



HAL
open science

Difficultés de la prise en charge en médecine générale des patients diabétiques de type 2 immigrés originaires d’Afrique du Nord. Étude qualitative par Focus Groups auprès de médecins généralistes de la ville du Havre

Liliane Murera Umuhire

► To cite this version:

Liliane Murera Umuhire. Difficultés de la prise en charge en médecine générale des patients diabétiques de type 2 immigrés originaires d’Afrique du Nord. Étude qualitative par Focus Groups auprès de médecins généralistes de la ville du Havre. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01921090

HAL Id: dumas-01921090

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01921090>

Submitted on 13 Nov 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.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

Année 2018

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

MURERA UMUHIRE Liliane

Née le 05 octobre 1984 à Rubavu (Rwanda)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25 OCTOBRE 2018

**DIFFICULTES DE LA PRISE EN CHARGE EN MEDECINE GENERALE DES
PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE 2 IMMIGRES ORIGINAIRES D'AFRIQUE DU
NORD
Etude qualitative par Focus Groups auprès de médecins généralistes de la
ville du Havre**

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur PREVOST Gaëtan

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Pascal BOULET

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Docteur Joël LADNER

Madame la Professeure Elisabeth MAUVIARD

Monsieur le Docteur Ibrahima THIAM

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Gaëtan PREVOST, Président du jury,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

A Monsieur le Docteur Pascal BOULET, Directeur de thèse,

Vous avez accepté sans hésitation de diriger ma thèse, je vous en remercie. Merci également pour vos conseils et remarques bienveillantes, pour votre disponibilité.

A Madame la Professeure Elisabeth MAUVIARD, Membre du jury,

Vous avez manifesté de l'intérêt pour mon travail et avez accepté de participer à mon jury de thèse, je vous en remercie.

A Monsieur le Docteur Joël LADNER, Membre du jury,

Vous avez rapidement accepté de participer à mon jury de thèse, je vous en suis reconnaissante.

A Monsieur le Docteur Ibrahima THIAM, membre du jury,

Recevez mes sincères remerciements pour votre participation au jury de ma thèse et pour vos avis et votre expertise sur le sujet.

A tous les médecins qui ont participé aux focus groups,

Merci d'avoir accepté de bousculer vos emplois du temps chargés afin de participer à mon étude. Un merci en particulier au Docteur BLONDET pour ton enthousiasme pour le sujet et pour ton aide.

Au Docteur Philippe PLE,

Merci pour m'avoir transmis ta passion pour la médecine et le respect des patients.

Aux Docteurs Stéphane LANDEL, Jean de VIENNE et Laurent LAVAL,

Merci de m'avoir transmis l'amour de la médecine générale.

A mes autres maîtres de stage,

Merci de d'avoir contribué à ma formation durant ces longues années.

Au Docteure Catherine Derrien,

Merci de m'avoir guidée pour mes premiers pas dans l'exercice de la médecine générale et pour la confiance que tu m'as accordée.

Au Docteur Francois-Xavier LAPORTE,

Merci pour ta confiance et la bonne collaboration.

A Nyogokuru, sinshidikanya ibyishimo by'igisagirane wazaga kugira uyu munsi iyo uba uri hano kuri uyu munsi. Ariko n'aho uri ndizera ko unejewe n'uko wibyaye.

A Mathi,

merci pour ton amour, ta patience d'ange dont tu as su faire preuve pendant cette période difficile et ton soutien indéfectible durant ces longs mois.

A ma famille,

A Papa, merci beaucoup de m'avoir appris le sens de l'effort et de la persévérance. Merci pour ton aide et tes encouragements.

A Maman, merci de m'avoir appris la patience et l'écoute des autres, qui m'ont été utiles autant dans ma pratique dans ma vie privée.

A ma sœur, merci pour ton soutien. A mes frères Romu et Hippo.

Au reste de ma grande famille, merci à tous pour votre soutien sans faille.

A mes amies strasbourgeoises,

Nono, Alix, Clémentine, Cathel, Nasta, Anne-Sophie, loin des yeux, près du cœur.

A mes copines du Macumba,

A ma sorcière bien-aimée, Delphine, Laure, Laura, Lucie G., Margaux, Anna, Suzanne, Stéphanie, pour tous les bons moments au Macumba ou ailleurs.

A mes co-internes,

A Marie, camarade de combat au CHU.

A mes co-internes de pédiatrie, Pascaline, Lucie A., Marie, Cécile, Anna, pour la bonne humeur.

A mes belles rencontres havraises,

A Diana pour ta gentillesse et la confiance que tu m'as accordée.

A Amina, Marine, Marie, pour m'avoir aidé à me sentir chez moi à LH.

A Olivia,

Merci pour ta gentillesse, tes conseils et remarques avisés.

A Thierry,

Merci pour ton aide précieuse et ton sens du détail.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	17
ABREVIATIONS	25
I^{ERE}PARTIE : CONTEXTUALISATION	27
1 INTRODUCTION	29
2 DEFINITIONS	29
3 CONTEXTE	31
3.1 Prévalence du diabète	31
3.1.1 Prévalence du diabète dans le monde et en Afrique	31
3.1.2 Prévalence du diabète en France	31
3.1.3 Prévalence du diabète en Seine-Maritime	32
3.2 Mortalité	32
3.3 Coûts du diabète	33
4 SANTE DES IMMIGRES	33
4.1 L'immigration en France	33
4.1.1 Quelques chiffres sur l'immigration	33
4.1.2 Evolution des flux migratoires.....	34
4.2 Evolution de la santé des immigrés	35
4.2.1 Un état de santé meilleur.....	35
4.2.2 Un état de santé moins bon	36
4.3 Les déterminants de la santé des immigrés	36
4.3.1 Effets délétères de la migration	37
4.3.2 Conditions socio-économiques moins favorables.....	37
4.3.3 Moindre accès aux services de santé et de soins.....	37
4.3.4 Les effets de l'acculturation	38
4.3.5 Niveau de littératie en santé	38
4.4 Diabète et immigrés	38
4.4.1 Prévalence du diabète chez les immigrés	38
4.4.2 Déterminants de la prévalence du diabète chez les immigrés.....	39
5 GENERALITES SUR LE DIABETE	40
5.1 Définition et diagnostic	40
5.2 Le diabète de type 2	41
5.3 Les facteurs de risque du diabète de type 2	41
5.4 Prise en charge du diabète de type 2	42
5.4.1 Mesures hygiéno-diététiques.....	42

5.4.2	Education thérapeutique	43
5.4.3	Traitements médicamenteux	44
6	MATERIEL ET METHODES.....	44
6.1	La méthode qualitative.....	44
6.1.1	Les principes de la méthode qualitative.....	44
6.1.2	Le choix de la méthode	44
6.2	La population étudiée.....	45
6.2.1	Recrutement des participants	45
6.2.2	Caractéristiques des participants	46
6.3	Le recueil des données	46
6.3.1	Déroulement des focus group.....	46
6.3.2	Retranscription.....	47
6.4	L'analyse des données	47
6.4.1	Récapitulatif immédiat.....	47
6.4.2	Codage.....	47

II^{EME} PARTIE : RESULTATS.....	49
---	-----------

A/	CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS.....	51
B/	PRESENTATION DE L'ECHANTILLON.....	51
C/	PRATIQUES ET DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE.....	53
1	CONTEXTE DE LA CONSULTATION	53
1.1	Communiquer avec un patient allophone.....	53
1.2	Comprendre la culture du patient	53
1.3	Répondre aux nombreuses demandes du patient.....	54
2	DIABETE DES PATIENTS IMMIGRES ORIGINAIRES D'AFRIQUE DU NORD.....	54
2.1	Diagnostiquer le diabète	54
2.1.1	Dépistage régulier	54
2.1.2	Signes d'appel	54
2.1.3	Confirmer le diagnostic	54
2.2	Expliquer le diabète au patient	55
2.3	Evolution de la maladie	55
2.4	Objectifs thérapeutiques	55
3	MODE DE VIE	56
3.1	Le mode de vie adopté en France :.....	56

3.1.1	Un mode de vie proche de celui des Français	57
3.1.2	Conservation d'un mode de vie africain.....	57
3.2	Le mode de vie des patients dans leur pays d'origine	57
4	REPRESENTATIONS.....	57
4.1	Déni de la gravité de la maladie	58
4.2	Image catastrophiste de la maladie.....	58
4.3	Etiologies du diabète	58
4.4	Dévalorisation de la minceur	59
4.5	Influence de la maladie sur leur vie sociale.....	59
5	DIETETIQUE.....	59
5.1	Savoir ce que mangent les patients	59
5.1.1	Méthodes de recueils des habitudes alimentaires	59
5.1.2	Freins au recueil des habitudes alimentaires.....	60
5.1.3	Particularités des habitudes alimentaires	60
5.2	Donner des conseils diététiques	60
5.2.1	S'adresser à la personne gérant l'alimentation dans le ménage	60
5.2.2	Donner des messages diététiques simples	61
6	EXERCICE PHYSIQUE	61
6.1	Nombreux freins à l'exercice physique	61
6.1.1	Niveau d'activité physique faible	61
6.1.2	Confinement des femmes au domicile.....	61
6.1.3	Limites à la pratique d'activité sportive des femmes.....	62
6.2	Développer l'activité physique régulière au quotidien	62
6.3	Favoriser la pratique de l'exercice physique	63
6.3.1	Différencier marche et sport.....	63
6.3.2	Créer des groupes de marche	63
6.3.3	Orienter vers des salles de sport plus abordables	63
6.3.4	Salle de sport pour femmes voilées	63
7	PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE.....	63
7.1	Place des traitements médicamenteux.....	63
7.1.1	Choix des spécialités médicamenteuses	63
7.1.2	Acceptation et observance.....	64
7.1.3	Toute-puissance des médicaments.....	64
7.2	Particularités de l'insulinothérapie	64
8	EDUCATION THERAPEUTIQUE	65
8.1	Place de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge	65

8.2	Définition de l'éducation thérapeutique	65
8.3	Structures réalisant l'éducation thérapeutique	65
8.3.1	Milieu hospitalier	65
8.3.2	Marédia	66
8.3.3	IRSA	66
9	INTERVENTION D'AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	66
9.1	Diabétologue	66
9.1.1	Renforcement de la prise en charge	66
9.1.2	Relais plus précoce par un diabétologue	67
9.2	Infirmière.....	67
9.3	Diététicienne.....	67
9.3.1	Prise en charge diététique essentielle	67
9.3.2	Réticence des patients	67
9.3.3	Cadre hospitalier facilitant l'accès à la diététicienne	67
9.4	Médecins nutritionnistes.....	68
9.5	Kinésithérapeutes	68
9.6	Dépistage et suivi des complications.....	68
10	PERIODE DU RAMADAN.....	69
10.1	Modalités du déroulement du Ramadan	69
10.2	Rôle du médecin : accompagner le patient.....	69
10.3	Avis médical.....	69
10.3.1	Avis médical défavorable.....	69
10.3.2	Observance du Ramadan variable.....	70
10.3.3	Avis médical demandé.....	70
10.4	Effets du Ramadan sur la santé du patient diabétique	70
10.4.1	Hypoglycémies.....	70
10.4.2	Tendance des patients à interrompre le traitement médicamenteux	70
10.4.3	Equilibre glycémique	70
10.4.4	Variations pondérales.....	71
10.4.5	Asthénie.....	71
11	RETOUR TEMPORAIRE AU PAYS D'ORIGINE.....	71
11.1	Séjours longs et récurrents	71
11.2	Séjour mal préparé.....	71
11.3	Favoriser la continuité des soins	72
11.4	Consultation d'autres médecins sur place	72
11.5	Répercussions sur l'équilibre du diabète	73

12	RELATION MEDECIN – MALADE.....	73
12.1	Relation de confiance et d'échanges	73
12.1.1	Observance.....	73
12.1.2	Manque d'autonomie du patient	74
12.2	Communication difficile.....	74
12.2.1	Barrière culturelle.....	74
12.2.2	Barrière de la langue	74
12.3	Attitude adaptée pour améliorer l'adhésion à la prise en charge	75
12.3.1	Attitude paternaliste	75
12.3.2	Discours choc.....	75
13	ROLE FONDAMENTAL DE LA FAMILLE.....	75
13.1	Rôle de traduction.....	75
13.2	Organisation du suivi.....	75
	D/ AMELIORATION DES PRATIQUES.....	76
1	EDUCATION THERAPEUTIQUE.....	76
1.1	Cadre de l'éducation thérapeutique.....	76
1.1.1	Maison de santé pluriprofessionnelle	76
1.1.2	Réseau de professionnels de santé.....	76
1.2	Contenu de l'éducation thérapeutique.....	77
1.2.1	Diététique : ateliers cuisine.....	77
1.2.2	Diététique : ateliers courses.....	77
1.2.3	Activité physique encadrée	77
2	REORGANISATION DE L'ACTIVITE DU MEDECIN GENERALISTE.....	78
2.1	Hiérarchiser les motifs de consultations.....	78
2.2	Développer la prévention	78
2.3	Optimiser la collaboration avec les IDE	78
2.3.1	« Paramédicaliser » le médecin généraliste au cabinet	78
2.3.2	Collaboration avec l'IDE pour la surveillance du patient à domicile	78
3	OUTILS POUR LA PRATIQUE QUOTIDIENNE.....	79
3.1	Améliorer la prise en charge diététique.....	79
3.1.1	Supports imagés pour les conseils diététiques	79
3.1.2	Supports avec des repères sur les équivalences glucidiques	79
3.2	mieux aborder les différences culturelles	79
3.2.1	Conseils diététiques établis en collaboration avec les responsables religieux	79
3.2.2	Protocoles d'adaptation des traitements pendant le ramadan	79
3.2.3	Echanges avec des médecins ayant l'expérience de la culture du patient	79

4	MESURES POLITIQUES ADAPTEES.....	80
4.1	Santé publique	80
4.1.1	Améliorer la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire	80
4.1.2	Renforcer les stratégies préventives	80
4.2	Sécurité sociale	80

III ^{EME} PARTIE : DISCUSSION.....	81
---	----

1	FORCES DE L'ETUDES	83
1.1	Thématique du quotidien du médecin généraliste.....	83
1.2	Double codage	83
2	LIMITES DE L'ETUDE.....	83
2.1	Biais dû au caractère collectif des entretiens.....	83
2.2	Biais de recrutement	83
2.3	Biais d'expérience	83
3	MAITRISE DE LA LANGUE FRANÇAISE	84
3.1	Niveau de français suffisant.....	84
3.2	Présence d'un interprète dans l'entourage.....	84
3.3	Illettrisme	85
4	DIMENSION CULTURELLE DANS LA PRISE EN CHARGE	85
4.1	Abord de la dimension culturelle dans la prise en charge.....	85
4.2	Comprendre la culture du patient	86
4.2.1	Facteurs freinateurs	86
4.2.2	Facteurs facilitateurs	87
4.3	Améliorer la compréhension de la culture.....	87
4.4	Représentations	88
4.4.1	Absence de perception de la gravité de la maladie	88
4.4.2	Diabète comme fatalité, le <i>Mektoub</i>	89
4.4.3	Vécu de la maladie	89
4.5	Alimentation.....	90
4.5.1	Méthode de recueil des habitudes alimentaires.....	90
4.5.2	Comprendre les facteurs déterminant les pratiques alimentaires	90
4.6	Diabète et ramadan.....	92
4.6.1	Place du Ramadan	92
4.6.2	Observance.....	92
4.6.3	Règles du Ramadan dans les textes religieux.....	93

4.6.4	Besoin de recommandations.....	93
4.6.5	Préparation du Ramadan avec le patient.....	94
5	<i>DIMENSION SOCIO-ECONOMIQUE DE LA PRISE EN CHARGE</i>	96
5.1	Habitat.....	96
5.2	Accès à l'alimentation	96
5.3	Inégalités d'accès à la santé	97
6	<i>AMELIORATIONS DES PRATIQUES</i>	97
6.1	Organisation de l'activité du médecin généraliste	97
6.1.1	Exercice dans des structures pluriprofessionnelles	97
6.1.2	Infirmier en Pratique Avancé (IPA) en renfort du Médecin Généraliste	97
6.1.3	Collaboration IDE- Médecin généraliste sur le modèle du dispositif ASALEE	99
6.1.4	Assistant médical.....	100
6.2	Education thérapeutique du patient	100
6.2.1	ETP centrée sur le patient	100
6.2.2	Education thérapeutique dans une structure de proximité.....	101
6.2.3	Mettre à profit les ressources familiales.....	102
6.2.4	Education thérapeutique basée sur la culture alimentaire.....	103
6.2.5	Activité physique adaptée.....	103
7	<i>CONCLUSION</i>	104
	<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	107
	<i>ANNEXES</i>	114
	Annexe 1 : Guide d'entretien	114
	Annexe 2 : Questionnaire	118
	Annexe 3 : Supports éducatifs imagés	119
	Annexe 4 : Stratification du risque à observer le jeûne du Ramadan (recommandations IDF 2016)	121
	Annexe 5 : Gestion des traitements pendant le Ramadan	122

ABREVIATIONS

ADA	American Diabetes Association
ALFEDIAM	Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques
ARS	Agence Régionale de la Santé
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENTRED	Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques
ETP	Education thérapeutique du patient
HAS/ Anaes	Haute autorité de santé / Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
HbA1c	Hémoglobine glyquée
IDE	Infirmière Diplômé(e) d'Etat
IDF	International Diabetes Federation
IPA	Infirmière de pratique avancée
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
InVS	Institut de veille sanitaire
OFII	Office français de l'immigration et de l'intégration
OMS/WHO	Organisation Mondiale de la Santé / World Health Organization
SFD	Société Francophone du Diabète (anciennement Alfediam)
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la Culture)

1^{ÈRE} PARTIE : CONTEXTUALISATION

1 INTRODUCTION

Le sujet a émergé au cours de mes remplacements dans lesquels j'ai eu l'occasion de soigner des patients diabétiques immigrés originaires d'Afrique du Nord. En effet, à plusieurs reprises j'avais cette impression de laisser de côté une dimension de la prise en charge sans vraiment pouvoir identifier de quoi il s'agissait. A la fin de consultation avec ces patients, il persistait une impression d'incompréhension mutuelle avec d'une part le sentiment de ne pas avoir réussi à cerner les attentes du patient pour y répondre de façon adaptée. D'autre part, il me semblait que malgré les efforts déployés, le message que je m'étais efforcé de délivrer, n'avait pas vraiment été compris. Ainsi, mon rôle, qui est celui de mettre à disposition du patient des informations lui permettant d'être acteur de sa santé, n'avait pas été rempli. Ma conclusion était que la prise en charge n'était pas optimale et qu'il fallait parvenir à en identifier les causes afin de pouvoir trouver des solutions pour offrir à ces patients les mêmes armes adaptées face à leur maladie. C'est là que j'ai commencé à me demander si d'autres médecins avaient la même perception de la situation. J'ai questionné mes confrères plus expérimentés sur l'origine de ces difficultés ressenties et sur ce qui pouvait être fait pour améliorer la situation. Plusieurs confrères semblaient également percevoir les mêmes difficultés que moi et je constatais que certains avaient même déjà longuement réfléchi à la question et avaient des pistes de solutions dans la pratique quotidienne.

2 DEFINITIONS

Migrant : Selon la définition de l'OMS, est migrant « toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel elle n'est pas née et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays ». Cependant, cette définition peut donner lieu à des confusions car certains pays considèrent comme migrants des personnes nées dans le même pays et ayant migré d'une partie du pays à une autre (1). Ce terme est utilisé surtout en santé publique.

Immigré : D'après la définition du Haut conseil à l'Intégration utilisée par l'Insee, est immigré « une personne née de nationalité étrangère à l'étranger et résidant en France. Après quelques années de résidence, certains immigrés ont pu devenir français par acquisition, les autres restant étrangers » (2).

Il est à préciser que dans notre étude nous avons choisi le terme « immigré » car la définition nous paraissait plus claire et moins sujette à discussions, alors que la définition de « migrant » est moins univoque.

Etranger : Personne qui réside en France et qui ne possède pas la nationalité française

Personne primo-arrivante : Personne immigré hors UE admise pour la première fois en séjour régulier en France et signataire d'un contrat d'accueil d'intégration (CAI) ou du nouveau contrat d'intégration républicaine (CIR)

Contrat d'Accueil et d'Intégration (CAI) : Obligatoire depuis le 1er janvier 2007, le CAI conclu entre l'Etat et la personne immigrée pour une durée d'une année, a pour objet de préparer l'intégration républicaine de l'étranger dans la société française. Il est destiné aux étrangers hors UE, à partir de l'âge de 16 ans. Les bénéficiaires du CAI sont les membres de famille de Français (conjoint, ascendants...), les bénéficiaires de la procédure de regroupement familial, les réfugiés et leurs membres de famille, les travailleurs permanents.

Afrique du Nord : D'après le Larousse : « Ensemble régional formé par le Maroc, l'Algérie et la Tunisie (Maghreb), pays auxquels on joint parfois la Libye. »

Maghreb : Selon le Larousse : « Ensemble des pays du nord-ouest de l'Afrique (Maroc, Algérie, Tunisie), compris entre la mer Méditerranée et le Sahara. Le terme Maghreb (mot arabe signifiant « le Couchant ») désigne les pays du soleil couchant – l'Occident nord-africain – par opposition au Machrek (« le Levant »), qui fait référence aux pays du soleil levant – l'Orient arabe. Dans son acception traditionnelle, le Maghreb comprend le Maroc, l'Algérie et la Tunisie, trois anciens pays berbères, islamisés et arabisés. En 1989 a été créée l'Union du Maghreb arabe (UMA), qui réunit, outre ces pays, la Libye et la Mauritanie. »

3 CONTEXTE

3.1 PREVALENCE DU DIABETE

3.1.1 Prévalence du diabète dans le monde et en Afrique

Le diabète est devenu un enjeu majeur de santé publique du XXI^{ème} siècle et fait désormais partie de l'une des priorités de l'OMS. Dans son rapport mondial sur le diabète, l'OMS estimait la prévalence mondiale du diabète parmi les adultes de plus de 18 ans en 2014 à 8,7 % soit 422 millions de diabétiques. Sachant que cette prévalence était en 1980 de l'ordre 4,7% soit 108 millions d'adultes, on voit bien la progression rapide du diabète sur ces dernières décennies (3). Selon les dernières estimations de l'*Atlas du diabète*, la prévalence mondiale du diabète en 2017 était de 425 millions de diabétiques soit 8,8% des adultes âgés de 20-79 ans. Il faut souligner qu'environ 79% des diabétiques vivent dans des pays à faible ou moyen revenu. Cela signifie que c'est un grand nombre de patients qui ne vont pas avoir la possibilité de bénéficier d'une prise en charge optimale et c'est un facteur qui peut favoriser l'augmentation de la morbidité et la mortalité. Et ceci d'autant plus que la majorité des diabétiques estimée à environ 90% est diabétique de type 2. Il faut préciser que près de la moitié des diabétiques n'est pas diagnostiquée soit 212,4 millions de diabétiques qui s'ignorent. Dans les pays d'Afrique du Nord, les proportions estimées de cas de diabète non diagnostiqué en 2017 étaient de 43% au Maroc et en Libye, 65.8% en Algérie et 75% en Tunisie. Tout cela laisse présager une « épidémie » du diabète qui ne pourra que prendre de l'ampleur dans les prochaines décennies. Les projections de la prévalence mondiale du diabète estiment à 629 millions le nombre de diabétiques âgés de 20-79 ans à l'horizon 2045 (4).

Différentes études épidémiologiques ont pu mettre en évidence une prévalence du diabète plus élevée dans la population migrante que dans la population générale en France (5).

3.1.2 Prévalence du diabète en France

Selon les derniers chiffres de l'INVS, la prévalence du diabète pharmacologiquement traité était de 5% en 2015, soit 3,3 millions de personnes (6). Mais il faudrait ajouter à ce chiffre les diabétiques diagnostiqués et non traités pharmacologiquement ainsi que les diabétiques non diagnostiqués. Grâce à l'Enquête nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007, sur la base d'une seule glycémie veineuse à jeûn, ces prévalences étaient

estimées respectivement à 0,6 % et à 1,0 % chez les personnes âgées de 18 à 74 ans vivant en France métropolitaine en 2006. Il existe des disparités territoriales avec des fortes prévalences dans les Départements d'Outre-mer (jusqu'à 2 fois la moyenne nationale à la Réunion) et en Métropole les régions les plus touchées sont les Hauts de France et la région Grand-Est. Les disparités sont également d'ordre socio-économiques avec des prévalences plus élevées dans les communes les plus défavorisées (6).

3.1.3 Prévalence du diabète en Seine-Maritime

Quant à la prévalence du diabète pharmacologiquement traité en Seine-Maritime, elle se situait au-dessus de la moyenne nationale avec un taux de 5,26% en 2015 soit 66 298 personnes.

3.2 MORTALITE

Au niveau mondial, le diabète représente 10,7% de la mortalité globale toutes causes confondues, dans la population des 20-79 ans. Selon les estimations de la 8^{ème} édition de l'*Atlas du diabète*, 4,0 [3,2-5,0] millions de personnes dans cette catégorie d'âge ont été victimes du diabète en 2017. Il faut préciser qu'environ 46,4% des décès par le diabète concernent des personnes de moins de 60 ans, donc une mortalité prématurée (4).

