tous les deux mois, c'est super rare* » parce que « *quand je travaille je n'oublie pas, c'est quand je sors de ma routine quoi.* ».

Plusieurs mécanismes pour favoriser l'observance sont cités :

D a « *deux boîtes de pilules pour 15 jours. Je voyage un peu partout, j'ai mon attirail.* ». P a « *une petite boîte avec ceux du matin et du soir donc quand je prends ceux du matin je mets ceux du soir. Je n'oublie pas.* ». J « *met l'alarme* ». Pour L, « *les médicaments c'est une espèce de rituel.* »

C, G, K, et V bien que plutôt observants, déclarent les oublier plus souvent. C annonce « *il y a une semaine où je peux les oublier 2 fois et une semaine où je n'oublie pas du tout.* ». Cela peut s'expliquer par son rythme de travail très irrégulier. Mais à cela il ajoute : « *par contre des fois je fais exprès de ne pas prendre Glubentamide quand je vois que mon taux est bien en me piquant le matin. J'ai peur que ça me fatigue les reins...* ». K raconte qu'il lui arrive d'oublier ses traitements : « *si je me lève tard le matin ou que je suis pressé il peut m'arriver de l'oublier le matin aussi donc il y en a un qui saute mais je n'en prends pas en plus du coup.* » Elle explique : « *je pense à autre chose ce qui veut dire que ce n'est pas vécu comme quelque chose de vital. Je sais qu'il faut le faire mais si j'oublie, je ne vais pas mourir demain.* » Enfin V a « *du mal avec les cachets, j'oublie... mais le matin je n'oublie pas* ». C'est pourquoi elle regroupe le maximum de comprimés le matin. Elle rajoute qu'elle « *préfère certaines boîtes à d'autres* ». C'est la seule à avoir évoqué les génériques.

Pour U, qui a des médicaments repartis en 3 prises par jour, déclare : « *le midi avec le travail c'est compliqué* ». G avoue que ça lui arrive d'oublier celui du midi également.

Pour E c'est un peu plus compliqué : il alterne les périodes où il prend ses traitements de façon régulière et des phases où il les arrête « *pour me reposer.* » « *Quand je vois que je suis bien j'arrête un petit peu. Et quand je vois que ça va pas je reprends. J'ai pas l'impression que mon diabète se déséquilibre quand j'arrête, je fais attention.* »

Enfin, F et T sont clairement inobservantes. La fille de F explique « *[le docteur] lui a dit de prendre le comprimé, mais ça lui fait très mal à l'estomac donc des fois elle ne le prend pas.* » « *Elle le lui a déjà dit et il lui a dit que ce n'est pas bien, qu'elle risque d'avoir des complications. Mais elle lui dit que ça lui fait mal, qu'elle ne peut pas le prendre* » « *Elle a mal tous les jours, c'est pas la seule à s'en plaindre.* ».

Pour T, c'est une autre histoire : « *là j'évite toujours les médicaments, je ne prends que la moitié de ce que le médecin m'avait prescrit.* » Elle dit d'abord « *avec la permission du diabétologue* » puis elle se contredit en racontant « *mon diabétologue continue avec le traitement du Dr β , il ne me l'a pas changé du tout, comme j'ai pas baissé beaucoup. Mais elle me laisse libre. Elle m'a passé à 2 et moi j'ai dit peut-être 1,5 mais je ne l'ai pas fait. J'attends de recevoir l'analyse pour prendre une décision dans ma tête. Bon je ne pense pas que c'est dramatique, la vérité j'en sais rien.* ». De même pour les autres traitements elle avoue « *quand je sens que ça fait beaucoup je ne prends pas pour le cholestérol.* » Elle se justifie en disant « *après l'estomac, il faut supporter tous ces traitements et donc on va voir si je passe au traitement complet qu'il m'avait donné puisque bon je n'ai pas envie de le prendre* ». Puis son ton monte et elle dit « *j'en ai assez de les prendre, j'en ai marre de les prendre tout le temps !* ».

N est la seule autre patiente à parler d'effets secondaires : « *des vertiges* », mais n'arrête pas son traitement pour autant.

La question de « **Vous sentez-vous impliqué dans le choix de vos traitements ?** » a apporté des réponses surprenantes !

La majorité des patients (C, D, I, L, M, N, S) se sentaient impliqués. Pas parce qu'ils discutaient le traitement avec le médecin, mais parce qu'ils s'efforçaient de bien prendre leurs comprimés. Comme C le dit « *Si ce n'est pas moi qui le fait c'est personne qui va le faire.* » De façon similaire L déclare oui : « *puisque je me sens responsable de ce que je dois faire.* ». D confirme « *je suis impliqué dans les conseils du Dr β , quand je peux, je les appliquer... A la limite je n'ai pas le choix.* ». Au moment de l'entretien, J se sentait impliquée. « *Au début non, je prenais que les médicaments comme si c'était que ça qui allait régler le problème.* ». Elle a changé depuis « *la dernière prise de sang. Elle était élevée, ça fait réfléchir...* »

Q raconte que le docteur lui a expliqué « *qu'il vaut mieux me donner un traitement qui me maintient bien plutôt que de tout arrêter* ». P dit « *de toute façon, le docteur m'a dit que jusqu'à la fin de mes jours j'aurais des médicaments.* » De même pour M qui raconte : « *j'ai demandé au Professeur α . de me le baisser parce que je pensais que ce n'était pas nécessaire et parce qu'il y avait des effets secondaires niveau intestinal. Mais de les arrêter complètement, il n'était pas d'accord et je lui fais confiance.* »

N et O affirment « *on fait rien de spécial à part notre traitement, on enlève pas on rajoute pas.* »

A l'inverse F « *ne se sent pas impliquée. C'est une obligation pour elle.* » De plus, à la question « **que pensez-vous de vos traitements ?** » La réponse est « *Elle ne l'aime pas. Déjà il est très gros à avaler et en plus il lui fait mal à l'estomac.* »

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, S qui est sous injection de Victoza depuis 2 ans est très satisfaite de son traitement. Elle explique son choix du Victoza : « *On a essayé plusieurs comprimés, et j'ai tendance à avoir des problèmes digestifs.* » Comme « *ma plus jeune fille est Turner, donc elle a eu des piqûres de croissances pendant 8 ans, c'est pour ça qu'à la maison les piqûres ça ne fait peur à personne* » ; « *ce n'est pas contraignant, ça prend 3 secondes, ça me va très bien.* »

Enfin, la pénibilité du traitement a été discutée. Plusieurs patients disent que le fait de prendre des comprimés n'est pas trop contraignant, mais s'ils pouvaient ne plus en prendre cela serait mieux. H l'exprime clairement : « *Ah ça c'est emmerdant. Si vous pouviez les supprimer, qu'il y en ait qu'un seul !* » Pareil pour M qui dit : « *si j'arrivais à ne plus prendre de cachets ça m'irait mieux.* » Pour V aussi « *déjà 4 médicaments c'est assez.* » Et comme attendu, T confirme « *je fais ma petite salade. Ça vraiment si je pouvais m'en passer j'aimerais bien.* » G dit qu'une « *chose est contraignante. Il ne faut surtout pas les oublier.* » U affirme : « *contraignant dans le sens que l'on est obligé de prendre des médicaments. Mais dans la vie de tous les jours non à condition de prendre les médicaments.* » Pour S : « *ce n'est pas contraignant, ça prend 3 secondes, ça me va très bien.* » Enfin, J est la seule à penser qu'elle peut encore faire changer les choses « *je prends conscience qu'il [son diabète] est précoce... Je veux faire en sorte d'arrêter les médicaments.* »

3. Facteurs liés à la maladie et à son vécu

a) Contexte de diagnostic du diabète et ancienneté

Pour 12 patients (E, H, I, K, N, O, P, Q, R, S, T, et V) le diagnostic du diabète s'est fait « *avec les prises de sang ; Sans symptôme* » comme dit O. Pour H, « *C'était sur un bilan habituel. Mon généraliste un jour m'a dit qu'il était temps d'en faire un.* » K confirme « *des analyses de routine, sans symptôme particulier* ». Il rajoute qu'heureusement « *on m'a dit que c'était un diabète faible, qu'avec une pilule ça allait* ». K aussi précise : « *j'ai fait des analyses* » ; « *mais je n'avais pas de symptôme.* ». Pareil pour V qui en accompagnant sa mère chez le médecin, en a « *profité pour demander une prise de sang et on s'est rendu compte que j'étais aussi diabétique. Je n'avais aucun symptôme, ni soif, ni envie d'uriner, donc c'était par hasard.* » S et T ont surveillé leur glycémie à plusieurs reprises au début. T « *savait que le sucre était limite déjà* » et S raconte « *le taux de glycémie à jeun restait toujours un peu haut. Au bout d'un moment, on s'est dit qu'il était vraiment trop haut quoi.* » Seul P déclare que « *C'est la médecine du travail* » qui l'a découvert initialement. Pour les 11 autres, c'était le médecin traitant.

Pour D, F, J et M comme pour U, le diagnostic s'est fait en raison de symptômes grâce à « *un bilan sanguin et on me l'a dit.* » U précise : « *j'ai eu des symptômes mais je ne savais pas que c'était ça... J'ai eu une perte de poids, l'envie d'aller aux toilettes très souvent, la soif. Ce n'était pas très fort au début puis j'ai appris qu'il s'agissait de symptômes du diabète.* » Pour D aussi « *j'urinais souvent et j'avais envie de suite. Je suis allé chez Dr β., une remplaçante m'a reçu et elle m'a dit que c'était le diabète.* » J raconte « *j'avais des problèmes de vertige, j'ai demandé à faire des examens. C'est vrai qu'avec mes antécédents on me disait qu'il fallait faire attention et je l'ai pas fait donc...* » F « *se sentait très fatiguée et elle avait des migraines comme pas possible.* » Enfin, M raconte : « *je commençais à avoir la vue qui baissait* », « *mon activité informatique c'était 24h/24 donc j'ai attribué ça à la fatigue, le stress, la nervosité... Et ce n'est qu'après avoir passé 3 semaines de vacances et que c'était de pire en pire, que je me suis dit qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas. C'est là que j'ai appelé le professeur α. qui m'a dit qu'il ne pouvait rien faire sans bilan. Le laboratoire l'a directement appelé et il m'a dit d'aller directement aux urgences de Pitié-Salpêtrière qui étaient prévenues.* » « *Les machines pour le diabète s'arrêtaient à 7g et j'étais au-dessus. Ils m'ont fait un bilan qui a confirmé mon*

diabète » Il a été hospitalisé « 3 semaines. » « Avec mise sous insuline. » « Quand je suis rentré à la maison, je me piquais moi-même mais très rapidement on s'est aperçu que le pancréas s'était remis en fonction, je restais diabétique mais j'étais revenu du type 1 au type 2 donc je pouvais me passer de l'insuline. » Il conclue en disant « Je pense surtout que j'ai eu énormément de chance. »

Enfin, pour les 3 autres patients, le diagnostic s'est fait au décours d'un autre événement médical. Pour C qui a été trépané plusieurs fois : *« c'est ça qui a déclenché le diabète. Des gens disent que c'est ça et d'autres disent que c'est plutôt le choc psychologique qui a déclenché le diabète de type 2. J'ai été plusieurs fois à l'hôpital et quand je sais que je vais être trépané, mon niveau de sucre augmente énormément. En général j'ai 130. Dans les mauvais jours ça peut atteindre 170 le matin à jeun. Mais quand je suis à l'hôpital ça peut atteindre facilement 400 ! Soit c'est psychologique, la tension d'attendre la trépanation, soit c'est je ne sais pas... Je pense que ça a été déclenché par la chirurgie. Je n'ai jamais fait de bilan avant ça. Je ne savais pas que j'étais diabétique, alors c'est la question, est ce que j'étais diabétique avant. »*

Pour G, c'était au cours d'un séjour de *« 2-3 jours à l'hôpital pour un problème et ils m'ont fait un test et ils ont trouvé [le diabète]. Sinon je savais rien du tout. J'avais saigné de la bouche pendant la nuit. »*

Enfin, pour L, le diagnostic s'est fait en centre de rééducation suite à une *« grosse intervention chirurgicale [...] on m'a fait une prise de sang et d'urine. »*

Au sujet de la durée du diabète, 7 patients (C, F, J, L, S, T, et U) déclarent avoir du diabète depuis 4 ans ou moins. L précise : *« le diagnostic formel c'était en avril 2015, ça correspond au moment où j'ai commencé le traitement, mais ça faisait longtemps que j'avais des glycémies variables. »*

Pour 6 patients (G, I, M, N, Q et R), cela fait entre 5 et 10 ans que le diagnostic a été fait. Pour R, *« ça va bien faire 5-6 ans »* alors que pour N *« il y a pas si longtemps que ça, il y a même pas 10 ans... »*

Pour D, K, O et V, cela fait entre 10 et 20 ans.

Enfin pour 3 d'entre eux, E, H, et P, cela fait plus de 20 ans. E a été diagnostiqué en 1996. Et pour P et H, cela fait *« au moins 25 ans »*, H précise *« avant que je m'arrête de travailler. »*

b) Vécu et ressenti lors du diagnostic

A la question **« comment avez-vous vécu ce diagnostic ? »** D, N, O, Q et S l'ont relativement bien vécu leur diagnostic de diabète.

S raconte *« j'avais les résultats donc ce n'était pas une surprise. Je ne l'ai pas découvert du jour au lendemain par hasard. » « Je me sentais plutôt bien parce que je sortais d'un épisode de sciatique. Et ça ne faisait pas mal donc ça gêne pas. »*

Pour N également, ce qui importait c'est qu'elle ne *« souffrait pas. »* Elle dit également *« Ça m'a rien fait. Je ne me suis pas fait une grosse tête. »*

Q explique : *« je ne suis pas de nature pessimiste. Je ne l'ai pas mal vécu du tout. Ce n'est pas quelque chose qui m'a gênée. »*

D répond : *« bien, moi je me dis que c'est comme ça, je ne m'inquiète jamais, je n'ai jamais été stressé. Je me dis que je paye les excès de viande et de vin. »* Par contre, il précise *« mais je ne m'y attendais pas. »*

Pour 8 patients, (C, E, G, I, J, K, P et R), l'annonce était embêtante, bien que relativement bien prise. C relativise « *voilà c'était comme ça, » « je me suis dit que c'était à cause de ma chirurgie... Mais je ne savais pas qu'il y avait autant de risque [à manger de la confiture], on ne savait pas. »*

E certifie « *je ne connaissais pas cette maladie. »* Il a été un peu inquiet jusqu'à ce que le médecin lui dise « *qu'il y a des médicaments, j'étais soulagé un peu. Et puis après on oublie, on prend l'habitude. »*

P dit « *ça ne m'a pas trop fait peur. »* Au début « *c'était un peu inquiétant. Maintenant je m'inquiète moins parce que c'est normal. »*

G déclare « *j'ai pris ça comme le reste avec philosophie. » « J'ai trouvé ça enquiéant pour ne pas dire autre chose, mais il faut vivre avec, on y peut rien. »*

Pour I, « *c'est comme ça. Je ne m'y attendais pas vraiment »* et il s'est dit « *bon à un certain âge il faut faire plus attention. »*

J était la seule à dire « *je m'y attendais. Je sais que c'est possible d'y remédier en faisant attention »* car « *on a toujours été comme ça dans la famille, alors cela n'a pas posé problème »* et « *de toute façon je savais qu'un jour ça allait tomber donc... Avant d'y aller je le savais déjà. »*

R pensait aussi que cela pouvait lui arriver « *parce que ma mère était diabétique. »* Mais elle ajoute « *je ne l'ai pas mal pris, c'est pas comme un cancer. »*

Pour F, H, M, T, U et V l'annonce a été plus dure. Pour F, « *le médecin lui a dit de faire attention et elle a continué de manger sucré, elle a mangé elle a mangé et voilà... »* Elle culpabilise un peu car elle « *mangeait trop »*. Mais « *elle ne voulait pas avoir du diabète, elle était embêtée. Et elle a eu peur, avec les médicaments et tout... »* Et bien que sa mère et plusieurs de ses sœurs soient diabétiques, elle ne s'y attendait pas car « *son père n'était jamais malade. »* Maintenant, « *elle a peur pour ses filles. »*

Pour H, c'est « *la barbe ! »* Il ne s'y attendait pas « *pas du tout. »* Et par la suite, il raconte « *quand je voyais à l'hôpital les malades qui étaient tous amputés j'ai eu peur. »*

V explique : « *l'un des éléments déclencheurs du diabète peut être une grande peine. »* Mais « *on va vivre avec. J'étais surprise, je ne m'y attendais pas, mais maintenant je me dis qu'on est une famille d'enrobés donc on est des facteurs à risques, alors qu'avant je ne m'en souciais pas du tout. »*

Pour T également, « *même si dans la famille il y a du diabète, moi c'est venu un peu subitement à la suite d'un choc. Le médecin m'a dit que c'était possible »* mais « *je ne croyais pas que ça arriverait comme ça »* ; « *le rhumatologue disait qu'il fallait traiter mais je n'étais pas préparée pour le traiter mais bon après quand il était là il fallait traiter. »*

U répond « *je n'étais pas très content, un peu surpris je ne m'y attendais pas. » « Je l'ai compris plus à travers mes symptômes. Je ne pense pas qu'il y ait des causes précises par contre j'ai compris qu'il faut faire attention, qu'à longue échéance ça peut devenir important avec les symptômes mais je n'aime pas ce risque. »*

Pour M, c'est un traumatisme, il raconte « *le psychologue était venu à l'hôpital pour me demander comment j'avais vécu le fait d'être passé à côté de la mort et je lui ai dit qu'à partir du moment où l'on est en vie on risque de mourir donc voilà. » « Mais c'est maintenant que je réalise qu'il faut que j'arrête de me comporter comme avant c'est-à-dire que le stress, la tension nerveuse, mes 25kg que j'avais en plus et surtout le manque de sommeil ont sûrement entraîné tout ça. Et puis maintenant je fais de l'apnée du sommeil. C'est aujourd'hui que je prends conscience de tout ça. » « Je ne veux pas le revivre. » « Je le savais mais je n'ai pas voulu le voir. » « Ça m'énerve un peu même si je sais que j'ai la chance de ne pas être insulinodépendant. »*

Enfin L est celle qui exprime le plus durement son ressenti par rapport à ce diagnostic. Elle explique : *« j'ai toujours du mal à l'accepter, pour moi c'est comme une punition d'un comportement. » « Donc c'est sûrement la conséquence du fait que je ne mange pas régulièrement et que mon régime n'est pas celui qu'il fallait. Je paye maintenant mes erreurs de régime. Mais j'ai du mal à accepter encore. Il faut prendre un traitement... J'aimerais maigrir mais je n'y arrive pas et je sais que si je perds du poids ça ne peut qu'améliorer la situation, et paradoxalement j'ai plus envie de manger du sucre qu'autrefois. »*

c) Connaissance du diabète et de ses complications

La première question pour évaluer les connaissances des patients sur le diabète était **« Pouvez-vous me dire ce qu'est le diabète ? »**

Contrairement à ce que l'on pourrait espérer, la définition du diabète n'était pas connue de tous.

Heureusement, la majorité des patients arrive quand même à le définir plus ou moins correctement.

L évidemment, qui donnait des cours sur le diabète, donne une réponse très précise : *« ce que je racontais aux étudiants, c'est que le diabète est une pathologie du métabolisme des glucides et que si la glycémie augmente c'est que le pancréas n'est plus efficace puisqu'il ne fabrique pas assez d'insuline où qu'il y a une résistance à l'insuline de la part des cellules. »* Elle rajoute son avis *« et pour moi c'est une pathologie qui est liée à la façon de vivre »*.

La réponse de C est également assez intéressante : *« je sais que c'est compliqué, même pour les scientifiques. Parfois je regarde sur Internet qu'ils n'arrivent pas bien à expliquer ça non plus, ils ne savent pas, les scientifiques et les médecins, de quoi s'agit-il. Je sais que c'est le pancréas, que c'est l'insuline qui ne remplit pas correctement sa fonction de nourrir les cellules. Les cellules doivent être bien nourries avec le sucre, l'insuline n'arrive pas à bien présenter le sucre aux cellules, il arrive et les cellules disent qu'elles ne veulent pas manger ce qu'il apporte. Du coup, d'un côté l'organisme n'est pas suffisamment nourri, d'un autre le sucre reste dans le sang ce qui use les vaisseaux sanguins. »*

Pour H, I, J et N, *« c'est un excédent de sucre dans le sang. »* S rajoute quelque chose dont elle est la seule à parler à ce moment-là de l'entretien : *« je sais qu'il y a des diabètes où on a aussi des baisses de sucre très fortes, moi je n'ai pas ce problème-là. »*

Puis il y a des réponses un peu plus floues. Pour O, *« c'est un problème de sucre. »*

Pour G et V, c'est lié au foie. Pour V, c'est *« malabsorption du sucre, le foie qui se fatigue, je ne sais pas, l'insuline qui n'est plus assez présente ; pourquoi je ne sais pas. »*

Pour G, c'est *« à cause du foie qui travaille mal »*.

Pour Q, c'est plutôt lié au pancréas : *« je pense qu'il s'agit du mauvais fonctionnement du pancréas. Il faut le compenser avec un régime. »*

D explique : *« je sais que c'est un défaut d'insuline qui joue un rôle par rapport à l'assimilation des médicaments, pour les graisses je crois. La production d'insuline est de plus en plus difficile donc la fonction de l'insuline ne se fait plus normalement. Je sais que le diabète 1 c'est plus du tout donc on injecte de l'insuline. Moi je produis encore de l'insuline, pas assez mais suffisamment pour rester en diabète 2. »* Il précise *« J'ai lu énormément, et comme ça ne m'inquiète pas j'ai oublié. »*

Certains patients donnent des réponses dont ils ne sont absolument pas sûrs, voire fausses.

T dit « *ils disent que c'est le sucre dans le sang mais j'en sais rien du tout.* » « *Il y a plusieurs types de diabète. Apparemment il y a le diabète 2 qui est le plus grave ? Moi je sais pas si j'ai le plus grave ou le moins grave.* »

Pour P, « *je ne sais pas trop. C'est trop de cholestérol... non je ne sais pas tellement. C'est trop de sucre...* »

La réponse de M est très personnelle, c'est « *une vacherie... Je dirais que j'ai l'impression de stocker l'énergie de tout ce que je mange et de ne pas l'intégrer correctement dans mes cellules ce qui fait que ça se transforme en graisses. Donc la graisse complique tout.* » « *Moi j'associe le diabète à la graisse.* »

Enfin, certaines définitions sont particulièrement incomplètes.

R dit « *j'en sais rien du tout à vrai dire.* » « *Il paraît que ça arrive chez les gens assez forts.* »

F simplifie : « *C'est la maladie de la famille, c'est pas bien.* » Et E résume : « *c'est pas bien, c'est une maladie qui ramène tout, le cœur, le sang.* »

A la question « **Quelles peuvent-être les complications du diabète ?** » certains patients savent répondre, d'autres pas du tout.

L et S connaissent le plus de complications. L enseignait que cela « *augmente les risques cardio-vasculaires, insuffisance rénale, complications oculaires, amputations, l'hyperglycémie et l'hypoglycémie.* » S énonce « *les yeux, les pieds, il faut faire attention aux extrémités, les problèmes cardiovasculaires, et les reins aussi.* »

J, M, Q, et V peuvent en citer plusieurs. Pour V cela peut être mauvais « *pour les yeux, pour les pieds, pour les dents, pour le cœur pour tout... Tout va mal.* » Q dit « *j'ai quand même quelques notions... comme la cécité, l'amputation... Si ça s'aggrave les plaies ne se referment pas. Il y a aussi une incidence au niveau vasculaire.* » J cite « *devenir aveugle, amputations, problèmes cardiaques...* ». J « *associe le diabète à la cécité et l'amputation ensuite de quoi il y a les infections aux pieds.* »

Plusieurs patients peuvent citer au moins une complication. Pour H « *ça bouche les artères.* »

Pour I aussi, cela peut donner « *beaucoup de choses... Les artères surtout.* » Et K parle du « *risque de cécité.* »

E cite des complications surprenantes « *du mal à faire ses besoins, la personne elle est fatiguée, elle sent rien...* »

Pour certains, c'est assez flou. U dit « *Il peut y avoir des risques d'attaque de diabète très fort.* » « *C'est tout je n'ai pas d'autres informations précises.* »

Enfin, plusieurs patients ne les connaissent clairement pas. F « *s'en fout en fait ... elle a vu ses sœurs aller à l'hôpital.* » C dit : « *je sais que ce n'est pas une partie de plaisir mais je ne peux rien dire de plus...* » P explique : « *j'ai dû les savoir mais je ne m'en souviens plus.* »

Enfin, T raconte « *ils disent beaucoup* » mais elle semble dubitative car elle a une tante qui est « *bien pour son âge.* »

d) HbA1c, utilisation et utilité

Bien que tous les patients aient déjà fait une hémoglobine glyquée ou l'HbA1c, nombreux sont ceux qui ne savent pas exactement ce que c'est.

A la question « **Savez-vous ce qu'est l'HbA1c ?** » G, M et toujours L donnent des réponses assez complètes. L énonce : « *c'est un témoin des variations de la glycémie sur les trois derniers mois.* » M explique : « *on arrive, en mesurant les différents globules de différents âges, à obtenir une courbe du diabète.* » G raconte « *[le docteur] nous en parle plusieurs fois, et puis c'est écrit « taux d'hémoglobine glyquée ». Il en sort une courbe qui représente le taux* »

de sucre dans mon sang et par rapport à la maxi qui est sur la feuille, qu'il ne faut pas dépasser. »

C, E, O, S, et V donnent l'impression de savoir de quoi on parle même s'ils n'en connaissent pas exactement l'utilité. S dit « *c'est le truc qu'il faut calculer pendant les examens, après je ne peux pas vous expliquer les détails, mais je sais qu'il faut surveiller. Quand je reçois les résultats, je sais si je vais bien.* » Pour V « *c'est le taux de sang pendant une période.* » O demande, peu sûr de lui « *c'est le taux de diabète hein ?* » E peut dire que c'est « *ce qu'on reçoit quand on fait les analyses, c'est en pourcent.* » Enfin C avoue « *on me le fait de temps en temps, on me prend le sang dans la veine, mais ce que c'est exactement je ne sais pas.* »

Malheureusement, la moitié des patients ne savent pas ce que c'est.

F, R et T disent clairement « *je n'en sais rien du tout.* » I « *n'y connaît rien.* » P tente : « *on en parle souvent. C'est le cholestérol je crois.* »

Pour N, on ne lui a jamais dit « *ils devraient l'expliquer.* »

A l'inverse, pour H et U, leur méconnaissance n'est pas la faute des médecins. U confesse : « *j'avoue que s'il me l'a expliqué j'ai oublié...* » H confirme : « *le docteur nous en parle, ça apparaît toujours sur nos analyses. Mais j'oublie aussi vite qu'il nous le dit.* » J avoue : « *peut-être que j'ai déjà fait mais je vois pas.* » Enfin, pour K : « *vaut mieux ne pas en avoir.* »

Concernant, la fréquence de réalisation de la prise de l'analyse, C, E, I, J, K, R et V déclarent faire « *tous les trois mois les prises de sang.* » Pour Q et S, c'est plutôt « *tous les 6 mois.* » Seule F avoue « *Ça dépend... Des fois ils lui prescrivent mais elle fait pas.* »

A la question « **quel est votre objectif ?** » H, Q, R, S, T et U ont des réponses similaires. Comme le dit H : « *j'écoute mon médecin, il me dit que c'est très bien et qu'il faut continuer comme ça.* » R confirme : « *je regarde mais moi j'y connais rien, c'est le médecin qui me dit.* » U résume : « *il me donne une indication, un chiffre mais je ne sais pas ce qu'il faut vraiment, je lui fais confiance.* » T résume : « *je fais mon examen que le médecin me dit de faire tout simplement.* »

N, P, S et V ont le même objectif. P le dit bien : « *c'est en dessous de 7. Le docteur m'a dit que du moment où c'est en dessous de 7, c'est bon.* » V précise : « *mon objectif est de 7 max puisque je vois la pub qu'en dessous de 7 c'est bien. En 2013 j'étais à 8,7, je ne sais pas pourquoi.* »

L'objectif de E, G, I, J, et L est plus strict. Pour G : « *il ne faut pas que ça dépasse 6 !* » Pour I « *ce serait bien de revenir à 5 je crois.* » et pour J : « *ça doit être 5 ou 6.* » L confie « *mon objectif ce serait 6 puisque c'est l'idéal. C'est mon objectif personnel, je ne pense pas que tout le monde ait le même. Je sais que les gens essayent de faire plaisir à leur médecin en tendant vers l'objectif posé par le médecin.* »

O n'a pas d'objectif, mais il sait dire que « *quand je suis monté à 8 on m'a dit « ah attention !* » »

Enfin, K et M, non seulement ne savent pas, mais ne veulent pas forcément savoir. K « *s'en fou* » et M « *ne [s]e focalise pas là-dessus.* »

e) Équilibre du diabète et résultats biologiques

Au final, 10 patients annoncent au cours de l'entretien un chiffre d'hémoglobine glyquée. Ils sont au maximum à « *presque à 8* » pour D et J qui est « *assez élevé quand même, je suis à 7,8.* » D se justifie en disant que c'est « *à cause des excès de cet été mais il n'y a rien de particulier. Je suis toujours dans la norme.* »

C est à « 7,2... *Il est équilibré disons mais ça peut être mieux.* »

N a 6,5. Il en conclut « *on m'a dit que c'était bien* » ; « *le docteur voit les résultats. S'il dit c'est bien, bah c'est bien.* »

S est capable de dire : « *je suis un petit peu en dessous, la limite n'est pas loin. Je suis passée au-dessus une seule fois au début du traitement.* »

Pour V, « *il [le diabète] est bien... il est de 6,8.* » « *Si j'étais respectueuse des consignes il serait mieux mais il n'est pas mal.* »

Bien qu'ils ne connaissent pas tous leur chiffre d'HbA1c, les patients peuvent tout de même évaluer l'équilibre de leur diabète.

G déclare : « *je fais toujours attention donc c'est toujours à peu près.* »

Pour H, I, K et U, c'est l'avis du médecin qui compte. H déclare : « *notre médecin nous dit de continuer à chaque fois, les chiffres sont bons.* » Et « *à partir du moment que le docteur nous a dit de continuer comme ça, il considère qu'on fait attention. Il n'a jamais tenté de nous orienter sur autre chose.* » U confirme « *tant que le médecin ne me dit rien ça va* ».

P annonce « *avec les médicaments que je prends c'est sous contrôle.* » Q raconte : « *j'ai dû remonter au taux normal. Mais je n'ai pas toujours les yeux fixés dessus.* » Et R résume plutôt bien la situation du contrôle des maladies chroniques : « *des fois il monte et des fois il descend.* »

F qui ne fait pas ses contrôles biologiques de façon régulière décrit que « *quand on calcule son diabète, c'est là qu'elle s'arrête de manger. Et après elle reprend.* »

Enfin T qui est allé chercher sa dernière analyse demande : « *mais pourquoi c'est écrit sur mes fiches 6,7 ?* »

f) Surveillance de la glycémie capillaire ou Dextro

11 patients (H, I, J, K, N, O, P, Q, R, T et U) n'ont pas de lecteur de glycémie au domicile. Parmi eux, U déclare que : « *le docteur me le fait lorsque j'y vais* » et d'autres comme I font des glycémies à jeun au laboratoire. H utilise ponctuellement « *celui de sa femme* » ; J, celui de sa mère. T explique : « *j'ai pas l'appareil mais mon médecin m'a dit que je n'étais pas encore à ça.* » De même pour Q : « *si le docteur a me le préconise pourquoi pas ;* » ou pour J « *mais comme elle ne veut pas que je me pique c'est plus compliqué. Si j'avais le lecteur, ce serait plus simple de vérifier. Mais ce serait trop se piquer.* »

La fréquence d'utilisation est relativement variable.

Actuellement, C le fait « *un jour sur trois, parfois tous les jours. Quand je ressens la nécessité, plus souvent.* » Avant il le faisait même plus souvent « *on m'a dit de vérifier le taux de sucre tous les matins, certains jours 3 ou 4 fois, et je le faisais dur comme béton jusqu'à récemment.* » D explique : « *ce que je connais et que j'applique toujours c'est la glycémie que je fais au déjeuner.* » « *Je suis quand même souvent au-dessus de 1,60... Mais ça ne m'inquiète pas.* » S également déclare : « *je prends ma glycémie tous les matins mais pas plus d'une fois par jour, donc il doit y avoir des pics que je ne vois pas.* » G également est très régulière : « *je fais tous les 5 jours [un contrôle glycémique]. J'ai pris le 5 comme référence, autrement j'oublie.* »

F et L utilisent le lecteur quand elles ne se sentent pas bien. Pour F, c'est « *quand elle se sent fatiguée, elle nous dit de mesurer sa glycémie pour savoir si c'est bon ou pas.* » L explique

« Il a fallu que je réclame [le lecteur] parce que le docteur pensait que ce n'était pas utile. J'en fais quand je ne me sens pas bien » ; « une à deux fois par mois. »
E avoue : « peut-être une fois par semaine. C'est elle [désigne sa fille] qui me fait plutôt. Sinon je peux passer des mois sans faire. » M confesse : « le résultat me fait peur oui. Je me mesure très épisodiquement. »

L'objectif et le retentissement de ce contrôle sont également variables.

S a un objectif très clair : « l'idée que je m'en fais c'est que le matin à jeun je devrais être entre 80 et 120. Moi l'objectif que je me suis donné est de ne pas dépasser 130. J'ai pris cet objectif seule. C'est vrai qu'un jour il y a une femme de la sécurité sociale qui m'a appelé et on a parlé de ça. »

G est consciencieuse, elle note « sur un petit carnet. Donc quand je vais le voir [le docteur] je lui montre. » « Des fois j'ai plus, des fois j'ai moins. Ça dépend de si je bouge plus ou moins. » Mais elle-même n'adapte rien dans son comportement à la glycémie.

D va plus loin : « depuis le diagnostic je prends ma glycémie donc si ça dépasse je prends des mesures. » « Pour moi elle [la limite] est fixée à 1,16. Mais je trouve ces normes bizarres donc j'ai demandé à mon diabétologue qui m'a dit que pour mon âge, mon mode de vie... ma limite était de 1,60. » « Alors j'ai un petit carnet où je note ma glycémie chaque matin. Si je suis à plus de 1,60 je marque pourquoi et très souvent je remarque c'est à cause de l'alcool ou la viande. »

M déclare : « mon objectif c'est d'être en dessous des 1,26 de glycémie. » « Mais le moindre écart se voit dans les résultats. » Et en fonction des résultats, il se laisse plus ou moins aller : « j'aurais bien voulu en profiter [pendant les fêtes] mais avec mon 1,32 je ne l'ai pas fait. »

T adapte son traitement à ses rares glycémies. Pour son objectif, elle pense : on a du « diabète à partir de 1,26 alors 1,20 ce serait bien. » « Si la glycémie n'a pas baissé plus que ça, je ne vais peut-être pas en prendre 2 mais 1,5 [comprimés]. »

F essaie d'en tenir compte : « quand elle ne se sent pas bien, elle nous demande combien elle a comme ça, elle s'arrête de manger, ou elle va marcher. Mais quand elle la prend, c'est toujours haut. »

E est radicale, si la glycémie est haute, il « ne mange plus. »

V connaît les risques d'hypoglycémie : « à 1,27 c'était trop puisque qu'on m'avait dit que ça touchait les reins à partir de 1,20 ; et je pense que c'est trop bas en dessous de 0,60. On tremble... Mais je ne suis jamais descendu en dessous. » Elle explique : « il y a deux ans je faisais des glycémies, ça me recadrait. Je faisais bien attention. »

Enfin, bien que H n'ait pas de lecteur personnel, il confie : « on m'a dit qu'à partir de 2 il faut la piqûre d'insuline. »

Néanmoins, l'utilisation du lecteur est limitée pour plusieurs raisons décrites par les patients. V décrit très bien l'une des principales limites : elle est limitée dans le nombre de bandelettes. Elle raconte : « il y a deux ans je faisais des glycémies, ça me recadrait. Je faisais bien attention. » « Mais je n'ai plus de bandelettes puisque je ne suis pas insulinisée. On m'a dit que ce n'était plus remboursé, c'est dommage. Donc j'ai que la glyquée tous les 3 mois. »

M confirme : « on est à 200 bandelettes par an, il n'y a pas assez pour en faire tous les jours. »

Pour S, le problème n'est pas là : « si je dois en acheter [des bandelettes] j'en achèterai. » Mais c'est plutôt « que c'est trop embêtant. »

Enfin, C dit que « ça fait mal de se piquer tous les jours. »

Et bien que L n'ait pas de lecteur, elle explique : « j'ai essayé de me faire des glycémies toute seule, ça me fait mal. »

g) Autres traitements connus

A la question « **quels autres traitements connaissez-vous pour le diabète ?** », 9 patients déclarent ne pas en connaître d'autres à part les ADO ou ne pas savoir.

O lui ne se pose pas de questions : « *on nous a mis sous médicaments et puis c'est tout.* »

Pour C, cela passe par l'alimentation. Il explique : « *c'est le diabétologue de chez Rothschild qui m'a dit ça. Elle m'a dit de manger de façon spéciale, d'abord pas de sucre, ensuite pas de farine blanche du tout, éviter le pain, pas d'alcool, surtout pas de bière... et une chose que je n'ai jamais faite et ce que je ferai jamais c'est de diminuer les fruits. Ils m'ont dit pas plus de 3 par jour, mais pour moi c'est ridicule. Je me suis dit et j'ai demandé aux médecins, est ce que je ne me fais pas plus de mal en ne mangeant pas de fruits, en manquant de vitamines, et ils m'ont dit qu'ils ne pouvaient pas répondre.* » Il rajoute « *si je mange bien, si je fais attention, mais je suis paresseux, si je cours autour du lac tous les matins, je pense que je pourrai enlever un cachet.* »

Pour D également, il faut « *bouger* » et « *boire de l'eau* ». Pour S aussi, cela passe par le « *sport* ». E détaille : « *il ne faut pas manger de pâtes, de gâteaux, de sucre... Je vais vous dire quelque chose, moi je connais une tisane.* » G annonce de façon défaitiste : « *si je perdais du poids peut-être [que le diabète irait mieux] ... mais j'en perds jamais.* »

Q pense aux « *régimes mais honnêtement je suis contre.* »

K dit avec un sourire « *faire vœu d'abstinence* ».

De même pour V qui exprime en même temps ses difficultés « *manger des légumes, ne pas boire beaucoup d'alcool, ne pas manger trop gras, faire attention quoi. De remuer, de bouger. On connaît mais on ne fait pas* » ; ou « *par une hygiène de vie, c'est tout. Mais ça c'est dur parce que dès que l'on ne fait pas comme les autres, on est désociabilisé.* »

Seuls F et J parlent spontanément d'un autre type de traitement : F dit : « *on a entendu à la télé qu'il y avait aussi une injection.* » Et pour J : « *l'insuline, ce serait le dernier recours.* »

h) Insuline

Aux questions « **Connaissez-vous l'insuline ? Qu'en pensez-vous ?** » seule Q affirme n'en avoir jamais entendu parler.

R répond un peu naïvement : « *j'ai des gens autour de moi qui ont ça mais moi on ne m'a jamais prescrit ça.* » « *Je ne sais pas ce que c'est. C'est quand vous vous piquez, j'ai eu autour de moi des diabétiques qui m'expliquaient. Peut-être un jour j'arriverai à ça mais pour l'instant, on ne m'a pas dit.* »

U explique que l'insuline « *c'est quelque chose qui règle le sucre mais c'est tout* » ; « *si je peux l'éviter ce serait bien.* »

Pour plusieurs d'entre eux, l'insuline signerait une aggravation du diabète.

J affirme : « *je n'espère pas arriver jusque-là, ce serait le dernier recours.* »

De même pour K qui déclare que l'insuline c'est « *pour un stade supérieur.* »

Pour N aussi « *on n'est pas assez haut pour l'insuline* » et il ajoute « *on n'en pense rien puisque toutes façons on n'en a pas pris.* »

Pour T, « *quand on arrive là c'est qu'on a quand même un diabète élevé* » ; « *je n'aimerais pas en arriver là parce que, bon, ça complique le reste de la santé, on a assez d'effets comme ça.* » Elle poursuit en racontant qu'elle connaît quelqu'un qui « *a du diabète assez fort puisque le docteur voulait lui donner l'insuline mais elle a dit qu'elle préférerait mourir que prendre ça.* »

P pense : « *à mon avis c'est plus grave avec l'insuline.* »

De même pour S qui se fait déjà des injections quotidiennes de Victoza. Elle explique que pour elle, l'insuline c'est différent du Victoza : *« c'est l'idée que je m'en fais, oui je pense que c'est différent. Je ne me suis pas penchée sur la question. Mon ressenti est que si j'utilisais de l'insuline, ce serait que mon diabète se serait aggravé. Ça se fait peut-être pas dans les mêmes conditions, je ne sais pas. »*

E a une vision un peu particulière, vu qu'on lui en a déjà proposé et qu'il a refusé : *« ça c'est comme un robot. On peut manger de tout, et après on fait le truc. On m'a dit une fois mais moi je ne veux pas, je rentre pas dans ce truc. J'ai pas l'habitude des piqûres. Je suis bien... et puis on sait jamais... si on oublie ça c'est pire... »*

M exprime une idée un peu similaire en disant : *« moi je prends de la Metformine mais si je l'oublie un soir en sortant, je le prends plus tard en rentrant, c'est pas la mort. Alors que celui qui oublie son insuline c'est la catastrophe et puis ce n'est pas agréable de devoir se piquer soi-même. Moi je n'ai pas de marque de piqûres, alors qu'à l'hôpital je voyais des gens avec des bleus. »*

Pour certains, ce serait plus contraignant.

D déclare : *« pour moi ce serait contraignant. C'est la raison principale pour laquelle je contrôle ma glycémie tous les jours sur mon petit carnet depuis 15 ans. »* Il ajoute : *« pour ceux qui en ont besoin, il n'y a pas de risque thérapeutique avec l'insuline mais j'espère qu'un jour on trouvera un traitement pour les diabétiques. »*

O raconte : *« on a un ami il prend l'insuline, il est toujours en train de se piquer. »*

Pour G, cela n'a que des mauvais côtés *« l'insuline, ça doit être contraignant. Je vois ma belle-sœur elle se plaint toujours d'avoir mal partout, qu'il faut qu'elle fasse sa piqûre par ci par là, la cuisse, la jambe... elle démoralise facilement. »* *« Et pour interpréter les chiffres elle s'y perd. Ce n'est pas simple à utiliser. »*

H résume *« l'insuline c'est emmerdant... »*

I dont la mère a de l'insuline confirme *« c'est quand même contraignant. »*

Certains en ont même peur.

Pour F c'est tabou *« il ne faut pas parler de ça ! Le médecin a proposé ça à mon père mais il a peur. »*

V dit *« ça me fait peur parce qu'il faut se piquer. »* *« J'ai bien peur que si le taux n'est pas bon il nous passe à l'insuline et je pense que c'est une mauvaise chose pour les personnes âgées. »* Elle explique *« ma belle-sœur, j'ai pas l'impression que ça serve à quelque chose, elle a toujours des taux élevés... après je ne sais pas comment elle le prend. »*

Pour L, c'est un autre problème, elle explique *« Je vois pas mal de personnes de mon âge qui prennent de l'insuline. Je ne voudrais pas en avoir parce que je n'aime pas me piquer... »*

Pour d'autres, cela serait réservé à un autre type de diabète.

Pour C : *« je sais ce que c'est, je n'ai pas besoin de me piquer moi heureusement. Heureusement je ne suis pas du diabète de type 1. »*

i) Contraintes et ressenti de la maladie

A la question **« trouvez-vous que le diabète soit une maladie contraignante ? »**, 9 patients (D, K, N, O, P, Q, R, S et U) déclarent que le diabète n'est pas franchement une pathologie contraignante.

D raconte : *« je passe 2 minutes le matin à prendre ma glycémie et c'est tout ; donc pour moi, à mon niveau ce n'est pas contraignant. Je ne change rien à ma manière de vivre, je vais toujours autant au restaurant ou chez des amis. Ça ne m'empêche pas de vivre. »*

K explique : « *je pense à autre chose ce qui veut dire que ce n'est pas vécu comme quelque chose de vital.* »

O déclare : « *moi on m'a dit de prendre les médicaments et tout ça, et je vis normalement, je ne fais pas d'abus.* » « *Maintenant on reste tranquille, c'est fini tout ça.* »

Pour Q, « *ça ne m'a jamais vraiment gêné.* » Elle détaille, cela peut être contraignant « *quand il y a un grand dosage, il faut faire attention. Mais à mon niveau pas tellement.* » « *Vous savez après ça devient une routine. Je prépare mes comprimés, je vais chercher mon ordonnance une fois par mois, je me prépare ma boîte pour la semaine et puis ça devient une habitude.* »

R développe : « *il y a que le sucre qui est contraignant... voilà je fais attention au sucre, je bois que de l'eau. Non pour moi ce n'est pas contraignant.* » « *C'est les analyses qui le disent, mais pour moi je n'ai aucune gêne. Je ne sens pas quelle gêne il a le diabète, je ne sais pas du tout.* »

Pour U, « *disons que le diabète moi j'oublie que je l'ai donc je n'ai pas vraiment l'expérience.* »

Enfin, S dit « *ça ne me contraint pas* » ; « *je fais ma piqûre tous les jours, c'est bien, c'est déjà extraordinaire.* » D'ailleurs, pour elle, être en bonne santé c'est « *se lever le matin, être en forme, avoir bon appétit, aller travailler, bouger comme on veut... voilà... Comme je suis maintenant.* »

Pour C, G, H, I, J, T et V, les réponses sont un peu plus ambiguës.

G dit à un moment « *il faut faire attention à tout.* » Puis plus loin : « *tant qu'on a pas de piqûre d'insuline ce n'est pas une contrainte.* »

De même pour V qui va dire au début « *si on est obligé de se piquer [c'est contraignant] mais moi non. Des cachets ce n'est pas contraignant* » puis « *tous les jours c'est contraignant de faire attention. Je fais comme je peux.* » Elle ajoute « *pour les personnes âgées je trouve ça plus contraignant et difficile. C'est vraiment plus simple quand on est jeune.* » « *Je sais qu'en vieillissant le diabète use et je prends conscience que je dois être plus sérieuse que je le suis.* »

H a également un discours fluctuant. Il dit : « *il faut faire attention à tout.* » Puis « *je ne vois rien de contraignant, ça ne me dérange pas.* » Et relativise en prenant « *ça avec philosophie c'est tout.* » « *A partir d'un certain âge c'est normal. On est en train de dépasser la moyenne d'âge. Avant à cet âge on était mort. On a eu de la chance finalement.* »

I résume « *ce qui est embêtant c'est qu'on ne peut pas manger n'importe quoi.* »

De même pour J qui dit « *on ne peut pas manger ce que l'on veut. Et puis il faut surveiller.* »

Pour C qui dit avoir « *un psychisme assez fort.* » « *Ça apporte des contraintes comme toutes les maladies mais pas plus que ça.* »

Enfin, T pense « *je ne fais pas grand-chose, je sais que j'ai du diabète, mais c'est un peu compliqué.* » « *Je vis avec,* » « *mais sinon je ne fais pas grand-chose de particulier.* » « *C'est psychologique mais ce n'est pas toujours facile de se prendre en main.* » Elle ne trouve pas que cela soit contraignant, bien que « *les gens disent que oui* ».

E, F, L et M ont un peu plus de mal.

Pour E, c'est contraignant « *par rapport à beaucoup de chose. Quand vous êtes fatigué, vous faites moins de choses, on a moins le courage de bouger.* »

Pour F, c'est embêtant parce qu'elle est « *toujours fatiguée, toujours en train de dormir,* » et qu'elle associe cela au diabète.

L dit : « *quand on a que deux comprimés à prendre, ce n'est pas contraignant. Le régime n'est pas contraignant puisqu'on devrait manger comme ça tous les jours.* » Mais elle explique : « *à l'intérieur de moi-même, pour moi c'est un échec.* »

Et pour M « *c'est contraignant puisque ça nous oblige à manger des légumes, à faire tout le temps attention.* »

A la question ouverte, « **à votre avis, qu'est ce qui pourrait vous aider ?** », peu de patients répondent.

