



HAL
open science

Enjeux de l'échec des mesures hygiéno-diététiques mises en place dans le cadre de l'éducation thérapeutique et de la prévention secondaire des diabétiques de type 2

Mohamed Ouazzani

► To cite this version:

Mohamed Ouazzani. Enjeux de l'échec des mesures hygiéno-diététiques mises en place dans le cadre de l'éducation thérapeutique et de la prévention secondaire des diabétiques de type 2. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01887367

HAL Id: dumas-01887367

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01887367>

Submitted on 4 Oct 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.

**Enjeux de l'échec des mesures hygiéno-diététiques
mises en place dans le cadre de l'éducation
thérapeutique et de la prévention secondaire des
diabétiques de type 2.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 19 Octobre 2017

Par Monsieur Mohamed OUAZZANI

Né le 15 mai 1987 à Lons-Le-Saunier (39)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VALERO René

Président

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien

Assesseur

Monsieur le Docteur THIOLLET Marc

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
ALDIGHERI René	GAMERRE Marc		
ALLIEZ Bernard	GARCIN Michel		
AQUARON Robert	GARNIER Jean-Marc		
ARGEME Maxime	GAUTHIER André		
ASSADOURIAN Robert	GERARD Raymond		
AUTILLO-TOUATI Amapola	GEROLAMI-SANTANDREA André		
BAILLE Yves	GIUDICELLI Roger		
BARDOT Jacques	GIUDICELLI Sébastien		
BARDOT André	GOUDARD Alain		
BERARD Pierre	GOUIN François		
BERGOIN Maurice	GRISOLI François		
BERNARD Dominique	GROULIER Pierre		
BERNARD Jean-Louis	HADIDA/SAYAG Jacqueline		
BERNARD Pierre-Marie	HASSOUN Jacques		
BERTRAND Edmond	HEIM Marc		
BISSET Jean-Pierre	HOUEL Jean		
BLANC Bernard	HUGUET Jean-François		
BLANC Jean-Louis	JAQUET Philippe		
BOLLINI Gérard	JAMMES Yves		
BONGRAND Pierre	JOUVE Paulette		
BONNEAU Henri	JUHAN Claude		
BONNOIT Jean	JUIN Pierre		
BORY Michel	KAPHAN Gérard		
BOURGEADE Augustin	KASBARIAN Michel		
BOUVENOT Gilles	KLEISBAUER Jean-Pierre		
BOUYALA Jean-Marie	LACHARD Jean		
BREMOND Georges	LAFFARGUE Pierre		
BRICOT René	LEVY Samuel		
BRUNET Christian	LOUCHET Edmond		
BUREAU Henri	LOUIS René		
CAMBOULIVES Jean	LUCIANI Jean-Marie		
CANNONI Maurice	MAGALON Guy		
CARTOUZOU Guy	MAGNAN Jacques		
CAU Pierre	MALLAN- MANCINI Josette		
CHAMLIAN Albert	MALMEJAC Claude		
CHARREL Michel	MATTEI Jean François		
CHOUX Maurice	MERCIER Claude		
CIANFARANI François	METGE Paul		
CLEMENT Robert	MICHOTÉY Georges		
COMBALBERT André	MILLET Yves		
CONTE-DEVOLX Bernard	MIRANDA François		
CORRIOL Jacques	MONFORT Gérard		
COULANGE Christian	MONGES André		
DALMAS Henri	MONGIN Maurice		
DE MICO Philippe	MONTIES Jean-Raoul		
DEVIN Robert	NAZARIAN Serge		
DEVRED Philippe	NICOLI René		
DJIANE Pierre	NOIRCLERC Michel		
DONNET Vincent	OLMER Michel		
DUCASSOU Jacques	OREHEK Jean		
DUFOUR Michel	PAPY Jean-Jacques		
DUMON Henri	PAULIN Raymond		
FARNARIER Georges	PELOUX Yves		
FAVRE Roger	PENAUD Antony		

FIECHI Marius
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis

MM POYEN Danièle PRIVAT
Yvan QUILICHINI
Francis RANQUE
Jacques RANQUE
Philippe RICHAUD
Christian ROCHAT
Hervé ROHNER Jean-
Jacques ROUX Hubert

ROUX Michel RUFO
Marcel SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques

SAN MARCO Jean-Louis SANKALE
Marc SARACCO Jacques SARLES
Jean-Claude SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude SEBAHOUN
Gérard SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René STAHL André
TAMALET Jacques TARANGER-
CHARPIN Colette THOMASSIN
Jean-Marc UNAL Daniel

VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul VERVLOET
Daniel VIALETTES Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean

PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les
Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les
Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les
Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-
Bretagne)

1976

MM. les
Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les
Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les
Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les
Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les
Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les
Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les
Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les

Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)

S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les

Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)

C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les

Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)

G. HUGUES (Grande Bretagne)

J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les

Professeurs M. ABEDI (Canada)

K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)

Sir G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFUO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre		
Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre		
Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
		LE TREUT Yves-Patrice
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
		LEHUCHER-MICHEL Marie-
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
		MARANINCHI Dominique
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
		METZLER/GUILLEMAIN
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET
Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-
Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE
Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikaël	MILLION Matthieu	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien

BARGIER Jacques

BONNET Pierre-André

CALVET-MONTREDON Céline

GUIDA Pierre

JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)****ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

VELLY Lionel (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)

NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)

LA SCOLA Bernard (PU-PH)

RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)

GOURIET Frédérique (MCU-PH)

NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)

NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)

DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)

MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)

ENJALBERT Alain (PU-PH)

GABERT Jean (PU-PH)

GUIEU Régis (PU-PH)

OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)

MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)

SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

BURKHART Gary (PAST)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

CARDIOLOGIE 5102

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

GAUDART Jean (PU-PH)

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

BEGE Thierry (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH) COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH) GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH) MARANINCHI Dominique (PU-PH)
Surnombre SALAS Sébastien (PU-PH) VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BEROUD Christophe (PU-PH)

BERBIS Philippe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)

GROB Jean-Jacques (PU-PH)

MONCLA Anne (PU-PH)

RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)

TOGA Caroline (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BRUE Thierry (PU-PH)

CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)

BOUBLI Léon (PU-PH)

BOYER Laurent (PU-PH)

BRETELLE Florence (PU-PH)

CHABOT Jean-Michel (PU-PH)

CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)

GENTILE Stéphanie (PU-PH)

COURBIERE Blandine (PU-PH)

SAMBUC Roland (PU-PH)

CRAVELLO Ludovic (PU-PH)

THIRION Xavier (PU-PH)

D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR B en edict e (MCF)(06 eme section)

TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)

MEGE Jean-Louis (PU-PH)

COSTELLO Régis (PU-PH)

OLIVE Daniel (PU-PH)

CHIARONI Jacques (PU-PH)

VIVIER Eric (PU-PH)

GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)

MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)

FERON François (PR) (69 eme section)

VEY Norbert (PU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)

DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)

CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)

DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)

FRERE Corinne (MCU-PH)

ROBERT Philippe (MCU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)

VELY Frédéric (MCU-PH)

LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64 eme section)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65 eme section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65 eme section)

Mis à jour 16/11/2016

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ;
MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
DELARQUE Alain (PU-PH)

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)

DISDIER Patrick (PU-PH)

DURAND Jean-Marc (PU-PH)

FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre

GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)

HARLE Jean-Robert (PU-PH)

ROSSI Pascal (PU-PH)

SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)

BRUNET Philippe (PU-PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)

MOAL Valérie (PU-PH)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

NUTRITION 4404**NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)

BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHILOSOPHIE 17
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	
PEDIATRIE 5401	PHYSIOLOGIE 4402
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH)	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
ANDRE Nicolas (MCU-PH)	BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH) Mis à jour 16/11/2016

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

À mon Directeur de Thèse le Docteur THIOU, merci d'avoir cru en mon projet et d'avoir accepté de le réaliser à mes côtés ; tu m'as donné la passion de l'échodoppler et de la médecine vasculaire, tu m'as encouragé et toujours dit de persévérer et croire en mes projets ; si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à tes bons conseils et je t'en remercie mille fois.

Au Président de thèse et membres du Jury : Monsieur le Professeur VALERO, Professeur DARMON et Professeur GERBEAU, je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer et juger mon travail. Je suis touché et reconnaissant, permettez-moi de vous exprimer toute ma gratitude et toute mon admiration.

Je remercie le Dr BENAMO, chef de service en endocrinologie/diabète au CH d'Avignon, ainsi que le Dr GROS, merci de m'avoir donné mes tous premiers conseils et d'avoir guidé mes premiers pas d'interne. Vos conseils ont été les fondations de celui que je suis aujourd'hui et je ne vous remercierai jamais assez pour cela.

Je remercie tout le personnel du service de cardiologie du Dr BOULAIN à Salon de Provence pour tous les bons moments, les fous rires partagés, pour leur bienveillance et de m'avoir soutenu au cours des deux semestres passé à leur côté ! Vous êtes devenu au cours du temps une deuxième famille pour moi, pas que parce que j'avais l'impression de passer H24 de mon temps dans le service... Mais parce que vous avez su créer un véritable espace convivial, alors MERCI POUR TOUT !!!

Merci au Dr BOUARAOUA, de m'avoir donné la passion de la cardiologie et de toujours me pousser vers le haut, tu es et resteras toujours un mentor pour moi. Merci au Dr PUNG Beulovorn, tu m'as accordé de ton temps et tu m'as formé avec Marc à l'échodoppler et tu m'as également transmis la passion de la médecine vasculaire, ta patience et ta gentillesse ont été une force et un exemple pour moi, mille merci Beulovorn !

Maman, Papa, vous êtes et avez été toujours présents pour me soutenir. Vous vous êtes armés de patience avec moi, Dix ans maintenant que t'es derrière moi maman à savoir si je travaille bien, si je mange bien, si je manque de rien... Je ne pouvais pas rêver meilleure mère que toi !!! J'ai beaucoup hurlé, me suis pas mal énervé des fois au téléphone, mais tu ne m'en as jamais tenu rigueur, alors je vous le dit aujourd'hui PAPA, MAMAN je vous aime et merci pour tout !!!

À mes sœurs Hajare, Siham et Hakima, Vous avez toujours été disponible quand j'ai eu besoin de vous, dans les moments de doutes, quand j'avais plus la force d'avancer, vos précieux conseils m'ont toujours remonté le moral et m'ont permis d'avancer durant ces longues années. Désolé de m'être tant lamenté et de vider tant mon sac au téléphone, je promets qu'à l'avenir je me plaindrai moins... Merci mes sœurs chéries, je vous aime !!

Hajare on s'est saoulé mutuellement durant toutes ces années sur Besançon mais on a surtout bien rigolé et on s'est bien soutenu mutuellement ! Pour tous ces fous rires avec pistache je te remercie !

Ridoine, beau-frère merci à toi d'être toujours disponibles dans les moments cruciaux, merci d'avoir planché sur la mise en page de la thèse, tu m'as sauvé après plusieurs heures perdues sur Word... !

A ma fiancé Ilhame, merci de m'avoir soutenu durant ces trois années d'internat, merci de rigoler à toutes mes blagues même quand elles sont nulles... Merci de me remonter le moral quand je doute, merci de me remettre à ma place quand je m'emballe... (Et vice versa... bien sur lol), merci d'avoir corrigé toutes les fautes d'orthographe de ma thèse, et désolé qu'il y en ait eu autant !!!

Merci de me supporter (surtout quand je suis de mauvaise humeur) et surtout d'avoir accepté de partager ta vie avec moi !

À mes amis, à mes frères ; Takeddine, Saad, Jérémie, Cihan vous avez été mes premiers compagnons de route en médecine pour ensuite devenir des frères. Je me rappellerai toujours des galères, des petites salles où on allait réviser jusqu'à point d'heure, les repas de ramadans improvisés, les cafés allongés à l'iguane parce que chacun n'avait que deux euros en poche... mais aussi des bons moments, les parties de foot à la Malcombe, les virés et les vacances sur un coup de tête ; merci pour tous les moments qu'on a passés, je crois qu'il n'y a pas une seule fois où on s'est pas vu et qu'on a pas eu un gros fou rire. J'espère que notre amitié durera toute une vie.

Vous avez aussi été des amis en or, je ne vous remercierai jamais assez pour tous les bons moments qu'on a partagé.

Pour tous ces bons moments qui ont été unique, je vous dis mille merci les amis.

Je remercie le Pr MICHELET et le Pr GERBEAUX, ainsi que tous les chefs des urgences de la Timone pour m'avoir inculqué le vrai sens du travail, et de m'avoir appris que les efforts et le travail paient, d'avoir fait de moi un meilleur praticien, merci à vous d'avoir tant partagé et de rendre la vie meilleure à tant de gens !

Merci à toute la promo urgences hiver 2016, des camarades qui sont devenus des amis, je n'oublierai jamais la gentillesse de chacun, le soutien et la cohésion qui régnait durant ces 6 mois intenses !

Un grand merci à tous mes pères de la P1 à l'achèvement de mon cursus, qui nous ont inculqué leur savoir et de qui j'ai eu l'honneur de tant apprendre.

SOMMAIRE :

N° PAGES

INTRODUCTION

3

I. GENERALITES SUR LE DIABETE DE TYPE 2

4

1. EPIDEMIOLOGIE

4

1.1 Prévalence et incidence

4

1.1.1 A l'échelle mondiale

4

1.1.2. A l'échelle nationale

5

1.2. Morbi-mortalité

6

1.3. Dépenses de santé liées au diabète

6

2. DEFINITION ET CRITERES DIAGNOSTIQUES

7

3. PHYSIOPATHOLOGIE

8

3.1. Diabète de type 2 (DT2)

8

3.2. Les sucres et l'index glycémique

8

3.2.1. Les sucres

9

3.2.1.1. Le métabolisme du sucre

9

3.2.1.2. L'hyperglycémie

9

3.2.2. Obésité androïde et Métabolisme du sucre

9

3.2.3. L'index glycémique

10

3.3. L'insuline

10

3.4. Autres molécules impliquées dans la physiopathologie du diabète

11

3.4.1. Le glucagon

11

3.4.2. Les incrétines (GLP-1 et GIP)

11

3.4.3. L'amyline ou IAPP (Islet Amyloid PolyPeptide)

12

4. BILAN INITIAL ET SUIVI DU DIABETE DE TYPE 2

12

4.1. Bilan initial

12

4.2. Tous les 3 mois

12

4.3. Suivi annuel

13

5. RESEAU DIABETE.

13

II. REGLES HYGIENO-DIETETIQUES

13

1. LES MESURES HYGIENO-DIETETIQUES DANS LE DIABETE DE TYPE 2

13

2. OBSERVANCE ET EDUCATION DES REGLES HYGIENO-DIETETIQUES

14

2.1. L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE

14

2.2. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

15

2.2.1. Définition

15

2.2.2. Evolution de l'éducation thérapeutique au cours du temps

15

2.2.3. L'efficacité de l'éducation thérapeutique.

16

MATERIEL /METHODE	17
1. Modalités de l'étude	18
2. Le questionnaire	18
3. L'échantillon	18
4. Critères d'inclusion	18
5. Critères d'exclusion	19
6. L'interviewer/Organisation du recueil des données	19
7. Codage / Analyse des résultats	20
8. Ethique	20
RESULTATS	21
1. Caractéristiques de la population d'étude	21
2. Connaissances des règles hygiéno-diététiques et des notions d'éducation thérapeutique.	21
3. Analyse qualitative des comportements hygiéno-diététiques et de l'activité physique	26
4. Evaluation de la surveillance du diabète dans notre échantillon	32
5. Limites à l'observance des mesures hygiéno-diététiques évoqués au cours des entretiens	36
5.1. Thèmes retenus	36
5.1.1. Connaissances des Mesures hygiéno-diététiques	37
5.1.2. Limites d'adhésion thérapeutique.	40
5.1.3. Limites psycho-sociales.	40
5.1.4. Limites socio-économiques.	40
5.2. Le ressenti du patient.	41
5.3. La relation médecin/patient	42
DISCUSSION / CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	45
ANNEXES	45
ANNEXE 1 : Chartes de confidentialités	47
ANNEXE 2 : Verbatims	48
ABREVIATIONS	81
RESUME	81

INTRODUCTION

Le diabète sucré est reconnu par l'HAS comme une affection longue durée, constituant un véritable problème de santé publique en France et à l'échelle mondiale de par sa morbi-mortalité et du coût de sa prise en charge.

En 2012, le nombre de diabétiques dans le monde était estimé à 347 millions selon l'OMS. Il devrait atteindre 552 millions en 2030.

Le diabète de type 2 représente l'essentiel de cette épidémie.

Le nombre de patients diabétiques de type 2 était estimé à 3 millions en France en 2012 et nous constatons une augmentation de cette prévalence du fait du vieillissement de la population par la progression de l'obésité chez les sujets jeunes. Cette tendance est observée dans la majorité des sociétés contemporaines. (1) (2) (3)

Le diabète de type 2 est l'un des facteurs de risque cardio-vasculaire majeur.

On estime qu'un patient diabétique de type 2 a 50% de plus de risque de faire un accident cardio-vasculaire qu'un patient non diabétique. (4)

Différentes études montrent que 35 à 80% des patients diabétiques ne suivent pas correctement leurs traitements. (3)

L'observance thérapeutique et notamment le respect des MHD inculquées n'est pas univoque. Il se heurte aux concepts de croyances, propre à chaque patient, complexifiant la bonne marche des soins.

Le changement de vie brutal et à long terme qu'impose le diabète engendre par la même occasion plusieurs facteurs limitant l'observance thérapeutique et avec pour conséquences, une augmentation de la morbi-mortalité et un surcoût médical majeur pourtant évitable.

Or les règles hygiéno-diététiques font partie intégrante de la prise en charge thérapeutique du patient diabétique et ont démontré leur efficacité. Des mesures hygiéno-diététiques bien suivies pourraient diminuer l'apparition du diabète de 50% chez des patients prédisposés. (***)

Ces règles doivent être expliquées aux patients dès le diagnostic et reprises à chaque changement thérapeutique.

Les principales retombées espérées par la démarche de cette étude sont d'identifier les principaux facteurs limitants aux MHD et d'amener une approche adaptée par le médecin généraliste ou le spécialiste au cours de l'éducation thérapeutique du patient.

Une meilleure gestion du diabète, ainsi qu'une meilleure gestion des complications, pourrait limiter par la même occasion une sur-hospitalisation évitable.

La mise en place de ces programmes repose en grande partie sur le médecin généraliste, pilier central de la prise en charge coordonnée du patient, mettant ainsi en place l'organisation et le suivi du programme de prévention.

Il est le coordonnateur des soins, comme le veut la loi du 13 août 2004 de l'Assurance Maladie. (5)

De ce fait il a un rôle de prévention primaire, secondaire et tertiaire, ainsi qu'une démarche d'éducation thérapeutique auprès du patient.

La littérature qui analyse les connaissances et motivations des patients atteints de diabète de type 2 reste cependant pauvre.

Dans cette thèse, l'objectif principal est d'évaluer les limites d'observance des règles hygiéno-diététiques chez les patients diabétiques de type 2.

Dans un premier temps, nous définirons le diabète de type 2 dans sa physiopathologie, puis nous passerons ensuite à notre étude pour comprendre les limites et freins à l'observance thérapeutique des mesures hygiéno-diététiques chez le diabétique de type 2.

" Quelles sont les limites à l'observance des mesures hygiéno-diététiques chez les patients présentant un diabète de type 2 ?"

I. GENERALITES SUR LE DIABETE DE TYPE 2

1. EPIDEMIOLOGIE

1.1 Prévalence et incidence

1.1.1. A l'échelle mondiale

Selon L'OMS, le nombre des personnes atteintes de diabète est passé de 108 millions en 1980 à 422 millions en 2014.

La prévalence mondiale du diabète chez les adultes de plus de 18 ans est passée de 4,7% en 1980 à 8,5% en 2014.

L'OMS prévoit qu'en 2030, le diabète sera la septième cause de décès dans le monde. (2)

La Fédération Internationale du Diabète estimait que 194 millions de personnes étaient atteintes de diabète dans le monde. D'ici à 2025, on devrait atteindre les 333 millions, soit 6,3 % de la population mondiale.

La prévalence du diabète de type 2 augmente à une vitesse alarmante dans le monde entier.

Cette hausse s'explique par l'allongement de l'espérance de vie, un mode de vie sédentaire, et un changement des modes alimentaires (obésité croissante). L'augmentation dramatique du diabète de type 2 chez l'enfant et l'adolescent est particulièrement inquiétante. (2) (7)

L'augmentation dramatique de la prévalence du diabète afflige particulièrement l'Inde et la Chine. L'Inde compte le plus grand nombre de personnes atteintes de diabète dans le monde, avec une estimation de 35 millions de personnes, soit 8% de la population adulte.

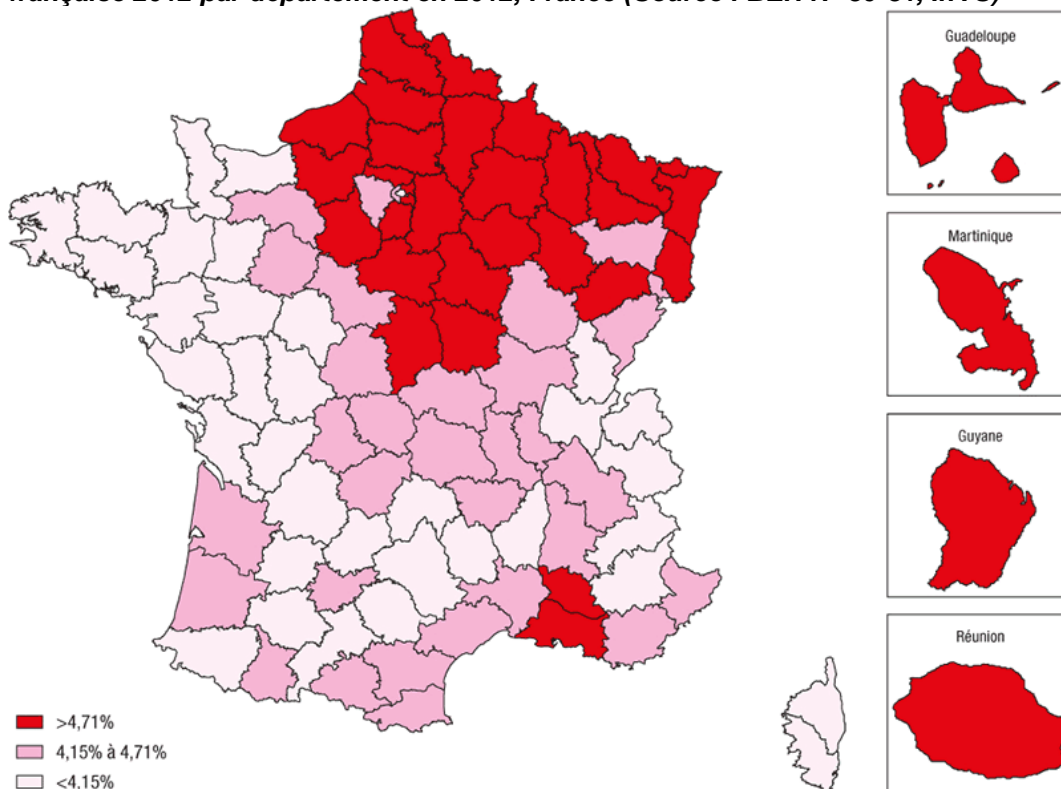
En Chine, un pays où 2.7% de la population adulte souffre actuellement du diabète de type 2, le nombre de personnes atteintes risque de dépasser 50 millions dans les 25 années à venir. (6)

1.1.2. A l'échelle de la France

Selon l'INVS (3) (Institut national de Veille Sanitaire) :

- ✓ Chez les adultes, le diabète de type 2 représentait un peu plus de 91,9 % des cas de diabète traité pharmacologiquement en 2007 en métropole.
- ✓ Chez les personnes âgées de 18 à 74 ans vivant en France métropolitaine en 2006 20% des personnes diabétiques étaient non diagnostiquées.
- ✓ En France la prévalence du diabète est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, sauf en outre-mer.
- ✓ La prévalence et/ou l'incidence du diabète sont très élevées dans les DOM, plus élevées dans certains départements de métropole, en particulier dans le Nord et le Nord-Est et dans certains départements d'Ile-de-France, plus élevées en présence d'un niveau socio-économique moins favorisé et dans certaines professions, et plus élevées chez les femmes d'origine maghrébine.

Prévalence du diabète traité pharmacologiquement standardisée sur la population française 2012 par département en 2012, France (Source : BEH N° 30-31, InVS)

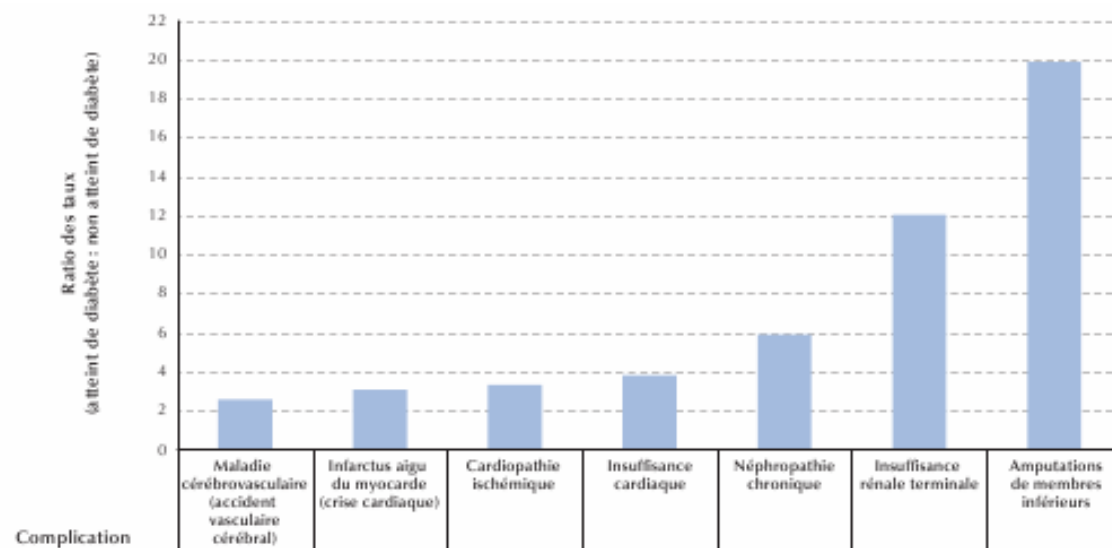


1.2. Morbi-mortalité

Selon l'INSV (3) :

- ✓ Plus de 32 000 décès étaient liés au diabète en 2006, soit 6,1 % de l'ensemble des décès survenus en France.
- ✓ Les complications cardio-vasculaires jouent un rôle majeur dans la mortalité liée au diabète, ces pathologies sont mentionnées dans 60 % des certificats de décès de personnes diabétiques.
- ✓ Le diabète est associé à une surmortalité, qui est liée essentiellement aux cardiopathies ischémiques, aux maladies cérébro-vasculaires et à l'insuffisance rénale, mais aussi à certains cancers, à l'insuffisance hépatique et à la septicémie.