En France en 2009, parmi les certificats de décès de personnes, 34 599 mentionnaient le diabète parmi les causes multiples de décès (6,3 %) et 11 675 identifiaient le diabète comme la cause initiale du décès (2,1 %). Ces chiffres sont sous-estimés car il est difficile pour le médecin d'identifier le diabète comme cause directe de décès (7). D'autres sources de données sur la mortalité du diabète en France ont été les cohortes ENTRED de personnes diabétiques pharmacologiquement traitées, constituées en 2001 et 2007 puis suivies jusqu'en 2013. La proportion de décès était de 21% avec un âge moyen à l'inclusion de 65 ans et un âge moyen au décès de 72 ans (8). On a pu rechercher les déterminants de la mortalité des personnes diabétiques de type 2 qui sont principalement: l'obésité morbide (RR=1,76 [1,43-2,18]), la consommation de tabac (RR=1,49 [1,26-1,77]), le sexe masculin (RR=1,76 [1,53-2,02]), le niveau socio-économique (avec un surrisque notamment chez les ouvriers (RR=1,36 [1,11-1,67]) par rapport aux cadres), le traitement par insuline seule (RR=1,45 [1,21-1,74]) ou par insuline associée à un ou des antidiabétiques oraux (RR=1,37 [1,12-1,68]) par rapport

à un traitement par un seul antidiabétique oral et les complications podologiques ou rénales graves (RR=1,97 [1,68-2,31]) et coronaires (RR=1,39 [1,22-1,59]) (9).

3.3 COUTS DU DIABETE

Le diabète a un impact économique important du fait des dépenses de santé engendrées. Ainsi en 2017, l'IDF estimait à 727 milliards US Dollars, les dépenses mondiales totales en soins de santé générées par le diabète chez les 20-79 ans, ce chiffre étant en constante augmentation (4).

Sur l'échelle de la France, selon les chiffres issus de l'analyse des remboursements des diabétiques de l'échantillon ENTRED 2007, le remboursement moyen annuel des soins d'un diabétique était de 5300 euros par personne. En extrapolant ces résultats sur la France et sur tous les régimes d'assurance maladie, le coût des remboursements des diabétiques pharmacologiquement traités s'élevait à 12,5 milliards d'euros en 2007. En comparant ce chiffre avec les résultats d'ENTRED 2001, le poids des dépenses avait augmenté de 80% (10). Une étude plus récente s'intéressant au coût du diabète de type 2 en 2013 a évalué les dépenses annuelles totales de santé par patient diabétique de type 2, elles s'élevaient à 6506 euros (11).

4 SANTE DES IMMIGRES

4.1 L'IMMIGRATION EN FRANCE

4.1.1 Quelques chiffres sur l'immigration

4.1.1.1 Immigration en France

Selon les données de recensement de l'Insee, en 2015 les immigrés représentaient 9.3% de la population totale en France soit 6,164 millions de personnes (12). Le premier continent d'origine des immigrés était l'Afrique qui représentait 44,6% des immigrés. Plus précisément la majorité des Africains était originaire du Maghreb et représentait près de 30% de la totalité des immigrés (Algérie 12,8%, Maroc 12% et Tunisie 4,4%)(13). Cette proportion des immigrés maghrébins semble stable depuis les années 1980 (14).

4.1.1.2 Immigration en Normandie

Bien que la Normandie soit l'une des régions qui comptent la plus faible proportion d'immigrés avec un taux de 4,1% en 2015 par rapport à une moyenne nationale de

9,3%, elle connaît l'une des plus fortes progressions du nombre d'immigrés en France (16). Entre 1968 et 2010 la population immigrée a vu augmenter son nombre près de 2,2 fois en ex-Haute-Normandie et de 2,3 fois en ex-Basse-Normandie. Pour autant cette population n'est pas homogène sur toute la région (15). Ces immigrés se répartissaient dans les plus grandes zones urbaines de la région : Rouen, Le Havre et Evreux. Dans l'ex-Basse-Normandie on retrouve une immigration plutôt résidentielle originaire de Grande-Bretagne, alors que dans l'ex-Haute-Normandie il s'agit d'une immigration de travailleurs originaires principalement d'Europe et d'Afrique attirés par la forte activité industrielle et portuaire. Les immigrés ont tendance à se concentrer dans les principaux pôles urbains de la région, cette répartition étant plus marquée dans l'ex-Haute-Normandie. Selon les derniers chiffres publiés par l'Insee, sur les 137 304 immigrés résidant en Normandie en 2015, près de 30% étaient originaires des pays du Maghreb, constituant ainsi la principale origine des immigrés dans le département (17). La moyenne d'âge des immigrés nord-africains augmente progressivement en raison du vieillissement des individus des premières vagues migratoires menant à une détérioration de l'état de santé de cette population avec notamment l'augmentation de la prévalence de certaines pathologies chroniques (15).

4.1.2 Evolution des flux migratoires

Depuis le milieu du XIX^{ème} siècle, la France est une terre d'accueil de migrants avec différentes vagues migratoires qui se sont succédées en fonction de la situation politique ou économique mondiale. Ici nous allons nous focaliser sur les différentes vagues migratoires en provenance d'Afrique (18).

Selon les statistiques de l'Insee en 2015 la majorité des immigrés en France était née sur le continent africain. Parmi les immigrés en provenance d'Afrique, on peut distinguer 2 vagues migratoires. Une vague migratoire en provenance des pays du Maghreb : Algérie, Maroc et Tunisie; qui a débuté progressivement après la 2^{ème} guerre mondiale, prenant de l'ampleur particulièrement dans les années 1960 - 1990 avec une tendance à la stabilisation depuis les années 1990. Cette migration qui était initialement une immigration pour le travail afin de combler le besoin de main d'œuvre de la reconstruction d'après-guerre, était principalement masculine. Or le profil de ces immigrés a commencé à changer après 1974 suite à la limitation de cette migration économique menant à une augmentation de femmes dans le cadre du regroupement familial puis plus tard également pour des motifs autres que familiaux : travail, études,

etc. Ainsi on observait en 2013 une proportion de femmes de 51% de l'ensemble des immigrés (19).

L'autre vague a été celle des immigrés originaires des autres pays africains notamment de l'Afrique subsaharienne; qui connaît une forte progression depuis les années 1990 (20).

4.2 EVOLUTION DE LA SANTE DES IMMIGRES

4.2.1 Un état de santé meilleur

La question de l'état de santé des immigrés commence à éveiller de plus en plus l'attention et à émerger dans les publications dans les années 1980. Les premières études réalisées en France constatent d'une manière générale un état de santé meilleur des immigrés par rapport à la population générale du pays d'accueil. Cette tendance va être retrouvée dans différentes études réalisées dans différents pays dont les USA, les Pays-Bas ou la Grande-Bretagne. Plusieurs hypothèses vont s'imposer pour tenter d'expliquer ce phénomène. La première explication va être le fait que le constat d'un état de santé qui semble meilleur chez les immigrés est dû à un biais de sélection, le « healthy migrant » effect (21) (22). En effet on peut constater qu'en général les principales motivations pour la migration dans les années 1950 et 1980 sont la recherche d'un travail et les études. On va donc retrouver principalement des personnes plutôt jeunes, en bonne santé et majoritairement des hommes (immigration sélective). Les autres résultats émergeant de ces études, étaient une moindre mortalité après 30 ans, une espérance de vie plus élevée et une morbidité plus faible des immigrés par rapport aux Français (23). Pour expliquer ce phénomène, c'est la théorie du « biais de saumon » ou en anglais le « salmon biais », qui stipule que l'observation d'une mortalité plus faible est à mettre en relation avec le fait que généralement les immigrés âgés, retraités ou gravement malades préfèrent retourner passer leur fin de vie dans leur pays d'origine, donc ne sont plus comptabilisés dans les statistiques de la morbidité et mortalité. Une troisième hypothèse plaide en faveur d'un effet protecteur des habitudes de vie notamment alimentaires qui seraient plus saines. En effet, les immigrés nord-africains, en particulier ceux de première génération, ont tendance à conserver le régime méditerranéen dont les effets bénéfiques sur la santé sont reconnus (24).

4.2.2 Un état de santé moins bon

Au fur et à mesure des années, la situation va évoluer avec une modification de l'état de santé des immigrés. Des études réalisées dans les années 1990 vont retrouver une population d'immigrés dont l'état de santé semble s'être dégradé au cours des décennies précédentes. Le constat va être celui d'un état de santé des immigrés devenu moins bon que celui de la population française en général, confirmé par d'autres études dans les années 2000 (25). Ainsi, selon l'enquête *Trajectoires et Origines* publiée en 2010, à âge égal, les hommes immigrés ont une probabilité supérieure de 30% de déclarer un état de santé altéré par rapport aux non immigrés. Cette différence s'accroît pour les femmes immigrées qui semblent déclarer un état de santé altéré dans plus de 80% des cas par rapport aux femmes de la population générale. Une analyse détaillée des résultats montre que cette différence semble liée à la durée de résidence en France. En effet, les immigrés arrivés en France depuis moins de 5 ans ont une moindre probabilité de déclarer un état de santé altéré de -60% pour les hommes et -30% pour les femmes. Si au contraire on se focalise sur les immigrés plus anciens installés depuis plus de 30 ans, on peut alors observer la tendance inverse avec une majoration de cette probabilité de 60% pour les hommes et 40% pour les femmes (26). Et là aussi, des hypothèses explicatives vont se développer. La première sera celle de l'évolution des caractéristiques des flux migratoires avec l'augmentation de la migration pour regroupement familial et donc une féminisation de l'immigration avec une proportion de femmes migrantes qui est passée de 1/4 dans les années 1970 à 51% en 2013 (19,27). La deuxième hypothèse est le vieillissement de migrants arrivés dans les années 1950 et donc l'altération de leur état de santé du fait de l'âge. En comparant les chiffres de recensement de l'Insee, la proportion des personnes âgées de 40 à 69 ans en 2008 et 2013 était plus élevée parmi les immigrés que les non immigrés alors que la situation était inversée en 1968. Il en est de même pour la catégorie d'âge des plus de 70 ans même si la différence est moins marquée (19).

4.3 LES DETERMINANTS DE LA SANTE DES IMMIGRES

Dans un rapport récent publié le 20/06/2017 intitulé « *Précarité, pauvreté et santé* », l'Académie de médecine considère les immigrés comme l'une des populations devant bénéficier d'une attention particulière de la part des acteurs de la santé et une prise en charge adaptée, car ils cumulent de nombreux facteurs de vulnérabilité (28).

4.3.1 Effets délétères de la migration

Ces immigrés qui sont au moment de leur migration en bonne santé, vont subir les effets délétères de la migration qui vont participer à la dégradation de leur état de santé. Ces facteurs sont l'isolement, le déracinement et la perte de réseau social qui favorisent le développement de troubles psychologiques et de comportements addictifs (tabac, alcool,...) (29).

4.3.2 Conditions socio-économiques moins favorables

Une autre explication possible de l'évolution de cet état de santé pourrait se baser sur les conditions de vie de ces immigrés, qui semblent être plus défavorables que celles de la population générale. En effet, une partie de ces immigrés arrivés pendant l'après-guerre venait occuper des postes d'ouvriers peu qualifiés, donc exerçaient des métiers pénibles avec un retentissement potentiel sur leur état de santé. De plus, les immigrés semblent de manière générale bénéficier de conditions socio-économiques plus défavorables, plus touchés par la pauvreté et le chômage, plus de bénéficiaires de CMU et des conditions de logement moins bonnes (30).

4.3.3 Moindre accès aux services de santé et de soins

Plusieurs facteurs concourent au moindre accès aux soins des personnes immigrées. D'une part ces primo-arrivants se retrouvent confrontés à un système de soins qu'ils ne connaissent pas et vont peiner à faire valoir leurs droits, d'autant plus que les démarches administratives peuvent être un frein majeur (31). On retrouve une faible couverture par une complémentaire de santé dans cette population. Cette méconnaissance du système de soins engendre un moindre usage avec un moindre recours aux généralistes et au spécialistes et un renoncement aux soins relié à des difficultés financières.

D'autre part les immigrés peuvent se heurter à la discrimination venant de soignants. Dans l'enquête *Trajectoires et Origines*, 4% des femmes et 2% des hommes interrogés déclarent s'être senti moins bien traités ou reçus que d'autres patients lors de contact avec le personnel de soins (32). Ces perceptions peuvent être mises en parallèle avec une étude néerlandaise analysant les interactions entre les médecins généralistes et les patients immigrés et qui faisait état de consultations plus courtes et d'une moindre interaction médecin-patient (33).

Il existe également des inégalités en matière de prévention. Les immigrés bénéficient d'une moindre couverture vaccinale pour certains vaccins. Une autre étude rapporte

que parmi les femmes maghrébines, examen des seins et frottis cervico-vaginal sont moins à jour.

4.3.4 Les effets de l'acculturation

Lors de leur arrivée en France, les migrants subissent une modification brutale de style de vie. Sachant que les immigrés se concentrent majoritairement dans les grands pôles urbains en France, alors que beaucoup d'entre eux viennent du milieu rural et passent à un mode de vie plutôt urbain avec une augmentation de la sédentarité. Ils changent leurs habitudes alimentaires avec une alimentation plus riche en protéines animales, en sucres et pauvres en fibres (29).

4.3.5 Niveau de littératie en santé

La littératie en santé est définie comme : « la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie » (34). Les immigrés cumulent plusieurs caractéristiques concourant à un niveau faible de littératie en santé : des conditions socio-économiques défavorables, un niveau d'études moindre et des difficultés linguistiques. Or les personnes ayant un niveau de littératie insuffisant déclarent plus souvent un état de santé altéré.

4.4 DIABETE ET IMMIGRES

4.4.1 Prévalence du diabète chez les immigrés

4.4.1.1 Dans le monde

La problématique de la prévalence et de la prise en charge des maladies non transmissibles dont le diabète dans les populations migrantes est devenu un sujet de plus en plus étudié dans différents pays occidentaux durant ces dernières décennies. Un premier constat a été celui d'une prévalence du diabète plus élevée parmi les immigrés dans différents pays. Différentes études ont été menées afin de trouver des explications à ce phénomène de prévalence du diabète (35).

4.4.1.2 En France

Plusieurs études françaises ont permis de mieux cerner la question du diabète dans la population des immigrés et plus particulièrement dans la population d'immigrés

originaires d'Afrique du Nord. Dans l'Enquête Décennale Santé (EDS) 2002-2003 qui portait sur un échantillon de plus de 35 000 personnes résidant en France métropolitaine, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement ou non était estimée à 7,5% [7,0%-8,0%] chez les personnes âgées de 45 ans ou plus, originaires de France et à 14,0% [9,9%-18,0%] chez celles originaires d'un pays du Maghreb et résidant en France. Ces différences étaient davantage marquées chez les femmes (16,6% versus 6,5%) que chez les hommes (12,1% versus 8,6%). Les femmes originaires d'un pays du Maghreb et vivant en France métropolitaine avaient un risque de diabète 2,5 fois plus élevé que les femmes originaires de France, après ajustement sur l'âge, l'indice de masse corporelle, le nombre de grossesses et un indicateur socio-économique de la zone d'habitation (Zone urbaine sensible) (36). Ces tendances ont été confirmées par l'enquête ENTRED 2007-2010 retrouvant des proportions de personnes diabétiques de type 2 nées hors de France plus élevées (17% pour les hommes et 22% pour les femmes) (5).

Concernant l'équilibre glycémique, selon les données de l'étude ENTRED 2007-2010, les personnes diabétiques originaires du Maghreb avaient un diabète moins bien équilibré par rapport aux diabétiques originaires de France avec une proportion d'hémoglobine glyquée (HbA1c) > 8% plus élevée (30% des diabétiques d'origine nord-africaine versus 15% des diabétiques d'origine française). Cette population bénéficiait d'un suivi moins régulier, avec un nombre plus important de patients ayant bénéficié de moins de 3 dosages de HbA1c par an. Les complications ophtalmologiques liées au diabète étaient plus fréquentes parmi les diabétiques d'origine maghrébine comparativement à la population de diabétiques d'origine française après ajustement sur l'âge, le sexe, l'ancienneté du diabète, le traitement antidiabétique et la catégorie socio-professionnelle (37).

4.4.2 Déterminants de la prévalence du diabète chez les immigrants

4.4.2.1 Transition nutritionnelle

Les immigrants originaires de pays pauvres ont tendance à migrer vers les pays occidentaux. Ces immigrants ont souvent été confrontés dans leur pays d'origine à des conditions de vie difficiles avec des apports alimentaires insuffisants. Le fait de se retrouver dans un environnement occidental obésogène du fait de l'abondance alimentaire, pourrait donc favoriser plus facilement la prise de poids et l'augmentation du taux d'obésité chez ces migrants (35).

5 GENERALITES SUR LE DIABETE

5.1 DEFINITION ET DIAGNOSTIC

En 1995 sur l'initiative de l'ADA (American Diabetes Association), un comité international d'experts fut constitué afin d'établir des nouveaux critères diagnostiques et une nouvelle classification, repris par l'OMS et révisé en 2005:

« Le **Diabète sucré** est un groupe de maladies métaboliques caractérisées par une hyperglycémie chronique résultant d'un défaut de la sécrétion de l'insuline ou de l'action de l'insuline ou de ces deux anomalies associées. L'hyperglycémie chronique est associée à terme avec des complications organiques spécifiques touchant particulièrement les yeux, les reins, les nerfs, le cœur et les vaisseaux » (38) (39).

Les **critères diagnostiques** :

- Prédiabète (hyperglycémie à jeun, intolérance au glucose) :
Il s'agit de la situation où l'on observe une glycémie anormale mais n'atteignant pas le seuil de définition du diabète, avec un risque d'évolution vers un diabète de type 2. Il est défini selon les critères proposés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) par :
 - une hyperglycémie à jeun : glycémie entre 1,10 g/l (6,1 mmol/l) et 1,25 g/l (6,9 mmol/l) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à deux reprises ; et/ou
 - une intolérance au glucose : glycémie (sur plasma veineux) entre 1,4 g/l (7,8 mmol/l) et 1,99 g/l (11,0 mmol/l) 2 heures après une charge orale de 75 g de glucose.
- Diabète : il existe 3 façons établies de définir le diabète sucré et en l'absence d'une hyperglycémie selon les critères de l'OMS :
 - Symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, amaigrissement inexplicable, somnolence voire coma) et glycémie quelle que soit l'heure $\geq 2,00$ g/L (11,1 mmol/L), OU
 - Glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/L (7,00 mmol/L) (après 8h de jeûne), OU
 - Glycémie 2 h après une charge de 75 g de glucose lors d'une hyperglycémie provoquée par voie orale $\geq 2,00$ g/L (11,1 mmol/L).

En France le seul examen de **dépistage** recommandé est une glycémie veineuse à jeûn.

- Le diagnostic est confirmé lorsqu'une seule glycémie est ≥ 2 g/l (11,1 mmol/l), qu'il y ait ou non des symptômes de diabète associés.
- Si la glycémie est $\geq 1,26$ g/l (7 mmol/l) et < 2 g/l (11,1 mmol/l), on confirmera le diagnostic du diabète de type 2 sera par un second test de glycémie veineuse à jeûn. Le diagnostic est établi en cas de glycémie à nouveau $\geq 1,26$ g/l (7 mmol/l).
- Si la glycémie est comprise entre 1,10 g/l et 1,25 g/l (6,0 et 6,8 mmol/l), le diagnostic d'hyperglycémie modérée à jeûn (prédiabète) est posé.

5.2 LE DIABETE DE TYPE 2

Cette forme de diabète qui est la plus fréquente est caractérisée par :

- une insulino-résistance dominante avec insulino-pénie relative,
- et une altération de l'insulino-sécrétion avec hyperinsulinisme initial évoluant progressivement vers une carence relative en insuline (40).

C'est de ce type de diabète dont il sera question dans notre étude.

5.3 LES FACTEURS DE RISQUE DU DIABETE DE TYPE 2

Les facteurs de risque de diabète de type 2 associés à un risque de diabète augmenté avec un lien de causalité démontré sont (41) :

- l'âge > 45 ans ;
- l'origine géographique (personne d'origine non caucasienne et/ou migrante ayant adopté un mode de vie occidental) ;
- un surpoids (indice de masse corporelle > 28 kg/m²) ;
- la sédentarité ;
- un antécédent de diabète gestationnel ;
- un antécédent de macrosomie foetale ;
- un antécédent familial de diabète chez un apparenté du premier degré ;
- une anomalie de la glycorégulation ou état de prédiabète (glycémie à jeûn comprise entre 1,10 g/l (6,1 mmol/l) et 1,26 g/l (7,0 mmol/l)).

Les **marqueurs de risque de diabète de type 2** sont associés à un risque de diabète augmenté, mais le lien de causalité n'a pas été clairement démontré. Ce sont :

- une hypertension artérielle (pression artérielle systolique > 140 mmHg ou pression artérielle diastolique > 90 mmHg) ;
- une dyslipidémie (HDL-cholestérolémie < 0,35 g/l [0,9 mmol/l] ou triglycéridémie > 2 g/l [2,3 mmol/l])
- un tabagisme chronique ;
- un antécédent d'accouchement d'un enfant de faible poids de naissance ou de grossesse avec un retard de croissance intra-utérin ;
- un antécédent de syndrome des ovaires polykystiques (42) .

5.4 PRISE EN CHARGE DU DIABETE DE TYPE 2

Les avis des différentes communautés savantes de diabétologie s'accordent à dire que la prise en charge du diabète repose sur une stratégie centrée sur le patient en première ligne (43). Ainsi les objectifs thérapeutiques notamment d'hémoglobine glyquée doivent être adaptés au profil du patient en tenant compte de différents paramètres : la motivation du patient, le risque d'hypoglycémies et d'effets secondaires, la durée du diabète, l'espérance de vie, les comorbidités, les complications cardio-vasculaires et les ressources du patient. L'objectif d'hémoglobine glyquée pour la majorité des diabétiques sera inférieur à 7% mais en fonction des caractéristiques du patient on pourra réviser cet objectif à la hausse pour des patients plus fragiles ou à la baisse pour des patients en meilleur état général (44).

Selon le Guide du parcours de soin de l'HAS, le médecin généraliste est placé au centre de la prise en charge (45). L'objectif de la prise en charge du diabète est d'obtenir un équilibre glycémique optimal afin de réduire les risques de complications micro et macrovasculaires.

5.4.1 Mesures hygiéno-diététiques

La modification du mode de vie avec la mise en place des mesures hygiéno-diététiques constitue l'élément central de la prise en charge du diabète. Ainsi la première étape de la prise en charge doit être la promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée. En effet une réduction pondérale de 5 à 10% obtenue grâce à ces mesures améliore l'équilibre glycémique et le contrôle des autres facteurs de risque cardio-vasculaires (43).

La pratique de l'exercice physique a montré des bénéfices dans le contrôle glycémique chez des patients diabétiques de type 2. On peut espérer obtenir une réduction de

l'HbA1c d'environ 0,6% [0,3-0,9] grâce à une pratique régulière d'activité physique de l'ordre de 3 séances hebdomadaires de 60 minutes, en dehors des mesures diététiques et de réduction pondérale (40). Il faut encourager la pratique régulière de l'activité physique dont la mise en place devra être individualisée au profil de chaque patient pour assurer l'adhésion et la sécurité de la pratique. (45).

Concernant les mesures diététiques, il faut promouvoir une alimentation équilibrée comportant d'une part des aliments riches en fibres (légumes, fruits, céréales et légumineuses), les produits laitiers pauvres en matières grasses. Et d'autre part le patient devra diminuer la consommation des produits caloriques riches en graisses saturées et en sucres. Ces conseils doivent évidemment prendre en charge les goûts et habitudes culturelles du patient afin de favoriser son adhésion (45). Après avoir fixé objectif avec le patient, on réalise un bilan initial pour identifier les habitudes du patient afin de proposer un plan diététique personnalisé. La suite du suivi sera d'essayer d'obtenir un changement durable en motivant le patient ou en réadaptant les conseils alimentaires à ses progrès.

5.4.2 Education thérapeutique

Afin d'optimiser la prise en charge il faut impliquer le patient dans la gestion de sa maladie, une éducation thérapeutique individuelle ou en groupe est alors nécessaire. Les notions apprises lors de ces séances doivent être régulièrement répétées et remises à jour. L'objectif de l'éducation thérapeutique est de faire acquérir au patient les compétences nécessaires à la gestion autonome de sa maladie, comme la réalisation de gestes de soins, la prévention de complications évitables et la gestion de certaines situations secondaires au diabète (par exemple la gestion d'une hypoglycémie). L'éducation thérapeutique est une démarche bien protocolisée comprenant plusieurs étapes (46) :

- L'élaboration d'un diagnostic éducatif
- La définition d'un programme personnalisé d'éducation thérapeutique avec des priorités d'apprentissage
- Planification et mise en œuvre de séances d'éducation thérapeutique individuelle ou collective ou en alternance
- La réalisation d'une évaluation des compétences acquises et du déroulement

5.4.3 Traitements médicamenteux

Le traitement médicamenteux est proposé en deuxième intention après les mesures hygiéno-diététiques en dehors de certaines situations exceptionnelles qui nécessitent l'introduction d'un traitement médicamenteux d'emblée (44).

6 MATERIEL ET METHODES

6.1 LA METHODE QUALITATIVE

6.1.1 Les principes de la méthode qualitative

La méthode qualitative est utile pour explorer et essayer de comprendre les phénomènes sociaux dans leur milieu naturel (47). Elle est particulièrement adaptée pour aborder les pratiques en médecine générale dans toutes leurs dimensions. Un sujet aussi complexe que celui de la prise en charge de patients diabétiques immigrés touchant à différents domaines (médecine, sociologie, anthropologie), ne pouvait être exploré que par le biais d'une méthode qualitative (48).

6.1.2 Le choix de la méthode

Au début de l'élaboration de l'étude, nous avons envisagé les entretiens individuels comme méthode de recueil de données. En effet, s'agissant de faire un recueil de pratiques de différents médecins généralistes face à une problématique donnée, les entretiens individuels soit une discussion en face à face avec les différents médecins semblait pouvoir être adaptés et plus faciles à maîtriser lorsqu'on manque d'expérience dans le domaine. De plus, nous avons pensé qu'en tenant compte des emplois du temps surchargés des médecins généralistes, il serait plus réalisable d'organiser une rencontre individuelle avec chaque médecin sur son temps de travail que de réunir plusieurs médecins en dehors de leur cabinet.