Pour C, c'est clair, « *un peu de fric, oui ça me permettrait de mieux manger encore, et pour le sport aussi.* »

I a déjà ce qu'il faut car : « *je suis prise à 100%.* »

L voudrait « *un coach particulier.* »

M pense : « *si je n'avais plus de stress je pense que le diabète s'autorégulerait.* »

Pour K, c'est simple : « *la seule chose c'est de prendre de tout en évitant les excès.* »

Dans la même idée, P cite : « *le fait d'être à la maison, les repas sont plus équilibrés. [...] D'ailleurs quand j'étais en déplacement c'était pas toujours possible, je faisais pas trop attention.* »

Q n'a rien besoin de plus : « *vous savez après ça devient une routine.* »

E est évasif : « *je vis au jour le jour, je ne me dis pas que demain je serai malade, je suis courageux, surtout pour mes filles.* »

Pour D, c'est un peu tard ; sa femme n'a pas été assez stricte avec lui. Mais il répond : « *si par hasard je devais recommencer ma vie et que je tomb[ais] sur une personne plus stricte, j'aurais changé d'alimentation et il y aurait eu une répercussion par rapport au diabète je pense. Je n'aurais pas eu de dégradation de mon insuline. Mais maintenant mon objectif est de ne pas tomber en diabète type 1.* »

j) Projection dans l'avenir

Cette question étant venue dans la dernière version du questionnaire, la réponse n'est donc disponible que pour peu de patients.

A la question « **préférez-vous avoir 500 euros maintenant ou 1500 euros dans 1 an ?** », C, E et F préfèrent maintenant. C dit : « *l'argent il faut [l']avoir de suite dans sa poche, le fric vaut mieux l'avoir sur soi.* » E cite un dicton « *si on a l'oiseau dans la main il ne faut pas qu'il s'envole.* » Et pour F, mieux vaut ne pas attendre : « *si elle meurt demain qui les prendrait ?* »

J préfère attendre « *je vais attendre les 1500 euros.* »

Enfin, S est plus indécise « *ni l'un ni l'autre... Je n'ai pas besoin de 500euros. Peut-être dans un an, je ne sais pas. Mais là je les donnerai à une association. Peut-être [que] j'en aurai besoin à la retraite.* »

Ensuite, une question permettant d'évaluer leurs projets leur était posée. C'était : « **citez 3 événements qui vont vous arriver dans le futur, et leur échéance.** »

Cette fois, c'est J qui n'a pas répondu à la question, en disant « *je ne sais pas ce qui va m'arriver... j'aime pas trop savoir ce qui se passe...* »

E répond : « *je pense gagner de l'argent à la fin du mois, acheter une voiture. J'espère que mes filles, avec leurs diplômes, vont travailler ; j'espère cette année. Changer ma voiture j'espère.* »

Pour F, « *que ses filles se marient, qu'elles soient tranquilles, ça avant qu'elle meure, même les petits-enfants [de 10 et 11 ans].* »

C réfléchit : « *je vais mourir, ça c'est sûr et certain je vous jure, et je pense que ça va arriver dans 30 ans. J'espère plus loin encore mais bon. Ensuite je vais faire quelques scènes animées, sûr et certain. Le premier au nouvel an et les autres vont suivre je ne sais pas à quelle cadence. Et la troisième chose c'est que je visiterai ma fille et ma petite-fille en Bretagne, ce sera le 25 novembre.* »

S dit : *« je vais en faire plus que trois (rires). Déjà je vais continuer à travailler parce que je n'envisage pas ma vie sans ça, ensuite j'aurai des activités importantes avec ma fille aux vacances de Noël, elle prépare des récitals de chants d'opéra, et puis dans un avenir plus lointain en février je vais rendre visite à mes petites-filles. »*

Bien que la question ne leur ait pas été explicitement posée, C et K déclarent au cours de l'entretien planifier des projets ou des voyages, et donc se projettent dans l'avenir.

4. Facteurs liés au personnel médical

a) Fréquence et durée des consultations chez le médecin traitant

En moyenne, les patients vont voir leur médecin traitant tous les 3-4 mois et décrivent une durée de consultation d'une vingtaine de minutes.

C déclare : *« je vais la voir pour les ordonnances une fois tous les trois mois quelque chose comme ça » cela dure « 10-15 minutes... Elle prend ma tension, elle me demande les résultats de la dernière analyse, elle me donne l'ordonnance et adieu... »*

D raconte : *« je vais chez Dr β. tous les trimestres », la consultation dure « environ 20 minutes. » « Je vais la voir pour qu'elle me prescrive les médicaments pour les 3 mois suivants. Quand j'ai un doute sur l'efficacité d'un médicament et que je demande de l'arrêter un mois, des fois elle me dit oui, des fois non. »*

Pour G, c'est la même chose : *« il nous fait faire à chaque fois une analyse de sang. »*

H explique qu'il est suivi par le *« médecin traitant uniquement. Mais c'est pas lui qui a diagnostiqué [le diabète], c'était avant. »* Il y va *« tous les 3 mois, »* pour le *« renouvellement de médicaments. »* Et la consultation dure *« minimum 20 minutes. Par contre ses remplaçants c'est lucky luck ! C'est 5 minutes ! »*

Pour I, cela dure : *« une demi-heure pour les deux. De toute façon c'est vite fait, elle regarde, elle fait ses commentaires et elle renouvelle l'ordonnance. » « Évidemment si elle voit que ça remonte à 10, elle va s'affoler ».*

Alors que pour J, c'est 30 minutes pour elle seule.

K est suivi par *« l'honorable Pr α seulement. Ce n'est pas la simple reconduction d'une prise de médicaments. Ca s'adapte en fonction de l'évolution. »* Il le voit *« en moyenne tous les 4 mois qui fait 3 à 4 fois par an. J'y vais pour le bilan d'analyses sanguines. »* La consultation dure *« entre 30 à 40 minutes, en parlant de choses et d'autres. »*

Pour L qui va voir son généraliste *« tous les 3 mois, il me fait l'ordonnance »,* les consultations durent *« aussi longtemps qu'il y a besoin. ».*

M raconte qu'il consulte *« tous les 3 mois pour les médicaments, »* pendant *« une demi-heure. » « Je pense que c'est suffisant pour faire le tour de ma situation mais j'aime beaucoup parler avec lui et j'ai toujours l'impression que nous avons abrégé la discussion et qu'elle n'est pas terminée donc si ça ne tenait qu'à moi je resterais un petit peu plus. »*

N également *« va tous les trois mois, voir le docteur, s'il y avait quelque chose on lui dirait. » « La petite remplaçante m'a dit que le traitement était impeccable donc je ne vois pas pourquoi aller ailleurs, c'est très bien comme ça ».* Cela dure *« 20 minutes, si ce n'est pas plus. ».*

O répond : *« On était bien suivi de toute façon. Tous les 3 mois on va faire des prises de sang et on a le résultat. » « Il prend la tension, il voit, environ 20 minutes ».*

Q aussi y va « tous les 3 mois. » « C'est sûr qu'il y a des personnes avec plus de problèmes que moi mais moi il me garde une bonne demi-heure ce qui est normal. Après qu'il y ait du retard on le sait. Mais si j'avais des problèmes avec lui j'irais ailleurs. »

R affirme y aller « tous les trois mois, vu que j'ai les prises de sang. J'y vais pour voir le taux de mon diabète » et que les consultations ne durent « pas longtemps ».

De façon similaire, S y va « tous les 3 mois environ, pour un renouvellement d'ordonnance. » « Des fois on papote un petit peu, [cela dure] une demi-heure on va dire. »

U également consulte « tous les 3 mois. Il me fait déjà une ordonnance donc ça m'oblige à y aller. Il me fait aussi une prise de sang. »

Enfin, V explique qu'ils y vont « en moyenne tous les 4 mois puisque des fois c'est 3 mois et des fois c'est 6 mois » ; « juste pour le suivi, pour le renouvellement de l'ordonnance » et que cela dure « une demi-heure puisqu'on est 2. »

E et F vont consulter leur médecin traitant le plus régulièrement, c'est-à-dire au moins une fois par mois. E déclare : « je le vois soit 2 fois par mois, soit une fois par mois. » Et cela dure « entre 20 et 30 minutes. Il me prend le poids, la tension, les oreilles, on parle un peu. » « Je vais pour les médicaments, pour qu'il voit le diabète, et des fois quand je suis enrhumé. » F « va chez le médecin quand elle n'a plus de médicaments. » « Elle y va tous les mois et quand elle est malade. » La consultation dure « pas mal de temps, 20 minutes. »

P est celui qui passe le plus de temps chez son médecin traitant à chaque consultation. Il déclare y aller « tous les 3-4 mois. » « Le docteur qui me dit des choses des fois. Il m'explique pour faire attention en mangeant, pas trop de gras, faire attention quoi. » « Il me suit depuis le début, depuis la médecine du travail. » « Il fait une visite complète, il regarde la tension, mes jambes, il fait des contrôles si je me sens bien. » Cela dure « à peu près 45 minutes minimum. »

T est celle qui va le moins souvent chez son médecin traitant. Elle explique : « comme j'ai la flemme d'y aller, j'y vais vraiment pour qu'on me prescrive les médicaments que j'ai besoin. C'est quand même elle qui m'a découvert un souffle au cœur. »

b) Relations avec le médecin traitant

Dans le cadre de cette étude, qui n'incluait que de patients recrutés en passant par le médecin généraliste, les relations entre les patients et leur médecin étaient toutes excellentes !

K affirme : « j'ai une totale confiance. » « Il a toujours trouvé une origine à mes problèmes. » Il est « sympathique et de confiance. Il a un bon niveau d'écoute. » « Il me demande si ça va, si je n'ai pas d'effets secondaires. Si mon diabète augmente un peu trop il me donne un truc supplémentaire de quoi l'ajuster... »

M raconte : « je pense qu'il est très humain et que psychologiquement il apporte quelque chose à ses patients. Il a une intelligence et une culture extraordinaire, à chaque fois il va rebondir sur quelque chose que le patient va dire et il a souvent un étudiant avec lui donc on en profite pour élargir la conversation et former la personne. Je trouve ça passionnant. »

Q résume « ça va très bien. »

Pour U, la relation n'est « pas amicale mais cordiale oui. Quand je l'ai connu il n'était pas professeur. » « Je le connais depuis 25 ans. » « Il me demande comment je me sens, mes symptômes, il m'écoute. »

D raconte : « je suis arrivé il y a 25 ans, j'ai cherché le médecin le plus proche et j'en suis satisfait. » « Elle m'écoute » « me rassure ».

I dit : « elle est adorable. » « On la connaît depuis son début quand elle l'a remplacé. » « Elle a suivi toute la famille. » « Je fais confiance ».

Pour J, il y a une « relation de confiance. Ça fait des années que je suis suivie par elle. On leur fait confiance. »

T est dans une situation particulière car du fait de son déménagement, elle doit changer de médecin. Elle raconte : « je l'aime beaucoup, ça se passe très bien. Je me prépare psychologiquement pour le quitter. » « Mais un médecin comme ça c'était comme la famille quoi. » « C'est mon docteur de famille mais j'aimerais bien en trouver un par ici mais ce n'est pas facile à trouver. » Elle rajoute « elle me laisse libre. » Mais elle raconte une anecdote : « une fois j'ai dit au docteur β que je ne voulais pas de médicaments et là elle m'a dit alors de ne plus manger et là ça ira. Là elle m'a fait peur, enfin elle m'a parlé sévèrement, elle n'était pas contente de ma réponse quand je lui ai dit que je n'allais pas prendre les médicaments. Mais bon ça je sais que c'est pour le bien des patients. »

Enfin, pour V : « elle est bien, on ne peut pas dire qu'elle nous bouscule. J'y vais avec mon mari, on raconte notre vie. » La relation est « bien et de confiance. Je peux lui parler de tout, elle me correspond. » Elle les suit depuis « bien 7 ans. J'avais mis ma mère dans un foyer et on m'avait conseillé comme médecin Dr β et j'ai trouvé qu'elle était bien pour maman et pour moi aussi par la suite. Et puis elle ne fait pas une fixation sur les régimes. » « Elle s'adapte à moi. » « Si elle me dit que d'après les chiffres je dois prendre tel médicament, je la suivrais. Son avis compte beaucoup. Mais quand j'ai vu que ça allait bien et que j'ai décidé de prendre un Metformine au lieu de deux, elle n'a rien dit, elle ne m'a pas réprimandé, c'est pour ça que je l'adore. Mais elle sait être ferme quand il le faut. »

Pour G : « avec lui on se sent rassuré, il nous écoute avec attention. » « Il nous demande si tout va bien, on a un bon échange, il répond toujours à nos questions. »

H explique : « que le docteur il nous écoute. Moi avec lui, je retrouve les docteurs de notre enfance. » « Il est rassurant, il nous calme. » « Il nous donne les médicaments et puis il a trouvé la bonne posologie. »

N raconte : « nous, on l'a suivi partout. Pour nous, il est bien. Très gentil. Ça fait 18 ans qu'il nous suit. »

Pareillement pour O : « j'ai confiance en mon docteur, il me dit de prendre ça, je prends. » « Il est impeccable. » « Si on avait des ennuis, on dirait qu'il y a quelque chose qui ne va pas. »

R précise « je l'aime bien, il a découvert plein de choses quand même ! » « Moi j'ai confiance. » Mais « un moment il était malade et je n'avais pas confiance en son remplaçant. »

C déclare : « je trouve ça suffisant. Je suis satisfait. Le seul défaut qu'elle a c'est qu'elle est toujours en retard. »

S détaille : « c'est une relation de confiance, je la connais depuis des années, on échange bien » ; « elle prend le temps qu'il faut. S'il fallait plus, elle le prendrait. » « Avec Mme ζ , on a développé un bon relationnel. Donc avec Mme ζ je suis contente, on a trouvé un compromis. »

E estime son médecin : « il a fait le nécessaire, elle le suit depuis qu'elle a 20 ans. Il est très gentil, un homme impeccable. » Il y a un néanmoins une limite car « il ne lui demande pas son avis mais elle, elle n'arrête pas de dire qu'elle a mal à l'estomac... et lui il lui dit de continuer [les médicaments]. »

F dit de son médecin : *« il a beaucoup de valeurs, je l'aime bien, il est humain. » « Je lui ai ramené du monde. Il est gentil comme tout. »*

L explique : *« j'ai toujours eu une entière confiance en lui. » « Il m'a pratiquement toujours demandé mon avis quand je vais le voir et y tient compte. » « Je lui fais confiance parce qu'on peut discuter et qu'il tient compte de ce qu'on lui dit. »*

P répond que cela va *« très bien. D'ailleurs je n'ai jamais changé de médecin depuis que j'ai commencé avec lui. »*

c) Avis général sur la profession médicale

Quelques patients ont exprimé leur avis sur les médecins en général.

C déclare : *« je suis patient je n'ai pas [à] avoir mon avis... C'est mon avis. » « S'il trouve qu'il faut le faire il le fera et s'il trouve qu'il ne faut pas le faire il ne le fera pas et tant mieux. Un médecin ne peut pas nuire exprès à un patient. »*

D affirme : *« je fais confiance aux médecins, je prends les médicaments qu'ils me disent de prendre. J'ai bien compris qu'il y a un certain nombre de mesures que j'essaye d'impliquer... »* Il ajoute *« Je ne veux pas être médecin à leur place donc il faut avoir confiance en son médecin, je ne vais pas aller vérifier à chaque fois sur internet. Il faut avoir confiance en son médecin sinon on va en voir un autre. »* Cela ne l'empêche pas pour autant d'avoir un avis mitigé sur les spécialistes : *« les autres spécialistes ils en n'ont rien à faire ! » « Un médecin me dit oui, et un autre me dit non. Donc, je me suis déjà pris avec les médecins, on ne me prend pas pour un bête. »*

E a un avis similaire : *« moi je suis un malade, alors ils me donnent les médicaments et je suis. »*

Pour H : *« si les gens sont suivis par un bon médecin, il ne doit pas y avoir de problème. » « Si le médecin pense que c'est bien, il ne doit pas y avoir de problèmes. » « Parce que si vous n'écoutez pas le médecin et que vous mangez ce qu'il ne faut pas... Bah... »*

K raconte : *« j'avais un copain médecin qui disait que les malades on ne les soigne pas on les accompagne. »* Et *« on n'est pas là pour vous empêcher de vivre mais pour vous faire vivre plus longtemps. »*

Q dit : *« je ne passe pas mon temps chez les médecins. » « J'estime que je ne suis pas compétente pour donner mon avis. J'écoute ce que me dit mon médecin, on en discute, il m'explique pourquoi il diminue ou augmente mais je n'irai pas donner mon avis. Je ne suis pas compétente en la matière. »*

U explique : *« déjà je ne connais rien en médecine mais pour ne pas être d'accord il faudrait que je lise la notice et que je me rende compte qu'il y ait des choses contraires à ce que j'ai besoin mais ça ne m'est jamais arrivé. »*

A l'inverse, S témoigne : *« mais avant de l'avoir en médecin référent, je n'avais pas de médecin fixe, j'allais en voir un différent à chaque fois et je n'y retournais plus parce que je m'engueulais avec. Parce qu'ils ont des réponses toutes faites sans tenir compte de la spécification du patient, ils ne lui demandent pas son avis, et il n'y a pas un rapport d'échange quoi. On dit ce qu'on a, ils en déduisent que c'est ça et ils vous filent le médicament comme ça. Je pense que ce n'est pas une attitude correcte. Les gens ne sont pas idiots. J'ai toujours eu de mauvaises relations avec les médecins. Mais la façon dont ils imposent les choses sans expliquer, on a l'impression qu'on a à faire à des marchands de médicaments, ce n'est pas assez personnalisé. »*

En parlant des médecins hospitaliers, F pense : *« ils se déchargent facilement, ils sont occupés suffisamment. »*

V confie : *« j'avais avant un médecin qui me stressait, il me faisait monter ma tension. Avec un rapport comme ça on n'ose plus rien dire. »*

Enfin, en raison de son déménagement, T explique : *« il faut que j'aille en consultation avec un médecin ici, ou celui de mon mari, pour voir si ça passe ou pas. »*

d) Consultation avec un diabétologue

14 patients (F, G, H, I, K, L, N, O, P, Q, R, S, U et V) déclarent ne jamais avoir vu de diabétologue ou endocrinologue comme le dit Q : *« je n'ai jamais vu d'endocrinologue ou quoi »* et ne juge pas cela nécessaire comme l'exprime assez clairement O : *« et c'est très bien comme ça. »*

Pour plusieurs patients, c'est au médecin généraliste de juger si consulter un spécialiste est nécessaire ou pas.

Donc K explique : *« il n'a pas jugé nécessaire de me faire consulter un endocrinologue ou quoi. »*

De même pour U qui dit : *« tant qu'on me dit que ça va je n'ai pas de raison d'en voir. »*

L résume assez bien la situation en disant que *« le principe c'est que quand le diabète 2 devient trop difficile, on l'envoie chez le diabétologue. »*

Enfin, V certifie : *« mon frère y va et je ne vois pas ce que ça lui apporte de plus. »*

J est la seule à exprimer la volonté de voir un diabétologue : *« je me suis dit, voir un diabétologue qui m'expliquerait d'où viennent les problèmes, comprendre les complications, et qui pourrait m'expliquer comment les éviter, les hygiènes de vie... Pour l'instant c'est un peu brouillon. Je fais un peu mais je sais pas si c'est bien. Vaut mieux voir un spécialiste. »*

Enfin, C, D, E, M et T ont déjà vu un diabétologue.

Pour C et M, c'était au moment du diagnostic. C raconte qu'il a vu un *« diabétologue de chez Rothschild. »* *« Les premières années, je prenais régulièrement des rendez-vous avec lui, une fois tous les deux mois, même une fois par mois mais plus maintenant. Ça c'était pendant 2 ans. »*

E a également arrêté le suivi. Il confie que son médecin traitant l'avait envoyé *« chez un diabétologue à l'hôpital. Ils m'ont dit de ne pas manger ci, pas manger ça... la même chose que ε. Mais j'ai arrêté d'aller le voir. Il voulait que je passe à l'insuline, j'ai pas voulu. En plus d'aller le voir à l'hôpital là-bas ça me rendait malade. A force de voir des médecins, on devient malade. »*

D explique qu'il est suivi par un diabétologue mais ne peut pas aller le voir tous les 3 mois, donc il fait le point de temps en temps avec lui. *« Avec mon diabétologue la consultation dure plus d'une demi-heure parce qu'on papote, ça le change d'autres patients. Mais quand on parle c'est souvent autour de l'alimentation. »* Il ajoute *« seul le diabétologue peut déterminer le taux de chacun individuellement au lieu de sortir des taux généraux. »* *« Je prends mes rendez-vous à l'avance pour pouvoir organiser mes sorties, mes voyages »* *« J'ai compris qu'il fallait que j'aille dans un hôpital pour le suivi. Donc je suis allé à La Pitié où j'ai été suivis par le Pr G.. »*

Enfin, T aussi est toujours suivi. Elle consulte *« tous les 3 mois »*. *« Je vois le docteur diabétologue si ça monte où ça descend. »* Elle explique : *« pour aller voir quelqu'un, c'est compliqué. »* *« Le diabétologue, il m'a pas trop dit, on est en train de voir [pour les traitements] ... il m'a dit que ça ne se passait pas trop mal. »* Mais en discutant avec elle, on se rend compte qu'elle dit à son généraliste que le diabétologue aurait modifié certains traitements, alors que ce n'est pas vraiment le cas. Ce qui créait des situations complexes.

e) Consultation avec un nutritionniste ou un diététicien

10 patients (C, E, F, H, J, K, N, O, Q et V) affirment n'avoir jamais vu ni nutritionniste ni diététicien.

K déclare « *je peux me gérer seul.* »

C dit qu'il irait s'il prenait du poids.

V annonce : « *j'ai fait attention seule, sans voir de nutritionniste ou autre puisque je savais que je ne m'y tiendrais pas.* »

Et N ne souhaite tout simplement pas voir d'autres professionnels de santé.

A l'inverse, 9 patients déclarent avoir déjà vu un nutritionniste ou un diététicien (sans franchement pouvoir dire la différence) au moins une fois. Pour la majorité, l'expérience était plutôt bénéfique mais les conseils étaient souvent contraignants et difficile à appliquer au long terme.

D raconte : « *j'ai suivi un stage d'une semaine avec d'autres diabétiques.* » « *Ce que j'avais apprécié à mon stage c'est qu'il y avait des infirmières, des médecins, des nutritionnistes, il y avait une approche multi-métier. Chaque spécialiste a une approche du diabète différente et j'ai trouvé ça très bien. C'était très pratique.* » « *J'ai même suivi un stage d'une semaine pour savoir bien manger mais pour moi le nutritionniste devrait commencer par demander ce que l'on aime et qu'on ne veut pas supprimer, ce que l'on aime mais qu'on pourrait sacrifier, ce que l'on aime pas ...* »

G essaie de se souvenir : « *le Dr δ [l'a adressé] pour perdre un peu de poids il y a plus d'une vingtaine d'années. C'est sûrement quelqu'un qui m'a conseillé sinon je ne vois pas comment j'ai pu le connaître.* » Mais elle n'y va « *plus maintenant.* »

I confie : « *j'avais vu un nutritionniste, il y a longtemps, j'avais bien maigri. Je l'avais vu pendant 3 mois, j'avais maigri de 6kg, mais au bout d'un moment, ça vous gonfle.* »

L explique qu'elle a déjà vu un nutritionniste à l'Hôtel-Dieu. Et qu'avec « *l'aide de ma diététicienne j'ai été bien sage et j'avais perdu 7kg.* » « *Je l'ai vu à 2-3 consultations puis je me suis débrouillée toute seule.* » « *J'étais dans un groupe d'information sur le diabète. Ce que j'attendais c'était des régimes personnalisés mais en fait ils ne préconisent pas de régime régulier donc je n'étais pas motivée.* » « *Il y a dû avoir 3 séances mais c'était un peu décevant, ce n'était pas fait pour moi, c'est pour les gens qui ont peu de connaissance et ça ne m'a rien apporté.* »

M relate : « *je n'ai pas vu de nutritionniste en dehors de celle à Pompidou mais j'ai eu du mal à suivre ce qu'elle disait. Moi je me basais sur les résultats de mes prises de sang et quand elle me disait que j'avais le droit à un peu de féculent, quand j'en prenais le soir, mes résultats n'étaient pas bons le lendemain. Donc je me suis dit que si je les supprime c'était mieux. Mais dans mon cas, je stocke tellement qu'il faut que je fasse mon propre régime.* »

P dit : « *le docteur m'a envoyé une fois à la Pitié en voir [un nutritionniste]. Il m'avait fait une liste de ce que je pouvais manger mais je n'ai pas tellement appliqué. On m'avait dit que ce que je mangeais, ça allait.* »

R a vu « *une diététicienne, après l'accouchement, j'avais grossi. J'ai essayé pendant 1 an mais ça fait rien du tout. Si, j'avais maigri mais j'ai repris après. Quand on arrête on reprend le double.* »

Pareil pour S qui explique : « *pendant ma deuxième grossesse, où j'avais un peu de diabète de grossesse, j'avais été suivie par un nutritionniste de l'hôpital La Pitié.* »

Et U raconte : « *une fois il y a une vingtaine d'années j'étais allé chez un diététicien, ça a duré quelques mois, j'ai perdu plusieurs kilos...* »

Seule T exprime la volonté d'en consulter un : « *Mais quelque chose qui soit dans mes moyens et pas trop loin de chez moi.* » Elle a déjà vu un « *nutritionniste ... il y a des années.* » « *Le docteur β m'avait parlé d'aller voir un nutritionniste parce que mon alimentation n'était pas si mal que ça mais c'est pas assez si je veux supprimer tous les médicaments. Je ne sais pas si mon diabétologue est aussi nutritionniste.* »

f) Consultation avec un cardiologue

11 patients (C, D, E, F, I, K, N, O, Q, R et V) déclarent avoir déjà vu un cardiologue. La fréquence des consultations est normalement entre 6 mois et 1 an, comme le dit E : « *le cardiologue, tous les 6 mois avant. Maintenant il faut une fois par an.* »

Pour I c'est plutôt « *tous les ans une visite chez le cardiologue* ».

R avoue : « *là, je dois aller voir le cardiologue ça fait longtemps.* »

Pour K, c'est le seul spécialiste qu'il faut voir : « *il y a le suivi cardiaque par le cardiologue c'est tout.* »

N, O et Q expliquent que c'est le médecin traitant qui a décidé qu'ils avaient besoin d'y aller, comme ils le disent respectivement : « *si on a besoin le docteur nous envoie à la clinique* » ; « *il nous a dit d'aller voir le cardiologue, on est allé chez le cardiologue voilà.* » ; « *il m'a envoyé chez le professeur L. au centre de cardiologie* ».

V le confirme aussi : « *j'ai aussi vu un cardiologue une fois et je vais bientôt y retourner. On en avait parlé avec Dr β et elle m'a dit qu'on allait faire un petit test chez un cardiologue.* »

« *Si j'ai un problème je vais voir Dr β et s'il y a quelque chose elle m'envoie voir quelqu'un comme pour le cardiologue.* »

g) Consultation avec un autre spécialiste

A la question « **quels autres médecins vous suivent ?** », peu de spécialités sont citées.

C, D, E et V parlent entre autres de l'ophtalmologue.

C confie : « *elle m'envoie voir le fond des yeux, le cœur... je dois le faire une fois par an... De toute façon je ne le ferais pas plus souvent même si on me le disait parce que ça fait chier de courir partout. Vraiment je ne suis pas paranoïaque de ma santé.* »

D pense : « *l'avantage d'avoir le diabète de type 2 c'est que tous les ans on me suit pour les yeux.* »

E avoue : « *je ne suis pas allé depuis 2 ans. J'ai eu le laser dans les yeux pour le diabète, il y avait des contrôles.* »

Et V explique : « *j'y vais souvent pour le glaucome et la rétine.* »

D est le seul à parler d'un suivi en hépatologie : « *ils ont aussi un service hépatique et tous les ans on me fait des analyses.* »

I déclare être également suivie par un rhumatologue. Elle raconte : « *je voyais qu'elle comme médecin généraliste. Après elle m'a envoyé elle voir des spécialistes.* »

N déclare : « *je vais chez le kiné c'est tout.* »

Q affirme : « *je vais juste chez mon pédicure une fois tous les mois environ.* »

h) Consultation avec d'autres professionnels de santé

Au sujet des consultations avec un infirmier diplômé d'état (IDE), H est le seul à déclarer en voir régulièrement : *« le seul qu'on voit c'est l'infirmier pour la grippe. »*

Par contre, E affirme *« c'est pas la peine »*.

U se demande si c'est utile : *« je ne sais pas si ça sert à quelque chose. »*

V doute également, *« on a le droit mais je n'ai pas demandé parce que je ne vois pas ce que ça pourrait m'apporter. »*

I précise *« ça ne m'intéresse pas trop. »*

M justifie : *« par contre du côté médical, si j'ai besoin de soutien, je pense que c'est facile à trouver puisque le professeur saurait vers qui m'orienter. » « Je n'ai pas vraiment besoin d'aide contrairement aux insulinodépendants pour qui ça peut être intéressant. J'essaye plutôt de me sortir le plus de choses de la tête. »*

R bien que pouvant être intéressée par des infos sur le diabète, ne saurait pas à qui s'adresser *« je n'y ai jamais pensé. »*

A l'inverse, S affirme : *« si j'ai des questions je saurais trouver à qui les poser, je n'ai pas besoin d'une prise en charge particulière. »*

Concernant le programme Sophia, 11 patients (E, F, G, H, J, L, M, R, S, T et V) déclarent en avoir déjà entendu parler. J explique : *« j'en ai déjà entendu parler mais bon... c'est pour avoir des aides, des conseils... »*

E affirme : *« il y a Sophia qui appelle mais pour moi c'est zéro. »* Pour F : *« ils reçoivent des appels par la sécurité sociale, et ils ne veulent pas répondre. Ils savent ce que c'est en fait, avec la famille tout ça. Mais ce qui les saoulent c'est de ne pas manger. »*

G raconte : *« moi je lui fais lire et il me dit ce qu'il y a. »* H dit : *« moi je suis inscrit à Sophia, je reçois des trucs là. C'est un peu léger. »* Et il ajoute : *« moi je lis tout mais ça ne m'a rien apporté. »*

L explique : *« je pense que ça peut être bien pour d'autres, moi je n'ai pas testé. Je veux poser des questions personnelles et avoir des encouragements personnalisés... »* M avoue : *« je reçois systématiquement de l'association Sophia un magazine mais le dernier est à la poubelle. »*

R raconte *« j'ai reçu des lettres de la sécurité sociale. Mais comme je vois le docteur je n'ai pas suivi quoi. »* T s'énerve *« j'ai reçu des courriers mais je voyais mon diabétologue et si on fait que ça, ça me saoule. Je n'ai pas rempli les dossiers, je me suis dit que ça n'allait pas faire grand-chose de plus, je sais pas. Mais je n'ai pas que le diabète à penser, j'ai d'autres soucis aussi. Mes problèmes au dos c'est aussi grave, j'en souffre aussi. »*. Enfin, V avoue : *« c'est quelqu'un qui vous suit par téléphone mais je n'ai pas répondu. »*

Seule S semble avoir un avis plutôt positif, elle dit : *« je reçois des petits journaux, la dernière fois j'ai eu au téléphone une infirmière, notre échange a été sympa, elle avait des choses intéressantes à dire. Elle avait dit qu'elle me rappellerait occasionnellement, il n'y a pas de soucis. »*

Quelques rares patients affirment rechercher des informations par leurs propres moyens.

C déclare rechercher des informations dans *« des livres sur « comment vivre avec son diabète », sur internet j'ai cherché des trucs, et parfois à la télé. »*

D raconte : *« je lis les pages santé sur le diabète. »*

N dit : *« on regarde le truc médecin à la télévision le midi, parce qu'ils en parlent des maladies. »*

5. Facteurs liés à la nutrition et à l'activité physique.

a) Évolutions du poids

D, K, M, N, O, P et V ont perdu le plus de poids.

D raconte qu'actuellement il pèse « 91 kg mais j'ai déjà dépassé les 100 kg » ; « j'ai pris du poids en continu... je prenais de 5 kg en 5 kg. J'ai fait tous les régimes possibles et inimaginables mais je perdais quelques kilos et je reprenais tout après. Donc pour moi le régime n'est qu'une illusion. » « Pour perdre j'avais moins mangé, moins bu, et je ne me rresservais pas. »

K a perdu 10 kg suite au diagnostic du diabète, « j'ai mangé moins et j'ai perdu du poids. »

N explique qu'actuellement il pèse « 75 kg, j'ai maigri de ce que j'étais, et je fais 1m66 à peu près. J'ai été jusqu'à 84 kg. » Il n'a pas fait de régime mais « on mange moins maintenant. »

C'est pareil pour O qui dit « le docteur m'a pesé à 85 kg. » « Moi aussi j'étais jusqu'à 90 kg. » Mais « on a moins d'appétit qu'on en avait » donc « on mange plus comme avant. »

Enfin P qui pèse actuellement 66 kg, déclare : « avant quand je travaillais, j'étais bien plus haut que ça, à plus de 80 kg. Maintenant je reste stable. »

M raconte : « j'étais descendu à 87 kg avant Noël, je suis monté à 90 kg et je n'arrive pas à les perdre. En 2010 j'étais à 115 kg, c'était mon poids maximum » ; « j'ai perdu 25 kg en un an et demi. »

V qui pèse actuellement 90 kg, explique : « j'ai déjà fait plus, 98 kg, il y a 8-10 ans. Quand on m'a diagnostiqué le diabète je faisais environ 95 kg. Après j'ai maigri puisque j'ai fait très attention et j'étais descendue à 90 kg. » « Ce n'est pas la cigarette qui m'a fait prendre du poids mais une mauvaise hygiène de vie. On est une famille qui mange mal. » « C'était un kilo par un kilo sans événement spécifique. »

C, E, H, L, Q et U ont maintenu un poids relativement stable.

C explique : « je pesais 71 kg et après l'hôpital je faisais 74 kg. Alors c'était la catastrophe et il a fallu que je perde ces 3 kg. Et j'ai même perdu le quatrième donc là, je fais 70 kg pour 1m73. Je me suis dit « tu bouffes pas » c'est tout. Déjà je suis devenu végétarien donc de suite ça m'a aidé. J'ai diminué un peu les quantités de ce que je mange pour que mon estomac rétrécisse et apparemment j'ai réussi. »

E raconte : « généralement 87 kg, des fois 90-91 kg. Là, je fais 87 kg pour 1m83. Je pesais 86-87 kg avant le diabète, mais je suis monté il y a deux trois mois à 94 kg. J'ai perdu là parce que je me suis fait hospitalisé il n'y a pas longtemps pour un ulcère. » « J'ai pris quand j'ai arrêté de fumer, et après j'ai reperdu. J'ai arrêté de manger plein de choses. »

H estime peser 79 kg « c'est mon poids de toujours, j'essaye de ne pas dépasser. » « Tous ces régimes ça marche juste pendant le régime. Vaut mieux faire gaffe tout le temps comme moi. Je monte sur la balance régulièrement et je fais gaffe. »

L est claire : « Je suis plutôt stable » ; « en 2007, j'ai perdu 7kg que j'ai repris. »

Q est « entre 58kg et 60kg, je n'ai jamais vraiment dépassé. »

U fait un peu l'autruche : « j'évite de regarder mais je dois faire entre 90kg et 95kg. » « Avec le diabète j'ai perdu 4 kilos et après je suis devenu stable depuis 2-3 ans. »

I, J et S ont pris un peu de poids.

I raconte : « quand j'ai arrêté de fumer j'ai pris 6 kg que je n'ai pas perdu donc je suis à 78 kg là pour 1m56 » « Depuis 2 ans c'est plutôt stable. »

J avoue : « j'ai pris. J'ai toujours fait le yo-yo. Après il y a eu les grossesses donc... Mon poids max a été 95 kg pendant les grossesses. Après c'est difficile de perdre. »

S a pris du poids, mais a réussi à se stabiliser depuis. Elle confie : « j'ai perdu 1 kg et demi en venant à Paris. Peut-être parce que j'ai pris un train de vie régulier. En fait j'ai pris 30 kg en 30 ans alors là, je me suis dit je vais peut-être perdre 1 kg par an sur 10 ans. Depuis ma deuxième grossesse ça s'est quand même régulé. » Elle a fait « des petits effets yo-yo quand j'essayais par moment de faire des régimes, mais c'était pire donc j'ai arrêté les régimes. J'essaye juste de ne pas prendre du poids. J'ai quand même stabilisé mon poids... donc je suis contente. »

Malheureusement, F, G, R et T ont plutôt pris du poids.

F a pris du poids principalement sur la dernière année, de façon progressive.

G a pris du poids en raison de son problème de thyroïde.

Pour R, c'est les médicaments. Elle explique : « je fais 1m55, je n'ai pas grandi. Mais en poids j'ai grossi, je faisais 80 kg et là je fais 90 kg. C'est mon poids maximum. » « J'ai grossi avec les médicaments, enfin je ne vois pas pourquoi sinon. » « J'ai essayé des régimes mais que alimentaires, je n'ai pas pris de cachets, de trucs comme ça, manger de la viande, prendre que du vert, mais ça n'a rien fait du tout. » « Après mes grossesses, ça m'a fait prendre du poids. Par contre, après le décès de mon mari, j'ai plutôt maigri. »

Enfin T estime : « 1m51 et ...75-76 kg, je ne sais pas, je n'ai pas de balance. Depuis l'année dernière j'ai pris 3 kg en plus qui ne partent pas. J'étais déjà forte et quand je me suis mariée il y a 40 ans je faisais 58kg mais j'étais déjà ronde. » « J'ai tellement fait de régimes, plus jeune, qu'il arrive un moment que voilà. » « Comme j'ai dit je vais mourir avec l'espoir de maigrir. » « Mon mari ne se rend pas compte quand je prends du poids. » « Lui il est contre les gens qui se privent pour maigrir. »

b) Poids et IMC

3 patients pesaient moins de 70 kg (L, P et Q).

5 patients pesaient entre 70 et 79 kg (C, H, I, N et T).

5 patients pesaient entre 80 et 89 kg (E, K et O).

Et 9 patients pesaient entre 90 et 100 kg (D, F, G, J, M, R, S, U et V). Personne ne déclarait peser actuellement plus de 100 kg.

La répartition des IMC actuels était la suivante :

C, P et Q avaient un IMC normal entre 20 et 25.

E, H, K, L, M et N étaient en surpoids soit un IMC entre 25 et 30.

Les 11 autres patients étaient obèses.

D, F, I, J, O, T et U avaient une obésité grade 1.

G, R, S et V avaient une obésité grade 2.

Les poids au moment du diagnostic du diabète sont disponibles pour 17 patients.

Les IMC étaient répartis de la façon suivante :

C, L et Q avaient un IMC normal entre 20 et 25.

E, F et H étaient en surpoids soit un IMC entre 25 et 30.

Les 11 autres patients étaient obèses.

K, M, N, O, P, R, T et U avaient une obésité grade 1.

D, S et V avaient une obésité grade 2.

c) Organisation des repas et régularité

12 patients (C, G, H, J, K, N, O, P, R, S, U et V) déclarent avoir une alimentation régulière. La majorité des patients prend 3 repas par jour.

C raconte : « *Je prépare le petit-déjeuner pour elle, je mange avec elle. D'habitude c'est à 7h45 quelque chose comme ça.* » Pour les autres repas, « *le monde peut s'écrouler ce sera toujours 12h et 18h.* » « *Je prépare moi-même je préfère. Et je prends toujours bio.* »

J explique qu'elle prend 2,5 repas : « *c'est-à-dire matin, midi et vers 18h une petite collation. Ça c'est tout récent. Avant je prenais un repas normal le soir.* »

O déclare « *on est assez réguliers* » et P que « *c'est assez stable.* »

S raconte : « *on a une demi-heure pour manger le midi, des fois je prends plus de temps. En principe je vais au restaurant de l'entreprise. Si je suis très débordée, exceptionnellement je prends un sandwich.* » Elle prend des repas heures fixes « *depuis que je suis ici, avant c'était très difficile. Le midi je mange dans l'un des trois restaurants de l'entreprise avec les collègues... C'est varié.* »

U résume : « *je mange de façon régulière, je ne fume pas, mais bon je ne fais pas de régime. J'essaye de bouger un peu plus. Mais pour manger, je mange comme toujours, je bois comme toujours, ça ne m'a pas changé mon mode de vie.* »

Enfin, V ne mange que 2 repas par jour, mais de façon assez régulière : « *je mange bien le matin, je ne déjeune rien le midi, je ne grignote absolument rien mais le soir je mange bien, ce qui n'est pas bien. Je ne bois pas de jus de fruit, ce qui me prive quand même. Les fruits me privent aussi, je m'interdis et pourtant j'adore ça. J'ai un petit livre qui me dit ce que je peux ou pas.* »

A l'inverse pour d'autres (D, E, F, I, L, M, Q, T), les horaires et les repas sont plutôt variables voir irréguliers.

D raconte : « *quelque chose d'important aussi, nous prenons nos repas à n'importe quelle heure.* »

E explique qu'il rentre vers 11h du travail et qu'après « *ce que je trouve je mange. Après à midi je n'arrive pas à manger, alors je mange vers 15h. Sinon je mange à midi avec eux. Le soir je mange en famille, une salade, un potage, je fais attention. On mange beaucoup de fruits chez nous, à la fin du repas ou même entre les repas.* »

Pour F, elle prend « *un bon petit déjeuner vers 9h avec ma sœur* » « *on mange tous ensemble* » à la maison le midi, « *le goûter c'est des gâteaux. Avant plus, maintenant que 2-3 gâteaux.* »

M raconte : « *j'ai adapté mon alimentation en fonction de ma compagne qui se lève à 11h du matin alors que je me lève à 8h. Donc j'ai tendance à prendre un gros petit-déjeuner à 11h et à ne pas déjeuner jusqu'au dîner ce qui fait que quand j'ai un peu de stress, j'ai tendance à avoir faim l'après-midi et je peux prendre un chocolat.* »

T explique qu'elle prend « *un repas, le principal le soir pour mon mari et s'il reste je prends le lendemain midi.* »

Pour quelques patients, il est possible de comparer les anciennes habitudes alimentaires, du temps où ils travaillaient.

D raconte : « *quand je travaillais, soit j'allais à la cantine, soit un sandwich, soit j'allais tranquillement au restaurant. Aujourd'hui ce n'est plus le cas, à part le repas du soir qui est le même.* »

H se souvient : « *moi, où je travaillais c'était open-bar. Bah ils sont tous morts, tous !* »

En parlant des restaurants, M dit « *je n'y vais plus depuis que je ne travaille plus. Avant j'y allais une fois par jour mais maintenant c'est 2-3 fois par mois maximum.* »

P dit : « *je travaillais, je faisais des déplacements, alors manger dans les restaurants et les cantines, ce n'était pas toujours approprié.* » Et il répète « *comme je vous ai dit on était dans les restaurants, les cantines. Ce n'était pas évident de faire des régimes.* »

Enfin V explique : « *en ayant travaillé à Rungis et comme commerçante dans les marchés, ce n'est pas évident de manger équilibré. On se levait tôt, on ne mangeait pas à midi...* »

d) Grignotages

9 patients (G, H, K, N, O, P, T, U et V) déclarent ne pas grignoter.

Pour O : « *entre les repas, on ne boit pas on ne mange pas.* »

K certifie que les « *grignotages c'est rare. Quand je grignote j'essaye de manger une clémentine, un truc comme ça* », « *ça dépend de ce que j'ai sous la main.* »

H annonce fièrement que grignoter : « *on n'a pas pris l'habitude de faire cette bêtise-là.* »

C, E et R grignotent quelques fois.

Pour C, c'est plutôt une collation qu'un grignotage, et c'est principalement à base de fruit.

E confesse : « *quand on devient diabétique, on ne mange plus de fruits, de bananes tout ça, de gâteaux... Moi je ne mangeais pas trop ça, mais maintenant j'ai envie. Donc des fois j'achète. On dirait que c'est fait exprès.* »

R avoue « *craquer une ou deux fois dans le mois, je fais attention quand même.* »

J grignote « *de temps en temps* » surtout « *quand je suis à la maison et que je tourne en rond.* »

Enfin, D, F, I, J et M grignotent régulièrement.

D affirme : « *je suis très sucre : quand je passe devant une boulangerie, je me prends un flan.* »

F assume qu'elle prend « *du chocolat. Mais avant elle en mangeait plus.* »

Pour I, c'est plutôt « *avec des gâteaux. C'est pour ça que je n'en achète pas.* »

J confie : « *ça m'arrivait... Je prenais ce qui me passait sous la main, du sucré comme du salé...* »

M explique : « *j'ai l'impression que quand je stresse et ça me donne faim. A partir du moment où j'ai faim, en dehors des repas, c'est très mauvais si je n'arrive pas à me contrôler.* »

e) Régimes et habitudes alimentaires

La majorité des patients ne déclarent pas faire de régime. Néanmoins, ils sont nombreux à affirmer faire quand même plus attention à leur alimentation, surtout depuis le diagnostic du diabète.

Pour P c'est clair : « *oui je fais plus attention.* » « *Au début non mais quand je suis arrivé à la retraite, ça a beaucoup changé.* »

C déclare manger de façon particulière bien que ne faisant pas de régime à proprement parler : « *Je mange la diète séparée.* »

D est plutôt positif : « *je me suis habitué à la variété de produits, de cuissons, de couleurs. Je me dis que je ne m'en sors pas mal mais je ne peux pas dire que j'ai une alimentation de diabétique.* » « *C'est vrai que maintenant nous dépensons beaucoup d'argent dans la nourriture parce que nous ne prenons pas n'importe quoi.* » Il conclut : « *je mange peut-être moins de pâtes qu'avant et mange nettement plus de légumes donc mon alimentation est plus variée et sûrement meilleure mais niveaux surcharge pondérale c'est toujours pareil.* »

G affirme : « *on s'alimente normalement* » et « *on est un peu chiant à être trop raisonnables.* » « *Moi je n'ai jamais fait d'excès en quoi que ce soit donc je n'ai pas*

l'impression de faire de régime strict. Je fais un peu plus attention. » Néanmoins « je sais qu'il faut pas ci et ça, on s'en passe. Si on est invités à un repas d'anniversaire et qu'il y a un gâteau, on mange un petit bout » et « moi j'évite les fruits, la banane... » ou « si on va au restaurant le midi, le soir on ne mange pas. »

Cette idée sera reprise par J qui dit « *si on mange beaucoup un jour le lendemain on mange moins. »*

H répète plusieurs fois : « *on est raisonnable » et « on fait attention tout le temps, on est raisonnable. » « On fait gaffe à tout, on ne boit pas d'alcool, le sucre moi j'ai supprimé complètement ».* Il ajoute : « *aujourd'hui quand on nous dit que l'on a une nourriture qui rend malade, on se pose des questions. » « Bientôt on ne pourra plus rien manger de sain. »*

I dit surveiller son alimentation. « *Il faut faire attention aux aliments sucrés » et « éviter la charcuterie, mais ça, de toute façon c'est clair. »*

Pour V, « *je fais plus attention à ce que je sais qui n'est pas recommandé. Mais avant c'est vrai qu'on a toujours mangé mal donc oui c'est depuis le diabète que je fais attention. »*

Pour K, « *rien n'est interdit mais tout doit être mesuré. »* Il explique « *un diabétique doit faire plus attention. Le diabète n'est pas une obsession mais le poids plus. »* Puis il répète : « *le diabète n'est pas une obsession en soi. C'est une hygiène de vie générale. »*

M exprime la même idée : « *en gros, c'est un peu la devise des diététiciens, il faut manger de tout mais en petite quantité. »* Il ajoute : « *même si c'est lourd de devoir faire attention à l'alimentation, je me dis que c'est une façon d'agir pour surveiller et de ne pas en souffrir plus tard. Après c'est vrai qu'un quelconque écart est radical. » « Si je mange une pomme de terre ou du riz, dès le lendemain mes résultats remontent. L'alcool, je ne m'attendais pas à passer à 1,32g le lendemain. »* Il se justifie en disant : « *et puis je suis fils unique, ma mère était surprotectrice et il fallait toujours que je finisse mes assiettes. »*

Pour T, c'est plus mitigé : « *je fais attention mais je ne fais pas le régime. Je n'ai pas le déclic. » « J'essaie de manger des légumes, des choses comme ça. » « Ce que je ne fais pas, et qu'il faudrait faire : Un régime strict strict. »* Elle ajoute : « *j'ai une voisine qui ne prends pas de médicaments et qui le fait [le régime strict]. » « Je ne mange pas mais je prends une cuillère de riz, de pâtes, de pommes de terre parce que j'aime ça mais j'ai des légumes à côté bien sûr. Déjà pour mon poids, j'aimerais bien maigrir parce que je n'ai jamais été mince mais les 7-8 kilos en plus, ça n'arrange pas non plus. Il faudrait le déclic. »*

Certains patients comme N, affirment ne rien avoir changé dans leur alimentation.