Ratios des taux de prévalence[†] des complications chez les personnes hospitalisées[‡] âgées de 20 ans ou plus, selon le statut diabétique, Canada, 2008/09



1.3. Dépenses de santé liées au diabète

Une progression des dépenses essentiellement due à l'augmentation des patients traités pour le diabète de type 2. (1) (3)

Selon les données issues de la CNAMTS, extraites des bases du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), en France en 2007, les remboursements des soins aux patients diabétiques avaient atteint 12,9 milliards d'euros et représentaient 9 % des dépenses de soins de l'assurance maladie : environ 1 euro sur 10 est consacré en France aux remboursements des personnes traités pour diabète, contre 1 euro sur 5 aux Etats-Unis.

Les dépenses remboursées en France ont progressé de 80 % de 2001 à 2007 soit une augmentation de 1 milliard par an (taux de croissance annuel de 4,4 % pour une évolution globale des dépenses d'assurance maladie de 3,4 % par an sur la période). Les facteurs explicatifs tiennent pour une grande partie à l'augmentation des effectifs traités qui passent de 1,7 million en 2001 à 2,5 millions en 2007 sous l'effet d'un triple phénomène (1) :

- ✓ L'augmentation de taille de la population.
- ✓ Son vieillissement, l'âge moyen des patients diabétiques étant de 65 ans et la prévalence de la maladie supérieure chez les seniors.
- ✓ La hausse de la prévalence des patients traités (augmentation du surpoids et de l'obésité, croissante avec l'âge), facteur explicatif majeur qui accompagne celle de l'augmentation encore plus importante des patients admis en affection de longue durée (ALD) selon l'étude ENTRED : le nombre de patients diabétiques couverts par l'ALD diabète (ALD 8) est passé de 81 % des patients traités en 2001 à 84 % en 2007. (1) (7)

L'ALD diabète (ALD 8) est devenue en 2010 la première des ALD du régime général avec 1 885 382 patients (dont 88 % sont des diabétiques de type 2), soit 20 % des assurés en ALD : enregistrant la plus forte croissance de 2009 à 2010 (6,5 % contre 4 % sur l'ensemble des ALD), elle dépasse désormais les ALD cancers.

Pour le régime général, l'ALD 8 représentait en 2009 12% de la totalité des dépenses des ALD (65,1 milliards €)

Parmi les patients diabétiques, les postes de dépenses les plus élevés étaient les hospitalisations (33,2 % des dépenses totales), les dépenses de pharmacie ou produits dérivés en ville (23,8 %), auxiliaires médicaux (13,5 %), consultations ou actes médicaux en ville (11,5 %). Peu de différences de coûts étaient observées parmi les patients traités par monothérapie, bithérapie ou multi-thérapie (respectivement : 4,779, 4,555, 4,75 € par patient). En revanche, les dépenses de santé étaient beaucoup plus élevées chez les patients traités par insuline versus ceux sans insuline (12,88€ versus 4,84€). (8)

2. DEFINITION ET CRITERES DIAGNOSTIQUES

Le diabète de type 2 représente 80-90% de l'ensemble des diabètes.

D'après les recommandations de l'OMS de 1999, la glycémie à jeun normale doit être inférieure à 1,10 g/L.

On parle d'hyperglycémie modérée à jeun ou d'intolérance au glucose si la glycémie est supérieure à 1,10 g/L et inférieure à 1,26 g/L.

On parle de diabète sucré si une de ces conditions est présente (1) :

- ✓ Glycémie à jeun supérieure ou égale à 1,26 g/L à 2 reprises
- ✓ Glycémie aléatoire supérieure ou égale à 2 g/L et signes cliniques d'hyperglycémie.
- ✓ Glycémie supérieure à 2 g/L, deux heures après ingestion de glucose (test HGPO)
- ✓ HbA1c supérieure à 6,5%.

3. PHYSIOPATHOLOGIE

3.1 Diabète de type 2 (DT2)

La physiopathologie du DT2 associe une anomalie de l'insulinosécrétion et de l'insulinosensibilité.

La résistance à l'insuline est une diminution de son action, inhibitrice de la production endogène et stimulatrice de l'utilisation périphérique du glucose. L'insulinorésistance concerne virtuellement tous les diabétiques de type 2. Détectable 10 à 20 ans avant le diagnostic, même en l'absence d'obésité. Elle se caractérise par l'incapacité de l'insuline à obtenir une réponse adéquate au niveau de ses organes cibles, par un défaut de captation musculaire du glucose et d'un accroissement de la production hépatique de glucose, à l'origine de l'hyperglycémie à jeun et d'insulinorésistance adipocytaire. (9) (1)

L'insulinopénie relative est caractérisée par une insuffisance de sécrétion d'insuline, compte tenu du niveau de la glycémie. Ce trouble, qui est présent dès le début de la maladie, est évolutif, inéluctable et s'aggrave avec l'âge et la durée du diabète, pouvant amener à une insulinoréquérance. (9)

Les facteurs génétiques ont une part très importante dans le diabète de type 2, avec un risque de 10 à 30% si un apparenté du premier degré est atteint, et de 90 à 100% pour de vrais jumeaux. (9)

Dans le diabète II, il existe une glucotoxicité et une lipotoxicité qui aggravent le déficit de l'insulinosécrétion pancréatique.

L'insulinorésistance est en partie liée à la sécrétion d'adipokines par les adipocytes comme le TNF.

Les causes de l'insulinorésistance sont de deux types : génétiques non modifiables et due à l'excès pondéral modifiable. (9)

3.2 Les sucres et l'index glycémique

3.2.1 Les sucres

Les sucres libres ou dits « simples » sont les mono, di ou tri-oses (glucose, fructose, maltose, lactose), d'autres plus complexes sont scindés par les amylases, d'autres encore plus complexes ne sont pas utilisables tel que l'inuline (polymère de fructose) ou la cellulose (polymère de glucose).

Les sucres simples ont un goût sucré perceptible lors de l'ingestion, mais n'ont pas tous la même vitesse de passage dans le sang.

Ainsi le fructose (fruit) et le lactose (lait) induisent un moindre pic de glycémie que le glucose, saccharose (le sucre de table) et maltose.

3.2.1.1 Le métabolisme du sucre

Les sucres sont transportés de façon active à travers les parois de l'intestin, puis passent dans le sang passivement ; atteignent le foie via le système porte.

Le glucose se répartit ensuite vers le cœur, les poumons et tous les organes dont le pancréas.

Les autres oses sont d'abord transformés par le foie en glucose ou bien utilisés (énergie, stockage sous forme de glycogène ou d'acides gras, construction de molécules d'informations...).

Lors d'arrivées massives de fructose, le foie stock ces sucres sous forme d'acides gras, ce qui conduit à des stéatoses hépatiques réversibles.

Une situation moins transitoire se rencontre lors de prise quotidienne importante de boissons sucrées au saccharose ou sirop de glucose-fructose (sodas, jus de fruits).

Le stimulus principal de l'insulinosécrétion est la concentration en glucose sanguine au niveau des cellules β des îlots de Langerhans, contenus dans le pancréas. (9)

Les sucres, s'ils ne sont pas métabolisés, sont stockés sous forme de glycogène dans le foie et les muscles, ou partiellement dégradés en glycérol.

3.2.1.2 L'hyperglycémie

L'hyperglycémie entraîne une entrée active du glucose dans la cellule β , et par médiation de l'AMPc, la libération calcium-dépendante de l'insuline, protéine clivée stockée dans un endosome. (9) (10)

L'hyperglycémie, à long terme, altère les parois vasculaires (médiacalcosse, athérosclérose, calcification valvulaire avec augmentation du risque emboligène), les nerfs, provoquent une glycation non enzymatique des globules rouges (sans conséquence sur le transport d'oxygène mais mesurable par l'HbA1c), de la matrice extracellulaire (néphropathie glomérulaire diabétique, rétinopathie), des neurones (risque augmenté de maladie d'Alzheimer)

3.2.2 Obésité androïde et Métabolisme du sucre

Sur un terrain génétique à risque, la graisse viscérale engendre une inhibition du stockage et de l'utilisation du glucose dans les muscles, et une stimulation de la néo-glucogénèse hépatique, qui concourent à l'augmentation de la glycémie. C'est pourquoi l'obésité dite androïde (rapport taille/hanches supérieur à 0,95 pour les hommes et supérieure à 0,8 pour les femmes) est un facteur de risque indépendant du diabète de type 2. (10)

3.2.3 L'index glycémique

L'index glycémique est la mesure qui permet de décrire l'influence de la consommation de glucides sur la glycémie.

Il est utilisé pour décrire le type de glucides contenus dans un aliment et susceptibles d'avoir une influence sur l'augmentation du taux de glucose sanguin.

Les aliments à index glycémique élevé sont susceptibles de déséquilibrer la glycémie, il est donc important d'en surveiller la consommation en cas de diabète.

C'est un critère de classement des aliments contenant des glucides, basé sur leurs effets sur la glycémie durant les deux heures suivant leur ingestion.

On parle d'index glycémique (IG) faible lorsque l'IG est inférieur ou égal à 35. Lorsque l'IG est compris entre 35 et 50, on parle alors d'IG moyen. Si l'IG est supérieur à 50, on parle alors d'IG élevé. (11)

Plus l'IG d'un aliment est élevé, plus la glycémie augmente fortement en postprandial.

Le système de l'IG permet aux patients diabétiques de surveiller leur alimentation, de prévoir celle-ci en fonction de leurs besoins.

L'indice glycémique reflète la proportion de glucide absorbée par le corps et non la quantité de glucide ingérée.

3.3 Insuline.

L'insuline est un polypeptide de taille plutôt modeste, d'un poids moléculaire d'environ 6 kDa.

C'est un hétérodimère constitué de deux 242 chaînes polypeptidiques, la chaîne A composée de 21 acides aminés et la chaîne B composée de 30 acides aminés, reliées entre elles par deux ponts disulfures.

Elle est sécrétée par les cellules β des îlots de Langerhans.

Elle est clivée en libérant le peptide C à partir de la pro-insuline elle-même obtenue à partir de la pré-pro-insuline, et est stockée dans des vésicules sous-membranaires. (11)

L'insuline est la seule hormone hypoglycémisante.

La forme monomérique est la forme active de l'hormone, et c'est sous cette forme que se présente la molécule d'insuline dans la gamme des concentrations physiologiques et à pH neutre.

Elle est libérée lorsqu'intervient un stimulus : majoritairement une hyperglycémie.

Les autres stimuli sont la concentration en acides aminés (après un repas protéique), l'innervation parasympathique (le nerf vague, stimulé lui-même par l'ingestion), et des facteurs locaux : les incrétines. (10)

L'insuline favorise plusieurs types de réactions biochimiques :

- Elle augmente la captation de glucose par le muscle, le foie, le cerveau et le tissu adipeux
- Elle stimule la glycogénèse dans le foie et le muscle
- Elle inhibe la glycogénolyse et la néoglucogénèse dans le foie
- Elle inhibe la lipolyse (foie, muscle et tissu adipeux) et favorise la lipogénèse.
- Elle augmente la protéino-synthèse dans le muscle.
- C'est une hormone anabolisante.

L'action de l'insuline est limitée lors d'une hyperglycémie trop importante, ou d'hypertriglycéridémie.

Son efficacité est inhibée par des cytokines et adipokines du tissu adipeux en cas de surpoids ou obésité, pour lequel une quantité plus importante d'insuline est requise pour un même apport de sucre et une même glycémie post-prandiale.

Chez le diabétique de type 2, deux schémas peuvent être à la source d'une hyperglycémie, en fonction du terrain génétique du patient, mais l'insulinorésistance est le maître mot de cette maladie : insulinorésistance et insulinopénie. (9)

3.4 Autres molécules impliquées dans la physiopathologie du diabète

3.4.1 Le glucagon

Il s'agit d'une hormone peptidique hyperglycémiant. Le glucagon possède des propriétés antagonistes de l'insuline. Il se compose de 29 acides aminés, il est sécrété par les cellules alpha situées à la périphérie des îlots de Langerhans, dans le pancréas. (10)

Il est normalement sécrété lors d'une hypoglycémie.

Le glucagon a pour cible les hépatocytes, induisant la glycogénolyse en se fixant sur son récepteur spécifique.

Le glucagon peut être utilisé comme traitement d'urgence d'une hypoglycémie, quand la prise orale de sucre est impossible chez le diabétique de type 2 (sous insuline ou sulfamides insulino-sécréteurs), cependant, le foie est déjà « épuisé » de glycogène, et cette hormone risque surtout de stimuler la petite sécrétion insulinaire persistante, donc d'aggraver l'hypoglycémie.

3.4.2 Les incrétines (GLP-1 et GIP)

Ce sont des hormones gastro-intestinales qui stimulent la sécrétion d'insuline lors d'une hyperglycémie (en post-prandial), avec un rôle surtout local lors du passage du bol alimentaire. Elles sont synthétisées essentiellement dans les cellules alpha pancréatiques et les cellules L intestinales.

L'activation du récepteur aux incrétines entraîne une augmentation de l'insulinémie, un effet anorexigène sur l'hypothalamus, contribue à la sensation de satiété lors d'une prise alimentaire, diminue la production hépatique en glucose, ralentit la vidange gastrique et tend à protéger les cellules pancréatiques : effet trophique au long terme sur les cellules β . (9**)

Le GLP-1 ou Glucagon-like peptide-1 inhibe la libération du glucagon au niveau du pancréas, via un récepteur spécifique couplé aux protéines G.

Le GLP1 et le GIP (Gastric inhibitory polypeptide, à l'effet semblable au GLP-1) sont dégradés par la DPP4 (Dipeptidyl Peptidase 4), qui est une cible thérapeutique. (9)

Les gliptines sont des inhibiteurs de la dégradation du GLP-1 par l'intermédiaire de l'inhibition de la DPP-4, augmentant ainsi indirectement le taux de GLP-1 endogène.

3.4.3 L'amyline ou IAPP (Islet Amyloid PolyPeptide)

Elle est sécrétée par les cellules β tout comme l'insuline. Elle inhibe l'action de l'insuline en favorisant la glyco-génolyse. Elle contribuerait à l'effet de satiété.

L'amyline pourrait avoir un rôle néfaste sous forme de dépôts amyloïdes qui pourrait nuire à une synthèse normale d'insuline. L'amyline stimulerait également les ostéoblastes et ralentirait l'action des ostéoclastes. (12)

4. BILAN INITIAL ET SUIVI DU DIABÈTE DE TYPE 2

4.1 Bilan initial.

Le bilan initial selon les recommandations HAS doit identifier les facteurs de risque cardiovasculaire associés et chercher une atteinte des organes cibles du diabète.

L'objectif du suivi du patient diabétique est de vérifier (1) :

- ✓ Le niveau d'HbA1c et adapter le traitement
- ✓ L'autonomie de prise en charge et l'autosurveillance glycémique
- ✓ La tolérance du traitement
- ✓ L'observance (traitement pharmacologique et mesures hygiéno-diététiques)
- ✓ L'apparition ou la survenue de nouveaux facteurs de risques, mesure de la pression artérielle, bilan lipidique, l'adaptation des traitements
- ✓ Présence de complications liées au diabète (œil, rein, pied, systèmes nerveux et cardio-vasculaire).

4.2 Bilan trimestriel.

Les recommandations HAS préconisent de réaliser un examen clinique complet avec notamment le poids, la taille, l'IMC, la mesure le périmètre abdominal, la tension artérielle, la palpation des pouls et examen des pieds avec test au monofilament.

Le patient doit faire une prise de sang avec la mesure de l'HbA1c.

A chaque consultation trimestrielle, l'éducation thérapeutique du patient doit être reprise sur les connaissances de sa pathologie, son observance, sa tolérance thérapeutique, l'existence ou non d'une autosurveillance glycémique, l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaires associés doivent être réévalués. (1)

4.3 Suivi annuel

Le suivi repose toujours sur l'interrogatoire et l'examen clinique comme à chaque consultation.

Les recommandations HAS disent de rechercher les signes infectieux, avec un examen minutieux des pieds. La recherche des signes de neuropathie au test au monofilament, l'examen des réflexes et la recherche d'hypotension orthostatique.

Un bilan biologique avec un bilan lipidique, une glycémie veineuse à jeûne, une HbA1c, et afin de rechercher une néphropathie diabétique : un dosage de la créatininémie avec calcul de la clairance et une micro-albuminurie. (1) Chaque année, les patients diabétiques doivent bénéficier d'un électrocardiogramme, et en présence d'anomalies d'un test d'effort (En l'absence d'anomalie, le test d'effort doit être réalisé tous les 3 ans)

La recherche d'une rétinopathie diabétique se fait dès le diagnostic, puis tous les 2 ans en l'absence d'anomalies, avec un bon contrôle glycémique et tensionnel.

D'autres examens peuvent être réalisés selon les indications : échographie doppler des artériels des membres inférieurs et des troncs supra-aortiques notamment.

5. RESEAU DIABETE

Les réseaux de santé dédiés au diabète étaient apparus au début des années 2000 (initialement en Val de Marne/Essonne, dans le Pas-de-Calais et dans le Maine et Loire). L'objectif était la coordination des professionnels autour du parcours de soins des patients, ils se sont avérés avoir une portée et une efficacité limitées, en raison notamment de leur externalisation par rapport aux médecins traitants. (13)

Depuis, on dénombre plus de 80 réseaux diabète en France.

Un autre « modèle » est testé depuis 2008 qui faisait collaborer des professionnels libéraux (au moins deux médecins et un autre professionnel) au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) dotées d'un projet de santé commun : 193 MSP au 30 juin 2011 offraient des services élargis (horaires, actes...) aux patients, essentiellement en zones rurales et urbaines sensibles. (13)

II. REGLES HYGIENO-DIETETIQUES

1. LES MESURES HYGIENO-DIETETIQUES DANS LA PREVENTION DU DIABETE DE TYPE 2

1.2 Les mesures diététiques

80% des diabétiques de type 2 sont obèses. Dans ces conditions, la diététique, en permettant d'obtenir un amaigrissement, représente la base du traitement. La répartition entre les différents nutriments doit s'approcher de la répartition normale : 50-55 % de glucides, 30-35% de lipides et 15% de protides.

La ration glucidique de sécurité à maintenir est d'au moins 100g de glucides par jour. La ration protidique minimale est de 0,7g/Kg/jour.

1.2.1 Répartition des repas.

L'apport calorique doit être réparti au moins en 3 prises par jour, la prise du petit déjeuner étant tout à fait indispensable, et, en fait, souvent absente chez l'obèse. Le fractionnement de l'alimentation en cinq prises (3 repas principaux et 2 collations) permettant une meilleure répartition de l'apport calorique sur la journée est souvent intéressant. (14)

1.2.2 Les glucides.

La consommation de fruits est autorisée mais limitée. Les fruits représentent

5% de la ration glucidique, le lait 5%, et les sucres lents 90%. (14)

La plupart des nutritionnistes recommandent dans la littérature une répartition des glucides de telle sorte à avoir entre 20% et 25% de la ration journalière à chaque repas et 10% de glucides aux collations.

1.2.3 Les lipides

Les nutritionnistes conseillent dans le diabète de type 2 que les acides gras saturés représentent moins de 7% des apports caloriques journaliers et de ne pas dépasser 200mg/j. (15)

La consommation d'acides gras polyinsaturés et mono-insaturés est à favoriser par rapport à celle des acides gras saturés. (14) (16)

1.2.4 Les protéines

Les apports en protéines doivent être de l'ordre de 1 g/kg poids si la fonction rénale est conservée et ne pas dépasser 0.8 g/kg poids en cas de néphropathie diabétique. (15)

1.2.5 Les Fibres.

L'apport de fibres est vivement conseillé tous les jours, entre 20 et 30 g/j, cela permet par la même occasion un meilleur transit et de lutter contre la constipation. (15)

2. OBSERVANCE ET EDUCATION DES REGLES HYGIENO-DIETETIQUES

2.1 L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE

L'observance thérapeutique est une notion complexe dans une pathologie chronique comme le diabète de type 2 ; à fortiori si elle est asymptomatique, elle expose davantage à l'inertie clinique de la part du médecin et à un manque d'observance thérapeutique de la part du patient. L'adhésion du patient au traitement prescrit par le médecin tend, plus ou moins rapidement, à tomber en déliquescence au cours du temps, ce qui contribue à maints échecs thérapeutiques. (17)

L'importance de l'observance des mesures hygiéno-diététiques est un fait démontré dans de nombreuses études de la littérature. Les données recueillies montraient qu'une perte de poids, même modérée telle qu'une diminution de 5 % du poids initial, améliore l'action de l'insuline, réduit la glycémie à jeun et conduit à une réduction de la médication hypoglycémiante. De même, il avait été également démontré qu'une perte de poids de quelques kilos, mais maintenue en moyenne pendant 4 années, peut prévenir ou retarder le développement d'un diabète de type 2 chez des sujets à haut risque de développer la maladie, tels que ceux avec diminution de la tolérance au glucose. La mauvaise observance concernerait environ 50 % des patients. Plus le nombre de prises quotidiennes de médicaments est important, plus l'observance se dégrade, passant ainsi de 79 % pour une prise quotidienne à 38 % pour trois prises quotidiennes (surtout au détriment de la prise de midi) ; or, un patient diabétique de type 2 prend en moyenne 6,3 médicaments par jour ! On comprend aisément que chez un patient diabétique de type 2, la non-observance et le taux d'HbA1c soient directement corrélés. (18)

2.2 L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

2.2.1 Définition

Selon l'OMS (définition de 1998) l'éducation thérapeutique c'est « Former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de la maladie. L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. Elle comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants. »

2.2.2 Evolution de l'éducation thérapeutique au cours du temps

Depuis les années 1980, les caractéristiques évolutives et de prise en charge du diabète ont contribué fortement à l'avancement en éducation thérapeutique.

Le traitement du diabète va de pair avec une éducation thérapeutique de qualité dont l'objectif principal est d'améliorer la gestion de la maladie et d'éviter les complications, le tout en plaçant le patient au centre de sa pathologie pour une meilleure auto-gestion.

Les pratiques d'éducation thérapeutique s'inscrivent le plus souvent dans une perspective cognitivo-comportementale ou psycho-émotionnelle.

Dans le diabète de type 2, l'accent est mis sur la compréhension de l'impact des mesures qualifiées d'« hygiéno-diététiques » et des traitements dans le contrôle des variables biologiques, ainsi que sur la prévention des complications à long terme.

Les pratiques éducatives contemporaines bénéficient aussi d'autres influences, notamment celles des équipes des services de diabétologie anglo-saxons. Développé aux États-Unis depuis les années 1990, **l'empowerment** se concentre sur le contrôle du diabète et la prise de décision éclairée par le patient lui-même (19). La première mission du professionnel de santé consiste à rendre possibles les modifications de conduites, ces dernières étant d'autant plus probables qu'elles sont porteuses de sens et librement choisies.

D'autres modèles s'ajoutent tel que le modèle trans-théorique de Prochaska qui aide à prendre en compte différentes situations du patient par rapport au désir de changement, qui se traduisent par des phases de pré-contemplation, de contemplation, de préparation, d'action ou de maintenance ; ou encore la théorie sociale cognitive de Bandura reposant sur le concept de « **self efficacy** », soit la croyance en sa propre capacité à influencer sur le cours de sa maladie. Enfin, les théories du coping se réfèrent aux capacités du malade à fournir des réponses d'adaptation à la maladie et à ses conséquences.

L'objectif étant que le patient diabétique soit capable de : (1) (16)

- ✓ Acquérir les connaissances théoriques indispensables à la compréhension de sa maladie,
- ✓ Équilibrer son alimentation,
- ✓ Assurer son auto surveillance glycémique,
- ✓ Gérer son traitement oral, ou nouveau traitement par injection,
- ✓ Reconnaître les signes d'hypo et d'hyperglycémie et de mener les actions correctives,
- ✓ Adapter son traitement face aux situations rencontrées ou programmées,
- ✓ Dépister et prévenir les signes de complications de la maladie
- ✓ Accepter une nouvelle image de soi « avec diabète ».

Les études récentes montraient que l'efficacité des réseaux de soins proposant de l'éducation thérapeutique copilotée par le médecin traitant dans le cadre d'un réseau, est opérationnelle en médecine de ville et capable d'améliorer le contrôle métabolique à court terme ; avec une efficacité comparable en milieu hospitalier. (20)

2.2.3 L'efficacité de l'éducation thérapeutique.

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé, plus de 80% de toutes les consultations médicales concernent les maladies chroniques. Néanmoins, il apparaît que nombre d'études ont fait part d'une amélioration significative des différents critères de santé communément admis, et cela dans toutes les pathologies étudiées. L'amélioration significative décrite est due à la mise en place de séances d'éducation thérapeutique. (21)

La dispensation de l'éducation thérapeutique et l'accompagnement du patient constituent un des enjeux centraux de l'adaptation du système de soins de premier recours. Les programmes d'éducation thérapeutique, temporaires et ponctuels, s'avèrent peu appropriés à la prise en charge des patients diabétiques de type 2 : efficacité non démontrée, insuffisante adaptation aux besoins des malades qui varient dans le temps, lourdeur d'organisation, difficulté de ciblage, coût important. Selon la formule du Haut conseil en santé publique, la « gestion thérapeutique » des patients, intégrée à l'acte de soin du médecin traitant grâce à la collaboration avec des infirmiers, apparaît, en revanche, pertinente : soutenue dans le temps, elle est ciblée sur les patients qui en ont le plus besoin ; décentralisée sur les cabinets médicaux, elle permet de répondre au problème du nombre croissant de malades. (13)

MATERIEL / METHODE

1. Modalités de l'étude

L'étude que nous avons réalisée était une étude qualitative réalisée en région PACA et plus particulièrement dans les bouches du Rhône.

Elle s'était déroulée durant l'année universitaire 2016-2017.

L'étude qualitative avait été choisie sur le mode d'entretiens individuels semi-directifs afin de laisser le choix à l'interviewé de s'exprimer librement sur son vécu, ses opinions et ses pratiques dans le cadre de son diabète de type deux.

2. Le questionnaire (annexe 1)

Le questionnaire élaboré comportait 5 questions ouvertes et courtes afin de réaliser des entretiens semi-directifs.

Le questionnaire s'articulait autour de cinq points et/ou questions à aborder et à approfondir. Ce sont des points qui devaient être abordés par le répondant lors de l'entretien.