C'est lors d'échanges avec le directeur de thèse, expérimenté dans la recherche qualitative que nous avons considéré les focus groups. En partant de l'objectif de l'étude qui était de recueillir les expériences des médecins généralistes et leurs pratiques face à des patients diabétiques immigrés originaires d'Afrique du Nord, le choix des focus groups comme méthode de recueil de données s'est avéré être la plus adaptée. S'agissant de professionnels ayant été confrontés à la même problématique, il semblait intéressant de les réunir afin qu'ils puissent échanger leurs expériences et ainsi favoriser l'émergence d'opinions plus diversifiées grâce à la dynamique créée par

les interactions entre les participants (49). De plus, les entretiens individuels sont particulièrement adaptés lorsqu'on veut explorer des thèmes qui touchent à des sujets intimes sur lesquels les personnes peuvent avoir des réticences à s'exprimer en public. On aurait pu envisager la réticence de certains médecins à aborder le thème des « immigrés » dans leurs pratiques ou leurs points de vue, de peur d'être perçus comme discriminatoires. Ainsi, dans la composition des focus groups, nous avons été attentifs à composer des groupes avec un certain degré d'interconnaissance pour faciliter la liberté de la parole et la fluidité des échanges. De plus pour mieux garantir une aisance face à ce thème, nous avons ciblé des médecins qui l'abordent au quotidien.

6.2 LA POPULATION ETUDIEE

6.2.1 Recrutement des participants

- Mode de recrutement

La première phase de recrutement a été l'envoi de mails aux animateurs de différents groupes de pairs de médecins du Havre et agglomération. Trois animateurs étant intéressés par le sujet, une date a été convenue pour réaliser le premier focus group. Les groupes suivants se sont ensuite formés par effet boule de neige. Au total 4 groupes de médecins généralistes ont été constitués.

- Composition des groupes

L'objectif du recrutement était de composer des groupes de façon à pouvoir réunir les avis les plus diversifiés sur la problématique posée. Le premier groupe était ainsi un groupe de pairs composé de médecins exerçant dans différents quartiers de la ville du Havre et agglomération. Il s'agissait d'un groupe assez hétérogène de sujets des deux sexes, d'âges différents et aux expériences professionnelles variées. Le choix d'un groupe de pairs, donc d'un groupe de médecins ayant l'habitude de se réunir et d'échanger sur des sujets divers en lien avec leur pratique de médecine générale, allait permettre malgré cette hétérogénéité du groupe, de garantir une fluidité de la parole. En effet, une absence de fluidité des échanges et d'une dynamique de la parole aurait pu être un frein au recueil des données. Ce premier groupe nous a permis de constater que certains médecins, en fonction de leur lieu d'exercice, étaient beaucoup plus concernés par le sujet et par conséquent avaient des réflexions riches et variées sur la problématique. C'est ainsi qu'on a décidé de poursuivre le recrutement en ciblant des médecins exerçant dans certains quartiers à forte densité d'immigrés.

Le deuxième groupe a réuni des médecins exerçant dans une maison de santé pluriprofessionnelle située dans un quartier à forte densité migratoire. Le troisième groupe était constitué également de médecins d'un même cabinet de groupe. Le degré d'interconnaissance dans ces deux groupes était élevé mais les précautions ont été prises pour instaurer un cadre formel et professionnel afin de limiter l'interaction d'éléments d'ordre personnel.

Le quatrième groupe finalement était composé de médecins recrutés dans trois quartiers différents, mais qui s'étaient exprimés comme étant particulièrement intéressés par le sujet. Ceci pouvait donc permettre d'obtenir des opinions riches et diversifiées.

6.2.2 Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des participants ont été recueillies grâce à un questionnaire anonyme distribué au début de chaque focus group. ([Annexe 2](#))

6.3 LE RECUEIL DES DONNEES

6.3.1 Déroulement des focus group

Les entretiens des groupes se sont déroulés entre avril et mai 2018. La séance commençait avec la présentation du sujet par l'animatrice (l'auteur), puis de la méthode de recueil, des détails du déroulement du focus group et enfin la présentation aux participants de l'observateur installé en retrait. Une fiche de recueil de caractéristiques des participants était ensuite distribuée au groupe et collectée avant le début du débat. Le matériel d'enregistrement audio était installé au centre du groupe et une confirmation de l'autorisation d'enregistrer était demandée aux participants avant la mise en route. Le débat à proprement dit pouvait alors commencer, dirigé par l'animatrice à l'aide de la grille d'entretien.

La grille d'entretien était composée d'une question d'ouverture et se basait sur 3 axes, les expériences des participants avec identification des difficultés rencontrées, l'échange sur les stratégies adaptées au quotidien pour faire face à ces difficultés et puis finalement une projection dans le futur avec des propositions pour une amélioration des pratiques. Cette grille a évolué au fur et à mesure des focus groups avec une reformulation de certaines questions pour les rendre plus compréhensibles ou approfondir certains éléments évoqués dans les séances précédentes. L'annexe 2 représente donc la version finale de la grille d'entretien lors du 4^{ème} focus group.

Après avoir lancé le débat avec la question d'ouverture, l'animatrice laissait les participants prendre la parole et échanger en prenant soin de n'intervenir que pour réorienter ou raviver le débat par des questions. Elle veillait également à ce que les différents thèmes de la grille d'entretien soient traités. Il est à préciser qu'il s'agissait d'une première expérience d'animation de groupe. La préparation à ce rôle a consisté en la lecture d'articles sur les focus groups pour cerner les exigences du rôle d'animateur. La préparation a été complétée par des échanges avec des personnes ayant expérimenté l'animation de groupes notamment dans le cadre de groupes de pairs. A la fin de chaque séance, un debriefing entre l'animatrice et l'observateur permettait d'échanger sur les impressions de chacun, de ressortir les idées principales, de discuter des éléments inattendus qui ont émergé et également de revenir sur la qualité de l'animation en réfléchissant sur les améliorations à réaliser lors des focus groups suivants.

6.3.2 Retranscription

Les retranscriptions des différents focus groups ont été réalisées par l'animatrice avec la collaboration de l'observateur. Les bandes audios ont été travaillées grâce au logiciel *audacity* et la transcription exécutée manuellement dans le logiciel *word* en restituant avec fidélité les termes employés et les différentes interactions entre les participants. Le texte ainsi obtenu allait servir de base à l'analyse.

6.4 L'ANALYSE DES DONNEES

6.4.1 Récapitulatif immédiat

Après chaque focus group, l'observateur et l'animatrice se concertaient et échangeaient leurs impressions et discutaient des idées principales recueillies dans chaque focus group afin de guider la préparation du prochain focus group.

6.4.2 Codage

L'analyse des données a été réalisée avec l'aide du logiciel *Nvivo12*. Après introduction du texte de transcription dans le logiciel, une analyse des verbatims a été réalisée, en associant une partie ou le verbatim entier à un ou plusieurs codes. Les codes ont été ensuite regroupés en catégories puis rassemblés en thèmes.

II^{EME} PARTIE : RESULTATS

A/ CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS

- **Composition des focus groups** : au total 4 focus groups ont été formés rassemblant au total 26 médecins. Les 4 groupes étaient composés respectivement de la façon suivante : Premier focus group : 9 participants, deuxième focus group : 5 participants, troisième focus group : 6 participants et quatrième focus group : 6 participants.
- **Période de l'étude** : les entretiens se sont déroulés d'avril à juin 2018.
- **Durée des entretiens** : les entretiens ont duré entre 60 et 85 minutes.

B/ PRESENTATION DE L'ECHANTILLON

L'étude a porté sur 4 focus groups rassemblant au total 26 médecins généralistes du Havre et agglomérations ayant les caractéristiques suivantes :

- **Sexe** : sur l'ensemble de l'échantillon il y avait 13 femmes et 13 hommes avec une répartition inégale en fonction des groupes.
- **Age** : la moyenne d'âge était de 51 ans avec une répartition inégale dans les différentes catégories d'âge :

Catégorie d'âge	Femmes (nb)	Hommes (nb)
25-29 ans	2	1
30-39 ans	3	0
40-49 ans	3	2
50-59 ans	2	4
60-69 ans	3	6

La moyennes d'âge des femmes était de 46 ans et celle des hommes de 55 ans.

- **Durée d'exercice de la médecine générale** :
En moyenne les médecins interrogés exerçaient la médecine générale depuis 20 ans avec des durées d'expérience variables : De 0 à 5 ans : 5 médecins, de

6 à 9 ans : 1 médecin, de 10 à 20 ans : 9 médecins, de 21 à 30 ans : 4 médecins et plus de 30 d'expérience : 7 médecins.

- **Mode d'exercice** : 22 médecins étaient installés et seulement 4 médecins étaient remplaçants.
- **Cadre d'exercice** : Un seul médecin exerçait en cabinet seul. Les autres travaillaient dans des cabinets de groupes : 12 médecins en cabinet de regroupement de médecins uniquement, 7 médecins en cabinet pluri-professionnel et 6 médecins en Maison de Santé pluriprofessionnelle.
- **Milieu d'exercice** : presque la totalité des participants exerçaient en milieu urbain soit 24 médecins. Un médecin exerçait en milieu semi-rural. Un médecin remplaçant avait travaillé autant en milieu urbain, rural et semi-rural.
- **Autres expériences professionnelles** : 5 médecins avaient des vacations en dehors de leur cabinet de médecine générale : EHPAD, PMI et Hôpital. Sept médecins s'investissaient dans des associations.
- **Formation professionnelle** : 6 médecins avaient effectué un stage en diabétologie durant leur internat. Concernant la formation médicale continue : 2 médecins avaient validé une formation complémentaire de diabétologie et 3 médecins une formation d'éducation thérapeutique.
- **Liens personnels avec l'Afrique** : 9 médecins avaient effectué des voyages en Afrique, 7 médecins avaient des liens à travers des proches.

C/ PRATIQUES ET DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE

1 CONTEXTE DE LA CONSULTATION

Pour une partie des médecins la consultation d'un patient diabétique immigrés originaire d'Afrique du Nord n'est pas différente de celle d'un patient non immigré, alors que pour d'autres il y a bien des particularités à prendre en compte.

1.1 COMMUNIQUER AVEC UN PATIENT ALLOPHONE

Pour les autres médecins à l'inverse, cette consultation présentait de nombreuses particularités. La première difficulté décrite était la barrière de la langue qui mène les patients à consulter en compagnie d'un membre de la famille servant de traducteur. Donc ceci mène à devoir s'habituer à une configuration de la consultation à trois.

FG1-M5 : Ce qui est compliqué aussi, c'est que souvent cette consultation à 3 et des traducteurs, c'est que, soit l'arabe est très concis, soit l'arabe est ... bon ça dépend de l'aide aussi,...

La majorité des médecins interrogés semblaient bien s'accommoder de cette traduction assurée souvent par un proche non professionnel dont la qualité de traduction était parfois insuffisante.

Mais aucun des praticiens n'a évoqué recourir à un interprétariat extérieur pour les patients immigrés nord-africains.

FG3-M4 : Et après, il faut être sûr que les enfants traduisent bien. Parce que quelques fois, euh... c'est pas traduit correctement.

1.2 COMPRENDRE LA CULTURE DU PATIENT

Certains médecins ont souligné le fait qu'il était essentiel de prendre en compte la culture du patient pour mieux le prendre en charge. Ceci leur demandait de réaliser un interrogatoire chronophage pour parvenir à identifier les particularités du mode de vie de leur patient.

FG1-M3 : Ah non, le but ce n'est pas de généraliser pour généraliser, c'est de s'appuyer sur la culture pour pouvoir mieux aider les patients.

1.3 REpondre aux nombreuses demandes du patient

D'autres médecins sont revenus sur le caractère chronophage en faisant allusion au fait que ce sont des patients qui se présentent souvent avec de nombreux motifs de consultation.

2 DIABETE DES PATIENTS IMMIGRES ORIGINAIRES D'AFRIQUE DU NORD

2.1 DIAGNOSTIQUER LE DIABETE

2.1.1 Dépistage régulier

Le mode de découverte du diabète de type 2 chez les patients originaires d'Afrique du Nord est le dépistage guidé par les recommandations.

Les critères motivant le dépistage ayant été rapportés étaient : les antécédents familiaux de diabète de type 2, des antécédents de diabète gestationnel, l'âge supérieur à 50 ans et le mode de vie.

FG2-M8 : « Donc je reprendrais pour le diagnostic, je crois qu'ici, c'est surtout sous forme de dépistage, comme ont dit les collègues, soit parce qu'il y a un antécédent familial, soit dépistage parce qu'il y a eu un diabète gestationnel chez certaines ou la connaissance de macrosomie chez certains enfant - quand on a le dossier, ou dépistage souvent à partir de 50 ans, on commence à faire plus régulièrement des bilans réguliers »

Quelques médecins reconnaissent considérer les patients originaires d'Afrique du Nord comme étant plus à risque de développer un diabète et rapportaient une prévalence de diabète de type 2 plus élevée dans les familles originaires du Maghreb.

FG3-M5 : « Je remplace à [nom d'un quartier du Havre] et la proportion de maghrébins diabétiques de type 2, c'est énorme, je sais pas combien il y en a, c'est énorme, énorme ! »

2.1.2 Signes d'appel

Un autre mode de découverte du diabète cité comme moins fréquent était la présence de symptômes de type amaigrissement ou syndrome polyuro-polydipsique.

2.1.3 Confirmer le diagnostic

Plusieurs médecins précisaient confirmer ensuite le diagnostic par un deuxième dosage de glycémie et HbA1c .

« Et c'est à l'occasion de ces bilans-là, que souvent on découvre, je dirais une hyperglycémie, qu'on confirmera [...] selon les recommandations une deuxième fois pour confirmer le diagnostic de diabète. »

2.2 EXPLIQUER LE DIABETE AU PATIENT

Alors que certains médecins disaient que leurs patients, originaires d'Afrique du Nord connaissaient le diabète au moment de l'annonce, d'autres médecins décrivaient des patients ayant une idée imprécise voire même déformée de ce qu'est un diabète. Pour ces patients ayant une image catastrophiste du diabète, l'annonce du diagnostic pouvait être mal vécue et un des médecins décrivait prendre du temps pour remettre à plat les connaissances des patients.

FG2-M2 : « Mais souvent quand ils arrivent comme ça, le problème c'est que la notion de "diabète" qu'ils ont est une notion de maladie catastrophique. C'est-à-dire que c'est : " Ah oui le grand-père je me souviens, il s'est fait couper la jambe !" ou "Il est devenu aveugle !" Et donc ça leur fait très, très... enfin en général ça leur fait très, très peur. Et donc c'est dans ce sens-là que je dis, il faut remettre aussi les choses au point, ce que c'est, parce que quand l'on découvre comme ça. »

A l'inverse plusieurs médecins rapportaient leur difficulté à faire comprendre la gravité du diabète à leurs patients africains et racontaient utiliser certaines représentations imagées pour illustrer le diabète ou aborder d'emblée les complications. D'autres participants s'interrogeaient sur l'efficacité d'un discours choc pour éveiller cette prise de conscience. Un des médecins préférait viser la conscientisation à travers l'explication des différents examens de suivi et leurs objectifs.

2.3 EVOLUTION DE LA MALADIE

Un des médecins précisait avoir constaté une prévalence plus élevée de complications graves du diabète parmi ses patients maghrébins.

FG1-M3 : « Juste un mot : [...] les seuls patients qui sont dialysés ou amputés c'est que des patients maghrébins ! Qui n'ont rien... suivi pendant des années ! »

Un autre disait avoir observé des diabètes plus évolués au moment du diagnostic et plus rapidement évolutifs chez ses patients originaires d'Afrique du Nord.

FG3-M1 : « Par contre je trouve qu'on les a souvent, des prises en charge qui me paraissent un peu presque tardives. Quand ils arrivent le diabète est plus rapidement évolutif [...] »

2.4 OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

Dans l'ensemble les médecins se rejoignaient sur le fait qu'ils avaient les mêmes objectifs thérapeutiques notamment en termes d'hémoglobine glyquée pour leurs diabétiques immigrés originaires d'Afrique du Nord que pour tous les autres

diabétiques. Toutefois ils mettaient en avant que les moyens utilisés étaient différents pour essayer d'atteindre ces objectifs.

FG1-M1 : « L'objectif du diabète à mon avis reste le même mais les moyens d'y arriver vont peut-être être différents. »

Certains médecins admettaient que les difficultés rencontrées dans la prise en charge comme la barrière de langue les menaient parfois à devoir se satisfaire de résultats moins optimaux par rapport à l'objectif initial, ne parvenant pas à obtenir de meilleurs résultats.

FG3-M3 : « Plus la barrière de la langue va être importante, et plus la tolérance sur le chiffre va être grande. Ça c'est clair ! Quand il y a pas de communication, s'il est à dix, il est à dix ! »

Certains médecins exprimaient un sentiment d'échec ressenti devant les tentatives infructueuses pour atteindre des objectifs chiffrés.

FG4-M5 : « Et après comme disait M1, on n'a pas l'impression forcément de faire tout ce qu'on nous a... tout ce qu'on devrait faire [...] je comprends ton ressenti. Et on essaie de trouver un compromis, qui est acceptable pour nous, et puis pour eux mais on est pas dans les objectifs optimums à atteindre. On n'essaie pas forcément de les atteindre, on essaie de faire au mieux pour tout le monde [...] »

3 MODE DE VIE

Les médecins s'accordaient sur l'importance de comprendre le mode de vie de leurs patients pour mieux les soigner. Alors que leurs patients diabétiques originaires d'Afrique du Nord semblaient avoir un mode de vie différent des patients d'origine française, les médecins interrogés reconnaissaient n'avoir que comme principale référence le mode de vie français ce qui complique donc la communication et la compréhension.

Les médecins décrivaient alors différents modes de vie qu'ils devaient prendre en compte dans leur prise en charge.

3.1 LE MODE DE VIE ADOPTE EN FRANCE :

Plusieurs éléments semblaient influencer le mode de vie que vont adopter les patients migrants en France : la durée de résidence en France, le niveau social, l'habitat, la présence d'un entourage familial par exemple des enfants français et l'âge du patient.

Plusieurs modes de vie ont été cités :

3.1.1 Un mode de vie proche de celui des Français

Ce mode de vie suppose un certain degré d'intégration des patients qui souvent sont limités par plusieurs freins inhérents à la migration : la difficulté à modifier les habitudes importées du pays d'origine, l'absence de l'entourage familial, la barrière de la langue, l'arrivée dans un système de santé nouveau fondé sur des codes qu'on ne maîtrise pas.

FG2-M6 : « Moi je trouve que nos patients, ils ont quand même un vécu qui est quand même assez important en France, qui sont là depuis plus de 30 ans en moyenne. Donc je crois qu'au niveau même des habitudes ..., il y a des choses qu'ils ont gardé peut-être de leurs habitudes qu'ils avaient dans leur pays, mais je trouve qu'il y a une adaptation quand même. C'est-à-dire que l'alimentation est quand même un peu variée. »

3.1.2 Conservation d'un mode de vie africain

En effet certains éprouvent des difficultés à abandonner les habitudes importées de leur culture d'origine et conservent donc ce mode de vie africain qui risque d'être un frein même à leur intégration dans la société française.

FG1-M6 : « effectivement, eux ils ont encore une forte culture maghrébine et donc au niveau ne serait-ce que culinaire ou alimentaire, ils ont encore des habitudes fortes de thé à la menthe ou des choses comme ça »

3.2 LE MODE DE VIE DES PATIENTS DANS LEUR PAYS D'ORIGINE

S'agissant d'une population qui rentrent souvent plusieurs mois pour certains dans leurs pays d'origine, les médecins se sont également penchés sur le mode de vie des patients pendant ces périodes, caractérisé par selon les médecins :

FG3-M4 : « Et je pense qu'au pays ils sont moins stressés, même s'il a y plein de problèmes [...] moi je les trouve moins tendus quoi... »

- Un mode de vie plus apaisé du fait d'une moindre exposition au stress
- Une activité physique plus importante notamment de la marche pour se déplacer
- Une alimentation riche en sucre

4 REPRESENTATIONS

Alors que certains médecins ont déclaré ne pas aborder systématiquement les représentations de leurs patients, d'autres ont rapporté de nombreuses représentations observées chez leurs patients originaires d'Afrique du Nord.

4.1 DENI DE LA GRAVITE DE LA MALADIE

De nombreux médecins ont insisté sur le déni de la gravité du diabète qu'ils retrouvaient souvent chez leurs patients diabétiques nord-africains et qui influençait l'observance thérapeutique. Les médecins expliquaient ce déni par le caractère asymptomatique de la maladie dans les premières années d'évolution.

FG3-M1 : « Il y a peut-être aussi culturellement un déni de la maladie... Déjà quelques fois on a du mal avec des patients nés sur le territoire français à leur faire reconnaître qu'ils sont malades. »

D'autres reliaient cette banalisation de la maladie à la prévalence élevée du diabète dans la famille.

FG4-M5 : « Moi j'ai l'impression qu'ils comprennent pas la gravité de la maladie. Et ça leur paraît même normal, la grand-mère était diabétique, la mère était diabétique, moi je suis diabétique, voilà, toute la famille est diabétique.[...] »

4.2 IMAGE CATASTROPHISTE DE LA MALADIE

A l'inverse certains médecins rapportaient devoir parfois redresser chez certains patients immigrés nord-africains une image catastrophiste du diabète pouvant engendrer une anxiété à prendre en compte au moment du diagnostic. Ces patients semblaient assimiler directement le diabète aux complications graves telles que la cécité et l'amputation ou bien aux contraintes de l'insulinothérapie telles que les injections et les hypoglycémies.

4.3 ETIOLOGIES DU DIABETE

Un des médecins a mis en avant les représentations étiologiques des patients diabétiques maghrébins qui relient le diabète à une cause extérieure et donc ne parviennent pas à comprendre le rôle de leur mode de vie sur le développement du diabète et de l'intérêt des mesures hygiéno-diététiques dans le diabète.

FG3-M1 : « Ben oui de toute façon, s'ils sont malades, c'est pas de leur fait, c'est de la faute d'une force extérieure. Donc quelque part on ne peut pas influencer cette force avant qu'elle ne se manifeste, donc on va se soigner que quand on est confronté au problème, avant ça veut rien dire quoi ! Bon enfin moi j'ai le sentiment que, peut-être pas pour tous les africains mais en tout cas une partie... »

Une autre représentation de la maladie évoquée par les patients était la notion de fatalité ou *mektoub* qui pouvait les empêcher de comprendre l'influence qu'ils pouvaient avoir sur leur maladie en adhérent ou non au traitement.

FG1-M11 : « [...] dans mes remplacements j'ai déjà aussi eu cette sensation-là. Que dans cette culture, le diabète c'est pas grave, c'était la fatalité quasiment. »

Quelques médecins ont mis avant les liens directs de causalité que les patients nord-africains font entre la consommation du sucre et le diabète, qu'ils appellent « la maladie du sucre ». Un des praticiens rapporte l'exemple de la tendance de certains patients à supprimer entièrement le sucre de leur alimentation à l'annonce du diabète.

4.4 DEVALORISATION DE LA MINCEUR

Plusieurs médecins ont signalé la dévalorisation de la minceur chez les femmes maghrébines qui présentait un obstacle pour les convaincre de l'intérêt de la perte pondérale dans le traitement de leur diabète.

FG1-M6 : « Moi ce que je verrais dans la représentation, c'est par exemples une femme de 60 ans, être très mince c'est pas une chose dont elle a envie. C'est pas une belle représentation pour elle. Donc effectivement, elles vont avoir du mal à considérer que perdre du poids, c'est quelque chose d'important. [...] ça fait pas partie de leur culture esthétique ! »

4.5 INFLUENCE DE LA MALADIE SUR LEUR VIE SOCIALE

Le diabète semble vécu comme un obstacle dans leur vie sociale car pour certains patients le diabète les exclue du groupe en les empêchant de participer à certains rites comme par exemple de participer au Ramadan.

FG1-M6 : « De mon point de vue je disais que c'est ce qui les exclue du groupe. Ils peuvent pas manger comme les autres. C'est ce qui les gêne le plus ! Parce qu'en fait ils ont [...] notamment les anciens, ils ont une alimentation collective assez stéréotypée quoi. C'est ce qui va les exclure du groupe et ça les gêne beaucoup ça ! Notamment pour l'histoire du Ramadan et des trucs comme ça ... »

Un autre médecin a évoqué le sentiment de honte d'être diabétique qui mènent certains patients nord-africains à dissimuler leur maladie.

5 DIETETIQUE

5.1 SAVOIR CE QUE MANGENT LES PATIENTS

5.1.1 Méthodes de recueils des habitudes alimentaires

Le recueil des habitudes alimentaires des patients qui a été cité le plus souvent était la réalisation d'une enquête alimentaire avec la description par le patient d'une journée type ou par le biais d'un journal alimentaire demandé au patient.

5.1.2 Freins au recueil des habitudes alimentaires

Plusieurs freins à ce recueil ont émergé : l'absence de réalisation du journal alimentaire par les patients et une méconnaissance de la culture culinaire du patient, qui complique l'analyse des informations fournies par les patients.

| FG1-M5 : « Il m'est arrivé de demander un journal alimentaire, euh... j'en ai jamais ! »

5.1.3 Particularités des habitudes alimentaires

Certaines particularités semblaient se dégager de leurs habitudes alimentaires :

- Une alimentation calorique de faible qualité nutritionnelle, qui était mise en relation avec un niveau socio-économique faible qui complique l'accès à une alimentation saine.

| FG3-M1 : « Et puis je pense aussi que quand ils doivent faire leurs courses, s'ils vont dans les grandes surfaces, tout ce qui est produits qui sont déjà sucrés et resucrés par l'industrie alimentaire, ils vont peut-être être moins sensibles moins vigilants à ce que nous on essaie de faire passer. »

- Une persistance d'une influence de la culture maghrébine sur l'alimentation avec forte consommation du sucre par exemple avec le thé à la menthe, une consommation de fruits en grande quantité.
- Toutefois certains médecins soulignaient le fait que les patients avaient une alimentation de type méditerranéen, qui est considérée comme un régime compatible avec les exigences du « régime diabétique ».

| FG4-M2 : « Après t'as quand même le régime méditerranéen quand même, qui est un régime qui est bon théoriquement, enfin par rapport à d'autres... »

5.2 DONNER DES CONSEILS DIETETIQUES

5.2.1 S'adresser à la personne gérant l'alimentation dans le ménage

Plusieurs médecins mettaient en avant la répartition des rôles dans le ménage qui semble être une particularité intéressante à prendre en compte : alors que les femmes s'occupent de la préparation des repas, ce sont les hommes qui font les courses.

| FG2-M8 : « Sauf qu'au Maghreb il y a peut-être une petite [...] différence, si je ne me trompe, les hommes ils ne font pas souvent la cuisine mais ils sont chargés des courses. »

5.2.2 Donner des messages diététiques simples

Ces messages simples cités ayant pour objectifs de corriger les mauvaises habitudes alimentaires étaient : la réduction des boissons sucrées, des grignotages et des fritures.