Elle déclare : « *j'ai dit au médecin que je change rien du tout » ; « c'est comme ça depuis très longtemps. » « Je fais la cuisine normalement, ils ont l'habitude. »* Et « *On mange que des bonnes choses. »*

De même pour O : « *on mange normalement quoi, j'ai une femme qui est très bonne cuisinière, il n'y a pas de problème. » « On mange de tout sans abuser. Moi mon poids ne bouge pas. » « On mange à notre faim et puis c'est tout. »*

Pareil pour Q qui dit « *moi je savais ce qu'il faut manger ou pas donc ça n'a pas trop changé. » « J'ai réduit mais sinon j'ai pas vraiment fait de changements. »* Elle insiste : « *enfin moi je ne fais pas vraiment de régime. » « Les régimes... honnêtement je suis contre. Je ne fais aucun excès, je ne mange pas de sucrerie. »*

U également n'a pas franchement changé son alimentation : « *Depuis longtemps je devrais me mettre au régime et maintenant avec le diabète... mais bon je n'ai pas tellement envie. » « Moi j'aime les pâtes », « ma femme me pousse à manger autre chose ».* Il explique : « *le soir ma femme essaie de diversifier les repas. » « Mais avec la cantine le midi, les choix sont un peu limités donc j'essaie de faire au mieux. »* Néanmoins, pour lui, vivre en famille est un

avantage car « *en vivant seul on a tendance à presque manger n'importe quoi alors qu'en famille on a une hygiène de vie plus régulière.* »

Par contre, pour I, c'est l'inverse : « *quand je suis seule je mange moins.* »

Enfin, pour d'autres, c'est clairement variable, voire franchement difficile de surveiller son alimentation.

Au moment de l'entretien, J était dans une période où elle faisait particulièrement attention à ce qu'elle mangeait. Malgré tout, elle s'en voulait de ne pas pouvoir supprimer complètement les féculents. Elle pense que cela lui permettrait de ne plus avoir besoin de traitement. « *Je ne les évite pas en fait, je les diminue oui, mais éviter c'est pas possible. Et puis je fais attention aux associations.* ».

Idem pour S qui vient de changer de travail. Elle raconte qu'actuellement « *c'est mon époux qui cuisine, il rentre avant moi. Sachant qu'il est végétarien, il ne cuisine jamais de viande, donc si j'en veux je m'en en fait. Il fait toujours des légumes, et des féculents parce qu'il est sportif.* » « *J'ai supprimé la charcuterie, je mange plus de légumes, je privilégie la viande blanche à la viande rouge... Mais c'est vrai que c'est plus facile depuis que je travaille moins et que je mange dans un endroit où il y a du choix* » « *Et je sélectionne mieux les desserts quand j'en prends. Je vais faire en sorte de prendre une salade de fruits plutôt qu'un tiramisu.* ». Elle conclut en disant « *le régime alimentaire que je prends n'est pas si éloigné des recommandations qu'on me donne. Je pense que le problème que j'avais avant c'était que je travaillais beaucoup, je dormais peu, donc je prenais un repas de plus la nuit.* ».

Pour R, c'est différent. Elle ne comprend pas trop visiblement. Elle dit « *Je ne sais pas si c'est autorisé ou interdit mais j'aime beaucoup les légumes* ». Elle rajoute, confuse « *d'après le docteur -parce que là j'ai grossi un peu- il m'a dit que c'était les médicaments. Je lui ai dit que je ne comprenais pas, je suis raisonnable* »

Pour E, l'adhésion au régime est variable, mais c'est difficile : « *ça dépend, la vérité ça dépend, c'est par période. Quand je vois que la glycémie n'est pas bien, je fais attention pendant une semaine. Il y a des choses qui sont dures à ne pas manger chez nous.* »

L n'est pas du tout satisfaite de son alimentation. Elle trouve qu'elle manque de temps pour bien s'occuper de son alimentation. Elle se justifie : « *je n'ai pas forcément l'envie ni le temps. Ce serait bien que je me prépare une lunch box pour le soir, ça me permettrait de manger plus tôt. Ça fait partie, comment dire, de mes bonnes résolutions.* » Et « *je n'arrive pas à avoir des repas à heures fixes et manger ce que je devrais manger. Et ce que je devrais manger c'est ce que moi j'ai appris mais pas forcément ce qu'une diététicienne recommanderait.* » Mais « *les jours où j'ai le temps je suis capable de me faire un repas tel que les diététiciennes m'ont appris.* » Elle conclue par « *je rêve de quelqu'un qui me préparerait des repas tous les jours.* »

Volonté qui avait également été exprimé par V : « *si on me prenait en charge et qu'on me cuisinerait les choses que je puisse directement manger, ce serait plus simple.* »

Enfin, F pense qu'elle devrait faire un régime, mais elle a énormément de mal à s'y tenir. « *En fait elle ne respecte pas le régime, elle mange comme tout le monde.* ». Sa famille se décourage. « *Non on ne dit plus rien, on la laisse faire sinon elle s'énerve.* ». Mais malgré tout, « *avant elle pouvait manger de tout, maintenant elle prend, mais moins. Elle fait quand même attention.* »

f) Ressenti de l'alimentation

Plusieurs idées sont évoquées en rapport avec l'alimentation. Il est intéressant de remarquer que les patients peuvent en évoquer plusieurs.

Le plaisir.

La fille de F estime que sa mère « *se fait plaisir, elle aime le sucré.* » C'est pourquoi « *quand il y a quelque chose qu'elle n'a pas mangé depuis longtemps, elle se dit qu'elle va en profiter et elle le mange.* »

D'une autre façon, pour C qui se définit comme « *gourmet* » également. Il raconte : « *en tant que clandestin, on ne savait pas, on avait des difficultés donc pour se venger on mangeait n'importe quoi, on n'avait pas de fric du tout... Et quand j'ai pu, avec le salaire des théâtres, j'ai mangé mieux.* »

K dit clairement « *l'alimentation c'est avant tout pour se faire plaisir. Je ne mange pas n'importe quoi, sauf quand je suis pressé.* »

U également dit simplement que c'est « *pour se faire plaisir.* »

Le partage, la convivialité.

Pour D, son alimentation varie en fonction des gens avec qui il est : « *quand je reçois ou que je sors, je ne me contente pas d'une tranche de jambon-salade. J'aime bien cuisiner donc...* »

Pareil pour K qui raconte : « *le fait de les recevoir ou quand on sort, on ne fait plus trop attention pour être honnête. Je mange plus, je bois plus* » ou « *des grands excès non mais il peut arriver que je me fasse plaisir si je vais chez des amis qui ont parfois de bons vins. Je goûte de tout mais bon voilà.* »

Idée également décrite par V qui dit : « *j'essaye de ne pas manger trop de glace au dessert mais je fais attention parce que ça nous exclut.* »

Le besoin.

Comme le dit O : « *le corps demande un peu de sucre quand même.* » C'est pourquoi « *j'ai pas faim, mais je mange.* »

R pense « *ça m'arrive d'avoir besoin de sucre.* » Elle ajoute « *bah des fois je n'ai même pas faim mais je me dis qu'il faut que je prenne quelque chose pour prendre des forces.* »

D explique : « *j'ai un problème avec le sucre. Quand j'étais enfant, je mettais dans mon café jusqu'à 15 sucres. Mon père médecin disait que si j'en mangeais autant c'est parce que j'en avais besoin. Il y a 20 ans je me suis mis aux sucrées.* »

L'anti-stress.

M explique : « *je pense que la nourriture est très liée au moral. Quand ma compagne me réprimande quand je mange une pomme de terre en plus, je sais qu'elle a raison, mais je pense que j'en ai besoin. Elle va à la limite me culpabiliser ce qui va augmenter le stress mais c'est justement le stress qui me fait me comporter comme ça.* »

S dit bien qu'on mange pour « *pour se consoler, pour se calmer, pour se rassurer...* »

Pareil pour R qui dit « *quand je ne suis pas bien, je vais avoir tendance à manger.* »

De même pour T qui dit « *quand je ne suis pas bien le soir, je ne peux pas lutter, surtout quand je prépare le repas pour mon mari.* »

U raconte : « *quand je suis un peu nerveux j'ai tendance à manger c'est certain.* » « *Ça peut relaxer.* »

L'ennui.

Pour J, cela favorise les grignotages : « *c'est l'ennui, parce que au travail je n'y pense pas du tout.* »

S raconte « *j'ai été habituée à manger des bonbons ou du sucre quand je m'ennuyais.* »

Pareil pour Q qui dit : « *quand on reste toute la journée chez soi, on a plus tendance à grignoter* ». Pour L, l'alimentation a plusieurs fonctions : « *effectivement si je m'ennuie ou*

que je suis angoissée c'est une compensation, ça comble le vide. » Mais elle ajoutera également : « ça a un rôle de plaisir, de découverte. Ça a un rôle social. »

Une lutte permanente.

J l'illustre bien en disant : « je suis très gourmande. Même le pain, les féculents. Je pourrais diminuer mais arrêter complètement non. Je suis habituée, c'est compliqué. Le fait d'avoir l'habitude depuis toujours... c'est pas évident de changer. »

Idée également présente dans le discours de V : « au quotidien j'essaye de limiter mais j'ai du mal puisque j'aime la mayonnaise, la charcuterie et le fromage donc c'est difficile de manger équilibré. » « Je résiste, puis je craque. »

S raconte : « avant je craquais pour du chocolat mais plus maintenant parce que j'ai remarqué que ça me montait la glycémie le matin. Mais quand je prends un bonbon, le matin ça change pas grand-chose, bon après c'est que le matin je ne vérifie pas ma glycémie en journée... mais c'est sûrement pas bon pour la glycémie. » Il ajoute : « alors depuis un an j'ai identifié des choses qui me faisaient monter la glycémie à jeun le matin, comme le riz, les sucres lents. Donc j'en mange en petite quantité plutôt le midi pour pouvoir les dépenser dans la journée, plus que le soir. » Mais il conclut « le sucre rapide n'est pas si néfaste. »

Pour N, tout simplement, il « faut éviter le sucre. »

I dit en parlant de son mari : « on était passés par une période où on mangeait beaucoup de gâteaux tout ça. Mon mari ne boit pas du tout d'alcool. Il a failli se suicider, il a fait une cure et maintenant il est abstinent complet. Alors il se venge un peu sur le sucre. » Puis « on évite les aliments sucrés quand même » surtout « depuis la montée en flèche du glyqué. »

Pour E c'est difficile : « quand on vous dit de manger ça, de ne pas manger ça, de faire une assiette comme ça. » Pourtant « on peut manger tout mais en petite quantité. Si on ne mange pas certains trucs, on peut manquer de sucre même. »

L'interdit.

Pour F : « on lui dit de ne pas manger, mais elle mange quand même, parce qu'elle en a marre, elle en a marre de respecter les règles. »

Pour L aussi, d'une certaine manière, qu'il y a une limite à ne pas franchir : « la diététique nous dit bien, et surtout la diététique du diabétique, ça nous rappelle bien combien de quantité de glucides il faut manger. C'est donc des normes et si on dépasse ces quantités c'est de l'excès. »

Chez Q aussi, on a l'impression qu'il y a cette idée d'interdit, bien que cela ne soit qu'à demi-mot : « je fais attention avec les féculents, les fruits parce que c'est sucré. Je n'ai pas envie de tout supprimer non plus mais c'est vrai que je n'ai pas mangé de pâtes depuis longtemps. »

Ou quand T dit : « je ne connais pas tout. J'ai mon idée comme ça. On sait très bien ce qui est mauvais, je goûte juste. »

De même dans le discours de R : « je me fais une raison par rapport au sucre. Je me dis qu'il ne faut plus y toucher quoi. »

Enfin V va clairement s'interdire « des choses qu'[elle] adore. »

g) Connaissances nutritionnelles

Au final, seuls 9 patients (C, H, I, J, K, L, M, Q et S) ont répondu à la question « **dans quels aliments peut-on trouver du sucre ?** »

Parmi cela, H, I et K répondent de façon générique : « dans beaucoup de choses il y a du sucre », « bah tous » ou « ils en contiennent tous ».

Les sucreries ne sont explicitement citées qu'une fois (par K) contrairement à ce qu'on pourrait attendre. Les pâtisseries ne sont mentionnées que 2 fois. Par contre, les féculents sont mentionnés 4 fois. Les fruits sont nommés 3 fois.

Concernant les aliments recommandés ou au contraire à limiter en cas de diabète, seul U n'a pu citer aucun aliment.

E, H, I et R ont déclaré ne pas savoir pour au moins une des catégories.

Pour C, E, F, L, M, N et O, rien n'est « interdit ». Comme dit C « Tout est à manger et à limiter. »

Pour F, on peut manger « Pleins de choses mais une assiette normale. » « On peut manger tout mais en petite quantité. ».

V par contre, est celle qui cite le plus d'« aliments interdits » : « les gâteaux, le chocolat, les plats préparés, les gâteaux apéritifs, les viennoiseries, la brioche ...»

Tableau 2 :

Nombre de fois où chaque aliment ou catégorie d'aliment a été cité dans les entretiens.

Aliments autorisés sans aucune restriction	Féculents	1	Poisson blanc	1		Légumes	10	
	Pâtes	1	Poisson	1		Légumes verts	3	
	Pommes de terre	1	Viande	2		Crudités	1	
	Lentilles	1				Salade	1	
	Haricots rouges et blancs	1				Champignons	1	
						Épinards	2	
						Fruits	2	
						Pomme	2	
Aliments autorisés mais de façon limitée	Féculents	4	Viande	2	Gâteaux	1	Fruits	4
	Pâtes	4	Protéines	1	Sucre	4	Raisins	1
	Pommes de terre	1	Œufs	1	Sucre pur	1		
	Couscous	1	Pâté	1	Confiture	1		
	Pains	1	Charcuterie	2	Bonbons	1		
			Fromage	3	Chocolats	1		
		Jambon	1	Graisses	1			
Aliments interdits	Pâtes	2	Charcuterie	2	Viennoiserie	2	Banane	1
	Patates	1	Rognon	1	Gâteaux	2		
	Pommes de terre	1			Sucres	3		
	Pain blanc	1			Bonbon	2		
	Féculents	1			Confiserie	1		
	Lentilles	1			Chocolats	1		
	Sucres lents	1			Plat préparé	1		
	Riz	1			Gâteau apéritif	1		
					Brioche	1		

Boissons autorisées sans aucune restriction	Eau	15	Thé	2	Coca zéro	1
	Eau gazeuse	1	Café	1		
Boissons à limiter ou interdites	Alcool	7	Boissons sucrées	3	Jus de fruit	7
	Vin	2	Soda	8	Jus de raisins	1

	Bière	1	Coca	4		
	Apéritif	1	Orangina	1		

h) Consommation d'alcool

12 patients (C, F, G, H, J, K, L, M, N, R, S et T) déclarent ne pas du tout consommer d'alcool. F et G ne consomment pas d'alcool pour des raisons médicales : « *jamais, ça fait monter le diabète* » et « *ça ne fait pas bon ménage.* »

Pour J aussi « *c'est pas bon pour le foie.* »

S explique : « *ça m'arrive pas souvent, quand je suis avec des amis, et ma glycémie monte direct, c'est flagrant ! Mais ça m'arrive extrêmement rarement.* »

T est radicale : « *je suis contre à 100%. Je pense que ce n'est pas très bien non plus pour le diabète.* »

M raconte : « *l'alcool c'est rarissime. Avant j'étais tellement stressé que je tenais en buvant un ou deux demi verres à midi* » mais « *j'ai moins touché [à l'alcool] parce que ça me rend triste, je n'aime pas cette sensation.* »

C est un peu moins strict « *je faisais vraiment attention, pas d'alcool, pas de bière du tout. Maintenant je prends de temps en temps de la liqueur de prune ou quoi ... Mais il y a 2 ans je prenais rien du tout. J'étais strict. Là, je suis moins strict, je ne sais pas pourquoi... Peut-être parce que je vieilli... je veux prendre un peu de plaisir. Avec ou sans de toute façon on va crever.* »

Pour les autres, l'alcool est bu un peu plus régulièrement.

P « *prends un petit verre de vin en mangeant.* »

Pareil pour Q : « *quand je mange chez moi le midi je bois un demi verre de vin mais jamais d'apéritifs ni de jus de fruits.* »

V raconte : « *l'alcool j'en prends tous les dimanches et quand on a des amis. Je prends du whisky parce que j'ai entendu que c'est ce qui a le moins de sucre. Le vin j'en prends un peu en semaine.* » Elle ajoute : « *je pense que l'alcool pris à haute dose fait élever le taux de sucre et ce n'est pas bien puisque ça fait de la graisse au foie et des triglycérides. Je sais tout ce qui ne faut pas mais je le fais.* »

La consommation de E est irrégulière. « *Quand je bois je prends un ou deux verres, et des fois j'arrête pendant 6 mois. Je bois de la bière, des fois du whisky.* » Pourtant, il sait que « *ça contient plein de sucre, ça a des conséquences graves.* »

De même pour I qui « *à chaque repas [...] bois un verre de vin. Et puis il y a des périodes où je ne bois pas de vin du tout, que de l'eau.* »

Enfin, D aime boire « *quand on fait des réunions de famille, en plus le soir, je sors du vin et je ne résiste pas à la tentation d'un bon repas* » et « *nous y avons une bonne cave de vin que nous adorons.* » Mais il semble actuellement se limiter : « *j'en prends mais j'ai constaté que je bois beaucoup moins d'alcool qu'avant.* »

i) Pratique d'une activité physique et ses limites

C et T sont ceux qui pratiquent le plus d'activité physique, soit une activité physique d'intensité moyenne plusieurs fois par semaine.

C déclare que malgré ses problèmes de santé, il « continue à faire du vélo tous les jours. C'est pas des courses très sportives, mais je roule pas mal. » « Il y a un moment où je faisais de la gymnastique chaque jour. »

Pour T, c'est assez diversifié, elle fait : « le kiné, l'aquagym deux fois par semaine pendant presque 3 heures. » « Je fais de plus c'est l'aquagym, c'est des exercices. Je pense que c'est pas mal pour la tension tout ça... mais je n'ai jamais été sportive. »

Puis D, F, H et P qui ont une activité physique plusieurs fois par semaine.

Pour D, c'est de la marche. « Il faut bouger » donc « je fais l'effort de marcher jusqu'au marché qui est à 45 minutes à pied ... » F également marche beaucoup : « mais ça depuis toujours. » Le cardiologue « lui dit de faire du sport. » Donc elle marche « tous les jours, elle fait 1h, 1h30 le matin. Et ça lui arrive de ressortir l'après-midi. Elle a dit que si elle ne marchait pas, elle allait mourir. Elle fait les courses à pied aussi. »

Pour H également, c'est principalement de la marche : « moi je marche beaucoup », « tous les dimanches je fais 7 km. » En plus, « on dit qu'on peut diminuer le nombre de cachets si on fait tel temps de marche... mais entre ce qu'on lit et la réalité... » Et avant « je faisais du sport en dehors du travail stressant que j'avais. »

Pour P, c'est la même chose. Il raconte : « dans la journée, on ne regarde pas la télé, que le soir. » « Je me promène, je fais les courses. » « Ça dépend, si c'est l'hiver on ne sort pas sinon je sors au moins deux fois par jour. Je sors marcher environ 1h-1h30 en tout. Je sors faire les courses à pied. » « Avant je faisais du football, c'est vieux ça. »

E, J, K, L et Q ne font pas franchement d'activité physique, mais sont actifs dans la journée.

E raconte : « avant je m'entraînais dans des trucs de sport, je courrais, mais actuellement non. J'ai arrêté il y a une dizaine d'année. » « Maintenant à la place de ça, je bouge, je travaille, je monte les escaliers. »

J est pleine de bonnes intentions, depuis peu : « je me suis inscrite à la piscine. J'en fais 1h une fois par semaine. »

K estime qu'il doit bien marcher « minimum 1h par jour, » tout en déclarant « je suis plutôt sédentaire. »

L est active mais trouve qu'elle n'en fait pas assez : « il faut que je me force à faire une activité physique et à équilibrer mon alimentation. » Et « bon, monter les escaliers 1 à 2 fois par jour c'est déjà mieux que l'ascenseur mais je suis sûre que je n'en fais pas assez. Il faudrait que je sorte tous les jours faire 5 km à pied. » Mais elle ajoute : « j'ai repris la gym aquatique » et « dans la ville je me déplace à pied. »

Enfin, malgré ses problèmes de hanche et d'équilibre, Q reste plutôt active. Elle explique : « je pense que je ne suis pas une personne inerte. Je ne regarde pas beaucoup la télé. ». « Je fais tout à pied. » « Avant j'allais à la piscine » mais « maintenant je marche beaucoup mais je prends une canne parce que sans je perds l'équilibre. »

Les 9 autres patients sont franchement sédentaires.

Seule V explique qu'en été, quand elle part en Normandie, elle bouge plus : « une demi-heure de marche par jour ce serait très bien mais pas ici, pas en ville, c'est trop compliqué. A la campagne, on marche beaucoup plus. » Elle faisait du sport étant plus jeune : « j'ai fait de la gymnastique au sol, j'étais championne en 1966, puis le métier que j'ai eu était assez physique donc j'ai fait beaucoup de marche. Maintenant je marche dans la maison ». Elle ajoute : « on fait les courses en voiture mais on fait 2h de marche dans le magasin. »

G avoue : « je reste souvent assise avec la couture, ou la télé. » Elle marche « de la cuisine à la chambre. »

I est claire, le sport « *j'en fais pas d'abord.* » Au plus, « *avec mon chien je suis obligée, je le promène un peu.* »

M explique « *le sport et moi ça fait deux.* » « *C'est vrai que sans emploi et sans activité, je ne sors pas tous les jours* », et « *les jours sans rendez-vous, je ne vais pas sortir, à part si j'ai une course à faire. Je peux rester des journées entières à la maison sans bouger.* »

R confesse « *c'est vrai que je n'ai plus d'activités à part mon petit ménage, je ne fais rien.* » et « *je n'ai jamais fait de sport.* »

S admet : « *je marche 10 min le matin 10 min le soir ... c'est pas assez.* » « *J'avais des lourdes journées donc j'étais statique devant mon bureau.* » Elle explique : « *je faisais beaucoup de sport avec mon mari jusqu'à 40 ans, j'étais très sportive, mais après la naissance de ma fille j'en faisais beaucoup moins.* »

U bouge peu : « *j'essaie de bouger un peu, je marche quand je rentre du travail, j'essaie de prendre les escaliers plutôt que l'ascenseur mais voilà.* »

Plusieurs facteurs limitants sont cités :

La mauvaise santé.

C raconte : « *avant les chirurgies je faisais beaucoup d'haltères, j'étais balaise. Après j'ai arrêté.* ». Pour D c'est les « *deux prothèses de hanches récentes.* »

H raconte : « *en ce moment j'ai limité ma marche parce que j'ai eu une sciatique mais on marchait.* »

O explique : « *mais je ne peux pas sortir tout seul, j'ai le pied qui traîne. J'ai été opéré des lombaires, c'est les suites.* »

Pareil pour Q ou R qui sont limités à différents degrés : « *ce qui m'handicape en ce moment c'est mes jambes, j'ai beaucoup de mal à marcher toute seule.* » Et « *je ne m'aventure pas parce que j'ai une canne et j'ai peur de tomber* ».

Pour S, il y a plusieurs gênes : « *je sais qu'il faudrait que je fasse plus de sport, mais c'est difficile. Pas forcément à cause du poids mais aussi à cause de l'âge, j'ai un peu rouillé. Donc je fais ce que je peux mais je sais que je n'en fais pas assez. Quand je peux prendre les escaliers je le fais, mais ça me fait mal aux genoux, je suis essoufflée.* »

Elle ajoute « *trouver un sport qui m'intéresse.* »

Le manque de volonté ou d'envie.

Par exemple F, « *n'aime pas* » tout simplement.

I déclare : « *je n'ai pas envie, je n'aime pas être avec les gens moi, je suis sauvage.* »

K avoue : « *ça ne m'a jamais intéressé.* »

M raconte : « *donc j'ai été habitué à vivre dans ma chambre, à ne pas bouger sans m'ennuyer.* » « *Je n'ai pas le goût de l'effort* » « *donc le sport est bien pour ceux qui en ont le goût. Maintenant, avec la vie qu'on mène, ce n'est pas facile.* »

Chez N cela s'exprime différemment « *j'ai voulu acheter un vélo d'appartement mais je sais pas je ne l'ai pas fait.* »

Le manque de temps.

E dit « *J'ai plus le temps pour le sport. S'il y a le temps pourquoi pas.* ».

Pour S, il faudrait plus de « *cours de sport dans des créneaux accessibles pour les gens qui bossent* ».

Pour U aussi « *il faudrait que je [me] décide à rentrer plus tôt à la maison et à travailler moins.* »

Le prix.

L estime être limitée par « le financement. »

La honte.

V admet « *je ne me vois pas aller dans une salle de sport. Je me trouverais gênée par rapport aux gens qui s'y trouvent, des petits jeunes bien faits pas des petites boules comme moi. Je ne me sentirais pas à ma place. Mais s'il y avait un groupe avec des gens âgés, peut-être oui mais bon ça ruinerait le moral.* »

Pour G, il y a plusieurs raisons : « *moi je ne marche pas parce que j'ai mal partout.* » « *J'ai mal aux jambes depuis plusieurs mois, le doliprane ne fait pas grand-chose.* » De plus, son mari « *marche trop vite* » et « *marcher toute seule c'est pas rigolo* » ; « *et puis je suis un peu paresseuse.* »

B. Corrélation entre ces facteurs et l'observance

1. Perte de poids

Concernant la perte de poids, quelques facteurs semblent être corrélés.

Tout d'abord, dans cette étude, les hommes semblent avoir plus perdu de poids que les femmes. Les patients nés à l'étranger semblent avoir moins perdu de poids que ceux nés en France. Parallèlement, les patients qui ont le moins étudié semblent avoir moins perdu de poids. De façon similaire, ceux qui déclaraient le moins avoir de soucis financiers semblaient avoir perdu plus de poids.

Le fait d'avoir des proches aidants ou d'être soutenu semblait aussi être un facteur positif.

Les patients avec le plus de pathologies cardiovasculaires associées semblent être ceux ayant perdu le plus de poids. Il en va de même pour ceux qui ont le plus de traitements. Il est possible que ces personnes soient plus effrayées des risques de la maladie, ou bien qu'elles aient été plus sensibilisées par leurs différents médecins.

Le fait d'avoir du diabète dans la famille semble être plutôt un facteur négatif ; peut-être que ces patients-là ont l'impression que le diabète est héréditaire, et donc immuable.

Les plus observants au traitement, semblent être de « bons élèves » puisque ceux-ci semblent également avoir perdu le plus de poids. De même, ils semblent les plus impliqués. On peut se demander si ce n'est pas un profil de patients « observants ».

Le fait d'avoir un diabète ancien semble être un facteur positif.

Le fait de ne pas être stressé ou de ne pas avoir de trouble du sommeil semblaient plutôt associé à une perte de poids positive, de même que ne pas vivre la maladie comme quelque chose de trop contraignant. Les patients qui se déclarent « stressés », qui ont du mal à dormir, voir qui sont, déprimés semblent également avoir un profil particulier.

La connaissance du diabète et de ses objectifs pourrait avoir un lien positif. Par contre, la connaissance nutritionnelle ne semble pas du tout corrélée. Cela pourrait être expliqué par la présence d'un groupe de patients « observants » mais qui ne semble pas réellement instruits sur le plan diététique.

Dans cette étude, les patients interrogés ayant l'IMC le plus haut semblent être ceux ayant perdu le moins de poids. L'IMC au moment du diagnostic ne semblait pas pertinent.

2. Eviter les grignotages

Concernant les grignotages, les hommes âgés y semblaient moins enclins. De même que le fait de ne pas avoir d'enfants au domicile ou ne les voyant pas fréquemment. (Ce qui était plus le cas des hommes âgés justement).

Les patients qui travaillaient actuellement semblaient plus sujet aux grignotages que les autres. Serait-ce parce que le travail serait une sorte de facteur de stress ? En tout cas, l'organisation au quotidien de ces patients « travailleurs », plus jeunes semble être différente et donc faire émerger un autre profil.

Le fait d'avoir un diabète depuis longtemps, d'être depuis longtemps à la retraite, ou d'avoir son conjoint également à la retraite, semble associé. Mais c'est probablement également lié au fait que ce sont des hommes plus âgés (comme pour les enfants non à charge).

Le fait de ne pas déclarer avoir de problèmes financiers, d'avoir des proches aidants ou de se sentir soutenu semble également positif.

L'état psychologique c'est-à-dire être stressé, avoir des troubles du sommeil ou se déclarer déprimé est lui par contre plutôt un facteur négatif.

Le fait d'être « observant », indépendamment du nombre de traitements semble également être plutôt un facteur positif.

Un diagnostic fait dans un contexte asymptomatique semble également associé à moins de grignotages.

La connaissance du diabète, de ses complications, de l'HbA1c semble également avoir une association positive. Le fait d'avoir un lecteur ne semble pas lié.

Le fait de ne pas vivre le diabète comme une contrainte semble lié positivement. Cela pourrait être dû au fait que les patients qui le vivent le plus mal sont souvent ceux qui ont l'état psychologique le plus négatif. On retrouve notre groupe « stressé ».

L'IMC actuel ou au moment du diagnostic ne semble pas franchement corrélé.

Par contre, la régularité des repas semble très fortement corrélée à l'absence de grignotage.

3. Pratiquer une activité physique.

A nouveau, le fait d'être un homme semble être un facteur positif. Cette fois par contre, ce sont plutôt les plus jeunes qui pratiquent, ce qui semble être cohérent.

Le fait d'avoir toujours demeuré en Ile-de-France semble être plutôt un facteur négatif.

Le niveau d'étude ne semble pas avoir de corrélation, par contre, le fait de travailler semble être plutôt un facteur de limitant. On retrouve notre groupe de « travailleur ».

Les finances au beau fixe sont toujours un facteur d'allure positive.

Par contre cette fois, l'entourage et le soutien de la famille ne semblent pas jouer.

Le fait d'avoir peu de pathologie cardio-vasculaire semble être plutôt positif. De même pour le nombre de pathologies citées. Cela est très probablement lié au fait que le principal facteur limitant déclaré reste les problèmes de santé, et plus particulièrement au niveau des membres inférieurs (sciaticques, gonalgies, lombalgies...). Un autre groupe se détache, chez qui le diabète ne semble pas être la préoccupation principale.

L'état psychologique ne semble cette fois pas influençant.

A nouveau, le fait d'avoir du diabète dans la famille peut être négatif. Les patients se sentiraient moins impliqués ?

Au niveau de la prise des comprimés, le fait d'en prendre beaucoup (donc nombreuses pathologies, patients plus âgés) ou au contraire, peu (les plus jeunes, qui travaillent) est associé à une plus faible activité physique. On peut voir une corrélation similaire avec l'ancienneté du diabète.

Au niveau de l'observance des traitements cette fois, on note que ce sont plutôt les moins observants qui pratiquent le plus. Il en va de même pour l'implication dans le traitement médical. Serait-ce une façon de compenser ?

La connaissance du diabète, et de ses complications semble être plutôt un facteur positif, de même que de connaître d'autres traitements pour le diabète que les ADO.

Cette fois, ceux qui vivent le plus mal leur diabète semblent être ceux qui pratiquent le plus de sport.

De plus, plus l'IMC actuel est bas, plus cela favorise l'activité physique. Ou serait-ce l'activité physique qui favorise un IMC bas ? On peut penser que c'est plutôt l'IMC qui influence la pratique d'une activité physique, car l'IMC au moment du diagnostic semble montrer la même corrélation, indépendamment de la perte de poids.

De plus, on a l'impression que ceux qui ont déjà consulté un nutritionniste ou une diététicienne font moins d'activité physique, alors que ceux qui auraient déjà consulté un diabétologue ou un endocrinologue en feraient plus.

Enfin, on a l'impression que ceux qui font le plus d'activité physique sont ceux qui ont une meilleure connaissance en nutrition. Cela pourrait déjà en partie être expliqué par la présence du groupe « observant » plutôt « ignorant » en matière nutritionnelle, contrairement aux autres groupes moins impliqués, mais relativement plus instruits nutritionnellement parlant.

Le fait de grignoter, pratiquer une activité physique et perdre du poids ne semblaient pas être corrélés. C'est pour cela qu'il est intéressant de penser que ces conseils s'adressent à des profils particuliers. Bien sûr, en théorie, c'est à encourager chez tous les patients.

IV. Discussion

A. Identification de profils de patients

1. Le groupe observant ignorant

Ce premier groupe est particulier. C'est un groupe que l'on rencontre principalement en médecine générale.

Dans cette étude, il regroupe G, H, N, O, P, U et V. Ce sont des patients plutôt âgés. Ils sont très observants dans leur prise médicamenteuse. Généralement, ils ne voient que leur médecin traitant, sauf si celui-ci les adresse à un confrère.

Ils tentent de faire au mieux ce qui leur est conseillé sans poser énormément de questions... En effet, ce groupe n'est pas particulièrement informé sur le diabète, ni sur ses complications ni sur l'objectif de son suivi. Leur principale caractéristique est de faire confiance à leur médecin et de se baser sur ses dires. Ils le consultent d'ailleurs de façon très régulière.

Pour eux, il est pertinent d'insister sur les conseils alimentaires. Ils semblent mener une vie plutôt régulière depuis leur retraite, avec des repas bien structurés. Cela peut parfois favoriser une perte de poids, surtout s'ils ne faisaient pas attention à leur régime alimentaire lorsqu'ils travaillaient encore. Il est probable que lorsqu'ils étaient actifs, ils n'avaient pas le même profil.

2. Le groupe de malades non investis

Parfois, il est possible de rencontrer certains de ces patients en consultation à l'hôpital. Ils peuvent être adressés par leur médecin traitant après une période durant laquelle ils n'ont particulièrement pas fait attention à leur équilibre glycémique ; soit parce qu'ils avaient d'autres soucis en tête (une autre pathologie, bien plus importante -en tout cas, certainement plus douloureuse- que le diabète) ; soit après une période de « vacances » pendant laquelle ils mettaient de côté leur diabète, quand bien même ils se savaient malades.

Dans cette étude, pourraient être inclus D et K, qui sont des hommes plutôt instruits et relativement aisés. Ils souffrent de pathologies qui les affectent bien plus que le diabète : les lombalgies pour D, les somnolences pour K. Ils essaient de faire en sorte que le diabète ne change pas leurs habitudes. Ils ne veulent pas se sentir malades. Mais en pratique, ils y font tout de même attention.

Parallèlement, C et Q ne sont pas dans le déni, mais souffrent d'une pathologie plus importante ou plus invalidante que le diabète : les multiples chirurgies cérébrales pour C, et l'hémorragie digestive, sur prise d'AINS pour douleurs de hanche pour Q suivi prochainement une chirurgie cardiaque. En conséquence, leur diabète n'est pas leur priorité, bien qu'ils ne le négligent pas pour autant.

Ces patients, bien qu'ayant d'autres priorités, ne négligent pas pour autant leur diabète. Il peut donc être pertinent de donner à ce groupe une « éducation » efficace et adaptée, afin de les aider à gérer leur diabète au quotidien. Ils désirent bien s'investir. Ils ont tout de même un peu de temps. Ils donnent l'impression de bien vouloir appliquer certaines améliorations dans leur quotidien si cela ne modifie pas excessivement leurs habitudes ou si cela n'a pas d'interférences avec leurs autres priorités. Pour ces cas, l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique semblent réellement adaptés.(59)

Un exemple de conseil efficace mais relativement simple : manger des légumes avant une consommation de glucides.(60)

3. Le groupe de travailleurs renseignés

Il s'agit du groupe des gens actifs, plus jeunes. Ils ont bien conscience qu'ils sont malades. D'ailleurs, souvent, ils connaissent relativement bien leur maladie ; ils peuvent même avoir des adjectifs précis. Mais tel est le problème : ils sont occupés. Ils travaillent. Ils ont des enfants. Et tous cela est prenant et bien évidemment, passe avant leur diabète.

On pourrait citer E, J et S : ils sont pleins de bonne volonté, mais donnent l'impression de ne pouvoir appliquer que des conseils qui leur demanderaient un minimum de temps. Dans ces conditions, faire un régime ou du sport paraît compliqué.

Evidemment, pour eux aussi, il faut une éducation, précise mais simple. Des petites choses à appliquer au quotidien, qui ne leur demandent pas trop de temps. Il faut surtout leur fixer des objectifs : par exemple, s'ils n'arrivent pas à perdre du poids, leur objectif serait au moins de se stabiliser.

Surtout, il est très important d'intégrer ces objectifs dans des rituels existants (61) (62) : par exemple, faire varier la composition des repas est une mesure facile à mettre en place sans changer les rituels quotidiens. C'est d'autant plus facile à mettre en place si le patient a bénéficié d'une éducation thérapeutique adaptée.(63)

4. Le groupe de stressés peu observants

Ce groupe-ci est le groupe le plus connu. Les patients sont souvent vus à l'hôpital.

Leur description est presque caricaturale : ce sont principalement des patients obèses, stressés qui prennent mal leur traitement, en se plaignant que leur régime est trop difficile à suivre... mais qui culpabilisent après. Leur niveau socio-économique semble plutôt faible.

Ici, il s'agit principalement de femmes : F, R et T. Mais, en regardant plus loin, on se rend compte qu'elles ont l'air plutôt actives (sauf en cas de pathologie invalidante bien sûr). Elles en ont assez du régime ! Elles en ont d'ailleurs fait plusieurs, sans succès. Mais elles acceptent volontiers de marcher, faire de la kiné, ou une autre activité. C'est particulièrement intéressant en raison des effets positifs que cela peut apporter à leur moral.(64)

Il ne faut pas abandonner. Ce sont peut-être ces patients qui peuvent être les plus difficiles à gérer. Ils peuvent nous renvoyer une sensation d'échec ; et pourtant, savoir justement que cette voie de l'activité physique existe (quelle qu'en soit la forme choisie) est plutôt encourageant !

5. Les atypiques

Ces personnes-là ne peuvent pas être classées dans une seule catégorie : dans la pratique, les patients peuvent être à un moment de leur vie où ils sont en transition entre plusieurs groupes. D'abord L, qui avec son niveau socio-économique élevé et le peu de temps qu'elle est prête à investir dans la prise en charge de sa pathologie, pourrait être classée dans le profil « malade non investis ». Néanmoins, sa personnalité étant plutôt de nature stressée et culpabilisée, elle pourrait également intégrer le profil « stressée peu observant ».

Ensuite M, un homme jeune, éduqué, en âge de travailler. De prime abord, on pourrait être tenté de le placer dans le groupe « travailleur renseigné ». Néanmoins, son côté très anxieux en fait un bon candidat pour le profil « stressé peu observant ».

Enfin le cas de I est un peu particulier. En effet, jusqu'à récemment, elle devait probablement être placée dans le groupe « travailleur renseigné ». Cependant, la vie étant en perpétuel changement, le fait qu'elle ne travaille plus donne l'impression qu'elle se rapprocherait du groupe « observant ignorant ». Evidemment, elle n'en perd pas ses connaissances pour autant.

Quoi qu'il en soit, il est clair que les profils des patients peuvent varier au cours de leur vie, d'un groupe à l'autre. Il faut donc continuer à s'intéresser à eux et ne jamais les classer dans une catégorie de façon définitive. Enfin, il est évident que ces profils sont des groupes inhomogènes qui s'appliquent plus au moins au patient.

L'idée est surtout d'aider le praticien à orienter ses conseils en fonction de la personnalité de son patient.

B. Comparaison à la littérature

1. Facteurs liés au patient

a) Facteurs sociodémographiques

Les liens entre les caractéristiques sociodémographiques (telles que l'âge, le sexe, le statut marital, le niveau de formation, ou la classe sociale et l'observance) varient selon les études. Pour certaines, il n'y a aucun lien (65). Pour d'autres, l'âge ainsi que le comportement addictif (alcool, tabac) peuvent être un facteur de mauvaise observance.(66)

Dans notre étude, l'âge, le sexe et le statut socio-économique semblent avoir un rôle influent.

Une très ancienne étude sur ces facteurs avait déjà démontré qu'il y existait chez les patients avec un DT2, des différences significatives dans la compliance au régime associé au sexe, à l'âge et au taux d'obésité, mais pas à l'état matrimonial.(67)

Le rythme de vie peut également influencer ; c'est le cas par exemple lorsque le patient exerce un travail avec des horaires irréguliers.(2)

La culture alimentaire du patient est aussi un facteur délicat, que le médecin doit prendre en compte pour adapter ses conseils de prise en charge. En effet, même si beaucoup de patients ont un fort sentiment de responsabilité personnelle dans leur perte de poids, il peut être difficile d'intégrer les changements requis dans leurs habitudes alimentaires. L'une des principales limites est l'incompatibilité des recommandations alimentaires avec la vie quotidienne ou la culture alimentaire, ce qui entraîne une réticence du patient à ajuster son alimentation en fonction des besoins de soins de son diabète. (68)

A l'inverse, une étude canadienne sur des immigrants de l'Asie du Sud a montré que « l'acculturation alimentaire » était un risque de prise de mauvaise habitude alimentaire, en particulier l'adoption d'habitudes alimentaires occidentales, telles que la consommation de boissons sucrées ou la diminution de l'apport en fruits et légumes quotidien. Ce risque est probablement présent chez les tous patients ayant changé de pays au cours de leurs vie.(69)

b) Facteurs psychologiques

Processus d'adaptation

Pour pouvoir gérer sa maladie, le patient va devoir se lancer dans un travail psychologique complexe. Tout d'abord, il doit accepter sa maladie : pour cela, il doit avoir une capacité d'adaptation suffisante.

Ensuite, il doit mettre en place dans sa vie quotidienne des processus pour tenter de maintenir sa pathologie équilibrée : c'est l'autorégulation comportementale.(70)

C'est également visible dans notre étude : en effet, certains patients semblent avoir encore du mal à prendre conscience leur diabète.

On peut rapprocher ces processus des modèles de Prochaska : le patient passe par des étapes successives, pour arriver finalement au stade de l'observance : « non implication », puis « adhésion à l'information », « décision d'un changement », « initiation du changement », « maintien du changement », et enfin « poursuite du maintien, rechute, ou dégageant ».(71)

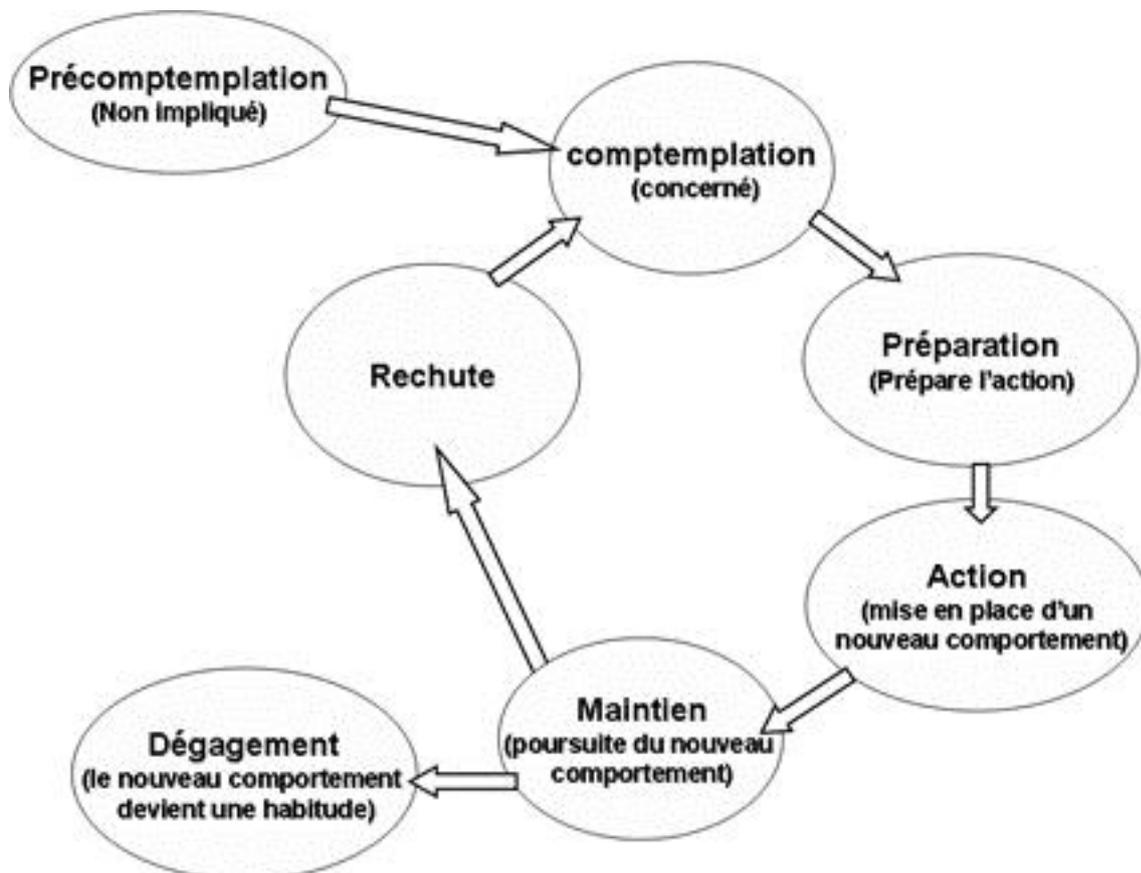


Figure 1: le modèle de la porte tournante
(D'après Prochaska JO, DiClemente CC. J Consult Clin Psychol 1983; 390-5)

(72)

Au cours de cette évolution, le malade développe parfois des contre-attitudes, interférant avec l'efficacité du traitement. L'inobservance peut tout à fait s'inscrire dans ces mécanismes réactionnels.(73)

Projections

Le système de récompense, qui est un des moteurs de nos actions, peut également expliquer l'inobservance. Ainsi, pour un traitement par anti diabétique oral, la récompense promise - au

long terme - est : « ne pas avoir de complications ». Or c'est une récompense abstraite, formulée de manière négative, et qui en fait n'est jamais vraiment reçue.(45)

Croyances

Le système de croyance et de représentation des patients est un élément essentiel dans les phénomènes d'observance.

La logique médicale s'appuie sur la balance bénéfices/risques, sur des considérations scientifiques et objectives, alors que le patient raisonne en fonction du sens donné à sa maladie, du vécu de celle-ci, et de la perception de l'efficacité du traitement.

La théorie des modèles de croyance met en évidence le rôle et l'importance des évaluations et interprétations qu'ont les patients, dans la mesure où ils développent des croyances relatives à la maladie et à la pertinence de la démarche thérapeutique.(74)

Certaines croyances ou représentations peuvent fragiliser la bonne gestion de la maladie, comme le fait de croire que le traitement n'est pas efficace ou que la maladie est temporaire. Ce sont des facteurs prédictifs de mauvaise observance.

C'est pourquoi le personnel de santé doit être particulièrement vigilant quant à ces croyances et essayer de les corriger. Le fait que le professionnel de santé ait une bonne perception des croyances du patient en rapport avec les traitements et l'évolution de sa maladie entrainerait à une meilleure régulation de celle-ci.(75)

Dépression

Certaines études montrent que la dépression est plus fréquente chez les patients diabétiques. Qu'elle soit liée au diabète ou non, cette dépression peut avoir un retentissement négatif sur celui-ci. L'état psychologique génère la mise en place des comportements d'autorégulation nécessaires au maintien de l'équilibre de cette pathologie.(76) (77)

Cette affirmation semble un peu remise en cause dans notre étude. En effet, bien que les patients avec un profil « dépressif » semblent moins adhérer aux recommandations alimentaires, ils semblent néanmoins assez actifs.

De plus, il semble que la fragilité de l'estime de soi freinerait les diabétiques dans l'accomplissement de comportements actifs positifs.