Son élaboration avait été réalisée de sorte à ce que les questions ne soient pas trop abstraites, elles avaient donc été rédigées sous une forme simple et compréhensible de manière à pouvoir nourrir et orienter l'échange avec l'interviewé.

Les questions étaient ouvertes et neutres, bannissant toute forme d'opinion, ou d'imposition d'un discours. La formulation des questions était conçue de manière à ce que l'interviewé ne puisse répondre par oui/non et l'inciter à développer un dialogue.

On note cependant qu'au fur et à mesure des entretiens le questionnaire risquerait d'évoluer afin de cadrer au mieux à l'étude, d'améliorer la compréhension et le déroulement des entretiens vis-à-vis de l'interviewé.

3. L'échantillon

L'échantillonnage avait été réalisé dans plusieurs services d'endocrinologie / diabétologie afin d'avoir une représentativité de population la plus grande dans le cadre de notre étude.

La constitution de notre échantillon s'était faite au fur et à mesure des entretiens, jusqu'à atteindre saturation des données collectées.

4. Critères d'inclusions

Les critères d'inclusions étaient de recruter des patients hospitalisés dans un service de diabétologie présentant comme pathologie : un diabète de type deux, avec ou sans autres comorbidités, et présenter également une HbA1c avec une valeur supérieure ou égale à 7,5%.

Il fallait également qu'ils (ou elles) acceptent de participer à l'étude par un accord oral et la signature de la charte éthique de confidentialité.

5. Critères d'exclusions

Les critères d'exclusions étaient tout d'abord le refus de participer à l'étude et/ou de signer la charte éthique de confidentialité.

Avait été exclus de l'étude également les patients présentant un diabète de type deux équilibré ou non équilibré avec une HbA1c inférieur à 7,5% et les patients présentant un syndrome démentiel.

6. L'interviewer/Organisation du recueil des données

Les interviews avaient été réalisées par un interviewer unique afin de limiter les biais d'interview. Le déroulement de l'interview était réalisé selon le déroulement de la grille (ou questionnaire) réalisé au préalable.

Dans un souci de recueil de donnée optimale en accord avec le type d'étude réalisée, il avait été décidé de mettre en avant une parole totalement libre et d'essayer d'instaurer atmosphère d'écoute à l'interviewé.

Un guide d'entretien avait été élaboré, introduisant un bref rappel de l'étude et de son déroulement ; la thématique abordée. Chaque question ou thématique correspondait à un objectif de compréhension ou de connaissance précis. Le guide d'entretien prévoyait également que l'interviewer se devait de garder le fil de la discussion en lien avec notre sujet d'étude et d'intervenir pour recadrer le sujet. Aussi, les relances et recadrages demeuraient nécessaires en cas de dérive, sans être trop rapides et toujours subtilement amenés, afin de ne pas passer à côté d'informations essentielles qui pouvaient amener à redéfinir le champ d'investigation et les hypothèses.

Le recueil des données et des verbatims avait été recueilli au cours des entretiens à l'aide d'un enregistreur audio, l'enregistreur ici était un téléphone portable comportant une application « dictaphone », l'appareil était un iPhone 5 avec une mémoire de 64 Go, le téléphone était au moins chargé à 50% avant chaque entretien pour éviter un biais d'enregistrement et de matériel.

Les enregistrements étaient ensuite sauvegardés sur ordinateur portable et retranscrit manuellement sur fichier Word.

Dans un premier temps, une fiche signalétique/fiche résumé de chaque entretien avait été réalisée comprenant les initiales de l'enquêté.

Une retranscription intégrale des entretiens, incluant les répétitions, les blancs, les hésitations avait été réalisé sur le logiciel Office Word.

7. Codage / Analyse des résultats

L'analyse et le codage s'était fait essentiellement en 2 étapes.

La première étape étant l'analyse entretien par entretien au cours de la retranscription, permettant de restituer le contexte, d'établir le détail des caractéristiques de la personne à partir des données, de décrire et analyser la dynamique et les relations d'enquête entre Interviewer et Interviewé.

L'interprétation des premières données qui ressortaient et mettre en rapport les positions objectives et les points de vue subjectifs qui pouvaient ressortir au cours de chaque entretien. L'analyse des silences, non-dits et du ton.

La deuxième étape consistait à confronter les différents entretiens recueillis afin de faire émerger des thématiques et problématiques qui étaient communes et pertinentes.

8. L'éthique.

Une charte de confidentialité (annexe 1) garantissant l'anonymat et recueillant l'accord de chaque patient pour participer à l'étude avait été réalisée. S'ils acceptaient les termes de la charte (indiquant notamment qu'ils seraient cités uniquement par leurs initiales) et de participer à l'étude après avoir reçu les informations de cette dernière ; il leur suffisait d'imposer leurs initiales.

Une copie de la thèse avait été envoyé au comité d'éthique régional, pour juger du caractère éthique ou non de notre étude.

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population d'étude

TABLEAU I, Caractéristiques de la population

ECHANTILLON	AGE (ans)	SEXE (H/F)	HbA1c (%)
Patient 1	80	HOMME	7,55
Patient 2	61	FEMME	9,90
Patient 3	56	HOMME	10,00
Patient 4	47	FEMME	8,00
Patient 5	82	FEMME	11,00
Patient 6	68	FEMME	8,20
Patient 7	52	HOMME	10,44
Patient 8	84	HOMME	8,00
Patient 9	58	FEMME	9,60
Patient 10	81	HOMME	7,80
Total : 10 Patients	Moyenne d'âge : 66,9	Ratio H/F : 1	HbA1C > 7,5%

Notre échantillon était composé de dix patients, recrutés sur une période s'étalant sur l'année universitaire 2016/2017. Le recrutement s'était déroulé sur les centres hospitaliers de Salon de Provence et d'Avignon (CH Henri Duffaut). Le recrutement s'était arrêté après estimation de saturation des données.

Les critères d'inclusions et d'exclusions avaient été respectés pour tous les patients.

2. Connaissances des règles hygiéno-diététiques et des notions d'éducation thérapeutique.

2.1. Patient 1 : M. MP

Monsieur MP soutenait qu'il n'avait aucune connaissance en matière d'éducation thérapeutique et de mesures hygiéno-diététiques.

M. MP : J'ai aucune connaissance particulière, heu...

Interviewer : Vous avez aucune connaissance particulière, heu... vous avez eu un programme d'éducation thérapeutique par un spécialiste ou par votre médecin généraliste ?

M. MP : Heu... non.

2.2. Patient 2 : Mme YB

Madame YB qui avait été hospitalisée et qui avait suivi un programme d'éducation thérapeutique durant l'hospitalisation, nous soutenait que malgré qu'elle fût diabétique depuis 18 ans, elle n'avait jamais bénéficié d'une éducation thérapeutique ou de conseils hygiéno-diététiques auparavant ; cause primaire selon elle d'un diabète qui n'avait jamais été équilibré.

Mme YB : Ben disons que jusqu'à maintenant j'en connaissais.... Je n'en savais rien, enfin éviter le sucre et voilà.... Mais on ne savait pas exactement comme on nous a appris ici, combien de féculents, combien de glucides, etc... ça j'en savais rien avant d'arriver (...) Donc voilà ça fait dix-sept ans que je suis diabétique et ma glycémie elle a jamais été équilibrée ; parce que je n'ai jamais vraiment tellement suivi... On ne m'a jamais montré au départ à suivre (...)

Alors d'endocrino en ville, je n'en avais point, en fait c'est mon premier médecin généraliste qui m'avait mise des comprimés et tout ça... Il m'avait dit d'éviter le sucre et tout ça mais sans rentrer vraiment dans les...

Cependant, Me YB avait acquise des notions de mesures hygiéno-diététiques au cours de son hospitalisation et semblait avoir une toute nouvelle motivation pour équilibrer son diabète.

Mme YB : Non, non, non, jamais ! bien que je l'avais demandé plusieurs fois mais à chaque fois on me disait « ça sert à rien, faut juste faire attention, éviter le sucre, éviter ça... » mais en fait on n'en savait rien, alors qu'il suffisait de manger 400 grammes de pâtes pour éviter déjà... voilà (rires), ce que maintenant je sais et ce que je ne savais pas ! (Rires)

2.3. Patient 3 : M. CC

M. CC assurait avoir eu de multiples hospitalisations dans plusieurs hôpitaux différents mais avait trouvé que les conseils d'éducatifs thérapeutiques et de mesures hygiéno-diététiques variaient d'un hôpital à l'autre, et qu'il avait du mal à avoir une ligne directrice dans leurs applications.

M. CC : Ben moi ce que j'en sais c'est qu'on.... Enfin dans les différentes hospitalisations que j'ai eues, euh... les diététiciens que j'ai, c'était un peu près le même son de cloche mais sur des bases différentes !

Interviewer : Vous trouvez que les discours sur l'éducation thérapeutique que vous avez eu au cours des différentes hospitalisations, ce n'était pas forcément le même discours.

M. CC : ben entre la précédente hospitalisation que j'ai eue et celle-là ça a évolué, je trouve.

Interviewer : D'accord, il y a des choses qui ont changé ?

M. CC : Ouais ! je pourrais pas vous dire quoi exactement, mais à chaque fois que je vais en diététique, l'approche n'est pas la même.
Ben d'un service a un autre c'est complètement différent !

M. CC disposait de quelques notions limitées concernant les mesures hygiéno-diététiques et l'éducation thérapeutique, malgré des hospitalisations multiples dédiées à l'éducation thérapeutique.

M. CC : En diététique c'est équilibrer son repas, euh... chose primordialement. Pour moi qui suis sur base depuis près de vingt-cinq ans, c'est ce qu'ils essayent de faire, après moi je ramène mes repas, comme ça je suis sûr que c'est à peu près équilibré (...)

Interviewer : Et hormis la diététique, il y a d'autre mesures hygiéno-diététiques qu'on vous a appris ?

M. CC : ben hormis ça non... euh... pas spécialement, après c'est surtout sur le plan médical pour stabiliser ça... le diabète... c'est bien, après pour moi c'est du découvert tout ça, donc ce n'est pas toujours évident à maintenir (...)

2.4. Patient 4 : Mme RH

Madame RH disposait de bonnes connaissances concernant les mesures hygiéno-diététiques.

Mme RH : Ben une hygiène alimentaire, c'est-à-dire qu'il faut manger... comment vous dire... il faut faire abstraction de beaucoup de choses ; on nous dit qu'on peut manger normalement mais oui et non, parce qu'il faut faire attention au gras, il faut faire attention au sucré ; il faut faire attention à tout ce qui est pain, farineux. Donc il faut qu'on mange un petit peu programmer (...) Et ce n'est pas évident de pouvoir toujours manger tant de féculents ou tant de pain (...) Faut mesurer que si on mange de ça, on ne peut pas manger le reste (...) C'est vrai que tu ne peux pas boire de vin, pas de boissons sucrées... ET l'apéritif et tout ce qui est (...) il faut pour que ce soit tout le temps parce qu'avec l'Age et les complications (...)

Sur le plan de l'éducation thérapeutique, elle était sous pompe à insuline et d'un lecteur glycémique sous cutané qu'elle avait assimilé et qu'elle gérait d'elle-même. Elle avait également connaissance de la chronicité de son diabète et de l'évolution de complications au long cours.

Mme RH : Après c'est vrai qu'on a un bon suivi, mais après c'est une maladie qui à la longue est traître (...)

Mme RH : Après il y a de l'évolution, la par exemple on vient de me placer ça ! (Lecteur glycémique sous cutanée), ça m'évite donc de me piquer le doigt... La c'est vrai que ça va être pratique, je vais passer l'appareil et je vais tout de suite voir si c'est ça ou pas (...)

2.5. Patient 5 : Mme JG

Madame JG présentait un diabète de découverte récente, seulement quelques mois, sa connaissance des règles hygiéno-diététique et des notions d'éducation thérapeutique étaient très limitées. Elle avait seulement une notion sommaire évoquée par son médecin de famille.

Interviewer : Est-ce que vous avez déjà entendu parler des notions d'éducation thérapeutique et de mesures hygiéno-diététiques par vos médecins ?

Mme JG : enfin oui... de prendre des précautions pour faire ceci ou faire cela... Enfin oui

Interviewer : A quel niveau ?

Mme JG : au niveau... Il n'y a pas grand-chose que je sais, parce que c'est tout récent... (le diabète) On dit que mieux vaut tard que jamais mais enfin moi c'est tard quand même ! (Rires)

2.6. Patient 6 : Mme AR

Madame AR possédait des notions de diététiques très solides acquises auprès des diététiciens, avec les posologies en glucides, lipides, et sucres exacts. Elle savait également l'importance d'avoir une activité physique régulière associée.

Mme AR : Je sais qu'on doit faire trois repas, la collation elle est pas obligatoire hein... Je sais qu'il faut faire les trois repas mais par contre il ne faut pas sauter de repas, alors là... c'est impératif hein... ! Alors le petit déjeuner, je sais qu'on a le droit à dix grammes de beurre, si on n'aime pas le beurre on peut prendre un petit Kiri, moi je prends un petit Kiri ça me remplace le beurre. Vous avez cinquante grammes de pain le matin, cinquante grammes le midi et le soir quelque fois on partage vous voyez, vingt grammes le midi et le reste le soir. On partage vous voyez, sinon après ça fait trop (...)

Par contre les féculents, il faut deux cents grammes de féculents à chaque repas, midi et soir, et les légumes avec ! Il faut cent grammes de viande et deux cents grammes de poisson... ça c'est impératif !

Bon le sucre on en prend pas ! Par contre une fois par semaine on peut se permettre de prendre un petit gâteau, ou un truc sucré...

Et un fruit matin et soir ! (...) il ne faut pas qu'il y est plus de cinq heures de jeûne. (...) Moi par exemple quand je fais l'activité physique, il faut que je réduise d'un cachet le matin ; c'est ça, ça vous intéresse ? (Rires)

2.7. Patient 7 : M. JMDP

Monsieur JMDP possède des connaissances en matière d'éducation thérapeutique, il est le seul patient de l'échantillon à m'avoir parlé de l'importance de doser l'acétone en cas d'hyperglycémie.

M. JMDP : Donc... Euh... déjà la prise de médicament, le suivi de la dextro, le suivi des hémoglobines glyquées, et faire attention à tout ce qui est... l'acétone il faut qu'elle soit pas trop élevée, et ensuite si ça suffit pas, il faut passer à l'insuline ; d'autant plus si le pancréas ne fournit pas assez d'insuline au niveau... du corps pour éliminer le sucre dans le sang.

2.8. Patient 8 : M. BB.

Monsieur BB ne disposait que de notions sommaires en matière de mesures hygiéno-diététiques et aucune notion d'éducation thérapeutique.

M. BB : Non, non je n'ai jamais entendu parler de ça parce que j'étais toujours bien ! Même maintenant je n'ai rien.

Interviewer : Est-ce qu'on vous a appris, ce qu'il faut manger, ce qu'il ne faut pas manger... ?

M. BB : Oui, il faut manger trois fois par jour, moi de midi jusqu'au soir je ne grignote pas...

Et après chaque repas, quand j'ai fini, je me lave la bouche.

Il n'y a que le matin que je bois un thé ou un café, le reste de la journée je ne bois que de l'eau.

Et c'est tout ! Moi je fais attention, même sans explications ! (Rires)

2.9. Patient 9 : Mme HN.

Madame HN n'avait aucune connaissance de mesure hygiéno-diététique ou d'éducation thérapeutique.

Interviewer : Ma première question est : quelles sont les notions d'éducation thérapeutique et de mesures hygiéno-diététiques que vous connaissez ?

Mme HN : Aucun ! Je n'ai jamais fait de thérapeutique...

Interviewer : Vous n'avez jamais reçus des informations par le médecin traitant ou par l'endocrinologue ?

Mme HN : l'endocrinologue, ça fait depuis 2014, j'avais fait une hospitalisation ici et hier aussi...

Interviewer : Et vous n'avez jamais suivi un programme d'éducation thérapeutique ?

Mme HN : Non, jamais ! Je sais que c'est héréditaire, parce que mon père et mon grand-père l'avaient, le reste je sais pas...

2.10. Patient 10 : M. AV

Monsieur AV possédait d'assez bonnes connaissances en matière d'éducation thérapeutique et de mesure hygiéno-diététique mais ne semblait pas convaincu par ces dernières au cours de l'entretien, de par son ton et surtout le fait qu'il se soit fait « trainé » de spécialiste en spécialiste.

M. AV : Euh... J'ai tout entendu sur le diabète, j'ai une belle-fille médecin, elle m'a trainé chez une diabétologue à Pertuis, qui m'a envoyé chez une diététicienne... euh... J'ai tout entendu !

Interviewer : Qu'est-ce que vous avez entendu ?

M. AV : Euh... Plus de sucre, la première chose. Eviter le sel, euh... Ne buvez pas d'alcool... Faites de l'exercice ! Très important, très important ! Je marche, euh... Voilà...

Ils ne m'ont jamais dit on vous en débarrassera, alors que moi je leur ai dit que si je deviens vraiment vieillard austère, je vais m'en débarrasser ! Et je n'ai pas trop entendu de confirmation de ce côté-là.

Et prendre les médicaments régulièrement et notamment cette metformine ! Et j'étais à 500 et ils m'ont passé à 850... et ça donne des diarrhées quand même la metformine !

Voilà, je vous ai tout dit là ?

3. Analyse qualitative des comportements hygiéno-diététiques et de l'activité physique de notre échantillon

3.1. Patient 1 : M. MP

Malgré son manque de connaissance en diététique, monsieur MP faisait trois repas par jour sans grignotage.

Les repas semblaient se dérouler à heures fixes ; il avait une alimentation variée et qui paraissait équilibrée, on ne notait pas d'excès d'aliments à fort index glycémique.

M. MP : Disons trois repas par jour, pas de grignotages entre les repas et heu... Il m'arrive beaucoup de varier la nourriture le jour suivant (...)

Interviewer : oui vous essayez de varier la nourriture au jour le jour

M. MP : oui, oui ! j'essaye d'aller au marché, et puis voilà

Interviewer : Le repas du midi vous essayé de varier ?

M. MP : c'est pareil, le midi heu... comme on prend de l'âge on diminue considérablement les choses, parce que mon épouse est aussi âgée que moi, donc on prend une entrée, un plat et un dessert.

Il évoquait une consommation d'alcool qui reste occasionnelle et récréative.

Interviewer : pas d'alcool non plus aux repas ?

M. MP : Non très peu, je bois du vin occasionnellement quand j'en ai envie, heu... mais pas régulièrement.

Sur le plan des activités physiques Mr MP ne suivait pas les recommandations en ne pratiquant aucune activité.

Interviewer : On va passer à la troisième question : Que pratiquez-vous comme activité sportive ?

M. MP : Aucune !

Interviewer : Vous marchez tous les jours ?

M. MP : disons pas systématiquement

3.2. Patient 2 : Mme YB

Madame YB avait une hygiène diététique non appropriée.

Mme YB : je faisais n'importe quoi ! (Rires)

Son alimentation présentait de nombreux aliments à fort index glycémique comme le pain, les brioches, les gâteaux...

Mme YB : Alors le pire c'est que je mange beaucoup de pain, ça je mangeais une baguette par jour, donc c'était beaucoup (rires).
S'il n'y avait pas de pain, je mangeais des croissants, des brioches, des gâteaux...
Et puis voilà... Donc tout ce qu'il ne faut pas ! (Rires)

Elle faisait trois repas par jour, avec une consommation excessive de pain blanc, l'alimentation ne semblait pas être variée, ni équilibrée.
Elle faisait trois repas par jour qui n'étaient pas à heure fixe.

Mme YB : (...) je vous dis parce qu'en fait c'est souvent que j'arrivais à midi j'avais pas faim, donc je ne mangeais pas et je me décalais vers 15h 16h et je me faisais des sandwiches, parce que je ne cuisinais pas.

Sur le plan des activités physiques Me YB ne suivait pas les recommandations en ne pratiquant aucune activité.

Interviewer : ok ! pratiquez-vous une activité sportive ?

Mme YB : NON ! parce qu'avant je faisais un peu de marche, je ne marchais pas beaucoup mais on va dire que je marchais environ un quart d'heure à vingt minutes ; mais ça fait deux ans maintenant que j'ai hyper mal au dos, donc que je faisais plus rien !

3.3. Patient 3 : M. CC

Monsieur CC avait une alimentation variée, et plus ou moins équilibré. Il dit limiter les plats en sauces. On ne note pas d'aliments à fort index glycémiques, pas de grignotage entre les repas, cependant il évoquait des difficultés à avoir des repas à heure fixe à cause de sa profession.

M. CC : ben repas type, dès le printemps on va attaquer les plancha, les grillades, les trucs comme ça... quand on est à la maison, on évite tout ce qui est plat en sauce, donc on utilise beaucoup la rôtissoire ou la plancha. Donc voilà...

Interviewer : et vous mangez de tout... ?

M. CC : Oui je mets légumes, féculents et autres (...) j'essaie de rééquilibrer autrement par les légumes.

Interviewer : Des grignotages ?

M. CC : Nan, jamais...

Interviewer : Vos repas sont toujours à heure fixe ?

M. CC : C'est très difficile d'être à heure fixe...

Sur le plan des activités physiques Mr CC ne pratique pas les recommandations.

Interviewer : Que pratiquez-vous comme activité sportive ?
M. CC : Depuis qu'on est arrivé ici plus rien ! pour l'instant !

3.4. Patient 4 : Mme RH

Madame RH avait une hygiène diététique avec des repas variés, plus ou moins équilibrés. Elle s'autorisait des écarts alimentaires le Week-End pour les petits déjeunés en famille.

Mme RH : Le week-end je me fais plaisir, je rajoute de la confiture ou je m'achète un pain au chocolat avec ma famille, surtout le dimanche ! (Rires) (...) Après on essaie plus ou moins de faire un repas plus ou moins équilibré.

Les repas n'étaient pas à heure fixe et souvent décalés. Son principal repas était le soir, bien qu'elle sache que cela n'est pas recommandé, c'était le seul moyen de garder une relation de couple avec son mari.

Mme RH : (...) après moi je fais trois boulots parce que je n'arrive pas à trouver un trente-cinq heures, ce qui fait que j'ai du mal à gérer mes heures parce qu'il faut manger à heure régulière tranquillement et c'est pas forcément le cas (...) Moi mon repas principal c'est le soir parce que je mange avec mon époux, parce que le midi on ne se voit pas.

Elle évoquait aussi de nombreux « relâchements », ces écarts alimentaires étant justifiés par le fait de maintenir une vie sociale.

Mme RH : (...) Parce que là j'avoue je me lâche, des fois il y a des anniversaires, on ne va pas en vacances car on a pas les moyens, mais on a un groupe d'amis, on reçoit beaucoup d'amis... Donc c'est vrai que l'été je me lâche beaucoup... C'est vrai aussi que si on va chez les gens, à l'apéro je vais pas boire de vin, pas de boisson sucrée, je vais éviter de manger les chips, les choses comme ça... Mais bon s'il y a un dessert, je vais le prendre, le plat qui aura été cuisiné je vais le manger, je ne vais pas dire oh non je le mange pas ! Je ne peux pas...

Sur le plan des activités physiques, Mme RH suit les règles hygiéno-diététiques en marchant environ 20 à 30 minutes par jour.

Interviewer : Vous marchez combien de temps avec le chien ?
Mme RH : Environ vingt minutes, une demi-heure.

3.5. Patient 5 : Mme JG

Madame JG ne suivait aucune règle hygiéno-diététique liée au diabète, son alimentation était variée mais mal équilibrée avec des quantités importantes dans l'assiette et des aliments à index glycémique élevés.

De plus madame JG grignotait entre les repas.

Mme JG : On mange bien ! On mange très bien chez nous ! (Rires) J'ai très bon appétit (...) Sinon un bon déjeuné et puis le soir pareil on mange aussi bien avec mon mari. On mange beaucoup tous les deux ! Et puis dans la famille aussi !

Interviewer : Est-ce qu'il y a des grignotages ?

Mme JG : oui ! ça m'arrive mais depuis quelques mois-là, non !

Sur le plan des activités physiques, Me JG ne respectait pas les recommandations en ne pratiquant aucune activité.

Interviewer : Que pratiquez-vous comme activité physique ?

Mme JG : Rien du tout ! Je n'en ai jamais fait et je n'aime pas !

3.6. Patient 6 : Mme AR

Madame AR semblait avoir de bonnes connaissances concernant les mesures diététiques, elle variait son alimentation ; elle différenciait bien les éléments gras et sucrés des aliments pour équilibrer son alimentation. De plus Me AR ne grignote pas entre les repas

Mme AR : (...) Je cuisine mais toujours sans gras ! Comme on nous a appris en diététique à Eyguies, parce qu'on y est allé plusieurs fois, plusieurs années et c'est là qu'on nous a appris à faire la cuisine sans gras, sans rien... Donc si tu manges le fromage, tu manges une portion de pizza, tu supprime le pain et le fromage... Tout ça il faut le savoir hein ! Mais tout ça on ne le fait plus à la maison... Il ne faut pas se resserrer ! (...) Et le pain j'exagère pas. (...) Et... Autrement moi je ne grignote pas, rien...

Sur le plan de l'exercice physique Mme AR fait deux heures de piscine par semaine mais seulement de septembre à juin, les quatre mois restants elle n'avait aucune activité, même pas la marche.

Mme AR : Ben voilà, l'aquagym ça s'appelle. Là on va commencer le 5 mars, euh... Non les cinq septembres et jusqu'au mois de juin !

Interviewer : Par contre, pas de marche ?

Mme AR : Non malheureusement car j'ai pas mal de douleurs (...)

3.7. Patient 7 : M. JMPD

Monsieur JMPD avait un petit déjeuné riche en aliments à index glycémique élevés, les repas étaient globalement mal équilibrés car trop riches, peu varié car essentiellement constitué de sandwich à midi et de plats en sauces le soir.

Il évoquait aussi des crises de « fringales » compulsives en rentrant de travail avec des aliments gras et à fort index glycémiques.

M. JMDP : Donc euh... Trois repas par jour. Au déjeuner je prenais donc euh... souvent du pain mais souvent aussi des madeleines, des biscuits BN... Donc des produits sucrés qui ne sont pas vraiment conseillés, mais bon c'est la gourmandise... (Rires) (...) à midi je faisais... comme je travaille (...) il y a des jours je fais le sandwich (...) ce n'est jamais le repas équilibré, équilibré... Avec un peu de viande aussi (...) Le troisième repas, je le prends le soir à la maison. C'est repas logiquement c'est à base de légumes, etc... Mais mon tort c'est de mettre des petites sauces, donc sauce à base de crème fraîche ou à base de miel ! ou aussi tout ce qui est à base de caramel... ben ça y passait quoi... (Rires)

Et le tort que j'ai eu aussi c'est qu'entre midi et le repas du soir quand je rentrais à la maison, ben je dévorais quoi !! je dévorais tout ce qui passait, du pain... à nouveau des biscuits sucrés...