FG1-M1 : « Et d'insister d'emblée sur les grignotages, les sucres, les sodas, les jus, [...] toutes ces choses qui sont beaucoup consommées aussi. Et voilà, déjà on va commencer par ça. »

6 EXERCICE PHYSIQUE

6.1 NOMBREUX FREINS A L'EXERCICE PHYSIQUE

6.1.1 Niveau d'activité physique faible

Selon plusieurs médecins les patients originaires d'Afrique pratiquent peu d'activité physique dans leur quotidien avec une tendance à un mode de vie sédentaire. Plusieurs explications à cette sédentarité sont citées : une accessibilité des transports publics qui limite la marche, un manque d'intérêt pour l'activité physique pour une grande partie des patients plus âgés et le cadre de vie urbain avec logement en appartement.

De plus il existe une différence entre la compréhension de la notion d'activité physique du médecin et celle du patient. Certains de ces patients sont décrits comme convaincus de pratiquer déjà suffisamment d'activité physique à travers leurs activités de la vie quotidienne ou leur travail, d'où la difficulté de les convaincre d'en faire plus.

6.1.2 Confinement des femmes au domicile

La problématique semble se poser différemment selon qu'on parle des hommes ou des femmes. Plus particulièrement pour les femmes plus âgées, les sorties se font rares.

FG4-M4 : « Je trouve que souvent, je trouve que c'est les femmes surtout, je trouve que les femmes sont souvent confinées, elles le sont physiquement, elles le sont dans leurs vêtements [...] »

Les causes citées à cela sont nombreuses :

- La tradition selon laquelle le rôle principal de la femme c'est la gestion du ménage et la préparation des repas.
- Les enfants voulant prendre au mieux soins de leur mère, la matriarche qui a un rôle essentiel dans la structure familiale, vont avoir tendance à la surprotéger.

- La mauvaise maîtrise de la langue française qui rend nécessaire la présence d'un accompagnant pour assurer la traduction lors des sorties.
- Les femmes maghrébines étaient peu nombreuses à exercer un emploi ce qui enlève une raison supplémentaire à sortir du foyer.

6.1.3 Limites à la pratique d'activité sportive des femmes

Plusieurs difficultés à la pratique d'exercice physique des femmes sont citées : le port du voile présenté comme une barrière à la pratique de la natation et le surpoids des femmes qui va être une gêne dans la pratique de certaines activités comme la natation ou d'autres sports.

FG1-M5 : « Même c'est compliqué, on n'imagine pas... mais déjà rien que la piscine, je pense, c'est très difficile pour une personne de religion musulmane, il y a rien qui est organisé pour ça. »

6.2 DEVELOPPER L'ACTIVITE PHYSIQUE REGULIERE AU QUOTIDIEN

La plupart des médecins étaient d'accord sur l'intérêt d'aider les patients à introduire une activité physique régulière dans la vie quotidienne plutôt que d'insister sur la pratique de sport.

FG1-M8 : « Moi de plus en plus je leur dit, ça ne sert à rien de faire beaucoup de sport, il faut que vous fassiez un petit peu tout le temps, régulièrement. Et ça passe beaucoup mieux ! Leur dire le matin après le manger, vous allez faire un petit tour, le matin il faut faire un petit tour [...] en général, les gens se mettent plus en mouvement. »

Pour aider les patients à comprendre l'importance de l'activité physique sur l'équilibre glycémique et les motiver à poursuivre, un médecin disait demander à ses patients de réaliser une mesure de la glycémie capillaire avant et après l'activité physique.

FG1-M8 : « Il faut leur expliquer que c'est tous les jours [...] s'ils font une activité, ils vont consommer le sucre et ça va diminuer. Moi j'essaie de le faire de plus en plus ! »

Une autre façon de faire augmenter l'activité physique de ces patients, était de les encourager à poursuivre et renforcer les activités quotidiennes habituelles. Pour transmettre et aider à mettre en place ces mesures, certains médecins faisaient appel à l'accompagnant qui est souvent un membre de la famille, pour relayer ce message.

FG1-M1 : « Moi du coup, j'essaie de m'appuyer sur la personne qui est là pour traduire pour lui dire : "Il faut sortir avec votre mère ! Il faut qu'elle marche !" Comme ça au moins il y a une personne dans la famille qui a entendu le discours... »

6.3 FAVORISER LA PRATIQUE DE L'EXERCICE PHYSIQUE

6.3.1 Différencier marche et sport

Bien que tous les médecins aient été d'accord pour augmenter l'activité physique dans les activités de la vie quotidienne, certains médecins insistaient tout de même sur le fait que la marche n'était pas du sport et encourageaient leurs patients à pratiquer aussi de l'exercice physique de plus forte intensité.

FG4-M2 : « Il faut faire un petit effort. Moi je leur explique : “Marcher c'est bien, mais il faut faire une demi-heure à une heure par jour. Il faut suer un peu, c'est pas une promenade.” C'est bien, c'est toujours quelque chose, leur faire comprendre mais : “C'est bien, mais... marchez plus vite, marchez... faites des chemins en côte. Il faut un petit peu s'essouffler aussi pour que le cœur travaille aussi ...” »

6.3.2 Créer des groupes de marche

Alors que certains médecins essaient de motiver leurs patients à former des groupes de marche, d'autres les orientent vers des associations de quartiers proposant des activités sportives.

FG1-M1 : « J'ai même essayé de leur créer un groupe de marche... parce que... Ils sont tous diabétiques, entre frère et sœurs [...] »

6.3.3 Orienter vers des salles de sport plus abordables

D'autres médecins encore citaient des salles de sport abordables vers lesquels ils orientaient leurs patients.

FG4-M3 : « Alors pour les hommes, moi je les envoie tu sais à Sanvic, il y a un club euh... je sais jamais le nom...” ASAN ”? Près de l'église... il y a un club de gymnastique pas cher [...] »

6.3.4 Salle de sport pour femmes voilées

Un autre médecin partageait l'information de l'ouverture récent d'une salle de sport accessible aux femmes voilées.

FG1-M1 : « A priori il y a une salle de sport pour les femmes voilées. ! Oui avec des horaires et des créneaux de femmes !

7 PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

7.1 PLACE DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

7.1.1 Choix des spécialités médicamenteuses

Alors que plusieurs médecins disaient se baser sur les recommandations pour le choix des spécialités médicamenteuses chez les patients diabétiques originaires d'Afrique du Nord, plusieurs participants décrivaient pourtant des pratiques différentes avec une introduction plus précoce du traitement médicamenteux.

FG4-M2 : « Après c'est vrai que les traitements on suit les recos, on suit quand-même les recommandations. »

7.1.2 Acceptation et observance

De nombreux médecins soulignaient le fait que les patients migrants originaires d'Afrique du Nord acceptaient facilement les traitements médicamenteux prescrits. Plusieurs médecins mettaient en avant la représentation de ces patients d'une toute puissance des médicaments pour soigner la maladie. Un des médecins signalait l'illettrisme de certains patients qui pouvait constituer un obstacle à la bonne observance du traitement.

7.1.3 Toute-puissance des médicaments

Plusieurs médecins ont insisté sur l'impact de la représentation d'une toute-puissance des médicaments chez ces patients qui rendait la compréhension des autres traitements du diabète difficile notamment les mesures hygiéno-diététiques. Un autre comportement décrit par un des médecins en relation avec cette représentation, était la tendance des patients à réclamer d'avantages de médicaments avec cette impression que pour ces patients la qualité des soins était corrélée à la quantité de médicaments prescrits.

FG1-M1 : « Ce qu'il y a quand même chez les maghrébins, enfin pas que chez eux, mais... il y a quand même l'idée que c'est le médicament qui va résoudre les choses. C'est pas le mode de vie. Ça c'est compliqué. C'est pour ça aussi qu'on a du mal à faire changer les habitudes et les comportements alimentaires et l'activité physique... »

7.2 PARTICULARITES DE L'INSULINOTHERAPIE

Un des médecins exprimait avoir observé un passage plus rapide à l'insulinothérapie chez ces patients.

FG3-M1 : « J'ai quand même l'impression qu'on va beaucoup plus vite à l'insuline chez ces patients là... »

L'insulinothérapie chez ces patients migrants originaires d'Afrique du Nord semblait représenter des difficultés supplémentaires pour plusieurs médecins notamment dans sa mise en place. De nombreux médecins précisait la nécessité de mettre une infirmière diplômée d'état (IDE) à domicile pour la gestion de l'insulinothérapie et plus particulièrement l'adaptation des doses. Malgré tout certains médecins rapportaient des exemples de patients maghrébins qui parvenaient à être autonomes pour gérer leur insulinothérapie.

FG4-M1 : « L'insuline s'il n'y a pas de prise en charge infirmière, expliquer les objectifs de chiffres d'insuline et d'adaptation des dosages, c'est mission impossible en fait. Et

c'est vrai que sans soutien infirmier ou sans famille ultra-présente qui surveille tout, pour le coup le passage à l'insuline, souvent il est quand-même compliqué s'il y a pas un passage infirmier. »

8 EDUCATION THERAPEUTIQUE

8.1 PLACE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE

La totalité des médecins interrogés étaient d'accord sur l'importance de l'éducation thérapeutique chez leurs patients diabétiques immigrés originaires d'Afrique du Nord.

FG2-M5 : « L'idéal ce serait qu'ils aient tous accès à des ateliers d'éducation thérapeutique, ce serait le maximum pour eux. »

8.2 DEFINITION DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Quelques médecins avaient une idée précise de la définition de l'éducation thérapeutique et faisaient le constat qu'elle ne pouvait se faire en tant que telle dans le cadre d'une consultation de médecine générale classique.

FG4-M6 : « Pour moi... pour moi l'éducation thérapeutique il y a vraiment des étapes... Le premier je crois que c'est l'entretien avec les patients, de savoir quelles sont ses difficultés, pour mettre un diagnostic éducatif et des objectifs à certains patients ... Et puis ensuite il y a des séances... mais du coup c'est un parcours qui est un peu personnalisé quand même, à partir de ce qu'il sait. Et c'est fait... ça prend énormément de temps, on ne peut pas faire ça en une fois au cabinet. Et du coup on va le faire en petits morceaux, on va le fractionner pendant la consultation. Mais probablement qu'un vrai programme d'éducation thérapeutique à côté, ce serait complémentaire en fait. »

D'autres praticiens considéraient les recommandations thérapeutiques qu'ils pouvaient donner à leurs patients diabétiques au cours des consultations comme de l'éducation thérapeutique.

8.3 STRUCTURES REALISANT L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

8.3.1 Milieu hospitalier

De nombreux médecins expliquaient orienter leurs patients diabétiques immigrés nord-africains vers le programme d'éducation thérapeutique de l'hôpital Jacques Monod en passant plus volontiers par une hospitalisation du patient en cas de déséquilibre du diabète ou par les consultations avec les diabétologues.

FG3-M3 : « Quand c'est trop compliqué en externe comme ça, de toute façon c'est l'hospitalisation. Il peut y avoir des problèmes alimentaires, diététiques etc... mais il peut y avoir le problème de langage aussi. Si la langue est pas maîtrisée... une prise en charge et une ... comment dire... enfin, une éducation diabétique externe c'est infaisable quoi ! Donc l'hospitalisation devient rapidement indispensable. »

8.3.2 Marédia

Quelques praticiens ont dit orienter leurs patients vers le réseau *Marédia* mais dont les retours des patients étaient mitigés. Dans les différents groupes il y a eu des débats autour de *Marédia*. Alors que certains médecins avouaient ne pas connaître *Marédia* alors qu'ils connaissaient bien l'ancien « réseau diabète » (*Réseau Diabète de l'Estuaire* du Havre), d'autres évoquaient avec regret l'ancien réseau et la bonne collaboration qu'ils avaient eu avec les professionnels du réseau ainsi que les résultats positifs qu'ils avaient observés sur leurs patients.

FG1-M6 : « On avait un retour ! T'avais un topo de retour systématiquement, la nutritionniste disait : " voilà ce que j'ai vu, voilà quels sont mes objectifs..." T'avais un retour clair et net ! oui, oui ... »

8.3.3 IRSA

Un des médecins a cité également un programme d'éducation thérapeutique organisé par l'IRSA.

9 INTERVENTION D'AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

Dans les quatre focus groupes, la majorité des médecins disaient globalement assurer seuls le suivi des patients au début et citaient ensuite différentes catégories de professionnels de santé qu'ils faisaient intervenir pour optimiser leur prise en charge. Certains professionnels étaient sollicités plus que d'autres par les médecins généralistes.

9.1 DIABETOLOGUE

9.1.1 Renforcement de la prise en charge

Les médecins généralistes disaient recourir aux diabétologues afin de renforcer leur prise en charge en cas d'objectifs thérapeutiques non atteints. Certains médecins insistaient sur le fait que pour les diabétiques originaires d'Afrique du Nord l'intervention du diabétologue introduisait un cadre dans la prise en charge qui leur permettait d'améliorer l'observance.

FG2-M8 : « un exemple peut-être de deux patients... dont je sais que l'auto-counseling, le motivationnel, toutes les méthodes pouvant impliquer le patient dans sa... dans sa maladie ne fonctionnent pas, avec des taux d'hémoglobine glyquée supérieurs à 10%. Le fait de passer par une hospitalisation avec après recadrage, diabétologue suivi tous les six mois à l'hôpital, il y a un petit peu la peur du gendarme. [...] quand le patient ne se sent pas acteur de sa pathologie est plutôt passif... il faut renforcer les mesures et ça passe peut-être par un suivi plus renforcé avec un diabétologue, infirmière d'éducation des diabétiques [...] »

9.1.2 Relais plus précoce par un diabétologue

Un autre faisait le constat d'un relais plus rapide par le diabétologue pour ses patients maghrébins car ceci permettait de faire bénéficier ces patients d'une prise en charge plus complète avec notamment accès à une diététicienne.

9.2 INFIRMIERE

Un autre professionnel essentiel cité par tous était une IDE notamment dans la surveillance à domicile des patients et la gestion de l'insulinothérapie. Selon les médecins, l'IDE était bien acceptée par ces patients.

9.3 DIETETICIENNE

9.3.1 Prise en charge diététique essentielle

La question du rôle de la diététicienne a beaucoup mobilisé les débats. En effet beaucoup de médecins mettaient en avant l'intérêt essentiel de l'intervention d'une diététicienne chez leurs patients diabétiques maghrébins avec lesquels la diététique semblait être un des principaux points à améliorer.

FG1-M1 : « Après, si on va faire appel à un autre professionnel qui va nous aider: c'est le diététicien mais il faut arriver à les convaincre d'y aller quoi ! »

9.3.2 Réticence des patients

A plusieurs reprises les médecins sont revenus sur l'absence de remboursements des consultations de diététique qui constituait un obstacle à l'accès à ses prestations pour ces patients.

En dehors de l'obstacle financier, quelques médecins rapportaient une réticence des patients face à cette prise en charge diététique qui pouvait pour l'un des médecins, trouver une explication dans le caractère intrusif que peut représenter cette prise en charge pour ces patients.

FG2-M5 : « Ils ont peut-être pas l'habitude de partager sur des habitudes familiales intimes... Et donc après... moi je me souviens... quand j'étais petite, je pense que les gens, ils aimaient pas non plus qu'on vienne regarder ce qu'ils mangeaient chez eux tous les jours. [...] Bon, il y a quand même une normalisation de ce que l'on doit manger, pas manger etc., qui est un petit peu... nouvelle. Enfin c'est quand même récent... »

9.3.3 Cadre hospitalier facilitant l'accès à la diététicienne

Selon plusieurs médecins le cadre hospitalier facilitait l'accès à la diététicienne et permettait d'entamer plus facilement la prise en charge diététique. Ils déplorait que le suivi diététique ne soit pas maintenu après la sortie d'hospitalisation.

FG2-M8 : « Alors que sauf que quand ils sont hospitalisés, moi l'intérêt de l'hospitalisation, c'est ça. C'est que c'est dans un cadre imposé ! La diététicienne, elle vient au pied du lit, elle discute [...] »

9.4 MEDECINS NUTRITIONNISTES

Plusieurs médecins disaient également faire appel à un médecin nutritionniste pour la prise en charge diététique et précisait que ce dernier était plus facilement accepté par les patients et selon ces mêmes médecins les raisons en étaient le statut de médecin et la prise en charge des consultations par l'assurance maladie.

9.5 KINESITHERAPEUTES

Un autre professionnel de santé évoqué à plusieurs reprises, était le kinésithérapeute. Un des médecins rapportait avoir recours à la prescription de kinésithérapie pour ses patients sédentaires dans le but d'une réadaptation à l'effort pour entretenir leurs capacités physiques.

9.6 DEPISTAGE ET SUIVI DES COMPLICATIONS

Les médecins généralistes citaient plusieurs professionnels intervenant dans le dépistage et suivi des complications selon les recommandations. Peu de difficultés en relation avec ce suivi-là émergeaient. L'une des particularités qui ressortait par rapport aux patients diabétiques immigrés originaires d'Afrique du Nord était la place importante de la famille des patients pour la prise des rendez-vous et l'accompagnement des patients. Ces patients ne semblaient opposer aucune réticence à consulter ces professionnels.

FG3-M4 : « Je trouve aussi que ce qui est compliqué c'est de faire le... de leur faire faire le bilan cardio... bilan cardio, bilan ophtalmo, tout ça. Ça c'est compliqué, il faut souvent mettre la pression à la famille pour avoir bien tous les rendez-vous. »

Ces professionnels cités : le cardiologue, l'ophtalmologue, la néphrologue et le pédicure.

Quelques médecins évoquent orienter leurs patients diabétiques également vers le service *sophia* de l'Assurance Maladie, avec des résultats mitigés.

FG4-M4 : « "Sophia"... bon moi, je le fais assez facilement. Bon à ce moment tu te dis que peut-être..., mais ils appellent pas, mais souvent c'est de l'illusion, on changera pas ces gens-là... Les gens on les équilibre... »

10 PERIODE DU RAMADAN

Un autre thème qui semblait être au centre des préoccupations des médecins, est la gestion de la période du ramadan chez les patients diabétiques. En effet une grande partie de leurs patients originaires d'Afrique du Nord sont décidés à s'engager dans le jeûne du ramadan.

10.1 MODALITES DU DEROULEMENT DU RAMADAN

Alors que pour certains médecins le Ramadan semblait être une période nébuleuse avec beaucoup d'incertitudes sur ce que font leurs patients, d'autres médecins avaient de bonnes connaissances sur les modalités du déroulement de cette période. Ils décrivaient un rythme de vie perturbé avec des horaires de repas modifiés et des plats plus riches.

FG4-M5 : « Non ils ont trois... je crois qu'ils ont trois prières à faire : autour de vingt-deux heures, minuit, deux heures et ils peuvent manger jusqu'à quatre heures en ce moment. »

10.2 ROLE DU MEDECIN : ACCOMPAGNER LE PATIENT

Le rôle du médecin durant cette période était pour certains un rôle d'accompagnement pour limiter les complications pour la santé, en respectant la décision du patient de jeûner ou non. Les mesures qui étaient citées étaient : une adaptation des horaires des prises médicamenteuses aux horaires des repas. Toutefois certains médecins disaient se renseigner sur l'intention de leurs patients d'entamer le jeûne du ramadan et préparer cette période avec eux en leur donnant des conseils sur la gestion de leur traitement. Plusieurs médecins regrettaient le fait de ne pas avoir de la part des patients décidés à entreprendre le jeûne, de demande de conseils sur la gestion des traitements.

10.3 AVIS MEDICAL

10.3.1 Avis médical défavorable

Plusieurs médecins disaient donner aux patients un avis médical défavorable à participer au jeûne du ramadan dans certaines situations : en cas de diabète avec des comorbidités ou en cas de complications de type hypoglycémie.

D'autres médecins déconseillaient systématiquement le jeûne à tous leurs patients diabétiques en se basant sur les textes religieux qui dispensent du jeûne les patients « en cas de maladie ».

FG1-M1 : « S'ils ne se sentent pas malades, ils vont le faire ! [...] Le fait de se sentir malade c'est très subjectif ! Parce que je suis malade, je suis pas malade, le diabète ça se voit pas ! Donc... »

10.3.2 Observance du Ramadan variable

Cette notion de « maladie » justement semblait donner lieu à des interprétations différentes en fonction des patients. Alors que certains ne jeûnent pas à cause de leur diabète, d'autres diabétiques s'engagent volontiers dans le jeûne du Ramadan car ne se sentant pas « malades ». Plusieurs médecins insistaient sur le fait que peu de patients venaient avant le début du Ramadan leur demander des conseils sur la façon de gérer leur traitement pendant cette période.

10.3.3 Avis médical demandé

A l'opposé deux médecins ont rapporté des exemples de patients venant les voir avec l'attente d'une approbation médicale pour rompre le jeûne.

FG4-M1 : « Est-ce que vous avez des gens qui viennent vous voir avant en disant : “ J'ai ça comme médicaments, comment je peux les prendre pendant le ramadan ? ” »

FG4-M5 : « Non ! Jamais ! En fait c'est dans l'autre sens. C'est-à-dire qu'ils essaient quelques jours, ceux qui sont très malades. Et ils voient que ça va pas. C'est là qu'ils viennent en général avec un membre, au moins un de la famille. Et là, le docteur dit : « Monsieur ou Madame, il faut rompre votre ramadan ! » Et là c'est bon ! »

10.4 EFFETS DU RAMADAN SUR LA SANTE DU PATENT DIABETIQUE

10.4.1 Hypoglycémies

L'hypoglycémie était citée par de nombreux médecins comme la première complication qu'ils craignaient le plus pour leurs patients diabétiques observant le jeûne du Ramadan et qu'ils essayaient d'éviter.

FG2-M5 : « C'est pas tant pour améliorer l'équilibre glycémique, que les préserver de l'hypoglycémie. »

10.4.2 Tendance des patients à interrompre le traitement médicamenteux

Plusieurs médecins rapportaient une tendance des patients à interrompre leur traitement pendant cette période, et ce sans avis médical.

FG1-M5 : « Et en général beaucoup arrêtent leurs médicaments. »

FG1-M7 : « Parce que tu en as qui disent : “ Je peux pas c'est le Ramadan, je peux même pas faire une injection ! ” »

10.4.3 Equilibre glycémique

Alors que certains praticiens exprimaient leurs inquiétudes par rapport à un déséquilibre glycémique qui serait difficile à rattraper à l'issue de cette période du

Ramadan, un des participants avait évoqué le fait que le jeûne du Ramadan avait peu d'incidence sur l'équilibre glycémique voire même pouvait améliorer l'hémoglobine glyquée.

FG3-M4 : « Oui [nom d'un endocrinologue hospitalier] qui avait dit que quand même l'expérience montre que pendant le ramadan même les diabétiques qui jeûnent, ils ont une amélioration de leur hémoglobine glyquée quand même. Enfin que c'est pas non plus un drame... »

10.4.4 Variations pondérales

Dans deux groupes en particulier il y a eu un débat sur les variations pondérales des patients diabétiques pendant cette période. Certains médecins disaient avoir observé un amaigrissement de leurs patients, alors que pour d'autres praticiens les patients avaient pris du poids. Un des médecins ne semblait pas avoir mis en évidence une variation pondérale significative chez ses patients diabétiques ayant jeûné.

10.4.5 Asthénie

Plusieurs médecins décrivaient une importante fatigue chez la majorité de leurs patients, reliée à une inversion du rythme de vie pendant la période du Ramadan.

11 RETOUR TEMPORAIRE AU PAYS D'ORIGINE

11.1 SEJOURS LONGS ET RECURRENTS

Les médecins ont mis en avant le fait que leurs patients diabétiques originaires d'Afrique du Nord effectuaient régulièrement des séjours dans leur pays d'origine, souvent pour des périodes qui pouvaient être longues et que ceci avait un impact sur leur prise en charge. Pour certains ces voyages rendaient le suivi irrégulier alors que pour certains malgré tout l'obligation légale qu'avaient les patients de résider au moins 6 mois par année en France leur permettait de continuer à les suivre.

FG1-M5 : Et puis ils savent pas combien de temps ils partent. Ils partent un mois comme quatre mois quoi !

FG1-M6 : Ben en fait ils font les allers-retours !

11.2 SEJOUR MAL PREPARE

Plusieurs médecins sont revenus sur le fait que souvent les patients avaient tendance à les informer tardivement de leur projet de voyage, ce qui leur laissait peu de temps pour aider le patient à organiser la continuité des soins et éviter le risque de rupture en médicaments. Malgré tout un médecin rapportait le cas de certains patients

souffrant de diabète compliqué qui demandaient son avis médical avant de planifier leur voyage.

FG1-M5 : « Il y a des cas aussi, où, “ Je pars, et je ne sais pas quand je reviens, mais quand je reviens, je n’ai plus de traitement...” Donc on va le voir tout de suite ! »

11.3 FAVORISER LA CONTINUITÉ DES SOINS

Les médecins ont décrit la façon dont ils essayaient d’assurer la continuité des soins pour leurs patients. Plusieurs médecins décrivaient rédiger une ordonnance de médicaments couvrant la période d’absence.