Le fait de proposer une aide à la régulation émotionnelle pourrait donc être particulièrement intéressant, car la bonne gestion des affects négatifs favoriserait une meilleure auto-prise de charge (78). C'est pourquoi la prise en charge par certaines techniques, comme la thérapie cognitivo-comportementale, semble avoir un intérêt non négligeable dans l'équilibre du diabète.(79)

Une étude japonaise sur des patients DT2 suivis en ambulatoire à l'hôpital reprend plusieurs de ces facteurs. Elle concluait que les principaux facteurs communs influençant le comportement alimentaire des patients diabétiques avec et sans néphropathie sont les suivants : la capacité à faire face au problème, l'anxiété au sujet du pronostic, le sexe, les incertitudes concernant le traitement, un vécu négatif de la situation et le statut de l'emploi. Il était noté que le vécu et les incertitudes étaient fortement corrélés à l'existence, ou non, d'un soutien.(80)

2. Facteurs liés à l'entourage

La capacité d'un individu à s'adapter à sa nouvelle condition de malade dépend de ses relations et du soutien apporté par l'entourage et les professionnels de santé.(81)

a) L'entourage

Des études ont mis en évidence qu'un faible soutien, voire un isolement important, conduisait à une mauvaise observance. Ainsi, dans le cas du diabète ou de la tuberculose, il a été démontré que la solitude est un facteur prédictif de non observance. (82)

L'observance du traitement chez le diabétique est également dépendante de son entourage, à savoir, si celui-ci est réceptif ou non à la pathologie ou s'il s'implique dans la prise en charge (2). L'implication de l'entourage a été particulièrement bien démontrée dans l'étude DAWN2. Parfois, cette interaction pourrait être tellement forte qu'elle irait jusqu'à déteindre sur les proches en cas de mauvais contrôle du diabète. De même, cela peut aller jusqu'à influencer leur propre alimentation.(83)

L'entourage peut soutenir et encourager. Cela favorise l'estime de soi et peut éviter des comportements déviants.

Les actions du patient, c'est-à-dire sa compliance personnelle, sont souvent influencées par ce que lui a conseillé le professionnel soignant, mais pas seulement : il peut s'agir d'une personne influente de son entourage, ou d'un autre malade.

C'est pourquoi il est intéressant pour les soignants d'identifier les personnes (famille, grand-mère, voisin, concierge, collègue...) ayant une influence sur le choix des patients à suivre ou non les recommandations médicales, à adopter des comportements d'automédication ou d'usage de médecines complémentaires (homéopathie, phytothérapie, acupuncture, magnétiseurs ...).

Dans cette étude, la principale personne influente identifiée demeurait le médecin traitant.

b) L'environnement

Plusieurs articles rappellent l'importance d'un « environnement motivationnel » pour favoriser la modification des habitudes vers des comportements plus adaptés. Cet environnement peut influencer sur l'observance du patient.(45)

Selon la théorie de l'apprentissage social, le changement de comportement serait le résultat de déterminants personnels et environnementaux : donc pour promouvoir ce changement, il semble important d'agir au niveau de l'environnement de la personne dont on veut encourager des modifications comportementales. C'est pourquoi, au-delà de ce soutien, un environnement favorable a également son importance. Par exemple, un environnement comprenant plusieurs fast food et accessible uniquement en voiture rendra la perte de poids plus difficile que si se trouvent à proximité un marché et des pistes cyclables. (59)

Le principal environnement des patients de l'étude était Paris et sa proche banlieue. Or certains patients disaient clairement que lorsqu'ils étaient en dehors de l'Ile-de-France, il était nettement plus agréable pour eux de sortir faire du sport.

3. Facteurs liés au personnel médical

a) La relation médecin malade

Relationnel

L'interaction entre médecin et patient est un aspect déterminant. Le patient met sa santé et sa vie entre les mains d'un professionnel de santé, et il a besoin d'être rassuré et sécurisé par ce dernier. Une attitude positive envers le patient, lui montrer que l'on se préoccupe réellement de sa santé, favoriserait chez lui un sentiment de responsabilité à l'égard de son bien-être.

Une relation médecin/patient de qualité nécessite donc à la fois empathie et chaleur humaine de la part du médecin, et une implication du patient lors de la consultation. L'interactivité de la relation est ainsi un élément clé de l'observance.(84)

Dans cette étude, tous les patients étaient en bons termes avec leur médecin généraliste actuel.

Néanmoins, d'après le modèle dit de « promotion de la santé », le changement de comportement du patient serait facilité si le soignant partageait son « pouvoir » afin d'aider le patient à trouver ses propres ressources(59). De nombreuses études ont déjà souligné le rôle capital de l'éducation des patients. Au-delà de la simple information, elle permet de former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat. C'est par cette formation et par une sensibilisation du patient sur la prise de son traitement, que le corps médical et les soignants pourront progressivement laisser une part d'autonomie au patient, ceci de manière à le préparer à accepter et gérer son traitement au quotidien.(85)

Suivi

Dans une étude canadienne, il a clairement été identifié que ceux qui affirmaient ne pas recevoir de conseils par les professionnels de santé au cours des douze mois précédents étaient plus à risque de déclarer « ne pas se livrer à des changements d'habitudes » (que cela soit alimentaire, sportif, ou la perte de poids).(86)

Le suivi médical régulier permet d'évaluer l'état du patient, à suivre ses prescriptions ou les autres recommandations médicales (40). Ce suivi est un point important à ne pas négliger. Il favoriserait la motivation personnelle. Evidemment, il est lié à de nombreux facteurs. Mais des études montrent qu'avoir un coaching suivi permettait de maintenir cette motivation et ses résultats dans le temps.(87)

Dans cette étude, tous les patients semblaient suivis de façon régulière et rapprochée.

Manque de ressources

Grâce à l'étude DAWN2, il a pu être identifié que 53 % des médecins généralistes interrogés souhaitaient bénéficier d'une formation sur la prise en charge diététique et nutritionnelle dans le diabète. Ils sont également les principaux professionnels de santé à considérer que les moyens pour aider les patients diabétiques à perdre du poids sont insuffisants. Les paramédicaux également semblent demandeurs d'une formation plus adaptée aux patients diabétiques, pour mieux tenir compte de l'aspect psychosocial.(83)

De plus, il avait déjà été mis en évidence dans l'étude DAWN que les soignants identifiaient des facteurs défavorables, tels que les problèmes psychosociaux. Cela semble être fréquent parmi les patients diabétiques du monde entier. Résoudre ces problèmes a donc été considéré nécessaire pour améliorer les résultats du diabète.

Pourtant, les professionnels de santé (médecins de soins primaires, médecins spécialistes du diabète et infirmières) ont souvent déclaré manquer de ressources pour le faire, en particulier pour les compétences adéquates et le temps (47) : orienter vers un collègue psychologue

pourrait être une solution à envisager. De même, adresser le patient à une diététicienne pour parfaire son éducation nutritionnelle semble avoir un impact positif sur l'équilibre du diabète (88). Néanmoins, la majorité des patients interrogés au cours de cette étude ne semblaient pas demandeurs.

Problème de communication

Malheureusement, probablement 40% de ce qui se dit lors de la consultation est oublié immédiatement.(89)

De plus, dans l'étude DAWN2, on peut constater qu'il existe un décalage entre la perception des professionnels de santé concernant leurs interactions avec leurs patients et le souvenir par les patients de ces échanges.

b) Le système de soin

Les résultats de l'étude DAWN2 concernant l'organisation des soins montre des progrès dans les domaines de l'information sur la maladie, de l'éducation thérapeutique et de l'accompagnement sur le long cours. Cependant, il reste encore quelques points faibles, tels que la coordination des professionnels de santé (principalement la liaison ville-hôpital) et le soutien motivationnel et émotionnel.(90)

C'est dans cette optique que le projet Sophia, développé par la CPAM en 2008, assure un soutien motivationnel aux patients diabétiques : des infirmières diplômées d'état (IDE) passent des appels téléphoniques permettant d'apporter des informations et des conseils personnalisés, pour inciter les patients à suivre les recommandations de leur médecin traitant.(91)

Bien que les patients interrogés semblaient connaître cette ressource, ils avaient majoritairement l'air peu convaincus de son intérêt.

4. Facteurs liés à la maladie

a) La maladie chronique

Dans le cadre de la maladie chronique, l'émotion s'estompe, et laisse souvent place à une forme de lassitude dans la poursuite d'un traitement au long cours. Or ces émotions ont un rôle dans la capacité qu'a le patient à se soigner. Elles sont aussi le moteur de toute action. Avec le temps, le patient peut ne plus faire attention à ses prescriptions médicales, à son activité physique ou à son alimentation, ce qui influe sur la mauvaise gestion thérapeutique (92). Les patients de cette étude sont plusieurs à parler de « *routine* ».

Le fait que la pathologie soit chronique entraîne également chez le patient une détérioration de l'observance avec le temps, d'où le désintérêt complet pour son traitement et l'ignorance volontaire (ou non) des complications de sa pathologie.(66)

Dans une étude canadienne, il a été identifié que le fait d'être diabétique depuis plus de six ans était associé à un risque plus important de ne pas changer ses habitudes (86). Cela montre bien le risque de lâcher prise des patients, dont la maladie peut durer plusieurs dizaines d'années. Néanmoins, dans cette étude, cette corrélation n'a pas été retrouvée.

b) Une maladie asymptomatique

La spécificité du diabète de type 2, la « maladie blanche », repose sur son caractère asymptomatique et invisible. Le patient ne ressent aucune gêne, aucune faiblesse. Il va donc avoir plus de mal à se faire une idée concrète de la maladie, à se l'approprier. Ainsi, le traitement devient plus contraignant que la maladie elle-même. Il faut être capable de juger que les coûts que demandent les soins actuels sont compensés par les bénéfices ultérieurs, et cela aux dépens du plaisir immédiat. Evidemment, le patient doit également être convaincu de l'efficacité du traitement.

En conséquence, la prise de conscience des potentiels effets de la maladie ainsi que les bénéfices du traitement et les contraintes découlant de sa mise en place, sont déterminants dans l'adhésion du patient à son traitement. Cela a été constaté dans la majorité des maladies chroniques. Il faut donc être capable de se projeter à long terme pour comprendre l'intérêt de ce traitement.(61)

Cette corrélation n'a pas été retrouvée dans notre étude, probablement en raison du fait que l'exploration de cette hypothèse s'est faite plus tardivement.

c) Le traitement

La non-observance médicamenteuse augmente avec le nombre de médicaments, le nombre de prises, la complexité et la durée du traitement. Elle ne semble cependant pas forcément corrélée à l'observance des MHD.(93)

On peut donc aisément imaginer en quoi le suivi d'un régime (plusieurs repas par jour) et la réalisation d'une activité physique peut être contraignante et difficile à suivre.

Toutefois, dans notre étude, les patients qui étaient les plus observants dans leurs traitements semblaient aussi observer les recommandations alimentaires.

Les patients semblaient assez unanimes dans leur volonté de ne pas passer à l'insuline. Dans la littérature, plusieurs raisons sont évoquées : la peur de la douleur ou de la piqûre, les difficultés associées à la gestion du traitement ou ses complications, la majoration de l'anxiété, le risque d'hypoglycémie, la signification d'un diabète qui s'aggrave ou que le patient n'arrive pas à contrôler, mais encore la modification de la perception des autres.(61)

Ces résistances peuvent être utilisées de façon positive pour permettre de renforcer les MHD afin de permettre de repousser ce traitement si redouté.(94)

d) La surveillance

L'autocontrôle glycémique a une efficacité assez mitigée sur l'autorégulation des comportements associés. Aussi, c'est une contrainte qui peut être jugée lourde par les patients. Il permet néanmoins de rendre la maladie plus concrète, et malgré tout, pour certains patients non insulino-dépendants, cela aiderait à réguler le comportement alimentaire.(61)

De plus, les résultats d'auto surveillance glycémique et d'HbA1c ont eu un impact positif fort sur le vécu de la maladie, et pourraient être utilisés comme des éléments moteurs d'adhésion à la prise en charge (66). Dans notre étude, certains patients expliquaient clairement leur manière d'adapter leurs comportements à leurs résultats de Dextro ou HbA1c. Mais cela n'est pas le cas pour la majorité d'entre eux.

e) La compréhension de la maladie

Incontestablement, la compréhension de la maladie semble être un pallier important avant de pouvoir demander au patient un quelconque changement de comportement. Or il s'avère que les médecins sous-estiment trop souvent le besoin qu'ont les patients de disposer d'informations. Néanmoins, il paraît aujourd'hui évident qu'une simple dispense d'informations, sans suivi personnalisé associé, n'aboutit pas aux résultats escomptés.(95)
(61)

Un défaut d'observance peut découler d'un manque d'explications, et/ou d'un défaut de compréhension de l'intérêt du traitement. La compréhension qu'ont les patients des données médicales reste souvent superficielle ; or s'ils ne comprennent pas ce qui se joue à propos de leur santé, il est possible de s'attendre à ce qu'ils soient inobservants. Certaines études sont parvenues à la conclusion que le niveau de compréhension des patients vis-à-vis de leur maladie et de leur traitement était intimement lié au comportement d'observance et à leur satisfaction. La qualité des informations apparaît donc déterminante.(96)

L'efficacité des programmes d'éducation thérapeutique personnalisés, principalement dans le cadre du diabète, est actuellement bien démontrée (97). Dans l'étude DAWN2, il est possible de relever que le suivi de programmes d'éducation thérapeutique personnalisés (ETP) chez les personnes interrogées reste faible, alors même que le bénéfice sur l'amélioration de la qualité de vie et le développement de compétences en auto-soins est connu. Pourtant, même les patients ont conscience de son utilité.(83)

Bien que 80 % des patients se sentaient bien informés, un tiers d'entre eux souhaitaient bénéficier d'un complément éducatif (98). L'appropriation progressive par les acteurs de soins primaires de l'éducation thérapeutique du patient et d'une approche globale du patient chronique, va participer à l'amélioration de l'apprentissage et à l'observance thérapeutique.

On voit clairement dans notre étude que tous les patients ne sont pas demandeurs d'informations, alors même qu'ils en auraient peut-être besoin. Néanmoins, ceux qui en demandent souhaiteraient que cela leur soit adapté et personnalisé.

f) Le vécu de la maladie

La maladie est associée, pour de nombreux patients et pour la population générale, à un sentiment de perte, de contraintes et de restrictions, notamment alimentaires (77). Cette idée se retrouve dans certains entretiens réalisés dans le cadre de cette étude.

Plusieurs contraintes ont été identifiées comme des facteurs de stress associant à la maladie un vécu négatif : le régime alimentaire strict, les auto-contrôles glycémiques, les variations de la glycémie, la peur de l'insuline ou la relation avec les soignants ... Cela limiterait la mise en place des comportements positifs. L'objectif serait alors de surmonter leurs peurs, voire même de parvenir à utiliser ces faiblesses pour en faire un moteur d'adhésion aux autres thérapeutiques proposées.(61)

De plus, pour certains patients, être malade veut dire être « limité » ou « diminué ». De ce fait, se priver d'activités qui sont associées à la maladie, comme manger sainement ou faire du sport, sont une façon de ne pas être malade. C'est un mécanisme de défense très important qui permet de préserver une certaine image de soi.(61)

Enfin, l'annonce de la maladie semble avoir son importance. En effet, une annonce dans de bonnes conditions semble être associée à un meilleur vécu de la maladie par le patient. Pour cela, il est nécessaire d'être à l'écoute, d'avoir de l'empathie et du respect. (99)

5. Facteurs liés aux contraintes propres aux recommandations.

a) Le régime

Une étude néerlandaise visant à évaluer les limites dans la perte de poids faisait ressortir comme principaux éléments associés à des comportements limitants les discours suivants : « *Je suis déjà conforme aux normes* » et « *Je suis satisfait de mon comportement actuel* ». La tentation de grignoter, le goût du produit et le manque de temps étaient également des obstacles importants.(100)

Dans une ancienne étude visant à évaluer les facteurs limitants l'adhésion au régime chez les diabétiques, les principaux contextes associés à la non-observance étaient : aller aux restaurants, avoir fait « comme les autres » et avoir été tentés par des propositions inadaptées de leur entourage.(67)

D'autres limites en rapport avec le ressenti des patients peuvent limiter leur adhésion aux régimes ; celles-ci sont considérées comme peu efficaces et engendrant de la frustration.(101) Cette idée est retrouvée chez plusieurs des patients interrogés dans notre étude.

De plus, l'alimentation est souvent utilisée dans d'autres buts que celui de se sustenter comme par exemple se rassurer en cas d'anxiété, constituer un rôle social par le partage d'une convivialité, ou encore compenser un manque. C'est pourquoi il peut être particulièrement difficile de toucher à ces habitudes et d'en changer le mode de fonctionnement.(102)

b) L'activité physique

Dans l'étude DAWN2, plusieurs limites à la pratique d'une activité physique ont été identifiées. Tout d'abord, 45 % des patients DT2 déclaraient nécessaire de créer ou réaménager les lieux de pratique d'une activité physique pour les rendre plus adaptés aux malades et donc plus sûrs.

De plus, cette donnée semble également être liée à l'entourage : 44% d'entre eux déclarent aider à planifier une activité physique pour les diabétiques avec lesquels ils vivent.(83)

Dans une vieille étude, la principale limite à l'activité physique décrite par les patients était « le temps ». La seconde, à ne pas négliger, était une « réaction physique négative ».(67)

Cela semble également être les principaux facteurs limitants retrouvés dans notre étude, avec en première place, la limitation physique.

De même, dans l'étude néerlandaise, le manque de temps était aussi le principal facteur limitant cité par 20% des patients.(100)

C. Forces de l'étude

Cette étude a plusieurs points forts :

Choix de l'étude qualitative.

Cette méthode était la plus appropriée car elle permet d'identifier des mécanismes d'action et des schémas de pensée. C'est donc ce type d'analyse qui paraissait la plus adaptée pour comprendre le comportement des patients et leur état d'esprit. Enfin, c'est particulièrement utile lorsque les facteurs observés sont subjectifs, et donc difficiles à quantifier ou mesurer.(103)

Diversité des médecins traitants.

Le fait d'avoir inclus les patients en passant par plusieurs généralistes qui exercent dans différents secteurs, permet de limiter le biais de sélection. Les généralistes étaient de sexe et d'âge différents. Ils exerçaient aussi bien à Paris, qu'en banlieue parisienne. Leur patientèle pouvait être aisée ou venir de milieu plus modeste. Ainsi, en ne se limitant pas à des patients d'un seul et unique cabinet médical, les patients recrutés constitueront un échantillon représentatif de la population ciblée, c'est-à-dire celle sur lequel il sera possible extrapoler les résultats.

Protocole de recrutement des patients.

Les médecins généralistes devaient inclure les patients qui se présentaient successivement à eux, au cours de leur journée de consultation habituelle. Ainsi, cela avait pour objectif de limiter le biais de recrutement. Le risque était que le médecin n'adresse que des patients observants, équilibrés, dont ils seraient « fiers ». Finalement, vu qu'aucun médecin n'a pu donner que de « bons patients », l'on peut affirmer que ce biais a probablement été en partie évité.

Diversité des patients recrutés.

Les patients interrogés dans cette étude étaient principalement suivis en ville. C'est un important critère, car comme le montre bien le carré de White, les patients suivis à l'hôpital ne sont qu'une minorité, un sous-groupe particulier. En sélectionnant des patients suivis en ville, le panel de patients est beaucoup plus large. De plus, l'échantillon sélectionné semble assez représentatif, car ont été inclus des patients avec des caractéristiques très différentes, que cela soit au niveau socio professionnel qu'au niveau du vécu de la maladie.

Enfin, dans un second temps, l'échantillon de patients a été élargi, en incluant une patiente sous anti diabétique injectable (hors insuline, comme prévu dans le protocole initial), ainsi également une patiente parlant mal le français pour enrichir le champ de réponses aux limites rencontrées.

Exhaustivité de l'entretien.

L'entretien a été réalisé de façon à pouvoir balayer le maximum de domaines pouvant interagir avec la pathologie. L'entretien durait au minimum 45 minutes pour les patients les moins bavards et jusqu'à 2h30. De plus, comme recommandé, le guide d'entretien a évolué après des analyses partielles des réponses, afin de pouvoir explorer des champs qui n'étaient pas initialement prévus : des questions en rapport avec la volonté d'avoir accès à plus d'informations ou à la projection dans l'avenir ont donc pu être intégrées. De même, l'ordre

des questions a été réaménagé, pour éviter d'induire certaines réponses, donner l'impression d'être moins intrusif et rendre l'entretien plus fluide.

Evolution de l'observance dans le temps.

La réalisation des entretiens sur une période d'un an a permis de faire ressortir des facteurs récurrents de perturbation des habitudes de vie. Il était plus facile de constater que l'équilibre du diabète, ainsi que le régime alimentaire, étaient variables dans le temps. C'est le cas, de manière cyclique, des fêtes de fin d'année ou des anniversaires, ainsi que des vacances. Mais c'est aussi le cas, de façon plus ponctuelle, d'évènements d'actualité tels que des attentats, ou des évènements plus personnels comme les décès ou maladies graves de proches.

D. Limites de l'étude

Malgré la rigueur utilisée lors de l'élaboration de cette étude, celle-ci présente néanmoins plusieurs points faibles :

Pas de relation de cause à effet.

De par le choix de l'étude qualitative, il est impossible de conclure à une relation causale entre les variables étudiées.

Saturation des données probablement non atteinte.

En raison de la diversité des facteurs explorés au cours de cette étude, la saturation des données n'a pas pu être atteinte pour tous les champs étudiés. En effet, les habitudes alimentaires peuvent être extrêmement variables d'une ethnie à l'autre par exemple. Il faudrait un nombre beaucoup plus important de patients pour tout parcourir. Néanmoins, il semble que pour les principaux facteurs (tels que l'activité physique ou les facteurs sociologiques), obtenu une large gamme de réponses ait été obtenue.

Biais de recrutement.

En passant par le médecin pour recruter des patients, un biais est forcément induit. En effet, les patients doivent assez bien s'entendre avec le médecin pour accepter de lui rendre « ce service ». C'est pourquoi, en raison des relations cordiales entre les médecins traitants et tous les patients interrogés, ce facteur n'a pas pu être étudié. Il semble tout de même probable que ce lien affectif joue un rôle fondamental dans l'adhésion du patient aux MHD proposé par le corps médical.

Biais d'auto-sélection.

Ce biais vient du fait que les patients qui acceptent de participer à ce type d'entretien ont souvent plus de temps (moins de travailleurs actifs) et ne sont pas dans le rejet total de la maladie. Ainsi, par exemple, les époux de I et L n'ont pas souhaité participer aux entretiens, bien qu'ils souffrent d'un DT2 sous ADO. Les principales explications évoquées étaient : « *il n'a pas le temps* » et « *parler du diabète ne l'intéresse pas* ».

Biais de mesure ou de classement.

Le recueil des informations liées à l'alimentation est toujours très difficile à évaluer. Ainsi, même si plusieurs questions différentes visant à évaluer les habitudes alimentaires étaient posées, d'importants biais de mémorisation peuvent exister en raison du caractère subjectif du guide d'entretien avec questions ouvertes. Le patient peut faire des erreurs liées à des oublis, à

une mauvaise compréhension de la question, à une gêne éprouvée, ou à une envie de plaire. Par exemple, les poids recueillis n'étaient basés que sur la déclaration des patients, sans autre contrôle. Or, les poids rapportés diffèrent souvent de la réalité de quelques kilogrammes. Un important facteur de biais pouvait être lié à toutes les informations données sur la période du diagnostic du diabète, vieilles de plusieurs années, telles que le poids, le ressenti etc.

Ensuite, le recensement des antécédents médicaux familiaux également était uniquement basé sur les connaissances du patient ; or ce dernier n'est pas forcément informé par ses proches au moment de la découverte de certaines pathologies, telles que la tension ou le taux de cholestérol.

De plus, l'ordre des questions pouvait induire certaines réponses. Par exemple, le fait de demander si le traitement était pénible, juste après avoir évoqué l'insuline pouvait inciter les gens à comparer leur traitement à ces injections et donc sous-estimer leur difficulté. C'est pourquoi au cours de la modification du questionnaire, cette question de la pénibilité du traitement a été changée d'emplacement.

En conclusion, en raison du biais lié à la « mémoire », et compte tenu du fait que le nom des traitements était souvent inconnu par les patients, l'évaluation des traitements en fonction de leur classe n'a pas été faite. Ces informations étaient recueillies dans un second temps grâce à une ordonnance si le patient en possédait une de disponible lors de l'entretien. Mais cela n'était pas toujours le cas, donc ces informations n'ont pas pu être exploitées.

Il en va de même pour l'HbA1c. De nombreux patients ne savaient pas exactement de quoi il s'agissait, donc le chiffre qu'ils indiquaient n'était probablement pas fiable. Néanmoins, comme pour l'ordonnance, certains patients se sont interrompus à ce moment de l'entretien afin d'aller chercher leur dernière analyse médicale. En effet, quand bien même ils ne savaient pas définir l'HbA1c, la majorité des patients pouvaient tout de même dire à quelle fréquence ils effectuaient leur prise de sang.

Enfin, un biais de subjectivité de l'enquêteur ne peut être écarté. C'est pour cela que le verbatim et la justification des déclarations des patients par des citations semblent si importantes.

Entretien semi directif évolutif donc pas de réponses à toutes les questions.

En raison de la nature même de l'entretien semi dirigé et de l'évolution de celui-ci au cours du temps, toutes les informations finalement étudiées ne sont pas disponibles pour tous les patients interrogés. Par exemple, même si la question concernant la religion semblait pertinente dès le début des entretiens, la question était embarrassante à poser à ce moment précis. Par la suite, la position de la question dans le guide a été déplacée pour permettre de fluidifier l'énonciation de cette question et la rendre plus facile à poser. Il en va de même pour l'état des finances.

Finalement, différents moyens ont été mis en place pour essayer de minimiser ces biais et leur éventuel impact.

V. Conclusion : Vers une solution adaptée à chaque profil de patients.

Les mesures hygiéno-diététiques ont un rôle bien identifié dans la prise en charge thérapeutique du diabète de type 2, au même titre que les traitements médicamenteux. Bien suivre les recommandations peut même permettre de diminuer la charge thérapeutique tout en maintenant un équilibre satisfaisant du diabète. Elles donnent également un rôle actif au patient dans l'auto-gestion de sa maladie.

Néanmoins, les patients pensent souvent que ces conseils nutritionnels et physiques sont des contraintes, parfois plus difficiles à vivre que la maladie elle-même. Ils sont fréquemment vécus comme des éléments prenants, des entraves à leurs libertés, voire des conséquences de leur maladie. C'est à ce niveau qu'intervient le soignant. Il doit participer au projet de vie en tenant compte des habitudes du patient.

Le médecin généraliste est le premier intervenant médical face à ces patients. Il a un rôle de premier recours en diagnostiquant la maladie, en introduisant les traitements et en dispensant les conseils hygiéno-diététiques. Or, il peut se retrouver bloqué par plusieurs facteurs tels que le temps, les ressources ou le profil du patient.

Il serait naïf de croire que les patients sont tous influencés par les mêmes facteurs. En identifiant les profils particuliers des patients, le médecin (comme les autres professionnels de santé) va pouvoir proposer dans sa pratique quotidienne une prise en charge ciblée, sans se perdre dans les méandres des possibilités qui lui sont accessibles. En ciblant son patient, il va pouvoir plus facilement et plus rapidement lui proposer une réponse adaptée.

Ainsi, au groupe « observant » probablement spécifique à la patientèle de médecine générale, il n'est pas forcément nécessaire de renforcer les conseils alimentaires ou d'activité. En effet, bien que cela puisse être amélioré, ce profil de patient semble avoir un équilibre du diabète déjà satisfaisant ainsi qu'une certaine stabilité dans son organisation.

En ce qui concerne le groupe des patients pour qui le diabète est secondaire, il conviendrait d'insister sur l'éducation thérapeutique. En effet, en se rendant compte des risques et retentissements du diabète, cela leur permettrait de prendre conscience de son importance. Ainsi, des mesures hygiéno-diététiques seraient peut-être plus aisées à mettre en place.

Le groupe des « travailleurs » a besoin d'avantage de conseils simples. Il semble évident que malgré toute leur motivation, ce groupe aura du mal à appliquer au quotidien des conseils consensuels chronophages. Il faudra donc s'adapter en proposant des mesures simples et efficaces.

Quant au groupe des « stressés », contrairement à tous les articles pessimistes, il semble opportun d'insister sur l'activité physique. Bien sûr, cette proposition peut être refusée dans un premier temps. Mais il convient de trouver l'approche qui parlera au patient, notamment grâce aux effets positifs sur l'équilibre du diabète, mais également sur l'estime de soi et sur le bien être psychologique scientifiquement démontré.

Enfin, il y aura toujours des patients « inclassables » dans la pratique quotidienne, car les patients sont toujours dynamiques et peuvent traverser des périodes de changement. C'est là que le suivi et la continuité de soin prennent toute leur importance. Ainsi, grâce à des consultations régulières, le médecin sera plus apte à cibler son patient et donc à lui proposer les solutions les plus adéquates.

Evidemment, tous les patients évoluent au cours de leur vie : c'est pourquoi le médecin devra être particulièrement attentif à ces variations pour pouvoir adapter son offre de soin et ses conseils.

Cependant, pour confirmer les relations suggérées par cette thèse, il semblerait pertinent de réaliser d'autres études, peut-être plutôt quantitatives pour confirmer ces tendances. De même, des études thérapeutiques, s'appuyant sur les propositions de cette thèse pourraient être envisagées afin de permettre de vérifier son applicabilité dans la pratique quotidienne.

VI. Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé - Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 [Internet]. [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1022476/fr/strategie-medicamenteuse-du-controle-glycemique-du-diabete-de-type-2
2. Cécile Fournier, Amélie Chabert, Helen Mosnier, Pudar, Isabelle Aujoulat, Anne Fagot, Campagna., Arnaud Gautier. Etude ENTRED 2007-2010 Rapport concernant l'information et l'éducation reçues par les personnes diabétiques, les pratiques éducatives des médecins, ainsi que les attentes des personnes diabétiques et des médecins [Internet]. 2011 décembre [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/pdf/rapport-entred.pdf>
3. André GRIMALDI. Traité de diabétologie 2e édition. Lavoisier; 2009
4. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence of Diabetes. Diabetes Care. 1 mai 2004;27(5):1047- 53.
5. International Diabetes Federation. Diabetes atlas, 4th edition. 2006 [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.diabetesatlas.org/component/attachments/?task=download&id=75>
6. Inpes. Actu - Le diabète, maladie chronique en pleine expansion [Internet]. Santé publique France. 2011 [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2011/032.asp>
7. SFEndocrino. Poly2016-Item 245 – UE 8 Diabète sucré de types 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications [Internet]. 2017 [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.sfendocrino.org/article/826/poly2016-item-245-ndash-ue-8-diabete-sucre-de-types-1-et-2-de-l-enfant-et-de-l-adulte-complications>
8. InVS. Le diabète - Généralités et chiffres clés [Internet]. Santé publique France. 2017 [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Generalites-et-chiffres-cles/Le-diabete-Generalites>
9. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group, Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Goff DC, Bigger JT, et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med. 12 juin 2008;358(24):2545- 59.
10. Group TAC. Intensive Blood Glucose Control and Vascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med. juin 2008;358(24):2560- 72.
11. Duckworth W, Abraira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven PD, et al. Glucose Control and Vascular Complications in Veterans with Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 8 janv 2009;360(2):129- 39.

12. Rury R, Holman, F, Sanjoy K, Paul, Ph.D, Angelyn Bethel M, David R, Matthews F, Andrew H, Neil W. 10-Year Follow-up of Intensive Glucose Control in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2008;359(15):1577- 89.
13. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 [Internet]. 2013 janv [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04_synth_diabete_type_2_objectif_glycemique_messages_cles.pdf
14. Haute Autorité de Santé - Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 [Internet]. 2017 mai [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1022476/fr/strategie-medicamenteuse-du-controle-glycemique-du-diabete-de-type-2
15. VIDAL - Diabète de type 2 : prise en charge initiale - Prise en charge [Internet]. 2017 [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/recommandations/1440/diabete_de_type_2_prise_en_charge_initiale/prise_en_charge/
16. Schlienger J.-L. La prise en charge hygiéno-diététique du diabète de type 2 : première étape de l'itinéraire. *Médecine Mal Métaboliques.* mars 2016;10(2):101 - 6.
17. Clark M. Lifestyle self-management in patients with type 2 diabetes. *J Diabetes Nurs.* 2002;6(6):182- 8.
18. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care.* juin 2012;35(6):1364- 79.
19. Société francophone du diabète. Diabète de type 2 de l'adulte Nutrition - Alimentation - Comportement alimentaire - Éducation thérapeutique - Évaluation des pratiques. *Médecine Mal Métaboliques.* 10 mai 2017;8(hors serie 1):1- 84.
20. Association AD. Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes. *Diabetes Care.* 1 janv 2008;31(Supplement 1):S61 - 78.
21. Evert AB, Boucher JL, Cypress M, Dunbar SA, Franz MJ, Mayer-Davis EJ, et al. Nutrition Therapy Recommendations for the Management of Adults With Diabetes. *Diabetes Care.* 1 nov 2013;36(11):3821- 42.
22. Barclay A, Gilbertson H, Marsh K, Smart C. Dietary management in diabetes. *Aust Fam Physician.* août 2010;39(8):579- 83.
23. PNNS. Programme national nutrition santé 2011-2015 [Internet]. 2017 mai [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
24. Neff LM. Evidence-based dietary recommendations for patients with type 2 diabetes mellitus. *Nutr Clin Care Off Publ Tufts Univ.* sept 2003;6(2):51 - 61.

25. Monnier L, Lapinski H, Colette C. Contributions of fasting and postprandial plasma glucose increments to the overall diurnal hyperglycemia of type 2 diabetic patients: variations with increasing levels of HbA(1c). *Diabetes Care*. mars 2003;26(3):881- 5.
26. Anderson JW, Kendall CWC, Jenkins DJA. Importance of weight management in type 2 diabetes: review with meta-analysis of clinical studies. *J Am Coll Nutr*. oct 2003;22(5):331- 9.
27. Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetes Association diagnostic criteria. The DECODE study group. European Diabetes Epidemiology Group. *Diabetes Epidemiology: Collaborative analysis Of Diagnostic criteria in Europe*. *Lancet Lond Engl*. 21 août 1999;354(9179):617- 21.
28. Mahdad N, Boukourt F.H, Bekkara A, Benziane Z, Belhadj M, Bouchenak M. Impact des conseils hygiéno-diététiques sur l'HBA1C et sur la peroxydation lipidique érythrocytaire, chez le patient diabétique type 2. *Cah Nutr Diététique*. déc 2011;46(S1):92.
29. Gregg EW, Chen H, Wagenknecht LE, Clark JM, Delahanty LM, Bantle J, et al. Association of an intensive lifestyle intervention with remission of type 2 diabetes. *JAMA*. 19 déc 2012;308(23):2489- 96.
30. Gæde P, Oellgaard J, Carstensen B, Rossing P, Lund-Andersen H, Parving H-H, et al. Years of life gained by multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria: 21 years follow-up on the Steno-2 randomised trial. *Diabetologia*. 1 nov 2016;59(11):2298- 307.
31. Ciangura C, Faucher P, Oppert J-M. Activité physique, nutrition et obésité. *Nutrition clinique et métabolisme*; 12 févr 2014; 28:279–286 [cité 12 déc 2016]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/942174>
32. Kodama S, Tanaka S, Heianza Y, Fujihara K, Horikawa C, Shimano H, et al. Association Between Physical Activity and Risk of All-Cause Mortality and Cardiovascular Disease in Patients With Diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*. 1 févr 2013;36(2):471- 9.
33. Umpierre D, Ribeiro P, Schaan BD, Ribeiro JP. Volume of supervised exercise training impacts glycaemic control in patients with type 2 diabetes: a systematic review with meta-regression analysis. *Diabetologia*. févr 2013;56(2):242- 51.
34. Thomas DE, Elliott EJ, Naughton GA. Exercise for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 19 juill 2006.
35. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in health care. *Baltim John Hopkins Univ Press*. 1979
36. Fischer G-N, Tarquinio C. Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. 2014 [cité 10 mai 2017]. (Psycho Sup, Dunod). Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/concepts-fondamentaux-psychologie-sante>

37. Tourette-Turgis C, Rébillon M, Pereira-Paulo L. De l'adhésion à l'observance thérapeutique : réunir les conditions d'une primo-observance et développer une multiplicité d'interventions dans la durée. *Couns Santé Dév.* mars 2005 [cité 10 mai 2017]; Disponible sur: https://www.afdem.org/medias/dossier_observance_mars04_complet.pdf
38. Dunbar-Jacob J, Mortimer-Stephens MK. Treatment adherence in chronic disease. *J Clin Epidemiol.* déc 2001;54 Suppl 1:S57-60.
39. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Rev Mal Respir.* février 2005;22(1):31- 4.
40. Moreau A, Queneau P. La décision thérapeutique personnalisée. Observance médicamenteuse. *Rev Prat.* 2005;55:899- 902.
41. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther.* août 2001;23(8):1296- 310.
42. OMS. L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier [Internet]. WHO. 2003 [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/>
43. Cramer JA, Benedict Á, Muszbek N, Keskinaslan A, Khan ZM. The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: a review. *Int J Clin Pract.* janv 2008;62(1):76- 87.
44. Scheen A.J, Giet D. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. *Rev Médicale Liège.* 2010;65:239- 45.
45. Reach G. La non-observance thérapeutique : une question complexe. Un problème crucial de la médecine contemporaine. *Médecine.* 1 nov 2006;2(9):411- 5.
46. Peyrot M, Burns KK, Davies M, Forbes A, Hermanns N, Holt R, et al. Diabetes Attitudes Wishes and Needs 2 (DAWN2): a multinational, multi-stakeholder study of psychosocial issues in diabetes and person-centred diabetes care. *Diabetes Res Clin Pract.* févr 2013;99(2):174- 84.
47. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek FJ, Matthews DR, Skovlund SE. Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabet Med J Br Diabet Assoc.* oct 2005;22(10):1379- 85.
48. Stuckey HL, Mullan-Jensen CB, Reach G, Kovacs Burns K, Piana N, Vallis M, et al. Personal accounts of the negative and adaptive psychosocial experiences of people with diabetes in the second Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN2) study. *Diabetes Care.* sept 2014;37(9):2466- 74.
49. Ziegler O. Prescrire une modification du comportement alimentaire. *Rev Prat.* 2009;59:48- 53.
50. Paquot N. Effets néfastes du défaut d'observance hygiéno-diététique Et médicamenteuse chez le patient diabétique. *Rev Médicale Liège.* 2010;65:326- 31.

51. Moreau A, Kellou N, Supper I, Lamort-Bouché M, Perdrix C, Dupraz C, et al. L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. *Exercer*. 2013;110:268- 77.
52. Cushing A, Metcalfe R. Optimizing medicines management: From compliance to concordance. *Ther Clin Risk Manag*. déc 2007;3(6):1047- 58.
53. Lepresle A. Diabète et observance : comment devenir acteur d'une nouvelle alliance ? *Médecine des maladies Métaboliques*. 18 déc 2008;2(6): 629-632 [cité 12 déc 2016]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/197154>
54. Aujoulat I. La représentation de soi, au cœur de la relation soignants-soignés. *Représentation Santé Mal*. 2006;(n°Spécial):1- 10.
55. G. Reach. Non-observance dans le diabète de type 2. *Presse Médicale*. mai 2013;42(5):886- 92.
56. Drahi E. Médecine Générale et diabète de type 2 : une maladie chronique, des prises en charge complexes. *SFDRMG [Internet]*. février 2014 [cité 10 mai 2017]; Disponible sur: http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/18_Diabete_MG_complexite.pdf
57. Blanchet A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien - 2e éd. Armand colin. 2015
58. Kaufmann J.-C. L'entretien compréhensif. 2017. Nathan.
59. Giordan A. Comment favoriser le changement de comportement ? *Médecine Mal Métaboliques*. sept 2010;4(4):467- 72.
60. Imai S, Fukui M, Ozasa N, Ozeki T, Kurokawa M, Komatsu T, et al. Eating vegetables before carbohydrates improves postprandial glucose excursions. *Diabet Med*. mars 2013;30:370- 2.
61. Sultan S, Hartemann-Heutier A, Grimaldi A. Comprendre les patients pour promouvoir l'autorégulation dans le diabète de type 2 : Vivre avec une maladie évolutive qui commence avant son début. *Diabetes Metab* 2003;29(3):21-30. Elsevier Masson. [cité 10 mai 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/80199>
62. Reach G. Role of habit in adherence to medical treatment. *Diabet Med*. avril 2005;22(4):415- 20.
63. Szczepańska E, Klocek M, Kardas M, Dul L. Change of the nutritional habits and anthropometric measurements of type 2 diabetic patients - advantages of the nutritional education carried out. *Adv Clin Exp Med Off Organ Wroclaw Med Univ*. août 2014;23(4):589- 98.
64. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report [Internet]. health gov; 2008 [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: <https://health.gov/paguidelines/report/>
65. Midence K, Myers L. Adherence to Treatment in Medical Conditions. 1998

66. Pharmacie frontanilles. Observance dans les maladies chroniques [Internet]. 2009 [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.pharmacie-fontanilles.com/fiches-conseil/ressources/OBSERVANCE-DANS-LES-MALADIES-CHRONIQUES.html>
67. Ary DV, Toobert D, Wilson W, Glasgow RE. Patient Perspective on Factors Contributing to Nonadherence to Diabetes Regimen. *Diabetes Care*. 1 mars 1986;9(2):168- 72.
68. Wermeling M, Thiele-Manjali U, Koschack J, Lucius-Hoene G, Himmel W. Type 2 diabetes patients' perspectives on lifestyle counselling and weight management in general practice: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2014;15:97.
69. Lesser IA, Gasevic D, Lear SA. The Association between Acculturation and Dietary Patterns of South Asian Immigrants. *PLOS ONE*. févr 2014;9(2).
70. Sultan S. Autorégulation et maladie chronique. *Psychol Quebec*. mai 2010 [cité 10 mai 2017];27(3). Disponible sur: http://opq.sednove.ca/pdf/Psy_Qc_Mai2010_Dossier_02_Sultan.pdf
71. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. juin 1983;51(3):390- 5.
72. Comment j'éduque le patient ayant un syndrome métabolique ? | Nouvelle Société Française d'Athérosclérose [Internet]. 2007 [cité 11 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.nsfra.asso.fr/chercheurs/ressources-medicales/aide-medicale-dans-la-demarche-decisionnelle/comment-j-eduque-le>
73. Assal J-P. Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité : Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. *EMC Endocrinol-Nutr*. janv 1997; [cité 11 mai 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/10543/traitement-des-maladies-de-longue-duree-de-la-phas>
74. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q*. juin 1988;15(2):175- 83.
75. Sultan S, Luminet O, Hartemann A. Cognitive and anxiety symptoms in screening for clinical depression in diabetes A systematic examination of diagnostic performances of the HADS and BDI-SF. *J Affect Disord*. 2010;123:332- 6.
76. Sultan S, Attali C, Gilberg S, Zenasni F, Hartemann A. Physicians' understanding of patients' personal representations of their diabetes: Accuracy and association with self-care. *Psychol Health*. mai 2011;26(sup1):101- 17.
77. Consoli S.-M, Barthélémy L, Idtaleb L, Le Pape G, Fraysse M, Dugardin N, et al. Perception et vécu émotionnel de la maladie et de ses traitements par des patients ayant un diabète de type 2 et en population générale. *Médecine Mal Métaboliques*. juin 2016;10(4):364- 75.
78. Sultan S, Epel E, Sachon C, Vaillant G, Hartemann-Heurtier A. A longitudinal study of coping, anxiety and glycemic control in adults with type 1 diabetes. *Psychol Health*. 2008;23(1):73- 89.

79. Welschen L, van Oppen P, Dekker JM, Bouter L, Stalman W, Nijpels G. The effectiveness of adding cognitive behavioural therapy aimed at changing lifestyle to managed diabetes care for patients with type 2 diabetes: design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 8 mai 2007;7:74.
80. Sumiyoshi K, Kawata C, Shikata K, Makino H. Influencing factors for dietary behaviors of patients with diabetic nephropathy. *Acta Med Okayama*. févr 2010;64(1):39- 47.
81. Sultan S. Autotrégulation psychologique et maladie chronique. *Psychol Quebec*. mai 2010;27(3):22- 5.
82. Brainard D, Hyslop NE, Mera R, Churchill J. Long-term outcome of inpatients with tuberculosis assigned to outpatient therapy at a local clinic in New Orleans. *J Investig Med Off Publ Am Fed Clin Res*. août 1997;45(6):381 - 7.
83. Duclos M, Martineau C. Les points forts en lien avec l'activité physique et l'alimentation dans DAWN2TM. *ResearchGate*. 1 déc 2013;7:S34- 8.
84. Arnsten JH, Demas PA, Farzadegan H, Grant RW, Gourevitch MN, Chang CJ, et al. Antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users: comparison of self-report and electronic monitoring. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 15 oct 2001;33(8):1417- 23.
85. Leger S, Bedouch P, Allenet B, Calop J. Culture pharmaceutique, perception du traitement médicamenteux et difficultés de consommation des médicaments chez le sujet âgé. *J Pharm Clin*. 27 juill 2001;20(2):110- 3.
86. Agborsangaya CB, Gee ME, Johnson ST, Dunbar P, Langlois M-F, Leiter LA, et al. Determinants of lifestyle behavior in type 2 diabetes: results of the 2011 cross-sectional survey on living with chronic diseases in Canada. *BMC Public Health*. 2013;13:451.
87. Rutten GM, Meis JJ, Hendriks MR, Hamers FJ, Veenhof C, Kremers SP. The contribution of lifestyle coaching of overweight patients in primary care to more autonomous motivation for physical activity and healthy dietary behaviour: results of a longitudinal study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014;11:86.
88. Huang MC, Hsu CC, Wang HS, Shin SJ. Prospective randomized controlled trial to evaluate effectiveness of registered dietitian-led diabetes management on glycemic and diet control in a primary care setting in Taiwan. *Diabetes Care*. févr 2010;33(2):233- 9.
89. Ley P, Jain VK, Skilbeck CE. A method for decreasing patients' medication errors. *Psychol Med*. nov 1976;6(4):599- 601.
90. Fontaine P, Halimi S. Résultats de DAWN2TM. Quelles conséquences pour l'organisation des soins ? *ResearchGate*. 1 déc 2013;7:S53-S57.
91. Présentation du service Sophia - ameli-sophia [Internet]. 2017 [cité 11 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.ameli-sophia.fr/service-sophia/presentation-du-service-sophia.html>

92. Reach G. Clinique de l'observance L'exemple des diabètes. John Libbey Eurotext; 2006 [cité 11 mai 2017]. Disponible sur: http://www.unitheque.com/Livre/john_libbey_eurotext/Formation/Clinique_de_l_obser-vance_L_exemple_des_diabetes-6836.html
93. Legrain S. Haute Autorité de Santé : Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé [Internet]. 2005 [cité 11 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
94. Reach G. Insuline et vécu du patient : barrière ou levier ? BDSF. Médecine Mal Métaboliques. sept 2014;8(4):423- 9.
95. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. Diabetes Care. mars 2001;24(3):561- 87.
96. Burgoon JK, Pfau M, Parrott R, Birk T, Coker R, Burgoon M. Relational communication, satisfaction, compliance-gaining strategies, and compliance in communication between physicians and patients. Commun Monogr. 1 sept 1987;54(3):307- 24.
97. Monnier L, Azrak AE, Essekkat N. Pédagogie, éducation thérapeutique et prévention : le pouvoir des « Trois ». Médecine des maladies Métaboliques. 25 mars 2015; 9(1):93-99; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/964698>
98. Druet C, Bourdel-Marchasson I, Weill A, Eschwege E, Penfornis A, Fosse S, et al. Le diabète de type 2 en France: épidémiologie, évolution de la qualité de la prise en charge, poids social et économique. Entred 2007. Presse Médicale. 2013;42(5):830- 8.
99. Colas C. Les enjeux de l'annonce diagnostique en diabétologie. Médecine des maladies Métaboliques. mai 2015; 8(6):636-8 Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/949274>
100. Vermunt PW, Milder IE, Wielaard F, Baan CA, Schelfhout JD, Westert GP, et al. Behavior change in a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention in Dutch primary care: opportunities for intervention content. BMC Fam Pract. 2013;14:78.
101. Julia C, Hercberg S. Pratique des régimes : acceptabilité et perception. Résultats issus de l'étude NutriNet-Santé en 2012. Médecine des maladies Métaboliques 3 juill 2013; 8(6):636-8 [cité 11 mai 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/792510>
102. Lecerf J-M. Obésité. Pourquoi les régimes échouent-ils ? Nutrition clinique et métabolisme. juin 2013;27(2):74-81 [cité 12 déc 2016]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/811473>
103. Aubin-Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142- 5.

