



HAL
open science

Diabète de type 2 en situation de précarité : étude qualitative sur la prise en charge par les médecins généralistes dans un quartier prioritaire de Montpellier

Agnès Crespin

► **To cite this version:**

Agnès Crespin. Diabète de type 2 en situation de précarité : étude qualitative sur la prise en charge par les médecins généralistes dans un quartier prioritaire de Montpellier. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02958009

HAL Id: dumas-02958009

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02958009>

Submitted on 5 Oct 2020

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

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



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Agnès CRESPIN

Le 9 Novembre 2018

**DIABETE DE TYPE 2 EN SITUATION DE PRECARITE : ETUDE QUALITATIVE SUR LA
PRISE EN CHARGE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DANS UN QUARTIER
PRIORITAIRE DE MONTPELLIER**

Directrice de thèse : Professeur Anne WOJTUSCISZYN

JURY

Présidente du jury :

Professeur WOJTUSCISZYN Anne

Assesseurs :

Docteur LOGNOS Béatrice

Docteur REBOUL Marie-Catherine

Docteur EYDALEINE Claire

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Agnès CRESPIN

Le 9 Novembre 2018

**DIABETE DE TYPE 2 EN SITUATION DE PRECARITE : ETUDE QUALITATIVE SUR LA
PRISE EN CHARGE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DANS UN QUARTIER
PRIORITAIRE DE MONTPELLIER**

Directrice de thèse : Professeur Anne WOJTUSCISZYN

JURY

Présidente du jury :

Professeur WOJTUSCISZYN Anne

Assesseurs :

Docteur LOGNOS Béatrice

Docteur REBOUL Marie-Catherine

Docteur EYDALEINE Claire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
 ALRIC Robert
 ARNAUD Bernard
 ASTRUC Jacques
 AUSSILLOUX Charles
 AVEROUS Michel
 AYRAL Guy
 BAILLAT Xavier
 BALDET Pierre
 BALDY-MOULINIER Michel
 BALMES Jean-Louis
 BALMES Pierre
 BANSARD Nicole
 BAYLET René
 BILLIARD Michel
 BLARD Jean-Marie
 BLAYAC Jean Pierre
 BLOTMAN Francis
 BONNEL François
 BOUDET Charles
 BOURGEOIS Jean-Marie
 BRUEL Jean Michel
 BUREAU Jean-Paul
 BRUNEL Michel
 CALLIS Albert
 CANAUD Bernard
 CASTELNAU Didier
 CHAPTAL Paul-André
 CIURANA Albert-Jean
 CLOT Jacques
 D'ATHIS Françoise
 DEMAILLE Jacques
 DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain
 DU CAILAR Jacques
 DUBOIS Jean Bernard
 DUMAS Robert
 DUMAZER Romain
 ECHENNE Bernard
 FABRE Serge
 FREREBEAU Philippe
 GALIFER René Benoît
 GODLEWSKI Guilhem
 GRASSET Daniel
 GROLLEAU-RAOUX Robert
 GUILHOU Jean-Jacques
 HERTAULT Jean
 HUMEAU Claude
 JAFFIOL Claude
 JANBON Charles
 JANBON François
 JARRY Daniel
 JOYEUX Henri
 LAFFARGUE François
 LALLEMANT Jean Gabriel
 LAMARQUE Jean-Louis
 LAPEYRIE Henri
 LESBROS Daniel
 LOPEZ François Michel
 LORIOT Jean
 LOUBATIERES Marie
 Madeleine
 MAGNAN DE BORNIER
 Bernard
 MARY Henri
 MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean
 MICHEL François-Bernard
 MICHEL Henri
 MION Charles
 MION Henri
 MIRO Luis
 NAVARRO Maurice
 NAVRATIL Henri
 OTHONIEL Jacques
 PAGES Michel
 PEGURET Claude
 POUGET Régis
 PUECH Paul
 PUJOL Henri
 PUJOL Rémy
 RABISCHONG Pierre
 RAMUZ Michel
 RIEU Daniel
 RIOUX Jean-Antoine
 ROCHEFORT Henri
 ROUANET DE VIGNE LAVIT
 Jean Pierre
 SAINT AUBERT Bernard
 SANCHO-GARNIER Hélène
 SANY Jacques
 SENAC Jean-Paul
 SERRE Arlette
 SIMON Lucien
 SOLASSOL Claude
 THEVENET André
 VIDAL Jacques
 VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
 BLANC François
 BOULENGER Jean-Philippe
 BOURREL Gérard
 BRINGER Jacques
 CLAUSTRES Mireille
 DAURES Jean-Pierre
 DAUZAT Michel
 DEDET Jean-Pierre
 ELEDJAM Jean-Jacques
 GUERRIER Bernard
 JOURDAN Jacques
 MAURY Michèle
 MILLAT Bertrand
 MARES Pierre

MONNIER Louis
 PRAT Dominique
 PRATLONG Francine
 PREFAUT Christian
 PUJOL Rémy
 ROSSI Michel
 SULTAN Charles
 TOUCHON Jacques
 VOISIN Michel
 ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie

SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel
RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - (Dermato-vénéréologie)
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRES-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline-Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

LISTES DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

1. INTRODUCTION

1.1. La précarité.....	1
1.2. Les inégalités sociales de santé.....	5
1.3. La situation socio-économique en Occitanie.....	8
1.4. Le diabète de type 2.....	9
1.5. L'éducation thérapeutique du patient	10
1.6. Précarité et diabète de type 2 : quels liens ?	13
1.7. Question de recherche.....	15

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude.....	16
2.2. Population étudiée.....	16
2.3. Choix des données à recueillir.....	18
2.4. Inclusion.....	18
2.5. Retranscription et analyse des données.....	19

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques de la population étudiée.....	20
3.2. Définition de la précarité.....	22
3.3. Repérer un patient précaire.....	24
3.4. La prise en charge du patient diabétique de type 2 en situation de précarité.....	27
3.4.1. Objectif d'équilibre glycémique.....	27
3.4.2. L'éducation thérapeutique d'un patient diabétique de type 2 précaire.....	28
3.4.3. Les difficultés rencontrées dans l'éducation thérapeutique d'un patient diabétique de type 2 précaire.....	30