FG4-M2 : « Après c’est vrai qu’on s’adapte ! S’ils partent quatre mois, on met quatre mois. Il y a forcément des décalages dans les trois mois de consultations avec l’hémoglobine glyquée etc. »

Lors de la prescription certains médecins précisait prendre en compte les conditions de vie sur place par exemple les conditions disponibles pour la conservation des médicaments comme l’insuline. Une difficulté supplémentaire qui semblait se poser aux médecins était d’assurer la poursuite de l’insulinothérapie : en trouvant un relais infirmier sur place ou en essayant d’autonomiser le patient pour la gestion de son insuline.

FG2-M5 : « Quelque chose que j’ai découvert, c’est la motivation du voyage pour s’autonomiser pour la... pour l’insuline. Quand ils vont partir, l’apprentissage, il va à vitesse grand V. Et ça c’est bien. »

Pour autant certains médecins disaient constater que l’observance du traitement n’était pas optimale pendant le séjour entre certaines interruptions de traitement ou bien pour certains patients insulino-traités le manque d’adaptation des doses d’insuline.

FG3-M5 : « Oui souvent il y en a qui... enfin... j’en connais qui font très mal leur traitement quand ils sont... quand ils sont au pays... qui partent trois mois alors qu’ils ont un mois de traitement, voilà... non c’est pas forcément... Il faut tout reprendre à zéro après. Ça dépend peut-être aussi du type, si c’est pas... s’il y a pas d’insuline, mais...

11.4 CONSULTATION D’AUTRES MÉDECINS SUR PLACE

Une autre observation des praticiens concernant ces séjours, était la consultation de médecins dans leur pays comme des diabétologues ou d’autres spécialistes qui réalisaient des modifications du traitement que les médecins traitants semblaient désapprouver.

FG2-M5 : « Par contre il y a des retours avec des médicaments en plus, qui devraient remplacer ceux qu’on a donnés, c’est pas terrible. »

Pour d'autres, au contraire ces consultations permettaient aux patients d'avoir accès à des spécialistes difficiles d'accès en France actuellement comme les ophtalmologues ou les dentistes.

11.5 REPERCUSSIONS SUR L'EQUILIBRE DU DIABETE

Les observations des répercussions de ces séjours sur l'équilibre glycémique de ces patients étaient variables. Alors que certains médecins n'observaient que peu d'effets sur l'équilibre glycémique, d'autres au contraire décrivaient des diabétiques mieux équilibrés à leur retour en France.

FG4-M1 : « Il y en a qui prennent quand même leur traitement là-bas. Il y a pas tellement de grosse cata... Enfin de ce que j'ai vu au retour, c'est comme s'il y avait une petite parenthèse où on sait pas trop ce qui s'est passé ou pas passé, mais c'est pas forcément catastrophique. »

D'ailleurs plusieurs médecins s'étaient interrogés sur les causes et avaient proposé des hypothèses : un environnement moins stressant, une alimentation plus saine pendant le séjour ou bien une activité physique plus importante.

FG2-M7 : « Souvent ils reviennent du Maghreb, ils ont beaucoup marché, et ben ... leur diabète est pas moins bien équilibré, au contraire ! Parce qu'ils se sont déplacés à pied, même s'ils ont mangé des sucreries. »

12 RELATION MEDECIN – MALADE

12.1 RELATION DE CONFIANCE ET D'ECHANGES

Les médecins interrogés ont abordé volontiers le thème de la relation médecin-malades avec leurs patients immigrés originaires d'Afrique du Nord qu'ils décrivaient comme satisfaisante, agréable, fidèle et marquée par de nombreux échanges.

« C'est une relation de confiance, parce qu'ils respectent énormément les médecins, peut-être plus d'ailleurs que les... que les gens non immigrés. Ils respectent énormément le.... Donc il y a... cette relation de confiance qui s'installe assez rapidement avec... avec ces gens-là. »

12.1.1 Observance

L'un des marqueurs de cette bonne relation avec ces patients mis en avant était une bonne observance avec l'absence de remise en question des prescriptions médicales.

FG1-M1 : « Moi j'ai plutôt l'impression que c'est des patients obéissants ... en tout cas qui écoutent les conseils et qui essaient de les appliquer ! Voilà ! »

Pourtant d'autres médecins témoignaient également d'une tendance des patients à interrompre le traitement en cas d'effets secondaires par exemple, sans chercher à avoir rapidement l'avis du médecin. Un des médecins expliquait alors cette attitude

contradictoire du patient par une crainte d'un sentiment de manque de confiance de sa part que pourrait ressentir le médecin.

12.1.2 Manque d'autonomie du patient

Un autre point relevé était le manque d'autonomie des patients car s'en remettant entièrement au jugement et compétences de leur médecin, ces patients étaient décrits comme ne prenant pas suffisamment en main leur maladie.

FG4-M4 : « C'est marrant, le pendant de ce qu'on disait toute à l'heure : le manque d'autonomie des gens, le pendant c'est la fidélité ! »

Un médecin revient sur l'histoire migratoire de certains patients qui influence leur implication dans la prise en charge de leur maladie par méconnaissance du système de soins ou par manque de soutien social.

FG4-M1 : « Quand ils arrivent ici forcément, ben tout est compliqué quoi ! Ils ont pas... il y a la barrière de la langue quand pour certains, il y a un mode de soins..., enfin un mode de fonctionnement du système de soins qui est totalement différent... il manque le contexte familial au sens élargi, parce qu'ici on vit, j'allais dire en famille isolée, même si on a papa, maman, les enfants, alors que pour beaucoup, quand on ... l'éducation, elle se faisait par le village ou tout au moins la famille... »

12.2 COMMUNICATION DIFFICILE

Malgré le caractère positif de cette relation, certains médecins exprimaient pourtant éprouver parfois des difficultés à communiquer avec certains de leurs patients diabétiques originaires d'Afrique du Nord.

12.2.1 Barrière culturelle

Un des médecins précisait expérimenter une barrière plutôt culturelle que linguistique.

FG4-M4 : « On a du mal à avoir des rapports simples avec ces femmes-là, je trouve, les femmes d'un certain âge. Donc pas très, très âgées, parce que... hm... Les messages sont difficiles, à tous les niveaux et c'est pas souvent une barrière de la langue, c'est une barrière de la culture. L'activité physique c'est un non-sens, il y a même pas de sens, ils ne savent même pas ce que ça veut dire, tu vois. Le rapport à écouter un médecin qui donne un conseil : " Est-ce que ça un intérêt ? [...] Ce qu'il dit ce n'est pas dans ma langue, donc ça ne m'intéresse pas... " »

12.2.2 Barrière de la langue

D'autres participants sont revenus sur une mauvaise maîtrise de la langue française qui pouvait constituer une barrière avec certains patients.

A l'inverse certains médecins disaient ne pas rencontrer de difficultés à communiquer avec les patients diabétiques migrants originaires du Maghreb du fait que la majorité de ces patients vivaient en France depuis de nombreuses années et donc avaient

acquis un niveau de maîtrise de la langue suffisant ou bien se faisaient généralement accompagner par une tierce personne assurant le rôle de traducteur.

FG2-M7 : « [...] Généralement ... ce sont des pays où il y avait le français qui était parlé, et puis il peut y voir quelqu'un qui vienne. Bon, moi je n'ai pas eu de cas des gens qui ne parlaient que l'arabe. »

12.3 ATTITUDE ADAPTEE POUR AMELIORER L'ADHESION A LA PRISE EN CHARGE

A plusieurs reprises des médecins se sont interrogés sur l'attitude à avoir finalement afin de favoriser l'observance de ces patients.

12.3.1 Attitude paternaliste

Certains praticiens se sont posés la question d'une attitude paternaliste qui pourrait aider à obtenir une meilleure observance de leurs patients nord-africains.

FG1-M3 : « [...] peut-être que la différence culturelle fait que des fois au contraire [...] je sais que chez quelques-uns, j'ai remarqué ça... il fallait être patron. Ils aimaient bien qu'il y ait un patron ! [...] Est-ce qu'il faut être le patron ? Est-ce qu'il faut faire peur ? est-ce qu'il faut... imposer... »

12.3.2 Discours choc

D'autres encore ont discuté de la possibilité d'employer des discours choc pour faire comprendre la gravité du diabète à leurs patients diabétiques maghrébins.

13 ROLE FONDAMENTAL DE LA FAMILLE

Plusieurs médecins ont insisté sur le soutien essentiel que constituait la cellule familiale soudée dans la prise en charge.

13.1 ROLE DE TRADUCTION

D'une part c'était les membres de la famille qui favorisaient la communication en cas de maîtrise insuffisante de la langue française par le patient diabétique en assurant la traduction.

13.2 ORGANISATION DU SUIVI

Là aussi c'est l'entourage familial qui assurait l'observance des traitements en particulier pour l'insulinothérapie mais également se chargeaient de l'organisation des examens de suivi auprès des autres professionnels de santé.

D/ AMELIORATION DES PRATIQUES

1 EDUCATION THERAPEUTIQUE

Dans tous les groupes, l'éducation thérapeutique a émergé comme étant le point de la prise en charge qui faisait le plus défaut alors qu'il pourrait permettre de résoudre un certain nombre de problèmes que rencontre le médecin généraliste dans la prise en charge des diabétiques migrants originaires d'Afrique du nord. De nombreuses propositions ont alors été données quant à la forme que pourrait prendre cette éducation thérapeutique.

1.1 CADRE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Comme cela a été présenté plus haut, les médecins ont à l'heure actuelle peu de moyens pour proposer de l'éducation thérapeutique à leurs patients. De manière générale il en ressortait une insatisfaction quant à l'organisation et l'efficacité de cette éducation thérapeutique. Les médecins généralistes ont insisté sur l'intérêt d'une décentralisation de cette éducation thérapeutique et deux cadres ont été proposés.

FG1-M9 : « Ben s'il y a un réseau qui marche bien, pourquoi pas des ateliers et des choses comme ça, ça revient au même ! »

FG1-M1 : « Et puis des ateliers DELOCALISES, j'insiste ! »

1.1.1 Maison de santé pluriprofessionnelle

Selon plusieurs médecins le cadre structurel d'une maison de santé pluriprofessionnelle pourrait donner la possibilité de développer des programmes de prise en charge diététique.

1.1.2 Réseau de professionnels de santé

Plusieurs médecins exprimaient l'apport complémentaire que pourrait constituer un réseau diabétique. Toutefois ils soulignaient le fait que ce réseau devait être bien organisé pour être efficace et citaient comme exemple l'ancien *Réseau Diabète* remplacé par *Marédia*. Ils mettaient en avant une bonne collaboration et des échanges entre les professionnels du réseau et le médecin traitant.

1.2 CONTENU DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

1.2.1 Diététique : ateliers cuisine

Des médecins proposaient la mise en place d'ateliers de cuisine afin de permettre aux patients d'échanger sur leurs traditions culinaires. Dans un deuxième temps on pourrait alors envisager l'élaboration avec l'aide d'une diététicienne d'une révision des plats traditionnels des patients en les adaptant au régime diabétique.

FG4-M1 : « C'est vrai que par exemple les ateliers de cuisine, je pense que c'est très bien. Parce que, peut-être que sortir du contexte de la visite du médecin peut... pourrait faire passer plus de messages. En effet, l'éducation thérapeutique comme ça se fait dans certaines maisons de santé avec les séances dédiées à ça, l'infirmière et d'autres personnes ; où vraiment ils peuvent partager leur expérience de vie, et pas juste ce que NOUS on leur dit qu'il faut qu'ils fassent et EUX ce qu'ils disent pour nous faire plaisir ou parce qu'ils disent ce qu'eux arrivent à dire et puis voilà ! Peut-être qu'en effet que ce serait des messages un peu plus forts que juste dire : « Mangez sainement et prenez vos médicaments ! »

1.2.2 Diététique : ateliers courses

Plusieurs médecins ont souligné le fait que la difficulté de leurs patients diabétiques originaires d'Afrique du Nord à avoir une alimentation plus saine débute déjà par les mauvais choix des aliments. Cette difficulté est reliée pour certains médecins au fait que les patients n'ont pas les repères nécessaires, dans un environnement différent de leur pays d'origine, pour choisir des produits de bonne qualité parmi l'abondante offre alimentaire en France. Ainsi a émergé à plusieurs reprises la proposition d'ateliers courses qui pourraient être proposés dans le cadre de l'éducation thérapeutique.

FG3-M4 : « Je pense qu'il faudrait pratiquement aller faire les courses avec eux, parce que manger des poireaux- vinaigrette, c'est pas leur truc, enfin je crois aussi que quand on leur donne des conseils, il y a aussi une histoire culturelle. »

1.2.3 Activité physique encadrée

Devant le constat d'une importante sédentarité observée dans cette population, un des médecins proposait un programme d'activité physique encadrée par des kinésithérapeutes afin d'initier les patients à l'activité physique. Ce programme pourrait alors être élaborée dans le cadre d'une maison de santé pluriprofessionnelle.

FG4-M1 : « J'ai discuté avec un kiné là, qui disait qu'il voulait proposer en programme d'activité physique sur 8 semaines par an pour maintenir les gens... finalement maintenir les gens en bonne santé. Donc rien... voilà leur faire faire du vélo, enfin un entraînement cardio, musculaire, etc. Donc ça c'est quand même à l'étude... »

2 REORGANISATION DE L'ACTIVITE DU MEDECIN GENERALISTE

Devant les nombreuses difficultés développées durant les différents focus groups, a émergé le constat de la nécessité de trouver une nouvelle organisation de l'activité du médecin généraliste pour y faire face. Plusieurs idées de réorganisation ont alors été proposées.

2.1 HIERARCHISER LES MOTIFS DE CONSULTATIONS

Dans plusieurs groupes a été débattue la question de la répartition du temps du médecin généraliste entre des motifs d'importances inégales. Pour y faire face certains ont proposé la hiérarchisation du temps consacré à chaque motif en fonction de sa pertinence, afin de libérer du temps pour des consultations plus complexes comme celle d'un patient diabétique qui nécessite qu'on s'attarde sur l'éducation.

FG3-M5 : « C'est peut-être idiot ce que je vais dire. Mais est-ce que ce ne serait pas plus intéressant de s'occuper plus des diabétiques et de s'occuper moins des enfants qui [...] qui ont de la fièvre et qui... peuvent se débrouiller tout seuls ? »

2.2 DEVELOPPER LA PREVENTION

Certains médecins revenaient sur l'importance de la prévention et l'éducation dans les maladies chroniques comme le diabète. Cela pourrait passer par la création d'une consultation dédiée à la prévention et à l'éducation à la santé.

2.3 OPTIMISER LA COLLABORATION AVEC LES IDE

2.3.1 « Paramédicaliser » le médecin généraliste au cabinet

Un médecin proposait de paramédicaliser la consultation du médecin généraliste en intégrant un professionnel qui assisterait le médecin dans sa consultation en réalisant certaines tâches réduisant le temps purement médical.

FG3-M6 : « Il faut paramédicaliser le médecin généraliste. A côté d'un généraliste, il y a un paramédical, qui fera tout le recueil de données... toutes les petites choses sympathiques à faire, c'est ce qui se passe... c'est ce qui se fait en Allemagne, c'est ce qu'il y a partout ailleurs »

2.3.2 Collaboration avec l'IDE pour la surveillance du patient à domicile

Une autre proposition était de développer d'avantage la surveillance infirmière des patients à domicile en élargissant les compétences cliniques des IDE et ainsi d'alléger le travail du médecin généraliste.

FG3-M6 : « Alors ce qui nous aide beaucoup quand même maintenant. Je sais pas si comme ça, ça a un nom particulier, c'est quand même que chez les diabétiques de type 2, ils peuvent avoir une infirmière dédiée, qui a une consultation spécifique diabète où ils sont pesés, mesurés etc. »

3 OUTILS POUR LA PRATIQUE QUOTIDIENNE

3.1 AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DIETETIQUE

On a pu constater une volonté affichée par certains médecins de mieux réaliser eux-mêmes l'éducation diététique de leurs patients diabétiques nord-africains, mais ils déclaraient manquer d'outils pédagogiques. Un médecin a proposé des supports imagés et un autre des tableaux d'équivalences glucidiques. Toutefois un autre médecin a réagi à cette proposition en précisant manquer de formation pour faire usage de ces outils, d'où l'intérêt de laisser cette prise en charge aux diététiciens.

3.1.1 Supports imagés pour les conseils diététiques

FG4-M1 : « Pour revenir sur des choses peut-être qui pourraient aider : ben mais déjà, la communication, tous les moyens possibles, ça peut-être, oui en effet, des images, des images d'assiettes-types, peut-être, en proportions ou en proportions d'assiette. »

3.1.2 Supports avec des repères sur les équivalences glucidiques

FG1-M5 : « Des tableaux d'équivalence entre la quantité de sucres et de féculents, à quoi ça correspond ... Et du coup de savoir un petit peu pour quel type de patient, quelle quantité ! »

3.2 MIEUX ABORDER LES DIFFERENCES CULTURELLES

3.2.1 Conseils diététiques établis en collaboration avec les responsables religieux

Afin de pouvoir délivrer des conseils diététiques adaptés à la culture des patients, un des médecins proposait de se rapprocher des responsables religieux pour collaborer sur des conseils diététiques à délivrer aux patients pour la période du ramadan.

FG1-M3 : « Et puis l'adaptation du régime qui a déjà été réfléchi avec des Imams ... déjà réfléchi avec cette culture-là... voilà... pour que ce soit accepté. A la fois sur le plan religieux, sur le plan festif et médicaments ! »

3.2.2 Protocoles d'adaptation des traitements pendant le ramadan

Un médecin proposait un protocole rédigé par les diabétologues afin de guider les médecins dans la gestion des traitements de leurs patients pendant le Ramadan.

FG1-M3 : « Et puis ce qui serait intéressant de voir c'est si vous à l'hôpital vous avez établi une espèce de protocole déjà tout fait, justement sur l'adaptation des médicaments pendant le Ramadan »

3.2.3 Echanges avec des médecins ayant l'expérience de la culture du patient

Pour mieux adapter sa prise en charge, un des médecins expliquait avoir effectué des recherches afin de rassembler des informations sur la façon dont les médecins

exerçant dans les pays à majorité musulmane géraient leurs patients diabétiques pendant le Ramadan.

FG2-M8 : « Alors moi j'avais eu la curiosité d'aller voir, il y a une société savante d'Arabie Saoudite, qui a publié des recommandations par rapport... pour les médecins par rapport au diabète et Ramadan. Et c'est vraiment du cas par cas. »

4 MESURES POLITIQUES ADAPTEES

4.1 SANTE PUBLIQUE

4.1.1 Améliorer la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire

Beaucoup de médecins ont insisté sur le fait que les mauvaises habitudes alimentaires de leurs patients étaient en partie dues au coût élevé des aliments sains. Ainsi un des médecins a proposé des mesures politiques pour réglementer notamment le taux de sucre dans les aliments.

FG2-M2 : « Tant qu'on te vendra du coca à 18 sucres dedans, tant qu'on te vendra des tas de trucs où, il y a du sucre en trop et autres... Or ça c'est pas prêt de changer. Enfin... je veux dire, il faut être logique aussi, c'est un peu comme les gamins. Je veux dire, ils vont prendre ce qu'on leur propose, donc... voilà... je pense que ça peut être effectivement comme on a fait tout un abattage sur le régime sans sel où effectivement tu baisses le sel partout, il faudrait aussi envisager qu'il y ait un abattage pour dire, ben : baissons le sucre partout quoi ! »

4.1.2 Renforcer les stratégies préventives

A plusieurs reprises les médecins ont déploré ne pas avoir les moyens pour faire de la prévention auprès de leurs patients diabétiques nord-africains et ne pas trouver des relais adéquats pour mettre en place les mesures préventives telle que l'activité physique.

4.2 SECURITE SOCIALE

Afin de responsabiliser les diabétiques face à leur maladie, un médecin a proposé un partenariat entre le patient et l'assurance maladie. D'une part l'assurance maladie s'engage à prendre en charge à 100% les soins du patient. D'autre part le patient s'engage à mieux mettre en place les mesures hygiéno-diététiques en intégrant des programmes d'éducation thérapeutique.

FG2-M5 : «Revoir le partenariat sécurité sociale – malade ALD et que la CPAM offre de fait de l'éducation thérapeutique adaptée aux gens, en contrepartie ils devraient... Enfin... y participer pour avoir leur ALD. Donc que ce soit obligatoire pour avoir son 100% de faire un effort d'éducation pour son diabète etc... Et puis en face il faut qu'il y ait une offre, une réelle offre [...] Donc tant qu'on se donnera pas les moyens de faire de la prévention, les gens ils pourront ... c'est difficile pour eux de changer de comportement. Je crois qu'on va rester sur le même : Prescription, et... »

III^{EME} PARTIE : DISCUSSION

1 FORCES DE L'ETUDES

1.1 THEMATIQUE DU QUOTIDIEN DU MEDECIN GENERALISTE

Notre étude aborde des problématiques rencontrées par de nombreux médecins généralistes dans leurs pratiques quotidiennes. Le fait de mettre en avant les difficultés rencontrées permettra de mieux réfléchir à des solutions.

1.2 DOUBLE CODAGE

Un double codage des entretiens a été réalisé par l'auteur et un codeur indépendant, permettant ainsi de diminuer la part de subjectivité de l'auteur sur l'interprétation des verbatims.

2 LIMITES DE L'ETUDE

2.1 BIAIS DU AU CARACTERE COLLECTIF DES ENTRETIENS

Les focus groups sont intéressants lorsqu'on veut faire émerger un maximum d'opinions sur un sujet par l'intermédiaire d'interactions entre les participants. A l'inverse, le caractère collectif de ces entretiens peut limiter l'expression de certaines opinions sur le sujet par crainte de jugement des autres participants.

2.2 BIAIS DE RECRUTEMENT

Nous avons limité le recrutement de médecins sur la ville du Havre et agglomération. Cette limitation sur une zone géographique donnée peut faire que les opinions émises ne soient pas suffisamment diversifiées, dans la mesure où les médecins exercent dans la même zone géographique et donc bénéficient des mêmes conditions d'exercice. Mais le choix du Havre comme zone géographique se justifie par le fait que c'est l'une des principales métropoles de Seine – Maritime.

2.3 BIAIS D'EXPERIENCE

Autant pour l'observateur que pour l'animatrice, il s'agissait de notre première expérience de « focus group ». Nous avons amélioré notre façon de procéder au fur et à mesure que nous avançons dans les entretiens, mais on peut supposer qu'un animateur plus aguerri aurait pu parvenir à faire émerger plus de nuances dans les opinions ou faire développer certaines idées qui méritaient plus d'éclaircissements. Un entretien test aurait permis de limiter ce biais mais du fait de la complexité de

l'organisation d'un entretien collectif de médecins généralistes et leurs emplois du temps chargés, il n'était pas envisageable en pratique de réaliser cet entretien test.

3 MAITRISE DE LA LANGUE FRANÇAISE

Dans notre étude, pour certains médecins la barrière de la langue ne semblait pas beaucoup influencer sur la prise en charge des patients immigrés originaires d'Afrique du Nord.

3.1 NIVEAU DE FRANÇAIS SUFFISANT

Certains qualifiaient le niveau de français de leurs patients originaires d'Afrique du Nord comme suffisant pour la prise en charge. En effet une partie de ces patients diabétiques a vécu et travaillé en France depuis de nombreuses années et a acquis des notions de français suffisantes pour assurer la communication avec leur médecin. Cette attitude des médecins à s'accommoder de la barrière de la langue et à organiser sa prise en charge malgré cet obstacle, est retrouvé dans d'autres études en particulier lorsque les médecins suivent depuis de nombreuses années les patients dont le niveau de maîtrise du français n'évolue pas (50).

3.2 PRESENCE D'UN INTERPRETE DANS L'ENTOURAGE

Pour les patients qui maîtrisent moins la langue française, la présence d'un interprète de proximité souvent familial semble les satisfaire. Deux médecins connaissaient les services de traduction téléphonique et y avaient eu recours sauf pour les patients diabétiques migrants originaires d'Afrique du Nord. En effet, plusieurs études évaluant l'apport de l'interprétariat dans la prise en charge de ces patients en médecine générale ont mis en évidence une préférence des patients pour un interprète issu de l'entourage par rapport à un interprète professionnel. D'une part, les patients sont rassurés par la présence d'un proche. D'autre part les médecins exploitent cette position non seulement en termes de traduction mais aussi de médiation interculturelle ou bien en terme d'apport d'informations sur le mode de vie (50) (51). Toutefois il y a certaines limites à cette traduction par un proche. Dans certaines situations la fidélité de la traduction est remise en cause notamment lorsque le proche est un enfant qui ne maîtrise pas suffisamment l'arabe. Un autre inconvénient de ce mode d'interprétariat est le manque de confidentialité qu'il peut y avoir dans une consultation en présence d'un traducteur. Il faut souligner qu'aucun des médecins interrogés n'a

mentionné ce manque de confidentialité. Est-ce le fait d'en avoir pris l'habitude depuis le début et d'avoir accepté la situation comme immuable ? Est-ce le caractère des relations familiales très soudées qui font que ce besoin de confidentialité a moins d'importance ? Est-ce l'intérêt principal de mieux prendre le patient en charge, que cela passe par le fait de parvenir à comprendre la demande du patient et réussir à lui transmettre les informations nécessaires pour se soigner ? Donc cet objectif peut-il se placer bien devant le besoin de confidentialité, d'autant plus que le patient est à l'initiative de l'introduction d'une tierce personne dans la configuration médecin-malade ?

3.3 ILLETTRISME

Un point important pouvant intervenir dans le suivi des patients diabétiques immigrés originaires d'Afrique du Nord est l'illettrisme fréquent. Cet illettrisme peut très bien être retrouvé chez des patients maîtrisant pourtant bien le français parlé. Un médecin souligne en particulier le fait que cette situation peut conduire à des erreurs dans la prise des médicaments. Ces erreurs peuvent survenir d'autant plus que certains patients ont tendance à dissimuler cette lacune, acquiescent, ne demandent pas d'explications supplémentaires. Pour contourner cette difficulté, on peut employer des prescriptions imagées sur le modèle de l'hôpital de Marseille (51). ([Annexe 3](#))

4 DIMENSION CULTURELLE DANS LA PRISE EN CHARGE

4.1 ABORD DE LA DIMENSION CULTURELLE DANS LA PRISE EN CHARGE

Tout au long des focus groups revenait le constat des médecins de ne pas connaître suffisamment la culture de leurs patients et de ne pas pouvoir la prendre en compte dans la prise en charge.