Interviewer : Donc ça c'était du grignotage avant les repas ?

M. JMDP : Ça c'était quand je rentrais du travail, je lâchais prise, j'étais libéré du travail, donc euh... Je me sentais décontracté, j'avais l'impression d'attraper une fringale et donc là je mangeais tout ce qui arrivait, tout ce qui était possible. Et il y a des jours où la fringale j'arrivais vraiment pas à la calmer...

Les activités physiques de monsieur JMPD étaient la marche, il respectait les recommandations en faisant environ ½ heure de marche par jour.

M. JMPD : on faisait une balade systématiquement d'environ une demie heure / trois quart d'heure. Le Week End deux à trois balades de une heure

3.8. Patient 8 : M. BB

Monsieur BB ne suivait aucunes mesures hygiéno-diététiques, cependant il faisait trois repas par jour, plus ou moins équilibrés et sans de grignotages. Ses repas n'étaient pas variés, essentiellement fait de plats en sauce.

Interviewer : Quelles sont vos habitudes alimentaires au quotidien ?

M. BB : je mange le pain, le douèze (plat en sauce) et le dessert... c'est tout ! (...) Le matin, le café au lait avec un morceau de pain et du beurre ou de l'huile d'olive, et le midi on mange que le douèze avec un quart de baguette de pain et le soir pareil aussi un quart de baguette de pain. Le soir je le mange avec du fromage. Il y a des desserts aussi après les repas.

Sur le plan des activités physiques Monsieur BB ne respectait pas non plus les recommandations en ne pratiquant aucune activité.

Interviewer : Que pratiquez-vous comme activité physique ?

M. BB : Avant j'étais maçon et puis après j'ai fait du transport... Mais la ça fait trente ans je se suis à la retraite je ne fais plus rien !

3.9. Patient 9 : Mme HN

Madame HN ne suivait aucune des mesures hygiéno-diététiques, elle se définissait comme une « gourmande », son alimentation était principalement constituée de sucres lents tel que le riz et les pâtes accompagné de sauces. Son alimentation n'était donc pas équilibrée avec des portions dans l'assiette jugées par la patiente de trop importantes, ni varié car elle préparait un plat servant de repas pour le midi et le soir.

Mme HN : Oh... Trop ! Je l'ai dit ce matin c'est trop ! Je suis gourmande (Rires) Je prends des pâtes, du riz, avec de la sauce tomate... Donc je n'ai pas de régime à faire, je suis gourmande !

Interviewer : Votre déjeuner type le midi, c'est quoi ?

Mme HN : Comme je vous l'ai dit, du riz, des pâtes... Voilà ! Et de la viande, du poisson... Voilà !

Interviewer : Et le soir ?

Mme HN : Pareil ! Parce que quand je fais à manger, je fais pour le midi, et le soir !

Interviewer : C'est quoi, c'est les portions qui sont importantes ?

Mme HN : Oh oui ! je ne le cache pas, car je le fais ! (Rires)

Le seul point positif était l'absence de grignotages.

Interviewer : Est-ce qu'il y a des grignotages entre les repas ?

Mme HN : Non, jamais !

Sur le plan des activités physiques, Mme HN ne suivait pas les recommandations, en n'en pratiquant aucune.

Interviewer : Et en dehors du travail vous faites des activités physiques autres ?

Mme HN : Le ménage chez moi seulement !

Interviewer : Pas de marche ?

Mme HN : Non, pas de marche !

3.10. Patient 10 : M. AV

Monsieur AV avait de bonnes connaissances des mesures hygiéno-diététiques mais présente des difficultés à les appliquer car c'était sa femme qui préparait les repas.

Les repas qu'elle lui faisait était variés, et plus ou moins équilibrés ; cependant il se plaignait d'avoir le soir une alimentation trop grasse, et que sa femme lui apporte des boissons à fort index glycémiques en dépit de son diabète.

M. AV : J'ai une épouse depuis soixante ans qui cuisine bien, euh... Et j'aime plutôt ce qui ne convient pas... euh... à une alimentation équilibrée. (...) Euh... Alimentairement... Et hier ma femme, elle s'est faite presque gronder par une infirmière parce qu'elle m'a monté de la cafétéria un NESTEA, l'infirmière a failli faire une crise (Rires) quand elle a vu ça, elle lui a dit « mais il est diabétique ! », « ah oui c'est vrai ! »

(...) Mon épouse estime que la salade est vraiment pas nécessaire, moi je dis qu'en début de repas on doit manger une grosse salade ! Voilà... vous savez c'est un combat quotidien (...)

M. AV : Oh... elle essaiera toutes les fantaisies possibles et inimaginables ! Des œufs sur du chorizo, des œuf frits sur du chorizo quoi... euh du figatelli sur toast bien gras, avec des patates ! (...) Je pense que nous avons une alimentation assez grasse ; ma femme ne ménage ni l'huile, ni le beurre...

4. Evaluation de la surveillance du diabète dans notre échantillon

Monsieur MP effectuait uniquement une surveillance trimestrielle avec le dosage de l'HbA1c, il n'avait pas de connaissance sur la surveillance annuelle à la recherche des complications chroniques.

Interviewer : Comment vous surveillez votre diabète de type deux ?

M. MP : Je le surveille à ma façon ! (Rires)

Interviewer : c'est quoi à votre façon ?

M. MP : je ne me fie qu'aux analyses que je ne fais que tous les trois mois ! Et suivant la progression, à ce moment-là je corrige.

Interviewer : Vous faites d'autres examens pour surveiller votre diabète ?

M. MP : Non

Interviewer : Que les prises de sang ?

M. MP : oui !

Madame YB avait une surveillance quotidienne par auto-contrôles de la glycémie, elle réalisait la surveillance trimestrielle de l'HbA1c, ainsi que la surveillance annuelle chez l'ophtalmologue et le cardiologue. Cependant, on ne note pas de surveillance la surveillance clinique des pieds diabétique, ni de la protéinurie.

Mme YB : ben... en fait, la surveillance c'est que je me pique et je regarde sur mon lecteur... voilà...

Interviewer : il y a d'autres examens que vous faites pour surveiller votre diabète ?

Mme YB : non ! enfin si !! elle me faisait faire tous les quatre/cinq mois une prise de sang pour voir l'hémoglobine glyquée, voilà...

Interviewer : ok, c'est les seuls examens que vous faisiez pour votre diabète.

Mme YB : Non, en plus j'allais pour les yeux, une fois par an et pour le cœur une fois tous les deux ans...

Monsieur CC avait une surveillance quotidienne par autocontrôles glycémiques, il réalisait des contrôles trimestriels de l'HbA1c, une surveillance annuelle avec la prise de sang annuelle et la protéinurie des vingt-quatre heures.

Elle n'a pas évoqué lors de l'entretien la partie clinique et la surveillance des pieds diabétiques ; elle n'évoquait pas non plus la surveillance des facteurs de risque cardiovasculaires.

Interviewer : comment surveillez-vous votre diabète de type 2 ?

M. CC : Alors j'ai... je fais un contrôle en me levant, un avant de manger, le soir avant de manger en temps normal et un avant de me coucher, sauf... sauf quand je sens que j'ai un coup de chaud ou autre et là je fais un contrôle et puis... Voilà

Interviewer : (...) c'est l'unique façon pour surveillez votre diabète de type deux ?

M. CC : ben après il y a quand même le contrôle tous les trois mois, donc... euh... avec le médecin, mais en journalier c'est quatre fois par jour

Interviewer : il y a d'autres examens que vous faites à part ces deux-là ?

M. CC : (...) la prise de sang si elle est bonne une fois par an et puis la trimestrielle, hein... !

Il y a les urines aussi...

Interviewer : il n'y a pas d'autres spécialistes que vous voyez pour surveiller le diabète ?

M. CC : Non hormis le médecin traitant, non...

Madame RH disposait de bonnes connaissances concernant la surveillance de son diabète, elle effectuait des autocontrôles quotidiens, la surveillance trimestrielle de l'HbA1c, la surveillance annuelle des facteurs de risques cardiovasculaire, ainsi que le fond d'œil.

Elle n'a cependant pas évoqué la partit clinique de la surveillance et l'autosurveillance des pieds diabétiques.

Interviewer : Comment surveillez-vous votre diabète de type deux ?

M. RH : Je surveille avec l'appareil pour regarder le taux de sucre, après on a des prises de sang tous les deux mois et je revois avec l'endocrinologue pour l'hémoglobine glyquée, le cholestérol... toutes ces choses-là !

Interviewer : D'accord, à part la surveillance sanguine, il y a d'autres examens que vous faites ?

Mme RH : Euh... Non, non ! C'est les prises de sangs, nous on connaît nos taux, après c'est des recherches que les docteurs font faire quoi (...) c'est les fonds d'œil, c'est l'ophtalmologiste parce que ça peut attaquer la vue ! Le doppler parce que ça bouche les artères, il faut voir pour le cœur... Voilà c'est pleins d'exams, pour moi c'est de choses... Voilà !

Madame JG réalisait une surveillance quotidienne par autocontrôles glycémiques. Elle ne disposait pas de connaissances sur la surveillance de son diabète autres que cette dernière.

Interviewer : Comment surveillez-vous votre diabète de type deux ?

Mme JG : Avec ça... pour se piquer au bout du doigt !

Madame AR disposait de bonnes connaissances concernant la surveillance de son diabète ; elle effectuait une surveillance quotidienne par autocontrôles glycémiques, une surveillance annuelle des facteurs de risques cardiovasculaire et du fond d'œil.

Elle n'a pas cité la surveillance clinique et des pieds diabétiques, ni la réalisation d'une protéinurie/albuminurie dans sa surveillance annuelle.

Interviewer : Comment surveillez-vous votre diabète de type deux ?

Mme AR : En se contrôlant vous voulez dire ?

Interviewer : En général, vous faites quoi dans la surveillance de votre diabète ?

Mme AR : ah ben la glyqué tous les trois moi ! Et puis je ne me contrôle pas des plus hein ! Comme je prends des cachets... Si je fais un repas et que je ne suis pas très bien, là je me contrôle.

Interviewer : Est-ce qu'il y a d'autres examens que vous faites pour surveiller votre diabète ?

Mme AR : Ah ben on a le fond de l'œil, on a pour l'hypertension... le cardiologue ! Euh... On a eu les doppler il n'y a pas longtemps pour les jambes... On a eu pour le cou aussi... Oui ça on me le marque d'habitude, une fois par an ou tous les deux ans... Ah c'est surveillé, elle (son médecin) contrôle !

Monsieur JMPD avait de bonnes connaissances concernant la surveillance de son diabète. Il effectuait une surveillance trimestrielle avec dosage de l'HbA1c, mais avouait un défaut d'observance. Une surveillance annuelle des facteurs de risques cardio-vasculaires et du fond d'œil était également réalisé.

On ne notait pas de surveillance clinique des pieds diabétiques et d'examens urinaires.

M. JMDP : Je viens de prendre connaissance... Euh ça fait une dizaine d'année que j'ai le diabète et j'étais sous médicaments... Et l'insuline je viens de commencer, alors... Je surveillais uniquement par prise de sang que je pouvais faire tous les trois mois à peu près... Sauf que je n'étais pas régulier et voilà donc... Ça pouvait être tous les six mois environ.

Interviewer : D'accord ! Est-ce qu'il y avait d'autres examens que vous faisiez pour surveiller votre diabète ?

M. JMDP : Ben tout ce qui était à côté, donc... L'ophtalmologie, le cardiologue où je faisais l'épreuve d'effort, l'échographie du cœur, euh... l'électrocardiogramme, et puis ensuite j'ai fait des doppler ; Et ensuite j'ai aussi... ça me sort de l'esprit...

Monsieur BB n'avait aucune connaissance d'éducation thérapeutique quant à la surveillance de son diabète or la surveillance trimestrielle de l'HbA1c.

M. BB : Là maintenant on va surveiller parce qu'avant je ne surveillais rien du tout ! (...) Je ne contrôlais rien du tout !

Mais c'est quand j'ai arrêté que je suis tombé malade !

Interviewer : Est-ce que vous faisiez d'autres examens pour surveillez le diabète ?

M. BB : Maintenant, oui on va les faire mais avant je ne faisais rien du tout je vous dis !

Interviewer : Mais est-ce que vous faisiez des prises de sang... ?

M. BB : Oui ça, tous les trois mois !

Interviewer : A part ces prises de sang il y avait d'autres examens ? Ou d'autres spécialistes que vous voyez ?

M. BB : Non, ça jamais, parce que mon diabète il est tout bon ! (Rires)

Madame HN effectuait des autocontrôles glycémiques quotidiens, elle avait une surveillance trimestrielle de l'HbA1c et une surveillance annuelle des

facteurs de risque cardio-vasculaires avec son cardiologue. Cependant les connaissances relatives à la surveillance de son diabète restent limitées.

Mme HN : Le dextro, et si c'est haut je fais mon insuline et voilà...

Interviewer : Est-ce que vous faites d'autres examens ?

Mme HN : C'est-à-dire ?

Interviewer : d'autres examens médicaux, des prises de sang...

Mme HN : Ben oui je fais les prises de sang tous les trois mois, et c'est tout... A part hier ils m'ont fait le truc pour le cœur, c'est tout...

Monsieur AV effectuait depuis récemment une surveillance quotidienne avec des autocontrôles glycémique avec entretien d'un carnet glycémique ; il effectuait une surveillance trimestrielle avec dosage de l'HbA1c. Le plus étonnant c'est qu'il ne se souciait pas de la surveillance et laissait l'entière gérance à son médecin traitant. Les connaissances de Monsieur AV étaient limitées concernant la surveillance de son diabète.

M. AV : Quand le médecin me marquait une prise de sang, j'allais faire une prise de sang et il essayait d'en tirer des leçons... efficaces !

Et mon fils m'a dit aussi, tu ne contrôles pas ton sucre tous les jours ? Et alors il m'a appris à me servir d'un appareil... J'ai même un carnet de glycémies, mais c'est tout récent !

Interviewer : Vous faites d'autres examens ?

M. AV : Euh... Je vais voir le médecin qui juge ce qu'il faut voir.

5. Limites à l'observances des mesures hygiéno-diététiques évoquées au cours des entretiens

5.1. Thèmes retenus

5.1.1. Connaissances des Mesures hygiéno-diététiques

TABLEAU II, Attitude face aux MHD au sein de la population étudiée.

Echantillon	MHD	3 Repas/jour Equilibrés et variés	Aliments à fort IG	Grignotages	Importance du petit déjeuné	Activité physique régulière
Patient 1	OUI	Absents	Absent	OUI	NON	
Patient 2	NON	Présent	Présent	OUI	NON	
Patient 3	NON	Absent	Absent	OUI	NON	
Patient 4	OUI	Absent	Absent	OUI	OUI	
Patient 5	NON	Présent	Présent	OUI	NON	
Patient 6	OUI	Absent	Absent	OUI	OUI	
Patient 7	NON	Présent	Présent	OUI	OUI	
Patient 8	NON	Présent	Absent	OUI	NON	
Patient 9	NON	Présent	Absent	NON	NON	
Patient 10	OUI	Absent	Absent	OUI	OUI	
Total		60% NON	50% A*	70% A*	90% OUI	40% OUI
		40% OUI	50% P*	30% P*	10% NON	60% NON

* A = Absent, P = Présent.

On note au sein de notre population que seulement 60% des patients faisaient 3 repas par jour qui paraissent à peu près équilibrés et variés.

On notait dans 50% des cas la présence et surtout l'abus d'aliments à fort IG. Les grignotages étaient présents chez 30% de l'échantillon.

Quasiment la totalité des patients, sauf un, faisaient un bon petit déjeuné et notaient l'importance d'en faire un bon.

Sur le plan de l'activité physique, seulement 40% de l'échantillon avaient une activité physique régulière.

5.1.2. Limites d'adhésion thérapeutique.

Monsieur MP présentait des difficultés d'adhésion thérapeutique sur le long court. Ses difficultés étaient surtout liées à la surveillance de son diabète et aux mesures diététiques.

M. MP : ah ben c'est toujours embêtant !

On décide de le suivre mais heu..., avec dents de scie. (...) Ben c'est de surveiller la nourriture, hein !

Interviewer : Il y a des exemples de difficultés que vous pouvez me raconter ?

M. MP : pas particulièrement, mais j'ai eu fait des expériences pour voir, je suis un peu curieux donc ... ça m'est arrivé de prendre deux canettes de bière un soir, quand je faisais l'examen le lendemain, la réaction ne s'est pas faite attendu (rires)

Madame YB évoquait une limite d'adhésion principalement dû au défaut de connaissances d'éducation thérapeutique, la deuxième limite d'adhésion était selon elle la difficulté d'allier diététique et vie socio-professionnelle.

Mme YB : Ben c'est surtout la méconnaissance de tout ! Parce que je veux dire que quand on est à la maison on va voir le médecin mais voilà moi elle m'a donné l'insuline elle ne m'a rien expliqué ! voilà... vous faites quarante-cinq et trente-cinq, voilà c'était tout. On ne sait pas la finalité des choses en fait. (...) A l'époque quand je travaillais oui ! ben le midi on mangeait sur le pouce ! on mangeait des sandwiches sur le bureau et pis voilà ; donc forcément ça n'aidait pas à gérer.

Monsieur CC Présentait des limites d'adhésion sur le plan de la diététique avec une alimentation trop strict à son gout, il nous avait expliqué également la grande difficulté d'acceptation de son diabète limitant son adhésion.

M. CC : la bonne diététique, j'ai quand même fait gaffe un bon moment, donc bon de temps en temps quand je fais un dérapage, après c'est la restriction pendant une bonne semaine ! (Rires) (...) ben je trouve que c'est quand même contraignant, oui c'est contraignant ! (...)

Interviewer : Vous avez donc eu une période d'acceptation d'un an environ ?

M. CC : (...) Ouais, ouais j'en ai eu pour environ un an pour l'accepter, à l'époque j'étais à six contrôles par jour, donc... mais j'étais rentré en urgence donc.... (Rires) c'était très compliqué !

Madame RH évoquait des limites à l'adhésion thérapeutique surtout sur le plan de la diététique qui lui impose des répercussions dans sa vie en société avec les amis, dans sa vie professionnelle, ainsi que dans sa vie familiale.

Mme RH : Franchement oui, pour moi la diététique ça devient une obsession ! C'est à cause de ça que je crois qu'à un moment on en a marre et qu'on a envie de tout lâcher et... D'envoyer bouler ! Parce que à côté de ça, il y a aussi tous les soucis de la vie, il y a tout qui s'ajoute aussi ! Donc ce n'est pas toujours évident à gérer

Cependant on note que l'adhésion thérapeutique lui avait été récemment améliorée par la pose d'un lecteur glycémique sous cutané et d'une pompe à insuline.

Après il y a de l'évolution, là par exemple on vient de me placer ça ! (Lecteur glycémique sous cutané), ça m'évite donc de me piquer le doigt chaque fois que je m'arrête en voiture, faut que je sorte mes bandelettes, tout ça... Là c'est vrai que ça va être pratique, je vais passer l'appareil et je vais tout de suite voir si c'est ça ou pas.

Madame JG présentait un problème d'adhésion thérapeutique complet concernant les mesures hygiéno-diététiques, trouvant ces mesures trop compliquées et difficile à assimiler. Sur le plan de la thérapeutique médicamenteuse le fait de prendre ses cachets pour le diabète en plus d'autres pour des comorbidités semblaient également poser un problème d'adhésion.

Mme JG : Ben je trouve quand même qu'il y a pas mal de choses à faire ! Faut y penser hein !

Et puis je ne prends pas que des remèdes pour le diabète alors... ça, ça m'agace un peu tous ces remèdes ! Si je pouvais m'en passer j'arrêteraient tout !

Interviewer : Et autre que les remèdes, comme la diététique, il y a des difficultés que vous rencontrez ?

Mme JG : Non, non je ne vois pas... Non moi je me régale, me mettre à table c'est un plaisir hein ! (Rires)

Interviewer : (Rires) Non gérer sa nourriture ne vous pose pas problème ?

Mme JG : Ah ben ça je vais faire attention à partir de maintenant ! Mais je ne savais pas qu'on pouvait manger des féculents par contre ! ça je l'ai appris depuis que je suis là.

Madame AR semblait poser une limite d'adhésion thérapeutique si elle passait à l'insulinothérapie plus tard. Sur le plan diététique elle semblait évoquer une limite d'adhésion aux MHD, mais qui semblait être résolue par l'éducation thérapeutique qu'elle venait d'avoir au cours de l'hospitalisation.

Mme AR : Ben moi les douleurs c'est tout ! Sinon moi les cachets je les prends c'est tout, il y a juste si je me mets à l'insuline, là ça va me contrarier ! Avant je faisais le Byetta, c'est un peu pareil mais après il faut savoir les doses, tout ça là, ça ! ça va me contrarier un petit peu !

Monsieur JMPD avait une adhésion thérapeutique très faible, il avait volontairement arrêté toute observance thérapeutique et des MHD pendant trois mois. Sa motivation était de « tester » si les antidiabétiques avaient une réelle efficacité, car selon lui il verrait ses parents prendre des antidiabétiques oraux et de l'insuline sans réelle efficacité... On retrouve ainsi une limite dans le manque de confiance dans les bénéfices du traitement, ainsi qu'une lassitude face aux traitements chroniques.

Sur le plan des mesures hygiéno-diététique on notait également un manque d'adhésion thérapeutique avec des grignotages impulsifs après le travail composé d'aliments à fort index glycémiques.

Si je suis hospitalisé aujourd'hui ce n'est pas parce que j'avais huit (HbA1c), c'est que j'avais un dextro à 4,7 grammes et 14 en hémoglobine glyquée ! Et... c'était dû au fait que... je n'ai pas pris mon traitement pendant trois mois. Volontairement donc... (Rires)

Interviewer : Et ce traitement vous l'avez pas pris parce que... ?

M. JMDP : Simplement parce que mes parents avaient le diabète depuis vingt à trente ans, et je voyais qu'en se droguant avec les cachets maintenant ils ont l'insuline aussi ; Et surtout ils ont des chiffres à 2,40... Je vois donc je me suis dit que les cachets servent à rien... Donc j'ai voulu tester (Rires)

Monsieur BB ne semblait pas présenter non plus d'adhésion thérapeutique. Il avait été hospitalisé suite à une inobservance thérapeutique médicamenteuse et des mesures hygiéno-diététiques durant son séjour au Maroc ; Marquant une limite dans la connaissance et l'aptitude au traitement et également un manque de confiance dans les bénéfices du traitement.

M. BB : J'ai arrêté les cachets ! C'est à cause de ça que je suis rentré (à l'hôpital). En fait j'ai fait la faute ! pendant trois mois j'ai arrêté, j'ai oublié de les prendre au Maroc, et au lieu d'aller voir le docteur, j'ai dit après, après, après...

Madame HN évoquait principalement des difficultés d'adhésion thérapeutique et d'observance dans le cadre de la diététique, engendrant un déséquilibre important de son diabète.

Mme HN : Au niveau alimentaire, c'est de faire deux repas par jour et voilà... Je mange tout moi, tout ce qu'on me donne je le mange ; je ne regarde pas si c'est bon ou si c'est pas bon, voilà... je suis une gourmande ! (Rires)

Monsieur AV, nous expliquait que sa principale limite d'adhésion thérapeutique était sa femme qui préparait les repas et ne tenait pas compte des recommandations en matière de MHD.

M. AV : Un mariage de soixante ans monsieur ! (Rires) C'est assez insurmontable n'est-ce pas ?!

(...) La gourmandise ! la gourmandise... Mais pas le sucre, le sucre je m'en passerais bien !

Je pense que nous avons une alimentation assez grasse ; ma femme ne ménage ni l'huile, ni le beurre pour les cervelles sautées...

5.1.3. Limites psycho-sociales.

Madame RH évoquait au cours de l'entretien des difficultés à gérer son diabète en société, grande difficulté sur le plan diététique à suivre les MHD en société au restaurant ou même au sein du cadre familial en ayant le sentiment d'imposer ses contraintes alimentaires à sa famille...

Mme RH : Quand on a une famille, tu vas cuisiner... alors tu ne vas pas faire manger à toute la famille que comme toi tu manges parce que tu vas tenir compte de ce que les autres... ils aiment. Et ce n'est pas toujours évident de s'accommoder à tout ça parce que quelque part, je vais pas priver ceux qui sont avec moi et moi à force de faire plaisir, c'est pas bon pour moi non plus. (...)
Ben pas forcément, maintenant que je suis habitué et que mon entourage le sait, mais des fois quand tu es avec des gens que tu ne connais pas ou quoi... Ah qu'est-ce que c'est ? et... Il faut toujours se répéter, s'expliquer et je dois me lever et aller aux WC...

Monsieur AV nous expliquait que de devoir limiter sa consommation d'alcool lorsqu'il recevait des invités limitait ses rapports sociaux.

M. AV : Mesurer sa consommation d'alcool, ça rend difficile les rapports sociaux, parce que dès qu'il y a quelqu'un ma femme sort les bouteilles ! Et alors c'est un peu difficile quand on aime ça...

Madame AR nous évoquait la répercussion de drames familiaux sur son moral, l'application des mesures hygiéno-diététiques et enfin de compte sur son diabète.

Mme AR : Mais là j'ai petit peu grossi parce que (...) j'ai eu des ennuis avec ma maman qui est décédée et avec mes sœurs, donc aussi tout ça, ça m'a...

5.1.4. Limites socio-économiques.

La majorité des patients ne trouvaient pas que le diabète avait une répercussion économique ; selon eux, le diabète étant pris en charge à 100% en ALD (8) et ne faisant pas l'avance des frais, la maladie n'impactait donc pas sur le plan économique.

5.2. Le ressenti du patient.

Madame RH évoquait dans son intonation et ses paroles un grand sentiment de colère vis-à-vis de son diabète ; un grand sentiment de ras le bol et d'exaspération face aux contraintes que la maladie engendre.

Mme RH : Euh... Oui ! C'est une contrainte et... (...) Après c'est dans la tête ! Le jour que t'es bien ça va passer, le jour que tu n'es pas bien tu vas te dire... excusez-moi l'expression mais que.... Ça te fait chier, quoi ! (Rires) En parlant clair net et le français quoi (Rires) C'est bon quoi ça me saoule !

Monsieur CC nous évoquait ses peurs face à la mort suite à une complication du diabète qu'il évoque sous le terme d'« ambiance rouge ».

Interviewer : C'est quoi que vous appelez une ambiance rouge ?