3.4.4. Influence de la précarité sur les traitements médicamenteux du diabète de type 2....	37
3.4.5. Les intervenants dans la prise en charge du patient diabétique de type 2 précaire.....	39
3.5. Les attentes des médecins généralistes pour améliorer la prise en charge des patients diabétiques de type 2 précaires.....	42
3.6. Le ressenti des médecins généralistes concernant la prise en charge des patients diabétiques de type 2 précaires.....	46
3.7. Arbre thématique synthétisant les résultats.....	50
4. DISCUSSION	
4.1. La précarité : une notion difficile à définir et une situation compliquée à repérer.....	51
4.2. Particularités sur la prise en charge du diabétique de type 2 en situation de précarité.....	55
4.2.1. L'objectif d'équilibre glycémique et les traitements : à adapter pour les patients précaires ?	55
4.2.2. L'éducation thérapeutique, primordiale en situation de précarité.....	57
4.2.3. Les freins dans l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 précaire...	60
4.2.4. Les intervenants dans la prise en charge du patient diabétique de type 2 précaire.....	64
4.3. Forces et faiblesses de l'étude.....	69
4.3.1. Forces de l'étude.....	69
4.3.2. Limites de l'étude.....	70
4.4. Perspectives.....	71
5. CONCLUSION.....	74
6. BIBLIOGRAPHIE.....	75
7. ANNEXES.....	83

SERMENT D'HIPPOCRATE

PERMIS D'IMPRIMER

RESUME

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury de ma soutenance de thèse :

À Madame le Professeur Anne WOJTUSCISZYN, Professeur des Universités - Praticienne Hospitalière, directrice de ma thèse. Je suis très honorée de la confiance et du temps que vous m'avez accordée dans la réalisation de ce travail. Soyez assurée de mes sincères remerciements.

À Madame le Docteur Béatrice LOGNOS, Maître de conférences des universités de Médecine Générale, vous me faites l'honneur de votre présence dans mon jury et d'accepter de juger mon travail. Recevez l'expression de ma profonde gratitude.

À Madame le Docteur Marie-Catherine REBOUL, Maître de conférences associé de Médecine Générale, je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Veuillez croire à l'assurance de ma considération distinguée.

À Madame le Docteur Claire EYDALEINE, Médecin Généraliste à Saint-Laurent-d'Aigouze. Claire, je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. C'est un honneur de pouvoir avoir ton avis sur mon travail car tu me connais et tu m'as vu évoluer. C'est toujours un plaisir de faire un remplacement dans le cabinet médical.

Aux professionnels de santé qui m'ont formée :

À tous les médecins et paramédicaux auprès de qui j'ai beaucoup appris au cours de mon externat et de mon internat.

Je remercie tout particulièrement le Docteur Nathalie LOREAU-COURTHIAL à Générac, le Docteur Sébastien CONVENT à Beauvoisin, le Docteur Franck CRESPIE à Clapiers et le Docteur Cyril JAUME à Saint Laurent d'Aigouze, médecins généralistes et maîtres de stage investis, qui m'ont initiée à la médecine générale libérale et ont confirmé mon intérêt pour celle-ci.

Aux médecins qui ont accepté de participer à ce travail de thèse :

Je vous remercie de m'avoir accordée de votre temps.

À ma famille :

À Julien, mon amour, on a affronté ensemble beaucoup d'épreuves, ça n'a pas été facile mais à deux on y est arrivé. Merci pour tout, pour ton amour, ton réconfort, pour tout ce qu'on partage, tous ces moments merveilleux passés ensemble, notre complicité, nos voyages, les bons moments en famille et entre amis. Je suis si heureuse à tes côtés. Maintenant que nos thèses sont terminées, place à nos nombreux projets. Je t'aime.

À mes parents, avec toute mon affection.

Maman, merci pour tes messages encourageants. Tu peux officiellement m'appeler ton petit Docteur.

Papa, merci d'avoir été là pour me permettre de faire ces longues études. Je sais que tu es fier de mon parcours.

À Papy, à Marraine et à Mémé, avec toute ma tendresse.

À mes sœurs et à mon frère, à notre lien infaillible, je vous aime très fort.

Murielle, tu me manques beaucoup mumu, tu es bien trop loin puisque littéralement à l'autre bout du monde. Aujourd'hui tu me manques encore plus. Tu es une grande sœur aînée exemplaire pour nous. Je compte les mois qui nous séparent de nos retrouvailles.

Hélène, ma Yaya, j'ai beaucoup de chance d'être ta petite sœur, ta nenette, merci pour ta tendresse et ton réconfort. Je sais que tu me comprends quand je te raconte mes journées de travail, mes moments de solitude face à des situations complexes mais aussi la satisfaction d'avoir aidé quelqu'un et de faire un métier que l'on aime.

Mathieu, coco, je suis fière d'avoir un petit frère comme toi. Tu as su me soutenir à ta façon. Merci pour tes blagues qui, de la P1 à maintenant, ont toujours su détendre l'atmosphère.

À mes beaux-frères Nicolas et Francky et à ma belle-sœur Maéva, vivement qu'on se retrouve pour de belles vacances en famille.

À mes neveux et nièces : Léaline, Maxime, Anjali. Je vous aime fort, il me tarde de vous voir.

À la famille Bourlez, merci pour votre soutien, et tout particulièrement merci à Catherine et Mamy Paulette, vos petites attentions me touchent beaucoup.

À ma Marraine Joëlle et à Michel, je suis heureuse de vous voir à mes côtés en ce jour important, merci d'avoir fait le déplacement.

À Tania et Jean-Paul, merci pour ces vacances mémorables en Espagne au cours de ma 2ème année d'études et merci d'être là aujourd'hui.

À Singha, Vénus et Isis, qui m'ont tenue compagnie dans la rédaction de ma thèse. Vive la ronronthérapie !

À mes amis :

À mes meilleures amies, Sandra et Natalia. On a vécu deux années de P1 difficiles mais ça nous a permis de tisser des liens d'amitié très forts et on a partagé depuis les moments importants de nos vies, nos joies comme nos peines.

Sandra, merci pour ton soutien. Tu as été présente tout au long de mes études et jusqu'à la dernière épreuve. Tu m'as aidée à surmonter toutes ces années, tu as toujours su trouver les mots. Ton empathie et ta bienveillance font de toi une personne exceptionnelle. Je t'aime fort ma poulette.

Natalia, on a vécu tellement de choses ensemble : des révisions de chimie en P1 par téléphone, aux vacances en Grèce à se perdre en cherchant à visiter un monastère, en passant par les cours de salsa, nos WEI, nos soirées entre chicas et tellement de bons moments avec toi. Я скучаю по тебе много, Я люблю тебя.

À Raphaël, mon meilleur et mon plus vieil ami. Tu as toujours été là pour me soutenir, merci pour tes appels de 3 minutes le matin sur le chemin du travail, de la BU ou de l'hôpital, qui me motivaient pour le restant de la journée. Tu pourras toujours compter sur moi.

À Fanny, j'ai vraiment de la chance de t'avoir rencontré en P2. Tu as cette bonne humeur communicative. Tu comptes beaucoup pour moi. Merci à toi et tes parents de m'avoir accueillie dans ta maison paloise, je me suis réellement sentie comme dans un cocon.