Nous avons pu également observer dans les différents groupes certains médecins qui insistaient sur le fait que la prise en charge des patients immigrés diabétiques ne représentait pas de particularités. L'un de ces médecins avait en début de séance déclaré ne pas avoir de patients immigrés originaires d'Afrique du Nord dans sa patientèle. Les autres médecins avaient déclaré soigner de nombreux diabétiques maghrébins. Pourtant ces mêmes praticiens avaient fini par rapporter des difficultés de prise en charge rencontrées dans cette population. Nous avons constaté que certains médecins ne voulaient pas associer des difficultés à une partie isolée de la

patientèle et nous avons interprété cette contradiction comme une peur de stigmatiser un groupe donné de leur patientèle alors qu'ils s'efforcent à assurer la même qualité de soins à tous leurs patients. Cette attitude qui tend à ignorer l'impact des caractéristiques culturelles et ethniques des patients dans la prise en charge est peut-être aussi dû au retard de la France dans le domaine, vu le manque d'études et de recommandations officielles adaptées. En effet dans les pays anglo-saxons ou même dans les pays européens comme les Pays-Bas, on retrouve de nombreuses études traitant de la communication interculturelle, de l'état de santé des immigrants et des influences des caractéristiques de la migration sur l'état de santé des immigrants.

Ainsi, la communauté médicale des USA a pris conscience de l'intérêt à prendre en compte la dimension culturelle dans la prise en charge d'une pathologie chronique avec une prévalence élevée dans une partie donnée de la population. De nombreuses études ont été réalisées permettant d'analyser notamment la problématique de la prise en charge du diabète chez des patients d'origine latino-américaine. Des programmes d'éducation thérapeutique ciblée sur la culture des patients ont été mis en place et certains programmes comme Georgia Latino Diabetes Education Programm (GLDEP) ont fourni des résultats encourageants (52). Dans cette dynamique *The American Journal of Medicine* a publié un numéro spécial en 2011 avec différents articles traitant des difficultés de la prise en charge de cette population (53). On pouvait ainsi trouver dans ce même numéro des outils pour la pratique quotidienne : des sources en ligne d'information pour l'éducation de ces patients, des sources pour la formation des acteurs de santé à cette prise en charge (54).

Evidemment, ni le système de soins américain, ni le système social américain ne sont superposables au système français. Néanmoins, on peut le prendre comme modèle pour l'intégration de la dimension culturelle dans la prise en charge des patients diabétiques.

4.2 COMPRENDRE LA CULTURE DU PATIENT

Dans notre étude, nous avons pu recueillir différents facteurs freinateurs et facilitateurs pour la compréhension de la culture du patient.

4.2.1 Facteurs freinateurs

- Manque de temps : Un médecin faisait le constat que pour comprendre la culture du patient différente de la sienne, il est nécessaire de réaliser un

interrogatoire plus long et chronophage. Et comme le rapportait un autre médecin, le contexte d'une consultation de médecine générale classique ne laisse pas beaucoup de temps aux échanges, vu les nombreux motifs de consultation.

- Crainte du médecin d'être intrusif dans la vie privée des patients : notamment un des médecins considérant comme personnelle et importante la décision d'observer le jeûne du Ramadan chez ses patients diabétiques musulmans, il ne voulait pas influencer cette décision en donnant son avis médical.
- Manque d'informations médicales adaptées : Un médecin a posé la question d'un protocole qui pourrait guider les médecins généralistes dans la gestion du diabète pendant le Ramadan.
- Approche biomédicale du diabète : Le médecin a de son côté également une représentation de la maladie construite à partir de sa formation médicale et de son bagage socio-culturel.

4.2.2 Facteurs facilitateurs

- Besoin exprimé par les médecins d'en savoir plus : les médecins semblaient s'être déjà interrogé sur les causes des difficultés rencontrées dans la prise en charge et il en ressortait une envie indéniable de la part de nombreux médecins de trouver des solutions.
- Bonne relation médecin-malade : Globalement les médecins décrivaient leur relation médecin – malade comme bonne. On peut donc supposer que cette relation peut constituer une base favorable aux échanges pour mieux comprendre la culture du patient pourvu qu'on puisse trouver les moyens de réaliser cet échange. Cette perception d'une bonne relation médecin-malade autant par les patients que par les médecins est retrouvée dans plusieurs études (55) (50).

4.3 AMELIORER LA COMPREHENSION DE LA CULTURE

- Cadre permettant les échanges avec le patient : Il a été proposé de mettre en place dans des structures pluriprofessionnelles des séances d'ETP caractérisées par la présence d'une diététicienne ayant une bonne connaissance de la culture des patients et/ou arabophone ou bien des patients accompagnés de leurs enfants pour assurer la traduction. Le temps, facteur

limitant, pourrait être surmonté si le projet mené en MSP permettait de former en même temps des groupes de plusieurs patients.

- Information adressée au médecin généraliste : Des recommandations claires et synthétiques pour les médecins généralistes sur les particularités de la prise en charge d'un patient dans un contexte interculturel, pourraient être diffusées par une autorité sanitaire française afin d'être facile d'accès.
- Formation en médecine transculturelle : Il s'agit d'un domaine complexe dont la formation peut être longue. Comme il n'est pas envisageable du fait de la réalité quotidienne que tout médecin généraliste puisse attendre cette formation, on peut proposer d'inclure dans la formation initiale des médecins un module traitant de la médecine générale en milieu transculturel, afin de fournir aux futurs médecins les notions de bases qu'ils pourront ensuite approfondir au besoin.
- À défaut d'une formation, les médecins pourraient alors avoir recours à des médiateurs interculturels pour les aider à mieux communiquer avec leurs patients nord-africains.

4.4 REPRESENTATIONS

Les représentations de la santé d'un patient ont une influence capitale sur l'acceptation de la maladie et l'observance thérapeutique d'autant plus quand il s'agit d'une pathologie chronique. Pour optimiser la prise en charge, le médecin a tout intérêt à connaître les interprétations que le patient a de sa maladie pour les prendre en compte et adapter sa pratique. Or, dans notre étude, une partie des médecins disaient ne pas demander les représentations des patients. Les représentations d'une maladie étant à la fois construites à partir d'éléments de la culture, du vécu et du niveau cognitif du patient, on comprend l'importance de les recueillir dans un contexte interculturel comme celui de notre étude (56). Plusieurs études d'ailleurs mettent en évidence cette nécessité et proposent certaines solutions comme la formation de professionnels de santé à cette problématique et la possibilité de faire intervenir des médiateurs culturels comme par exemple dans le cadre de séances collective d'éducation thérapeutique (50).

4.4.1 Absence de perception de la gravité de la maladie

Cette difficulté à comprendre la gravité de la maladie est liée au caractère préventif et non curatif des traitements du diabète et semble se retrouver chez une majorité de

diabétiques indépendamment de leur origine culturelle. Les patients se sentent en « bonne santé » car ils ne présentent pas de symptômes, il s'agit d'une « maladie sans maladie » pour reprendre le terme de G. Levasseur. Une certaine prise de conscience du statut de « malade » survient lors de la mise sous insuline du fait des contraintes quotidiennes qu'ils subissent. Il y a une difficulté des patients à se projeter dans l'avenir et prendre en compte les complications potentielles qu'ils risquent afin de prendre les mesures nécessaires pour essayer de les éviter (57).

4.4.2 Diabète comme fatalité, le *Mektoub*

La notion de fatalité ou *Mektoub*, (littéralement « c'est écrit »), dans la culture musulmane doit être considérée et comprise pour la médecine comme pouvant s'opposer à la logique biomédicale. Cette notion de *Mektoub* est profondément ancrée dans le quotidien de cette population. Le sujet n'est pas entièrement protagoniste de son destin ce qui peut entraîner une passivité dans la prise en charge des patients diabétiques musulmans. Toutes les actions qu'on peut lui demander de mener pour se soigner sont vaines dans la mesure où l'évolution de sa pathologie est déjà prédéterminée. L'impact de cette notion de fatalité sur l'observance des patients diabétique est souvent décrit dans les études (58) (55).

4.4.3 Vécu de la maladie

Comme nous l'avons déjà évoqué souvent le patient vit le diabète comme une maladie contraignante du fait des modifications du mode de vie qu'elle exige notamment au plan diététique. Le diabète peut également modifier la perception de son rôle dans la société. Dans notre cas particulier, les patients diabétiques immigrés nord-africains dont les capacités physiques sont impactées par le diabète, peuvent ressentir un sentiment d'échec et d'inutilité. En effet, une partie de ces patients ont émigré pour des raisons de travail, et ont exercé des métiers manuels, dans lesquels la force physique est essentielle. Le caractère chronique de la maladie peut également engendrer une vision sinistre de l'avenir par le fait de s'imaginer devoir subir toutes ces contraintes à vie et les complications potentielles à envisager dans le futur (50). Un médecin a évoqué la notion de honte engendré par le diabète qui rend la maladie difficile à assumer socialement. Effectivement, dans les représentations de cette population le diabète est relié à l'impuissance masculine et infertilité autant masculine que féminine (58).

4.5 ALIMENTATION

La plupart des médecins disaient ne pas parvenir à une prise en charge diététique de leurs patients diabétiques immigrés originaires d'Afrique du Nord pour plusieurs raisons.

4.5.1 Méthode de recueil des habitudes alimentaires

D'une part ils déclaraient ne pas pouvoir cerner les habitudes alimentaires car ne parvenant pas à réaliser un recueil des habitudes alimentaires par une enquête alimentaire. Plusieurs médecins avouaient l'échec de cette méthode car souvent les patients ne ramenaient pas la fiche de recueil demandée ou bien les informations données par les patients en cours de consultation étaient incomplètes et inexploitable. Cette méthode étant pourtant celle recommandée par l'HAS, ne semble donc pas adaptée à cette population (45).

On pourrait donc envisager des supports éducatifs imagés illustrant les différents aliments et les proportions pour faciliter l'enquête alimentaire.

4.5.2 Comprendre les facteurs déterminant les pratiques alimentaires

Un autre facteur limitant l'analyse de l'alimentation de ces patients et la délivrance de conseils diététiques adaptés était la méconnaissance de la culture alimentaire des patients diabétiques immigrés nord-africains. Dans les ménages des immigrés originaires d'Afrique du Nord, c'est aux femmes que revient le rôle exclusif de la préparation des repas. Ces femmes ont des pratiques alimentaires variées influencées par leur histoire de vie respective, mais il y a des caractéristiques communes qui s'en dégagent.

- **Influence de l'histoire migratoire**

Quand on essaie de comprendre les pratiques alimentaires des patients diabétiques immigrés nord-africains, il faut également prendre en compte les effets de la migration. En effet, même si leur alimentation est fortement imprégnée par leur culture du pays d'origine, il faut également prendre en compte les effets de l'acculturation. On aboutit ainsi à des « métissages alimentaires », qui peuvent être différents dans chaque famille en fonction du parcours migratoire et l'environnement social après la migration (59). Ce constat va demander une démarche adaptée de la part du médecin généraliste réalisant l'éducation diététique, afin de prendre la mesure de ses particularités.

- **Rôle social de l'alimentation : notion de repas partagé**

Quant à la façon de donner des conseils diététiques, il semble indispensable de prendre en compte le rôle de l'alimentation dans la vie des patients en tant que marqueur d'une identité collective et en tant que lien préservé avec leur pays d'origine permettant de faire face au sentiment de déracinement secondaire à la migration.

Des études interrogeant les patients maghrébins sur le vécu de la maladie au quotidien montrent qu'ils ont en général intégré l'intérêt d'une alimentation équilibrée et citent notamment la nécessité de réduction des sucres et des graisses. Mais les patients précisent que ce régime diabétique se fait au prix de privations et des modifications des habitudes qu'ils ne peuvent pas toujours réaliser du fait du rôle social de l'alimentation dans leur quotidien. Ils avouent par exemple poursuivre la consommation du thé à la menthe (sucré) et des gâteaux lorsqu'ils sont invités. Ils argumentent leur attitude par l'exclusion qu'engendrerait l'abandon de ces habitudes qu'ils partagent avec les membres de leur communauté (50) (60). Ceci a d'autant plus d'impact que ce lien avec le groupe constitue un ancrage identitaire dans un contexte de migration. Ainsi le fait de devoir suivre un « régime diabétique » et ne pas pouvoir partager le repas collectif, les patients se sentent isolés de la communauté, ce qui peut générer une certaine souffrance et un retentissement sur la qualité de vie.

Dans le cas des femmes diabétiques originaires d'Afrique du Nord, le diagnostic d'un diabète vient particulièrement bouleverser leur rôle de « mère nourricière » dans la structure familiale. Habituellement son rôle est de préparer un repas pour rassembler sa famille autour de la table. Or le diabète exige certaines modifications alimentaires qui interagissent avec ses pratiques alimentaires et peuvent être difficiles à mettre en œuvre. La femme devra essayer de rétablir un nouvel équilibre en intégrant le régime diabétique dans ses habitudes culinaires.

- **Perception des mesures diététiques**

Un autre élément qui va influencer l'acceptation des modifications alimentaires à mettre en place, est la perception que les patients diabétiques ont des conseils diététiques. Alors que les bases de l'alimentation préconisées par les recommandations à l'heure actuelle sont celles d'une alimentation équilibrée donc adaptée pour la bonne santé de tous, certains patients peuvent le voir comme des « prescriptions diététiques », au même titre que les médicaments. Cette

représentation peut alors expliquer le fait que ces modifications alimentaires vont avoir du mal à s'imposer dans l'alimentation de toute la famille. En particulier les femmes dont le rôle principal est celui de faire plaisir à leur famille avec de « bons » repas, ne pourront pas envisager d'appliquer les consignes diététiques du corps médical au repas préparés pour les autres membres de famille, qui eux sont en bonne santé. Certaines femmes vont avoir tendance à ne rien modifier aux plats habituels, mais se préparer un plat à part, ce qui renforce ce sentiment d'exclusion et de souffrance (59). *Se pose alors un conflit de normes entre les « prescriptions diététiques » du corps médical et le « manger sain » du groupe familial, ethnique, social et culturel (59).*

4.6 DIABETE ET RAMADAN

L'une des difficultés de la prise en charge en lien avec le Ramadan, qui a mobilisé les débats tout le long des différents focus groups, est la gestion du diabète pendant le Ramadan chez les patients diabétiques immigrés originaires d'Afrique du nord.

4.6.1 Place du Ramadan

Plusieurs médecins ont mis en avant le fait que cette période semble prendre une place importante dans la vie de leurs patients. En effet le Ramadan constitue l'un des cinq piliers de l'Islam et donc est d'une importance capitale dans la vie spirituelle d'un Musulman.

4.6.2 Observance

La tendance à l'observance du Ramadan par les patients malgré leur diabète constituait une difficulté pour les médecins interrogés. Et le constat global était que la majorité de leurs patients diabétiques étaient souvent décidés à entreprendre le jeûne du Ramadan. En effet, cette observation des médecins correspond aux résultats de plusieurs études internationales montrant une tendance des diabétiques à être de plus en plus nombreux à observer le jeûne du Ramadan. En 2001 selon l'étude EPIDIAR 78.7% des diabétiques de type 2 ont jeûné au moins 15 jours (61). Quant à l'étude CREED, elle a rapporté en 2010 que 94.2% des diabétique de type 2 ont observé le jeûne du Ramadan pendant plus de 15 jours et 64% tous les jours du mois (62).

Comme le montre un étude française, les patients ne tiennent pas forcément compte de l'avis médical avant d'entreprendre le jeûne du Ramadan. Ainsi, sur 101 patients inclus dans l'étude, 65 avaient discuté du Ramadan avec leur médecin traitant. Sur 36

patients auquel le médecin avait déconseillé le jeûne du fait d'un risque pour leur santé, 19 ont tout de même observé le jeûne du Ramadan (63).

4.6.3 Règles du Ramadan dans les textes religieux

Le Ramadan s'adresse à tout fidèle en bonne santé ayant atteint la puberté. Cette période se présente tous les ans pour une durée de 29-30 jours et correspond au 11ème mois du calendrier lunaire. De ce fait, le Ramadan avance de 15 jours tous les ans, ce qui peut le faire varier de saison d'une année à l'autre. Pendant cette période le fidèle doit s'abstenir de manger, boire, prendre des médicaments par voie orale ou injectable, fumer, avoir des relations sexuelles du lever au coucher du soleil. En fonction des saisons, la durée du jeûne peut atteindre 20 heures. Le rythme de vie, et donc le rythme des repas est alors perturbé. La journée commence par un repas pris avant le lever du jour le « *Suhoor* ». Ensuite le prochain sera l' « *Iftar* » un repas en général convivial et très copieux qui marque la rupture du jeûne après le coucher du soleil. En général il y a un autre repas dans la nuit avec tout le long de la soirée de nombreux grignotages, en fonction des familles et des habitudes.

Les règles concernant la dispense du ramadan sont très clairement indiquées dans le Coran :

La Sourate II, verset 183 précise : « *Si le jeûne peut altérer de manière significative la santé du jeûneur ou lorsque la personne est malade, l'Islam l'exempte du jeûne.* »

De plus, toutes les religions sont concernées par la problématique du jeûne même si les modalités et l'observance sont différentes d'une religion à l'autre.

4.6.4 Besoin de recommandations

Plusieurs médecins ont exprimé le besoin de recommandations officielles pour mieux guider leurs patients dans la gestion de leur maladie, notamment en ce qui concerne les traitements médicamenteux. Or, il existe des recommandations récentes publiées en avril 2016 par l'International Diabetes Federation (IDF) en collaboration avec la Diabetes and Ramadan (DAR) International Alliance. Le *Quotidien du Médecin* en avait publié une synthèse dans son numéro du jeudi 26/05/2016 en collaboration avec la Société Francophone du Diabète (SFD) (64). Ce manque d'information d'un grand nombre de praticiens sur le sujet a été mis en évidence par l'étude CREED 2010 en particulier dans les pays à minorité musulmane. La méconnaissance des médecins interrogés de ces recommandations peut alors faire penser qu'il pourrait être

intéressant d'envisager un format de diffusion s'adressant directement aux médecins généralistes comme par exemple la possibilité d'un résumé en français diffusé par l'HAS ou la SFD.

Au vu de la complexité de cette prise en charge du patient diabétique pendant le mois du Ramadan et les nombreuses questions que se posent les médecins interrogés, il serait intéressant qu'une formation puisse leur être proposée. L'un des arguments que l'on pourrait opposer à cette formation est le fait qu'élaborer des actions de santé ciblant une partie de la population ne soit pas pertinent. Tout d'abord, il faut rappeler que selon l'Enquête Trajectoires et Origines de l'Insee, 2.1 millions de personnes en France (soit 8% des personnes âgées de 18 à 50 ans) se déclaraient musulmans en 2008 (65). Ainsi, beaucoup de médecins ont une forte probabilité d'être confronté un jour à cette difficulté.

4.6.5 Préparation du Ramadan avec le patient

Certains médecins déploraient ne pas être consultés par leurs patients diabétiques originaires d'Afrique du Nord afin de pouvoir les guider à préparer la gestion de leur traitement pendant cette période.

L'éducation du patient dans la période des 6 à 8 semaines précédant le Ramadan est présentée comme la pierre angulaire de la gestion du diabète durant le Ramadan.

[\(Annexe 4\)](#)

L'éducation des patients nécessite une formation adéquate du praticien prodiguant les conseils. Comme l'a montré une étude française menée à Marseille auprès de médecins généralistes et de patients, les connaissances médicales des médecins généralistes sur le diabète et le Ramadan étaient faibles. Ceci les menaient à donner des conseils négatifs plutôt que de réaliser une éducation thérapeutique adaptée en fonction du projet du patient (63).

Les différentes phases de cette éducation sont les suivantes :

- Evaluation du risque individuel : Avant de réaliser l'éducation du patient sur la gestion de sa maladie, la FID a publié dans ses recommandations de 2016 une classification simplifiée permettant d'évaluer la catégorie de risque de complications de son patient. Trois catégories de risque sont présentées. Aux patients évalués comme étant à risque élevé ou très élevé on devrait déconseiller le jeûne. Si toutefois les patients insistent à entreprendre le jeûne, des conditions

de prise en charge adaptée avec une éducation du patient et une surveillance rapprochées sont explicitées. ([Annexe 4](#))

- Surveillance glycémique : Le patient devra apprendre à réaliser une surveillance glycémique tout le long de la période du Ramadan. La fréquence dépendra des facteurs de risque d'hypoglycémie de chaque patient. Il faudra leur préciser que réaliser une glycémie capillaire ne constitue aucunement une rupture du jeûne du Ramadan en désaccord avec certaines fausses idées véhiculées.
- Conseils diététiques : Il faudra conseiller aux patients une alimentation équilibrée basée sur 2 repas (*suhoor* et *iftar*) et si besoin un 1 à 2 encas avec une modération des apports glucidiques en privilégiant les glucides à index glycémique bas, modération des lipides, limitation des desserts et la suppression des grignotages. Les patients et les professionnels peuvent se faire aider d'une application pour adopter des mesures diététiques adaptées comme le *Ramadan Nutrition Plan* (RNP), application élaborée par le Diabetes and Ramadan International Alliance (66).
- Conseils d'hydratation : Le patient devra veiller à s'hydrater suffisamment et régulièrement sur la période entre le coucher et le lever du soleil.
- Exercice physique : Même s'il faut éviter l'exercice physique intense, le patient devra maintenir une activité physique d'intensité légère à modérée pour favoriser la réduction de l'hyperglycémie secondaire aux repas riches.
- Adaptation des traitements médicamenteux :
Certains ADO : la metformine, l'acarbose et les inhibiteurs de la DPP4 ne nécessitent pas d'adaptation sauf la suppression d'une éventuelle prise du midi. Pour ce qui est des sulfamides, on privilégiera les molécules à demi-vie courte en diminuant la dose quotidienne avec une administration avant l'*iftar*.
Concernant les analogues GLP1, il n'y aura pas de modifications à y apporter si le traitement avait été titré avant le début du Ramadan.
Quant à l'insulinothérapie, de manière générale il faudra privilégier les insulines lentes, avec une injection réalisée le soir.

- Conditions devant mener à la rupture du jeûne : On apprendra au patient à reconnaître les signes de complications d'hypoglycémie et d'hyperglycémie afin d'engager les mesures correctives adaptées.

5 DIMENSION SOCIO-ECONOMIQUE DE LA PRISE EN CHARGE

Le mode de vie des patients diabétiques de type 2 originaires d'Afrique du Nord semblait également influencé par les conditions socio-économiques de ces patients.

5.1 HABITAT

L'habitat de ces patients, une vie dans des quartiers populaires, en appartements a été cité comme peu adapté à leur mode de vie familial. Selon plusieurs médecins cet habitat favorisait la sédentarité et le stress ayant des effets significatifs sur leur état de santé.

Ces observations correspondent aux données de l'enquête *Trajectoires et Origines*, montrant que les immigrants nord-africains sont moins souvent propriétaires et occupent plus souvent un logement HLM que la population générale (65). Or des études montrent un lien entre les conditions économiques défavorables et la sédentarité (67).

Certains médecins ont rapporté l'existence dans les quartiers d'associations ayant pour objectif la promotion de l'activité physique. Ces initiatives, en plus du bénéfice pour la santé des patients, peuvent également favoriser la rupture du confinement des femmes et l'intégration dans la société française. Ces associations peuvent ainsi constituer une porte ouverte sur le monde extérieur, ce qui peut être une aide dans la communication médecin - malade nécessaire à l'éducation du patient.

5.2 ACCES A L'ALIMENTATION

De nombreux médecins dénoncent les habitudes de consommation en matière d'alimentation de leurs patients nord-africains. En effet les patients semblent s'orienter vers les produits industriels de faible qualité nutritionnelle mais caloriques et financièrement abordables. Dans de telles conditions, il semble illusoire de prodiguer les bons conseils sans prendre en compte la façon dont le patient va pouvoir les appliquer. Plusieurs médecins ont proposé des mesures de santé publique qui pourraient aider les diabétiques nord-africains dans leur choix alimentaire. Il existe depuis fin 2017, le *NUTRI-SCORE* qui consiste en un code couleur simplifié sur les

emballages des aliments et boissons industrielles permettant de se repérer quant à la qualité nutritionnelle de l'aliment (68). Cette mesure pourrait être utile mais elle nécessite malgré tout une information et éducation du patient afin d'en faire bon usage.

5.3 INEGALITES D'ACCES A LA SANTE

D'après plusieurs études françaises, la prise en charge des patients immigrés est marquée par des difficultés d'accès aux soins par méconnaissance du système de santé. Or, dans notre étude ce thème n'a pas été évoqué par les médecins interrogés. Au contraire, certains médecins ont décrit des patients immigrés nord-africains bien informés sur leur droits en matière de santé et qui n'hésitaient pas les faire valoir.

6 AMELIORATIONS DES PRATIQUES

6.1 ORGANISATION DE L'ACTIVITE DU MEDECIN GENERALISTE

L'un des freins cités par les médecins généralistes était l'organisation actuelle de leur activité au quotidien qui ne leur permettait pas d'y intégrer une prise en charge aussi complexe que celle des diabétiques immigrés originaires d'Afrique du Nord et de proposer une prise en charge globale. Selon eux, il faudrait repenser l'organisation de leur activité afin de pouvoir répondre aux besoins de cette population et de ses particularités.

6.1.1 Exercice dans des structures pluriprofessionnelles

Certains médecins interrogés exerçaient déjà dans des maisons de santé pluriprofessionnelle et d'autres évoquaient des projets à venir d'exercice pluriprofessionnel. La majorité d'entre eux voyaient cette structure comme la base de nombreux projets potentiels pour améliorer leurs pratiques et mieux appréhender les problématiques de la prise en charge des diabétiques immigrés nord-africains.