M. CC : les... Pompiers quoi(rires) Ça c'est ma hantise ! C'est un jour avoir un truc sans prévenir et que les pompiers viennent me chercher... Ça c'est ma plus grosse hantise depuis le début.

Et s'ils viennent me chercher pour ça... Bof... Si on peut éviter (rires)

Monsieur JMPD et Monsieur BB présentaient un déni complet de leur diabète en ayant stoppé toute thérapeutique tous les deux pendant trois mois.

Interviewer : Donc vous avez aucune difficulté à gérer le diabète ? le diabète il...

M. BB : Il va partir tout seul ! (Rires)

Madame HN évoquait au cours de l'entretien un sentiment de grande fatigue à cause de son diabète.

Mme HN : Je suis fatiguée, je suis beaucoup trop fatiguée en ce moment, c'est trop haut, il y a des moments j'arrive jusqu'à quatre, cinq... Donc voilà, c'est fatigant !

5.3. La relation médecin/patient

La majorité des patients n'évoquaient pas de limites dans leur relation médecin/patient, la plupart ont une bonne relation avec leur médecin traitant.

Il n'y avait que Me YB qui évoquait un bon suivi de son diabète par son médecin mais un manque de communication et d'éducation thérapeutique de ce dernier.

Mme YB : Ben c'est surtout la méconnaissance de tout ! Parce que je veux dire que quand on est à la maison on va voir le médecin mais voilà moi elle m'a donné l'insuline elle ne m'a rien expliqué ! voilà... vous faites quarante-cinq et trente-cinq, voilà c'était tout. On ne sait pas la finalité des choses en fait.

Monsieur CC nous évoquait également des bons rapports qu'il entretenait avec son médecin traitant et du soutien qu'elle lui apportait.

M. CC : ben voilà, le fait que je sois devenu diabétique et que... heureusement que j'avais le médecin traitant derrière sinon je craquais... (rires)
Donc le médecin que j'avais avant, à la moindre alerte j'étais dans son cabinet (...)
Oui le médecin généraliste que j'ai à l'époque sur Belfort, je l'appelais au téléphone quand ça n'allait pas...

5.4. Les solutions du patient

Monsieur CC nous évoquait une solution afin d'améliorer selon lui l'adhésion thérapeutique, celle de groupes de pairs par l'intermédiaire d'associations de diabétiques pour renforcer l'expérience collective et créer une cohésion de groupe.

M. CC : ce qui me manquait... euh ben déjà les associations on les ne voit pas ! en tant qu'association y a rien du tout ! donc je pense que ça, ça manque (...) ben qu'il y ait une permanence dans les services ! la semaine, ça rapprocherait déjà un peu plus...

Interviewer : ça serait quoi ? un intermédiaire entre le médecin et le patient ?

M. CC : non ! non ! pas forcément, mais pour rencontrer d'autres diabétiques ! (...) Voir un petit peu les points de vue différents ! parce que là, le seul point de vu que j'ai c'est quand je suis hospitalisé à chaque fois ! moi j'ai ci, moi j'ai ça et que l'autre mois j'ai ci, moi j'ai ça... c'est ça c'est vrai que c'est mieux...

DISCUSSION / CONCLUSION

Cette étude menée au sein d'un échantillon de petite taille mais qui présentait une diversité satisfaisante, nous a permis d'identifier et de comprendre certaines limites et freins à l'observance thérapeutique des mesures hygiéno-diététiques chez le diabétique de type 2.

Tableau III, Limites identifiées impliquées dans la mauvaise observance.

LIMITES LIEES AUX PATIENTS	LIMITES LIEES AUX TRAITEMENTS	LIMITES LIEES AUX SOIGNANTS
Connaissances d'éducation thérapeutique et MHD	Adhésion thérapeutique	Manque de ressources et de dispositifs associatifs
Manque de confiance dans le bénéfice du traitement	Complexité des traitements / Poly-médicamentation	Manque de support éducationnel
Dépression chronique / Ressenti du patient / Lassitude	Passage à l'insulinothérapie	Relation soignant/patient
Socio-professionnelles		
Socio-familiales		
Gestationnelle / Grossesses		

L'étude menée au sein de notre échantillon a pu montrer que la majorité des patients interrogés présentaient des lacunes en termes de connaissances d'éducation thérapeutique et de mesures hygiéno-diététiques. De ce fait, ils ne suivaient pas correctement les mesures hygiéno-diététiques, et très peu pratiquaient une activité physique constituant en soit la principale limite identifiée dans notre échantillon.

On s'était aperçu au cours des entretiens que l'observance et l'adhésion thérapeutique étaient deux notions difficiles à entretenir et que malgré le fait que tous les patients avaient bénéficié d'une éducation thérapeutique au cours de leur hospitalisation, très peu y adhéraient.

Le manque d'adhésion pourrait s'expliquer également dans notre étude par des limites psychosociales, qu'elles soient socio-professionnelles ou socio-familiales et par le ressenti plutôt négatif que les patients avaient de leur diabète et qui entretient un syndrome dépressif et une lassitude au cours du temps.

D'autres limites à l'observance des MHD avaient été identifiées telles que des craintes par rapport à l'instauration d'un traitement par insuline, la complexité du traitement pour certains, le manque de confiance en soi et

dans les bénéfices des traitements, ou encore des ressources insuffisantes en ambulatoire pour entretenir un support éducationnel efficace.

Contrairement aux idées reçues que l'on avait avant de débiter l'étude, les patients interrogés ne posaient aucune limite ou frein d'ordre socio-économique concernant la gérance de leur diabète et semblaient pour la plupart présenter une relation médecin/patient satisfaisante.

La population de notre étude était un échantillon de petite taille comportant seulement dix patients après être arrivé à saturation de données au cours des entretiens. Dans la littérature et en comparant des études similaires le nombre de patients inclus est sensiblement le même, mais ce nombre restreint ne nous permet pas d'être représentatif dans nos résultats.

Chaque patient avait sa personnalité, sa façon de s'exprimer, son panel de mots, son intonation et son tempérament qui lui était propre. Dans la subjectivité complexe du patient, réussir à extraire les informations en fonction du ton et cibler les émotions de l'interlocuteur au cours de l'entretien était une tâche difficile à évaluer et à retranscrire. Il est donc possible que la subjectivité complexe du patient n'ait pu être totalement captée et/ou retranscrite dans l'étude.

Le principal point faible de l'étude était comme évoqué précédemment la petite taille de l'échantillon étudié qui donne lieu à un manque de représentativité. De plus l'étude qualitative à elle seule manque de force ; il aurait fallu la coupler à une étude quantitative pour lui donner plus de poids et espérer créer un lien de causalité.

Le deuxième point faible pourrait être lié au recrutement de l'échantillon ; nous avons principalement choisi des structures comportant un réseau d'éducation thérapeutique où 100% des patients interrogés avaient déjà bénéficié d'un programme d'éducation thérapeutique. Pour compléter l'étude il aurait été intéressant d'inclure une population de patients ambulatoires au contact de la médecine de ville pour étoffer la représentativité de la population. Cependant un tel projet aurait nécessité des moyens matériels et humains, ainsi qu'un temps d'étude plus conséquent.

Dans le modèle qualitatif de notre étude, le principal point fort était l'interprétation, qui donne à l'analyse toute sa puissance. C'est elle qui permet d'explorer toutes les facettes de la réalité et d'obtenir des résultats authentiques ; de plus elle nous a permis dans l'identification de certaines limites d'envisager une réflexion et d'entrevoir de nouvelles pistes.

BIBLIOGRAPHIE :

- (1) HAS « Haute Autorité de Santé » ; Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète ; Octobre 2014
- (2) Rapport mondial sur le diabète, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2016
- (3) INVS/ Etude ENTRED : Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France - Synthèse épidémiologique (consulté le 01/03/2017)
- (4) " Therapeutic education in primary cardiovascular prevention. Interests and limits " Baudet, Daugareil
- (5) LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- (6) Scheen AJ, Bruwier G, Schmitt H Optimisation de la prise en charge du patient diabétique de type 2 : résultat de l'étude " DREAM" en médecine générale. Rev Med Liege, 2003, 58, 139-144
- (7) Fagot-Campagna A, Romon I, Fosse S, Roudier C. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France – Synthèse épidémiologique. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, novembre 2010, 12 p.
- (8) Coût du diabète de type 2 en France ; B. Charbonnel, D. Simon, J. Dallongeville, I. Bureau, S. Leproust, L. Levy-Bachelot, J. Gourmelen, B. Detournay ; 2016.
- (9) Rigalleau V., Lang J., Gin H. Étiologie et physiopathologie du diabète de type 2. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Endocrinologie-Nutrition, 10-366-D-10, 2007
- (10) C. Magnan, A. Ktorza, Laboratoire de Physiopathologie de la Nutrition, Institut de recherches Servier (IDRS), EMC-Endocrinologie 2 (2005) 241–264
- (11) Oster-Powell K, Holt SHA, Brand-Miller JC. International table of glycemic index and glycemic load values: Am J Clin Nutr. 2002, 76:5-56
- (12) Amylin: The Other β Cell Hormone ; John Buse, MD, PhD Professor of Medicine Chief, Division of Endocrinology UNC School of Medicine Chapel Hill, NC USA ; (http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/diabetes/amylin.the_other_beta_cell_hormone.pdf, consulté le 11/01/2017)
- (13) Inspection générale des affaires sociales : Evaluation de la prise en charge du diabète ; Annick MOREL, Dr Gilles LECOQ, Danièle JOURDAIN-MENNINGER ; 2012 : 04 ; RM2012-033P
- (14) FACULTE DE TOULOUSE http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module14/diabetologie/Chap05_TRAITEMENT_DIABETE_TYPE%202.pdf (consulté le 21/05/2017)

- (15) Diabète et nutrition : Existe-il un régime diabétique ? ; Valérie Miserez ; CH HUG ; 2008.
- (16) Société Scientifique de Médecine Générale ; DIABÈTE SUCRÉ DE TYPE 2 ; Johan Wens, Patricia Sunaert, Frank Nobels, Luc Feyen, Paul Van Crombruggen, Hilde Bastiaens, Paul Van Royen ; 2007 ; 2005/02
- (17) L'éducation thérapeutique : une solution pour vaincre l'inertie clinique et le défaut d'observance ; A.J. Scheen (1), J.P. Bourguignon (2), M. Guillaume (3), Rev Med Liège 2010 ; 65 : 5-6 : 250-255
- (18) Effets néfastes du défaut d'observance hygiéno-diététique et médicamenteuse chez le patient diabétique ; N ; PAQUOT ; Rev Med Liège 2010; 65 : 5-6 : 326-331
- (19) Empowerment for Diabetes Management : Integrating True Self-Management into the Medical Treatment and Management of Diabetes Mellitus ; Ochsner J. 2001 Jul; 3(3): 149–157.
- (20) Philip Böhme, Danielle Durain-Siefert, Irène Contal, education and annual monitoring for type 2 diabetes patients by an out-of-hospital healthcare network : comparison with a hospital department of diabetology. Ther Patient Educ 2010 ; 2(1) : 7-14
- (21) Fournier C, Gautier A, Attali C, et al. ; pour le groupe d'experts « démarche éducative » de l'Inpes. Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007. Bull Epidemiol Hebd 2009 ;42-43 :460-4.

ANNEXE 1 : CHARTE DE CONFIDENTIALITE



**FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MARSEILLE**



**UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE
AIX-MARSEILLE II**

CHARTRE DE CONFIDENTIALITE

THESE POUR LE TITRE DE DOCTEUR EN MEDECINE, D.E.S MEDECINE GENERALE.

THEME : ENJEUX DE L'ECHEC DES MESURES HYGIENO-DIETETIQUES MISES EN PLACE DANS LE CADRE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE ET DE LA PREVENTION SECONDAIRE DES DIABETIQUES DE TYPE 2.

QUESTION DE RECHERCHE : Quelles sont les limites à l'observance des mesures hygiéno-diététiques chez les patients présentant un diabète de type II ?

Monsieur, Madame

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude.

Je vous garantie que la participation à l'étude se fait de façon anonyme et qu'aucunement vos Noms ou Prénoms ne seront cités au cours de l'étude.

Vous serez cité uniquement par vos initiales afin de faire une différence entre les différents intervenants dans le traitement des données de l'étude.

Les données récoltées aux cours des entretiens seront retranscrites elles aussi de façon à garantir votre anonymat.

Cette charte est là pour vous garantir vos droits et de veiller à ce que les clauses de confidentialités soient respectées.

M. OUZZANI Mohamed

Si vous acceptez les closes de confidentialité, inscrivez uniquement vos initiales :

ANNEXE 2 : VERBATIMS



**FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MARSEILLE**



**UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE
AIX-MARSEILLE II**

Patient 1 : M MP, 80 ans, HbA1c 7,55%

Interviewer : le thème de la thèse c'est l'enjeu de l'échec des mesures hygiéno-diététiques mise en place dans le cadre de l'éducation thérapeutique et de la prévention secondaire des diabétiques de type 2, en gros c'est savoir quelle est votre observance, vous qui êtes diabétique de type 2 et de savoir quelles sont les difficultés à suivre un bon régime hygiéno-diététique approprié selon les recommandations.

M. MP : ah ben c'est toujours embêtant !

On décide de le suivre mais heu..., avec dents de scie.

Interviewer : Ma première question est : Quelles sont vos notions d'éducation thérapeutique et de mesures hygiéno-diététiques ?

M. MP : j'ai aucune connaissance particulière, heu...

Interviewer : vous avez aucune connaissance particulière, heu vous avez eu un programme d'éducation thérapeutique par un spécialiste ou par votre médecin généraliste ?

M. MP : heu... non.

Interviewer : On va passer à la question numéro deux, Quels sont vos habitudes alimentaires au jour le jour ?

M. MP : Disons trois repas par jour, pas de grignotages entre les repas et heu.... Il m'arrive beaucoup de varier la nourriture le jour suivant

Interviewer : oui vous essayez de varier la nourriture au jour le jour

M. MP : oui, oui ! J'essaye d'aller au marché, et puis voilà

Interviewer : Qu'est-ce que vous prenez au petit déjeuner en général ?

M. MP : A huit heures...

Interviewer : Huit heures pile ?

M. MP : huit heures pile oui

Interviewer : il est composé de quoi ce petit déjeuner ?

M. MP : Alors, il est composé d'un yaourt, heu... De deux biscottes avec du beurre, heu... et pis voilà....

Interviewer : café, thé ?

M. MP : café ! café.

Interviewer : Le repas du midi vous essayez de varié ?

M. MP : c'est pareil, le midi heu... comme on prend de l'âge on diminue considérablement les choses, parce que mon épouse et aussi âgée que moi, donc on prend une entrée, un plat et un dessert.

Interviewer : donc entrée, plat, dessert.

M. MP : On a pratiquement ou presque pratiquement arrêté le fromage et pas de pain

Interviewer : Des féculents ?

M. MP : oui des féculents !

Interviewer : A chaque repas ?

M. MP : non pas à chaque repas !

Interviewer : Et le soir c'est quoi en général ?

M. MP : la même chose mais plus léger !

Interviewer : entrée, plat, dessert, mais avec des portions plus basses ?

M. MP : Voilà !

Interviewer : toujours pas de pain et pas de fromage ?

M. MP : non, ça ne change pas.

Interviewer : pas d'alcool non plus aux repas ?

M. MP : Non très peu, je bois du vin occasionnellement quand j'en ai envie, heu... mais pas régulièrement.

Interviewer : On va passer à la troisième question : Que pratiquez-vous comme activité sportive ?

M. MP : Aucune !

Interviewer : Pas de marche ?

M. MP : ah oui la marche !

Interviewer : vous essayez de marcher un peu ?

M. MP : voilà, j'essaie de marche un peu, disons pour maintenir mon poids ou essayer de le baisser un peu.

Interviewer : Vous marchez tous les jours ?

M. MP : disons pas systématiquement, mais comme c'est moi qui fait les courses, disons que j'ai l'occasion de marcher quasiment tous les jours.

Interviewer : Comment vous surveillez votre diabète de type deux ?

M. MP : Je le surveille à ma façon ! (Rires)

Interviewer : c'est quoi à votre façon ?

M. MP : je ne me fie qu'aux analyses que je ne fais que tous les trois mois ! Et suivant la progression, à ce moment-là je corrige.

Interviewer : Donc c'est avec les prises de sang de tous les trois que vous surveillez votre diabète ?

M. MP : Voilà

Interviewer : Vous faites d'autres examens pour surveiller votre diabète ?

M. MP : Non

Interviewer : Que les prises de sang ?

M. MP : oui !

Interviewer : et là la dernière question, selon vous quelles sont les limites, les difficultés que vous rencontrez pour gérer correctement votre diabète ? au quotidien ?

M. MP : Ben c'est de surveiller la nourriture, hein !

Interviewer : Il y a des exemples de difficultés que vous pouvez me raconter ?

M. MP : pas particulièrement, mais j'ai fait des expériences pour voir, je suis un peu curieux donc ... ça m'est arrivé de prendre deux canettes de bière un soir, quand je faisais l'examen le lendemain, la réaction ne s'est pas faite attendu (rires)

Interviewer : c'est donc l'expérience qui vous a...

M. MP : tant que le diabète reste dans l'eau ou tout va bien, je navigue comme ça, car je suis simplement sous cachets, et pas sous insuline pour l'instant.

Interviewer : d'accord, donc vous, votre point de repère c'est la prise de sang tous les trois mois et c'est votre expérience qui vous laisse gérer la diététique derrière ?

M. MP : voilà, si vraiment le diabète a monté, alors là je réduis tout ce qui est sucre, de toute façon tout ce qui est sucre je n'en prends pas beaucoup

Interviewer : vous ciblez particulièrement les sucres, ou aussi les lipides, les protéines ? quelles sont vos cibles particulièrement ?

M. MP : non, c'est surtout les sucres !



**FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MARSEILLE**



**UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE
AIX-MARSEILLE II**

Patiente 2 : Mme YB, 61 ans, HbA1c 9,9 %

Interviewer : le thème de la thèse c'est l'enjeu de l'échec des mesures hygiéno-diététiques mise en place dans le cadre de l'éducation thérapeutique et de la prévention secondaire des diabétiques de type 2.

Ma première question c'est : Quels ont les notions d'éducatrices thérapeutiques et de mesures hygiéno-diététiques que vous connaissez pour votre diabète ?

Mme YB : ben disons que jusqu'à maintenant j'en connaissais.... Je n'en savais rien, enfin éviter le sucre et voilà.... Mais on ne savait pas exactement comme on nous a appris ici, combien de féculents, combien de glucides, etc... ça j'en savais rien avant d'arriver.

Donc ça fait deux semaines que je suis ici, donc voilà j'ai un peu lu, on m'a un peu montré voilà les repas, etc..., ce que je dois manger et pas manger en priorité, ben voilà.

Mais c'est vrai qu'avant je n'en savais rien ! à part pas manger de sucre, pas boire de jus de fruit, ben voilà ! choses que je faisais quand même quand j'étais à la maison (rires)

Non mais c'est vrai je vais pas mentir ! quand je voulais une glace, je mangeais une glace ! Quand je voulais d'un gâteau, je mangeais ! Je ne faisais pas attention ! Donc voilà ! Donc ma glycémie elle a jamais été.... Donc voilà ça fait dix-sept ans que je suis diabétique et ma glycémie elle a jamais été équilibrée ; parce que je n'ai jamais vraiment tellement suivi... On ne m'a jamais montré au départ à suivre, et depuis un que je suis sous insuline, heu... C'est encore pire parce que j'ai pris énormément de poids, heu... et pis voilà, ce n'était pas géré ainsi, c'est pourquoi on m'a envoyé...

Interviewer : D'accord, avant de poursuivre le plan d'éducation thérapeutique de l'hôpital d'Avignon votre médecin généraliste ou votre endocrinologue en ville vous avait jamais parlé d'éducation thérapeutique ?

Mme YB : Alors d'endocrino en ville, je n'en avais point, en fait c'est mon premier médecin généraliste qui m'avait mis des comprimés et tout ça... Il m'avait dit d'éviter le sucre et tout ça mais sans rentrer vraiment dans les....

Interviewer : Vous n'avez jamais eu une consultation dédiée à l'éducation thérapeutique et à la bonne conduite des mesures hygiéno-diététiques ?

Me YB : Non, non, non, jamais ! bien que je l'avais demandé plusieurs fois mais à chaque fois on me disait « ça sert à rien, faut juste faire attention, éviter le sucre, évité ça... » mais en fait on n'en savait rien, alors qu'il suffisait de manger 400 grammes de pâtes pour éviter déjà... voilà (rires), ce que maintenant je sais et ce que je ne savais pas ! (Rires)

Interviewer : Donc vous, vous avez fait la demande à l'époque la demande d'avoir de l'éducation thérapeutique et c'est votre médecin généraliste, qui vous a dit que ce n'était pas...

Mme YB : Oui ! donc à l'époque qui m'avait dit que, ouah il suffit de... et puis voilà ! Et après quand je suis allé voir une diabétologue, qui connaissait le service, elle a dit je vais vous envoyer là-bas, ils vont vous prendre en charge, ils vont vous montrer ce qu'il faut faire et ce qu'il faut ne pas faire et en plus ils vont vous faire des analyses, etc... Donc voilà c'est pour ça que je suis ici.

Interviewer : d'accord, très bien. Quelles sont vos habitudes alimentaires au quotidien ?

Mme YB : Alors le pire c'est que je mange beaucoup de pain, ça je mangeais une baguette par jour, donc c'était beaucoup (rires). Euh... voilà, que je mangeais des pâtes, je mangeais avec du pain, du riz je le mangeais avec du pain ; donc ça, ça faisait des grosses... Je mangeais tout avec du pain, les salades, tous, tous, tous.... Même les bananes ! (Rires) donc vous voyez, surtout que les bananes il faut pas trop... mais je mangeais beaucoup de pain, donc c'est sûr que ça, ça ne réglait pas trop le problème, mais sinon je mangeais pas trop de gras, je mangeais un peu des légumes mais heu... Voilà ce n'était pas assez... enfin je savais pas combien j'avais le droit, combien... Chose que maintenant je sais, la diététicienne m'a fait un tableau, donc heu... (rires)

Interviewer : Votre petit déjeuné type, c'était quoi à la maison ?

Mme YB : Donc à la maison, je mangeais du fromage, du thé mais avec du pain bien sûr, par contre un morceau de pain au moins un quart d'une baguette, alors beurre ou pas beurre parce que moi je ne suis pas très gras, donc ça ne me dérangeait pas, par contre du pain tout le temps.

S'il n'y avait pas de pain, je mangeais des croissants, des brioches, des gâteaux... Et puis voilà... Donc tout ce qu'il ne faut pas ! (Rires) Après je mangeais un yaourt, voilà... en général ça se limitait à ça, mais quand même je mangeais beaucoup de pain le matin, je vous dis parce que en fait c'est souvent que j'arrivais à midi j'avais pas faim, donc je ne mangeais pas et je me décalais vers 15h, 16h et je me faisais des sandwiches, parce que je ne me cuisinais pas, en général les enfants avaient déjà mangé, donc la plupart du temps je me faisais des sandwiches avec des crudités dedans mais voilà encore du pain !

Et le soir, sinon le soir si j'avais faim je mangeais mais ce n'était pas des menus on va dire ou j'avais entrée viande légume, souvent j'avais... je ne mettais pas de viande car j'étais pas très viande, des fois un peu de poisson mais une ou deux fois dans la semaine, en fait voilà... je faisais n'importe quoi ! (Rires)

Et voilà... c'est ce qui fait que mon diabète n'a jamais été stable et vous voyez aussi le poids, ça aussi ça a pas aidé.

Interviewer : ok ! pratiquez-vous une activité sportive ?

Mme YB : NON ! parce qu'avant je faisais un peu de marche, je ne marchais pas beaucoup mais on va dire que je marchais environ un quart d'heure à vingt minutes ; mais ça fait deux ans maintenant que j'ai hyper mal au dos, donc que je faisais plus rien ! Ici on m'a fait un scanner, parce qu'au départ j'avais toujours mal ici, je pensais que c'était au niveau du foie ou autre, mais en fait non c'était mes vertèbres et il faut que j'aille voir un rhumatologue. Donc c'est vrai que du sport j'en fais pas ! (Rires)

Interviewer : Comment surveillez-vous votre diabète de type deux ?

Mme YB : c'est à dire ? au quotidien ?

Interviewer : pas forcément qu'au quotidien, mais selon vous qu'elle est la bonne pratique pour surveiller votre diabète ? Que ce soit au quotidien, au mois ou à l'année ?

Mme YB : ben... en fait, la surveillance c'est que je me pique et je regarde sur mon lecteur... voilà...

Interviewer : il y a d'autres examens que vous faites pour surveiller votre diabète ?

Mme YB : non ! enfin si !! elle me faisait faire tous les quatre/cinq mois une prise de sang pour voir l'hémoglobine glyquée, voilà... mais pas tous le temps

Interviewer : ok, c'est les seuls examens que vous faisiez pour votre diabète.

Mme YB : Non, en plus j'allais pour les yeux, une fois par an et pour le cœur une fois tous les deux ans, mais pour le cœur dans tous les cas j'y allais car on est dans une famille ou on a des problèmes cardiaques, donc déjà j'étais suivi pour ça et en plus tous les deux ans j'y vais en plus.

Interviewer : il vous fait quoi le cardiologue ?

Mme YB : alors il me fait un électro et le plus souvent une échographie, donc voilà... mais en plus j'ai eu fais aussi un examen des coronaires, car j'ai eu fait aussi un petit souci il y a deux an et demi, donc il m'a fait un examen des coronaires et puis c'est tout. Non j'ai eu fait aussi une épreuve d'effort. Voilà c'est ça les examens qu'on m'ai eu faire par rapport au diabète.

Interviewer : Selon vous quelles sont les difficultés et les limites que vous rencontrez pour gérer correctement votre diabète au quotidien ?

Mme YB : Ben c'est surtout la méconnaissance de tout ! Parce que je veux dire que quand on est à la maison on va voir le médecin mais voilà moi elle m'a donné l'insuline, elle ne m'a rien expliqué ! voilà... vous faites quarante-cinq et trente-cinq, voilà c'était tout. On ne sait pas la finalité des choses en fait.

Interviewer : Vous pensez que vous avez manqué d'information ?

Mme YB : Oui ! Oui !

Interviewer : Et sinon d'autres difficultés ? il y a des choses qui limitent au fait que vous puissiez bien suivre correctement la diététique ?

Mme YB : A l'époque quand je travaillais oui ! ben le midi on mangeait sur le pouce ! on mangeait des sandwiches sur le bureau et pis voilà ; donc forcément ça n'aidait pas à gérer. Après non j'avais pris l'habitude de faire mes repas, voilà ! Quand on a eu un micro-onde, ça allait beaucoup mieux mais c'est sûr que d'avoir le temps de préparer...