À Lucie, merci de m'avoir encouragée. Je suis heureuse de te savoir épanouie dans ta vie néocalédonienne. Tu me manques.

À Aurélie, Tiphaine, Solène, mes amies du lycée. Même si les années passent, nos relations n'ont pas changé. Quand on se voit on a toujours 17 ans. Tismé, Between et Cousine pour la vie !

À Etienne et Bénédicte, Amaury et Floriane, Clément et Sarah, Aymeric. Et si on s'installait tous dans la même ville ?

À Julia, il est loin le temps des ballades à vélo et des sessions révisions où on papotait plus qu'on ne révisait. C'est à mon tour de traverser la France pour venir te voir.

À Mailys et Alexandre, merci d'avoir égayé les soirées confs de la D4 et les sous-colles.

À Alix et Paulina, je suis heureuse d'avoir fait votre connaissance en premier semestre. A nos soirées plancha-jacuzzi-rhum et à nos prochaines randonnées ! Le Carlit c'était trop facile, je pense qu'on peut viser beaucoup plus haut...le Kilimandjaro ça vous dit ?

À Bruno et Sabrina, parce que comme vous, j'adore les jeux de société.

À Zoé, pour nos papotages médecine, voyage, projets qui s'éternisent mais sont toujours trop courts. Maintenant qu'on a fini les thèses, faut qu'on s'occupe de ma déco, pour que les murs de la maison soient moins blancs.

À Benjamin, il me tarde que Chulien et toi vous passiez votre permis bateau, qu'on aille faire du jet ski ou une ballade en mer avec Stef.

À Orianne, Elodie, Emilie, Sophie, mes co-internes de gériatrie, nos rendez-vous se font plus rares mais sont toujours d'agréables moments de rires et de retrouvailles. Ce stage de gériatrie et ses tablettes de chocolat nous ont soudées. Elodie, tu te souviens de ce fou rire avec ma patiente calimero ? Orianne, merci pour ta joie de vivre, ton optimisme et tes encouragements dans ce travail de thèse. Mimi, on a pris notre temps mais ça y est on a fini ! Sophie j'attends la grosse crémaillère !

À Manon, il est loin notre semestre de pédiatrie avec les petits-déjeuners post staff et les goûters dans notre bureau...j'espère te voir plus souvent et que tu me fasses découvrir les petits coins sympas de l'Ecusson.

À Laurène, c'était super de faire le DU de gynéco-obstétrique ensemble et surtout, les repas exclusivement à base de paninis (chèvre ou jambon, ou jambon ou chèvre) n'auraient pas été aussi agréable sans toi. Merci d'avoir testé mon questionnaire.

À Justine, Cindy, Géraldine et Aurélien, parce que vous avez été mes premiers co-internes et qu'on a bien rigolé à nos pauses café et parties de jeu Linq avec Khalil !

À tous mes anciens co-internes, pour le compagnonnage et les bons moments qu'on a partagé.

Merci à tous ceux qui sont venus m'écouter.

LISTES DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

ALD : Affection Longue Durée

AME : Aide Médicale d'État

ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées

ASS : Allocation de Solidarité Spécifique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

DT2 : Diabète (ou diabétique) de type 2

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : Hémoglobine glyquée

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MG : Médecin généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QPV : Quartiers prioritaires de la politique de la ville

RSA : Revenu de Solidarité Active

1. INTRODUCTION

1.1. La précarité

La précarité est un terme polysémique. Elle n'est pas synonyme de pauvreté. C'est un concept plus large, multidimensionnel et qui évolue dans le temps.

La pauvreté est définie par des revenus inférieurs ou égaux à 60% du revenu médian de la population générale. En 2015, l'INSEE estimait qu'elle touchait 14,2% de la population française.

La pauvreté touche de plus en plus les personnes jeunes, les femmes, les familles monoparentales et les personnes exerçant une activité professionnelle précaire, appelées « travailleurs pauvres ». Il existe un phénomène d'urbanisation de la pauvreté. Elle concernait d'avantage le milieu rural mais c'est désormais un problème urbain, très présent dans les centres métropolitains (1).

La précarité est, selon Joseph Wresinski, « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux » (2).

En 1998, le Haut Comité de Santé Publique précise que « la précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale » (3). Il définit les mesures suivantes comme étant prioritaires : la lutte contre la précarité de l'emploi, la dégradation des conditions de travail et de la santé au travail, la prévention de l'illettrisme et la protection de la vie scolaire, la simplification et l'universalisation des droits sociaux.

En France, il existe plusieurs minima sociaux. Ils visent à assurer un revenu minimal à une personne en situation de précarité afin de lutter contre la pauvreté et les exclusions. Ce sont des prestations sociales non contributives, c'est-à-dire qu'elles sont versées sans contrepartie de cotisations.

Les 4 principaux minima sociaux sont le RSA, l'ASS, l'AAH et l'ASPA.

Le revenu de solidarité active (RSA) assure aux personnes sans ressources un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. Le RSA est ouvert, sous certaines conditions, aux personnes d'au moins 25 ans et aux jeunes actifs de 18 à 24 ans s'ils sont parents isolés ou justifient d'une certaine durée d'activité professionnelle.

L'allocation de solidarité spécifique (ASS) est attribuée aux personnes ayant épuisé leurs droits au chômage sous conditions d'activité antérieure et de ressources.

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une aide financière attribuée sur des critères de ressources et sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Son montant vient compléter les éventuelles autres ressources de la personne en situation de handicap.

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est une prestation mensuelle accordée aux retraités âgés de plus de 65 ans ayant de faibles ressources (ressources annuelles inférieures à 9 998,40 € pour une personne vivant seule et inférieures à 15 522,54 € pour un couple).

Les personnes précaires ont des conditions de vie en deçà du standard de vie moyen, souvent en lien avec l'absence d'activité professionnelle ou avec une activité professionnelle non pérenne. De plus, la structure familiale peut être affectée : familles monoparentales, nombreux enfants à charge, femmes seules ou personnes âgées isolées.

Cette situation s'inscrit souvent dans la durée.

Les conséquences psycho-sociales de la précarité sont nombreuses : elle peut entraîner un ressenti négatif, affecter l'estime de soi et engendrer l'appauvrissement des relations sociales.

La précarité implique, en sus de la pauvreté, une incertitude quant à l'avenir et un sentiment d'insécurité.

Concernant la santé, la précarité conduit souvent à un renoncement aux soins, à l'adoption de comportements délétères pour la santé (4) et à une moins bonne réceptivité aux messages de prévention. Les inégalités sociales de santé sont des différences d'état de santé en fonction de la hiérarchie sociale (5). Il existe un véritable « gradient social » des inégalités de santé : chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure. Entre les diplômés du supérieur et les non-diplômés, l'écart d'espérance de vie à 35 ans est de 7,5 ans pour les hommes et de 4 ans pour les femmes.