6.1.2 Infirmier en Pratique Avancée (IPA) en renfort du Médecin Généraliste

Un médecin a évoqué une collaboration avec une IDE dans sa pratique quotidienne afin de lui alléger sa charge de travail tout en assurant des soins adaptés à leurs patients.

Cette proposition pourrait s'inscrire dans le cadre de l'IPA dont le cadre d'exercice vient d'être défini par le décret ministériel n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à

l'exercice infirmier en pratique avancée. Depuis septembre 2018, les cursus d'IPA sont officiellement ouverts dans plusieurs universités françaises et avec pour objectif de la formation la délivrance d'un Diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique Avancée (DEIPA), diplôme universitaire de niveau master (69) (70).

Cette infirmière ayant des compétences cliniques pourrait exercer en collaboration avec les médecins généraliste afin d'assurer certains actes cliniques pour alléger sa charge de travail (71) (72).

- **Education à la santé**

Plusieurs médecins ont mis en avant l'importance de l'éducation à la santé dans la population de diabétiques immigrés originaires d'Afrique du Nord qui ont des représentations de la maladie différentes du fait de leur culture ou niveau de littératie en santé et devraient bénéficier d'une éducation à la santé adaptée. Or, certains médecins déplorent ne pas parvenir à assurer ce rôle de prévention et d'éducation du fait d'une surcharge de travail par les nombreuses tâches et rôles qu'ils doivent assurer. Une IPA, ayant une formation dans le domaine du diabète et en communication interculturelle, pourrait accomplir ce rôle en mettant en place des projets de prévention et d'éducation dans le cadre d'une maison de santé en collaboration avec le médecin généraliste et d'autres professionnels de santé (diététicienne, diabétologue,...) (73).

- **Etude du mode de vie**

Certains médecins ont évoqué l'importance de savoir ce que mangent exactement les patients dont on connaît peu la culture alimentaire. L'IPA pourrait effectuer des visites à domicile : évaluer l'alimentation, étudier l'environnement du patient et proposer un programme éducatif adapté en collaboration avec le médecin traitant et d'autres professionnels de santé dans le cadre d'une maison de santé pluri-professionnelle. La remarque qu'on pourrait alors opposer à cette démarche, est celle d'un caractère intrusif que l'on pourrait y percevoir. Pour limiter ce sentiment, ces professionnels de santé devraient bénéficier d'une formation leur apprenant à éviter une posture de jugement mais être plutôt en posture de d'écoute, de compréhension et de dialogue. De plus, si on prenait le temps d'expliquer au patient les objectifs de la démarche, il pourrait alors apprécier cet effort que l'on fait en essayant de comprendre son mode

de vie pour mieux le prendre en charge. Evidemment la prestation aurait un coût qui devrait être évalué et pourrait être une stratégie éducative de seconde ligne.

- **Organiser la continuité des soins en cas de voyage**

Concernant la problématique des séjours des patients diabétiques nord-africains dans leur pays d'origine, cette IPA, du fait de son expertise et de ses compétences approfondies dans la transmission aux patients de notions d'auto-soins et d'autogestion, assumerait mieux ce rôle d'autonomisation du patient pour la gestion de sa maladie avant son départ. De plus elle pourrait également mettre en œuvre ses compétences de coordination afin d'organiser la continuité des soins en assurant si besoins par exemple un relais infirmier sur place.

- **Acceptabilité par les patients**

On pourrait également se poser la question de l'acceptation des patients nord-africains de cet intervenant dans leur prise en charge. Mais on peut supposer une acceptation facilitée d'une part du fait que l'infirmière est l'un des professionnels qu'ils côtoient facilement au quotidien et puis d'autre part que l'éducation se ferait plus facilement car le rapport hiérarchique que perçoivent les patients immigrés avec leur médecin ne constituerait pas un frein pour l'éducation. En effet comme l'ont montré des études, les patients immigrés ont tendance à avoir moins d'interactions avec le médecin, à moins poser de questions et sont plus souvent d'accord avec le médecin, ce qui peut desservir une éducation menée par le médecin généraliste (33).

6.1.3 Collaboration IDE- Médecin généraliste sur le modèle du dispositif

ASALEE

Comme nous l'avons vu, la prévention primaire et secondaire dans la population des diabétiques originaires d'Afrique du Nord pourrait être un support pour améliorer l'équilibre glycémique de ces patients, selon plusieurs médecins. Ces mêmes médecins déploieraient ne pas pouvoir assurer cette éducation. La mise en place de programmes de prévention des facteurs de risque cardio-vasculaires et autres facteurs compliquant le diabète, pourrait s'inscrire dans un projet de collaboration entre une infirmière et un médecin généraliste au sein du cabinet sur le modèle du dispositif *Asalée*. Dans ce dispositif dont la mise en place a débuté en 2004, une Infirmière Déléguée à la Santé Publique (IDSP) travaille en collaboration avec en moyenne 5 médecins généralistes exerçant dans la même structure (maison de santé ou centre

de santé) ou en cabinet individuel selon le principe de « délégation des tâches » en soins primaires. La collaboration est bien protocolisée avec une définition des actions à mener et dans le cadre du diabète elle est axée sur le suivi et dépistage des complications (74). L'objectif du dispositif est de dégager du temps dans l'emploi du médecin généraliste afin qu'il puisse mieux assurer d'autres prises en charge. Dans le cadre de notre population, un tel dispositif permettrait donc au médecin généraliste d'une part de pouvoir déléguer aux IDE l'organisation des examens de suivi de complications et la réalisation de l'éducation thérapeutique. De plus cette collaboration permettrait au médecin de libérer du temps pour être plus à l'écoute et mieux comprendre leur culture afin d'optimiser l'éducation.

6.1.4 Assistant médical

Une mesure du futur Plan Santé qui pourrait venir en aide aux médecins généralistes en lui permettant de libérer du temps médical est l'« assistant médical ». Ce nouveau professionnel de santé, après une formation de 1 an, pourrait assister le médecin généraliste pour le décharger des tâches administratives et autres tâches simples comme l'accueil des patients et la prise de paramètres. Toutefois, il y a une nuance pouvant être incompatible avec notre objectif qui est de libérer du temps pour l'éducation et l'approfondissement de la relation médecin-malade. En effet, une des contreparties du médecin libéral bénéficiant de cette réforme est d'augmenter le nombre de patients suivis (75).

6.2 EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

6.2.1 ETP centrée sur le patient

Les recommandations officielles sur la prise en charge du diabète s'accordent sur le rôle essentiel de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans la prise en charge du diabète. L'ETP des patients souffrant d'une maladie chronique est ainsi inscrite dans le code de la santé publique par La Loi HPST depuis 2009 (article L 1161-1 du Code de la santé publique) (76). Elle permet au patient d'acquérir et ensuite de renforcer les compétences d'auto-soins et d'adaptation. Comme cela est détaillé par les recommandations de la SFD, cette éducation doit être centrée sur le patient en se basant sur sa culture, ses représentations, ses comportements alimentaires, son contexte socio-économique (77).

Dans notre étude les médecins ont insisté sur l'importance de développer des programmes qui les prennent en compte en tant que médecin traitant coordinateur des soins, en revenant sur l'exemple de l'ancien *Réseau diabète* du Havre et la bonne qualité des échanges qu'ils avaient avec les professionnels de santé de ce réseau. En tenant compte du fait que le plus souvent le suivi du diabète se fait en médecine générale, comme l'a montré l'étude ENTRED 2007 : 88 % des patients diabétiques étaient suivis par leur médecin généraliste uniquement (5). De plus, les patients diabétiques migrants nord-africains semblent avoir une relation de confiance forte qui devrait être mise à profit pour mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique de proximité pour lesquels il serait plus facile d'obtenir l'adhésion des patients et surtout maintenir le suivi. La structure adaptée à ce genre de programme serait une structure de regroupement pluriprofessionnel comme il a été suggéré par plusieurs médecins. Ce mode de fonctionnement semble se développer de plus en plus et on pourrait partir de modèles existants pour construire des modèles adaptés à cette population avec appel à des professionnels de santé ayant les compétences pour prendre en compte cette dimension socio-culturelle qui semble nécessaire.

En effet, parmi la liste des programmes d'ETP autorisés par l'ARS en Normandie en 2017, on ne retrouve aucun programme ciblant les patients diabétiques de type 2 immigrés originaires d'Afrique du Nord (78). Ce constat rejoint l'avis relatif à la mise en œuvre de l'ETP depuis la loi HSPT du Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) qui évoque le fait que peu d'ARS élaborent des programmes d'ETP adressés à des groupes spécifiques (79).

6.2.2 Education thérapeutique dans une structure de proximité

De nombreux médecins ont insisté sur l'intérêt des programmes d'ETP décentralisés et dans lesquels le médecin généraliste serait pris en compte dans son rôle de médecin traitant pouvant être coordinateur. Une structure qui puisse correspondre à ces exigences serait la maison de santé pluriprofessionnelle. D'une part, elle permettrait aux médecins de plus facilement se faire entourer d'autres professionnels de santé pour les aider à mettre en place une prise en charge plus globale pour leurs patients diabétiques nord-africains. D'autre part, cette organisation permettrait un accès facilité des patients sans avance de frais notamment pour la diététicienne et permettrait une rémunération juste des professionnels de santé participant au projet. Un autre avantage de ces structures est une meilleure acceptabilité des patients, car

ce programme se passerait dans un environnement qui leur est familier. En effet comme l'ont mis en avant plusieurs médecins, il existe un confinement des femmes immigrées originaires d'Afrique du Nord qui peut être un frein à la prise en charge. Ainsi pour ces femmes, les quelques occasions qu'elles ont pour sortir du cocon familial sont en lien avec la prise en charge de leur diabète. Comme conclut Savall dans son étude, développer un programme d'éducation thérapeutique dans le quartier au sein de la maison de santé, leur permettrait d'entamer une socialisation et de sortir de leur isolement. En plus du bénéfice que ces séances auraient sur l'équilibre de leur diabète, ces programmes pourraient également améliorer leur qualité de vie en les aidant à rompre leur isolement et se sentir un peu plus exister dans la société française (59).

Concernant les structures d'ETP, il faut aborder la position de *Marédia* au Havre. En effet les locaux de *Marédia* au Havre se trouvent au cœur d'un quartier populaire où exerçaient plusieurs médecins interrogés. Or, nous avons vu que les médecins déploraient le peu d'intérêt de leurs patients diabétiques nord-africains pour cette structure malgré sa proximité et facilité d'accès. Ce manque d'intérêt serait-il dû au fait que les patients se sentent moins concernés par les programmes proposés ne prenant pas leurs besoins spécifiques en compte comme la barrière de la langue ou leurs cultures ? Serait-ce lié au fait d'avoir affaire à d'autres professionnels de santé n'étant pas encore intervenu dans leur prise en charge jusqu'à présent ? Ou serait-ce tout simplement l'incompréhension de l'intérêt de l'éducation thérapeutique et ce qu'elle pourrait leur apporter ? Ou encore serait-ce dû au manque d'insistance des médecins traitant pour les convaincre de l'intérêt et du bénéfice de cet ETP ? Les interrogations sont nombreuses et pourraient faire l'objet d'une autre étude.

6.2.3 Mettre à profit les ressources familiales

Un élément sur lequel les médecins interrogés ont insisté est la solide structure familiale de leurs patients immigrés nord-africains qui devrait être prise en compte dans la prise en charge d'une pathologie chronique telle que le diabète. Dans cette structure la femme, mère de famille souvent la grand-mère y joue un rôle de pivot central en tant que mère nourricière, matriarche. Pour l'éducation thérapeutique en particulier ce rôle devrait être mis à profit. L'équilibre du diabète reposant en partie sur l'alimentation, et sachant que ce sont en général les femmes qui cuisinent, dans la mise en place d'un programme, il faudrait cibler en priorité les mères de famille. En

effet, la santé nutritionnelle de toute la famille repose principalement sur la matriarche. Le rôle du médecin généraliste étant aussi celui de médecin de la famille, cette éducation serait également dans un but plus large, celui de garantir la santé de la famille entière, et s'inscrirait dans le cadre d'une stratégie préventive plus globale. Ceci a d'autant plus de sens si on prend en considération le caractère familial du diabète de type 2 et du rôle essentiel du mode de vie dans sa prévention et son traitement. Il s'agit donc d'apprendre les bons comportements en matière de santé à la mère de famille qui les transmettrait à toute la famille. Ceci nous ramène également à réfléchir sur le cadre dans lequel devrait se dérouler cette éducation thérapeutique. Compte tenu des éléments précédents, il paraît logique que l'impact de cette éducation serait d'autant plus important si elle se mettait en place dans le cadre d'une structure de proximité telle que le cabinet médical.

6.2.4 Education thérapeutique basée sur la culture alimentaire

Plusieurs médecins ont fait la proposition d'une mise en place de programmes d'ETP qui se baseraient sur la culture alimentaire de leurs patients diabétiques nord-africains. Le format proposé est celui d'ETP en groupe qui permettrait aux patients d'échanger avec une diététicienne connaissant leurs traditions culinaires et ensuite lors d'ateliers de cuisine, apprendre aux patients à adapter leurs plats pour mieux correspondre au « régime diabétique ». Certains programmes d'ETP comme celui de *Marédia* proposent des ateliers d'échange sur « la cuisine du monde ». Dans ces programmes à construire, il s'agirait donc d'adapter ce principe en ciblant spécifiquement les cultures d'Afrique du Nord . Comme cela a été démontré par les programmes d'ETP se basant sur la culture alimentaire de l'Hôpital Saint Louis à Paris ou bien le programme développé au CHU Nord de Marseille. Ces programmes s'avèrent efficaces pour améliorer l'équilibre glycémique des patients (51)(80) .

Plusieurs médecins ont évoqué le besoin de supports éducatifs qui pourraient les aider dans la réalisation de l'éducation diététique de leurs patients diabétiques migrants. Des exemples de supports éducatifs permettant de contourner la difficulté de la mauvaise maîtrise de la langue voir même de l'illettrisme retrouvé chez une partie de cette population sont ceux utilisés dans les 2 programmes d'ETP cités précédemment.

6.2.5 Activité physique adaptée

Un manque d'activité physique voir même la sédentarité des patients maghrébins était déplorés par les médecins interrogés. Ils dénoncent le peu d'intérêt qu'ils accordent à

l'exercice physique. Certains médecins énoncent les bénéfices que les patients pourraient tirer d'une majoration de leur activité physique, car ces derniers ont une vision physiopathologique du diabète. Mais le patient peut ne pas faire le lien entre le diabète et l'activité physique. En effet dans la thèse de Khelifi qui interrogeait des patients diabétiques maghrébins parmi les nombreuses étiologies du diabète, aucun des patients n'a cité la sédentarité (50). Il en est de même dans la thèse de Massaoudi (60). On peut donc supposer que si les patients n'ont pas intégré cette notion, il sera d'autant plus difficile de les motiver à pratiquer une activité physique.

Compte tenu du bénéfice démontré de l'activité physique sur l'équilibre glycémique, il semble essentiel de parvenir à développer l'activité physique des patients diabétiques (40)(81). Les programmes d'ETP pourraient donc dans une première phase, s'attacher à expliquer les liens entre l'activité physique et le diabète ainsi que les bénéfices qui en résulteraient.

Comme le soulignait un des médecins, les patients immigrés nord-africains sont demandeurs de kinésithérapie dans des indications diverses. Des séances d'activité physique encadrée par un kinésithérapeute pourraient intéresser ces patients. A l'heure où l'activité physique peut désormais être une prescription médicale, un tel programme pourrait donc très bien trouver sa place dans l'arsenal thérapeutique de ces patients.

7 CONCLUSION

Comme l'a bien résumé un des participants particulièrement intéressé par le sujet, l'objectif de cette étude n'est pas de stigmatiser une partie de la patientèle en médecine générale ni de faire du culturalisme. Au contraire c'est en partant d'un constat réel d'une maladie diabétique déséquilibrée dans cette population, que nous nous sommes posé la question d'éventuelles modifications des pratiques à envisager. Afin d'espérer parvenir à cet objectif, il nous a paru indispensable de comprendre l'origine des difficultés et ainsi poser des pistes de réflexions pour améliorer la prise en charge, tout en veillant à rester réaliste, en gardant à l'esprit le cadre d'exercice de la médecine générale avec ses contraintes et ses ressources.

Dans la prise en charge des patients diabétiques migrants originaires d'Afrique du Nord, le médecin doit faire face à une situation qui le confronte aux limites de sa culture médicale construite par sa formation et de sa propre culture. Pour comprendre les

représentations du patient et sa culture, il doit aller vers le patient, s'intéresser à sa façon de penser et à son mode de vie. Cette démarche requiert plus d'effort de la part du médecin que s'il avait en face de lui un patient d'origine française dont les repères culturels sont similaires aux siens. La compréhension s'établira plus facilement que dans le cadre d'un patient de culture différente. Cette prise en charge demande donc un investissement supplémentaire que la majorité des médecins est prête à engager mais elle manque de certains outils pour appuyer cette démarche assez complexe de soins dans un contexte interculturel.

Notre étude a montré que les principales difficultés rencontrées par le médecin généraliste étaient la compréhension des représentations du patient et de sa culture notamment culinaire et religieuse. Il a été également relevé le fait que ces patients bénéficient de conditions socio-économiques défavorables interférant avec la gestion de leur maladie. L'organisation actuelle de l'activité du médecin généraliste semble inadaptée pour aborder cette prise en charge dans toute sa complexité. Ainsi, une réorganisation de la pratique du médecin généraliste permettrait de mieux assurer son rôle de coordinateur des soins dans le cadre de structures pluridisciplinaires. Cela passerait par des mesures de délégation de certaines tâches à un assistant médical ou une IDE afin de libérer du temps médical. Ces structures donneraient également au médecin généraliste les moyens de s'entourer d'autres professionnels de santé pouvant l'aider à aborder toutes les dimensions de cette prise en charge comme le médiateur culturel ou une diététicienne et mettre en place des séances d'éducation thérapeutique adaptées. Cette démarche devra également prendre en compte les conditions socio-économiques du patient pour mieux moduler sa prise en charge. Des démarches thérapeutiques dirigées vers les patients diabétiques immigrés nord-africains ont été développées en milieu hospitalier et se sont avérées efficaces. Sachant que le médecin généraliste est le premier interlocuteur de ces patients, il paraît donc justifié de développer des programmes similaires en médecine de ville. Ceci ouvrirait de nouvelles perspectives pour de nouvelles études sur la mise en place de programmes adressés au diabétiques immigrés nord-africains dans un contexte de médecine de ville.

BIBLIOGRAPHIE

1. UNESCO. Migrant/migration [Internet]. [cité 5 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>
2. Insee. Définition - Immigré [Internet]. [cité 9 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>
3. OMS. Rapport mondial sur le diabète [Internet]. [cité 12 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/diabetes/global-report/fr/>
4. IDF. Diabetes Atlas 8th Edition 2017 [Internet]. 2017 [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.diabetesatlas.org/>
5. Druet C, Roudier C, Romon I, Assogba F, Bourdel-Marchasson I. Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2010. Caractéristiques, état de santé, prise en charge et poids économique des personnes diabétiques. [Internet]. Sainte-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2013 [cité 27 juill 2018] p. 20; Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2013/Echantillon-national-temoin-representatif-des-personnes-diabetiques-Entred-2007-2010>
6. Mandereau Bruno L, Fosse Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement (tous types) en France en 2015. Disparités territoriales et socio-économiques. Numéro thématique. Journée mondiale du diabète 2017. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire [Internet]. 2017;(27-28):586-691. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=13536
7. Santé publique France. La mortalité liée au diabète en France en 2001-2009 [Internet]. 2012 [cité 18 sept 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Mortalite-liee-au-diabete/La-mortalite-liee-au-diabete-en-France-en-2001-2009/Resultats/France-entiere-annees-2001-a-2009>
8. Mandereau Bruno L, Fagot Campagna A, Rey G, Piffaretti C, Antero Jacquemin J, Latouche A, et al. Évolution de la mortalité et de la surmortalité à 5 ans des personnes diabétiques traitées pharmacologiquement en France métropolitaine : comparaison des cohortes Entred 2001 et Entred 2007. Numéro thématique. Mortalité liée au diabète. 2016;(37-38):668-75. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=13166
9. Piffaretti C, Fagot Campagna A, Rey G, Antero Jacquemin J, Latouche A, Mandereau Bruno L, et al. Déterminants de la mortalité des personnes diabétiques de type 2. Cohortes Entred, France, 2002-2013. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire [Internet]. 2016;(37-38):681-90. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=13168

10. Ricci P, Chantry M, Detournay B, Poutignat N, Kusnik Joinville O, Raimond V, et al. Coûts des soins remboursés par l'Assurance maladie aux personnes traitées pour diabète. Études Entred 2001 et 2007. Numéro thématique. Les enquêtes Entred : des outils épidémiologiques et d'évaluation pour mieux comprendre et maîtriser le diabète [Internet]. 2009. 464-9 p. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=953
11. Charbonnel B, Simon D, Dallongeville J, Bureau I, Leproust S, Levy-Bachelot L, et al. Coût du diabète de type 2 en France. Rev D'Épidémiologie Santé Publique [Internet]. 1 déc 2016 [cité 19 sept 2018];64:S299.
12. Insee. Population étrangère et immigrée en France en 2015 [Internet]. 2018 [cité 4 août 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381757>
13. Insee. Répartition des immigrés par pays de naissance en 2015 [Internet]. [cité 4 août 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381755>
14. Insee. Tableaux de l'économie française : Etrangers -Immigrés [Internet]. 2018 [cité 6 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303358?sommaire=3353488&q=immigr%C3%A9s#consulter>
15. Blazévic B, Cartig J-P, Levouin C. Les immigrés en Normandie [Internet]. Insee; 2014 [cité 3 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1894218>
16. Insee. Population immigrée selon les principaux pays de naissance en 2015 [Internet]. 2018 [cité 4 août 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012727>
17. Insee. IMG1B - Population immigrée par sexe, âge et pays de naissance en 2014 – Département de la Seine-Maritime (76) –Étrangers - Immigrés en 2014 | Insee [Internet]. [cité 6 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2874036?sommaire=2874056&geo=DEP-76>
18. Musée national de l'histoire de l'immigration. Émigrer [Internet]. [cité 14 août 2018]. Disponible sur: <http://www.histoire-immigration.fr/musee-numerique/reperes/emigrer>
19. Aunay T. 45 ans d'immigration en France: plus de femmes, des origines plus variées. Dép Stat Études Doc [Internet]. juill 2017 [cité 4 août 2018];(89). Disponible sur: <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Etudes/Etudes/Infos-migrations>
20. Insee. La localisation géographique des immigrés [Internet]. 2016 [cité 6 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121524>
21. Fennelly K. The « healthy migrant » effect. Minn Med. mars 2007;90(3):51-3.
22. Khlal M, Courbage Y. La mortalité et les causes de décès des Marocains en France 1979 à 1991. II. Les causes de décès. Population [Internet]. 1995 [cité 5 août 2018];50(2):447-71.

23. Brahim M. La mortalité des étrangers en France. *Population* [Internet]. 1980 [cité 21 sept 2018];35(3):603-22.
24. Darmon N, Khlaf M. An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices. *Public Health Nutr.* avr 2001;4(2):163-72.
25. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France, Summary. *Rev Économique.* 2009 [cité 21 sept 2018];60(2):385-411.
26. Coirier E. L'état de santé des nouveaux migrants. *Infos migrations* [Internet]. 2014 [cité 28 févr 2018];(70). Disponible sur: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Etudes/Infos-migration/Numeros-parus-en-2014/L-etat-de-sante-des-nouveaux-migrants>
27. Beauchemin C, Borrel C, Régnard C. Les immigrés en France : en majorité des femmes. *Ined* [Internet]. 2013 [cité 19 sept 2018];(502). Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/immigres-france-majorite-femmes/#tabs-2>
28. Spira A. Précarité, pauvreté et santé. *Bulletin Académie Natl Médecine* [Internet]. 2017 [cité 6 août 2018];201(4-5-6):567-87. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/precarite-pauvrete-et-sante/>
29. Bouchaud O. Santé des migrants : le miroir individuel et « sentinelle » de la transition épidémiologique ? *Médecine Santé Trop.* 2016;(3):228–229.
30. Berchet C, Jusot F. Etat de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse de travaux français. *Quest Econ Santé* [Internet]. 2012 [cité 28 févr 2012];(172):8. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes172.pdf>
31. Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* [Internet]. 2012 [cité 19 sept 2018];(2-3-4). Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7829
32. Hamel C, Moisy M, Paris-X U. Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé. *Ined. Document de travail n°190*:60.
33. Meeuwesen L, Harmsen JAM, Bernsen RMD, Bruijnzeels MA. Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? *Soc Sci Med.* 2006;63(9):2407-17.
34. Van den Broucke S. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. *Santé En Action* [Internet]. juin 2017;(440). Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/articles/440/litteratie-sante-definition-concepts-enjeux-OMS.pdf>
35. Montesi L, Caletti MT, Marchesini G. Diabetes in migrants and ethnic minorities in a changing World. *World J Diabetes.* 2016;7(3):34-44.