Interviewer : Ça demande beaucoup de temps selon vous, et de l'énergie ?

Mme YB : l'énergie on est bien obligé ma foi ! (Rires)

Interviewer : Merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions !

Mme YB : Ben j'espère que ça vous aidera hein ! (Rires) Voilà vous avez devant vous une... Comment il m'a dit le docteur ? une... Que je fais de la résistance, voilà je fais de la résistance. (Rires)



**FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MARSEILLE**



**UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE
AIX-MARSEILLE II**

Patient 3 : M. CC, 56 ans, HbA1c 10%

Interviewer : le thème de la thèse c'est l'enjeu de l'échec des mesures hygiéno-diététiques mise en place dans le cadre de l'éducation thérapeutique et de la prévention secondaire des diabétiques de type 2.

Quelles sont les notions de mesures hygiéno-diététiques et d'éducation thérapeutique que vous connaissez ?

M. CC : Ben moi ce que j'en sais c'est qu'on.... Enfin dans les différentes hospitalisations que j'ai eues, euh... les diététiciens que j'ai, c'était un peu près le même son de cloche mais sur des bases différentes !

Interviewer : Vous trouvez que les discours sur l'éducation thérapeutiques que vous avez eu au cours des différents hospitalisations, ce n'était pas forcément le discours.

M. CC : ben entre la précédente hospitalisation que j'ai eue et celle là ça a évolué je trouve.

Interviewer : D'accord, il y a des choses qui ont changé ?

M. CC : Ouais ! je pourrais pas vous dire quoi exactement, mais à chaque fois que je vais en diététique l'approche n'est pas la même. Ben d'un service à un autre c'est complètement différent !

Interviewer : il y a un manque de cohérence d'un service à un autre ?

M. CC : Nan c'est pas qu'il y est un manque de cohérence, c'est que pour le même son de cloche le problème va être pris d'une manière différente ! On va prendre le même sujet, mais l'aborder différemment.

Interviewer : d'accord, mais la finalité est la même ?

M. CC : La finalité est exactement la même.

Interviewer : Quels sont les différentes connaissances que l'on vous a apporté au cours de ces consultations diététiques ?

M. CC : En diététique c'est équilibrer son repas, euh... chose primordialement. Pour moi qui suis sur base, depuis près de vingt-cinq ans, c'est ce qu'ils essayent de faire, après moi je ramène mes repas comme ça je suis sûr que c'est un peu près équilibré.

En général ce que je fais c'est que j'emmène ça sur la semaine, comme ça... Bon je ne mange pas toute la semaine la même chose... Je préfère ça, au moins je suis sûr que... Voilà...

Interviewer : Et hormis la diététique, il y a d'autres mesures hygiéno-diététiques qu'on vous a appris ?

M. CC : ben hormis ça non... euh... pas spécialement, après c'est surtout sur le plan médical pour stabiliser ça... le diabète... c'est bien, après pour moi c'est du découvert tout ça, donc ce n'est pas toujours évident à maintenir, même en faisant des contrôles réguliers de temps en temps ça... là c'est parti sur une hospitalisation sachant que j'ai été hospitalisé l'année dernière !

Interviewer : d'accord ! donc c'est des hospitalisations récurrentes ?

M. CC : Théoriquement on avait prévu une sur deux, donc je ne devais pas rentrer cette année mais que l'année prochaine. Que ça soit stabilisé au long cours... On avait mis ça en place à Belfort, qu'il y est problème ou pas, que ça soit systématique pour refaire le point...

Interviewer : très bien ! On va passer à la deuxième question. Quelles sont vos habitudes alimentaires au quotidien ?

M. CC : Alors je vous... c'est ce que je vous disais quand... la semaine je suis à la maison c'est ma femme qui cuisine, donc ça va de soit... le Week end c'est moi, donc j'essaie de cuisiner équilibrer en sachant que j'ai les enfants, donc euh... ça mange ! c'est souvent que ça mange bien, mais comme ils savent que je suis diabétique ils ont pris le pli.

Interviewer : D'accord ! donc vos enfants se sont adaptés à vos habitudes alimentaires ?

M. CC : Oui, oui !!!

Interviewer : Quels sont les repas types que vous faites dans la journée ?

M. CC : ben repas type, dès le printemps on va attaquer les plancha, les grillades, les trucs comme ça... quand on est à la maison, on évite tout ce qui est plat en sauce, donc on utilise beaucoup la rôtissoire ou la plancha. Donc voilà...

Interviewer : et vous mangez de tout... ?

M. CC : Oui je mets légumes, féculents et autres...

Interviewer : des féculents tous les jours ?

M. CC : Non, non, euh... pas forcément, parce qu'avec ma femme c'est pâtes /riz toute l'année donc on commence à être en surdose... (Rires), moi j'essaie de rééquilibrer autrement par les légumes, par...

Interviewer : Des grignotages ?

M. CC : Nan, jamais... En sachant que... comme j'amène ma fille au bus, elle a le bus à sept heure moins cinq, on se lève à cinq heure et on déjeune à cinq heure et demi et qu'il faut que je tienne jusqu'à midi... donc ce n'est pas toujours évident...

Interviewer : Vos repas sont toujours à heure fixe ?

M. CC : C'est très difficile d'être à heure fixe...

Interviewer : Que pratiquez-vous comme activité sportive ?

M. CC : Depuis qu'on est arrivé ici plus rien ! pour l'instant ! sinon c'est vélo.

Interviewer : Vous avez une fréquence ?

M. CC : eh bien... Quand j'étais sur valence j'allais... je faisais cent kilomètres par semaine aller et retour, j'étais à dix kilomètre du travail donc...

Interviewer : ça fait combien de temps que vous êtes dans le sud ?

M. CC : ça fait, euh... ben là on est dans la troisième année au mois de juillet

Interviewer : Donc depuis trois an, plus d'activité sportive ?

M. CC : Ben pour l'instant non, car là on vit en centre-ville, on essaie de déménager justement pour pouvoir reprendre des activités...

Interviewer : Donc tout ce qui vélo, marche tout ça...

M. CC : Marche, on essaie de voir là, j'ai eu un appel du médecin militaire, donc on essaie de trouver un club de marche dans la région.

Interviewer : On va passer à la quatrième question, comment surveillez-vous votre diabète de type 2 ?

M. CC : Alors j'ai... je fais un contrôle en me levant, un avant de manger, le soir avant de manger en temps normal et un avant de me coucher, sauf... sauf quand je sens que j'ai un coup de chaud ou autre et là je fais un contrôle et puis... Voilà

Interviewer : donc vous faites des automesures glycémiques, c'est l'unique façon pour surveillez votre diabète de type deux ?

M. CC : ben la journée oui, je n'ai pas trop le choix...

Interviewer : Pas forcément au jour le jour, mais dans le mois, l'année... tous les examens que vous faites....

M. CC : ben après il y a quand même le contrôle tous les trois mois, donc... euh... avec le médecin, mais en journalier c'est quatre fois par jour

Interviewer : il y a d'autres examens que vous faites à part ces deux-là ?

M. CC : ben... ici on en fait un peu plus, sinon chez le médecin non... la prise de sang si elle est bonne une fois par an et puis la trimestrielle, hein... !

Il y a les urines aussi...

Interviewer : Vous recherchez quoi dans les urines ?

M. CC : oh là, là ! qu'est-ce qu'on recherche ?... Ils les ont pris sur vingt-quatre heure, ils ne m'ont rien dit, alors la.... (Rires)

Interviewer : il n'y a pas d'autres spécialistes que vous voyez pour surveiller le diabète ?

M. CC : Non hormis le médecin traitant, non...je suis quelqu'un d'anxieux donc c'est le médecin traitant qui traite ça... Et puis...

Interviewer : On va passer à la cinquième question : selon vous quelles sont les limites et difficultés que vous rencontrez pour gérer correctement votre diabète au quotidien ? les principales limites au quotidien ? C'est quoi qui vous gêne le plus pour bien le gérer, ce qui vous manquera ?

M. CC : ce qui me manquera... euh ben déjà les associations on les ne voit pas ! en tant qu'association y a rien du tout ! donc je pense que ça, ça manque.

Interviewer : c'est d'avoir des associations qui vous suivent aussi ! vous pensez que ça vous serait bénéfique dans quel sens ?

M. CC : ben qu'il y ait une permanence dans les services ! la semaine, ça rapprocherait déjà un peu plus...

Interviewer : ça serait quoi ? un intermédiaire entre le médecin et le patient ?

M. CC : non ! non ! pas forcément, mais pour rencontrer d'autres diabétiques !

Interviewer : ah ! oui d'accord !

M. CC : Voir un petit peu les points de vue différents ! parce que là, le seul point de vu que j'ai c'est quand je suis hospitalisé à chaque fois ! moi j'ai ci, moi j'ai ça et que l'autre mois j'ai ci, moi j'ai ça... c'est ça c'est vrai que c'est mieux...

Interviewer : d'accord ! et au jour le jour sur le plan diététique y a des choses qui limite la bonne gérance ?

M. CC : la bonne diététique, j'ai quand même fait gaffe un bon moment, donc bon de temps en temps quand je fais un dérapage, après c'est la restriction pendant une bonne semaine ! (Rires) donc bon ça ne m'arrive pas souvent, mais de temps en temps je craque !

Interviewer : Donc pour vous d'avoir quelque chose de strict, vous trouvez ça quand même difficile ?

M. CC : ben je trouve que c'est quand même contraignant, oui ç'est contraignant !

Ça fait quand même six, sept ans, il y a des fois j'en ai ras le bol. (Rires)

Parce qu'entre la première fois et la deuxième fois que j'ai été hospitalisé, j'ai quand même mis un an pour l'accepter !

Interviewer : le fait de suivre des mesures hygiéno-diététiques ?

M. CC : ben voilà, le fait que je sois devenu diabétique et que... heureusement que j'avais le médecin traitant derrière sinon je craquais... (rires)

Donc le médecin que j'avais avant, à la moindre alerte j'étais dans son cabinet...

Interviewer : Vous avez donc eu une période d'acceptation d'un an environ ?

M. CC : Ouais ! je ne sais pas si c'est long par rapport aux autres mais... Ouais, ouais j'en ai eu pour environ un an pour l'accepter, à l'époque j'étais à six contrôles par jour, donc... mais j'étais rentré en urgence donc... (Rires) c'était très compliqué ! Si j'avais eu des antécédents familiaux ça m'aurait aidé, mais comme j'étais le premier, enfin je suis toujours le premier dans ma famille... Je ne sais pas après, mais bon.... C'est vrai que ça a été une période dure à traverser.

Interviewer : Donc le médecin généraliste vous a beaucoup aidé sur ce point ?

M. CC : Oui le médecin généraliste que j'ai à l'époque sur Belfort, je l'appelais au téléphone quand ça n'allait pas, sinon je la voyais tous les six mois.

Interviewer : Il y a d'autres difficulté dans votre maladie que vous rencontrez ?

M. CC : En règle générale... Non ça va, pas trop ! Parce que j'essaie de faire attention, et que j'espère enfin... ne pas partir dans une ambiance rouge dans... à cause... du diabète.

Interviewer : C'est quoi que vous appelez une ambiance rouge ?

M. CC : les... Pompiers quoi(rires) Ça c'est ma hantise ! C'est un jour avoir un truc sans prévenir et que les pompiers viennent me chercher... Ça c'est ma plus grosse hantise depuis le début.

Et s'ils viennent me chercher pour ça... Bof... Si on peut éviter (rires)



**FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MARSEILLE**



**UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE
AIX-MARSEILLE II**

Patient 4 : Mme RH, 47 ans, HbA1c 8%

Interviewer : Je vais vous poser la 1ere question : Quelles sont les notions d'éducation thérapeutique et de mesure hygiéno-diététique que vous connaissez ?

Mme RH : Ben une hygiène alimentaire, c'est-à-dire qu'il faut manger... comment vous dire... il faut faire abstraction de beaucoup de choses ; on nous dit qu'on peut manger normalement mais oui et non, parce qu'il faut faire attention au gras, il faut faire attention au sucré ; il faut faire attention à tout ce qui est pain, farineux. Donc il faut qu'on mange un petit peu programmé ; on nous dit que non mais moi je trouve que oui ; euh... Moi dans mon cas personnel, j'ai un diabète qui est très réactif et qui monte très rapidement, donc le moindre écart tout de suite... euh... j'ai des taux assez élevés et donc je dois mettre plus d'insuline, ce qui fait qu'à la longue, euh... Que presque l'insuline ne couvre plus... En fait c'est un cercle vicieux, mais moi après ça fait depuis l'âge de dix-huit ans que j'ai du diabète et à la longue il y a des moments où on en a marre, qu'on se lâche. Et ce n'est pas évident de pouvoir toujours manger tant de féculents ou tant de pain... Faut mesurer que si on mange de ça, on pas manger le reste...

Quand on est invité, ben bon... C'est vrai que tu ne peux pas boire de vin, pas de boisson sucrée... ET l'apéritif et tout ce qui est... Bon quelque part à la longue si on fait les choses à la règle... tu vivrais presque pas... il faut pour que ce soit tout le temps parce qu'avec l'Age et les complication... Mais ce n'est pas évident... Quand on a une famille, tu vas cuisiner... alors tu ne vas pas faire manger à toute la famille que comme toi tu manges parce que tu vas tenir compte de ce que les autres... ils aiment. Et ce n'est pas toujours évident de s'accommoder a tout ça parce que quelque part, je vais pas priver ceux qui sont avec moi et moi à force de faire plaisir, c'est pas bon pour moi non plus.

Et après... euh... Quoi vous dire de plus ?

Interviewer : Je vois qu'on vous a déjà parlé d'éducation thérapeutique et de mesure hygiéno-diététique...

Mme RH : mais c'est quoi que vous appelez éducation thérapeutique ?

Interviewer : Mon but c'est de savoir si vous avez déjà entendu parler de ces notions-là ?

Mme RH : Non, on l'a jamais employé le terme... Les mesures diététiques oui parce qu'on voit la diététicienne.... Mais après thérapeutique... ? ç'est une thérapie ? voir un psy des choses comme ça ?

Interviewer : Non, thérapeutique c'est dans le sens éduquer sur la partie médicale...

Mme RH : Après c'est vrai qu'on a un bon suivi, mais après c'est une maladie qui à la longue et traître, donc... c'est bien qu'il y est ce suivi à l'hôpital parce que ça détecte... euh... les choses quoi... des choses que nous on ne sait pas. Après il y a de l'évolution, là par exemple on vient de me placer ça, (Lecteur glycémique sous cutanée) ! Ça m'évite donc de me piquer le doigt, c'est vrai que moi je fais du transport scolaire, et le jour je suis fatigué, je ne suis pas bien... donc je me dis c'est ton diabète ou c'est pas ça ? chaque fois que je m'arrête en voiture, faut que je sorte mes bandelettes, tout ça.... Là c'est vrai que ça va être pratique, je vais passer l'appareil et je vais tout de suite voir si c'est ça ou pas. Euh... après quoi vous dire ?!

C'est vrai qu'on a la pompe à insuline, on n'a pas à transporter le stylo dans le sac... Il y a de l'évolution, c'est bien hein ! (Rires)

Interviewer : Ma question en fait, c'est que là vous êtes hospitalisé, vous suivez forcément un programme d'éducation thérapeutique avec différents intervenants ?

Mme RH : oui voilà ! on fait l'électrocardiogramme avec le cardiologue, on voit les diététiciennes, on fait les analyses de sang, il y a les analyses d'urines, radio de la tête, euh... cette année on me l'a pas fait mais ce n'est pas forcément tous les ans, mais on m'avait fait les doppler ; radio des poumons, euh... après en fonction des traitements on m'avait fait un scanner pour voir tout ce qui est au niveau de l'estomac.... Thérapeutiquement c'est bien suivi, c'est très bien suivi.

Interviewer : d'accord ! Quelles sont vos habitudes alimentaires au quotidien ?

Mme RH : mes habitudes alimentaires... euh... (Soupire) ben petit déjeuner, moi c'est du café avec des biscottes ou du pain grillé, du beurre, voilà... Le week-end je me fais plaisir, je rajoute de la confiture ou je m'achète un pain au chocolat avec ma famille, surtout le dimanche ! (Rires)

Après on essaie plus ou moins de faire un repas plus ou moins équilibré ; après moi je fais trois boulots parce que je n'arrive pas à trouver un trente-cinq heures, ce qui fait que j'ai du mal à gérer mes heures parce qu'il faut manger à heure régulière tranquillement et c'est pas forcément le cas. C'est pourquoi j'arrive à des taux d'hémoglobine glyquée, tout ça parce qu'entre le travail... il faut que je jongle avec mes trois boulots, les aller-retours, mes horaires irréguliers... Ben il y a des soirs je prépare mon plat, mais il y a des soirs que j'arrive, je suis fatigué, je ne peux pas le faire, donc le lendemain ça va être un sandwich, ça va être... J'essaie de faire des repas comme ça équilibré avec la diététicienne quoi au point de vu sandwich et tout ça... Mais... Euh... Voilà.

Après le soir j'essaie de faire un repas équilibré parce que c'est... Moi mon repas principal c'est le soir parce que je mange avec mon époux, parce que le midi on ne se voit pas.

Interviewer : C'est plutôt un gros repas le soir ?

Mme RH : Non ce n'est pas forcément un gros repas, mais on mange tranquillement, et j'essaie de faire mon repas équilibré, viande, poisson, légumes, la salade... Ce n'est pas manger sur le pouce vite fait... Et le problème de manger comme ça, c'est qu'on a vite faim dans la journée et c'est ce qui n'est pas bon pour non, c'est ça ! Moi je sais que mon diabète monte très vite, en même temps on me dit prenez une collation et mettez cinq à huit unités (insuline), je vais mettre cinq à huit unités mais moi ma collation autant je vais en nécessiter dix (unités d'insuline) car autant le corps de chacun réagit différemment. Mon mari tient un bar et il fait la fermeture, du coup ça le fait rentrer tard, et moi je commence tôt le matin ; du coup ça nous fait manger tard et déjeuner tôt, du coup le matin mon hémoglobine glyquée... euh non mon taux de glycémie est toujours élevé !

Interviewer : Vous avez des grosses difficultés à faire des repas à des horaires fixes finalement ?

Mme RH : Voilà ! Mon mari ne va pas travailler infiniment là-dedans, mais pour l'instant si on veut avoir une relation de... qu'on puisse au moins manger une fois ensemble quoi ! (Rires) Moi ça fait trois ans que je travaille comme ça, et moi mon problème actuellement c'est ça... !

Interviewer : C'est depuis ce moment que le diabète à commencer à se déséquilibrer ?

Mme RH : Je n'ai jamais eu un diabète équilibré ! Moi j'ai commencé à mettre l'insuline pour l'équilibre quand on a parlé de grossesse, moi j'ai eu des FIV (fécondation in vitro) et donc des traitements d'hormones... des choses comme ça... et c'est là que j'ai commencé à prendre pas mal de poids, parce que pendant que j'ai fait mes FIV... deux ans que ça a duré, euh... il faut avoir 0,90 de... de diabète quoi. Parce que ça peut être dangereux pour le fœtus, donc... Là par contre je le faisais vraiment nickel... Parce que là j'avoue je me lâche, des fois il y a des anniversaires, on ne va pas en vacances car on a pas les moyens, mais on a un groupe d'ami, on reçoit beaucoup d'amis... Donc c'est vrai que l'été je me lâche beaucoup... C'est vrai aussi que si on va chez les gens, à l'apéro je vais pas boire de vin, pas de boisson sucrée, je vais éviter de manger les chips, les choses comme ça... Mais bon s'il y a un dessert, je vais le prendre, le plat qui aura été cuisiné je vais le manger, je ne vais pas dire oh non je le mange pas ! Je ne peux pas... Parce que ça j'en ai marre... on le fait au début vous savez, mais au bout de vingt ans... euh... c'est plus pareil. ET en plus tu vis plus, tu n'as déjà pas les moyens de faire des choses et en plus tu peux pas bouffer non plus.

Donc à partir de ces FIV, c'est là que j'ai pris... Après est-ce que c'est l'insuline ou pas ? Je ne sais pas, car j'ai commencé l'insuline en stylo à partir de là, et après la pompe car ça me régulait plus et ça me permettait de mettre moins fort les doses sur le coup des repas, et c'était plus équilibré.

Donc pendant deux ans c'était 0,90, c'était que des salades, des tranches de jambons... euh... Je faisais vraiment à la lettre mais malgré tout ça ne m'a pas empêché de prendre du poids et que maintenant je n'arrive pas à perdre. Parce que c'est le contexte de tout, le travail, tu manges plus pareil, tu n'as plus envie ; et comme je vous dis à la longue... ça paraît pas mais c'est pesant.

C'est vrai que vous les médecins, vous êtes de l'autre côté.... Mais vous ne le vivez pas, alors c'est vrai que vous conseillez au mieux de ce qu'il faut faire, mais quand-on le vit ! Ce n'est pas pareil... c'est pas pareil ! C'est vrai hein... !

Interviewer : Oui je vous crois (Rires).

Que pratiquez-vous comme activité sportive ?

Mme RH : Alors j'ai eu fais de la danse, de la gym et là... là je ne fais plus rien... ça fait quelques années que là je fais plus rien parce que... Par rapport à mes horaires... ben voilà... Parce que si vous voulez savoir vraiment mes activités c'est le transport scolaire pour enfants handicapés, des ménages et de la coiffure à domicile.

Donc si je reviens de mes transports, si j'ai fini à cinq heure et demi, six heures, que j'ai une cliente qui a pris rendez-vous je la vois à six heure, puis je m'en vais à huit heure et demi à la maison ; donc ensuite je sors mon chien... Donc mon activité c'est de sortir mon chien trois fois par jour, d'aller travailler à pied quand je peux...

Interviewer : Vous marchez combien de temps avec le chien ?

Mme RH : Environ vingt minutes, une demi-heure. Quand je peux aller travailler à pieds et que c'est dans le centre-ville et dans mon approche, je le fais aussi ! J'ai acheté le petit chariot à roulette comme les mamies là, je mets mes affaires dedans et j'y vais ! Et quand c'est des personnes âgées chez qui je vais faire le ménage et qu'ils habitent à proximités, quand je peux le faire, je le fais à pieds. Parce

qu'après je ne fais pas d'activité physique, c'est-à-dire d'aller dans une salle, j'ai eu essayé mais après je décroche ! Je décroche parce qu'aux moments des fêtes j'ai beaucoup de demandes, c'est par à-coups, ce n'est pas régulier ; donc tu paies, au début tu y va, puis tu y vas plus, et quand tu décroches, c'est plus ça après... Et puis finalement ça coute mine de rien aussi !

Parce que malgré que je fasse ces trois travaux quoi ! Euh... je ne gagne pas mille deux cents euros à la fin du mois ! Après j'avoue, je n'ai jamais été une sportive dans l'âme. Mes parents ne m'ont pas initié au sport, donc je peux pas dire que j'aime le sport ! Donc ça ne m'oblige pas à aller le faire !

Quelqu'un qui va aimer le sport ou qui en a toujours fait, peut être que ça va lui manquer et qu'il va se trouver le moment pour y aller, mais moi je n'ai pas le temps, mais je ne fais pas en sorte à me consacrer une heure pour aller dans une salle parce que je suis pas fan de sport. (Rires) Parce que je pense qu'à un moment donné, quand on veut vraiment quelque chose, on se dire... ben voilà, tel jour ou telle heure à tel heure j'y vais. Mais après, moi ma passion ça a été plus mon travail que le sport, donc je vais plus favoriser à aller faire une cliente que d'aller faire une heure dans une salle !

Interviewer : Comment surveillez-vous votre diabète de type deux ?

Mme RH : Je surveille avec l'appareil pour regarder le taux de sucre, après on a des prises de sang tous les deux mois et je revois avec l'endocrinologue pour l'hémoglobine glyquée, le cholestérol... toutes ces choses-là ! Pour savoir s'il faut adapter les traitements, ces choses-là quoi...

Interviewer : D'accord, à part la surveillance sanguine, il y a d'autres examens que vous faites ?

Mme RH : Euh... Non, non ! C'est les prises de sangs, nous on connaît nos taux, après c'est des recherches que les docteurs font faire quoi...

Interviewer : Plus tôt vous m'expliquiez qu'il y avait des examens autres ?

Mme RH : Oui, oui ! c'est les fonds d'œil, c'est l'ophtalmologiste parce que ça peut attaquer la vue ! Le doppler parce que ça bouche les artères, il faut voir pour le cœur... Voilà c'est pleins d'examens, pour moi c'est de choses... Voilà !

Interviewer : D'accord, je vois que vous êtes à jour !

Mme RH : (Rires) ben chez moi c'est héréditaire, ma mère avait du diabète, mes oncles, mes frères avaient du diabète... J'ai grandi en voyant ma mère avec le diabète, donc ça reste... (Rires)

Interviewer : C'est un diabète MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) ?

Mme RH : Non MODY je n'ai jamais entendu ce terme, mais c'est sûr qu'il est maudit pour moi ! (Rires)

Interviewer : (Rires) ça ne s'écrit pas pareil.

Mme RH : Oui je sais mais je fais le jeu de mot quoi. (Rires) Oui c'est maudit ça c'est certain !! MODY je n'avais jamais entendu, on me dit toujours diabète de type deux et c'est tout !

Interviewer : D'accord, on va passer à la question numéro cinq : Quelles sont les limites ou difficultés que vous rencontrez pour gérer correctement votre diabète au quotidien ?

Mme RH : Euh... Moi personnellement je n'en ai pas, parce que quand je vois mon hémoglobine glyquée... à mince je suis sur mon hémoglobine glyquée aujourd'hui... Quand je vois mon taux de sucre, ben en fonction de mon taux je vais ajuster mon insuline et automatiquement ça va me le faire baisser.

S'il est trop bas je vais prendre le sucre, je vais attendre et le recontrôler, ça va le faire remonter. Après on sait que ça ne peut pas être vraiment stable, de se dire que je vais prendre mes deux sucres et que je vais avoir qu'un gramme trente ou... Moi je le gère comme ça...

Interviewer : Est-ce qu'il y a des choses dans la vie quotidienne qui vous gêne par rapport à votre diabète ? Qui vient empiéter sur votre diabète et sur la bonne gérance ?

Mme RH : Euh... Dans la vie de tous les jours, si tu as pas envie, tu t'adapte et tu n'as pas de problème particulier et si tu réfléchis bien c'est tout le temps une contrainte ! Tu vas au restaurant, il faut te lever pour aller piquer. Tu vas voir l'entourage, c'est pareil, voilà...

Interviewer : C'est donc une gêne pour vous quand vous sortez ?