L'arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé (6), a défini les personnes concernées en priorité par les centres d'examen de santé : les ayants droits inactifs âgés de plus de seize ans, les demandeurs d'emploi, les personnes affiliées à l'assurance personnelle, les titulaires d'un avantage de retraite ou de préretraite, les autres assurés inactifs, les populations exposées à des risques menaçant leur santé, définies par l'arrêté programme du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires.

Pour mesurer la précarité, on peut utiliser des indicateurs socio-économiques tels que les aides gouvernementales : le Revenu Solidaire d'Activité (RSA), la Protection Universelle Maladie, la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), l'Aide médicale de l'État (AME), l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées.

Il est possible aussi de quantifier la précarité par une approche monétaire. Pour l'INSEE, le seuil de bas revenus est fixé à 60 % du niveau de vie médian. Il est égal à 1 026 euros par mois par unité de consommation en France métropolitaine en 2016 : est considéré en situation de précarité financière (ou « à bas revenus ») un individu vivant dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur à ce seuil. En 2016, 8,8 millions de personnes étaient concernées.

On peut aussi se baser sur le caractère imposable d'un foyer à l'impôt sur le revenu pour définir la précarité.

Il est possible de repérer la précarité à partir d'autres critères :

- la catégorie professionnelle : le chômage ou pour les employés, le type de contrat (intérimaire ou en contrat à durée déterminé)
- les conditions de logement
- les conditions de vie

En France, l'enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) aborde plusieurs thèmes : les caractéristiques socio-démographiques des personnes, le détail des revenus perçus, la situation financière des ménages (épargne, endettement), les conditions de vie (logement et équipement), l'environnement et la santé.

Par ailleurs, la France a introduit à partir de 2008 un questionnement supplémentaire d'indicateurs sociaux sur la santé, la vie associative, les relations professionnelles, les sports et les loisirs.

Parmi les indicateurs de difficultés en conditions de vie (7), on retrouve :

- les contraintes budgétaires : découverts bancaires, couverture des dépenses par le revenu difficile, absence d'épargne à disposition, retards de paiement de factures ou loyers
- les restrictions de consommation : les moyens financiers ne permettent pas de maintenir le logement à bonne température, de partir une semaine de vacances par an, d'acheter des meubles ou des vêtements neufs, de manger de la viande tous les deux jours, d'offrir des cadeaux
- les difficultés de logement : surpeuplement, absence de salle de bains ou toilettes à l'intérieur du logement, absence d'eau chaude, logement trop petit, difficile à chauffer, humide ou bruyant

Le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) (8) est un indicateur individuel de précarité, qui prend en compte le caractère multidimensionnel de celle-ci. Il a été créé en 1998 par un groupe de travail composé de membres des CES (Centre d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie) et du CETAF (Centre Technique d'Appui et de Formation des CES). Il est utilisé dans plusieurs études scientifiques. Il comprend 11 questions concernant le mode de vie, la situation familiale, la couverture maladie, les loisirs et l'entourage. Un score supérieur ou égal à 30 définit la précarité (Annexe 1).

1.2. Les inégalités sociales de santé

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé est « un état de complet bien être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». Selon la charte d'Ottawa (9), « La santé exige un certain nombre de conditions préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable ».

L'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Il existe plusieurs modèles explicatifs de ces déterminants de santé, nous allons en présenter deux : celui de Dahlgren et Whitehead (1991) et celui de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2007).

Le schéma de Dahlgren et Whitehead (figure 1) décrit les déterminants de santé des individus selon différentes strates successives (10). D'après ce schéma, les inégalités sociales de santé sont le résultat d'interactions entre les différents niveaux : caractéristiques biologiques des individus (âge, sexe et hérédité), comportements et styles de vie personnels, influence de la communauté et des groupes sociaux, facteurs liés aux conditions de vie et de travail, facteurs liés à l'accès aux services et aux équipements essentiels (nourriture, logement, éducation, services de santé, ...), conditions économiques, culturelles et environnementales.