VII. Annexes

A. Annexe 1 : Courrier adressé aux médecins généralistes

Liste de patients pour la thèse de Mme Perle Sayedoff Puderbeutel :

Mesures hygiéno-diététiques chez les patients diabétiques de type 2 :
Quels sont les facteurs influençant leur respect

Par le Docteur _____

Le médecin doit demander aux patients correspondant à la population de l'étude et qui se présentent en consultation de manière successive, s'ils acceptent d'être contactés pour réaliser un entretien dans le cadre d'une thèse de doctorat en médecine.

Si oui, le médecin note les Nom, Prénom, Age, Sexe et Téléphone des patients dans le tableau, pour que ceux-ci puissent être rappelés par l'étudiante dans un délai de 15 jours.

Chaque médecin peut proposer 1 à 5 patients.

Nom	Prénom	Age	Sexe	Niveau d'étude*	Ancienneté du diabète*	Code postal	Numéro de téléphone

*Remarques :

Niveau d'étude : Brevet, Bac, Bac+X.

Ancienneté du diabète : nombres d'années depuis le diagnostic (même avant l'introduction d'un traitement) : 1 an, 1 à 3 ans, 3 à 5 ans, 5 à 10 ans, 10 à 15 ans, 15 à 20 ans, plus de 20 ans.

Rappel : critères d'inclusion des patients

- Age > 18 ans
- Diabétique de Type 2
- Sous ADO (pas de traitement par régime seul ou insuline)
- Quelles que soit les autres pathologies associées ou complications
- Bonne compréhension du français

B. Annexe 2 : Différents guides d'entretiens

1. Guide d'entretien développé

Bonjour, je m'appelle Perle Sayedoff, je suis actuellement interne en médecine en 8e année.

Je voulais avant tout vous remercier d'avoir accepté cet entretien.

Cela me permettra de recueillir des informations pour ma thèse de doctorat en médecine. Elle a pour but de mettre en évidence les facteurs qui favorisent l'adhésion aux mesures hygiéno-diététiques qui sont recommandées, plus particulièrement chez les patients diabétiques de type 2, et ceux qui au contraire, seront un frein.

Vous pourrez avoir accès à la thèse si vous le souhaitez.

Vos noms, prénoms et coordonnées resteront confidentiels, dans le cadre du secret médical. Même votre médecin traitant n'aura pas accès aux détails de cet entretien. Mon but n'est pas de juger la façon dont vous gérez votre diabète.

Dans le cadre de mon travail, j'aurai besoin d'enregistrer notre entretien, pour pouvoir retravailler dessus plus en détails par la suite ; me le permettez-vous ?

Commençons :

On va commencer par quelques questions d'ordre général :

Pourriez-vous m'épeler votre nom et prénom ?

Quel âge avez-vous ?

Pourriez-vous me donner votre poids et votre taille ?

Avez-vous pris ou perdu du poids récemment ? (Combien en combien de temps)

Quel est votre statut marital ? (Marié, en concubinage, en couple mais vit seul, célibataire, veuf, divorcé)

Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?

Travaillez-vous actuellement ? Si oui, quel est votre profession ? (Ouvrier, cadre, agriculteur, fonctionnaires)

Quel est votre niveau d'étude ? (Brevet, BAC (général, pro), cap/bep, bac+)

Diriez-vous que vous êtes stressé ?

Maintenant, je vais vous poser des questions en rapport principalement avec votre diabète, mais également avec les autres maladies que vous pourriez avoir :

Quand a-t-on diagnostiqué votre diabète ? En quelle année ? (<5 ans, entre 5 et 10 ans, entre 10 et 15 ans, plus de 15 ans)

Comment a-t-on diagnostiqué votre diabète ? Avez-vous ressenti des symptômes ? Si oui lesquels ?

Comment avez-vous vécu cette annonce ?

Pouvez-vous m'expliquer ce qu'est le diabète ? M'expliquer ce que vous avez compris de cette maladie ?

Avez-vous d'autres maladies, antécédents médicaux ? Tension, cholestérol ?

Et dans votre famille ? D'autres membres de votre famille ont du diabète ? Et dans vos connaissances ?

Fumez-vous ? Si oui, combien de cigarettes, depuis combien de temps ? Sinon, avez-vous déjà fumé ? Depuis combien de temps avez-vous arrêté ?

Connaissez-vous les complications possibles du diabète ? Pensez-vous en avoir ?

Connaissez-vous votre dernier chiffre d'hémoglobine glyquée ? Savez-vous quel est l'objectif dans le diabète ? Savez-vous ce que cela représente ? Tous les combien de temps la dosez-vous ? Pensez-vous que votre diabète est équilibré ?

Par quel médecin êtes-vous suivi ? (MT, endocrinologue, cardiologue (avant ou après le diagnostic ?) Est-ce celui qui vous a diagnostiqué votre diabète ? Si non, pourquoi ?

A quelle fréquence le voyez-vous ? Combien de temps dure en moyenne la consultation ?

En êtes-vous satisfait ?

Avez-vous déjà été hospitalisé ? (Pour le diabète, autres)

Voyez-vous d'autres personnels de santé ? (Infirmière, diététicienne, nutritionniste)

Aimeriez-vous y avoir plus accès ?

Etes-vous membre d'une association ? Parlez-vous de votre diabète avec vos proches ? (Famille, amis) (malade ou non ?) leur avis compte-t-il beaucoup pour vous ?

Que pensez-vous du programme Ameli proposé par l'HAS ?

Quel traitement prenez-vous pour votre diabète ?

Est-ce le seul moyen de soigner cette maladie d'après vous ?

Que pensez-vous de l'insuline ?

Maintenant, je vais m'intéresser un peu plus à vos habitudes alimentaires et aux autres mesures d'hygiène qui sont préconisées dans le cadre du diabète :

Combien de repas faites-vous par jour ?

Pensez-vous des collations ? Si oui quoi ? Quand ? De façon systématiques ?

Mangez-vous entre les repas ? Grignotez-vous ?

Diriez-vous que vous surveillez votre alimentation ?

Y a-t-il des aliments autorisés sans aucune restriction pour les personnes diabétiques ?

Autorisés mais de façon limitée ?

Complètement interdits ?

Quels sont les aliments qui contiennent du sucre ? En mangez-vous ? Souvent ? Pourquoi ?

Sortez-vous souvent au restaurant ? Quel type ? Dans quel contexte ? (Travail, plaisir)

Trouvez-vous que c'est une occasion au cours de laquelle vous faites plus d'excès ? Y a-t-il d'autres occasions ?

Qui cuisine chez vous ?

Pour vous, que faut-il manger au cours d'un repas équilibré typique ? Diriez-vous que vous respectez ce schéma ? Pourquoi ?

Avez-vous changé vos habitudes (alimentaires ou autres) suite au diagnostic de diabète ? Pourquoi ? Ou pour une autre de vos maladies ?

Quels sont les boissons autorisées sans limitation, avec limitation et interdite dans le cadre du diabète ? Lesquelles consommez-vous ? En quelle quantité ? Si boissons "interdites", à quelles occasions ? Quels sont les mécanismes mis en place pour éviter d'en consommer ?

Buvez-vous de l'alcool ? A quelle fréquence ? En quelle occasion ? Lesquels ?

Savez-vous si cela peut avoir des conséquences pour l'équilibre du diabète ?

Faites-vous du sport ? Si oui lequel ? A quelle fréquence ? Pendant combien de temps ? Est-ce lié au fait qu'on vous a diagnostiqué du diabète ? Est-ce recommandé dans le diabète ? Si non pourquoi ? Est-ce recommandé dans le diabète ? Qu'est-ce qui pourrait vous motiver à en faire ? En faisiez-vous avant ? Si oui, pourquoi avez-vous arrêté ?

L'entretien est presque fini. Maintenez, je voudrais votre avis sur quelques sujets :

Trouvez-vous que le diabète est une maladie contraignante ? Pourquoi ?

Avez-vous des difficultés à suivre vos traitements et les recommandations que vous donnent les professionnels de santé ? Lesquels ?

Trouvez-vous que vous êtes assez soutenu ? Si oui, par qui ? Si non, qu'aimeriez-vous de plus ?

Qu'est-ce qui vous aide ou vous aiderait à mieux gérer ou équilibrer votre diabète ?

Je n'ai plus de questions, merci pour votre participation.

2. Guide d'entretien revisité

Bonjour, je m'appelle Perle Sayedoff, je suis actuellement interne en médecine en 8e année.

Je voulais avant tout vous remercier d'avoir accepté cet entretien.

Cela me permettra de recueillir des informations pour ma thèse de doctorat en médecine. Elle a pour but de mettre en évidence les facteurs qui favorisent l'adhésion aux mesures hygiéno-diététiques qui sont recommandées, plus particulièrement chez les patients diabétiques de type 2, et ceux qui au contraire, seront un frein.

Vous pourrez avoir accès à la thèse si vous le souhaitez.

Vos noms, prénoms et cordonnées resteront confidentiels, dans le cadre du secret médical. Même votre médecin traitant n'aura pas accès aux détails de cet entretien. Mon but n'est pas de juger la façon dont vous gérez votre diabète.

Dans le cadre de mon travail, j'aurais besoin d'enregistrer notre entretien, pour pouvoir retravailler dessus plus en détails par la suite ; me le permettez-vous ?

Commençons :

Etat civil

Pourriez-vous m'épeler votre nom et prénom ?

Quel âge avez-vous ?

Où êtes-vous né ? Où avez-vous grandi ? Quand êtes-vous arrivé à Paris, en Région parisienne, en France ?

Quel est votre statut marital ? (Marié, en concubinage, en couple mais vit seul, célibataire, veuf, divorcé)

Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Pensez-vous que cela influence votre alimentation ?

Diabète

Quand a-t-on diagnostiqué votre diabète ? En quelle année ? (<5 ans, entre 5 et 10 ans, entre 10 et 15 ans, plus de 15 ans)

Comment a-t-on diagnostiqué votre diabète ? Avez-vous ressenti des symptômes ? Si oui lesquels ? Par qui ?

Comment avez-vous vécu cette annonce ? Et votre entourage ?

Vous y attendiez-vous ?

Pouvez-vous m'expliquer ce qu'est le diabète pour vous ? Ce que vous avez compris de cette maladie ?

Connaissez-vous les complications possibles du diabète ? Pensez-vous en avoir ?

Connaissez-vous votre dernier chiffre d'hémoglobine glyquée ? Savez-vous ce que cela représente ? Tous les combien de temps la dosez-vous ? Savez-vous quel objectif vous aimeriez atteindre ? Qui a fixé cet objectif ?

Pensez-vous que votre diabète est équilibré ?

Quel traitement prenez-vous pour votre diabète ?

Est-ce le seul moyen de soigner cette maladie d'après vous ?

Que pensez-vous de l'insuline ? Qu'est-ce que cela signifie pour vous ?

Trouvez-vous que le diabète est une maladie contraignante ? Pourquoi ?

Utilisez-vous un lecteur de glycémie ? Combien de fois par semaine ? A quels moments de la journée ? Quelles sont les glycémies cibles ? Lorsque vous en faites, cela vous sert-il à adapter votre alimentation ?

Avez-vous des difficultés à suivre vos traitements et les recommandations que vous donnent les professionnels de santé ? Lesquels ?

Qu'est-ce qui vous aide ou vous aiderait à mieux gérer ou équilibrer votre diabète ? Y aviez-vous déjà pensé ? (D'un point de vu familial, professionnel...)

Antécédents

Avez-vous d'autres maladies, antécédents médicaux ? Hypertension, Hypercholestérolémie ? Pathologies endocriniennes ?

Antécédents familiaux cardiovasculaires ?

Fumez-vous ? Si oui, combien de cigarettes, depuis combien de temps ? Avez-vous déjà envisagé d'arrêter ? Sinon, avez-vous déjà fumé ? Depuis combien de temps avez-vous arrêté ? Y a-t-il des fumeurs autour de vous ?

Combien de médicaments prenez-vous par jour ? En combien de prises ? Combien de fois par semaine les oubliez-vous ?

Vous sentez vous déprimé ? Est-ce depuis votre diagnostic de diabète ? Diriez-vous que vous avez déjà eu des épisodes de dépression avant ?

Votre moral influe-t-il sur votre alimentation ? Voire sur votre poids ?

Avez-vous du mal à dormir ? A vous endormir ?

Poids

Pourriez-vous me donner votre poids et votre taille ?

Quel est votre poids de forme ? Quel est votre poids maximum et minimum ?

Avez-vous déjà fait des régimes amaigrissants ? Si oui combien ? Quels ont été les effets ?

Des cures ? un suivi par un nutritionniste ou une diététicienne ?

Avez-vous pris ou perdu du poids récemment ? (Phase ascendante, descendante, stable) si oui, Combien en combien de temps ? Avez-vous remarqué certains facteurs favorisant la prise ou la perte de poids ? (Stress, grossesse, décès, déménagement ...)

Médecins

Par quel médecin êtes-vous suivi pour votre diabète ? (MT, endocrinologue, cardiologue (avant ou après le diagnostic ?)) Est-ce celui qui vous a diagnostiqué votre diabète ? Si non, pourquoi ?

A quelle fréquence le voyez-vous ? Pour quel motif (renouvellement d'ordonnance, ou autre) ? Combien de temps dure en moyenne la consultation ?

Que diriez-vous de votre relation avec votre médecin ? Etes-vous satisfait de votre relation avec votre médecin ? (Passe-t-il suffisamment de temps avec vous ?)

Avez-vous déjà été hospitalisé ? (Pour le diabète, autres)

Voyez-vous d'autres personnels de santé ? (Infirmière, diététicienne, nutritionniste)

Aimeriez-vous y avoir plus accès ?

Que pensez-vous du programme Sophia proposé par la CNAM ?

Trouvez-vous que vos médecins vous demandent votre avis concernant vos traitements ? Et sinon, osez-vous donner votre avis ? Et vos médecins en tiennent-ils compte ?

Vous sentez vous impliqué dans le traitement de votre diabète ?

Famille

Et dans votre famille ? D'autres membres de votre famille ont-ils du diabète ? Et dans vos connaissances ? Leur demandez-vous des conseils ?

Trouvez-vous que vous êtes assez soutenu ? Si oui, par qui d'autres ? Si non, qu'aimeriez-vous de plus ? Certaines personnes vous déçoivent-elles ?

Trouvez-vous que vos proches fassent des efforts ? Lesquels ? Si oui, trouvez-vous que cela soit normal ? Sinon, à quels efforts vous attendriez-vous ?

Etes-vous membre d'une association ? Si oui, pourquoi ?

Parlez-vous de votre diabète avec vos proches ? (Famille, amis) (malade ou non ?) leur avis compte-t-il beaucoup pour vous ?

Statut socio-économique

Est-ce que je peux vous demander quel est votre niveau d'étude ? (Brevet, BAC (general, pro), cap/bep, bac+)

Quelle est votre profession ? (Ouvrier, cadre, agriculteur, fonctionnaire)

Travaillez-vous actuellement ? Si oui, que faites-vous ?

Cela vous plaît-il ?

Comment cela se passe-t-il (au travail) ? Votre travail influence-t-il votre travail /votre emploi du temps ?

Cela fait-il longtemps que vous occupez ce poste ? (Ancienneté) Que faisiez-vous d'autres avant ?

Quels sont vos horaires ? Est-ce stable ? Flexible ?

Diriez-vous que vous êtes stressé ?

Pensez-vous que votre travail soit en situation d'instabilité ?

Et votre compagne travaille-t-il/elle ?

Diriez-vous que vous avez des difficultés (financières) ?

Percevez-vous des aides sociales ?

Nutrition

Combien de repas faites-vous par jour ? A quelles heures les prenez-vous ?

Prenez-vous des collations ? Si oui, quoi ? Quand ? Régulièrement ?

Mangez-vous entre les repas ? Grignotez-vous ? Y a-t-il des moments où vous craquez ? si oui, pourquoi ?

Pensez-vous que pour vous, l'alimentation a un autre rôle que simplement la nutrition ? (Comblé un vide, occuper un ennui, récompense, réconfort...)

Diriez-vous que vous surveillez votre alimentation ? Est-ce depuis le diagnostic de diabète ?

Diriez-vous que vous êtes gourmand ? Avez-vous des difficultés à limiter votre consommation de certains aliments ?

Qu'est-ce que vous qualifieriez d'excès ? En faites-vous ? Souvent ? Pourquoi ?

D'un point de vu plus théorique, y a-t-il des aliments autorisés sans aucune restriction en cas de diabète ?

Autorisés mais de façon limitée ?

Complètement interdits ?

Quels sont les aliments qui contiennent du sucre ? En mangez-vous ? Souvent ? Lesquels ? Pourquoi ?

Que savez-vous de l'Index Glycémique des aliments ? En tenez-vous compte ? Qui vous en a parlé ?

Où mangez-vous le midi ?

Sortez-vous souvent au restaurant ? Quel type ? Dans quel contexte ? (Travail, plaisir)

Trouvez-vous que c'est une occasion au cours de laquelle vous mangez différemment ? Y a-t-il d'autres occasions ?

Qui cuisine chez vous ? Qui fait les courses ?

Comment faites-vous cuire les aliments ? (Beurre, huile ?)

Pour vous, que faut-il manger au cours d'un repas équilibré typique ? Est-ce différent pour un diabétique ? Diriez-vous que vous respectez ce schéma ? Pourquoi ?

Avez-vous changé vos habitudes (alimentaires ou autres) suite au diagnostic de diabète ? Pourquoi ? Ou pour un autre de vos problèmes de santé ?

Estimez-vous que les recommandations diététiques aient changé depuis que vous êtes diabétique ?

Quels sont les boissons autorisées sans limitation, avec limitation et interdite dans le cadre du diabète ? Lesquelles consommez-vous ? En quelle quantité ? Si boissons "interdites", à quelles occasions ? Y a-t-il des mécanismes que vous avez mis en place pour éviter d'en consommer ?

Buvez-vous de l'alcool ? A quelle fréquence ? (Jamais, occasionnelle, fréquente, quotidienne)
En quelle occasion ? Lesquels ?

Savez-vous si cela peut avoir des conséquences pour l'équilibre du diabète ?

Activité physique

Passez-vous beaucoup de temps assis dans la journée ? (Ordinateur, télé, repos)

Votre travail est-il physique ?

Avez-vous une voiture ? Sortez-vous faire des courses, à pieds ?

Faites-vous du sport à proprement parler ? Si oui lequel ? A quelle fréquence ? Pendant combien de temps ? A quelle intensité ? Est-ce lié au fait qu'on vous a diagnostiqué du diabète ?

Et vos proches ?

Sinon, quels sont les facteurs limitants ?

En faisiez-vous avant ? Si oui, pourquoi avez-vous diminué ou arrêté ?

Est-ce recommandé dans le diabète ? Si non pourquoi ?

Qu'est-ce qui pourrait vous motiver à en faire ?

Avez-vous d'autres éléments dont vous voudriez me parler ?

Je n'ai plus de questions, merci pour votre participation.

3. Guide d'entretien final

Bonjour, je m'appelle Perle Sayedoff, je suis actuellement interne en médecine en 8e année.

Je voulais avant tout vous remercier d'avoir accepté cet entretien.

Cela me permettra de recueillir des informations pour ma thèse de doctorat en médecine. Elle a pour but de mettre en évidence les facteurs qui favorisent l'adhésion aux mesures hygiéno-diététiques qui sont recommandées, plus particulièrement chez les patients diabétiques de type 2, et ceux qui au contraire, seront un frein.

Vous pourrez avoir accès à la thèse si vous le souhaitez.

Vos noms, prénoms et coordonnées resteront confidentiels, dans le cadre du secret médical. Même votre médecin traitant n'aura pas accès aux détails de cet entretien. Mon but n'est pas de juger la façon dont vous gérez votre diabète.

Dans le cadre de mon travail, j'aurais besoin d'enregistrer notre entretien, pour pouvoir retravailler dessus plus en détails par la suite ; me le permettez-vous ?

Commençons :

Etat civil/famille

Pourriez-vous m'épeler votre nom et prénom ?

Quel âge avez-vous ?

Où êtes-vous né ? Où avez-vous grandi ?

Est-ce que je peux vous demander quel est votre niveau d'étude ? (Brevet, BAC (général, pro), cap/bep, bac+)

Quelle est votre profession ? (Ouvrier, cadre, agriculteur, fonctionnaires)

Travaillez-vous actuellement ? Si oui, que faites-vous ?

Cela fait-il longtemps que vous occupez ce poste ? (Ancienneté) Que faisiez-vous d'autre avant ?

Si retraite : diriez-vous que votre passage à la retraite a changé quelque chose à votre situation financière ?

Quels sont vos horaires ? Est-ce stable ? Flexible ?

Est-ce prenant ? Comment cela se passe ?

De quelle confession êtes-vous ? Croyez-vous en Dieu ?

Quel est votre statut marital ? (Marié, en concubinage, en couple mais vit seul, célibataire, veuf, divorcé)

Et votre compagne travaille-t-il/elle ?

Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?

Et dans votre famille ? D'autres membres de votre famille ont-ils du diabète ? Et dans vos connaissances ? Leur demandez-vous des conseils ?

Parlez-vous de votre diabète avec vos proches ? (Famille, amis) (malade ou non ?) leur avis compte-t-il beaucoup pour vous ?

Trouvez-vous que vous êtes assez soutenu ? Si oui, par qui d'autre ? Si non, qu'aimeriez-vous de plus ? Certaines personnes vous déçoivent-elles ?

Trouvez-vous que vos proches fassent des efforts ? Lesquels ? Si oui, trouvez-vous que cela soit normal ? Sinon, à quels efforts vous attendriez-vous ?

Diabète/antécédents/traitements

Depuis combien de temps a-t-on diagnostiqué votre diabète ? En quelle année ? (<5 ans, entre 5 et 10 ans, entre 10 et 15 ans, plus de 15 ans).

Comment a-t-on diagnostiqué votre diabète ? Avez-vous ressenti des symptômes ? Si oui lesquels ? Par qui ?

Comment avez-vous vécu cette annonce ? Et votre entourage ?
Vous y attendiez-vous ?
Vous sentez vous coupable ? Découragé ?
Pouvez-vous m'expliquer ce qu'est le diabète pour vous ? Ce que vous avez compris de cette maladie ?
Connaissez-vous les complications possibles du diabète ? Pensez-vous en avoir ?
Est-ce que vous avez d'autres maladies, antécédents médicaux ?
Et dans vôtres famille ? (AVC, IDM)
Connaissez-vous votre dernier chiffre d'hémoglobine glyquée ? Savez-vous ce que cela représente ? Tous les combien de temps la dosez-vous ? Savez-vous quel objectif vous aimeriez atteindre ? Qui a fixé cet objectif ?
Pensez-vous que votre diabète est équilibré ?
Quel traitement prenez-vous pour votre diabète ? Et le reste de l'ordonnance.
Cela vous fait combien de médicaments par jour ? Répartis en combien de fois ?
Combien de fois les oubliez-vous sur 1 semaine/1 mois ?
Est-ce le seul moyen de soigner cette maladie d'après vous ?
Que pensez-vous de l'insuline ? Qu'est-ce que cela signifie pour vous ?
Trouvez-vous que le diabète est une maladie contraignante ? Pourquoi ?
Utilisez-vous un lecteur de glycémie ? Combien de fois par semaine ? A quels moments de la journée ? Quelles sont les glycémies cibles ? Lorsque vous en faites, cela vous sert-il à adapter votre alimentation ?
Avez-vous des difficultés à suivre vos traitements et les recommandations que vous donnent les professionnels de santé ? Lesquels ?
Fumez-vous ? Si oui, combien de cigarettes, depuis combien de temps ? Avez-vous déjà envisagé d'arrêter ? Sinon, avez-vous déjà fumé ? Depuis combien de temps avez-vous arrêté ? Y a-t-il des fumeurs autour de vous ?
Vous a-t-ont déjà demandé de perdre du poids ? Qui ? Combien ? Comment avez-vous fait ?
Actuellement vous pesez combien ? Pour quelle taille ?
Est-ce votre poids de forme ? Quel est votre poids maximum et minimum ?
Avez-vous pris ou perdu du poids récemment ? (Phase ascendante, descendante, stable)
Si oui, combien en combien de temps ?
Avez-vous remarqué certains facteurs favorisant la prise ou la perte de poids ? (Stress, grossesse, décès, déménagement ...)
Avez-vous déjà fait des régimes amaigrissants ? Si oui combien ? Quels ont été les effets ?
Etiez-vous suivi par un spécialiste ?

Médecin

Par quel médecin êtes-vous suivi pour votre diabète ? (MT, endocrinologue, cardiologue (avant ou après le diagnostic ?))
Est-ce celui qui vous a diagnostiqué votre diabète ? Si non, pourquoi ?
A quelle fréquence le voyez-vous ? Pour quel motif (renouvellement d'ordonnance, ou autre) ? Combien de temps dure en moyenne la consultation ?
Que diriez-vous de votre relation avec votre médecin ? Etes-vous satisfait de votre relation avec votre médecin ? (Passe-t-il suffisamment de temps avec vous ?)
Avez-vous déjà été hospitalisé ? (Pour le diabète, autres)
Voyez-vous d'autres personnels de santé ? (Infirmière, diététicienne, nutritionniste)
Aimeriez-vous y avoir plus accès ?
Que pensez-vous du programme Sophia proposé par la CPAM ?
Etes-vous membre d'une association ? Si oui, pourquoi ?

Trouvez-vous que vos médecins vous demandent votre avis concernant vos traitements ? Et sinon, osez-vous donner votre avis ? Et vos médecins en tiennent-ils compte ?
Vous sentez-vous impliqué dans le traitement de votre diabète ?
Qu'est-ce que c'est pour vous d'être en bonne santé ?
Diriez-vous que vous êtes stressé ?
Vous sentez-vous déprimé ? Est-ce depuis votre diagnostic de diabète ? Diriez-vous que vous avez déjà eu des épisodes de dépression avant ?
Avez-vous du mal à dormir ? A vous endormir ?
A quelle heure vous réveillez-vous en général ?

Nutrition /connaissances/activité physique

Prenez-vous un petit déjeuner ? A quelles heures prenez-vous vos autres repas ?
Où mangez-vous le midi ?
Prenez-vous des collations ? Si oui, quoi ? Quand ? Régulièrement ?
Mangez-vous entre les repas ? Grignotez-vous ? Y a-t-il des moments où vous craquez ? si oui, pourquoi ?
Diriez-vous que vous surveillez votre alimentation ? Est-ce depuis le diagnostic de diabète ?
Estimez-vous que les recommandations diététiques aient changé depuis que vous êtes diabétique ?
Qu'est-ce que vous qualifieriez d'excès ? En faites-vous ? Souvent ? Pourquoi ? Pour quels aliments ?
Diriez-vous que vous êtes gourmand ?
Quels sont les aliments qui contiennent du sucre ? En mangez-vous ? Souvent ? Lesquels ? Pourquoi ? Y a-t-il des mécanismes que vous avez mis en place pour éviter d'en consommer ?
Pensez-vous qu'on peut manger pour d'autres raisons que la faim ? (Comblant un vide, occuper un ennui, récompense, réconfort...)
Changez-vous votre alimentation quand vous partez en vacances ? Ou quand vous voyez votre famille ?
Sortez-vous souvent au restaurant ? Quel type ? Dans quel contexte ? (Travail, plaisir)
Trouvez-vous que c'est une occasion au cours de laquelle vous mangez différemment ? Y a-t-il d'autres occasions ?
Qui cuisine chez vous ? Qui fait les courses ?
Comment faites-vous cuire les aliments ? (Beurre, huile ?)
Pour vous, que faut-il manger au cours d'un repas équilibré typique ? Est-ce différent pour un diabétique ? Diriez-vous que vous respectez ce schéma ? Pourquoi ?
Que savez-vous de l'Index Glycémique des aliments ? En tenez-vous compte ? Qui vous en a parlé ?
D'un point de vue plus théorique, y a-t-il des aliments complètement interdits en cas de diabète ?
Autorisés mais de façon limitée ?
Autorisés sans aucune restriction ?
Quels sont les boissons interdites,
Avec limitation ?
Et autorisés sans limitation dans le cadre du diabète ?
Lesquels consommez-vous ? En quelle quantité ? Si boissons "interdites", à quelles occasions ?
Buvez-vous de l'alcool ? A quelle fréquence ? (Jamais, occasionnelle, fréquente, quotidienne)
En quelle occasion ? Lesquels ?
Savez-vous si cela peut avoir des conséquences pour l'équilibre du diabète ?
Et le sport, est-ce recommandé dans le diabète ? Si non, pourquoi ?

Est-ce que vous en faites ? Si oui, lequel ? A quelle fréquence ? Pendant combien de temps ?
A quelle intensité ? Est-ce lié au fait qu'on vous a diagnostiqué du diabète ?
Passez-vous beaucoup de temps assis dans la journée ? (Ordinateur, télé, repos)
Ou Votre travail est-il physique ?
Sortez-vous faire vos courses à pied ou utilisez-vous la voiture ?
Et vos proches ?
Sinon, qu'est-ce qui vous empêche d'en faire ?
En faisiez-vous avant ? Si oui, pourquoi avez-vous diminué ou arrêté ?
Qu'est-ce qui pourrait vous motiver à en faire ou refaire ?

C'est presque fini

Projection dans l'avenir

Si on vous proposait 500€ maintenant ou 1500€ dans 1 an, que préféreriez-vous ?
Pouvez-vous me dire 3 choses qui vont vous arriver dans l'avenir, et d'ici combien de temps cela va se produire ?

Pour conclure, est-ce que vous pourriez me dire ce qui à votre avis vous aide ou vous aiderait à mieux gérer ou équilibrer votre diabète ? Y aviez-vous déjà pensé ? (D'un point de vue familial, professionnel...)

L'entretien est fini, je vous remercie de votre participation.

C. Annexe 3 : Tableau avec résumés des patients

1. C, D, E, F, G

	C	D	E	F	G
Enfance	<p>Ho, 53 ans, « Né en Russie. J'ai grandi là-bas et je suis parti à 30ans. Je suis d'abord allé en Tchécoslovaquie puis en France. Je suis arrivé en France en 1998. Moi je parlais français et ma femme vendait ses tableaux à un artisan parisien. Tous l'argent qu'on gagnait de ça on le dépensait pour le voyage donc on s'est dit autant aller habiter sur Paris, ce que l'on a fait. Pendant 10 ans on vivait sans papier. » « 1 fille qui a 33 ans et une petite-fille qui a 9 ans. » « crois en Dieu, mais de façon intello. »</p>	<p>Ho de 75 ans, Remarié, 3 enfants, plusieurs petits enfants. « J'ai été marié, j'ai eu 3 filles et je vis avec ma compagne depuis 25 ans à Paris. On a tous les deux des enfants et petits-enfants donc il y a toujours du monde à la maison » « Né à Saint-Raphaël (puis) à Paris (puis) dans le Midi pour faire l'école d'ingénieur et de gestion d'entreprise à Marseille (puis) service militaire en Algérie (puis) J'ai commencé à travailler, j'ai exercé 3 ans au Maroc et depuis 1971 je suis à Vitry en région Parisienne. »</p>	<p>Ho, 66 ans Né à Tunis en Tunisie. "grandi un petit peu là-bas jusqu'à 17 ans. Après je suis venu en France" musulman, marié 4 filles, 2 petits enfants</p>	<p>Fe, 66 ans, Née en Tunisie. « Venue à 17 ans en France pour travailler » Musulmane. Mariée 4 filles 2 petits enfants</p>	<p>Fe 80 ans, Marié, 1 fille, 1 petit fils. « Née à Vitry. Je suis toujours restée dans le quartier. »</p>
Profession	<p>« Bac +5 en art et littérature. Je travaille au théâtre français. Ma femme, bac +5 deux fois et bac +3 français. » « Actuellement je suis handicapé, mais je continue à travailler au théâtre, c'est pas trop loin. Par contre vu mon handicap je commence à être très fatigué. Donc je fais metteur en scène mais je reçois moins de rôle pour jouer. Là je suis sur l'École des femmes de Molière, après ça, notre dernière tournée, c'est le noir absolu. Je ne sais pas ce que je vais faire. On m'a proposé de tourner un film d'animation. » « Je n'ai plus les mêmes honoraires, donc je ne permets plus (d'aller au resto) »</p>	<p>« à la retraite depuis 15 ans. Avant, j'étais au conseil d'administration, de gestion et d'informatisation des entreprises. J'étais il y a 18 ans le directeur adjoint du contrôle de gestion central dans la tutelle des assédic ». « J'ai travaillé en Algérie, au Maroc et j'étais un tiers du temps en déplacement ». « Comme j'avais les enfants, je partais très tôt et je ne revenais pas trop tard. Pour moi c'était un tiers pour le patron, un tiers pour les clients et un tiers pour moi que je préservais » « Bac +7. J'ai fait 3 ans de classe préparatoire au concours d'ingénieur, 3 ans d'école d'ingénieur et 1 ans de spécialisation. » « La retraite n'a pas été un changement. Je continue à avoir des relations avec mes anciens collègues » « Je fais donc pendant ma retraite autant de voyages qu'avant mais je suis plus disponible donc j'organise moi-même. Pareil, même avant la</p>	<p>« J'ai voulu continuer les études d'électricien, mais quand j'ai vu le travail j'ai laissé tomber. Du coup j'ai continué dans le bâtiment. J'ai pas eu le bac, j'ai fait que le secondaire." "je travaille dans l'entretien" " depuis 1997 à peu près." "c'est un petit peu physique" "Je commence vers 3h du matin, je finis vers 10h30-11h. Je n'ai pas de chef je travaille tout seul. Je travaille le matin, comme ça après l'après-midi je suis tranquille. »</p>	<p>« Elle a fait l'école jusqu'à la 6e, elle parle arabe, le français elle a du mal, malgré qu'elle soit française, elle a la nationalité française. Elle a travaillé en tant que femme de ménage, mais là elle est à la retraite. (À 60 ans) » « ils ont eu des difficultés, beaucoup de découvertes. Malgré le fait que ma mère ait travaillé 43 ans, elle touche que 700 euros de retraite. »</p>	<p>Les études : « je me suis arrêtée à 18 ans. Non pas que je n'étais pas apte à suivre mais la situation de mes parents ne le permettait pas. » « j'ai travaillé dans les bureaux jusqu'à avoir ma fille. » maintenant à la retraite. Pas de problème. financier car retraite de son mari. Pas stressée.</p>

		retraite ça nous arrivait d'aller manger 2-3 fois par semaine chez des amis ». « J'ai beaucoup plus de revenus qu'avant. La maison je l'ai achetée il y a 25 ans, j'ai fini de la payer il y a 15 ans, je suis à la retraite depuis 10 ans et je n'ai plus à rembourser quoique ce soit. Donc même si ce que je touche est moins que mon salaire d'avant, je n'ai plus à rembourser d'emprunts. »			
Entourage et soutien	« Il y a un jeune au théâtre, qui est diabète de type 1 le pauvre. Et quand on part en tournée il prend avec lui ses ampoules. » « On fait des efforts ensemble... Mais quand on est en tournée, on nous emmène des gâteaux, des chocolats, des bonbons, alors on dit « on est diabétiques ! ». « Parce que des fois on arrive, on dit que l'on est diabétiques et ils nous disent juste de ne pas manger de sucre. Alors je leur dis « hop hop hop c'est pas si simple que ça ! ». Et souvent alors on appelle avant et ils nous préparent ce qu'il faut. » « Quand ils ne le font pas c'est parce qu'ils ne savent pas quoi faire, ils ne sont pas informés. Mais quand tu leur expliques ils écoutent. » « Ma fille est très soigneuse par rapport à mon diabète. Quand j'arrive elle achète de suite des choses spéciales. Elle me demande ce que je veux. »	« Donc c'est ma femme qui m'a poussé à manger des légumes. » ; Un frère DT2, mais ne lui demande pas de conseil, lui en donne plutôt, car plus jeune. Pas d'ami diabétique. Ne ressent pas le besoin d'avoir du soutien « Comme je n'ai pas de problème, je ne me plains pas. » « Mais le diabète je gère bien. Parfois ma femme me dit qu'elle a vu un article sur le diabète mais elle me voit chaque jour contrôler ma glycémie donc elle ne s'inquiète pas. » « Je ne pose jamais de questions, je n'en parle jamais. » « Si des gens dans une soirée parlent de leurs problèmes, j'écoute. Mais souvent les gens n'en parlent pas justement. »	« Je suis avec mes 4 filles. Elles sont là chaque jour. » « J'ai le médecin. Il me dit de manger ça, de ne pas manger ça. Mes filles aussi me le disent. » « Elles me soutiennent. Moi c'est pour eux que je fais attention. Je sais que c'est bien, de bouger de marcher... mais à 90% c'est pour eux. »	Soutenue « par ses enfants, ses sœurs et mon père aussi. Il lui dit ce qu'elle ne doit pas manger même si lui il mange. » « Elle n'en parle pas systématiquement avec ses sœurs. »	Sœur et belle-sœur diabétiques, « On se soutient mutuellement. (Avec son mari) » ne parle « pas spécialement (du diabète). » « Quand on est en société on leur dit qu'on ne mange pas de sucre »
Découverte	« C'est ça qui a déclenché le diabète. Des gens disent que c'est ça et d'autres disent que c'est plutôt le choc psychologique qui a déclenché le diabète de type 2. J'ai été plusieurs fois à l'hôpital et quand je suis que je vais être trépané, mon niveau de sucre augmente	Dg « Il y a 15 ans environ chez Dr β parce que j'urinais souvent et j'avais envie de suite. Je suis allé chez Dr β, une remplaçante m'a reçu et elle m'a dit que c'était le diabète. » « Bien, moi je me dis que c'est comme ça, je ne m'inquiète jamais, je n'ai jamais été stressé. Je me dis que je paye les excès de viande et de vin. » Mais ne s'y	Dg en 1996 « Par prise de sang. Moi je suis bien » « je ne connaissais pas cette maladie. » « Et là il m'a dit qu'il y a des médicaments, j'étais soulagé un peu. Et puis après on oublie, on prend l'habitude. »	Dg « Le médecin lui a dit de faire attention et elle a continué de manger sucré, elle a mangé elle a mangé et voilà... Ça fait 2 ans. » « Elle se sentait très fatiguée et elle avait des migraines comme	Dg en 2011. « pcq j'étais 2-3 jours à l'hôpital pour un problème et ils m'ont fait un test et ils ont trouvé sinon je savais rien du tout. J'avais saigné de la bouche pendant la nuit »

	<p>énormément. En général j'ai 130, dans les mauvais jours ça peut atteindre 170 le matin à jeun. Mais quand je suis à l'hôpital ça peut atteindre facilement 400 ! Sois c'est psychologique, la tension d'attendre la trépanation, sois c'est je ne sais pas... Je pense que ça a été déclenché par la chirurgie. Je n'ai jamais fait de bilan avant ça. Je ne savais pas que j'étais diabétique, alors c'est la question, est ce que j'étais diabétique avant. » « Je pense qu'ils ont fait toutes sortes d'analyses... Par contre une prise de sang après la chirurgie a montré un sucre de 400 ! » « Et c'est suite à cette chirurgie-là, la deuxième, qu'on a diagnostiqué le diabète. » « Je me suis dit que c'était à cause de ma chirurgie... Mais je ne savais pas qu'il y avait autant de risque (à manger de la confiture), on ne savait pas. »</p>	<p>attendait pas. « Je sais que c'est un défaut d'insuline qui joue un rôle par rapport à l'assimilation des médicaments, pour les graisses je crois. La production d'insuline est de plus en plus difficile donc la fonction de l'insuline ne se fait plus normalement. Je sais que le diabète 1 c'est plus du tout donc on injecte de l'insuline. Moi je produis encore de l'insuline, pas assez mais suffisamment pour rester en diabète 2. J'ai lu énormément, et comme ça ne m'inquiète pas j'ai oublié. »</p>	<p>S'y attendait pas, pas coupable.</p>	<p>pas possible » « Elle ne voulait pas avoir du diabète, elle était embêtée. Et elle a eu peur, avec les médicaments et tout... » s'y attendait pas car « son père n'était jamais malade » « Elle a peur pour mes filles ». un peu coupable car « mangeait trop »</p>	<p>« ça va j'ai pris ça comme le reste avec philosophie. » « J'ai trouvé ça enquinant pour ne pas dire autre chose, mais il faut vivre avec, on y peut rien. » Connaisait car son mari en avait déjà mais ne s'y attendait pas.</p>
surveillance	<p>Def : « Je sais que c'est compliqué, même pour les scientifiques. Parfois je regarde sur internet qu'ils n'arrivent pas bien à expliquer ça non plus, ils ne savent pas, les scientifiques et les médecins, de quoi s'agit-il. Je sais que c'est le pancréas, que c'est l'insuline qui ne remplit pas correctement sa fonction de nourrir les cellules. Les cellules doivent être bien nourries avec le sucre, l'insuline n'arrive pas à bien présenter le sucre aux cellules, il arrive et les cellules disent qu'elles ne veulent pas manger ce qu'il apporte. Du coup, d'un côté l'organisme n'est pas suffisamment nourri, d'un autre le sucre reste dans le sang ce qui</p>	<p>« Mes hémoglobines glyquées que j'ai fait il y a 1 mois sont presque à 8 à cause des excès de cet été mais il n'y a rien de particulier. Je suis toujours dans la norme. Ma femme fait du cholestérol alors qu'elle fait attention et moi je n'en ai pas. » « Ce que je connais et que j'applique toujours c'est la glycémie que je fais au déjeuner. Pour moi elle est fixée à 1,16. Mais je trouve ces normes bizarres donc j'ai demandé à mon diabétologue qui m'a dit que pour mon âge, mon mode de vie... ma limite était de 1,60. Alors j'ai un petit carnet où je note ma glycémie chaque matin. Si je suis à plus de 1,60 je marque pourquoi et très souvent je remarque c'est à cause de l'alcool ou la viande. » « Je suis quand même souvent au-dessus de 1,60 ... Mais ça ne m'inquiète pas. » « Je passe 2 mn le matin à</p>	<p>def « c'est pas bien, c'est une maladie qui ramène tout, le cœur, le sang » complication « du mal à faire ses besoins, la personne elle est fatiguée, elle sent rien.. » HBA1c « ce qu'on reçoit quand on fait les analyses, c'est en pourcents. La dernière fois je crois que j'étais dans les 7. Mais je pense que 6 c'est bon. » ts les 3 mois. glyc « peut-être une fois par semaine, c'est elle (désigne sa fille) qui me fait plutôt. Moi j'aime pas. Sinon je peux</p>	<p>def « C'est la maladie de la famille, c'est pas bien. » complications « Elle s'en fou en fait ... elle a vu ses sœurs aller à l'hôpital » « Quand elle se sent fatiguée elle nous dit de mesurer sa glycémie pour savoir si c'est bon ou pas. » « Que quand elle ne se sent pas bien, elle nous demande combien elle a comme ça elle s'arrête de manger, ou elle va quand elle la prend, c'est toujours haut »</p>	<p>Def : Pb de sucre « A cause du foie qui travaille mal » l'HBA1c : « Il nous en parle plusieurs fois, et puis c'est écrit « taux d'hémoglobine glyquée ». Il en sort une courbe qui représente le taux de sucre dans mon sang et par rapport à la maxi qui est sur la feuille, il ne faut pas dépasser. » « Il ne faut pas que ça dépasse 6 ! » « Je fais toujours attention donc c'est toujours à peu près. » « Je fais tous les 5 jours (un</p>

	<p>use les vaisseaux sanguins. » connaît pas les complications. « Je sais que ce n'est pas une partie de plaisir mais je ne peux rien dire de plus... » Hba1c « on me le fait de temps en temps, on me prend le sang dans la veine, mais ce que c'est exactement je ne sais pas. » « Peut-être une fois tous les 3 mois. Puis elle m'envoie voir le fond des yeux, le cœur... je dois le faire une fois par an.. De toute façon je ne le ferais pas plus souvent même si on me le disait parce que ça fait chier de courir partout. Vraiment je ne suis pas paranoïaque de ma santé » « 7.2... Il est équilibré disons mais ça peut être mieux. » « Un jour sur trois, parfois tous les jours. Quand je ressens la nécessité plus souvent. Parce que ça fait mal de se piquer tous les jours. »</p>	<p>prendre ma glycémie et c'est tout ; donc pour moi, à mon niveau ce n'est pas contraignant. Je ne change rien à ma manière de vivre, je vais toujours autant aux restaurants ou chez des amis. Ça ne m'empêche pas de vivre. » « Depuis le diagnostic je prends ma glycémie donc si ça dépasse je prends des mesures » « J'ai une alimentation variée et mon juge de paix c'est quand je prends ma glycémie le matin. Par contre je n'arrive pas à mettre de relation entre mon taux de glycémie et un produit que j'aurais mangé la veille. »</p>	<p>passer des mois sans faire. » Si la glycémie est haute « Je ne mange plus »</p>	<p>HBA1c connaît pas « la prise de sang elle a pris la dernière en Juin, et il ne lui a pas donné la prochaine date. Ça dépend... Des fois ils lui prescrivent mais elle fait pas. » « Quand on calcule son diabète, c'est là qu'elle s'arrête de manger. Et après elle reprend »</p>	<p>contrôle glycémique). J'ai pris le 5 comme référence, autrement j'oublie » « de noter sur un petit carnet. Donc quand je vais le voir je lui montre. » « Des fois j'ai plus des fois j'ai moins. Ça dépend de si je bouge plus ou moins. » ms n'adapte rien à la glycémie. « Si je perdais du poids peut-être (que le diabète irait mieux) ... mais j'en perds jamais. » « L'insuline, ça doit être contraignant. Je vois ma belle-sœur elle se plaint toujours d'avoir mal partout, qu'il faut qu'elle fasse sa piqûre par ci par là, la cuisse, la jambe... elle démoralise facilement. »</p>
ressenti et vécu	<p>« il se trouve que j'ai un psychisme assez fort, » « le diabète de type 2, voilà c'était comme ça » « Mais en même temps j'étais très responsable, j'ai demandé ce qu'il fallait que je fasse, on m'a dit de vérifier le taux de sucre tous les matins, certains jours 3 ou 4 fois, et je le faisais dur comme béton jusqu'à récemment. C'est le diabétologue de chez Rothschild qui m'a dit ça. Elle m'a dit de manger de façon spéciale, d'abord pas de sucre, ensuite pas de farine blanche du tout, éviter le pain, pas d'alcool, surtout pas de bière... et une chose que je n'ai jamais fait et que</p>	<p>Autres ttt « bouger » et « boire de l'eau ». Insuline : « Pour moi ce serait contraignant. C'est la raison principale pour laquelle je contrôle ma glycémie tous les jours sur mon petit carnet depuis 15 ans. » « Pour ceux qui en ont besoin, il n'y a pas de risque thérapeutique avec l'insuline mais j'espère qu'un jour on trouvera un traitement pour les diabétiques. » « il n'a pas de médicaments qui soigne le diabète mais moi je prends religieusement mes cachets pour ne pas tomber en type 1. » « Si par hasard je devais recommencer ma vie et que je tombe sur une personne plus stricte, j'aurais changé d'alimentation et il y aurait eu une répercussion par rapport</p>	<p>Autre ttt « Il ne faut pas manger de pâtes, de gâteaux, de sucre... Je vais vous dire quelque chose, moi je connais un tisane » l'insuline « ça c'est comme un robot. On peut manger de tout, et après on fait le truc. On m'a dit une fois mais moi je ne veux pas, je rentre pas dans ce truc. J'ai pas l'habitude des piqûres. Je suis bien... et puis on oublie ça c'est pire... »</p>	<p>Autre TTT « On a entendu à la télé qu'il y avait aussi une injection » insuline « il ne faut pas parler de ça ! Le médecin a proposé ça à mon père mais il a peur. » contraignante. « Toujours fatigués, toujours en train de dormir. Et à force, ils ont du mal à dormir le soir. »</p>	<p>« Il faut faire attention à tout. » « Tant qu'on a pas de piqûre d'insuline ce n'est pas une contrainte. » « Et pour interpréter les chiffres elle s'y perd. Ce n'est pas simple à utiliser. » « Moi je lui fais lire et il me dit ce qu'il y a. (Sophia à son mari) »</p>