Mme RH : Ben pas forcément, maintenant que je suis habitué et que mon entourage le sait, mais des fois quand tu es avec des gens que tu ne connais pas ou quoi... Ah qu'est-ce que c'est ? et... Il faut toujours se répéter, s'expliquer et je dois me lever et aller aux WC... Et si on est dans une conversation et dire : Ah excusez-moi, je vais aux toilettes, Alors que tu n'en as pas envie...

Après c'est dans la tête ! Le jour que t'es bien ça va passer, le jour que tu n'es pas bien tu vas te dire... excusez-moi l'expression mais que.... Ça te fait chier, quoi ! (Rires) En parlant clair, net et le français quoi(Rires), c'est bon quoi ça me soule ! A chaque fois, il faut que je me lève quand on est en train de parler, voilà quoi... Il y a une contrainte et il en a pas, je ne sais pas comment vous dire... C'est bien qu'on ait ça, enfin oui... C'est toujours une contrainte ! C'est.... Oui, faut toujours être là à se surveiller, à penser qu'est-ce que tu as mangé, qu'est que tu n'as pas mangé... Qu'est-ce qu'ils ont fait à manger, qu'est qu'ils ont pas fait... Après tu vas au resto, tu vois les autres qui ont pris tous les bons trucs que toi tu ne peux pas manger... Oui c'est une contrainte ! Pour moi oui, je le vis comme ça.

Interviewer : La diététique c'est devenue une obsession pour le coup ?

Mme RH : Euh... Oui ! C'est une contrainte et... comment vous dire ça... comme je vous ai dit tout à l'heure ; Tenez-vous si vous avez envie de manger un gâteau, vous le mangez... Moi si je le mange et que j'ai envie de me faire plaisir, je vais culpabiliser, car je sais qu'en fonction de l'heure je vais pas pouvoir le manger et que quand je vais me piquer, ça sera trop haut. Et ça va engendrer des répercussions sur mon menu d'après et... Franchement oui, pour moi la diététique ça devient une obsession ! C'est à cause de ça que je crois qu'à un moment on en a marre et qu'on a envie de tout lâcher et... D'envoyer bouler ! Parce que à côté de ça, il y a aussi tous les soucis de la vie, il y a tous qui s'ajoute aussi ! Donc ce n'est pas toujours évident à gérer.

Interviewer : Et sur le plan économique, c'est gérable de suivre une diététique correcte ?

Mme RH : Ben j'essaye justement de pourvoir gérer, c'est pourquoi je me tue avec trois boulots pour même pas gagner le SMIC (salaire minimum de croissance), mais ce n'est pas forcément évident.

Interviewer : C'est donc une contrainte financière ?

Mme RH : Ben tout dépend, il y a des fois tu te dis, il faudrait que t'ailles t'acheter ça ou ça ; et puis non, tu vas faire avec ce qu'il te reste... Ben comme tout le monde quoi en grande partie aujourd'hui malheureusement quoi.



**FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MARSEILLE**



**UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE
AIX-MARSEILLE II**

Patient 5 : Mme JG, 82ans, HbA1c 11%

Interviewer : le thème de la thèse c'est l'enjeu de l'échec des mesures hygiéno-diététiques mise en place dans le cadre de l'éducation thérapeutique et de la prévention secondaire des diabétiques de type 2, en gros c'est savoir quelle est votre observance, vous qui êtes diabétique de type 2 et de savoir quelles sont les difficultés à suivre un bon régime hygiéno-diététique approprié selon les recommandations.

Donc ma première question est : Quelles sont les notions d'éducation thérapeutique et de mesures hygiéno-diététiques que vous connaissez ?

Mme JG : C'est-à-dire, expliquez-vous clairement, car moi toute seule... Je ne sais pas trop (Rires)

Interviewer : Est-ce que vous avez déjà entendu parler des notions d'éducation thérapeutique et de mesures hygiéno-diététiques par vos médecins ?

Mme JG : enfin oui... de prendre des précautions pour faire ceci ou faire cela... Enfin oui

Interviewer : A quel niveau ?

Mme JG : au niveau... Il n'y a pas grand-chose que je sais, parce que c'est tout récent... (le diabète) On dit que mieux vaut tard que jamais mais enfin moi c'est tard quand même ! (Rires)

Interviewer : Quels sont vos habitudes alimentaires au quotidien ?

Mme JG : On mange bien ! On mange très bien chez nous ! (Rires) J'ai très bon appétit.

Interviewer : C'est-à-dire ? c'est quoi les repas que vous faites dans la journée ?

Mme JG : Ben le petit déjeuner, je buvais que du café, pas de tartines... Si un petit croissant parce que j'adore de temps en temps. Sinon un bon déjeuner et puis le soir pareil on mange aussi bien avec mon mari. On mange beaucoup tous les deux ! Et puis dans la famille aussi ! On a beaucoup d'enfants et quand on se réunit, c'est des gros mangeurs.

Interviewer : Vos repas types à midi et le soir c'est entrée plat dessert ?

Mme JG : Les desserts non moi je passerai des desserts... J'aime les plats bien préparés.

Interviewer : D'accord ! c'est des grosses quantités ?

Mme JG : Pas mal !

Interviewer : Est-ce qu'il y a des grignotages ?

Mme JG : oui ! ça m'arrive mais depuis quelques mois-là, non !

Interviewer : Que pratiquez-vous comme activité physique ?

Mme JG : Rien du tout ! Je n'en ai jamais fait et je n'aime pas ! Le docteur un jour ce n'est pas la peine, si vous n'aimez pas ça vous contredirais ; je lui ai dit de toute façon il n'en faut pas beaucoup pour me contrarier ! (Rires)

Interviewer : Est-ce que vous faites de la marche quand même ?

Mme JG : Pas trop ! Pas trop... Je marchais beaucoup quand j'étais jeune mais alors... J'ai eu quatre petits quand même ! faut les faire ! (Rires)

Interviewer : Comment surveillez-vous votre diabète de type deux ?

Me JG : Avec ça... pour se piquer au bout du doigt !

Interviewer : Il y a d'autres examens que vous faites ?

Mme JG : Ben que depuis maintenant, parce qu'ici ils en font ! ils vous mettent des boitiers de partout, cette nuit encore... on m'en a mis un pour la respiration, à ce qu'il parait je ne respire pas la nuit, ben tient dis donc ! (Rires)

Interviewer : Une polysomnographie !?

Mme JG : Ben c'est dangereux ça... J'ai peur de casser la pipe moi avec ça ! (Rires)

Interviewer : Très bien ! (Rires) Je vais vous poser la dernière question : Quelles sont les limites et difficultés que vous rencontrez pour gérer correctement votre diabète au quotidien ?

Mme JG : Ben je trouve quand même qu'il y a pas mal de choses à faire ! Faut y penser hein ! Et puis je ne prends pas que des remèdes pour le diabète alors... ça, ça m'agace un peu tous ces remèdes ! Si je pouvais m'en passer j'arrêteraient tout !

Interviewer : Et autre que les remèdes, comme la diététique, il y a des difficultés que vous rencontrez ?

Mme JG : Non, non je ne vois pas... Non moi je me régale, me mettre à table c'est un plaisir hein ! (Rires)

Interviewer : (Rires) Non gérer sa nourriture ne vous pose pas problème ?

Mme JG : Ah ben ça je vais faire attention à partir de maintenant ! Mais je ne savais pas qu'on pouvait manger des féculents par contre ! ça je l'ai appris depuis que je suis là. Un petit gâteau peut être de temps en temps, mais comme je n'aime pas trop le sucré, c'est pas ça qui va me priver !

Interviewer : Et bien merci d'avoir répondu à mes questions !

Mme JG : C'est tout ? Ah ben moi j'aime bien ça ! (Rires) Vous pouvez revenir hein !

Interviewer : (Rires)



**FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MARSEILLE**



**UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE
AIX-MARSEILLE II**

Patient 6 : Mme AR, 68 ans, HbA1c 8,2%

Interviewer : le thème de la thèse c'est l'enjeu de l'échec des mesures hygiéno-diététiques mise en place dans le cadre de l'éducation thérapeutique et de la prévention secondaire des diabétiques de type 2, en gros c'est savoir quelle est votre observance, vous qui êtes diabétique de type 2 et de savoir quelles sont les difficultés à suivre un bon régime hygiéno-diététique approprié selon les recommandations. La première question que j'ai à vous poser est : quelles sont les notions d'éducation et de mesures hygiéno-diététiques que vous connaissez ?

Mme AR : Je sais qu'on doit faire trois repas, la collation elle est pas obligatoire hein... Vous voyez quand on est du type deux, c'est quand on est du type un elle est obligatoire parce qu'on peut descendre mais pour moi non. Moi par exemple quand je fais l'activité physique, il faut que je réduise d'un cachet le matin ; c'est ça, ça vous intéresse ? (Rires) Parce que quand je pars à la piscine l'après-midi vers deux heures, quand je reviens et que j'ai fait une heure d'activité, c'est trop bas ! Même du type deux, pourtant on est un peu plus haut... Je sais qu'il faut faire les trois repas mais par contre il ne faut pas sauter de repas, alors là... c'est impératif hein... !

Alors le petit déjeuner, je sais qu'on a le droit à dix grammes de beurre, si on n'aime pas le beurre on peut prendre un petit Kiri, moi je prends un petit Kiri ça me remplace le beurre. Vous avez cinquante grammes de pain le matin, cinquante grammes le midi et le soir quelque fois on partage vous voyez, vingt grammes le midi et le reste le soir. On partage vous voyez, sinon après ça fait trop... Par contre les féculents, il faut deux cents grammes de féculents à chaque repas, midi et soir, et les légumes avec ! Il faut cent grammes de viande et deux cents grammes de poisson... ça c'est impératif !

Bon le sucre on en prend pas ! Par contre une fois par semaine on peut se permettre de prendre un petit gâteau, ou un truc sucré... Et un fruit matin et soir ! Mais... il y en a que deux, donc si tu ne le prends pas le matin, le midi ou si pas le soir, le midi... Ça c'est très important, par contre... ça je vous l'ai déjà dit, il ne faut pas sauter de repas, mais il faut savoir que si vous ne prenez pas les féculents et les légumes vous arriverez pas au lendemain ; il faut pas qu'il y est plus de cinq heures de jeun. Ça c'est très important !

Interviewer : Hormis la diététique, qu'elles autres mesures vous connaissez ?

Mme AR : Ben pour l'activité physique ! Faut marcher ! Je sais qu'il faut au moins vingt minutes mais jamais on ne le fait... On essaie de le faire, en faisant du vélo ou à la maison... mais... (Souffle) C'est la galère ! (Rires) Ce que je fais par contre c'est deux heures de piscine par semaine ! Une heure le mardi et une heure le vendredi. Ça nous permet d'avoir les articulations un peu plus souples parce que c'est

souvent qu'on a des douleurs ! Sinon c'est vrai qu'on se fatigue souvent à la maison beaucoup, et le docteur il dit tout le temps : Ça ce n'est pas bon ! Ce n'est pas une activité physique de faire le jardin et ça... non c'est pas bon ! Voilà ça c'est important. Sinon je connais toutes les doses pour réguler le diabète et.... Mais moi ces jours-ci j'ai lâché... C'est vrai j'ai lâché, et il y a le fait qu'on soit contrarié ; ça, ça énerve beaucoup.

Interviewer : Ok très bien ! Quelles sont vos habitudes alimentaires au quotidien ?

Mme AR : Au quotidien, ben voilà le petit déjeuné, le midi on mange bien ! Je ne mange pas beaucoup de viande, je mange moins. Mais l'hiver je cuisine beaucoup, des daubes... tout ça... Je cuisine mais toujours sans gras ! Comme on nous a appris en diététique à Eyguies, parce qu'on y est allé plusieurs fois, plusieurs années et c'est là qu'on nous a appris à faire la cuisine sans gras, sans rien... Donc si tu manges le fromage, tu manges une portion de pizza, tu supprime le pain et le fromage... Tout ça il faut le savoir hein ! Mais tout ça on ne le fait plus à la maison... Il ne faut pas se resservir !

Interviewer : Et au niveau des doses ?

Mme AR : Au niveau des doses, si je prends les féculents, moi je ne prends pas les légumes... et ça c'est pas bon ! Parce que tu compenses par le pain mais non... ça ce n'est pas bon ! Normalement il devrait y avoir un tout petit peu de pâtes et les légumes, le midi et le soir ! Et... Autrement moi je ne grignote pas, rien...

Interviewer : Et le petit déjeuné ?

Mme AR : Le petit déjeuné, moi je prends un café au loin, si j'ai... un Kiri, en ce moment ça fait environ deux mois que je n'ai pas pris le beurre ! Je mets le Kiri et je régale... (Rires) Ici d'ailleurs ils vont me le donner, je demande. Et le pain j'exagère pas... deux tartines disons. Et le midi et le soir, c'est un près pareil en portion. Moi je ne pourrais pas me coucher en ayant mangé une tranche de jambon et un yaourt ! La nuit j'ai faim ! Je ne tiendrais pas jusqu'au matin. C'est... C'est comme ça !

Interviewer : Ma troisième question, je crois que vous avez répondu tout à l'heure : Pratiquez-vous une activité physique ?

Mme AR : Ben voilà, l'aquagym ça s'appelle. Là on va commencer le 5 mars, euh... Non le cinq Septembre et jusqu'au mois de juin !

Interviewer : Par contre, pas de marche ?

Mme AR : Non malheureusement car j'ai pas mal de douleurs, après j'habite à la campagne donc pour aller en ville il y a un kilomètre ; mais je ne le fais pas tout le temps, plutôt l'hiver car là il fait trop chaud ! Mais l'hiver si j'y vais à pieds, au moins deux à trois fois par semaines. Bon ça ne fait pas beaucoup deux kilomètres mais c'est toujours ça...

Interviewer : Comment surveillez-vous votre diabète de type deux ?

Mme AR : En se contrôlant vous voulez dire ?

Interviewer : En général, vous faites quoi dans la surveillance de votre diabète ?

Mme AR : ah ben la glyqué tous les trois moi ! Et puis je ne me contrôle pas des plus hein ! Comme je prends des cachets... Si je fais un repas et que je ne suis pas très bien, là je me contrôle.

Interviewer : Est-ce qu'il y a d'autres examens que vous faites pour surveiller votre diabète ?

Mme AR : Ah ben on a le fond de l'œil, on a pour l'hypertension... le cardiologue ! Euh... On a eu les doppler il n'y a pas longtemps pour les jambes... On a eu pour le cou aussi... Oui ça on me le marque d'habitude, une fois par an ou tous les deux ans... Ah c'est surveillé, elle (son médecin) contrôle ! Face à son ordinateur, il y a tous les rendez-vous, elle nous dit les rendez-vous... pour le cardiologue j'ai le 11 septembre.

Interviewer : Et ma dernière question : quelles sont d'après vous les limites et difficultés que vous rencontrez pour la bonne gestion de votre diabète de type deux ?

Mme AR : Quand je suis énervé parfois ou quoi ? agressive un peu, c'est ça ?

Interviewer : Dans la gestion en général.

Mme AR : Ben moi les douleurs c'est tout ! Sinon moi les cachets je les prends c'est tout, il y a juste si je me mets à l'insuline, là ça va me contrarier ! Avant je faisais le Byetta, c'est un peu pareil mais après il faut savoir les doses, tout ça là, ça ! ça va me contrarier un petit peu ! Mais sinon mes cachets, je gère mes cachets, je n'ai pas de...

Interviewer : mais est-ce que vous ressentez des freins en fait ?... Des choses qui vous compliquent la vie avec le diabète ?

Mme AR : Non ! Je vie avec depuis vingt an, je me suis habitué ! C'est vrai que ça créé beaucoup de problèmes mais... toutes ces douleurs, tout ça, ça vient de la ; l'arthrose, un peu tout... Mais ça ne m'empêche pas d'aller bien... Moi je n'y pense pas toute la journée...

Interviewer : Donc ça ne vous pose aucun problème, vous arrivez à vivre comme une personne qui n'a pas de diabète alors ?

Mme AR : Ah oui ! oui, oui ! je n'y pense pas ! Ça ne me dérange pas... Enfin peut être plus tard avec l'insuline ça va être... autre chose ! Mais sinon...

Interviewer : Et au niveau diététique, il n'y a pas de problème.

Mme AR : C'est vrai qu'au niveau de la nourriture, il faut réduire considérablement les portions et surtout ne pas se resservir... Les quantités il faut prendre de petites quantités, mais j'ai appris ici qu'on peut manger de tout ! Tu peux manger de tout ! mais en petite quantité... Ça c'est important !

Interviewer : Et sur le plan financier ? est-ce que le diabète impacte sur vos finances ?

Mme AR : Non pas du tout ! pas du tout ! Comme on est pris à 100%, le docteur nous fait pas payer la visite déjà ! enfin on ne fait pas l'avance... Et un petit peu quand on fait les gros examens mais bon...

Interviewer : Et sur le plan social est-ce que ça pose des difficultés ?

Mme AR : Non, non pas du tout ! aucun souci, on le gère avec mon mari, lui aussi il a du diabète mais que depuis deux ou trois ans... ça ne fait pas longtemps, mais moi ça fait vingt ans donc j'ai appris à vivre avec... Et mon père était diabétique aussi ! Il vivait très bien, jusqu'à 91 ans... il n'a jamais été... Il prenait ses cachets avec un petit canon (Rires) je veux dire ce n'est pas... Mais il faut boire un petit canon, il ne faut pas tout couper et se restreindre, sinon trop... Tu n'y arrive pas ! Moi c'est comme ça que je le vis ! Mais là j'ai petit peu grossi parce que ça fait six mois que j'ai arrêté la piscine, ça a un effet ça hein ! Et j'ai eu des ennuis avec ma maman qui est décédée et avec mes sœurs, donc aussi tout ça, ça m'a... Mais sinon je n'ai pas de souci...

Interviewer : Merci d'avoir répondu à mes questions !



**FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MARSEILLE**



**UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE
AIX-MARSEILLE II**

Patient 7 : M. JMDP, 52 ans, HbA1c 8%

Interviewer : le thème de la thèse c'est l'enjeu de l'échec des mesures hygiéno-diététiques mise en place dans le cadre de l'éducation thérapeutique et de la prévention secondaire des diabétiques de type 2, en gros c'est savoir quelle est votre observance, vous qui êtes diabétique de type 2 et de savoir quelles sont les difficultés à suivre un bon régime hygiéno-diététique approprié selon les recommandations.

Donc ma première question est : Quelles sont les notions d'éducation thérapeutique et de mesures hygiéno-diététiques que vous connaissez ?

M. JMDP : Donc... Euh... déjà la prise de médicament, le suivi de la dextro, le suivi des hémoglobines glyquées, et faire attention à tout ce qui est... l'acétone il faut qu'elle soit pas trop élevée, et ensuite si ça suffit pas, il faut passer à l'insuline ; d'autant plus si le pancréas ne fournit pas assez d'insuline au niveau... du corps pour éliminer le sucre dans le sang.

Interviewer : On va passer à la question numéro deux : Quelles sont vos habitudes alimentaires au quotidien ?

M. JMDP : Donc euh... Trois repas par jour. Au déjeuner je prenais donc euh... souvent du pain mais souvent aussi des madeleines, des biscuits BN... Donc des produits sucrés qui ne sont pas vraiment conseillé, mais bon c'est la gourmandise... (Rires) Euh... ensuite le café et puis voilà... un verre d'eau.

Je ne mangeais pas avant midi, à midi je faisais... comme je travaillais, il y a des jours je peux faire un bon repas, il y a des jours je fais le sandwich. Autrement quand je fais le bon repas, je fais une salade avec un peu de crudité, des pâtes ou du riz mais bon... ce n'est jamais le repas équilibré, équilibré... Avec un peu de viande aussi. Quand je peux je prends le dessert, quand je ne peux pas je ne le prends pas ; quand je prends le dessert en général c'est yaourt nature sans vraiment trop de sucre...

Le troisième repas, je le prends le soir à la maison. C'est repas logiquement c'est à base de légumes, etc... Mais mon tort c'est de mettre des petites sauces, donc sauce à base de crème fraîche ou à base de miel ! ou aussi tout ce qui est à base de caramel... ben ça y passait quoi... (Rires) Et le tort que j'ai eu aussi c'est qu'entre midi et le repas du soir quand je rentrais à la maison, ben je dévorais quoi !! je dévorais tout ce qui passait, du pain... à nouveau des biscuits sucrés...

Interviewer : Donc ça c'était du grignotage avant les repas ?

M. JMDP : Ça c'était quand je rentrais du travail, je lâchais prise, j'étais libéré du travail, donc euh... Je me sentais décontracté, j'avais l'impression d'attraper une fringale et donc là je mangeais tout ce qui

arrivait, tout ce qui était possible. Et il y a des jours où la fringale j'arrivais vraiment pas à la calmer... j'aurais pu manger un pain complet, avec le paquet de fromage... Voilà, j'avais à peine fini ça j'allais dans le placard chercher le sucré. Bon ça s'était de temps en temps mais ça arrivait...

Interviewer : On va passer à la troisième question : Que pratiquez-vous comme activité sportive ?

M. JMDP : Un petit peu de marche à pieds, déjà dans le travail je marche beaucoup puisque je travaille sur les chantiers. Euh... le soir en général quand je rentre, bon on a plus le chien mais on essaie de continuer, on faisait une balade systématiquement d'environ une demie heure / trois quart d'heure. Le Week End deux à trois balades de une heure, donc surtout de la marche à pieds.

Interviewer : On va passer à la quatrième question : Comment surveillez-vous votre diabète de type deux ?

M. JMDP : Je viens de prendre connaissance... Euh ça fait une dizaine d'année que j'ai le diabète et j'étais sous médicaments... Et l'insuline je viens de commencer, alors... Je surveillais uniquement par prise de sang que je pouvais faire tous les trois mois à peu près... Sauf que je n'étais pas régulier et voilà donc... Ça pouvait être tous les six mois environ.

Interviewer : D'accord ! Est-ce qu'il y avait d'autres examens que vous faisiez pour surveiller votre diabète ?

M. JMDP : Ben tout ce qui était à coté, donc... L'ophtalmologie, le cardiologue où je faisais l'épreuve d'effort, l'échographie du cœur, euh... l'électrocardiogramme, et puis ensuite j'ai fait des doppler ; Et ensuite j'ai aussi... ça me sort de l'esprit... J'ai fait des examens du foie, donc échographie du foie. Tout était normal, il n'y a rien eu de spécifique.

Interviewer : Très bien, on va passer à la toute dernière question.

Quelles sont les limites ou difficultés que vous rencontrez pour gérer correctement votre diabète de type deux au quotidien ?

M. JMDP : Ben... (Souffle) ben je ne vois pas réellement de limites, Euh... Puisque la prise de médicament ou maintenant avec les piqûres c'est un nouveau procédé et c'est assez facile. C'est uniquement au niveau de l'alimentation, parce que c'est vrai qu'en travaillant... C'est le repas du midi, il ne peut pas être vraiment à heure fixe et c'est vrai qu'il y a des jours où je vais pouvoir manger correctement et des jours... comme je disais toute à l'heure ça va être le sandwich ! (Rires)

Interviewer : Est-ce qu'il y a des limites à gérer correctement votre diabète en société, avec les amis, la famille, les proches ?

M. JMDP : Non je suis ouvert, donc je ne le cache pas et je ne trouve pas que le diabète est une maladie honteuse... (Rires) Donc il n'y a pas à le cacher... (Rires) Au niveau psychologique tout va bien (Rires)

Interviewer : Et sur le plan économique ça pose un frein ?

M. JMDP : Non puisque tout est pris en charge par la sécu et que je n'ai pas vraiment de problème puisque je suis à 100%... Par contre quelque chose qui peut être important pour votre thèse c'est que... Si je suis hospitalisé aujourd'hui ce n'est pas parce que j'avais huit (HbA1c), c'est que j'avais un dextro à 4,7 grammes et quatorze en hémoglobine glyquée ! Et... c'était dû au fait que... je n'ai pas pris mon traitement pendant trois mois. Volontairement donc... (Rires)

Interviewer : Et ce traitement vous l'avez pas pris parce que... ?

M. JMDP : Simplement parce que mes parents avaient le diabète depuis vingt à trente ans, et je voyais qu'en se droguant avec les cachets maintenant ils ont l'insuline aussi ; Et surtout ils ont des chiffres à 2,40... Je vois donc je me suis dit que les cachets servent à rien... Donc j'ai voulu tester (Rires). Mais bon je n'ai pas fait ça inconsciemment, j'avais quand même une ordonnance pour faire une prise de sang au bout des trois mois et voir si mes chiffres montaient ou pas... Et s'ils auraient monté mais toutefois pas à ce stade, j'aurais repris mes médicaments !

Interviewer : Et avant les 14%, vous étiez à combien ?

M. JMDP : 7% !

Interviewer : Et au niveau des mesures hygiéno-diététique vous avez aussi arrêté ?

M. JMDP : Non, non j'étais resté dans les mêmes conditions qu'au paravent et je n'avais rien changé au niveau des repas. Tant qu'à faire l'essai, c'est faire l'essai dans les conditions réelles, Voilà... Sans essayer de dire ben tient, je ne vais pas manger de sucre, je vais pas manger de ça...

Interviewer : Donc vous mangiez comme monsieur tout le monde ?

M. JMDP : Voilà ! oui !

Interviewer : Bilan de cette inobservance ?

M. JMDP : Vu que... Comme moi c'est le docteur qui m'a alerté en me disant fais attention, ton analyse n'est pas... n'est pas bonne. Autrement au niveau symptômes j'avais rien. Bon je me dis qu'il faut faire attention parce que les chiffres ont monté alors là maintenant je vais être plus sérieux sur mon traitement... Mais c'est vrai que... Au final j'ai rien... J'ai eu aucun symptôme, hormis uriner plus et puis boire beaucoup. Après j'ai entendu des gens dire qu'à plus de quatre, ils faisaient des malaises voir plus... Moi je n'ai absolument rien senti de spécial ! (Rires) Et c'est pour ça que je ne m'alertais pas non, et que j'attendais d'aller faire ma prise de sang pour voir... Mais le docteur m'a dit non, stop ! On rentre à l'hôpital... (Rires) Faut stabiliser tout de suite ! Voilà... (Rires)



**FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MARSEILLE**



**UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE
AIX-MARSEILLE II**

Patient 8 : M. BB, 84ans, HbA1c 10,44%

Interviewer : le thème de la thèse c'est l'enjeu de l'échec des mesures hygiéno-diététiques mise en place dans le cadre de l'éducation thérapeutique et de la prévention secondaire des diabétiques de type 2, en gros c'est savoir quelle est votre observance, vous qui êtes diabétique de type 2 et de savoir quelles sont les difficultés à suivre un bon régime hygiéno-diététique approprié selon les recommandations.