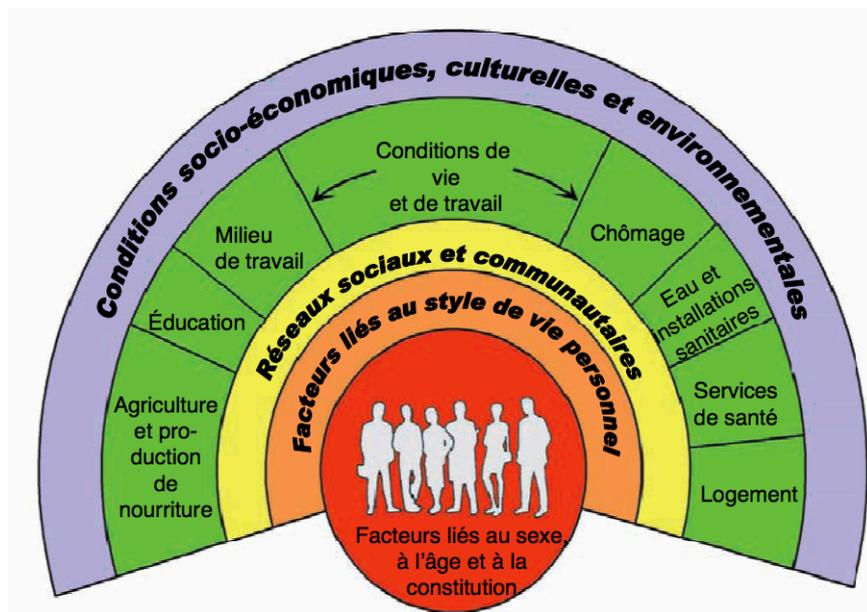


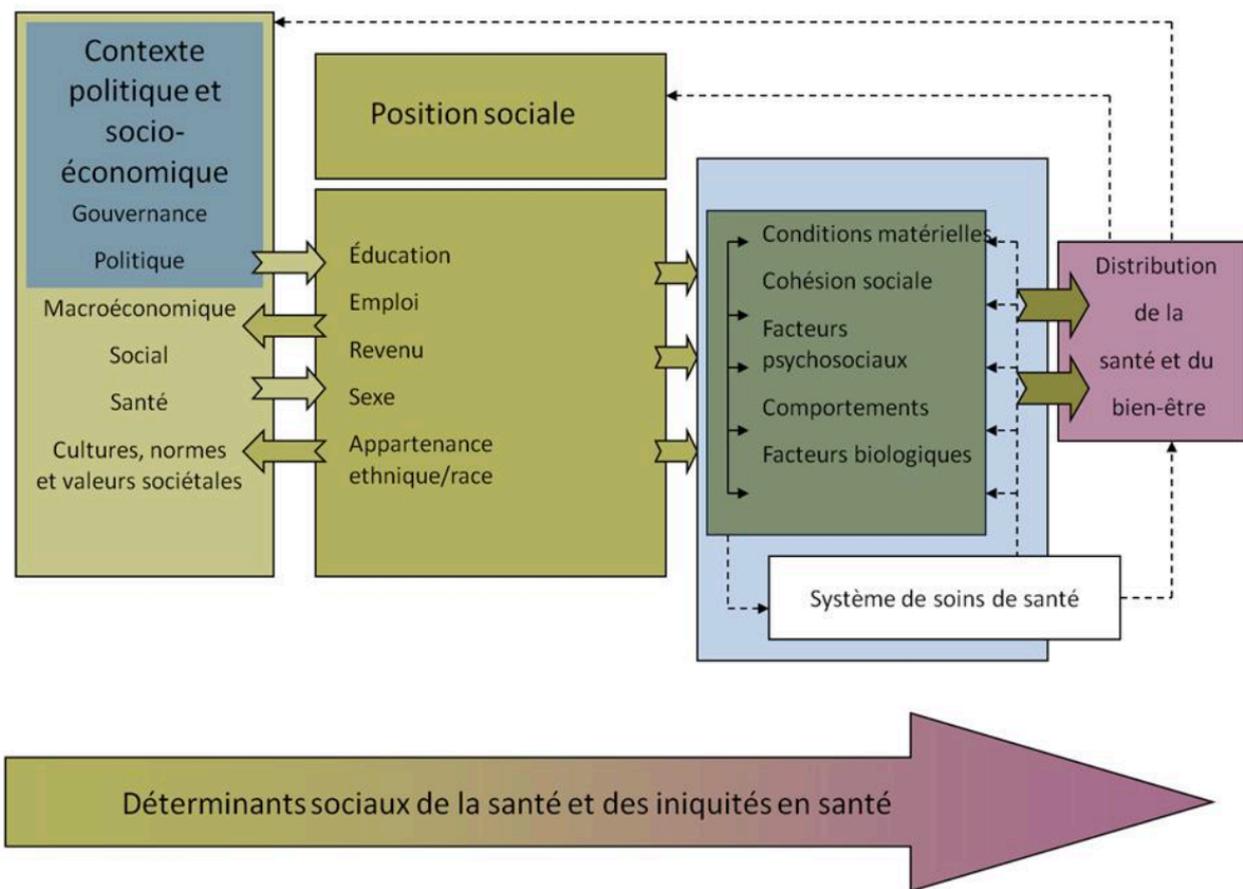
Figure 1 : schéma de Dahlgren et Whitehead

Le modèle CDSS (Commission des déterminants sociaux de la santé) (11) distingue trois composantes fondamentales qui s'imbriquent : le contexte politique et socio-économique, le statut socio-économique et les déterminants intermédiaires de santé (Figure 2).

Les déterminants structurels comprennent le contexte politique et socio-économique (gouvernance, politiques, culture, valeurs sociétales) et la position sociale de l'individu. La position sociale inclue le revenu, la formation professionnelle et l'emploi, ainsi que le genre et l'ethnie.

Les déterminants intermédiaires de la santé découlent des déterminants structurels :

- les circonstances matérielles : le logement, les moyens financiers pour s'habiller ou se nourrir
- les circonstances socio-environnementales : les facteurs de stress psychosocial, la faiblesse du support social ou familial
- les facteurs comportementaux et biologiques : facteurs liés à la génétique, comportements de dépendance, de régime alimentaire et d'activité physique
- le système de soins : accessibilité.



Modèle Pathway de la CDSS-OMS, modifié d'après Solar & Irwin, 2007.

Figure 2 : modèle CDSS

Les politiques de santé ont instauré des dispositifs d'aide pour faciliter l'accès aux soins, tels que la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), l'Aide Médicale de l'Etat (AME), l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS).

La CMU-C est une couverture maladie complémentaire gratuite destinée à faciliter l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources (inférieures à un plafond fixé selon la composition du foyer, par exemple 8 810 € par an pour une personne seule et 13 215 € par an pour deux personnes) et résidant en France de façon stable et régulière depuis au moins 3 mois. Elle permet la dispense d'avance de frais lors des consultations médicales, à la pharmacie pour les médicaments sur prescription, au laboratoire d'analyses médicales et prend en charge le ticket modérateur et le forfait journalier en cas d'hospitalisation.

L'ACS permet de bénéficier d'une réduction sur le coût de la complémentaire santé. Les conditions d'attribution sont : résider en France de façon stable et régulière depuis plus de 3 mois et avoir des ressources comprises entre le plafond fixé pour l'attribution de la CMU complémentaire et 35 % au-delà (11 894 € par an pour une personne seule et 17 841 € par an pour deux personnes).

L'AME facilite l'accès aux soins des ressortissants étrangers en situation irrégulière en France (hors Mayotte) y résidant depuis plus de 3 mois, dont les ressources ne dépassent pas le même plafond que celui de la CMU-C. Elle ouvre droit à la prise en charge à 100 % des soins avec dispense d'avance de frais.

Malgré l'implication des politiques de santé publique, les inégalités sociales de santé s'accroissent.

1.3. La situation socio-économique en Occitanie

L'Occitanie, les Hauts-de-France et la Corse sont des régions particulièrement touchées par la pauvreté (Annexe 2).

En Occitanie, près d'un million de personnes est en situation de pauvreté, c'est-à-dire disposant de revenus inférieurs au seuil de bas revenus, ce qui correspond à 21,7 % de la population des moins de 65 ans (données de 2014). Dans l'Hérault, une personne de moins de 65 ans sur quatre est concernée par cette précarité financière (12).

En 2014, en Occitanie, les quatre principaux minima sociaux (le Revenu de solidarité active dans sa partie socle (RSA socle), l'Allocation de solidarité spécifique (ASS), l'Allocation aux adultes handicapés (AAH)) sont versés à 411 000 personnes, ce qui fait de cette région la 2ème région de province ayant le plus grand nombre d'allocataires des quatre minima sociaux, derrière les Hauts-de-France. Près de 500 000 occitans bénéficient de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (12). La part de personnes couvertes parmi les moins de 65 ans (11,1 %) place la région bien au-dessus de la moyenne métropolitaine (8,6 %).

Le taux de chômage s'élève à 10,5 % dans la région en 2017, alors que la moyenne nationale est à 9 %. Il existe des disparités entre les départements : dans l'Hérault le taux est de 12,6 %, il atteint 14,2 % dans les Pyrénées-Orientales (13) (Annexe 2).

Environ 235 000 personnes de 18 à 65 ans sont en situation d'illettrisme en Occitanie.