	<p>ferais jamais c'est de diminuer les fruits. Ils m'ont dit pas plus de 3 par jour, mais pour moi c'est ridicule. Je me suis dit et j'ai demandé aux médecins, est ce que je ne me fais pas plus de mal en ne mangeant pas de fruits, en manquant de vitamines, et ils m'ont dit qu'ils ne pouvaient pas répondre. » Autre ttt « Si je mange bien, si je fais attention, mais je suis paresseux, si je cours autour du lac tous les matins, je pense que je pourrais enlever un cachet. » « Ça apporte des contraintes comme toutes les maladies mais pas plus que ça » l'insuline : « Je sais ce que c'est, je n'ai pas besoin de me piquer moi heureusement. Heureusement je ne suis pas du diabète de type 1. » Pourrait l'aider : « Un peu de fric, oui ça me permettrait de mieux manger encore, et pour le sport aussi. »</p>	<p>au diabète je pense. Je n'aurais pas eu de dégradation de mon insuline. Mais maintenant mon objectif est de ne pas tomber en diabète type 1. »</p>	<p>par rapport à beaucoup de choses. Quand vous êtes fatiguée, vous faites moins de choses, on n'a moins le courage de bouger.” “ je vis au jour le jour, je ne me dis pas que demain je serais malade, je suis courageux, surtout pour mes filles.”</p>		
atcd perso	<p>« Mon crâne à été ouvert plusieurs fois, je me suis fait opérer la 1ere fois en 2010. » « J'ai fait une crise d'hydrocéphalie parce que j'avais une lésion dans la région pinéale, comme une prune de 3cm de diabète, pas cancéreux d'après ce qu'ils ont dit... J'avais eu des maux de tête énormes pendant la crise » « il a regardé mon scanner et il a dit qu'il me voulait dans 15mn sur sa table sinon il allait me perdre. C'était l'hydrocéphalie. Si je dépassais une certaine tension, soit je meurs, soit je devenais un légume. Donc on m'a opéré en urgence à la fondation Rothschild, ils ont des très bons chirurgiens là-bas. » « C'est à partir de</p>	<p>« Je suis record de France de l'apnée du sommeil avec 60 apnées à la minute. Quand on a détecté cela à l'hôpital de Créteil après avoir fait des analyses, le professeur m'a dit soit vous changez de vie, soit vous mettez un appareil. Donc je me balade toujours avec mon appareil et je le mets tout le temps. Je n'ai pas de cholestérol mais j'ai un peu de tension » « Et puis j'ai l'apnée du sommeil qui dérange ma femme, on m'a dit qu'il fallait mettre un masque ou alors arrêter la charcuterie et tout, donc j'ai dit oui pour le masque. » « Je fais assez d'efforts je pense. » Pas de dépression. « Aérophagie » : « Je constate que les médicaments n'ont aucun effet à part le charbon j'ai l'impression. » Trouble de la marche : « j'ai deux prothèses,</p>	<p>“Avant j'avais rien mais le diabète ça m'a ramené le cholestérol, la tension.” H pr Ulcère Tabac : “Ça fait 12 ans que j'ai arrêté suite à une infection pulmonaire. J'ai commencé à fumer jeune. J'ai fumé jusqu'à 54 ans, des fois 2 paquets, 3 paquets par jour.” Pas stressé, pas déprimé pas troubles du sommeil</p>	<p>Cardiaque. « Ils lui ont débouché les artères. Elle a du cholestérol aussi, mais pas de tension, » phlébite, Pas stressée, pas tabac, pas déprimée, dort la journée, du mal à dormir le soir.</p>	<p>« J'ai du cholestérol, de la tension » « on m'a enlevé la thyroïde et j'ai été opérée du sein droit il y a 12 ans » Ne fume pas. Moral va bien « On est tous les deux en plus. »</p>

	la quatrième opération que je suis devenu handicapé parce que c'était accompagné d'une méningite. » pas cholest ni hta. Pas tabac. « Je suis stressé par autre chose, pas par le diabète. (travail) » pas stressé. Pas problème pour dormir.	j'ai un peu d'arthrose au genou, j'ai mon surpoids, on m'a enlevé deux veines » crise de goutte, mais a arrêté son traitement. « J'ai arrêté de fumer il y a 15 ans. Ma femme a voulu arrêté de fumer, c'était une vraie fumeuse, et j'ai compris que si je continuais de fumer, elle serait tentée de reprendre donc voilà. » « De 30 à 60 ans. Je n'étais pas un grand fumeur. J'en fumais une dizaine par jour. »			
atcd fam	Pas de diabétique. « Mon papa. Il a fait 5 ou 6 infarctus, ça a commencé quand il était jeune, il avait peut-être une quarantaine d'années. »	« Mon frère et mon père étaient médecins. » « J'ai un cousin et une grand-mère qui sont morts en étant insulino-dépendants en diabète type 1. » « Mon troisième frère. Il a eu des problèmes sentimentaux et s'est laissé aller. Il a eu tous les problèmes, le diabète, l'apnée du sommeil, le cholestérol »	diab « Dans ma famille il n'y a que moi. Et ma femme maintenant, ça fait 1 an. »	« Il lui a dit de prendre le comprimé, mais ça lui fait très mal à l'estomac donc des fois elle ne le prend pas. » « Elle le lui a déjà dit et il lui a dit que ce n'est pas bien, qu'elle risque d'avoir des complications. Mais elle lui dit que ça lui fait mal, qu'elle ne peut pas le prendre » « Elle a beaucoup de médicaments. Le Velmecia elle prend matin et soir, pas midi. Elle a aussi le Kardégic 75, Aldactasine, Tanganil de temps en temps parce qu'elle ne tenait pas debout. Crestor... » « Non pas le midi, et quand elle a très mal à l'estomac elle ne le prend pas le soir. Elle a mal tous les jours, c'est pas la seule à s'en plaindre. Elle prend tous ses médicaments le matin. Avant elle prenait de l'Esbériven, mais maintenant ce n'est plus remboursé.	« J'avais un grand-père maternel qui avait du diabète. Il est mort aveugle. Mais ce n'est pas pour ça qu'on a fait des tests. » Belle-sœur diabétique sous insuline. Et mari. « Mon père est mort d'un cancer, ma mère avait des problèmes respiratoires à la fin de sa vie » « Mon père fumait, il s'est arrêté du jour au lendemain quand le médecin lui a dit. »

ttt	<p>1-1-2 « En 3 prises. Je prends un Janumet le matin et le midi, et le soir je prends un Metformine et un Sitagliptine ou Glibenclamide divisé en 2. » « Il y a une semaine ou je peux les oublier 2 fois et une semaine ou je n'oublie pas du tout. Par contre des fois je fais exprès de ne pas prendre Glibenclamide quand je vois que mon taux est bien en me piquant le matin. J'ai peur que ça me fatigue les reins... » « Si ce n'est pas moi qui le fait c'est personne qui va le faire. »</p>	<p>9 cp en 3 fois par jour, 4-3-2 « J'ai deux boîtes de pilules pour 15 jours. Je voyage un peu partout, j'ai mon attirail. » « J'oublie une fois le soir mais c'est rarissime. Avec moi c'est systématique. » « Quand je demande à des gens qui ont du diabète quels médicaments ils prennent, je remarque qu'il y a une variété de médicaments pour les diabétiques et je pense que la sécurité sociale devrait mettre de l'ordre ; je suis étonné des prix différents et de tous les génériques qui existent ! » « De façon générale, dans tous les discours qu'on écoute, on ne met jamais en avant qu'il y a plusieurs centaines de milliers de plus de diabétiques en France et surtout on allume pas le coût alors qu'on le connaît, la sécu peut donner le coût de tous les médicaments et de toutes les opérations. » « Je sais que cela coûte très cher à la sécurité sociale et on n'en parle pas. Il y a une réalité qu'il y a une grosse masse d'individus touchés par la maladie et je regrette qu'on ne fasse pas grand-chose d'accessible pour tout le monde. » « La prévention devrait être la priorité dans le système de santé. »</p>	<p>« Velmetia, un le soir, un le matin, c'est rare que je le prends le midi. Si je ne me sens pas bien je prends sinon je diminue... » « Ça fait 6 comprimés le matin, parfois 1 le midi, et 2 le soir » oublie “ une fois par mois quand je ne veux pas les prendre” “pour me reposer. Quand je vois que je suis bien j'arrête un petit peu. Et quand je vois que ça va pas je reprends. J'ai pas l'impression que mon diabète se déséquilibre quand j'arrête, je fais attention. Quand je les arrête je fais plus attention.”</p>	<p>Ça fait 7 comprimés le matin, et 3 le soir. » « Elle ne l'aime pas. Déjà il est très gros à avaler et en plus il lui fait mal à l'estomac. » « Elle ne sent pas impliquée. C'est une obligation pour elle. »</p>	<p>7-2-4 : 10 médicaments « voilà quelque chose qui est contraignant. Il ne faut surtout pas les oublier. » « Ça m'arrive (d'oublier) le midi. »</p>
MT	<p>« Je vais la voir pour les ordonnances une fois tous les trois mois quelque chose comme ça » « 10-15mn... Elle prend ma tension, elle me demande les résultats de la dernière analyse, elle me donne l'ordonnance et adieu... » « je trouve ça suffisant. Je suis satisfait. Le seul défaut qu'elle a c'est qu'elle est toujours en retard. »</p>	<p>« Je vais chez Dr β tous les trimestres et ça me rassure puisqu'elle me prend la tension. J'ai un appareil mais je n'ai pas l'expérience pour le faire seul. » « Environ 20 min » « Je suis arrivé il y a 25 ans, j'ai cherché le médecin le plus proche et j'en suis satisfait. » « Je vais la voir pour qu'elle me prescrive les médicaments pour les 3 mois suivants. Quand j'ai un doute sur l'efficacité d'un médicament et que je demande de l'arrêter un mois, des fois elle me dit oui, des fois non. Je ne veux pas être médecin à leur place donc il faut avoir confiance en son médecin, je ne vais pas aller vérifier à chaque fois sur internet. Il faut avoir confiance en son médecin sinon on va en</p>	<p>« Il a beaucoup de valeurs, je l'aime bien, il est humain. » « Je le vois soit 2 fois par mois, soit une fois par mois. Je lui ai ramené du monde. Il est gentil comme tout. Je vais pour les médicaments, pour qu'il voit le diabète, et des fois quand je suis enrhumé » « entre 20 et 30mn. Il me prend le poids, la tension, les oreilles, on parle un peu. » « Moi je suis un malade, alors ils me</p>	<p>« Elle va chez le médecin quand elle n'a plus de médicaments. » « Elle y va tous les mois et quand elle est malade. » « Il a fait le nécessaire, elle le suit depuis qu'elle a 20 ans. Il est très gentil, un homme impeccable. » cs « Pas mal de temps, 20mn. » « Il ne lui demande pas son avis mais elle n'arrête pas de dire qu'elle a mal à l'estomac... et lui il lui dit de continuer »</p>	<p>Suivi par le MT, tous les 3 mois « Il nous fait faire à chaque fois une analyse de sang. », Cs > 20 min, « Avec lui on se sent rassurée, il nous écoute avec attention. » « Il nous demande si tout va bien, on a un bon échange, il répond toujours à nos questions. »</p>

		voir un autre. » « Elle m'écoute. Les autres spécialistes ils en n'ont rien à faire ! » « Un médecin me dit oui (j'ai un œdème), et un autre me dit non. Donc, je me suis déjà pris avec les médecins, on ne me prend pas pour un bête. » « Je fais confiance aux médecins, je prends les médicaments qu'ils me disent de prendre. J'ai bien compris qu'il y a un certain nombre de mesures que j'essaye d'impliquer... Donc je suis impliqué dans les conseils Du Dr β, quand je peux je les appliquer... A la limite je n'ai pas le choix. »	donnent les médicaments et je suis. »		
Autres pro	« Je suis patient je n'ai pas avoir mon avis... C'est mon avis » « S'il trouve qu'il faut le faire il le fera et s'il trouve qu'il ne faut pas le faire il ne le fera pas et tant mieux. Un médecin ne peut pas nuire exprès à un patient » pas de nutr ni de diet. Irait si prenait du poids. Cardio et ophth 1x/an. Endoc : « les premières années je prenais régulièrement des rendez-vous avec lui, une fois tous les deux mois, même une fois par mois mais plus maintenant. Ça c'était pendant 2 ans. »	Suivi par un diabétologue mais ne peut pas aller le voir tous les 3 mois, donc fait le point de temps en temps avec elle. « Avec mon diabétologue la consultation dure plus d'une demi-heure parce qu'on papote, ça le change d'autres patients. Mais quand on parle c'est souvent autour de l'alimentation. » « Seul le diabétologue peut déterminer le taux de chacun individuellement au lieu de sortir des taux généraux. » « Je prends mes rendez-vous à l'avance pour pouvoir organiser mes sorties, mes voyages » « J'ai compris qu'il fallait que j'aille dans un hôpital pour le suivi. Donc je suis allé à La Pitié où j'ai été suivi par le Pr G. J'ai été pris en cobaye il y a 20 ans et ils ont rien trouvé. Après j'ai fait en sorte d'être pris à La Pitié. L'avantage d'avoir le diabète de type 2 c'est que tous les ans on me suit pour les yeux. » « Je suis aussi suivi d'un point de vue cardiaque avec des analyses. Ils ont aussi un service hépatique et tous les ans on me fait des analyses » « J'ai suivi un stage d'une semaine avec d'autres diabétiques » « Ce que j'avais apprécié à mon stage c'est qu'il y avait des infirmières, des médecins, des nutritionnistes, il y avait une approche multi-	Pas nutr « il m'envoie chez un diabétologue à l'hôpital, ils m'ont dit de ne pas manger ci, pas manger ça, la même chose que e. Mais j'ai arrêté d'aller le voir. Ils voulaient que je passe à l'insuline, j'ai pas voulu. En plus d'aller le voir à l'hôpital là-bas ça me rendait malade. A force de voir des médecins, on devient malade » « Le cardiologue, tous les 6 mois avant. Maintenant il faut une fois par an. » « Je ne suis pas allé depuis 2 ans. J'ai eu le laser dans les yeux pour le diabète, il y avait des contrôles. » IDE « c'est pas la peine » « Il y a Sophia qui appelle mais pour moi c'est zéro. »	Pas de nutr, pas de diabète. Mais Cardio. « Ils reçoivent des appels par la sécurité sociale, et ils ne veulent pas répondre. Ils savent ce que c'est en fait, avec la famille tout ça. Mais ce qui les saoulent c'est de ne pas manger, »	A l'hôpital « Ils se déchargent facilement, ils sont occupés suffisamment. » nutritionniste : « Le Dr δ pour perdre un peu de poids il y a plus d'une 20n d'année. C'est sûrement quelqu'un qui m'a conseillé sinon je ne vois pas comment j'ai pu le connaître. » « Plus maintenant »

		métier. Chaque spécialiste a une approche du diabète différente et j'ai trouvé ça très bien. C'était très pratique. » j'ai même suivi un stage d'une semaine pour savoir bien manger mais pour moi le nutritionniste devrait commencer par demander ce que l'on aime et qu'on ne veut pas supprimer, ce que l'on aime mais qu'on pourrait sacrifier, ce que l'on aime pas ... » « Je lis les pages santé sur le diabète »			
Poids	« je pesais 71kg et après l'hôpital je faisais 74kg. Alors c'était la catastrophe et il a fallu que je perde ces 3kg. Et j'ai même perdu le quatrième donc là je fais 70kg pour 1m73. Je me suis dit « tu bouffes pas » c'est tout. Déjà je suis devenu végétarien donc de suite ça m'a aidé. J'ai diminué un peu les quantités de ce que je mange pour que mon estomac rétrécisse et apparemment j'ai réussi. »	« 91 kg mais j'ai déjà dépassé les 100kg ». 1m69 « j'ai pris du poids en continu... je prenais de 5kg en 5 kg. J'ai fait tous les régimes possibles et inimaginables mais je perdais quelques kilos et je reprenais tout après. Donc pour moi le régime n'est qu'une illusion. » « Pour perdre j'avais moins mangé, moins bu, et je ne me resserrais pas. » « Manger c'est psychologique aussi, on n'a pas toujours faim. Par contre si je me met à table je mange. » « Je ne me pose pas trop de question »	« Généralement 87kg, des fois 90-91kg. Là je fais 87kg pour 1m83. Je pesais 86-87kg avant le diabète, mais je suis monté il y a deux trois mois à 94kg. J'ai perdu là parce que je me suis fait hospitalisé il n'y a pas longtemps pour un ulcère. » « J'ai pris quand j'ai arrêté de fumer, et après j'ai reperdu. J'ai arrêté de manger plein de choses » pas régime	« 95kg pour 1m66. L'année dernière c'était 67kg. Quand ils ont découvert le diabète c'était plus. » prise de poids progressive	1m56 et 96kg. « Quand j'étais jeune je faisais 50kg. » « Avec la thyroïde j'ai commencé à prendre du poids »
alimentation	« En tant que clandestin, on ne savait pas, on avait des difficultés donc pour se venger on mangeait n'importe quoi, on avait pas de fric du tout... Et quand j'ai pu, avec le salaire des théâtres, j'ai mangé mieux. » « je faisais vraiment attention, pas d'alcool, pas de bière du tout. Maintenant je prends de temps en temps de la liqueur de prune ou quoi ... Mais il y a 2 ans je prenais rien du tout. J'étais strict. Là je suis moins strict, je ne sais pas pourquoi... Peut-être parce que je vieilli... je veux prendre un peu de plaisir. Avec ou sans de toute façon on va crever. » « je suis paresseux	« Quand je reçois où que je sors, je ne me contente pas d'une tranche de jambon-salade. J'aime bien cuisiner donc... » Son alimentation dépend plus des gens avec qui il est que du moral. « Je me suis habitué à la variété de produits, de cuissons, de couleurs. Je me dis que je ne m'en sors pas mal mais je ne peux pas dire que j'ai une alimentation de diabétique. » « Quelque chose d'important aussi, nous prenons nos repas à n'importe quelle heure. » « Quand je travaillais, soit j'allais à la cantine, soit un sandwich, soit j'allais tranquillement au restaurant. Aujourd'hui ce n'est plus le cas, à part le repas du soir qui est le même. » « C'est vrai que maintenant nous dépensons beaucoup d'argent	« Quand on devient diabétique, on ne mange plus de fruits, de bananes tout ça, de gâteaux... Moi je ne mangeais pas trop ça, mais maintenant j'ai envie. Donc des fois j'achète. On dirait que c'est fait exprès. » difficile « Quand on vous dit de manger ça, de ne pas manger ça, de faire une assiette comme ça, d'aller faire des analyses, « attention votre diabète ! » après le travail “ce que je trouve je mange.	« Donc on lui dit de ne pas manger, mais elle mange quand même, parce qu'elle en a marre, elle en a marre de respecter les règles. Quand il y a quelque chose qu'elle n'a pas mangé depuis longtemps, elle se dit qu'elle va en profiter et elle le mange. » « Elle a du mal à suivre le régime » « En fait elle ne respecte pas le régime, elle mange comme tout le monde. » « En fait ce qui les fatigue c'est de les interdire de	« On s'alimente normalement » 3 repas par jour, évite la viande, pas de grignotage. « L'appétit vient en mangeant » « Moi je n'ai jamais fait d'excès en quoi que ce soit donc je n'ai pas l'impression de faire de régime strict. Je fais un peu plus attention. » « Je sais qu'il faut pas ci et ça, on s'en passe. Si on est invités à un repas d'anniversaire et

	<p>sinon j'ai assez de bonne volonté pour suivre les conseils. » « (ptt dej) Je prépare le petit-déjeuner pour elle, je mange avec elle. D'habitude c'est à 7h45 quelque chose comme ça » « Le monde peut s'écrouler ce sera toujours 12h et 18h. » « je prépare moi-même je préfère. Et je prends toujours bio. » « Parfois à 16h je prends quelques fruits » pas grignotage. Fait plus attention depuis dg, « Gourmet » infos dans « Des livres sur « comment vivre avec son diabète », sur internet j'ai cherché des trucs, et parfois à la télé. » cru, avec huile. « Je mange la diète séparée. C'est à dire que je mange soit les glucides, soit les protéines, et je trouve ça équilibré. Certains vont dire que ça ne l'est pas, mais dans la journée c'est équilibré. » IG « c'est combien de sucre et surtout avec quelle rapidité ça se rejette dans le sang. Je sais comment le diminuer aussi, avec certaines combinaisons. Je suis bien l'index glycémique. J'ai vu dans un bouquin. »</p>	<p>dans la nourriture parce que nous ne prenons pas n'importe quoi » « J'ai un problème avec le sucre. Quand j'étais enfant, je mettais dans mon café jusqu'à 15 sucres. Mon père médecin disait que si j'en mangeais autant c'est parce que j'en avais besoin. Il y a 20 ans je me suis mis aux sucrées » « Je suis très sucre ; quand je passe devant une boulangerie, je me prends un flan. » « Je mange peut-être moins de pâtes qu'avant et mange nettement plus de légumes donc mon alimentation est plus variée et sûrement meilleure mais niveau surcharge pondérale c'est toujours pareil. » « Un équilibre pour un diabétique serait excellent pour un non diabétique et vice versa. Fondamentalement il n'y pas de différences. » « Quand on fait des réunions de famille, en plus le soir, je sors du vin et je ne résiste pas à la tentation d'un bon repas » « nous y avons une bonne cave de vin que nous adorons. » « ... Et puis l'alcool en général est à éviter. » « J'en prends mais j'ai constaté que je bois beaucoup moins d'alcool qu'avant. »</p>	<p>Après à midi je n'arrive pas à manger, alors je mange vers 15h. Sinon je mange à midi avec eux. Le soir je mange en famille, une salade, un potage, je fais attention. On mange beaucoup de fruits chez nous, à la fin du repas ou même entre les repas. » « Ça dépend, la vérité ça dépend, c'est par période. Quand je vois que la glycémie n'est pas bien, je fais attention pendant une semaine. Il y a des choses qui sont dures à ne pas manger chez nous. » « Mais avec la chaleur je perdais au moins 5kg. Je bouge plus au soleil. » repas équilibré « soupe, de la salade, de la viande ou du poisson, une orange, une pomme ou un autre fruit. » Mm chose si diab « On peut manger tout mais en petite quantité. Si on ne mange pas certains trucs, on peut manquer de sucre même. » des sodas « tous les jours je prends deux fois un verre. » « Le vin on peut mais pas beaucoup, un verre de temps en temps. » « Quand je bois je prends un ou deux verres, et des fois j'arrête pendant 6 mois. Je bois de la bière, des fois du whisky. » « Ça</p>	<p>manger. » « un bon petit déjeuner vers 9h avec ma sœur » « on mange tous ensemble » à la maison le midi, « le goûter c'est des gâteaux. Avant plus, maintenant 2-3 gâteaux » grignote « prendre du chocolat. Elle se fait plaisir, elle aime le sucré. Mais avant elle en mangeait plus. » « Avant elle pouvait manger de tout, maintenant elle prend mais moins, elle fait quand même attention. » fait des excès. « Elle grignote, c'est que s'il y a des fruits elle ne va pas se priver. » en vacances « Elle mange plus, elle grossit plus et le diabète est plus haut. » « Non on ne dit plus rien, on la laisse faire sinon elle s'énerve. » cuisine « c'est souvent gras et piquant » « elle prend du Fanta, du Sprite » l'alcool « jamais, ça fait monter le diabète ».</p>	<p>qu'il y a un gâteau, on mange un petit bout. » « On est un peu chiant à être trop raisonnables » « Moi j'évite les fruits, la banane... » Mange ses repas à la maison. Si resto le midi, rien le soir. Elle cuisine, le mari fait les courses. « Mais à peine rentré dans le magasin, il ressort. Moi j'aime bien traîner. » ne boit jamais d'alcool. « Ça ne fait pas bon ménage (avec le diabète) »</p>
--	--	--	---	---	--

			contient plein de sucre, ça a des conséquences graves »		
Sport	« Il y a un moment où je faisais de la gymnastique chaque jour » « Avant les chirurgies je faisais beaucoup d'haltères, j'étais balaise. Après j'ai arrêté. Mais je continue à faire du vélo tous les jours. C'est pas des courses très sportive, mais je roule pas mal. » « Ce qui est marrant c'est que quand je cours autour du lac, après ma glycémie augmente beaucoup. Je pense que c'est le pancréas qui pense qu'il faut nourrir parce que je fais des efforts et il commence à produire du sucre. Mais quand je marche rapidement mais ne cours pas, c'est mieux, je perds la glycémie »	« Je fais l'effort de marcher jusqu'au marché qui est à 45mn à pied ... il faut bouger. Il faut aussi faire du vélo, mais comme j'ai deux prothèses de hanches récentes, c'est un peu trop tôt. Donc le sport avec un petit « s ». « Je fais attention à mon alimentation, j'essaye de me déplacer le plus possible, d'avoir toujours des projets... Mais pas seulement physiquement. Il faut ne pas se laisser aller, ça peut faire que du bien. »	« Avant je m'entraînais dans des trucs de sport, je courrais, mais actuellement non. J'ai arrêté il y a une dizaine d'années. Maintenant à la place de ça, je bouge, je travaille, je monte les escaliers. J'ai plus le temps pour le sport. S'il y a le temps pourquoi pas.” courses “des fois à pied, mais souvent en voiture.” “à mon âge, je suis un petit peu lourd”	Cardio « lui dit de faire du sport » marche « tous les jours, elle fait 1h, 1h30 le matin. Et ça lui arrive de ressortir l'après-midi. Elle a dit que si elle ne marchait pas, elle allait mourir. Mais ça depuis toujours. Elle fait les courses à pied aussi. » télé « toute l'après-midi. » sport : elle n'aime pas.	« Moi je ne marche pas parce que j'ai mal partout. » « Je reste souvent assise avec la couture, ou la télé. » son mari « marche trop vite » « Moi je ne conduis plus. » Marche « de la cuisine à la chambre. » « Marcher toute seule c'est pas rigolo » « et puis je suis un peu paresseuse. » « J'ai mal aux jambes depuis plusieurs mois, le Doliprane ne fait pas grand-chose. » « Moi avant je faisais du vélo et de la marche avec lui. » Pour reprendre : « Rajeunir. »

2. H, I, J, K, L

	H	I	J	K	L
enfance	Ho 80 ans, Marié, 1 fille, 1 petit fils. Né dans le Finistère. « Je suis venu en Ile-de-France pour travailler vers 20 ans »	Fe, 67 ans, Née à Ivry s/ Seine, toujours vécu en région parisienne. « 2e mari. J'ai eu 2 enfants du premier, il est mort très jeune. » 1 fils et 1 fille « Ma fille a 2 enfants, elle attend le 3e et elle vient de divorcer. »	Fe, 43 ans, Née en Algérie "J'ai grandi en France, je suis arrivée à 1 an. J'ai vécu à Vitry principalement. » musulmane. mariée, 3 enfants.	Ho de 68 ans né et résident à Paris 15eme sauf 1 année au Québec. marié, père de 3 enfants, 3 garçons, qui ne vivent plus à la maison. « Je ne suis pas de nature très bileuse » « je suis quelqu'un d'assez basique » « pourquoi se compliquer la vie? »	Fe, 67 ans Née dans la Loire, partie à 17 ans, venue sur paris en 70 avec son « mari parisien. » Mariée, 2 enfants. « Mon fils est à Paris et ma fille (et petit fils) en Australie.»
profession	études supérieures. « J'étais dans l'aéronautique et l'automobile, j'étais chef de projet. » Maintenant à la retraite « ça a été très dur. » « j'ai eu du mal au début ... puis après j'ai pris l'habitude. On ne devrait pas s'arrêter de travailler brutalement » « C'est difficile de se lever le matin et de se dire « mince j'ai rien à faire ». Nous on avait prévu, à la retraite on a acheté une maison et on l'a retapée ensemble. J'ai eu une activité, on avait un but. Autrement n'avoir aucun but et regarder la télévision, c'est une catastrophe ! » sur le plan financier : « Pas de problème, ça n'a pas changé beaucoup. On fait partie de la catégorie des gens, entre le salaire et la retraite, ça n'a pas changé »	« un CAP de sténodactylo. J'ai eu le BEPC » « à la retraite depuis Août 2010. » « secrétaire 17 ans dans le privé ; beaucoup d'Intérim » « 25 ans à la mairie de Vitry comme secrétaire d'élus » « j'étais très contente d'arrêter de travailler mais ça n'a rien changé dans ma vie. » Mari fonctionnaire, travaille encore. « il est plus jeune que moi de 10 ans. » « mon entourage c'est mon mari » « On est un peu sauvage, on ne fréquente pas grand monde. »	BEP secrétaire. Actuellement travaille comme conseillère apprentie depuis 3 ans. Avant dans les collèges. Horaires : 8h-8h30h et 17h-18h. « ça me plaît. Après je suis fonctionnaire, je peux me permettre de me former, d'évoluer... » mari boulanger pâtissier.	Etudes « Supérieures c'est-à-dire maîtrise... Bac+4 ». Actuellement « à la retraite depuis le mois de Juin. Je travaillais avant au Ministère de l'économie et des finances comme contrôleur général économique et financier... Ça se fait au rythme que l'on choisit; il y a juste une date de remise du rapport qu'il faut tenir... je pouvais aussi bien travailler à la maison qu'au bureau... » « Mais avant j'ai travaillé en cabinet ministériel pendant 7 ans. Ca c'était dur, je commençais à 6h et finissais à 20h..et là j'ai grossi parce qu'il y avait des cocktails, des soirées, des déjeuners... » « j'ai toujours fait des choses qui me plaisaient. » Et maintenant à la retraite » Je suis un peu surpris, pour l'instant je n'ai pas de temps à moi, j'ai plein de choses à faire mais ça me convient très bien. » « Et puis il y a les enfants, les petits-enfants, ça occupe. Il y a très peu de temps morts. » Ma femme a arrêté de travailler il y a un	« 7 ans de médecine, 4 ans de socialité, 4 ans de science de l'éducation. J'ai fais des études de pédiatrie, j'ai exercé en protection des maladies infantiles et puis j'ai fini comme formateur et enseignante dans ce domaine là. Donc j'ai fait des cours sur le diabète pendant 20 ans, enfin c'était une année sur deux. C'est difficile puisque mes connaissances me donnent un certain regard qui peut fausser la réalité. » « Mon départ à Paris m'a obligé à arrêter à 65 ans. J'ai continué à faire des formations jusqu'en 2013 » « Je fais beaucoup de bénévolat. » « Mon mari est officiellement retraité mais il continue une activité. Comme il est conseiller juridique, il a encore quelques clients »

				certain temps (pour s'occuper des enfants). » Il avait « des boulots assez prenant. » Depuis « je touche moins... Ce n'est pas la misère mais on fait un peu plus attention. » « l'argent ne m'a jamais stressé. »	
entourage et soutien	« c'est ma sœur plutôt qui nous demande si on mange ci ou si on fait ça » Pas d'amis diabétiques. Soutenu : « Absolument pas. La seule personne qui s'occupe de nous c'est le docteur ! »	Diabétique dans l'entourage « il y en a beaucoup maintenant » En parle « Avec mon mari bien sûr puisqu'on est deux dans le même sac. » « ça ne me pose pas trop de problème. » « On se soutient mutuellement. Mais lui a plus de mal que moi avec le sucre »	n'en parle pas, soutenue « Par la famille en général. » entourage « donnait des conseils tout ça, de faire attention, de perdre »	Des amis diabétiques, pas dans la famille. Leur demande pas conseil. « On a d'autres choses à échanger (que de parler du diabète) » Ne ressent pas le besoin d'être soutenu « C'est quelque chose de tellement habituel que bon voilà... Je vois ça avec le Pr α Je n'ai pas vraiment besoin d'aide. » « Elle (sa femme) reste impliquée normalement. » « dit que je mange trop de confiture mais ça reste léger »	« mon mari. Je croyais que ce serait plus facile que l'on soit tous les deux diabétiques mais c'est le contraire. Parce que lui ne veut rien entendre et alors qu'il n'a qu'un traitement, il mange n'importe quoi. » « Je pense que pour lui aussi c'est difficile d'avoir le diabète et qu'il faudrait être plus vigilant sur sa façon de s'alimenter. Donc c'est plus facile d'en discuter avec des gens de l'extérieur. Ça m'arrive de leur demander conseil pour utiliser le lecteur de glycémie » « Quand mon mari a eu du diabète, je me suis dit c'est bien, on pourra surveiller notre alimentation en même temps. Mon mari ne veut pas. » « Son médecin n'a pas dû l'alerter » « Il ne me montre jamais ses résultats donc... Je suis un peu déçue de ne pas pouvoir l'aider, et je ne peux pas lui donner l'exemple, on ne fait pas la compétition de qui aura les meilleurs résultats. » « Ça c'est un problème parce que je suis perturbée par mes connaissances et par mon comportement suite à mes connaissances... »
decouverte	Diagn depuis « au moins 25 ans, avant que je m'arrête de travailler. » « C'était sur un bilan habituel. Mon généraliste un jour m'a dit qu'il était temps d'en faire un. » c'est « la barbe ! » s'y attendait pas « pas	Dg depuis « une dizaine d'années, même pas. Mon mari un peu avant moi. » par le MT « sur des prises de sang » « C'est comme ça. Je ne m'y attendais pas vraiment. » « je me suis dis bon à un certain âge il faut faire plus	dg depuis 2 ans « J'avais des problèmes de vertiges, j'ai demandé à faire des examens. C'est vrai qu'avec les antécédents on me disait qu'il fallait faire attention et je l'ai pas fait donc.. J'avais eu le remplaçant » « je	Depuis 15 ans, « des analyses de routine, sans symptômes particuliers » dans le cadre d'un problème de plaquettes « En revanche on avait trouvé que j'avais du cholestérol, de l'hypertension et du diabète. » « on m'a dit que c'était un diabète faible, qu'avec une	« Le diagnostic formel c'était en Avril 2015, ça correspond au moment où j'ai commencé le traitement, mais ça faisait longtemps que j'avais des glycémies variables. » Dg en centre de rééducation suite a une « grosse intervention chirurgicale » « on m'a fait une prise de sang et d'urine. » « Après, j'ai perdu du poids et c'est

	<p>du tout. » « c'est un excédent de sucre dans le sang. Pour moi c'est clair. » lié au « pancréas » « ça bouche les artères. » « Moi quand je voyais à l'hôpital les malades qui étaient tous amputés j'ai eu peur »</p>	<p>attention. » c'est « Trop de sucre dans le sang » complications : « Beaucoup de choses... Les artères surtout »</p>	<p>m'y attendais. Je sais que c'est possible d'y remédier en faisant attention » « On a toujours été comme ça dans la famille, alors cela n'a pas posé problème. » « de toute façon je savais qu'un jour ça allait tomber donc... Avant d'y aller je le savais déjà. »</p>	<p>pilule ça allait » ne faut pas manger trop gras, trop sucré et si on n'y fait pas attention cela peut s'intensifier » risque de cécité.</p>	<p>descendu» « pas de symptômes tels que je les connais, pas de troubles digestifs » « Ma première glycémie a 1,10 g était bizarre et puis ça redescendait très facilement, donc on ne s'est pas inquiété. » « J'ai toujours du mal à l'accepter, pour moi c'est comme une punition d'un comportement. » « Ce que je racontais aux étudiants c'est que le diabète est une pathologie du métabolisme des glucides et que si la glycémie augmente c'est que le pancréas n'est plus efficace puisqu'il ne fabrique pas assez d'insuline où qu'il y a une résistance à l'insuline de la part des cellules. » « Et pour moi c'est une pathologie qui est liée à la façon de vivre » « augmente les risques cardio-vasculaires, insuffisance rénale, complications oculaires, amputations, l'hyperglycémie et l'hypoglycémie. »</p>
surveillance	<p>L'Hba1C « Le docteur nous en parle, ça apparaît toujours sur nos analyses. Mais j'oublie aussi vite qu'il nous le dit » « On m'a dit qu'à partir de 2 il faut la piqûre d'insuline » « J'écoute mon médecin, il me dit que c'est très bien et qu'il faut continuer comme ça » n'a pas de lecteur, utilise celui de sa femme. « insuline c'est emmerdant... »</p>	<p>Hba1c « J'y connais rien, ce serait bien de revenir à 5 je crois. » « il y a déjà les gens qui ont l'insuline comme ma mère. » « c'est quand même contraignant. » n'a pas de lecteur, ni son mari. Fait des GAJ au labo. « On se fie juste à nos analyses tous les trois mois. »</p>	<p>def « c'est avoir beaucoup de sucre dans le sang » complications « Devenir aveugle, amputations, problèmes cardiaques... » Hba1C « Peut-être que j'ai déjà fait mais je vois pas. » tous les 3 mois, pas équilibré « dans les analyses c'est assez élevé quand même, je suis à 7,8. » objectif « ça doit être 5 ou 6 » Pas de lecteur, ms sa mère oui « Mais comme elle ne veut pas que je me pique c'est plus compliqué. Si j'avais le lecteur ce serait plus simple de vérifier. Mais ce serait trop se piquer.</p>	<p>l'hémoglobine glyquée « vaut mieux ne pas en avoir » connaît pas le chiffre, ms « le Dr dit que ça allait » tous les 2-3 mois, « s'en fou » d'avoir un objectif. Autre tt : « faire vœu d'abstinence ». L'insuline c'est « pour un stade supérieur » pas peur mais « pénible » contraignant. Pas de lecteur.</p>	<p>« Mon objectif ce serait 6 puisque c'est l'idéal. C'est mon objectif personnel, je ne pense pas que tout le monde ait le même. Je sais que les gens essayent de faire plaisir à leur médecin en tendant vers l'objectif posé par le médecin. » « Je vois pas mal de personnes de mon âge qui prennent de l'insuline. Je ne voudrais pas en avoir parce que je n'aime pas me piquer... J'ai essayé de me faire des glycémies toute seule, ça me fait mal. » le lecteur « Il a fallu que je réclame parce que le docteur pensait que ce n'était pas utile. J'en fais quand je ne me sens pas bien. » « une à deux fois par mois »</p>

			»		
ressenti et vécu	« il faut faire attention à tout. » « je ne vois rien de contraignant, ça ne me dérange pas. » « ça avec philosophie c'est tout. » les oublis « c'est vraiment exceptionnel! On a pris l'habitude » « A partir d'un certain age c'est normal. On est en train de dépasser la moyenne d'âge. Avant à cet âge on était mort. On a eu de la chance finalement. »	« Ce qui est embêtant c'est qu'on ne peut pas manger n'importe quoi. » « Je suis prise à 100% »	autre ttt : « l'insuline, mais bon je n'espère pas arriver jusque la, ce serait le dernier recours » contraignant « on ne peut pas manger ce que l'on veut. Et puis il faut surveiller » « je prends conscience qu'il est précoce... Je veux faire en sorte d'arrêter les médicaments. »	« Parfois ça m'arrive d'oublier (le ttt) mais bon assez rarement, peut-être 2-3 fois par mois. J'oublie le midi ou le soir... Je pense à autre chose ce qui veut dire que ce n'est pas vécu comme quelque chose de vital. Je sais qu'il faut le faire mais si j'oublie je ne vais pas mourir demain. » « La seule chose c'est de prendre de tout en évitant les excès. »	« A l'intérieur de moi-même, pour moi c'est un échec. »
atcd perso	« Moi j'ai été opéré des coronaires. J'ai fait un test d'effort et à partir de là on m'a opéré. On m'a branché les artères mammaires en placement des coronaires et j'ai eu un cancer de la prostate. J'ai aussi eu de la tension qu'on surveille... J'ai eu aussi des coliques néphrétiques et le paludisme quand je suis revenu d'Algérie. » et sciatique « chez nous on ne fume pas » Dort beaucoup. Pas stressé « je n'aime pas qu'on m'embête c'est tout. » Moral bon : « On est philosophe en plus » « Tant qu'on a ces résultats, tout va bien. » « Moi ce qui m'a le plus touché c'était	cholestérol, dépressive. « ne fume plus depuis 2014. Déjà j'ai arrêté pour le porte-monnaie. Et puis j'ai fumé 40 ans de ma vie donc ça suffit. J'ai été suivie par un tabacologue et ça s'est très bien passé. J'avais déjà fait plusieurs arrêts et j'avais repris. » « très stressée. »	cholestérol oui j'ai un gros foie, les varices. Stressée, pas déprimée, pas tabac. Du mal à s'endormir « Je me suis rendue compte qu'en mangeant moins, je dormais mieux.»	du cholestérol, de l'hypertension « je fumais, enfin je fume... ce que l'on appelle un cas à risque. » . « J'en fume plus quand je m'ennuie, que j'ai rien à faire. Mais je ne les finis pas toujours. Je fume moins depuis que je me suis fait faire les implants » « Penser oui, (à arrêter), essayer non, par manque de volonté. Je pense pas vraiment à arrêter, je me dis que je n'ai pas de problèmes de poumons, pas d'attaques, il y en a qui passe au travers. Après si j'avais eu un cancer du poumon ou de la gorge c'est autre chose mais sinon pourquoi s'embêter? » A des troubles du sommeil. Somnolent mais pas de sas. Pas déprimé. Conseil « De surveiller mon poids. » 2 fois des coliques néphrétiques	diabète gestationnel pour la 2e grossesse. « J'ai un traitement hormonal substitutif qu'on a réduit parce que j'ai eu des polypes utérins et qu'on a enlevés. Et puis on m'avait donné du Laroxyl parce que je dormais mal et à titre d'effort sur les douleurs neurologiques puisque j'ai été opérée du dos à cause d'un rétrécissement du canal médullaire et les douleurs ont traîné. Je prends aussi de l'Effergal. » « plusieurs fausses couches » « Les 2 accouchements ne se sont pas déroulés facilement. Le premier s'est terminé sous anesthésie générale avec une grosse hémorragie. La deuxième j'ai eu beaucoup d'infections et j'ai fait une césarienne. » Ne fume pas « J'ai fait des épisodes dépressifs mais pas maintenant. » « Mais depuis quelques années je ne dors pas bien, je fais que des rêves pénibles » « J'ai des soucis mais ce n'est pas un stress permanent. Ça peut

	d'avoir été opéré de la prostate ». « on vit avec, tant qu'on est toujours en vie »				être qu'il faut que je me lève le lendemain matin et du coup je ne dors pas de la nuit. »
atcd fam	« belle sœur qui est sous insuline » « ma mère était cardiaque mais elle a eut sa première crise cardiaque à 40 ans et elle est morte à 82 ans. Mais elle a vécu comme si elle n'en avait pas. Et mon père est mort d'un cancer du foie qui s'est généralisé. Mes frères et sœurs sont tous en vie à part un frère qui est mort jeune d'une bronchite à l'époque. »	Diabète chez : « Ma maman, mon mari, ma belle-mère » « Ma maman va sur ses 97 ans. Elle a eu un cancer du sein à 75 ans » et diabète IR, AVC « elle est rentrée en maison de retraite, elle est restée aussi un mois à l'hôpital... Ils m'ont dit qu'elle se dégrade vite, elle ne marche plus. »	diab « mon père, ma mère l'avait, et des oncles et tantes de la famille de ma mère. » « Ma mère prenait des médicaments puis elle en a plus eu besoin. Elle c'était pas par rapport à la nourriture mais plus par un choc émotionnel donc c'était plus facile pour elle de s'en débarrasser. »	« père est mort à 91 ans par un col du fémur mal traité et un affaiblissement avec des allers-retours à l'hôpital » « Côté maternel, aussi bien ma mère que ma grand-mère ont succombé à un cancer de l'intestin et un grand-père paternel qui a eu un cancer des poumons, mais bon il fumait plus de trois paquets de cigarettes par jour. »	« dans ma famille il n'y a pas de pré-disposition » « Mon oncle a fait un infarctus et est mort de complications vasculaires avec hypertension et son fils aussi. Mon plus jeune frère de 69 ans a fait un infarctus alors qu'il n'avait aucun facteur prédisposant »
ttt	2-0-4, le medoc : « Ah ça c'est emmerdant. Si vous pouviez les supprimer, qu'il y en ait qu'un seul ! » « ces trucs m'assomment complètement » « vous avez une solution pour prendre moins de médicaments, je suis preneur. »	2-0-2 oublie : « peut-être 1 fois par hasard comme ça mais rarement. »	« Metformine matin et soir et un autre 2 fois par jour aussi. » « je suis sérieusement, je met l'alarme » impliqué «pour l'instant oui. Au début non, je prenais que les médicaments comme si c'était que ça qui allait régler le problème. » « La dernière prise de sang. Elle était élevée, ça fait réfléchir... »	3 medoc differents soit 5 cp par jour en 3 fois. 3-1-1 « Si je me lève tard le matin ou que je suis pressé il peut m'arriver de l'oublier le matin aussi (le Metformine) donc il y en a un qui saute mais je n'en prends pas en plus du coup. Pour les deux autres je prends le midi en cas d'oubli»	1-0-3. Bonne observance, « Les médicaments c'est une espèce de rituel. » N'augmente pas son ttt car « ce qu'il faut que je fasse c'est de faire attention à ce que je mange. » « Quand on a que deux comprimés à prendre, ce n'est pas contraignant. Le régime n'est pas contraignant puisqu'on devrait manger comme ça tous les jours »
MT	suivi que par le « médecin traitant uniquement. Mais c'est pas lui qui a diagnostiqué, c'était avant. » « Tous les 3 mois. » pour «renouvellement de médicaments. » « minimum 20mn. Par contre ses remplaçants c'est Lucky Luke! C'est 5 mn ! » « Alors que le docteur il nous écoute. Moi	«On fait tous les trois mois une analyse de sang pour vérifier, tous les ans une visite chez le cardiologue » « Une demi heure pour les deux. De tout façon c'est vite fait, elle regarde, elle fait ses commentaires et elle renouvelle l'ordonnance. » « Évidemment si elle voit que ça	30mn. relation de confiance. ça fait des années que je suis suivie par elle. on leur fait confiance	Suivi uniquement par « L'honorable Pr α seulement. Il n'a pas jugé nécessaire de me faire consulter un endocrinologue ou quoi. Il y a le suivi cardiaque par le cardiologue c'est tout. » « j'ai une totale confiance » « Il a toujours trouvé une origine à mes problèmes. » relation « Sympathique et de confiance. Il a un bon niveau d'écoute » « Il me demande si ça va, si	Suivi par son MT «Tous les 3 mois il me fait l'ordonnance » « Il essaye de me rassurer mais moi non. » duré des Cs : « Aussi longtemps qu'il y a besoin. » « J'ai toujours eu une entière confiance en lui. » « Il m'a pratiquement toujours demandé mon avis quand je vais le voir et y tient compte. » « je lui fais confiance parce qu'on peut discuter et qu'il tient compte de ce qu'on lui dit. » « puisque je me sens responsable de ce que je