Donc ma première question est : Vous a-t-on déjà parlé des notions d'éducation thérapeutiques et de mesures hygiéno-diététiques ?

M. BB : Non, non je n'ai jamais entendu parler de ça parce que j'étais toujours bien ! Même maintenant je n'ai rien.

Interviewer : Est-ce qu'on vous a appris, ce qu'il faut manger, ce qu'il ne faut pas manger... ?

M. BB : Oui, il faut manger trois fois par jour, moi de midi jusqu'au soir je ne grignote pas... Et après chaque repas, quand j'ai fini, je me lave la bouche. Il n'y a que le matin que je bois un thé ou un café, le reste de la journée je ne bois que de l'eau. Et c'est tout ! Moi je fais attention, même sans explications ! (Rires)

Interviewer : On va passer à la deuxième question. Quelles sont vos habitudes alimentaires au quotidien ?

M. BB : je mange le pain, le douèze (plat en sauce) et le dessert... c'est tout !

Interviewer : Vous faites combien de repas ?

M. BB : j'en fais deux bien ! Le matin, le café au lait avec un morceau de pain et du beurre ou de l'huile d'olive, et le midi on mange que le douèze avec un quart de baguette de pain et le soir pareil aussi un quart de baguette de pain. Le soir je le mange avec du fromage. Il y a des desserts aussi après les repas.

Interviewer : D'accord ! Il y a des collations aussi ?

M. BB : Non, non, on ne fait rien entre les repas ! On ne mange pas trop.

Interviewer : Que pratiquez-vous comme activité physique ?

M. BB : Avant j'étais maçon et puis après j'ai fait du transport... Mais là ça fait trente ans je se suis à la retraite je ne fais plus rien !

Interviewer : Vous marchez un peu ? Vous faites de la marche ?

M. BB : Non ! je ne fais pas. Pas de sport, pas de marche, je bouge... je bouge à la maison, je monte les escaliers... Les escaliers, ça ne me fatigue pas, je peux les monter deux/trois fois... Le docteur il m'a dit qu'il faut faire un peu de marche pour aller mieux, alors on va faire un peu maintenant. Avant avec les enfants je courrais pour aller faire les courses, les... mais maintenant je ne peux plus. Tu as vu je n'ai pas de ventre moi... moi comme toi... (Rires) Parce que même si je fais rien, je fais attention quand même.

Interviewer : Comment surveillez-vous votre diabète de type deux ?

M. BB : La maintenant on va surveiller parce qu'avant je ne surveillais rien du tout ! Parce qu'avant j'avais que la moitié d'un cachet que je prenais le matin et puis c'est tout... Je ne contrôlais rien du tout ! Mais c'est quand j'ai arrêté que je suis tombé malade !

Interviewer : Vous avez arrêté quoi ?

M. BB : J'ai arrêté les cachets ! C'est à cause de ça que je suis rentré (à l'hôpital). En fait j'ai fait la faute ! pendant trois mois j'ai arrêté, j'ai oublié de les prendre au Maroc, et au lieu d'aller voir le docteur, j'ai dit après, après, après... Et jusqu'à la prise de sang, elle n'est pas bonne et il m'a appelé !

Interviewer : Est-ce que vous faisiez d'autres examens pour surveillez le diabète ?

M. BB : Maintenant, oui on les faire mais avant je ne faisais rien du tout je vous dis !

Interviewer : Mais est-ce que vous faisiez des prises de sang... ?

M. BB : Oui ça, tous les trois mois !

Interviewer : A part ces prises de sang il y avait d'autres examen ? Ou d'autres spécialistes que vous voyez ?

M. BB : Non, ça jamais, parce que mon diabète il est tout bon ! (Rires) Le docteur il me dit c'est comme un jeune ! tout va bien (Rires)

Interviewer : Et dernière question : Quelles sont limites et difficultés que vous rencontrez pour la bonne gérance de votre diabète ?

M. BB : Pour moi tout ça, ça vient de commencer. Tout ça je n'en avais pas avant... Parce qu'un demi machin tous les matins, pour moi ça ce n'est pas diabétique !

Interviewer : Ça fait quand même dix ans que vous êtes diabétique !

Mr BB : Non pas dix ans ! Deux ans ! Pendant un an il ne m'a pas donné le médicament, il m'a dit de faire attention avec la nourriture, et l'année d'après il m'a donné le médicament et j'allais bien mais quand j'ai arrêté.... Il ne faut pas que j'arrête !

Interviewer : La question c'est, est-ce que vous avez difficultés à gérer le diabète au jour le jour ? Est-ce qu'il y a des choses qui posent problème ?

M. BB : moi je n'ai pas de problème ! Moi je n'ai rien du tout... C'est la première fois de ma vie que je rentre à l'hôpital, au Maroc ou ici... J'ai 84 ans, tu peux me donner 84 ans toi ?

Interviewer : (Rires) Non, vous ne les faites pas !

M. BB : Ça c'est parce que je bouge, je ne reste pas là à dormir, je fais le ménage moi-même, je fais du bricolage... Je bouge... Je ne suis pas un fainant qui demande fais-moi ci, fais-moi ça... Non c'est moi qui fais tout !

Interviewer : Donc vous avez aucune difficulté à gérer le diabète ? le diabète il...

M. BB : Il va partir tout seul ! (Rires)

Interviewer : (Rires)



**FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MARSEILLE**



**UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE
AIX-MARSEILLE II**

Patiente 9 : Mme HN, 58ans, HbA1c 9,6%

Interviewer : le thème de la thèse c'est l'enjeu de l'échec des mesures hygiéno-diététiques mise en place dans le cadre de l'éducation thérapeutique et de la prévention secondaire des diabétiques de type 2, en gros c'est savoir quelle est votre observance, vous qui êtes diabétique de type 2 et de savoir quelles sont les difficultés à suivre un bon régime hygiéno-diététique approprié selon les recommandations.

J'ai juste cinq questions à vous poser ; Ma première question est : quelles sont les notions d'éducation thérapeutique et de mesures hygiéno-diététiques que vous connaissez ?

Mme HN : Aucun ! Je n'ai jamais fait de thérapeutique...

Interviewer : Vous n'avez jamais reçus des informations par le médecin traitant ou par l'endocrinologue ?

Mme HN : l'endocrinologue, ça fait depuis 2014, j'avais fait une hospitalisation ici et hier aussi...

Interviewer : Et vous n'avez jamais suivi un programme d'éducation thérapeutique ?

Mme HN : Non, jamais ! Je sais que c'est héréditaire, parce que mon père et mon grand-père l'avaient, le reste je sais pas...

Interviewer : Ok ! on va passer à la seconde question : Quelles sont vos habitudes alimentaires au quotidien ?

Mme HN : Oh... Trop ! Je l'ai dit ce matin c'est trop ! Je suis gourmande (Rires) Je prends des pâtes, du riz, avec de la sauce tomate... Donc je n'ai pas de régime à faire, je suis gourmande !

Interviewer : C'est quoi votre petit déjeuner type ?

Mme HN : Je prends que du café au lait le matin... Mais ce matin la diététicienne m'a dit de prendre au moins deux biscottes et de mettre un peu de beurre. Voilà...

Interviewer : Votre déjeuner type le midi, c'est quoi ?

Mme HN : Comme je vous l'ai dit, du riz, des pâtes... Voilà ! Et de la viande, du poisson... Voilà !

Interviewer : Une entrée, un dessert ?

Mme HN : Non, je prends le principal et c'est bon ! (Rires)

Interviewer : Et le soir ?

Mme HN : Pareil ! Parce que quand je fais à manger, je fais pour le midi, et le soir ! Donc voilà, je ne fais pas deux repas. Comme j'ai mon fils et mon mari, je fais qu'un seul repas qu'on mange le midi et le soir.

Interviewer : Est-ce qu'il y a des grignotages entre les repas ?

Mme HN : Non, jamais !

Interviewer : C'est quoi, c'est les portions qui sont importantes ?

Mme HN : Oh oui ! je ne le cache pas, car je le fais ! (Rires)

Interviewer : Troisième question : que pratiquez-vous comme activité physique ?

Mme HN : Je suis femme de ménage, je fais deux heures par jour seulement... Pas plus parce qu'avant je travaillais dans les serres, les tomates, tout ça là... Mais comme j'avais le diabète trop haut, c'est là qu'on m'a mise en invalidité.

Interviewer : Et en dehors du travail vous faites des activités physiques autres ?

Mme HN : Le ménage chez moi seulement !

Interviewer : Pas de marche ?

Mme HN : Non, pas de marche !

Interviewer : Quatrième question : Comment surveillez-vous votre diabète de type deux ?

Mme HN : Le dextro, et si c'est haut je fais mon insuline et voilà...

Interviewer : Est-ce que vous faites d'autres examens ?

Mme HN : C'est-à-dire ?

Interviewer : d'autres examens médicaux, des prises de sangs...

Mme HN : Ben oui je fais les prises de sang tous les trois mois, et c'est tout... A part hier ils m'ont fait le truc pour le cœur, c'est tout...

Interviewer : D'accord, Quelles sont les limites ou difficultés que vous rencontrez pour la bonne gestion de votre diabète ?

Mme HN : Des difficultés, il y en a ! Car je ne peux pas le stabiliser, c'est pour ça que je suis là. Des difficultés il y en a, je n'arrive pas à le gérer ! Je n'arrive pas...

Interviewer : D'accord, mais c'est quoi qui vous pose problème ?

Mme HN : L'alimentation premièrement et deuxièmement le dextro, il monte, il descend, et voilà... Je n'arrive pas à le stabiliser...

Interviewer : D'accord, vous pouvez développer un peu, au niveau alimentaire c'est quoi qui vous pose problème ?

Mme HN : Au niveau alimentaire, c'est de faire deux repas par jour et voilà... Je mange tout moi, tout ce qu'on me donne je le mange ; je ne regarde pas si c'est bon ou si c'est pas bon, voilà... je suis une gourmande ! (Rires)

Interviewer : Est-ce qu'il y a d'autres problèmes que vous rencontrez ?

Mme HN : Je suis fatigué, je suis beaucoup trop fatigué en ce moment, c'est trop haut, il y a des moments j'arrive jusqu'à quatre, cinq... Donc voilà, c'est fatigant !

Interviewer : Merci d'avoir répondu à toutes mes questions !



**FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MARSEILLE**



**UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE
AIX-MARSEILLE II**

Patient 10 : M. AV, 81ans, HbA1c 7,8%

Interviewer : le thème de la thèse c'est l'enjeu de l'échec des mesures hygiéno-diététiques mise en place dans le cadre de l'éducation thérapeutique et de la prévention secondaire des diabétiques de type 2, en gros c'est savoir quelle est votre observance, vous qui êtes diabétique de type 2 et de savoir quelles sont les difficultés à suivre un bon régime hygiéno-diététique approprié selon les recommandations.

Donc j'ai cinq questions à vous poser, ma première question est : quelles sont les notions d'éducation thérapeutique et de mesures hygiéno-diététiques que vous connaissez ?

M. AV : Euh... J'ai tout entendu sur le diabète, j'ai une belle-fille médecin, elle m'a trainé chez une diabétologue à Pertuis, qui m'a envoyé chez une diététicienne... euh... J'ai tout entendu !

Interviewer : Qu'est-ce que vous avez entendu ?

M. AV : Euh... Plus de sucre, la première chose. Eviter le sel, euh... Ne buvez pas d'alcool... Faites de l'exercice ! Très important, très important ! Je marche, euh... Voilà... Ils ne m'ont jamais dit on vous en débarrassera, alors que moi je leur ai dit que si je deviens vraiment vieillard austère, je vais m'en débarrasser ! Et je n'ai pas trop entendu de confirmation de ce côté-là. Et prendre les médicaments régulièrement et notamment cette metformine ! Et j'étais à 500 et ils m'ont passé à 850... et ça donne des diarrhées quand même la metformine ! Voilà, je vous ai tout dit là ?

Interviewer : Très bien ! on va passer à la deuxième question, quelles sont vos habitudes alimentaires au quotidien ?

Mr AV : J'ai une épouse depuis soixante ans qui cuisine bien, euh... Et j'aime plutôt ce qui ne convient pas... euh... à une alimentation équilibrée. Je préfère me faire une cervelle sautée au beurre qu'un bifteck ! Euh... Alimentairement... Et hier ma femme, elle s'est faite presque gronder par une infirmière parce qu'elle m'a monté de la cafétéria un NESTEA, l'infirmière a failli faire une crise (Rires) quand elle a vu ça, elle lui a dit « mais il est diabétique ! », « ah oui c'est vrai ! »

Interviewer : (Rires) d'accord ; c'est quoi votre petit déjeuner type ?

M. AV : Mon petit déjeuner type c'est... un yaourt, des tranches de pain briochés toasté, sans beurre. Je presse une orange pour mon épouse, mais moi je trouve que ça donne de l'acidité dans l'estomac. Donc j'attends la saison du raisin pour mélanger le raisin et le jus d'orange, ça, ça va mieux ! J'ai tout dit là ! (Rires)

Interviewer : Et au repas de midi ?

M. AV : J'essaye de faire de la salade, mais il faut que j'apporte tous mes soins à l'achat, la conservation et la préparation de la salade ! Mon épouse estime que la salade est vraiment pas nécessaire, moi je dis qu'en début de repas on doit manger une grosse salade ! Voilà... vous savez c'est un combat quotidien, mais comme tous les combats à mener... nous on se bat pour la salade (Rires)

Interviewer : (Rires) et le soir ?

M. AV : Ah le soir, moi je me contenterais bien d'une soupe et d'un morceau de fromage, mais... mon épouse semble avoir une contrainte... une réticence à avoir un bol de soupe tous les soir ! Je lui dis alors, que c'est ça qui a fait la France quand même ! c'est la soupe ! On y trempe son pain dur et c'est une alimentation suffisante... Mais je ne suis pas toujours très écouté (Rires)

Interviewer : D'accord, mais si elle ne fait pas la soupe, elle fera quoi à la place ?

M. AV : Oh... elle essaiera toutes les fantaisies possibles et inimaginables ! Des œufs sur du chorizo, des œuf frit sur du chorizo quoi... euh du figatelli sur toast bien gras, avec des pâtes ! Là aussi je pourrais compléter mais... (Rires)

Interviewer : Pratiquez-vous une activité sportive ?

M. AV : Je marche ! Je marche, et je suis heureux de marcher... Et j'ai un petit-fils qui est un grand faignant, alors je lui dis pourquoi tu ne marches pas ? il me dit oui mais toi tu réfléchis quand tu marches, moi je m'ennuis. Quand vous avez entendu ça, il ne vous reste plus qu'à souhaiter la fin du monde ! (Rires)

Interviewer : Et à part la marche, une autre activité ?

M. AV : Euh... A part la marche, j'ai toujours fait du vélo ! Mais là j'ai fait une hernie discale au printemps, donc ça complique les choses !

Interviewer : Comment surveillez-vous votre diabète ?

M. AV : Quand le médecin me marquait une prise de sang, j'allais faire une prise de sang et il essayait d'en tirer des leçons... efficaces ! Et mon fils m'a dit aussi, tu ne contrôles pas ton sucre tous les jours ? Et alors il m'a appris à me servir d'un appareil... J'ai même un carnet de glycémies, mais c'est tout récent !

Interviewer : Vous faites d'autres examens ?

M. AV : Euh... Je vais voir le médecin qui juge ce qu'il faut voir. Ah... j'ai eu fait une fibroscopie car j'avais ce que j'appelle la hernie fatale ! C'est une hernie hiatale...

Interviewer : Mais pour le diabète vous faites d'autres examens ? Vous voyez d'autres spécialistes ?

M. AV : Non ! J'en ai vu une fois... On c'est tout dit je crois ! (Rires)

Interviewer : Très bien, on va passer à la dernière question. Quelles sont les limites ou difficultés que vous rencontrez pour gérer correctement votre diabète ?

Mr AV : Un mariage de soixante ans monsieur ! (Rires) C'est assez insurmontable n'est-ce pas ?!

Interviewer : est-ce qu'il y a des choses qui vous freine dans la bonne gestion de votre diabète ?

M. AV : La gourmandise ! la gourmandise... Mais pas le sucre, le sucre je m'en passerais bien !

Je pense que nous avons une alimentation assez grasse ; ma femme ne ménage ni l'huile, ni le beurre pour les cervelles sautées... Vous avez déjà mangé de la cervelle sautée ?

Interviewer : Euh non jamais !

M. AV : Au beurre noir ? C'est délicieux ! Euh... Et puis... Voilà, elle estime que l'huile d'olive... Nous consommons pas mal d'huile d'olive.

Interviewer : D'accord ! est-ce que vous trouvez que le diabète pose des problèmes dans la vie en société ?

M. AV : Eh oui ! Mesurer sa consommation d'alcool, ça rend difficile les rapports sociaux, parce que dès qu'il y a quelqu'un ma femme sort les bouteilles ! Et alors ç'est un peu difficile quand on aime ça... c'est assez difficile de se défendre. Toujours le mariage, toujours le mariage ! Ne vous mariez pas docteur ! (Rires)

Interviewer : (Rires) Euh... Et sur le plan économique, ça pose un problème ou un frein ?

M. AV : Non, non, non ! Mais c'est vrai que dans une observation sociologique, les gens de... disons de milieu culturel et économique inférieur font moins attention à ça... Et c'est vrai que j'ai des neveux qui boivent quatre pastis à chaque repas... Ils ne voient pas la nécessité de se priver de ce qui est bon, de ce qu'il leur plait ! ais ça c'est pour les tiers, moi j'essaie de me priver !

ABREVIATIONS

ALD : Affection longue durée

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

DDP4 : Dipeptidyl Peptidase 4

FIV : Fécondation In-Vitro

GIP : Gastric Inhibitory Polypeptide

GLP-1 : Glucagon Like Peptide 1

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HGPO : Hyper-Glycémie Orale Provoquée

IAPP : Islet Amyloïd Polypeptide

IG : Index Glycémique

IMC : Indice de Masse Corporelle

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

MODY : Maturity Onset Diabetes of the Young

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé

PACA : Provence Alpe Cote d'Azur

SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

SMIC : Salaire Minimum de Croissance

TNF : Tumor Necrosis Factor

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

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

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

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

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

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

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.



ΟΡΚΟΣ
ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ



ΟΜΝΥΜΙ ΔΠΟΛΛΟΝΑ ΗΙΤΡΟ
Ν ΚΑΙ ΑΣΚΛΗΠΙΟΝ ΚΑΙ Υ
ΓΙΕΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΝΑΚΣΙΑΝ
ΚΑΙ ΘΕΟΥΣ ΠΑΝΤΑΣ ΤΕ ΚΑΙ
ΠΑΣΑΣ ΙΣΤΟΡΑΣ ΠΟΙΚΥΜΕΝΟ
ΕΠΙΤΕΛΕΑΠΟΗΣΙΜ ΚΑΤΑ ΔΥ
ΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ
ΟΡΚΟΝ ΤΟΜΕ ΚΑΙ ΣΥΓΓΡΑΦΗΣ

ΤΗΝΔΕ ΗΙΤΗΣ ΔΣΘΑΙΜΕΝ ΤΟΝΔΙΔΑΣΗΝΤΑ ΜΕΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ
ΤΑΥΤΗΝ ΉΣΑ ΓΕΜΕΤΗΣΙΝ ΕΜΟΙΣΙ ΚΑΙ ΒΙΟΝ ΚΟΙΝΟΣ ΔΣΘΑΙ
ΚΑΙ ΧΡΕΟΝ ΧΡΗΖΟΝΤΙ ΜΕΤΑΘΟΣΙΝ ΠΟΗΣΑΣΘΑΙ ΚΑΙ ΓΕ
ΝΟΣ ΤΟ ΕΞ ΟΥΤΕΟΝ ΔΘΕΛΟΙΣΙ ΉΣΟΝ ΕΠΙΚΡΙΝΕΕΙΝ ΑΡΙ
ΣΙ ΚΑΙ ΔΙΔΑΣΕΙΝ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗΝ ΗΝ ΧΡΗΖΟΣΙ
ΜΑΘΘΑΝΕΙΝ ΔΝΕΥ ΜΙΣΘΟΥ ΚΑΙ ΣΥΓΓΡΑΦΗΣ ΠΑΡΑΓΥ
ΛΗΣ ΤΕ ΚΑΙ ΑΚΡΟΗΣΙΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΟΙΠΗΣ ΔΠΑΣΗΣ ΜΑ
ΘΗΣΙΟΣ ΜΕΤΑΘΟΣΙΝ ΠΟΗΣΑΣΘΑΙ ΥΙΟΙΣΙ ΤΕ ΕΜΟΙΣΙ ΚΑΙ
ΤΟΙΣΙ ΤΟΥ ΕΜΕ ΔΙΔΑΣΑΝΤΟΣ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΑΙΣΙ ΣΥΓΓΕΓΡΑ
ΜΕΜΟΙΣΙ ΤΕ ΚΑΙ ΑΡΚΙΣΜΕΝΟΙΣ ΝΟΜΟ ΙΗΤΡΙΚΟ ΑΛΛΟ ΔΕ
ΟΥΔΕΝΙ ΔΙΔΙΤΗΜΑΣΙ ΤΕ ΧΡΗΣΟΜΑΙ ΕΠ' ΟΦΘΑΛΗΗ ΚΑΝ
ΝΟΜΤΟΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ ΕΠΙΒΗΛ
ΣΙ ΔΕ ΚΑΙ ΔΔΙΚΗΝ ΕΙΡΞΕΙΝ ΟΥΔΘΣΟ ΔΕ ΟΥΔΕ ΜΑΓΗ
ΣΟΜΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΗΝ ΤΟΙΗΝΔΕ ΘΜΟΤΟΣ ΔΕ ΟΥΔΕ ΓΥΝΑΙ
ΚΙ ΠΕΣΣΟΝ ΦΘΟΡΙΟΝ ΔΥΣΟ ΔΓΝΟΣ ΔΕ ΚΑΙ ΟΣΙΟΣ ΔΙΑ
ΤΗΡΗΣΟ ΒΙΟΝ ΤΟΝ ΕΜΟΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΝ ΤΗΝ ΕΜΗΝ Ο
ΤΕΜΕΟ ΔΕ ΟΥΔΕ ΜΗΝ ΛΙΘΙΟΝΤΑΣ ΕΚΧΟΡΗΣΟ ΔΕ ΕΡΓΑ
ΤΗΣΙ ΑΝΔΡΑΣΙ ΠΡΗΣΙΟΣ ΤΗΣ ΔΕ ΕΣ ΟΙΚΙΑΣ ΔΕ ΟΚΟΣΑΣ
ΑΥΚΣΙΟ ΕΞΕΛΕΥΣΟΜΑΙ ΕΠ' ΟΦΘΑΛΗΗ ΚΑΜΝΟΜΤΟΝ Κ
ΤΟΣ ΕΟΝ ΠΑΣΗΣ ΑΔΙΚΗΣ ΕΚΟΥΣΗΣ ΚΑΙ ΦΘΟΡΙΝΣΤΗΣ
ΤΕ ΑΛΛΗΣ ΚΑΙ ΔΘΡΟΔΙΣΙΟΝ ΕΡΓΩΝ ΕΠΙΤΕ ΓΥΝΑΙΚΕΙ
ΟΝ ΣΟΜΑΤΟΝ ΚΑΙ ΑΝΔΥΡΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΟΝΤΕ ΚΑΙ
ΔΟΥΛΟΝ Δ Δ ΔΝ ΕΝ ΘΕΡΑΠΗΗ ΚΑΙ ΙΔΟ Η ΔΙΚΟΥΣΟ
Η ΚΑΙ ΔΝΕΥ ΘΕΡΑΠΗΗΣ ΚΑΤΑ ΒΙΟΝ ΔΝΟΡΟΠΟΝ ΔΜΥ
ΧΡΗ ΠΟΤΕ ΕΚΛΑΛΕΣΘΑΙ ΕΣΤΟ ΣΙΓΗΣΟΜΑΙ ΑΡΡΗΤΑ ΗΣ
ΜΕΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΤΟΙΑΥΤΑ ΟΡΡΟΝ ΜΕΝ ΟΥΚ ΜΟΤΤΟ
ΔΕ ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΠΟΙΚΟΝΤΙ ΚΑΙ ΜΗ ΣΥΝΚΟΝΤΕΙΝ ΕΙΣ
ΔΣΘΑΙ ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΣ ΣΟΙΣΑΣΘΕΙΝΟ ΠΑΡ
ΤΑΣΙΝ ΑΝΟΡΟΠΟΙΣ ΕΙΣ ΤΟΝ ΔΙΕΙ ΧΡΟΟΝ ΠΙΣΕΑΣ
ΔΙΝΟΝΤΙ ΔΕ ΚΑΚΕΠΙΟΡΚΟΥΝΤΙ
ΤΟΥΤΕΟΝ

RESUME

INTRO : Le changement de vie brutal et à long terme qu'impose le diabète de type 2, engendre par la même occasion plusieurs facteurs limitants l'observance, ayant pour conséquences une augmentation de la morbi-mortalité et un surcoût médical majeur pourtant évitable. Le but de cette étude était d'identifier ces principaux facteurs limitants. **METHODE** : L'étude que nous avons réalisée, était une étude qualitative sur la région PACA durant l'année universitaire 2016-2017. Etaient inclus les patients ayant une hémoglobine glyquée supérieure à 7,5%. Des entretiens individuels semi-directifs étaient réalisés à partir de cinq questions ouvertes et recueillis par une application smartphone « dictaphone ». **RESULTATS** : Des limites d'adhésion aux mesures hygiéno-diététiques ont été identifiées, 60% des patients présentaient une alimentation équilibrée et variée mais 60% abusaient d'aliments à fort IG, et 30% grignotaient entre les repas ; 100% présentaient des limites d'adhésion aux mesures hygiéno-diététiques. Des limites psychosociales, des craintes de passage à l'insuline, et un manque de croyance dans l'efficacité des traitements avaient été mis en avant. Aucune limite socio-économique selon les patients du fait de la bonne prise en charge ALD(8). Le ressenti du patient évoquait de la colère et un sentiment de « ras le bol » participant également à un lâché prise d'adhésion thérapeutique aboutissant à une inobservance au long cours. **CONCLUSION/DISCUSSION** : La principale limite identifiée était l'adhésion aux mesures hygiéno-diététiques ; cependant la diversité de notre échantillon bien qu'étant de petite taille nous avait permis d'identifier et de comprendre la majorité des limites et freins à l'observance thérapeutique des mesures hygiéno-diététiques que l'on peut retrouver dans la littérature.

264 MOTS

Mots clefs :

- ❖ Diabète.
- ❖ Mesures hygiéno-diététiques.
- ❖ Education thérapeutique.
- ❖ Limites.