1.4. Le diabète de type 2

Le diabète de type 2 (DT2) est une maladie métabolique définie par une hyperglycémie chronique résultant d'une insulino-résistance. Son incidence augmente avec l'âge. En France, l'âge moyen au diagnostic est de 65 ans. En 2015, 3,7 millions de Français, soit 5,4 % de la population, prenaient un traitement médicamenteux pour le diabète ; cela concernait 4,9 % de la population en Occitanie. Cette prévalence est en augmentation (14).

Cette pathologie fait partie des 30 affections longue durée (ALD) pour lesquelles les malades sont exonérés du ticket modérateur par l'Assurance Maladie.

Dans le monde, 425 millions de personnes sont atteintes du diabète en 2017, d'après la Fédération Internationale du Diabète (15). Cette dernière qualifie le phénomène de véritable pandémie, car la progression est considérable. Ainsi, l'OMS estime qu'en 2040, 622 millions de personnes seront diabétiques. On attribue à cette pathologie 1,6 million de décès chaque année dans le monde, ce qui la place au 7ème rang des causes de mortalité (16,17).

Les complications de cette maladie sont nombreuses, chroniques et souvent graves.

Les principales complications, liées essentiellement à une atteinte microangiopathique ou macroangiopathique, sont les suivantes : rétinopathie, néphropathie, neuropathie, cardiopathie, accident vasculaire cérébral (AVC), artériopathie oblitérante des membres inférieurs, troubles trophiques (mal perforant plantaire). Ces complications peuvent donc amener à une cécité, une insuffisance cardiaque, une insuffisance rénale chronique terminale nécessitant la dialyse, des amputations, des handicaps sévères et un décès prématuré.

Le diabète confère un risque deux fois plus élevé pour les maladies vasculaires tels que les accidents vasculaires cérébraux et les coronaropathies, indépendamment des autres facteurs de risque classiques (18). L'insuffisance cardiaque est deux fois plus fréquente chez les hommes et cinq fois plus fréquentes chez les femmes atteintes de diabète. Le diabète est la première cause d'insuffisance rénale chronique terminale (19). Chaque année, en France, 8000 amputations sont liées au diabète.

Du fait de son incidence, de sa prévalence et de la forte morbi-mortalité qu'il induit, le diabète de type 2 est un enjeu majeur de santé publique.

1.5. L'éducation thérapeutique du patient

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Depuis 2007, elle est recommandée par la HAS qui précise que « les difficultés d'apprentissage (lecture, compréhension de la langue, handicap sensoriel, mental, troubles cognitifs, dyslexie, etc.), le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation et le lieu de vie ne doivent pas priver a priori les patients d'une ETP. Ces particularités doivent être prises en compte pour adapter le programme d'ETP en termes d'accessibilité géographique, culturelle, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, de choix des techniques et outils pédagogiques les plus adaptés aux publics concernés. » (20)

L'éducation à l'autogestion du diabète réduit significativement le risque de mortalité toutes causes confondues chez les diabétiques de type 2 (21).

Plusieurs études ont mis en évidence l'efficacité de différents programmes de promotion de la santé dans la lutte contre les inégalités sociales en santé (10). L'auto-soin est un des enjeux de l'ETP. Pour se faire, il faut prendre en considération les éléments de différenciation sociale des personnes (22). L'Assurance Maladie propose un service d'accompagnement pour le diabète nommé SOPHIA. Les patients qui adhèrent à ce service gratuit reçoivent par courrier ou par e-mail des informations et des conseils pratiques. Ils bénéficient également d'entretiens téléphoniques avec des infirmiers spécialement formés à l'accompagnement des malades chroniques, qui les soutiennent, leur donnent des conseils adaptés à leur état de santé et les encouragent à mettre en pratique les recommandations des soignants. Ils sont joignables par téléphone pour répondre aux interrogations des adhérents.

Dans l'Hérault, plusieurs associations ou réseaux ont développé des programmes d'ETP : le réseau Audiab, l'Association des Diabétiques de l'Hérault AFD34, l'association DREAM (Diabète, Recherche, Éducation, Alimentation, Métabolisme).

Le réseau Audiab, initialement présent dans le département de l'Aude, se développe à présent dans quelques villes de l'Hérault, du Gard et des Pyrénées-Orientales. C'est un réseau de santé créé en 2000 à l'initiative de 4 co-fondateurs : Le Docteur Courrèges, Chef de service de Médecine A du centre hospitalier de Narbonne, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Aude, l'association de formation médicale continue de Narbonne et le laboratoire Novonordisk (23). Ce réseau est composé d'infirmiers, médecins, podologues, diététiciens, kinésithérapeutes, pharmaciens, psychologues, sophrologues, avec la participation de l'Association Française des Diabétiques. Il propose 3 programmes d'éducation : un programme initial pour répondre aux questionnements des participants, et leur permettre de mieux appréhender leur pathologie, un programme de suivi centré sur les échanges pour permettre aux participants de gagner en autonomie et améliorer leur qualité de vie et enfin un accompagnement méthodologique des équipes de professionnels pour l'élaboration de programmes d'éducation thérapeutique.

L'Association des Diabétiques de l'Hérault AFD34 a été fondée en 1986 et est rattachée à l'Association Française des Diabétiques. Son rôle est d'informer, d'éduquer et de soutenir les personnes diabétiques de type 1 et 2, ainsi que leurs familles. Elle compte environ 200 adhérents dont 2 patients-experts. Ces derniers encadrent des ateliers qui sont organisés tous les mois dans des hôpitaux, des maisons pour tous ou des maisons de santé pluridisciplinaires du département. Ces ateliers s'organisent autour d'un petit groupe de patients (6 à 10 personnes) afin de privilégier le dialogue. Les principaux thèmes abordés sont : le ressenti et les représentations vis-à-vis de la maladie, l'éducation en matière d'alimentation et d'activité physique, l'accès aux droits sociaux. L'association fait appel à des interprètes bénévoles. L'association réalise également des campagnes de sensibilisation sur le diabète avec des actions de dépistage par glycémie capillaire réalisée par des infirmiers et infirmières bénévoles, par exemple sur le marché de la Mosson.

L'association DREAM (Diabète, Recherche, Éducation, Alimentation, Métabolisme) a été créée en 2005 à l'initiative du Professeur AVIGNON, chef de service d'endocrinologie du CHU de Montpellier.

Elle soutient le programme Solidarité Alimentation Activité physique Mosson (SAAM) et le programme d'éducation thérapeutique « Solidarité Diabète ».

Le programme SAAM a pour objectifs de promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à la santé auprès des familles du quartier Mosson. Elle tente de faire évoluer les comportements alimentaires, d'apporter des connaissances en matière d'équilibre alimentaire et de promouvoir la pratique d'une activité physique, via les séances d'activité physique adaptée accessibles à tous.