	<p>avec lui, je retrouve les docteurs de notre enfance » « Il est rassurant, il nous calme. » «il nous donne les médicaments et puis il a trouvé la bonne posologie. »</p> <p>« Si les gens sont suivis par un bon médecin, il ne doit pas y avoir de problème. » « si le médecin pense que c'est bien, il ne doit pas y avoir de problèmes » « Parce que si vous n'écoutez pas le médecin et que vous mangez ce qu'il ne faut pas... Bah... » « Mais ça on a l'accord du médecin de nous faire plaisir de temps en temps. »</p> <p>« Notre médecin nous dit de continuer à chaque fois, les chiffres sont bons » «À partir du moment que le docteur nous a dit de continuer comme ça, il considère qu'on fait attention. Il n'a jamais tenté de nous orienter sur autre chose. » « Moi je suis inscrit à Sophia, je reçois des trucs là. C'est un peu léger. » « Moi je lis tout mais ça ne m'a rien apporté»</p>	<p>remonte à 10, elle va s'affoler » « elle est adorable. » « on l'a connaît depuis son début quand elle l'a remplacé. » « Elle a suivi toute la famille. » « Je fais confiance »</p>		<p>je n'ai pas d'effets secondaires. Si mon diabète augmente un peu trop il me donne de quoi un truc supplémentaire de quoi l'ajuster... Ce n'est pas la simple reconduction d'une prise de médicaments. Ca s'adapte en fonction de l'évolution. »Il le voit « en moyenne tous les 4 mois qui fait 3 à 4 fois par an. J'y vais pour le bilan d'analyses sanguines » La Cs dure « Entre 30 à 40mn en parlant de choses et d'autres » « c'est mon ancien généraliste qui a diagnostiqué mon diabète puis il est parti à la retraite »</p>	<p>dois faire »</p>
autres pro	<p>pas de diet ni nutr. Les médecins hospitaliers n'ont jamais changé le ttt du diabète. « le seul qu'on voit c'est l'infirmier pour la grippe. »</p>	<p>« je voyais qu'elle comme médecin généraliste. Après elle m'a envoyé elle voir des spécialistes. » suivi par le cardiologue, le rhumatologue,</p>	<p>pas diet pas spécialement envie de Sophia « J'en ai déjà entendu parler mais bon... c'est pour avoir des aides, des conseils.. » « Je me suis dit voir un diabétologue, qui</p>	<p>Veut pas voir de nutritionniste ou une diététicienne « je peux me gérer seul. » Jamais vu d'autres professionnels</p>	<p>« Le principe c'est que quand le diabète 2 devient trop difficile, on l'envoie chez le diabétologue » « avec l'aide de ma diététicienne j'ai été bien sage et j'avais perdu 7kg » « Je l'ai vu à 2-3 consultations puis je me</p>

		gastro « j'avais vu un nutritionniste, il y a longtemps, j'avais bien maigri. Je l'avais vu pendant 3 mois, j'avais maigri de 6kg mais au bout d'un moment, ça vous gonfle. » IDE : « ça ne m'intéresse pas trop »	m'expliquerait d'où viennent les problèmes, comprendre les complications, et qui pourrait m'expliquer comment les éviter, les hygiènes de vie. Pour l'instant c'est un peu brouillon. Je fais un peu mais je sais pas si c'est bien. Vaut mieux voir un spécialiste. »		suis débrouillée toute seule. » « J'étais dans un groupe d'information sur le diabète. Ce que j'attendais c'était des régimes personnalisés mais en fait ils ne préconisent pas de régime régulier donc je n'étais pas motivée. » « Il y a dû avoir 3 séances mais c'était un peu décevant, ce n'était pas fait pour moi, c'est pour les gens qui ont peu de connaissances et ça ne m'a rien apporté. » « je me demande si dans un cadre de diabétologie ce serait utile, où il y aurait toute une équipe. » « Parce que tout est théorique » A déjà vu un nutritionniste à l'Hôtel-Dieu. Voudrait « un coach particulier » Sophia : « Je pense que ça peut être bien pour d'autres, moi je n'ai pas testé. Je veux poser des questions personnelles et avoir des encouragements personnalisés... »
poids	1m67 et 79kg. « c'est mon poids de toujours, j'essaye de ne pas dépasser. » « Tous ces régimes ça marche juste pendant le régime. Vaut mieux faire gaffe tout le temps comme moi. Je monte sur la balance régulièrement et je fais gaffe. »	« Quand j'ai arrêté de fumer j'ai pris 6 kg que je n'ai pas perdu donc je suis à 78kg là pour 1m56 » « Depuis 2 ans c'est plutôt stable. » « mais c'est surtout par la maladie que j'ai maigri. »	92kg 1m69- 1m70 « J'ai pris. J'ai toujours fait le yo-yo. Après il y a eut les grossesses donc... Mon poids max a été 95kg pendant les grossesses. Après c'est difficile de perdre. » régime « j'ai toujours repris plus. C'est les mauvaises habitudes alimentaires qui font reprendre automatiquement. »	Taille 1m75 et poids 85kg, perte de 10 kg suite au dg du diabète, « j'ai mangé moins et j'ai perdu du poids. » « mis à manger plus. On dit qu'il faut marcher aussi » « plus je mange riche plus je prends du poids, mais pas d'événements déclencheurs »	1m57 et 62kg « C'était 61,5kg (au dg). Je suis plutôt stable » « Pas dans le sens régime mais rééquilibrer l'alimentation en étant attentive et en notant ce que je mange. Le dernier c'était en 2007. J'ai perdu 7kg que j'ai repris. J'avais suivi les conseils de la diététicienne. »
alimentation	3 repas, parfois goûter avec « café et tartine grillée avec du beurre et de la confiture. » « Mais on évite de manger de la viande le soir. » grignote pas « on n'a pas pris l'habitude de faire cette bêtise là. » « On fait gaffe à	Pas de petit dej si se lève tard, grignote pas. Ms craquage « Avec des gâteaux. C'est pour ça que je n'en achète pas » « Quand je suis seule je mange moins. » Mari rentre tard. « On était passé par une période où on	« je suis très gourmande. Même le pain, les féculents. Je pourrais diminuer mais arrêter complètement non. Je suis habituée, c'est compliqué. Le fait d'avoir l'habitude depuis toujours... c'est pas évident de changer.	« Le fait de les recevoir ou quand on sort, on ne fait plus trop attention pour être honnête. je mange plus, je bois plus » « Mais si on mange beaucoup un jour le lendemain on mange moins. » « Des grands excès non mais il peut arriver que je me fasse plaisir si je vais chez des amis qui ont parfois	3 repas +- collation si dîner tardif, horaires flexibles. Grignote « de temps en temps » surtout si « quand je suis à la maison et que je tourne en rond. » Quand son fils vient : « J'essaye de faire un repas qui change de l'ordinaire. » « Quand c'est moi qui prépare à la maison ça va mieux, quand je mange à l'extérieur c'est plus difficile... » « Mais je

<p>tout, on ne boit pas d'alcool, le sucre moi j'ai supprimé complètement » « Dans beaucoup de choses il y a du sucre. » « On est raisonnable » « On fait attention tout le temps, on est raisonnable. » « Aujourd'hui quand on nous dit que l'on a une nourriture qui rend malade, on se pose des questions. » « Bientôt on ne pourra plus rien manger de sain. » « une pomme tous les matins évite le médecin » « Si on va au restaurant le midi, le soir on ne mange pas » homme course, femme cuisine. « J'ai une liste, hop hop ! En général en traînant on achète des choses dont on n'a pas besoin. » « Jamais de vin, toujours de l'eau. » « Moi ou je travaillais c'était open-bar. Bah ils sont tous morts, tous ! »</p>	<p>mangeait beaucoup de gâteaux tout ça. Mon mari ne boit pas du tout d'alcool. Il a faillit se suicider, il a fait une cure et maintenant il est abstiné complet. Alors il se venge un peu sur le sucre » « on évite les aliments sucrés quand même » « depuis la montée en flèche du glyqué. » aliment avec sucre « bah tous » Avec les enfants : « je leur fait un bon repas, comme ils savent que je cuisine bien » resto 1x/mois « petit buffet chinois ou se manger une petite pizza. On ne va pas dans un truc extraordinaire. » « éviter la charcuterie mais ça de toute façon c'est clair » « Il faut faire attention aux aliments sucrés » « prends des boissons sans sucres » « à chaque repas je bois un verre de vin. Et puis il y a des périodes où je ne bois pas de vin du tout, que de l'eau. »</p>	<p>»repas « 2,5... C'est-à-dire matin, midi et vers 18h une petite collation. Ca c'est tout récent. Avant je prenais un repas normal le soir. » Ptt dej vers 6h45. midi au travail ou amène : viande, du poisson, des féculents, des légumes, un yaourt nature et un fruit. le soir du pain et du fromage, grignotage « Ça m'arrivait... Je prenais ce qui me passait sous la main, du sucré comme du salé... » « C'est l'ennui, parce que au travail je n'y pense pas du tout. » « il y a du sucre partout en fait, après il faut savoir s'il est bon ou pas comme dans les fruits, les féculents... » « Je ne les évite pas en fait, je les diminue oui, mais éviter c'est pas possible. Et puis je fais attention aux associations. » repas équilibré : « Des légumes, des féculents, des protéines et un fruit. » pour diab « J'enlèverais les féculents » l'alcool « c'est pas bon pour le foie. »</p>	<p>de bons vins. Je goûte de tout mais bon voilà » « Deux (repas par jour), midi et soir, rarement le matin. » « Grignotages c'est rare. Quand je grignote j'essaye de manger une clémentine, un truc comme ça ». « ça dépend de ce que j'ai sous la main. » « l'alimentation c'est avant tout pour se faire plaisir. Je ne mange pas n'importe quoi, sauf quand je suis pressé. » « rien n'est interdit mais tout doit être mesuré. » « Ils en contiennent tous (tous les aliments contiennent du sucre) » Consommations des aliments plus sucrés « De façon mesurée, c'est-à-dire que je ne vais pas tout manger sur une semaine. », l'index glycémique des aliments « ça ne m'intéresse pas. » va dans « un spectre assez large (de restaurant)... du chinois, pizza, à la cuisine française bourgeoise... » Cuisine et courses « L'un ou l'autre, le moins fainéant. » « Les cultures bretonnes et méditerranéennes mélangées. » « un diabétique doit faire plus attention. Le diabète n'est pas une obsession mais le poids plus. » « Le diabète n'est pas une obsession en soi. C'est une hygiène de vie générale. » « on rumine toujours la même chose (pour les recommandations). » « On n'est pas là pour vous empêcher de vivre mais pour vous faire vivre plus longtemps. Il faut juste faire attention. » « J'avais un copain médecin qui disait que les malades</p>	<p>n'arrive pas à avoir des repas à heures fixes et manger ce que je devrais manger. Et ce que je devrais manger c'est ce que moi j'ai appris mais pas forcément ce qu'une diététicienne recommanderait. » « En principe j'évite les quantités excessives donc si on me propose 2 gâteaux j'en prendrais qu'1. » « je n'ai pas forcément l'envie ni le temps. Ce serait bien que je me prépare une lunch box pour le soir, ça me permettrait de manger plus tôt. Ça fait partie, comment dire, de mes bonnes résolutions. » « Les jours où je suis pressée non, les jours où j'ai le temps je suis capable de me faire un repas tel que les diététiciennes m'ont appris. » « La diététique nous dit bien, et surtout la diététique du diabétique, ça nous rappelle bien combien de quantité de glucides il faut manger. C'est donc des normes et si on dépasse ces quantités c'est de l'excès. » « Donc c'est sûrement la conséquence du fait que je ne mange pas régulièrement et que mon régime n'est pas celui qu'il fallait. Je paye maintenant mes erreurs de régime. Mais j'ai du mal à accepter encore. Il faut prendre un traitement... J'aimerais maigrir mais je n'y arrive pas et je sais que si je perds du poids ça ne peut qu'améliorer la situation, et paradoxalement j'ai plus envie de manger du sucre qu'autrefois. » « Je rêve de quelqu'un qui me préparerait des repas tous les jours » « Effectivement si je m'ennuie ou que je suis angoissée c'est une compensation, ça comble le vide. » l'alimentation « Ça a un rôle de plaisir, de découverte. Ça a un rôle</p>
--	--	---	--	--

				<p>on ne les soigne pas on les accompagne. » « L'alcool j'en bois occasionnellement avec des amis. » « mais comme après je me corrige c'est bon. Si je fais une journée un peu somptueuse au niveau des repas, le lendemain je mange moins. j'équilibre. »</p>	<p>social » « tous les aliments sont autorisés, les sucres rapides sont à utiliser avec une très grande modération et réservées si possible aux périodes d'effort physique ou en cas d'hypoglycémie. Un bonbon n'est pas interdit mais faut pas en abuser. » « L'alcool, on peut boire un verre de temps en temps, ce n'est pas seulement lié au diabète » Essaie de tenir compte de l'IG. « Après c'est tellement fin comme répartition que ça devient difficile. » Ne boit pas de soda. Cuisine, pour les courses : « J'ai essayé de lui faire une liste. Mais quoique je fasse, il passe devant les magasins et achète ce dont il a envie. » « Je trouve que ça s'est beaucoup assoupli et c'est mieux adapté à la physiologie. »</p>
sport	<p>« Moi je marche beaucoup. » « En ce moment j'ai limité ma marche parce que j'ai eu une sciatique mais on marchait. » « je faisais du sport en dehors du travail stressant que j'avais. » « Tous les dimanches je fais 7km. » « On dit qu'on peut diminuer le nombre de cachets si on fait tel temps de marche... mais entre ce qu'on lit et la réalité... »</p>	<p>« j'en fais pas d'abord » « avec mon chien je suis obligée, je le promène un peu. » « il travaille dans les sports mais il n'en fait pas. » « Je n'ai pas envie, je n'aime pas être avec les gens moi, je suis sauvage. »</p>	<p>» quand je peux je marche. » 15 min/trajet « je me suis inscrite à la piscine. J'en fais 1h une fois par semaine. » motivation « de me sentir mieux dans ma peau peut-être. »</p>	<p>« Je suis plus sédentaire. Je n'éprouve que mépris pour les gens qui sont là à courir en se faisant mal... » Marche « Minimum 1h » par jour. « je n'en ai jamais fait (de sport). Ça ne m'a jamais intéressé » « enfants (font du sport) mais ça ne m'a jamais motivé. » Utilise souvent sa voiture. Le sport « doit être recommandé. »</p>	<p>« Bon, monter les escaliers 1 à 2 fois par jour c'est déjà mieux que l'ascenseur mais je suis sûre que je n'en fais pas assez. Il faudrait que je sorte tous les jours faire 5km à pied. » « Il faut que je me force à faire une activité physique et à équilibrer mon alimentation. » « mon activité va être d'être assise à un bureau » « J'avoue que je ne prends pas toujours les escaliers » « dans la ville je me déplace à pied. » « J'ai repris la gym aquatique » « Mon mari ne fait pas de sport » limite : « Le financement. »</p>

3. M, N, O, P, Q

	M	N	O	P	Q
Enfance	<p>Ho, 52 ans. Né à Boulogne Billancourt, toujours vécu à Paris. Vit maritalement depuis 31 ans sans enfant. « Avec ma compagne on avait évoqué la possibilité d'en avoir mais c'était à une époque où on se lançait dans la vie et on se disait qu'on n'avait pas les moyens de s'occuper d'un enfant. » « Suite de quoi j'ai relancé le fait d'en avoir et ma compagne m'a avoué qu'elle n'avait jamais pris la pilule pendant tout ce temps. C'est là que j'ai réalisé que probablement, je ne pouvais pas avoir d'enfant, mon père ayant eu aussi des difficultés à m'avoir. »</p>	<p>Fe, 81 ans, « née à Herchies dans L'oise. J'ai grandi là-bas jusqu'au mariage, on est monté à Ivry en 1958 » « 5 enfants et 7 petits-enfants »</p>	<p>Ho, 87 ans, né à Maxent. J'ai grandi là-bas. On a fait un an à Beauvais et puis on est monté à Ivry en 1958. Mariés en 1955 et on a 5 enfants et 7 petits-enfants. Les voit régulièrement.</p>	<p>Ho, 84 ans, Né en Bretagne puis venu à Paris en 1960 pour le travail. A passé son enfance en Bretagne. Marié, une fille. Pas de petits-enfants.</p>	<p>Fe, 78 ans, « Née dans La Loire près de Saint Etienne où j'ai fait mes études jusqu'au bac avant de partir à Lyon continuer des études de droit pendant 2 ans. » « Veuve, vit seule, un fils. « Premier mari est décédé accidentellement. » « J'ai alors commencé à travailler alors que mon fils avait 8 ans. J'ai commencé dans la Haute-Loire où je suis restée 10 ans puis je suis revenue en poste dans La Loire à St-palmier où j'ai fini ma carrière. Je me suis remariée et nous avons vécu 17 ans dans le Sud à Bandole. Mon second mari est décédé et mon fils avait un appartement à Paris, alors je suis venue habiter à Paris. »</p>
profession	<p>« J'ai un bac+2 mais je n'ai pas eu le bac de droit et j'ai passé un diplôme d'informatique à 50 ans pour valider mes connaissances » « je me suis fait licencié, ça fait 3 ans que je suis en recherche d'emploi. » « Être sans-emploi n'aide pas et j'ai l'impression que les gens ne comprennent pas ce que je recherche » « Financièrement, il y a un moment où ça ne va pas tenir. On n'est pas dépensier, mais on mange notre retraite. Et on n'a pas d'enfants qui peuvent nous aider. » « Ma compagne était contrôleur de gestion et ça s'est mal déroulé et elle s'est lancée dans la sophrologie. » « Moi à l'époque je gagnais super bien ma vie » « Donc bien sûr je suis inquiet et ça n'aide pas. » « J'aimerais un travail non stressant » « En gros c'est le RSA pour les vieux. J'ai eu le manque de chance de me faire</p>	<p>« Moi j'ai été jusqu'au niveau de certificat d'étude mais je n'ai pas passé. Nous c'était 14 ans, on quittait. J'ai dit aux parents c'est bien je quitte l'école mais je veux travailler. » « J'ai fait 10 ans dans le tissage à Paris puis on a été gardiens 5 ans. » A la retraite. Pas d'aide.</p>	<p>« Je sais qu'à 12 ans on passe le certificat d'étude et après je ne suis plus allé à l'école. A 7 ans, on rentre à l'école et 5 ans après il y a le certificat d'étude. » « Nous on était dans une petite ferme, à la campagne. Après je suis parti au service militaire, après j'ai travaillé un peu et puis je suis parti au Canada. Je suis revenu 2 ans après et puis je me suis mis dans la peinture. » « On s'est inscrit à la mairie pour les HLM et quand ils</p>	<p>« À la retraite » « Certificat d'étude et CAP d'électricien. » « Je n'ai pas à me plaindre, j'ai une retraite convenable. Ce n'est pas des milliards mais ça convient »</p>	<p>« J'étais directeur de centre de gériatrie. » « À la retraite depuis 16 ans »</p>

	licencier deux mois avant mes 50 ans donc j'ai touché le chômage pendant 2 ans et non 3 si j'avais eu 50 ans. »		ont vendu on a acheté. Maintenant je suis à la retraite depuis 25 ans. » « puis on a été gardien 5 ans. »		
Entourage et soutien	« ma compagne ne mange que du sucre et elle est fine comme pas possible. » « Quand elle m'a accompagné à Pompidou et qu'on a eu le diagnostic, elle a eu peur ; mais c'est quelqu'un de très calme donc elle ne me l'a pas montré. » « Ma compagne me ferme directement la porte avant de m'écouter » « J'ai ma compagne qui me dispute à chaque fois qu'elle me voit manger un truc qu'il ne faut pas mais d'un côté c'est elle qui l'achète puisqu'elle mange beaucoup de sucre... Donc c'est un soutien à double sens. » « J'ai une mère qui est une pile électrique, c'est une arme de destruction massive. Si vous l'envoyez chez quelqu'un, il va devenir hyper stressé. Donc ça n'a pas aidé grand-chose. Elle faisait le siège à l'hôpital pour savoir quels étaient tous les médecins qui me suivaient, quels étaient tous mes résultats... jusqu'à ce qu'il ait fallu que la sécurité la vire. » « Au restaurant ma mère va me dire de prendre un dessert alors qu'il ne faut pas. C'est ce genre de comportement où l'on voit que les autres n'arrivent pas à se mettre à la place du diabétique. Ils ne comprennent pas que c'est un effort et une maîtrise, ce que je conçois, mais on ne peut pas dire que je sois soutenu. »	« Il m'a dit « ah bah t'es comme moi, on prendra le même médicament » soutien « On a les enfants, les petits-enfants c'est très bien. On a de bonnes relations avec. Ils sont très gentils. » « Très serviables, on fait les grosses courses ensemble. » « Ils nous demandent les résultats »	« On ne connaît pas de gens. (D'autres pers diab) » « non... On en parlait avec un, comme quoi il était sous insuline mais c'est tout, c'est juste une connaissance, c'est bonjour au revoir. » « Oh on n'a pas de questions. » Se sent soutenue. « Ils nous disent que s'il y a besoin de quelque chose, on a le numéro. Quand on leur dit pas on se fait engueuler (les enfants) »	« Je vois tout le temps ma fille. Elle a 59 ans et elle habite près de chez moi. » « Je n'en connais pas. (D'autres diabétiques) » « Ils m'aident à ne pas trop abuser pour manger, aussi bien ma fille que madame. »	« Je le vois souvent puisqu'il habite à côté. Nous sommes très liés. Quand je le vois nous parlons beaucoup » « je ne suis pas de nature pessimiste. » avec son frère : « on ne parle pas spécialement de ça. » « J'ai des neveux et nièces qui viennent de temps en temps. » « J'ai une personne qui vient avec moi quand les courses sont lourdes »
decouverte	Dg en 2010, « Je commençais à avoir la vue qui baissait » « Mon activité informatique c'était 24h/24 donc j'ai attribué ça à la fatigue, le stress, la nervosité... Et ce n'est qu'après avoir passé 3 semaines de vacances et que c'était de pire en pire, que je me suis dit qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas. C'est là que j'ai appelé le professeur α qui m'a dit qu'il ne pouvait rien faire sans bilan. Le laboratoire l'a directement appelé et il m'a	Dg « il y a pas si longtemps que ça, il y a même pas 10 ans... » « Par une prise de sang, c'est pas difficile » « J'avais rien du tout. » Au début, ordo par le médecin chez qui elle travaillait : « Quand elle est	dg « il y a plus de 10 ans. » « Avec les prises de sang. Sans symptôme non plus. » « Moi j'ai pas eu de problème, on m'a mis sous médicament, j'ai suivi » « C'est un problème de sucre. »	« C'est la médecine du travail qui m'a fait une lettre et j'ai contacté le docteur ζ . Ça fait au moins 25 ans. » pas de symptômes. « Ça ne m'a pas trop fait peur. » s'y attendait : « Non... Un peu » def « Je ne sais pas trop. C'est trop de cholestérol... non je	« C'était mon médecin généraliste à Bandole il y a 7-8 ans. J'avais déjà 70 ans au moins » « J'ai fait des analyses. » « Mais je n'avais pas de symptôme. » « Le Docteur α me donne 2 comprimés. » « Je pense qu'il s'agit du mauvais fonctionnement du pancréas. Il faut le compenser avec un

<p>dit d'aller directement aux urgences de Pompidou qui étaient prévenues. » « Les machines pour le diabète s'arrêtaient à 7g et j'étais au-dessus. Ils m'ont fait un bilan qui a confirmé mon diabète » « j'ai eu l'expérience avec mon père qui avait la vue qui se troublait et qui était liée au diabète. » « Le psychologue était venu à l'hôpital pour me demander comment j'avais vécu le fait d'être passé à côté de la mort et je lui ai dit qu'à partir du moment où l'on est en vie on risque de mourir donc voilà. » « Mais c'est maintenant que je réalise qu'il faut que j'arrête de me comporter comme avant c'est-à-dire que le stress, la tension nerveuse, mes 25kg que j'avais en plus et surtout le manque de sommeil ont sûrement entraîné tout ça. Et puis maintenant je fais de l'apnée du sommeil. C'est aujourd'hui que je prends conscience de tout ça. » « je ne veux pas le revivre. » « je le savais mais je n'ai pas voulu le voir » « Une vacherie... Je dirais que j'ai l'impression de stocker l'énergie de tout ce que je mange et de ne pas l'intégrer correctement dans mes cellules ce qui fait que ça se transforme en graisses. Donc la graisse complique tout. » « Moi j'associe le diabète à la graisse. » « J'associe le diabète à la cécité et l'amputation ensuite de quoi il y a les infections aux pieds. » Hospitalisé « 3 semaines. » Avec mise sous insuline « Quand je suis rentré à la maison, je me piquais moi-même mais très rapidement on s'est aperçu que le pancréas s'était remis en fonction, je restais diabétique mais j'étais revenu du type 1 au type 2 donc je pouvais me passer de l'insuline. » « Je pense surtout que j'ai eu énormément de chance. Moi je prends de la Metformine mais si je l'oublie un soir en sortant, je le prends plus tard en rentrant, c'est pas la mort. Alors que celui qui oublie son insuline c'est la catastrophe</p>	<p>partie à la retraite, elle m'a dit qu'il fallait que je recherche un médecin. » « C'est le sucre dans le sang »</p>		<p>ne sais pas tellement. C'est trop de sucre... » « des complications. J'ai dû les savoir mais je ne m'en souviens plus. »</p>	<p>régime. » « J'ai quand même quelques notions... comme la cécité, l'amputation... Si ça s'aggrave les plaies ne se referment pas. Il y a aussi une incidence au niveau vasculaire. »</p>
---	--	--	---	--

	et puis ce n'est pas agréable de devoir se piquer soi-même. Moi je n'ai pas de marque de piqûres, alors qu'à l'hôpital je voyais des gens avec des bleus. »				
surveillance	« Ça m'énerve un peu même si je sais que j'ai la chance de ne pas être insulino-dépendant ; mais le moindre écart se voit dans les résultats. » « J'aurais bien voulu en profiter mais avec mon 1,32 je ne l'ai pas fait. » « Quand le résultat me fait peur oui. Mais je me mesure très épisodiquement. On est à 200 bandelettes par an, il n'y a pas assez pour en faire tous les jours. C'est vrai que sans emploi et sans activité, je ne sors pas tous les jours » « 6,7 d'hémoglobine glyquée. » « Mon objectif c'est d'être en dessous des 1,26 de glycémie. » « Je ne m'y intéressais pas, je n'en parlais pas avec mon médecin. » « J'en ai déduit que les connaissances évoluaient mais je ne me focalise pas là-dessus. » « On arrive donc, en mesurant les différents globules de différents âges, à obtenir une courbe du diabète. »	HbA1c « ils devraient l'expliquer » « On m'a dit que c'était bien » « J'ai moins de 7 moi, j'ai 6,5. » « On n'est pas assez haut pour l'insuline. » « On n'en pense rien puisque toute façon on n'en a pas pris. » « C'est pas marrant » « Parce que moi je ne suis pas bien, il ne faut pas croire. » Pas de lecteur	HbA1c « c'est le taux de diabète hein ? Moi en ce moment j'ai 7. » « Par contre quand je suis monté à 8 on m'a dit « ah attention ! » » « On a un ami il prend l'insuline, il est toujours en train de se piquer. » Pas de lecteur. « On nous a mis sous médicaments et puis c'est tout. »	HbA1c : « on en parle souvent. C'est le cholestérol je crois. » « C'est en dessous de 7. Le docteur m'a dit que du moment où c'est en dessous de 7, c'est bon. Avec les médicaments que je prends c'est sous contrôle. » « A mon avis c'est plus grave avec l'insuline. » pas de lecteur. Pas contraignant.	HbA1c « J'ai dû remonter au taux normal. Mais je n'ai pas toujours les yeux fixés dessus. » « tous les 6 mois » « Le docteur α reçoit mes prises de sang. Moi je vérifie qu'il y a à côté de mes résultats la petite étoile, si c'est bon ou pas mais c'est tout. » lecteur : « Si le docteur α me le préconise pourquoi pas mais je n'en ai pas. »
Ressenti et vécu	« Donc c'est contraignant puisque ça nous oblige à manger des légumes, à faire tout le temps attention. » « Si je n'avais plus de stress je pense que le diabète s'autorégulerait » Implication = suivre son ttt	« Je souffrais pas » « Ça m'a rien fait. Je ne me suis pas fait une grosse tête »	« Moi on m'a dit de prendre les médicaments et tout ça, et je vis normalement, je ne fais pas d'abus. » « On vit normalement. » contrainte : « Pour moi personnellement non. » « Maintenant on reste tranquille, c'est fini tout ça. »	« non, depuis que je suis à la maison non. Quand j'étais en déplacement c'était pas toujours possible, je faisais pas trop attention » « Le fait d'être à la maison. Les repas sont plus équilibrés. » « C'était un peu inquiétant. Maintenant je m'inquiète moins parce que c'est normal. De toute façon, le docteur m'a dit que jusqu'à la fin de mes jours j'aurais des médicaments. »	« Je ne suis pas de nature pessimiste. Je ne l'ai pas mal vécu du tout. Ce n'est pas quelque chose qui m'a gênée. » « Ça ne m'a jamais vraiment gênée. » pathologie contraignante : « oui quand il y a un grand dosage, il faut faire attention. Mais à mon niveau pas tellement. » « Vous savez après ça devient une routine. Je prépare mes comprimés, je vais chercher mon ordonnance une fois par mois, je me prépare ma boîte pour la semaine et puis ça devient une habitude. »
atcd perso	« Je suis né avec une sténose du pylore et il a fallu me reconstruire une partie de l'estomac, ce qui veut dire que dès que je fais un effort sportif	HTA, hypothyroïdie. Ne fume pas. « J'ai fait une petite déprime	« Je sais pas » (hta, dyslipidémie, cardiopathie ?) « je fumais mais que l'après-midi, je	HTA, cholest. « Je fume 2-3 par jour et avant une quinzaine au moins depuis les 20 ans. »	« Je prenais déjà des anti-inflammatoires si j'avais mal et malheureusement une fois j'avais vraiment très

	<p>tout remonte. Après on m'a trouvé une malformation de la 5ème vertèbre lombaire en ayant mes deux apophyses du même côté. Je me suis pris des sciatiques tout au long de mon enfance. » « J'ai de l'Hypertension, du cholestérol transmis par ma mère sûrement mais je ne suis pas soigné pour cela. J'ai de l'apnée du sommeil » « Pour moi tout est lié au manque de sommeil. » « J'ai été extrêmement stressé au travail à partir du mois de Mai puisqu'ils commençaient à licencier des gens au travail, dans l'informatique. » « J'ai tendance ... à m'inquiéter. » « j'ai toujours été stressé. » « Le fait de ne pas être stressé, donc de ne pas avoir de travail. » tabac : « J'ai arrêté il y a 31 ans. J'étais presque à 2 paquets. Ma femme se rongait les ongles et je lui ai dit si tu arrêtes j'arrête et du jour au lendemain j'ai arrêté sans jamais reprendre. » « C'est qu'il y a vraiment une corrélation entre l'apnée du sommeil, le diabète et l'hypertension. »</p>	<p>parce que j'avais mal. » « Et il l'a vu alors il m'a donné des petits comprimés mais j'ai pas pris. » « Je dors bien ». Pas stressée.</p>	<p>n'avais pas la cigarette au bec. Et après j'ai arrêté, ça fait des années. » « Comme ça, mais ça ne m'a pas gêné. Je vous parle de ça il y a plus de 10 ans. » « Moi le moral ça va. Vu mon âge maintenant, on vit tranquille. » « Je dors normalement. » Pas stressé.</p>	<p>diminue car « c'est le docteur qui m'en parlait. J'ai eu des problèmes d'ulcère aux jambes avec des stents et avec la cigarette, ça arrange rien. Donc à la première opération j'ai diminué. » moral ok. Pas de troubles du sommeil. Pas stressé</p>	<p>mal et le docteur était en vacances. J'ai appelé SOS Médecin et en fait, j'ai fait une hémorragie interne. On m'a alors emmené à l'hôpital Georges Pompidou et on m'a fait une transfusion. Le lendemain j'avais un taux d'hémoglobine très bas, à 6; ils ont dit qu'il y avait eu une hémorragie. J'ai eu une gastroscopie, mais rien de grave selon l'infirmière. » « Prothèses de hanches : J'aurais dû être opéré. J'avais eu les examens cardiaques, la consultation avec les anesthésies... et ils m'ont trouvé un gros rétrécissement de l'aorte. » HTA, cholest. Jamais fumé « Même toute jeune j'ai toujours été insomniaque. Mais je n'ai jamais pris de somnifères ou quoi, surtout pas. » « Je ne suis pas de nature stressée »</p>
atcd fam	<p>« Suivi depuis des années déjà venant d'une famille de diabétiques. » Père « était insulinodépendant avec une insuffisance rénale » + cirrhose sur hépatite C. « Mon grand-père paternel a perdu la vue mais on ne sait pas si c'est à cause du diabète. Ma grand-mère paternelle pesait 120kg, diabétique insulinodépendante mais ne se soignait pas. Du côté maternel c'est plus l'hypertension. Ma grand-mère est morte d'une attaque après avoir vécu comme un légume 27 ans après un AVC. Ils sont tous morts d'AVC ou du diabète du côté maternel et de gangrène et cécité du côté paternel. Donc j'ai toujours été suivi tous les 6 mois. Il semblerait que mon pancréas se soit arrêté, je ne vois pas d'autre explication. »</p>	<p>« Je pense que ma mère en faisait (du diabète). » « Mon père est mort d'un arrêt cardiaque. On n'était pas aux abords de médecins ou d'hôpital. » diabétique : « j'ai mon frère. Il est pire que nous lui. »</p>	<p>« Je ne peux pas dire s'ils en avaient. A la campagne on ne voyait pas le docteur souvent. »</p>	<p>« Je c'est ce que c'est parce qu'on en a un dans la famille qui a le diabète avec l'insuline. » « Ma mère a peut-être du diabète. Le neveu de ma femme aussi a du diabète de type 1. »</p>	<p>« J'ai mon frère sinon qui a comme moi donc il nous arrive d'en parler. Il a un traitement plus fort que moi. » « Ma belle-mère était sous insuline »</p>

ttt	<p>4 cp le matin dont 1 Metformine et 1 cp de Metformine le soir. « J'avale les médicaments avec le café. » « Si j'arrivais à ne plus prendre de cachets ça m'irait mieux. » « J'ai demandé au professeur α de me le baisser parce que je pensais que ce n'étais pas nécessaire et parce qu'il y avait des effets secondaires niveau intestinal. Mais de les arrêter complètement, il n'était pas d'accord et je lui fais confiance. » oubli /mois : « Au maximum 1 fois. Je ne sors pas beaucoup donc voilà. »</p>	<p>« Matin et soir. Je ne prends pas à midi à part le Doliprane pour l'arthrose. Le jaune je le prends plutôt vers 15h parce que je déjeune tard mais pas à midi et c'est mieux comme ça » « Je ne sais pas si c'est les médicaments mais j'ai comme des vertiges. » « On fait rien de spécial à part notre traitement, on n'enlève pas on rajoute pas. » « J'oublie pas. On a toujours été sérieux sur les médicaments. » « on le tient bien le traitement »</p>	<p>« Moi matin midi et soir. C'est réglé, je ne décale pas. » « On suit notre traitement. » « On rigole pas avec ça »</p>	<p>« J'en avais trois, il n'y a pas longtemps deux et là tout était bien donc le docteur m'a baissé et je n'ai plus que la Metformine. » « Pour ça j'ai de la chance, je n'ai pas de problème avec les médicaments. Ma femme c'est tout le contraire. » « J'ai une petite boîte avec ceux du matin et du soir donc quand je prends ceux du matin je mets ceux du soir. Je n'oublie pas. »</p>	<p>« J'en prends un le matin et un le midi. Parfois si j'oublie le midi je le prends le soir. » oubli : « Ça m'arrive peut-être 2 fois par mois. C'est rare et jamais la journée complète. » « Il m'explique qu'il vaut mieux me donner un traitement qui me maintient bien plutôt que de tout arrêter »</p>
MT	<p>« Tous les 3 mois pour les médicaments. » « Une demi-heure. » « Je pense que c'est suffisant pour faire le tour de ma situation mais j'aime beaucoup parler avec lui et j'ai toujours l'impression que nous avons abrégé la discussion et qu'elle n'est pas terminée donc si ça ne tenait qu'à moi je resterais un petit peu plus. Je pense qu'il est très humain et que psychologiquement il apporte quelque chose à ses patients. Il a une intelligence et une culture extraordinaire, à chaque fois il va rebondir sur quelque chose que le patient va dire et il a souvent un étudiant avec lui donc on en profite pour élargir la conversation et former la personne. Je trouve ça passionnant. » « Par contre du côté médical, si j'ai besoin de soutien, je pense que c'est facile à trouver puisque le professeur saurait vers qui m'orienter. »</p>	<p>Suivi par le MT « On va tous les trois mois, voir le docteur, s'il y avait quelque chose on lui dirait. » « La petite remplaçante m'a dit que le traitement était impeccable donc je ne vois pas pourquoi aller ailleurs, c'est très bien comme ça » « Si on a besoin le docteur nous envoie à la clinique. » « 20 mn, si ce n'est pas plus. » « Nous on l'a suivi partout. Pour nous, il est bien. Très gentil. Ça fait 18 ans qu'il nous suit. » « le docteur voit les résultats. S'il dit</p>	<p>MT « On était bien suivis de toute façon. Tous les 3 mois on va faire des prises de sang et on a le résultat. » « J'ai confiance en mon docteur, il me dit de prendre ça je prends. » « Il prend la tension, il voit, environ 20 mn » « il est impeccable. » « Si on avait des ennuis, on dirait qu'il y a quelque chose qui ne va pas. »</p>	<p>« Tous les 3-4 mois. » « Le docteur qui me dit des choses des fois. Il m'explique pour faire attention en mangeant, pas trop de gras, faire attention quoi. » « Il me suit depuis le début, depuis la médecine du travail. » « Il fait une visite complète, il regarde la tension, mes jambes, il fait des contrôles si je me sens bien. » « A peu près 45mn minimum. » « Très bien. D'ailleurs je n'ai jamais changé de médecin depuis que j'ai commencé avec lui. » « Je suis ce que me dis le docteur. » « Il me demande si je me sens bien. »</p>	<p>« Médecin traitant de Bandole m'a dit qu'il avait un très bon ami, le docteur α qui a été d'accord de me suivre. » tous les 3 mois. « Je ne passe pas mon temps chez les médecins. » « Ça va très bien » « C'est sûr qu'il y a des personnes avec plus de problèmes que moi mais moi il me garde une bonne demi-heure ce qui est normal. Après qu'il y ait du retard on le sait. Mais si j'avais des problèmes avec lui j'irais ailleurs. » « J'estime que je ne suis pas compétente pour donner mon avis. J'écoute ce que me dit mon médecin, on en discute, il m'explique pourquoi il diminue ou augmente mais je n'irais pas donner mon avis ; je ne suis pas compétente en la matière. »</p>

		c'est bien, bah c'est bien. »			
autres pro	Pas d'autres médecins « Je n'ai pas vu de nutritionniste en dehors de celle à Pompidou mais j'ai eu du mal à suivre ce qu'elle disait. Moi je me basais sur les résultats de mes prises de sang et quand elle me disait que j'avais le droit à un peu de féculents, quand j'en prenais le soir, mes résultats n'étaient pas bons le lendemain. Donc je me suis dit que si je les supprime c'était mieux. Mais dans mon cas, je stock tellement qu'il faut que je fasse mon propre régime. » « Je reçois systématiquement de l'association Sophia un magazine mais le dernier est à la poubelle. Je n'ai pas vraiment besoin d'aide contrairement aux insulinodépendants pour qui ça peut être intéressant. J'essaye plutôt de me sortir le plus de choses de la tête. »	« Je vais chez le kiné c'est tout. ». Ne veut pas voir d'autres professionnels de santé. « On regarde le truc médecin à la télévision le midi, parce qu'ils en parlent des maladies. »	endoc « non c'est très bien comme ça » cardiologue « bon c'est une fois dans l'année. » « Il nous a dit d'aller voir le cardiologue, on est allé chez le cardiologue voilà. »	« Le docteur m'a envoyé une fois à la Pitié en voir (un nutr). Ils m'avaient fait une liste de ce que je pouvais manger mais je n'ai pas tellement appliqué. On m'avait dit que ce que je mangeais, ça allait. » pas d'endoc.	« Je n'ai jamais vu d'endocrinologue ou quoi. » « m'a envoyé chez le professeur L. au centre de cardiologie » « Je vais juste chez mon pédicure une fois tous les mois environ »
poids	« J'étais descendu à 87 kg avant Noël, je suis monté à 90kg et je n'arrive pas à les perdre. En 2010 j'étais à 115kg, c'était mon poids maximum. » 1m82 « j'ai perdu 25kg en un an et demi. » « Même avec mes 115kg je me sentais bien »	« 75kg, j'ai maigri de ce que j'étais, et je fais 1m66 à peu près. J'ai été jusqu'à 84kg » Pas de régime « on mange moins maintenant »	« Le docteur m'a pesé à 85kg. Moi je fais 1m65. Moi aussi j'étais jusqu'à 90kg » « On a moins d'appétit qu'on en avait » « On mange plus comme avant. » Mangeait plus quand travaillait.	1m67 et 66kg. « Avant quand je travaillais, j'étais bien plus haut que ça, à plus de 80kg. Maintenant je reste stable. ». Pas de régime.	Entre 58kg et 60kg, je n'ai jamais vraiment dépassé ; et je mesure 1m60. « J'étais beaucoup plus mince quand j'avais 30 ans, je faisais 50kg maximum »
alimentation	« J'ai adapté mon alimentation en fonction de ma compagne qui se lève à 11h du matin alors que je me lève à 8h. Donc j'ai tendance à prendre un gros petit-déjeuner à 11h et à ne pas déjeuner jusqu'au dîner ce qui fait que quand j'ai un peu de stress, j'ai tendance à avoir faim l'après-midi et je peux prendre un chocolat. » « Même si c'est lourd de devoir faire attention à l'alimentation, je me dis que j'ai une façon d'agir pour surveiller et de ne pas en souffrir plus tard. Après c'est vrai que un quelconque écart est radical. » « J'ai l'impression que quand je stress et ça me donne faim. A partir du moment où j'ai faim, en dehors des repas, c'est	« 3 repas, matin midi et soir. Pas de grignotages. » Horaires réguliers. « Je fais la cuisine normalement, ils ont l'habitude. » « On mange que des bonnes choses. » « Pas surveiller, mais je sais ce que je mange. » « Faut éviter le sucre. Moi je fais de tout. » Elle cuisine. « Mais j'ai même pas envie, vous voyez, de faire	« 3 repas, matin midi et soir. Entre les repas, on ne boit pas on ne mange pas. » « On est assez réguliers. » « On mange normalement quoi, j'ai une femme qui est très bonne cuisinière, il n'y a pas de problème. » « J'ai ça j'ai pas faim, mais je mange. » « Madame elle a son petit ménage à faire, monsieur regarde sa télé et voilà. » « On ne nous a pas interdit	« Le petit-déjeuner le matin, un le midi et un le soir. ». Pas de collation. « C'est assez stable. » « je travaillais je faisais des déplacements, alors manger dans les restaurants et les cantines, ce n'était pas toujours approprié. » « Comme je vous ai dit on était dans les restaurants, les cantines. Ce n'était pas évident de faire des régimes. » « J'ai l'appétit toujours » « oui je	3 repas, saute parfois le midi si sort. « Les régimes mais honnêtement je suis contre. Je ne fais aucun excès, je ne mange pas de sucrerie » « Enfin moi je ne fais pas vraiment de régime. » « Je fais attention avec les féculents, les fruits parce que c'est sucré. Je n'ai pas envie de tout supprimer non plus mais c'est vrai que je n'ai pas mangé de pâtes depuis longtemps » « Je fais attention. Si je mange un peu plus je suis mal, je digère mal » « quand on reste toute

	<p>très mauvais si je n'arrive pas à me contrôler » « Et puis je suis fils unique, ma mère était surprotectrice et il fallait toujours que je finisse mes assiettes. » « Si je mange une pomme de terre ou du riz, dès le lendemain mes résultats remontent. L'alcool, je ne m'attendais pas à passer à 1,32g le lendemain. » « Mais je pense que la nourriture est très liée au moral. Quand ma compagne me réprimande quand je mange une pomme de terre en plus, je sais qu'elle a raison, mais je pense que j'en ai besoin. Elle va à la limite me culpabiliser ce qui va augmenter le stress mais c'est justement le stress qui me fait me comporter comme ça » « En gros, c'est un peu la devise des diététiciens, il faut manger de tout mais en petite quantité. » le sucre « Il y en a dans tout, dans les féculents, moins dans les légumes, la viande et le poisson non par contre mais tout ce qui pourrait se transformer en graisse devient du diabète. » le resto : « je n'y vais plus depuis que je ne travaille plus. Avant j'y allais une fois par jour mais maintenant c'est 2-3 fois par mois maximum. » « Mais je préfère me manger une vraie orange plutôt qu'un jus. » « L'alcool j'ai moins touché parce que ça me rend triste, je n'aime pas cette sensation. » « L'alcool c'est rarissime. Avant j'étais tellement stressé que je tenais en buvant un ou deux demi verres à midi » « il veut que je boive mais ils ont fini par comprendre que moi pendant l'apéritif je me suffis de mon eau gazeuse. »</p>	<p>des excès » « c'est comme ça depuis très longtemps. » « J'ai dit au médecin que je change rien du tout » « Je ne bois pas de boissons sucrées puisque je n'aime pas ça, je bois de l'eau, je ne bois pas de vin » conséquences alcool sur diabète : « Mais c'est sûr que ça peut avoir... quand on en abuse. »</p>	<p>de manger. » « On ne nous a pas parlé de ça. On mange à notre faim et puis c'est tout. » « On mange de tout sans abuser. Moi mon poids ne bouge pas et on mange pareil. » « Mais le docteur a dit que je pouvais... » « Le corps demande un peu de sucre quand même. » mange « A la maison » Madame fait la cuisine et « monsieur qui la mange. » « Quand on est en famille, on va manger chez les enfants. » « Un repas typique c'est un peu de tout. » « Ne bois pas de vin entre les repas, pas de bière, pas d'apéritif... Que du porto un peu. »</p>	<p>fais plus attention. » des excès : « plus maintenant. Avant oui. » « Il faut faire plus attention. » « Au début non mais quand je suis arrivé à la retraite, ça a beaucoup changé. » « Je prends un petit verre de vin en mangeant. »</p>	<p>la journée chez soi, on a plus tendance à grignoter » aliments interdits : « Je pense tous les sucres lents ou rapides, les confiseries, tous les féculents. » « J'ai réduit mais sinon j'ai pas vraiment fait de changements. » « J'avoue que quand on connaît pas ça peut changer mais moi je savais ce qu'il faut manger ou pas donc ça n'a pas trop changé. » « Quand je mange chez moi le midi je bois un demi verre de vin mais jamais d'apéritifs ni de jus de fruits. » « Je pense que l'alcool augmente le taux de diabète. »</p>
sport	<p>« Donc le sport et moi ça fait deux. » « Mais les jours sans rendez-vous, je ne vais pas sortir, à part si j'ai une course à faire. Je peux rester des journées entières à la maison sans bouger » « Donc j'ai été habitué à vivre dans ma chambre, à ne pas bouger sans m'ennuyer. » « Elle faisait du vélo d'appartement, elle marche beaucoup, elle sort tous les jours » « Je n'ai pas le goût de l'effort » « donc le sport</p>	<p>Pas de sport. « En allant au boulot, on en faisait. » « j'ai voulu acheter un vélo d'appartement mais je sais pas je ne l'ai pas fait. »</p>	<p>« Mais je ne peux pas sortir tout seul, j'ai le pied qui traîne. J'ai été opéré des lombaires, c'est les suites. » « Moi jeune je faisais du football. »</p>	<p>Dans la journée : « Je me promène, je fais les courses. » « Dans la journée, on ne regarde pas la télé, que le soir. Ça dépend, si c'est l'hiver on ne sort pas sinon je sors au moins deux fois par jour. Je sors marcher environ 1h-1h30 en tout. Je</p>	<p>« Mais moi étant très active cette jambe me gêne » « Maintenant je marche beaucoup mais je prends une canne parce que sans je perds l'équilibre. » « Je fais tout à pied. » « Avant j'allais à la piscine » « je pense que je ne suis pas une personne inerte. Je ne regarde pas beaucoup la télé. »</p>

	est bien pour ceux qui en ont le goût. Maintenant, avec la vie qu'on mène, ce n'est pas facile. »			sors faire les courses à pied. » « Avant je faisais du football, c'est vieux ça Mais maintenant je suis vieux, et j'ai plus les jambes. »	
--	---	--	--	---	--