36. Fosse S, Dalichampt M, Fagot Campagna A. Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine en France métropolitaine. Enquête décennale santé 2002-2003 et enquêtes santé et protection sociale 2002 et 2004 [Internet]. Sainte-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011 [cité 26 févr 2018] p. 79. Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/pmb/invs/\(id\)/PMB_10118](http://invs.santepubliquefrance.fr/pmb/invs/(id)/PMB_10118)
37. Fosse-Edorh S, Fagot-Campagna A, Detournay B, Bihan H, Gautier A, Dalichampt M, et al. Type 2 diabetes prevalence, health status and quality of care among the North African immigrant population living in France. *Diabetes Metab.* 2014;40(2):143-50.
38. Drouin P, Blicke JF, Charbonnel B, Eschwege E, Guillausseau PJ, Plouin PF, et al. Diagnostic et classification du diabète sucré. Les nouveaux critères. *Diabetes Metab.* 1999 ;25(1):72.
39. World Health Organization, International Diabetes Federation. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia: report of a WHO/IDF consultation [Internet]. 2006 [cité 28 juill 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/diabetes/publications/diagnosis_diabetes2006/en/
40. Hartemann A, Grimaldi A. Guide pratique du diabète. 5ème édition. Paris, France: Elsevier Masson; 2013.
42. Haute Autorité de Santé. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète [Internet]. 2014 [cité 17 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2012494/fr/prevention-et-depistage-du-diabete-de-type-2-et-des-maladies-liees-au-diabete
43. Prise de position ADA-EASD sur la prise en charge de l'hyperglycémie chez les patients diabétiques de type 2 | Société Francophone du Diabète [Internet]. [cité 28 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.sfdiabete.org/recommandations/autres-recommandations/prise-de-position-ada-easd-sur-la-prise-en-charge-de>
44. Haute Autorité de Santé. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 [Internet]. [cité 14 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1022476/fr/strategie-medicamenteuse-du-controle-glycemique-du-diabete-de-type-2
45. Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins-Diabète de type 2 de l'adulte [Internet]. 2014 [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf
46. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. 2014 [cité 19 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
47. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Rev Médicale Assur Mal.* 2001;32(2):117-21.

48. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-5.
49. Moreau A, Dédiante M-C, Letrillart L. Méthode de recherche : s'approprier la méthode du focus group. *Rev Prat Médecine Générale*. 15 mars 2004;18(645):382-4.
50. Khelifi Z. Particularités de la prise en charge des patients diabétiques de type II d'origine maghrébine en Médecine Générale: Étude qualitative des représentations et apports de l'interprétariat en contexte interculturel. Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine, Faculté de Médecine de Nancy; 2010.
51. Dadoun F, Merzouk M, Altouares Y. Éducation des patients diabétiques nord-africains à Marseille : quels obstacles ? *Diabète Éducation*. 2006;16(1):10-5.
52. Georgia Latino Diabetes Education Program (GLDEP): Overcoming Barriers in Diabetes Care [Internet]. American Diabetes Association. 2007 [cité 21 sept 2018]. Disponible sur: <https://professional.diabetes.org/abstract/georgia-latino-diabetes-education-program-gldep-overcoming-barriers-diabetes-care>
53. Cusi K. Introduction. *Am J Med* [Internet]. 1 oct 2011 [cité 10 sept 2018];124(10, Supplement):S1. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002934311006231>
54. Latino Diabetes Initiative [Internet]. Joslin Diabetes Center. [cité 21 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.joslin.org/joslin-latino-diabetes-initiative.html>
55. Savart B. Diabète de type 2 et patients immigrés maghrébins: représentations et pratiques en médecine générale dans l'Hérault [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2008.
56. Bouchaud O. Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants. *Santé Homme* [Internet]. 2007 [cité 21 sept 2018];(392):25-7. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/392/03.htm>
57. Levasseur G. A propos de la maladie-du-malade diabétique de type 2. *Educ Patient Enjeux Santé*. 2004;Vol. 22 n° 3.
58. Barros Da Costa E. L'observance thérapeutique des patients maghrébins diabétiques de type 2 en médecine générale: résultats de l'analyse d'entretiens auprès de douze patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2008.
59. Savall A. Le diabète à l'épreuve du domestique: le quotidien autour de l'alimentation de femmes maghrébines immigrées à Montpellier. *Sci Soc Santé*. 2017;35(1):5–30.
60. Massaoudi I. Influence des facteurs socio-culturels dans la prise en charge d'un patient immigré maghrébin de première génération, atteint de diabète de type 2: étude qualitative [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2018.

61. Salti I, Bénard E, Detournay B, Bianchi-Biscay M, Brigand CL, Voinet C, et al. A Population-Based Study of Diabetes and Its Characteristics During the Fasting Month of Ramadan in 13 Countries: Results of the Epidemiology of Diabetes and Ramadan 1422/2001 (EPIDIAR) study. *Diabetes Care* [Internet]. 2004; 27(10):2306-11.
62. Jabbar A, Hassanein M, Beshyah SA, Boye KS, Yu M, Babineaux SM. CREED study: Hypoglycaemia during Ramadan in individuals with Type 2 diabetes mellitus from three continents. *Diabetes Res Clin Pract*. 2017;132:19-26.
63. Gaborit B, Dutour O, Ronsin O, Atlan C, Darmon P, Gharsalli R, et al. Ramadan fasting with diabetes: An interview study of inpatients' and general practitioners' attitudes in the South of France. *Diabetes Metab*. 2011;37(5):395-402.
64. Darmon P. Diabète et Ramadan : la fédération internationale du diabète propose de nouvelles recommandations. *Le Quotidien du Médecin* [Internet]. 26 mai 2016 [cité 21 sept 2018];(9499):8. Disponible sur: <https://www.sfdiabete.org/mediatheque/kiosque/articles-qdm/diabete-et-ramadan-la-federation-internationale-du-diabete-propose>
65. Institut national d'études démographiques. Trajectoire et Origines: Enquête sur la diversité des populations en France [Internet]. 2012. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19558/dt168_teo.fr.pdf
66. Diabetes and Ramadan Alliance. Ramadan Nutrition Plan [Internet]. [cité 21 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.daralliance.org/daralliance/map/>
67. Dupays S, Bourdais F, Kiour A, De Vincenzi J-P. Evaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé [Internet]. Inspection générale des affaires sociales - Inspection générale de la jeunesse et des sports; 2018 [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000215/index.shtml>
68. Lancement du NUTRI-SCORE : informer et guider le consommateur sur la qualité des aliments qu'il achète et consomme [Internet]. Santé publique France. 2017 [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiqués/Lancement-du-NUTRI-SCORE-informer-et-guider-le-consommateur-sur-la-qualite-des-aliments-qu-il-achete-et-consomme>
69. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.
70. Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.
71. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique.
72. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique.

73. Ambrosino F, Barrière C, Danan J-L, Lecointre B, Hue G, Meury P, et al. Compétences attendues de l'infirmière de pratique avancée en France : recommandations d'experts à partir d'une étude Delphi modifiée. *Rev Francoph Int Rech Infirm* . 2018;4(1):5-19. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352802818300048>
74. Fournier C. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Quest Econ Santé*. avr 2018;(232):8.
75. Ministère des Solidarités et de la Santé. « Ma santé 2022 » : les 10 mesures phare de la stratégie de transformation du système de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/ma-sante-2022-les-10-mesures-phare-de-la-strategie-de-transformation-du-systeme>
76. Code de la santé publique - Article L1161-1. Code de la santé publique.
77. Société Francophone du Diabète. Référentiel : Nutrition et Diététique. *Médecine Mal Métaboliques* [Internet]. 2014 [cité 22 sept 2018];8(Hors série 1). Disponible sur: <https://www.sfdiabete.org/actualites/medical-paramedical/referentiel-nutrition-et-dietetique>
78. ARS Normandie. Programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés en Normandie [Internet]. 2018 [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2018-09/ETP_Autoris%C3%A9s_300918.pdf
79. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis du 12 octobre 2015 relatif à la mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique du patient depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2015 oct p. 43p.
80. Romand D, Guillon-Beauvinon V, Ander A, Louvet H, Rihai M, Bouche C. Stratégie soignante : Éducation thérapeutique de patients diabétiques de type 2, une approche ciblée sur la culture alimentaire. *Soins*. 2009;(732):27-30.
81. Depiesse F, Grillon J-L. 6 - Diabète de type II et activité physique. In: Depiesse F, Coste O, éditeurs. *Prescription des Activités Physiques (Deuxième Édition) En Prévention et en Thérapeutique*. Paris: Elsevier Masson; 2016. p. 121-42.

ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Introduction destinée aux participants au focus groups

Bonsoir à tous,

Je me présente. Je m'appelle MURERA Liliane, je suis remplaçante sur le Havre et on s'est peut-être déjà croisé lors de soirées FMC ou lors de gardes. Je suis entrain de préparer ma thèse de médecine générale.

Tout d'abord je voudrais vous remercier d'avoir accepté de m'accorder du temps pour mon projet malgré votre programme de formation déjà chargé.

Aujourd'hui nous allons donc former ce qu'on appelle un **Entretien de groupe** ou un **focus group** sur le **Thème** : « Difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2 immigrés originaires d'Afrique du Nord »

Objectifs :

- Recueillir vos pratiques face à des patients migrants diabétiques originaires d'Afrique du Nord
- Recueillir les difficultés rencontrées dans cette prise en charge
- Discuter des propositions d'amélioration des pratiques

« Règles du jeu » de l'entretien collectif

Je vais lancer le débat par une première question, chacun pourra s'exprimer à tour de rôle.

Nous aurons à peu près 1 heure pour traiter le sujet.

Afin d'éviter la perte d'information, la discussion sera enregistrée vocalement et sera retranscrite afin d'être analysée. Evidement les données seront anonymisées. Pour que la transcription puisse se faire dans de bonnes conditions, je vous demanderais de ne pas vous exprimer en même temps, de parler suffisamment fort.

Justement, je vous présente [nom de l'observateur] dont le rôle sera de s'occuper de cette partie technique de l'enregistrement. Il sera uniquement un observateur extérieur et ne participera pas à la discussion.

Je vous remets en début de séance un bref questionnaire anonyme, afin de collecter quelques données vous concernant qui permettront de mieux analyser les résultats de notre entretien. On va tous vous attribuer un numéro placé devant vous et je vous demanderai de noter ce numéro sur la fiche.

Grille d'entretien

3 lignes directrices du débat

- **Les pratiques actuelles**
- **Les difficultés rencontrées**
- **Les pistes d'amélioration et les attentes des médecins**

Définitions à donner avant de commencer

Pour commencer, afin d'éviter tout malentendu, je vais vous donner la définition de « **immigré** » : « une personne née de nationalité étrangère à l'étranger et résidant en France. Après quelques années de résidence, certains immigrants ont pu devenir français par acquisition, les autres restant étrangers

« **migrant** » : toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né ET qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays

Afrique du Nord : région de l'Afrique située au nord du Sahara comprenant : Maroc, Tunisie, Algérie, Libye, Egypte

LES PRATIQUES

1. Est-ce que chacun pourrait nous dire s'il a des patients diabétiques de type 2 originaires d'Afrique du Nord dans sa patientèle ? Et que pouvez-vous nous dire sur **la prise en charge** de ces patients-là dans les grandes lignes ?
 - a. Pouvez-vous passer en bref les différentes étapes de la prise en charge ?
 - i. *Dépistage et annonce du diagnostic*
 - ii. *Initiation du traitement*
 - iii. *Suivi*
 - iv. *Mesures hygiéno-diététiques et Observance thérapeutique*
 - v. *Suivi des complications*

LES DIFFICULTES IDENTIFIEES

2. Quelles sont les **étapes particulièrement difficiles** de cette prise en charge ?
 - a. Quelle est la place des **mesures hygiéno-diététiques** dans votre pratique ? Comment abordez-vous la question ? Allez-vous jusqu'à réaliser l'éducation thérapeutique de ces patients ? Et que signifie l'éducation thérapeutique pour vous ?
 - b. Quelles sont les particularités de la **prise en charge médicamenteuse** de ces patients diabétiques de type 2 originaires d'Afrique du Nord ?
3. Quels sont les **objectifs** dans la prise en charge de ces patients diabétiques de type 2 maghrébins ? Ces objectifs sont-ils différents de ceux des autres patients diabétiques ?
4. Quels sont les **autres professionnels de santé** que vous faites intervenir dans la prise en charge ? dans quel contexte ?
5. Quelles sont les périodes qui nécessitent une prise en charge différente ?
 - a. Comment se passe la **période du Ramadan** ? Quelles sont les difficultés constatez-vous ?
 - Comment vos patients diabétiques gèrent-ils cette période ?
 - Quel rôle attitude adaptez-vous dans cette période ?
 - b. Comment se passe **le retour temporaire au pays d'origine** ? Quel est le retentissement sur la prise en charge de leur diabète ?
6. Comment évaluez-vous la **relation médecin-malade** avec ces patients ? Quelles sont les difficultés particulières de cette relation ?
7. Que pouvez-vous dire sur l'interaction entre vos **représentations** et celles de ces patients ? Est-ce que vous cherchez à savoir les représentations du patient par rapport à sa maladie ? De quelle façon ceci vous aide-t-il à dans la prise en charge ?

LES PROPOSITIONS D'AMELIORATION

8. Qu'est-ce qui vous aiderait à **améliorer votre pratique** ?
 - a. Avez-vous des idées sur des outils au quotidien (*aides à la traduction : outils en lignes, interprétariat professionnel, supports d'information imagés simplifiés* ?) ou des structures qui pourraient vous faciliter la

pratique ? (*Echanges de pratiques (GP), recours aux spécialistes, aux paramédicaux (pharmaciens, IDE, Podologue, Kiné ?)*)

Voire même : Réseau pluridisciplinaire de professionnels de santé ; qu'est-ce que cela signifie pour vous ?

- b. Qu'en est-il du recours au **réseau diabète** ? ceci vous paraît-il utile ? comment les patients réagissent à la proposition ? (*intéressés, adhésion, méfiance ?*)

Terminer la séance d'entretien par le résumé des principales idées

Collecter les questionnaires

Remerciements

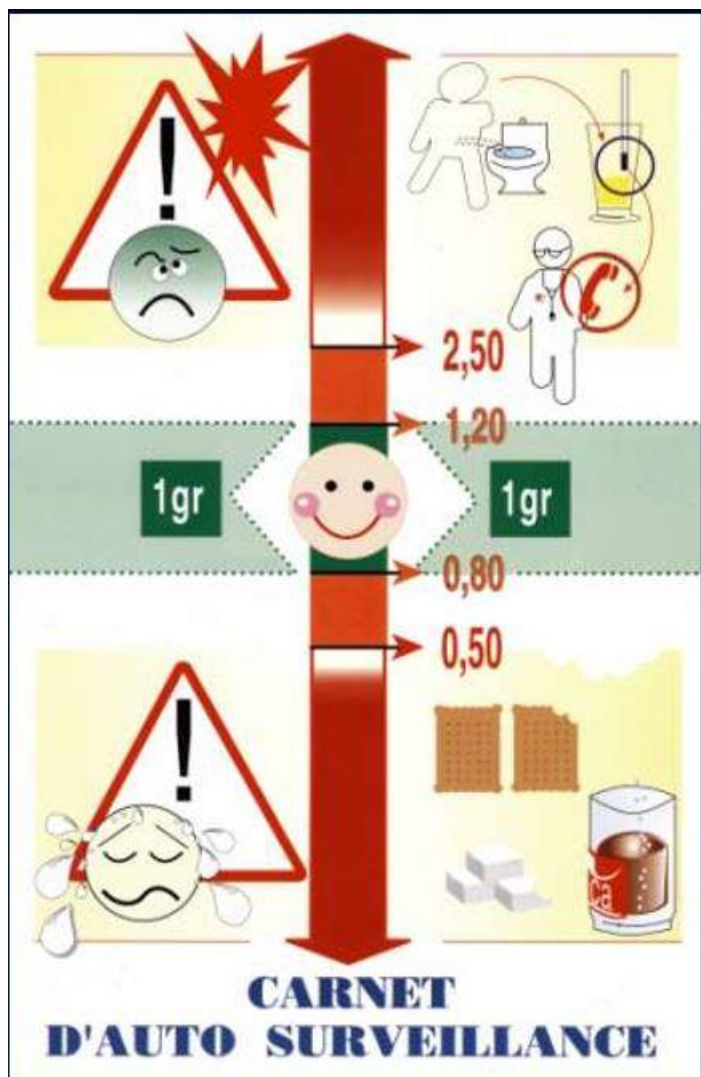
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE

Questionnaire anonyme de recueil de données des participants

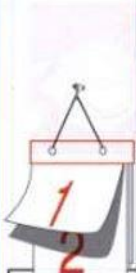
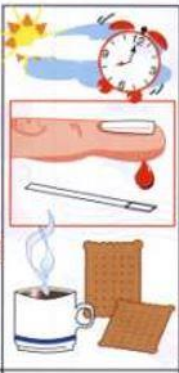
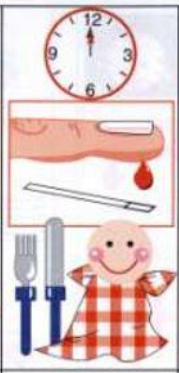




1. Sexe : F / H
2. Age / année de naissance :
3. Mode d'exercice :
 - Installé(é)
 - Remplaçant (e)
4. Durée d'exercice de la médecine générale : années
5. Milieu d'exercice
 - Rural
 - Semi-rural
 - Urbain
6. Cadre d'exercice :
 - Cabinet seul
 - Cabinet de groupe
 - o Cabinet de regroupement de médecins
 - o Cabinet avec d'autres professionnels de santé
 - o Maison de santé
7. Avez-vous des liens personnels avec l'Afrique ?
 - Par des voyages
 - Par des proches
 - Aucun
8. Expériences professionnelles
 - Vacation dans un autre établissement : EHPAD / Hôpital / Médecins du Monde
 - Médecine humanitaire
 - Investissement associatif (cadre personnel/ professionnel)
9. Formation professionnelle
 - Stage de diabétologie pendant l'internat
 - Formation en Education thérapeutique
 - Formation complémentaire en diabétologie

Numéro du participant :

ANNEXE 3 : SUPPORTS EDUCATIFS IMAGES






Hypoglycémie et Hyperglycémie

Carnet de surveillance glycémique

ANNEXE 4 : STRATIFICATION DU RISQUE A OBSERVER LE JEUNE DU RAMADAN (RECOMMANDATIONS IDF 2016)

Table 1. IDF-DAR risk categories and recommendations for patients with diabetes who fast during Ramadan		
Risk category and religious opinion on fasting*	Patient characteristics	Comments
<p>Category 1: very high risk <u>Listen to medical advice</u> MUST NOT fast</p> 	<p>One or more of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Severe hypoglycaemia within the 3 months prior to Ramadan • DKA within the 3 months prior to Ramadan • Hyperosmolar hyperglycaemic coma within the 3 months prior to Ramadan • History of recurrent hypoglycaemia • History of hypoglycaemia unawareness • Poorly controlled T1DM • Acute illness • Pregnancy in pre-existing diabetes, or GDM treated with insulin or SUs • Chronic dialysis or CKD stage 4 & 5 • Advanced macrovascular complications • Old age with ill health 	<p>If patients insist on fasting then they should:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Receive structured education • Be followed by a qualified diabetes team • Check their blood glucose regularly (SMBG) • Adjust medication dose as per recommendations • Be prepared to break the fast in case of hypo- or hyperglycaemia • Be prepared to stop the fast in case of frequent hypo- or hyperglycaemia or worsening of other related medical conditions
<p>Category 2: high risk <u>Listen to medical advice</u> Should NOT fast</p> 	<p>One or more of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • T2DM with sustained poor glycaemic control** • Well-controlled T1DM • Well-controlled T2DM on MDI or mixed insulin • Pregnant T2DM or GDM controlled by diet only or metformin • CKD stage 3 • Stable macrovascular complications • Patients with comorbid conditions that present additional risk factors • People with diabetes performing intense physical labour • Treatment with drugs that may affect cognitive function 	<p>Patients who fast should:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Receive structured education • Check their blood glucose regularly (SMBG) • Adjust medication dose as per recommendations
<p>Category 3: moderate/low risk <u>Listen to medical advice</u> Decision to use licence not to fast based on discretion of medical opinion and ability of the individual to tolerate fast</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Well-controlled T2DM treated with one or more of the following: <ul style="list-style-type: none"> – Lifestyle therapy – Metformin – Acarbose – Thiazolidinediones – Second-generation SUs – Incretin-based therapy – SGLT2 inhibitors – Basal insulin 	<p>Patients who fast should:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Receive structured education • Check their blood glucose regularly (SMBG) • Adjust medication dose as per recommendations

*In all categories people with diabetes should follow medical opinion if the advice is not to fast due to high probability of harm

**The level of glycaemic control is to be agreed upon between doctor and patient according to a multitude of factors

CKD, chronic kidney disease; DAR, Diabetes and Ramadan International Alliance; DKA, diabetic ketoacidosis; GDM, gestational diabetes mellitus; IDF, International Diabetes Federation; MDI, multiple dose insulin; SGLT2, sodium-glucose co-transporter-2; SMBG, self-monitoring of blood glucose; SU, sulphonylurea; T1DM, type 1 diabetes mellitus; T2DM, type 2 diabetes mellitus

ANNEXE 5 : GESTION DES TRAITEMENTS PENDANT LE RAMADAN

Metformin

Daily dose remains unchanged

Immediate release: OD – Take at iftar; BID – Take at iftar and suhoor; TID – Morning dose at suhoor, combine afternoon and evening dose at iftar

Prolonged release: Take at iftar

Acarbose

No dose modifications

TZDs

No dose modifications
Dose can be taken with iftar or suhoor

Short-acting insulin secretagogues

TID dosing may be reduced/redistributed to two doses taken with iftar and suhoor

GLP-1 RAs

Once appropriate dose titration has been achieved no further dose modifications are needed

DPP-4 inhibitors

No dose modifications

SU

Switch to newer SU (gliclazide, glimepiride) where possible, glibenclamide should be avoided

OD – Take at iftar.* Dose may be reduced in patients with good glycaemic control

BID – Iftar dose remains unchanged.** Suhoor dose may be reduced in patients with good glycaemic control

SGLT2 inhibitors

No dose modifications

Dose should be taken with iftar

Extra clear fluids should be ingested during non-fasting periods

Should not be used in the elderly, patients with renal impairment, hypotensive individuals or those taking diuretics

Insulin therapy

Switch to insulin analogues where possible

- *Long- or intermediate-acting basal insulin:*
 - OD – NPH*/detemir/glargine/degludec. Take at iftar. Reduce dose by 15–30%
 - BID – NPH/detemir/glargine. Take usual morning dose at iftar. Reduce evening dose by 50% and take at suhoor
- *Rapid- or short-acting prandial/bolus insulin:*
 - Take normal dose at iftar. Omit lunch-time dose. Reduce suhoor dose by 25–50%
- *Premixed insulin:*
 - OD – Take normal dose at iftar
 - BID – Take usual morning dose at iftar. Reduce evening dose by 25–50% and take at suhoor
 - TID – Omit afternoon dose. Adjust iftar and suhoor doses

Dose titration should be performed every three days and dose adjustments made according to BG levels

Fasting/Pre-iftar/Pre-suhoor BG	Pre-iftar**		
	Basal insulin	Short-acting insulin	Premixed insulin
< 70 mg/dL (3.9 mmol/L) or symptoms	Reduce by 4 units	Reduce by 4 units	Reduce by 4 units
70–90 mg/dL (3.9–5.0 mmol/L)	Reduce by 2 units	Reduce by 2 units	Reduce by 2 units
90–126 mg/dL (5.0–7.0 mmol/L)	No change required	No change required	No change required
126–200 mg/dL (7.0–11.1 mmol/L)	Increase by 2 units	Increase by 2 units	Increase by 2 units
> 200 mg/dL (11.1 mmol/L)	Increase by 4 units	Increase by 4 units	Increase by 4 units

- *Insulin pump:*
 - Basal rate – Reduce dose by 20–40% in the last 3–4 h of fasting. Increase dose by 0–30% early after iftar
 - Bolus rate – Normal carbohydrate counting and insulin sensitivity principles apply

RESUME

Contexte : Pendant les dernières décennies le diabète de type 2 est devenu une épidémie mondiale avec une prévalence qui ne cesse d'augmenter. En France, les immigrés nord-africains sont particulièrement touchés par cette pathologie.

Objectif : Recueillir des difficultés rencontrées par les médecins généralistes du Havre dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2 immigrés originaires d'Afrique du Nord et discuter des pistes d'amélioration des pratiques.

Méthode : Etude qualitative par focus groups. Quatre focus groups ont été organisés entre avril et juin 2018 rassemblant au total 26 médecins généralistes

Résultats : Les médecins ont émis le constat d'une prise en charge des patients diabétiques immigrés originaires d'Afrique du Nord non optimisée du fait de nombreux obstacles. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes concernaient la mise en place des mesures hygiéno-diététiques, les représentations du diabète des patients, la gestion de la période du Ramadan et l'organisation de la continuité des soins lors du retour temporaire des patients dans leur pays d'origine. Les médecins interrogés ont dit ne pas parvenir à adapter leur prise en charge du fait d'une connaissance insuffisante de la culture et du mode de vie du patient différents de leurs référentiels et du fait d'une consultation de médecine générale laissant peu de place à une prise en charge d'une telle complexité.

Les propositions d'amélioration reposaient sur une amélioration de l'offre d'éducation thérapeutique au sein de structures ambulatoires de proximité basées sur une collaboration interprofessionnelle pour une prise en charge globale et adaptée aux différences culturelles. D'autres propositions concernaient la réorganisation de l'activité du médecin généraliste afin de libérer plus de temps pour l'éducation du patient. Des outils pratiques qui pourraient améliorer la prise en charge diététique et les aider à aborder les différences culturelles ont été proposés. Des mesures politiques et de santé publique pour améliorer les stratégies préventives dans cette population ont été mises en avant.

Discussion : Devant le constat d'une prévalence élevée du diabète de type 2 dans la population des immigrés originaires d'Afrique du Nord avec un équilibre glycémique insuffisant, des stratégies de prise en charge prenant en compte la dimension culturelle des patients sont nécessaires. Ces stratégies devraient être centralisées par le médecin généraliste qui est le premier recours de ces patients. Des stratégies de santé publique orientées sur la prévention des facteurs de risque du diabète dans cette population pourraient venir en renfort de la prise en charge médicale.

Mots-clés : Médecine générale – Diabète de type 2 – Immigrés – Patients originaires d'Afrique du Nord – Difficultés de prise en charge – Le Havre