Le programme Solidarité Diabète est né en 2012, c'est le fruit d'un programme expérimental soutenu par l'Agence régionale de Santé (ARS) (24) qui a proposé une intervention en ETP pour des personnes diabétiques de type 2 au sein du quartier de La Mosson. Il a mis en évidence la nécessité de la coordination de l'ensemble des acteurs de santé, l'importance de l'approche éducative en groupe et en individuel, centré sur les préoccupations des personnes et la contribution des associations de patients et de proximité. L'équipe est composée de différents professionnels du domaine de la santé et du social : médecins, infirmiers, diététiciennes, psychologues, assistante sociale.

Ce programme est composé d'un entretien initial dit de « diagnostic éducatif » réalisé par un médecin ou une infirmière afin de connaître le patient et de fixer les objectifs personnalisés. Puis des ateliers hebdomadaires d'éducation thérapeutique encadrés par des professionnels de santé autour de plusieurs thèmes ont lieu : alimentation, expérience et vécu du diabète, information sur la maladie, la surveillance et les traitements. Un atelier, encadré par un travailleur social, est consacré à l'éducation aux droits sociaux. Enfin, un entretien individuel à distance permet d'évaluer les acquis (Annexe 3).

Les associations de quartier ont aussi un rôle social. Elles permettent aux patients isolés de se rencontrer et de créer du relationnel : s'exprimer sur le vécu du diabète mais aussi échanger sur les difficultés du quotidien.

1.6. Précarité et diabète de type 2 : quels liens ?

Il n'existe pas de pathologies spécifiques de la précarité mais on peut sans nul doute affirmer que cette dernière a un impact sur la santé.

Plusieurs études montrent que la précarité augmente le risque de pathologies cardio-vasculaires (25,26), métaboliques telles que l'obésité et le diabète (27–31), psychiatriques comme les troubles anxio-dépressifs (32), bucco-dentaires (33,34) ainsi que les troubles addictifs tels que le tabagisme ou la consommation de cannabis (35–37).

Dans les études s'intéressant aux liens entre le diabète et la précarité, celle-ci est déterminée de différentes manières : patients avec un score EPICES supérieur à 30, patients bénéficiaires de minima sociaux ou de CMU, patients résidents dans une zone géographique défavorisée, patients sans emploi, etc.

Quelle que soit la façon de définir la précarité, les résultats des études aboutissent au même constat : la précarité favorise le diabète et ses complications.

- Prévalence

La prévalence du diabète de type 2 augmente avec le niveau de précarité mesurée par le score EPICES : chez les personnes en situation de précarité elle est 3 à 8 fois plus élevée que chez les personnes non précaires (27). En 2015, chez les moins de 60 ans, la prévalence du diabète traité était 2 fois plus élevée chez les personnes bénéficiant de la CMU-C que chez celles n'en bénéficiant pas (3,6 % vs 1,7 %). Elle était 1,3 fois plus élevée chez les hommes et 1,7 fois plus élevée chez les femmes résidant dans les communes métropolitaines les plus défavorisées que chez ceux qui résidaient dans des communes métropolitaines les plus favorisées (38).

En France, environ 700 000 personnes ignorent qu'elles sont atteintes de diabète (14).

Une étude, réalisée au cours des années 2006-2007, a confirmé chez les personnes précaires la grande fréquence du diabète méconnu, souvent découvert à un niveau de déséquilibre glycémique majeur (39). En 2012 à Strasbourg, au cours d'une campagne de sensibilisation, des infirmières bénévoles de Vaincre le Diabète ont réalisé plus de 1600 dépistages par glycémie capillaire : 8 % des personnes dépistées, a priori non diabétiques, ont présenté des résultats suspects (glycémie à jeun comprise en 1,10 et 1,26 g/l ou glycémie post prandiale comprise entre 1,40 et 2 g/l) voire anormaux

(glycémie à jeun supérieure à 1,26 g/l ou glycémie post prandiale supérieure à 2 g/l). Par ailleurs, des disparités ont pu être constatées en fonction des zones urbaines dans lesquelles ces mesures ont été effectuées : 3,4 % des personnes dépistées, a priori non diabétiques, ont présenté des résultats suspects voire anormaux au centre-ville de Strasbourg, contre près de 10 % dans le quartier prioritaire Neuhof-Meinau (40).

- Équilibre glycémique

Le taux d'HbA1c est significativement corrélé avec le score EPICES (30,41). Le fait de bénéficier de la CMU est associé à un équilibre glycémique de moins bon niveau (HbA1c statistiquement supérieure : 8,7 % versus 8 %) (29).

- Complications du diabète de type 2

Concernant les complications du DT2, la rétinopathie (30,40), la neuropathie (30) et la néphropathie (42,43) sont significativement plus fréquentes pour les personnes précaires. Les personnes âgées de moins de 60 ans et bénéficiant de la CMU-C, sont hospitalisés plus fréquemment que celles non bénéficiaires de la CMU-C pour les infarctus du myocarde, les AVC, les plaies du pied et les amputations de membre inférieur (44).

Dans une étude écossaise (45), chez les personnes diabétiques de type 2, la « privation », synonyme de précarité, était significativement associée aux cardiopathies ischémiques, aux maladies vasculaires périphériques, à la neuropathie et aux ulcères du pied.

L'absence de « lien social » (défini comme vivre seul, absence de visites d'un ami ou d'un parent au cours du dernier mois, aucune participation à des rassemblements sociaux) est associée à un facteur de risque d'amputation de 2,1 à 3,8 fois plus élevé (46).

- Suivi

En terme de suivi, les consultations dentaires, ophtalmologiques et cardiologiques sont moins fréquentes chez des personnes DT2 résidant dans les communes les plus défavorisées que chez les personnes résidant dans les communes les plus favorisées (44). Le fait de bénéficier de la CMU est associé à un suivi moins appliqué : moins de recherche de micro-albuminurie, de surveillance ophtalmologique, de consultations endocrinologiques (29).

Le désavantage socio-économique est associé à une non-observance du traitement, indépendamment d'une maladie de longue durée, d'un mode de vie risqué, d'un faible niveau d'éducation, du fait de vivre seul et d'une faible confiance dans les soins de santé (47).

1.7. Questions de recherche

Constatant le lien entre le diabète de type 2 et la précarité dans les résultats de la littérature, nous nous sommes interrogés sur l'attitude des médecins généralistes confrontés à cette situation.

L'objectif de notre travail était dans un premier temps de décrire les pratiques de prise en charge des patients diabétiques de type 2 en situation de précarité par les médecins généralistes installés dans un quartier prioritaire. Dans un second temps, nous voulions comprendre quelles difficultés rencontraient les médecins généralistes dans ce contexte.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative avec un guide d'entretien comportant des questions ouvertes et fermées au cours d'un face-à-face avec le médecin généraliste interrogé. Nous avons choisi une méthode d'analyse dite par thématization (48).