4. R, S, T, U, V

	R	S	T	U	V
enfance	<p>Fe 79 ans. Née à Paris 13ème. Veuve depuis 35 ans, 2 filles, 4 petits enfants, 1 arrière petit enfant. « qui habitent à côté de chez moi » « J'ai toujours vécu à Paris mais je suis Italienne. »</p>	<p>Fe, 60 ans Née à Touraine. « j'y suis restée jusqu'au Bac puis je suis partie pour les études en région parisienne. » « J'ai deux filles dont une qui est elle-même marié 34 ans. Elle est en Espagne à Barcelone. L'autre de 21 ans est à la maison et fait ses études. J'ai deux petits-enfants de 2 et 4 ans. » « Je suis de naissance catholique et baptisée mais de conviction athée » mari « professeur d'éducation physique et sportive dans un collège. »</p>	<p>Fe 62 ans, « Née au Portugal et j'ai grandi là-bas jusqu'à 21 ans », Divorcée, remariée, 2 filles du 1er mariage.</p>	<p>Ho 70 ans, née en Italie, venu à Paris il y a 25 ans, marié 2 enfants, un garçon et une fille, (de 16 et 18 ans) qui vivent avec lui.</p>	<p>Fe 64 ans, Née à Paris, a vécu toute sa vie en banlieue parisienne. Mariée, mère d'un garçon de 32 ans.</p>
profession	<p>« Je n'ai pas de certificat, j'ai toujours travaillé dans un commerce avec mes parents. Ils avaient besoin de moi et des études je n'en ai pas faites. J'ai arrêté en 3ème. Après j'ai travaillé au parc des expositions. J'étais surveillante des toilettes. » « J'ai été à la retraite quand j'ai arrêté pour ma petite fille qui a été opérée du cœur. J'ai arrêté mon travail à 50 ans. » « Je ne sors pas, je fais attention à mes dépenses, et puis je suis logée gratuitement, ce sont mes enfants les propriétaires. »</p>	<p>« Je suis architecte, 6 ans après le bac. » « j'ai travaillé de nombreuses années dans le privé, dans des bureaux d'étude différents. Et là je suis à Paris, pour un contrat de 3 ans, dans un bureau de maîtrise d'ouvrage depuis un an et demi déjà pour aider, peaufiner et arranger ses ouvrages de constructions, pour ses demandes et ses contrats avec ses architectes. » « mes horaires sont géniaux par rapport à ceux que j'avais avant où je pouvais finir à minuit. Je commence à 8h30 et je pars le soir entre 20h-21h. » « J'ai décidé de choisir un travail moins stressant, mais j'ai eu une perte de 25% de salaire. Mais c'est une décision volontaire. je pouvais me le permettre. C'était ce qu'il fallait que je fasse pour ma santé. Vos revenus baisseront à la retraite : « de 50%. On y pense avec mon époux. C'est pour ça que je veux reprendre un contrat de 3 ans tant que les études de ma fille ne sont pas finies. »</p>	<p>« J'ai quitté l'école en 4e dans mon pays, j'écris un petit peu le français mais j'ai pas un niveau... Je sais lire mais écrire c'est compliqué. » « J'ai travaillé dans la transformation de papier, j'ai fait les ménages dans les bureaux et je me suis occupée des personnes âgées. J'ai arrêté en 2008 parce que j'étais très malade avec ma hernie discale. Je suis restée en arrêt maladie deux ans et après la retraite. » « J'ai plus de temps, oui bien sûr, mais on dirait que j'ai tout le temps quelque chose à faire. Je me laisse un peu aller, j'ai plus de temps mais des fois je ne suis pas bien, je n'ai pas envie. »</p>	<p>« Bac +5, je suis physicien. Je m'occupe en ce moment sur ordinateur de circuits nucléaire ... depuis 30 ans » « des horaires que j'ai choisis. » son travail lui plaît et n'est pas stressant. « à la retraite dans 7 ans » sa femme « est administrateur à l'assemblée nationale »</p>	<p>A eu le bac, travaillait à Rungis. retraite « Depuis fin 2009, il y a 7 ans » « Ça a été une délivrance. On ne se voit pas vieillir mais le corps fait appel. Mais ce n'était pas un travail stressant, on a beaucoup aimé alors que l'on n'y était pas prédestinés. Je travaillais avant dans les assurances » dur financièrement car « c'était spécial puisque comme j'étais femme de gérant je n'ai pas eu de revenus et j'ai dû attendre 3 ans pour toucher ma retraite sans avoir droit aux assédics même en ayant été salariée. »</p>

entourage et soutien	« j'ai mes filles autour de moi. » connaissance « certains sous insuline et certains sous cachets. » « vous savez j'ai mes enfants autour de moi, mes petits-enfants, ils viennent voir si j'ai besoin de quelque chose, ils me font des commissions.. Oui je suis soutenue. C'est eux qui m'emmènent voir le docteur comme là » « je les ai éduqué, ils peuvent bien faire ça pour moi. Quand ils avaient des enfants c'est moi qui les gardaient » « ma petite fille, elle vient m'aider »	pas de connaissance diab. parle du diabète « avec mon gendre parce qu'il est infirmier dans le milieu hospitalier. On échange, il me parle des cas qu'il connaît tout ça. » Je n'hésite pas à chercher dans la documentation. « si j'ai besoin d'aide ma famille est là, mais on essaye de ne pas se prendre la tête, de ne pas embêter tout le monde dans le cadre familial. » « non je n'attends rien d'eux. »	« Je vois ma fille aînée régulièrement et la deuxième un peu plus qu'avant. Il y a eu des petits soucis » « Je n'ai pas envie d'en parler avec d'autres. J'ai du diabète alors si ça arrive (d'en parler) avec un docteur, en consultation, mais je n'ai pas envie de dire à tout le monde que j'ai du diabète. Ma famille le sait mais bon voilà » « je ne pose pas de questions. » « Il est fumeur et il n'arrive pas à s'arrêter donc il peut comprendre les autres aussi. Et puis les enfants, ils me laissent faire... Ils n'arrivent pas à comprendre que j'ai des problèmes de santé, ils ne se le mettent pas dans la tête et puis je ne le leur mets pas non plus dans la tête. Je gère ça moi » « donc je pense qu'il me soutient. Il me soutient déjà puisque c'est lui qui travaille pour payer la maison. Je ne peux pas me plaindre de la vie que j'ai. Je ne dis pas qu'il n'y a pas des hauts et des bas » « Il est attentionné à sa façon. »	Un ami diabétique. Ms ne parle pas des TTT. Sauf « Avec ma femme de temps en temps » sinon « Je fouille sur internet. » « Je pense que je n'en ai pas besoin (de soutien), je sais ce que je dois faire »	« il est célibataire alors je le vois régulièrement » « On est entouré de diabétique en fait ; il y a la femme du frère de mon mari, sa sœur, pleins de gens, même une voisine à ma mère. Ils le vivent plutôt bien, à part le beau-frère de mon mari qui a eu du mal à l'accepter, ça l'a perturbé totalement. Il est devenu très strict » « On se dit ce que chacun prend comme médicaments » demande conseil au docteur. Soutien « par mon médecin si j'ai besoin d'elle et puis j'ai des amis qui me demandent souvent comment je vais. Mon mari pas trop (rire) mais il surveille si je prends bien mes cachets le matin ; mais bon je pense que c'est une affaire personnelle, je n'ai pas à imposer aux gens mon problème. »
découverte	dg « Ça va bien faire 5-6 ans. » « c'était par les prises de sang » s'y attendait « parce que ma mère était diabétique. » Def : « j'en sais rien du tout à vrai dire. » « il paraît que ça arrive chez les gens assez forts. » « c'est Dr δ qui m'a fait faire d'autres analyses et qui a constaté que j'avais du diabète. »	Dg « Il y a 2 ou 3 ans. Par des prises de sang de contrôle, le taux de glycémie à jeun restait toujours un peu haut. Au bout d'un moment, on s'est dit qu'il était vraiment trop haut quoi. » « j'avais les résultats donc ce n'était pas une surprise. Je ne l'ai pas découvert du jour au lendemain par hasard. » 2 ou 3 tests sur 3 ans « qu'il fallait réfléchir à un traitement, mais elle n'a pas brusqué les choses. » « Je me sentais plutôt bien parce que je sortais d'un épisode de sciatique. Et ça ne faisait pas mal donc ça gêne pas. » Def : « c'est un taux de sucre trop élevé dans le sang. Je sais qu'il y a des diabètes où on a aussi des baisses de sucre très fortes, moi je n'ai pas ce problème là. » complications	dg « il y a 3 ans » « même si dans la famille il y a du diabète, mais moi c'est venu un peu subitement à la suite d'un choc. Le médecin m'a dit que c'était possible » « C'était par les analyses prescrites par le docteur δ et le docteur G, le rhumatologue qui m'en faisait souvent. » « Je faisais déjà des analyses, j'avais déjà le cholestérol donc... On savait que le sucre était limite déjà. » « je ne croyais pas que ça arriverait comme ça » « le rhumatologue disait qu'il fallait traiter mais je n'étais pas préparée pour le traiter mais bon après quand il était là il fallait traiter. » def : « Ils disent que c'est le sucre dans le sang mais j'en sais rien du tout. »	Dg en 2013, via « un bilan sanguin et on me l'a dit. J'ai eu des symptômes mais je ne savais pas que c'était ça... J'ai eu une perte de poids, l'envie d'aller aux toilettes très souvent, la soif. Ce n'était pas très fort au début puis j'ai appris qu'il s'agissait de symptômes du diabète. » « Je n'étais	dg « Il y a une quinzaine d'année » « On s'est rendu compte que ma mère était diabétique parce qu'elle a fait une crise importante. Un jour je l'ai accompagnée chez son médecin, j'en ai profité pour demander une prise de sang et on s'est rendu compte que j'étais aussi diabétique. Je n'avais aucun symptôme, ni soif, ni envie d'uriner, donc c'était par hasard. » def « malabsorption du sucre, le foie qui se fatigue, je ne sais pas, l'insuline qui n'est plus assez présente ; pourquoi je ne sais pas. » « pour les

		« les yeux, les pieds, il faut faire attention aux extrémités, les problèmes cardiovasculaires, et les reins aussi. »	complications « ils disent beaucoup » ms tante « bien pour son age » « a du diabète assez fort puisque le docteur voulait lui donner l'insuline mais elle a dit qu'elle préférerait mourir que prendre ça » « quand on arrive là c'est qu'on a quand même un diabète élevé » « je n'aimerais pas en arriver là parce bon, ça complique le reste de la santé, on a assez d'effets comme ça » « Il y a plusieurs types de diabète. Apparemment il y a le diabète 2 qui est le plus grave ? Moi je sais pas si j'ai le plus grave ou le moins grave »	pas très content, un peu surpris je ne m'y attendais pas.	yeux, pour les pieds, pour les dents, pour le cœur pour tout... Tout va mal. » « l'un des éléments déclencheurs du diabète peut être une grande peine. »
surveillanc e	« je regarde mais moi j'y connais rien, c'est le médecin qui me dit. En principe c'est tous les trois mois les prises de sang. » « des fois il monte et des fois il descend. » insuline : « j'ai des gens autour de moi qui ont ça mais moi on ne m'a jamais prescrit ça » « je ne sais pas ce que c'est. C'est quand vous vous piquez, j'ai eu autour de moi des diabétiques qui m'expliquaient. Peut-être un jour j'arriverai à ça mais pour l'instant, on ne m'a pas dit. » Pas de lecteur. Intéressée par des infos sur le diabète « mais je n'y ai jamais pensé. »	Hba1c : « c'est le truc qu'il faut calculer pendant les examens, après je ne peux pas vous expliquer les détails, mais je sais qu'il faut surveiller. Quand je reçois les résultats, je sais si je vais bien. Il faut être en dessous de 7 et je le suis. Je suis un petit peu en dessous, la limite n'est pas loin. Je suis passée au dessus une seule fois au début du traitement. Je la fais un peu près tous les 6 mois. » « je prends ma glycémie tous les matins mais pas plus d'une fois par jour, parce que c'est trop embêtant, donc il doit y avoir des pics que je ne vois pas. » bandelettes « Si je dois en acheter j'en achèterai. » « L'idée que je m'en fais c'est que le matin à jeun je devrais être entre 80 et 120. Moi l'objectif que je me suis donnée est de ne pas dépasser 130. J'ai pris cet objectif seule. C'est vrai qu'un jour il y a une femme de la sécurité sociale qui m'a appelé et on a parlé de ça. »	HBA1c « je n'en sais rien du tout. » « ça a quand même baissé. J'ai mes analyses. » « Je fais mon examen que le médecin me dit de faire tout simplement. » « rien, je vis avec » « Si la glycémie n'a pas baissé plus que ça, je ne vais peut-être pas en prendre 2 mais 1,5 » « diabète à partir de 1,26 alors 1,20 ce serait bien. » « j'ai pas l'appareil mais mon médecin m'a dit que je n'étais pas encore à ça. Mais pourquoi c'est écrit sur mes fiches 6,7 »	« Je l'ai compris plus à travers mes symptômes. Je ne pense pas qu'il y est des causes précises par contre j'ai compris qu'il faut faire attention, qu'à longue échéance ça peut devenir important avec les symptômes mais je n'aime pas ce risque. » « Il peut y avoir des risques d'attaque de diabète très fort » « C'est tout je n'ai pas d'autres informations précises. » Ne connaît pas l'HBA1c « J'avoue que s'il me l'a expliqué j'ai oublié... » « Le docteur me le fait lorsque j'y	HBA1c « ce qu'on se fait tous les 3 mois. C'est le taux de sang pendant cette période. » « il est bien... il est de 6,8. Mon objectif est de 7 max puisque je vois la pub qu'en dessous de 7 c'est bien. En 2013 j'étais à 8,7, je ne sais pas pourquoi » « Si j'étais respectueuse des consignes il serait mieux mais il n'est pas mal. » lecteur « oui mais je n'ai plus de bandelettes puisque je ne suis pas insulinisée. On m'a dit que ce n'était plus remboursé, c'est dommage. Donc j'ai que la glyquée tous les 3 mois. Il y a deux ans je faisais des glycémies, ça me recadrerait. Je faisais bien attention. » « A 1,27 c'était trop puisque qu'on m'avait dit que ça touchait les reins à partir de 1,20 ; et je pense que c'est trop bas en dessous de 0,60; on tremble... Mais je ne suis jamais descendue en dessous. » « Par une

				<p>vais mais moi je n'ai rien pour faire ce contrôle. » « Il me donne une indication, un chiffre mais je ne sais pas ce qu'il faut vraiment, je lui fais confiance. »</p>	<p>hygiène de vie, c'est tout. Mais ça c'est dur parce que dès que l'on ne fait pas comme les autres, on est désociabilisé. » Insuline « ça me fait peur parce qu'il faut se piquer. » « J'ai bien peur que si le taux n'est pas bon il nous passe à l'insuline et je pense que c'est une mauvaise chose pour les personnes âgées. » « ma belle-sœur, j'ai pas l'impression que ça serve à quelque chose, elle a toujours des taux élevés... après je ne sais pas comment elle le prend. » « si on est obligé de se piquer (c'est contraignant) mais moi non. Des cachets ce n'est pas contraignant » « Tous les jours c'est contraignant de faire attention. Je fais comme je peux » « pour les personnes âgées je trouve ça plus contraignant et difficile. C'est vraiment plus simple quand on est jeune. »</p>
ressenti et vécu	<p>« je ne l'ai pas mal pris, c'est pas comme un cancer. » « Il y a que le sucre qui est contraignant... voilà je fais attention au sucre, je bois que de l'eau. Non pour moi ce n'est pas contraignant. » « c'est les analyses qui le disent, mais pour moi je n'ai aucune gêne. Je ne sens pas quelle gêne il a le diabète, je ne sais pas du tout. »</p>	<p>Autre ttt : sport « l'insuline, différent du Victoza « C'est l'idée que je m'en fais, oui je pense que c'est différent. Je ne me suis pas penchée sur la question. Mon ressenti est que si j'utilisais de l'insuline, ce serait que mon diabète ce serait aggravé. Ça se fait peut-être pas dans les mêmes conditions, je ne sais pas. » « ça ne me contraint pas » impliquée « je fais ma piqûre tous les jours, c'est bien, c'est déjà extraordinaire. » être en bonne santé : « Se lever le matin, être en forme, avoir bon appétit, aller travailler, bouger comme on veut... voilà... Comme je suis maintenant »</p>	<p>« je ne fais pas grand chose, je sais que j'ai du diabète, mais c'est un peu compliqué. » « mais sinon je ne fais pas grand chose de particulier. » « C'est psychologique mais ce n'est pas toujours facile de se prendre en main. » contraignant « Je ne trouve pas... Les gens disent que oui » « J'en sais rien, mais j'aimerais bien savoir. »</p>	<p>l'insuline « c'est quelque chose qui règle le sucre mais c'est tout » « Disons que le diabète moi j'oublie que je l'ai donc je n'ai pas vraiment l'expérience. » « Si je peux l'éviter ce serait bien »</p>	<p>« Rien (fait) du tout, on va vivre avec. J'étais surprise, je ne m'y attendais pas mais maintenant je me dis qu'on est une famille d'enrobés donc on est des facteurs à risques alors qu'avant je ne m'en souciais pas du tout. » « Je sais qu'en vieillissant le diabète use et je prends conscience que je dois être plus sérieuse que je le suis. »</p>

atcd perso	« j'ai ma glande thyroïdienne qui ne fonctionne pas, j'ai été traitée par nucléaire et c'est revenu donc j'ai des cachets. J'ai aussi de la tension depuis la mort de mon mari. Je n'ai pas de cholestérol.» « J'ai fumé. J'ai arrêté quand j'étais enceinte de ma première qui a maintenant 53 ans. » moral ok « je dors. »	l'hypertension et le cholestérol. Des fois je n'arrivais pas à dormir du tout. Fume pas. « à 38 ans on m'a retiré un ovaire qui était complètement enkysté. » sciatique. stressée « Je ne dirais pas non mais beaucoup moins on va dire. » « une petite dépression à une période, mais bon non soignée, non avouée, à une période où je travaillais beaucoup et dormais peu. »	« J'ai le cholestérol, la tension j'ai arrêté les médicaments. J'en ai pris, j'ai fait les examens l'année dernière, on m'avait prescrit un médicament mais je ne suis rendue compte que mon estomac avait du mal à supporter. J'avais du fludex 1,5 et maintenant je ne prends rien du tout. » « opérée des calculs aux reins ; une grossesse extra-utérine s'est mal passée, c'est ce qui m'a le plus marqué. J'ai aussi fait une fibroscopie pour l'estomac. Je n'ai jamais été hospitalisée pour le diabète. » « j'ai été suivie par un psychiatre et je prends des anti-dépresseurs » moral « moyen » « mon moral c'est ce que je vis » « J'ai déjà fumé mais pour la rigolade » a du mal à dormir et à se lever. « plus que stressée, plus que crispée. Quand vous faites des crises de spasmophilie, ça reste à vie »	diabète et cholestérol. Ne fume pas. Pas déprimé.	« je suis hyper tendu; mais je n'ai pas de cholestérol » glaucome. Moral « Très bien, le diabète ne m'a pas « pourri la vie », pas du tout. » « j'ai toujours eu du mal à m'endormir » « J'ai fumé pendant 20 ans, j'ai arrêté il y a 12 ans environ mais je fumais 7-8 cigarettes par jour, je n'étais pas accroc. J'ai arrêté comme ça, j'en avais marre, et puis en travaillant au marché on ne pouvait pas fumer devant les clients du coup ça nous a fait décrocher mon mari et moi, même si lui a fait quelques exceptions après. Mais maintenant il a arrêté complètement. Mon fils fume. »
atcd fam	« ma mère, elle était diabétique. A 69 ans elle a fait l'infarctus. Elle travaillait beaucoup, et elle avait beaucoup de diabète, plus que moi. Elle avait des cachets, pas d'insuline. »	diabétiques « Mon cousin germain. » il a eu un AVC et est décédé à 63 ans. Pb Thyroïde chez la mère.	« une tante de 91 ans qui a du diabète, et elle est toujours là chez elle à s'occuper de ses affaires » « Ma mère a fait un petit AVC, elle devait avoir 79-80 ans. » diabète chez « mes frères dont l'un qui est décédé. »	« Ma mère a eu du diabète lorsqu'elle était âgée mais je ne pensais pas du tout en avoir »	« ma mère avait du mal à gérer entre les dosages en se piquant » « Ma grand-mère m'a donné le glaucome, ma mère le diabète et mon père l'hypertension » « ma mère avait des problèmes de cœur, c'est ça qui l'a lâché à 84 ans. » « Elle a eu la valve mitrale, un cancer du sein »
ttt	« un que je prends un quart d'heure avant déjeuner et les deux autres je les prends après. » « Il m'est arrivé un matin d'avoir le doute si je l'ai pris donc je ne reprenais pas de peur d'en prendre deux fois. »	« Victoza en injection le matin. Ça m'arrive pas très souvent mais ça m'arrive des fois Stigid le soir mais pas tout le temps, de temps en temps, ou sinon je le prend en remplacement de victoza quand je pars en voyage. Si je prends un grand repas avec des amis le soir, je prends quand même la Stigid le soir. Donc je ne fais pas mon traitement à fond, ça me gave de prendre des médicaments » Oublie une fois tous les	2-0-4 « Eucréas 50/1000 le soir, un comprimé, je passerai peut-être un 1,5 après je ne sais pas. Là c'est moi qui fais un peu ma salade. » « Mais là j'évite toujours les médicaments, je ne prends que la moitié de ce que le médecin m'avait prescrit, avec la permission du diabétologue » « Après l'estomac, il faut supporter tous ces traitements et donc on va voir si je passe au	3-1-2 «Le midi avec le travail c'est compliqué » « Contraignant dans le sens que l'on est obligé de prendre des médicaments . Mais dans la vie de tous les jours non à condition	4-0-0 « déjà 4 médicaments c'est assez. » « J'ai du mal avec les cachets, j'oublie... mais le matin je n'oublie pas puisque mon mari en prend aussi donc c'est notre petit rituel du matin. » « Jamais puisque ceux du matin font partis du petit-déjeuner, c'est un rituel. » génériques : « je préfère certaines

		deux mois, c'est super rare « Quand je travaille je n'oublie pas, c'est quand je sors de ma routine quoi. » ttt « Pour l'hypertension le matin, pour le cholestérol, et voilà. Je les prends après la piqûre » victoza dp « Au moins deux ans. On a essayé plusieurs comprimés, et j'ai tendance à avoir des problèmes digestifs. » « ce n'est pas contraignant, ça prend 3 secondes, ça me va très bien. » « ma plus jeune fille est Turner, donc elle a eu des piqûres de croissance pendant 8 ans, c'est pour ça qu'à la maison les piqûres ça ne fait peur à personne »	traitement complet qu'il m'avait donné puisque bon je n'ai pas envie de le prendre » « mon diabétologue continue avec le traitement du Dr D., il ne me l'a pas changé du tout, comme j'ai pas baissé beaucoup. Mais elle me laisse libre. Elle m'a passé à 2 et moi j'ai dit peut-être 1,5 mais je ne l'ai pas fait. J'attends de recevoir l'analyse pour prendre une décision dans ma tête. Bon je ne pense pas que c'est dramatique, la vérité j'en sais rien. » « Mais moi je ne lis pas les papiers dans les boites sinon je ne prends plus rien. » « De prendre les médicaments déjà. J'en ai marre. » « Mais quand je sens que ça fait beaucoup je ne prends pas pour le cholestérol. » « j'en ai assez de les prendre, j'en ai marre de les prendre tout le temps. » « je fais ma petite salade. Ça vraiment si je pouvais m'en passer j'aimerais bien. »	de prendre les médicaments . »	boîte à d'autre »
MT	« Tous les trois mois vu que j'ai les prises de sang. J'y vais pour voir le taux de mon diabète. » « pas longtemps » « un moment il était malade et je n'avais pas confiance en son remplaçant. » « je l'aime bien, il a découvert plein de choses quand même ! » « moi j'ai confiance. »	« Tous les 3 mois environ, pour un renouvellement d'ordonnance. » « Des fois on papote un petit peu, une demie heure on va dire. » « c'est une relation de confiance, je la connais depuis des années, on échange bien » « elle prend le temps qu'il faut. S'il fallait plus, elle le prendrait. » « Avec Mme ζ on a développé un bon relationnel mais avant de l'avoir en médecin référent, je n'avais pas de médecin fixe, j'allais en voir un différent à chaque fois et je n'y retournais plus parce que je m'engueulais avec. Parce qu'ils ont des réponses toutes faites sans tenir compte de la spécification du patient, ils ne lui demandent pas son avis, et il n'y a pas un rapport d'échange quoi. On dit ce qu'on a, ils en déduisent que c'est ça et ils vous filent le médicament	« elle me laisse libre. » « Je peux aussi le demander à mon docteur. » « une fois j'ai dit au docteur β que je ne voulais pas de médicaments et là elle m'a dit alors de ne plus manger et la ça ira. Là elle m'a fait peur, enfin elle m'a parlé sévèrement, elle n'était pas contente de ma réponse quand je lui ai dit que je n'allais pas prendre les médicaments. Mais bon ça je sais que c'est pour le bien des patients. » « C'est mon docteur de famille mais j'aimerais bien en trouver un par ici mais ce n'est pas facile à trouver. » y va irrégulièrement « Comme j'ai la flemme d'y aller, j'y vais vraiment pour qu'on me prescrive les médicaments que j'ai besoin. C'est quand même elle qui m'a découvert un souffle au cœur. » « je	« Tous les 3 mois. Il me fait déjà une ordonnance donc ça m'oblige à y aller. Il me fait aussi une prise de sang. » « pas amical mais cordial oui. Quand je l'ai connu il n'était pas professeur. » « Je le connais depuis 25 ans » « Il me demande comment je me sens, mes symptômes, il m'écoute. » jms pas d'accord « Déjà je ne	« elle est bien, on ne peut pas dire qu'elle nous bouscule. J'y vais avec mon mari, on raconte notre vie. » « si j'ai un problème je vais voir Dr β et s'il y a quelque chose elle m'envoie voir quelqu'un comme pour le cardiologue » « En moyenne tous les 4 mois puisque des fois c'est 3 mois et des fois c'est 6 mois. » « juste pour le suivi, pour le renouvellement de l'ordonnance. » « une demie heure puisqu'on est 2. » « Bien et de confiance. Je peux lui parler de tout, elle me correspond. J'avais avant un médecin qui me stressait, il me faisait monter ma

		comme ça. Je pense que ce n'est pas une attitude correcte. Les gens ne sont pas idiots. J'ai toujours eu de mauvaises relations avec les médecins. Donc avec Mme ζ je suis contente, on a trouvé un compromis. Mais la façon dont ils imposent les choses sans expliquer, on a l'impression qu'on a à faire à des marchands de médicaments, ce n'est pas assez personnalisé. »	l'aime beaucoup, ça se passe très bien. Je me prépare psychologiquement pour le quitter. » « Il faut que j'aille en consultation avec un médecin ici, ou celui de mon mari ? Pour voir si ça passe ou pas. Mais un médecin comme ça c'était comme la famille quoi. » « c'est moi qui leur dis ce que je veux. Ils disent pourquoi, celui la ça va. On a changé le premier médicament que je prenais pour le diabète parce qu'il ne faisait pas d'effet. Ca c'est le docteur β qui a pris la décision. De toute façon je n'étais pas d'accord mais bon, elle m'a même augmenté »	connais rien en médecine mais pour ne pas être d'accord il faudrait que je lise la notice et que je me rende compte qu'il y ait des choses contraires à ce que j'ai besoin mais ça ne m'est jamais arrivé. » « tant que le médecin ne me dit rien ça va »	tension. Avec un rapport comme ça on n'ose plus rien dire. » suivie depuis « Bien 7 ans. J'avais mis ma mère dans un foyer et on m'avait conseillé comme médecin Dr β et j'ai trouvé qu'elle était bien pour maman et pour moi aussi par la suite. Et puis elle ne fait pas une fixation sur les régimes. » « elle s'adapte à moi. » « Si elle me dit que d'après les chiffres je dois prendre tel médicament, je la suivrais. Son avis compte beaucoup. Mais quand j'ai vu que ça allait bien et que j'ai décidé de prendre 1 metformine au lieu de 2, elle n'a rien dit, elle ne m'a pas réprimandé, c'est pour ça que je l'adore. Mais elle sait être ferme quand il le faut. »
autres pro	« Là je dois aller voir le cardiologue ça fait longtemps. » « une diététicienne, après l'accouchement, j'avais grossi. J'ai essayé pendant 1 ans mais ça fait rien du tout. Si j'avais maigri mais j'ai repris après. Quand on arrête on reprend le double. » « j'ai reçu des lettres de la sécurité sociale. Mais comme je vois le docteur je n'ai pas suivi quoi. »	Pas de diabéto. nutritionniste « pendant ma deuxième grossesse, ou j'avais un peu de diabète de grossesse, j'avais été suivie par un nutritionniste de l'hôpital La Pitié. » ETP : « Si j'ai des questions je saurais trouver à qui les poser, je n'ai pas besoin d'une prise en charge particulière. » Sophia « je reçois des petits journaux, la dernière fois j'ai eu au téléphone une infirmière, notre échange a été sympa, elle avait des choses intéressantes à dire. Elle avait dit qu'elle me rappellerait occasionnellement, il n'y a pas de souci. »	« Je vois le docteur diabétologue si ça monte ou ça descend » « Pour aller voir quelqu'un, c'est compliqué. » « Le diabétologue, il m'a pas trop dit, on est en train de voir... il m'a dit que ça ne se passait pas trop mal. » « Le nutritionniste c'était à la clinique (3 semaines) il y a des années. » « Le docteur β m'avait parlé d'aller voir un nutritionniste parce que mon alimentation n'était pas si mal que ça mais c'est pas assez si je veux supprimer tous les médicaments. Je ne sais pas si mon diabétologue est aussi nutritionniste. » y va « Tous les 3 mois. » Aimerais revoir un nutritionniste « bien sûr, mais quelque chose qui soit dans mes moyens et pas trop loin de chez moi. »	pas de rdv avec un spé, « Tant qu'on me dit que ça va je n'ai pas de raison d'en voir. » « Je ne sais pas si ça sert à quelque chose. » « 1 fois il y a une 20n d'année j'étais allé chez un diététicien, ça a duré quelques mois, j'ai perdu plusieurs kilos... »	endoc « Mon frère y va et je ne vois pas ce que ça lui apporte de plus. Il a fait des examens de cœur et c'est tout. Donc non » « J'ai aussi vu un cardiologue une fois et je vais bientôt y retourner. On en avait parlé avec Dr β et elle m'a dit qu'on allait faire un petit test chez un cardiologue » « J'ai fait attention seule, sans voir de nutritionniste ou autre puisque je savais que je ne m'y tiendrais pas. » « j'y vais souvent pour le glaucome et la rétine. » IDE « on a le droit mais je n'ai pas demandé parce que je ne vois pas ce que ça pourrait m'apporter. »

			sophia « j'ai reçu des courriers mais je voyais mon diabétologue et si on fait que ça, ça me saoule. Je n'ai pas rempli les dossiers, je me suis dit que ça n'allait pas faire grand chose de plus, je sais pas. Mais je n'ai pas que le Diabète à penser, j'ai d'autres soucis aussi. Mes problèmes au dos c'est aussi grave, j'en souffre aussi. »		sophia « c'est quelqu'un qui vous suit par téléphone mais je n'ai pas répondu. » « A chaque fois qu'ils disent un truc à la télé c'est préconisé pour les gens à risque de diabète, de tension, de cholestérol, à chaque fois je suis dedans. » association « je ne suis pas contre mais je n'ai pas trop le temps. »
poids	« Je fais 1m55, je n'ai pas grandi. Mais en poids j'ai grossi, je faisais 80kg et là je fais 90kg. C'est mon poids maximum » « J'ai grossi avec les médicaments, enfin je ne vois pas pourquoi sinon » « J'ai essayé des régimes mais que alimentaire, je n'ai pas pris de cachets, de trucs comme ça, manger de la viande, prendre que du vert, mais ça n'a rien fait du tout. » « Après mes grossesses, ça m'a fait prendre du poids. Par contre, après le décès de mon mari, j'ai plutôt maigri. »	« j'ai perdu 1kg et demi en venant à Paris. Peut-être parce que j'ai pris un train de vie régulier. En fait j'ai pris 30kg en 30 ans alors là je me suis dit je vais peut-être perdre 1kg par an sur 10 ans. Depuis ma deuxième grossesse ça s'est quand même régulé. » « des petits effets yo-yo quand j'essayais par moment de faire des régimes, mais c'était pire donc j'ai arrêté les régimes. J'essaie juste de ne pas prendre du poids. J'ai quand même stabilisé mon poids depuis 7 ans donc je suis contente. » 97kg pour 1m60.	« 1m51 et ...75-76 kg, je ne sais pas, je n'ai pas de balance. Depuis l'année dernière j'ai pris 3 kg en plus qui ne partent pas. J'étais déjà forte et quand je me suis mariée il y a 40 ans je faisais 58kg mais j'étais déjà ronde. » « J'ai tellement fait de régimes plus jeune qu'il arrive un moment que voilà. » « Comme j'ai dit je vais mourir avec l'espoir de maigrir. » « Mon mari ne se rend pas compte quand je prends du poids. » « Lui il est contre les gens qui se privent pour maigrir. »	« j'évite de regarder mais je dois faire entre 90kg et 95kg pour 1m69. » « y a 25 ans je faisais 20kg de moins ... Ma femme aussi » « Avec le diabète j'ai perdu 4 kilos et après je suis devenu stable depuis 2-3 ans. »	93kg pour 1m57 « J'ai déjà fait plus, 98kg, il y a 8-10 ans. Quand on m'a diagnostiqué le diabète je faisais environ 95kg. Après j'ai maigri puisque j'ai fait très attention et j'étais descendue à 90kg. » « ce n'est pas la cigarette qui m'a fait prendre du poids mais une mauvaise hygiène de vie. On est une famille qui mange mal. » « c'était un kilo par un kilo sans événement spécifique. » « Régime non mais j'ai fait les trucs de magazines comme manger du pamplemousse. Sur 15 jours j'ai dû perdre 4-5 kg que j'ai repris »
alimentation	3 repas par jour « Avant je mangeais souvent chez ma fille mais maintenant ici seule » « Mais maintenant que je sais que je suis diabétique, j'évite le sucre. » « quand j'ai perdu mon cousin, je n'avais plus faim » « Ça m'arrive d'avoir besoin de sucre » « d'après le docteur - parce que là j'ai	« On a une demi-heure pour manger le midi, des fois je prends plus de temps. En principe je vais au restaurant de l'entreprise. Si je suis très débordée, exceptionnellement je prends un sandwich. » « Alors depuis un an j'ai identifié des choses qui me faisaient monter la glycémie à jeun le matin, comme le riz, les sucres lents. Donc j'en mange en petite quantité plutôt le midi pour pouvoir les dépenser dans la journée, plus que le soir. » « Le sucre	« Un repas, le principal le soir pour mon mari et s'il reste je prends le lendemain midi » « j'essaie de manger des légumes, des choses comme ça » « Grignoter c'est déjà un excès » « Ce que je ne fais pas, et qu'il faudrait faire : Un régime strict strict. » « J'ai une voisine qui ne prends pas de médicaments et qui le fait (un régime strict) » « Je ne mange pas mais je prends une cuillère de riz, de pâtes, de pommes de terre parce que j'aime ça	Vivre en famille est un avantage car « en vivant seul on a tendance à presque manger n'importe quoi alors qu'en famille on a une hygiène de vie plus régulière. » « Je mange de façon	« je mange bien le matin, je ne déjeune rien le midi, je ne grignote absolument rien mais le soir je mange bien, ce qui n'est pas bien. Je ne bois pas de jus de fruit, ce qui me prive quand même. Les fruits me privent aussi, je m'interdis et pourtant j'adore ça. J'ai un petit livre qui me dis ce que je peux ou pas. » « Manger des légumes, ne pas

<p>grossi un peu- il m'a dit que c'était les médicaments. Je lui ai dit que je ne comprenais pas, je suis raisonnable » « quand je ne suis pas bien, je vais avoir tendance à manger » « je fais mon petit ménage le matin, l'après-midi je regarde ma petite télé » « craque une ou deux fois dans le mois, je fais attention quand même. » « Bah des fois je n'ai même pas faim mais je me dis qu'il faut que je prenne quelque chose pour prendre des forces. » « Je me fais une raison par rapport au sucre. Je me dis qu'il ne faut plus y toucher quoi. » « je suis raisonnable, je fais attention quand même, après je ne vais pas pouvoir bouger » « Je ne sais pas si c'est autorisé ou interdit mais j'aime beaucoup les légumes » « il faut boire au moins 1,5L par jour » « Même à Noël maintenant tous ensemble, ça ne me dit rien, je n'ai pas envie. »</p>	<p>rapide n'est pas si néfaste. » « le régime alimentaire que je prends n'est pas si éloigné des recommandations qu'on me donne. Je pense que le problème que j'avais avant c'était que je travaillais beaucoup, je dormais peu, donc je prenais un repas de plus la nuit. » Repas heures fixes « depuis que je suis ici, avant c'était très difficile. Le midi je mange dans l'un des trois restaurants de l'entreprise avec les collègues.. C'est varié » « c'est mon époux qui cuisine, il rentre avant moi. Sachant qu'il est végétarien, il ne cuisine jamais de viande, donc si j'en veux je m'en fait. Il fait toujours des légumes, et des féculents parce qu'il est sportif. » collations « assez souvent oui, parce que je mange généralement à 14h et ça fait long depuis 9h le matin. Alors je prévois, ça m'arrive de prendre à la cantine un yaourt, ou une pomme, j'ai des choses dans mon tiroir comme un lait de soja, des barres de céréales tout ça » grignoter « Quand je suis au bureau ça m'arrive, quand j'ai des longues journées, je prends un petit truc à 16-17h. Mais sinon quand je suis à la maison je ne grignote pas » « j'ai été habituer à manger des bonbons ou du sucre quand je m'ennuyais » « Avant je craquais pour du chocolat mais plus maintenant parce que j'ai remarqué que ça me montait la glycémie le matin. Mais quand je prends un bonbon, le matin ça change pas grand chose, bon après c'est que le matin je ne vérifie pas ma glycémie en journée... mais c'est sûrement pas bon pour la glycémie. » « J'ai supprimé la charcuterie, je mange plus de légumes, je privilégie la viande blanche à la viande rouge... Mais c'est vrai que c'est plus facile depuis que je travaille moins</p>	<p>mais j'ai des légumes à côté bien sûr. Déjà pour mon poids, j'aimerais bien maigrir parce que je n'ai jamais été mince mais les 7-8 kilos en plus, ça n'arrange pas non plus. Il faudrait le déclic pour vraiment » « Je fais attention mais je ne fais pas le régime. Je n'ai pas le déclic. » « Je fais plus attention. » « je prends des sardines en conserve et que je sais que c'est bon pour la santé. » « quand je ne suis pas bien le soir, je ne peux pas lutter, surtout quand je prépare le repas pour mon mari. » « C'est comme s'il avait envie que je me fasse plaisir. » « Je sais ce qu'il faut faire, j'ai fait des régimes à la maison, il faut bien manger. » « je fais à manger. Mon mari n'aime pas faire les courses. » « je ne connais pas tout. j'ai mon idée comme ça. On sait très bien ce qui est mauvais, je goûte juste. » Alcool « Je suis contre à 100%. Je pense que ce n'est pas très bien non plus pour le diabète. »</p>	<p>régulière, je ne fume pas, mais bon je ne fais pas de régime. J'essaie de bouger un peu plus. Mais pour manger, je mange comme toujours, je bois comme toujours, ça ne m'a pas changé mon mode de vie. » « Depuis longtemps je devrais me mettre au régime et maintenant avec le diabète... mais bon je n'ai pas tellement envie. » « Le soir ma femme essaie de diversifier les repas » « Mais avec la cantine le midi les choix sont un peu limités donc j'essaie de faire au mieux » « Quand je suis un peu nerveux j'ai tendance à manger c'est certain. » « Ça peut relaxer. » Pour les courses et la cuisine : « J'essaie de l'aider de temps en temps mais c'est ma femme. » « Moi j'aime</p>	<p>boire beaucoup d'alcool, ne pas manger trop gras, faire attention quoi. De remuer, de bouger. On connaît mais on ne fait pas » « Il n'aime pas les crudités, alors quand il est là, je n'en fais pas. Il est très difficile » « Au quotidien j'essaie de limiter mais j'ai du mal puisque j'aime la mayonnaise, la charcuterie et le fromage donc c'est difficile de manger équilibré. Et puis en ayant travaillé à Rungis et comme commerçante dans les marchés, ce n'est pas évident de manger équilibré. On se levait tôt, on ne mangeait pas à midi... » « J'essaie de ne pas manger trop de glace au dessert mais je fais attention parce que ça nous exclue. » « si on me prenait en charge et qu'on me cuisinerait les choses que je puisse directement manger, ce serait plus simple. » « je résiste, puis je craque » « pour se faire plaisir » « je fais plus attention à ce que je sais qui n'est pas recommandé. Mais avant c'est vrai qu'on a toujours mangé mal donc oui c'est depuis le diabète que je fais attention. » Connaît l'IG. « je regarde beaucoup les étiquettes, et je prends celui qui en a le moins (de glucide). » « On fait tout à deux, on cuisine, on fait les courses. » « Comme certains qui disent qu'on ne peut pas</p>
---	---	--	---	---

	<p>et que je mange dans un endroit où il y a du choix » « Et je sélectionne mieux les desserts quand j'en prends. Je vais faire en sorte de prendre une salade de fruits plutôt qu'un tiramisu. » manger « pour se consoler, pour se calmer, pour se rassurer... » « en vacances on bouge plus, on a plus le temps de se faire des petits plats donc oui ça change. » « ma fille fait attention à faire des repas équilibrés » « Je vais beaucoup au restaurant avec des collègues ou des professionnels, mais on reste raisonnables. » « plusieurs huiles différentes » sucre « En dehors des pâtisseries tout ça il y a plusieurs sortes de sucre... Il y en a dans le pain, les féculents, même dans les pommes de terre. En fait les seuls qui n'ont pas de sucre, c'est les légumes. Même dans les fruits il y a du sucre. Après il y a des sucres plus bons que d'autres. Je sais qu'il faut que j'élimine les sucres industriels. Et puis je me sens moins complexée quand je mange une pomme plutôt qu'un bonbon. » repas équilibré typique « Des fruits et crudités en premier, tout ce qui est cru en premier; le repas des 5 éléments. Alors une assiette complète avec un peu de protéine animale, un peu de protéine végétale, des légumes cuits, un peu d'huile, et des céréales comme une tranche de pain, un féculent. » « je me dis que même en étant diabétique il faut manger un peu de tout. Alors manger moins gras et éviter les sucres mais manger de tout. » IG : « c'est la teneur en sucre des aliments, des différents types de sucres absorbables des aliments. » regarde qd « fais les courses je regarde sur les boites. » Alcool : « Ça m'arrive pas souvent, quand je suis avec des amis, et ma glycémie monte direct, c'est flagrant!</p>		<p>les pâtes » « Ma femme me pousse à manger autre chose » Mange ses repas à heure fixe, pas de grignotage. Pas d'excès. « Manger beaucoup de gâteaux, boire un peu trop, ça c'est un excès mais manger des pâtes par exemple, je ne considère pas cela comme un excès. » « Je sais que dans les féculents il y a aussi du sucre mais ce n'est pas le même type de sucre que dans les gâteaux » « Si j'ouvre une bouteille elle me dure 2, voir 3 jours jusqu'au Lundi. Si le vin me plaît ça peut durer beaucoup moins. »</p>	<p>prendre de beurre et maintenant c'est le contraire » « L'alcool j'en prends tous les dimanches et quand on a des amis. Je prends du whisky parce que j'ai entendu que c'est ce qui a le moins de sucre. Le vin j'en prends un peu en semaine. » « Je pense que l'alcool pris à haute dose fait élever le taux de sucre et ce n'est pas bien puisque ça fait de la graisse au foie et des triglycérides. Je sais tout ce qui ne faut pas mais je le fais »</p>
--	--	--	--	--

		Mais ça m'arrive extrêmement rarement. »			
sport	« c'est vrai que je n'ai plus d'activité à part mon petit ménage, je ne fais rien. » « Ce qui m'handicape en ce moment c'est mes jambes, j'ai beaucoup de mal à marcher toute seule. » « le docteur voulait me faire opérer des genoux mais à mon âge j'ai dit non » « je ne m'aventure pas parce que j'ai une canne et j'ai peur de tomber. » « je n'ai jamais fait de sport. »	« je sais qu'il faudrait que je fasse plus de sport, mais c'est difficile. Pas forcément à cause du poids mais aussi à cause de l'âge, j'ai un peu rouillé. Donc je fais ce que je peux mais je sais que je n'en fais pas assez. Je marche 10 min le matin 10 min le soir ... c'est pas assez. Quand je peux prendre les escaliers je le fais, mais ça me fait mal au genoux, je suis essoufflée. Mais au travail je suis souvent en réunion. » « Alors depuis que je suis en ville je fais tout à pied. Je marche quand même pas mal quand je fais les courses le samedi. » « je faisais beaucoup de sport avec mon mari jusqu'à 40 ans, j'étais très sportive, mais après la naissance de ma fille j'en faisais beaucoup moins. J'avais des lourdes journées donc j'étais statique devant mon bureau. » « trouver un sport qui m'intéresse » « des cours de sport dans des créneaux accessibles pour les gens qui bossent »	« j'ai fait de l'aquagym, je ne marche pas trop parce que j'ai mal au pied aussi. » « je fais de plus c'est l'aquagym, c'est des exercices. Je pense que c'est pas mal pour la tension tout ça mais je n'ai jamais été sportive. » « le kiné, l'aquagym deux fois par semaine pendant presque 3 heures. » « Je pense que si ça ne fait pas de bien, ça ne fait pas de mal non plus. »	« J'essaie de bouger un peu, je marche quand je rentre du travail, j'essaie de prendre les escaliers plutôt que l'ascenseur mais voilà. » « Mon fils fait de l'escrime mais ça ne m'a jamais motivé. » limite par « Le temps. Je faisais avant mais quand les enfants sont arrivés c'est fini... » s'y remettre ? « Peut-être, je n'ai pas pensé jusqu'à maintenant. » « Il faudrait que je décide à rentrer plus tôt à la maison et à travailler moins » ne pense pas que ça aide dans le diabète.	« On fait les courses en voiture mais on fait 2h de marche dans le magasin. » « J'ai fait de la gymnastique au sol, j'étais championne en 1966, puis le métier que j'ai eu était assez physique donc j'ai fait beaucoup de marche. Maintenant je marche dans la maison » Bouge plus en Normandie. « A part la marche et la piscine avec des amis, je ne me vois pas aller dans une salle de sport. Je me trouverais gênée par rapport aux gens qui s'y trouvent, des petits jeunes bien faits pas des petites boules comme moi. Je ne me sentirais pas à ma place. Mais s'il y avait un groupe avec des gens âgés, peut-être oui mis bon ça ruinerait le moral. » « mon mari faisait beaucoup de sport, du rugby, mais maintenant il fait du sport devant la télé. » « une demi-heure de marche par jour ce serait très bien mais pas ici, pas en ville, c'est trop compliqué. A la campagne, on marche beaucoup plus. »

Résumé

Titre : Les facteurs qui influencent l'adhésion aux mesures hygiéno-diététiques chez les patients diabétiques de type 2 : une étude qualitative sur 20 patients suivis par des médecins généralistes en Ile-de-France.

Résumé (français) :

Introduction : Le diabète de type 2 (DT2) est une maladie chronique et répandue. Son traitement repose aussi bien sur la thérapeutique médicamenteuse que sur les mesures hygiéno-diététiques (MHD). Pourtant, l'adhésion à ces mesures reste difficile.

Objectif : L'objectif de cette étude était de déterminer les facteurs qui influencent cette adhésion chez des patients DT2 sous antidiabétiques oraux (ADO) suivis en ville, pour améliorer la prise en charge médicale.

Méthodes : Cette étude qualitative portait sur 20 patients DT2 sous ADO, recrutés par six médecins généralistes d'Ile-de-France. L'identification des facteurs influents reposait sur des entretiens semi-directifs réalisés entre décembre 2015 et décembre 2016.

Résultats : Les principaux facteurs identifiés sont : le sexe, l'âge, le niveau d'étude, les finances, l'activité professionnelle, le soutien de l'entourage, les antécédents familiaux de diabète, les facteurs de risques cardiovasculaires associés, les comorbidités, le nombre de traitements, l'IMC, l'état psychologique, la connaissance du diabète, ses objectifs, son vécu, son mode de diagnostic et les habitudes alimentaires. Mais ces critères ne semblent pas influencer de la même façon sur les différentes MHD (perte de poids, alimentation structurée, activité physique). Ainsi, il semble apparaître des profils de patients : les observants mais ignorants, les malades peu impliqués, les travailleurs renseignés, les stressés peu compliants et les atypiques.

Conclusion : Plusieurs facteurs semblent influencer l'adhésion aux MHD des patients DT2. L'identification de profils de patients permettrait au professionnel de santé d'adapter et simplifier sa prise en charge.

Mots clés (français) : diabète de type 2, mesures hygiéno-diététiques, habitudes alimentaires, diététique, comportement en matière de santé, soin primaire.

Title: Factors influencing adherence to dietary and hygiene measures in patients with type 2 diabetes: a qualitative study on 20 patients followed by general practitioners in Ile-de-France.

Keywords (english) : diabetes mellitus, type 2, health behavior, Food habits, dietetics, primary health care.

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06