2.2. Population étudiée

Nous avons recherché sur le site de l'INSEE, les quartiers de Montpellier où le taux de la population vivant sous le seuil de pauvreté était le plus élevé.

Les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) sont des territoires d'intervention du ministère de la Ville, définis par la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014. Ils ont été identifiés selon un critère unique, celui du revenu par habitants. Ils remplacent les zones urbaines sensibles (ZUS) et les contrats urbains de cohésion sociale (CUCS).

Dans les QPV, la population est en moyenne plus jeune. Il existe des difficultés d'insertion sur le marché du travail et un déficit de formation et de qualification. Le retard scolaire est plus marqué.

A partir du site geoportail.gouv.fr, portail national de la connaissance du territoire, mis en œuvre par l'Institut national de l'information géographique et forestière, nous avons sélectionné les territoires de Montpellier correspondant aux quartiers prioritaires.

Nous avons choisi pour notre étude deux quartiers de Montpellier classés priorités de la ville : le quartier de la Mosson (autrefois nommé La Paillade) et le quartier Le Petit Bard.

Nous nous sommes intéressés aux caractéristiques socio-démographiques, à l'emploi, à l'éducation et aux prestations sociales des deux territoires inclus (49,50).

Dans le quartier de la Mosson, le taux de pauvreté (au seuil de 60 %) est de 58,4 % contre 26,2 % pour la ville de Montpellier et le taux de bas revenus déclarés (au seuil de 60 %) est de 79,1 % contre 36,3 % à Montpellier.

Seuls 15,5 % des ménages sont imposés, contre 51,1 % pour la commune de Montpellier.

Un foyer sur quatre compte 5 membres ou plus. 18,5 % des familles sont monoparentales.

Deux tiers des habitants âgés de 15 à 64 ans n'ont pas d'emploi. 29,9 % des allocataires de la CAF ont leurs revenus constitués en totalité de prestations sociales, 17,4 % pour la ville de Montpellier.

Concernant la couverture sociale, 38,7 % des habitants bénéficient de la CMU, soit deux fois plus qu'à Montpellier.

Un quart des habitants est de nationalité étrangère. Concernant le niveau socio-culturel, 77,7 % de la population n'a pas de diplôme ou a un diplôme de niveau inférieur au baccalauréat. Environ un jeune âgé de 16 à 24 ans sur deux ne poursuit pas d'études.

Dans le quartier Le Petit Bard, les données sont sensiblement les mêmes que dans le quartier Mosson concernant le taux de pauvreté et le taux de bas revenus déclarés (57,8 % et 76,2 % respectivement). Il y a un peu moins de familles monoparentales (12,8 %). Il y a plus d'habitants de nationalité étrangère : plus d'un habitant sur trois est étranger (37,2 %).

Ces caractéristiques sont résumées dans le tableau suivant.

Caractéristiques socio-démographiques, emploi, éducation, prestations sociales (données 2013 et 2016)	QPV La Mosson	QPV Le petit bard	Montpellier
Taux de pauvreté	58,4	57,8	26,2
Taux de bas revenus	79,1	76,2	36,3
Ménages imposés	15,5	20,6	51,1
Taux d'emploi des 15-64 ans	35,1	35,1	51,4
Revenus constitués en totalité de prestations sociales	29,9	27	17,4
Familles monoparentales (données 2015)	18,5	12,8	12,3
Bénéficiaires de la CMU (données 2017)	38,7	35,2	17,4
Absence de diplôme ou diplôme de niveau inférieur au baccalauréat (données 2010)	77,7	70	43,6
Habitants de nationalité étrangère (données 2010)	28,4	37,2	11,1

Dans ces deux quartiers, plus de la moitié de la population vit sous le seuil de pauvreté (58,4 % pour la Mosson et 57,8 % pour le Petit Bard).

Nous avons à l'aide du site des Pages Jaunes (www.pagesjaunes.fr) et du site Conseil National de l'Ordre des médecins (<https://www.conseil-national.medecin.fr/>), inclus les médecins généralistes installés dans ces territoires.

2.3. Choix des données à recueillir

Nous avons réalisé un guide d'entretien (Annexe 4).

La première partie du guide d'entretien consistait à présenter le projet de recherche et comportait des questions sur les informations démographiques et socioprofessionnelles du médecin généraliste : son âge, la durée d'installation dans le quartier, les langues parlées, la durée moyenne d'une consultation au cabinet et d'une visite à domicile et ses formations complémentaires.

La deuxième partie du guide d'entretien était dédiée à des questions ouvertes ou semi-ouvertes sur la définition de la précarité, les moyens de repérer un patient précaire, l'objectif d'équilibre glycémique, les traitements médicamenteux anti-diabétiques, les points importants de l'éducation thérapeutique, les intervenants dans la prise en charge du patient DT2 précaires et les difficultés qu'ils rencontraient. Une question portait sur leurs attentes pour améliorer la prise en charge de ces patients. Enfin, les deux dernières questions étaient fermées, elles concernaient le degré de satisfaction de prise en charge des patients diabétiques de type 2 précaires et non précaires.

Des questions de relance étaient posées lorsque l'investigateur souhaitait recentrer le sujet ou faire préciser ou développer la personne interrogée. Il s'agissait de reformulation-écho.

2.4. Inclusion

Nous avons contacté par téléphone 23 médecins généralistes répondant aux critères d'inclusion, pour leur présenter brièvement le projet et leur demander un rendez-vous dans leur cabinet médical pour un entretien. Dix médecins ont refusé évoquant comme motif le manque de temps. Nous les avons recontactés un mois plus tard mais ils ont à nouveau refusé pour le même motif.

Treize médecins généralistes ont été rencontrés. Les entretiens ont eu lieu du 3 mai au 26 juin 2018, ils ont été enregistrés avec la fonction dictaphone d'un téléphone Iphone SE, après recueil de leur consentement oral.

2.5. Retranscription et analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits intégralement sur Word, mot à mot, à partir de l'enregistrement audio, constituant le verbatim (Annexe 5). L'anonymisation des données était immédiate lors de la retranscription : les médecins ont été identifiés par la lettre M associée à un chiffre correspondant à l'ordre d'enregistrement. Les expressions des médecins ont été notées entre parenthèses telles que les rires ou les soupirs par exemple.

Les caractéristiques démographiques et socio-professionnelles des médecins interrogés ont été répertoriées dans un tableau.

Les verbatim ont été analysés avec une méthode dite de thématization.

Pour les deux dernières questions, une étude statistique de type Test du Student pour échantillons appariés a été réalisée.

3. RESULTATS

3. 1. Caractéristiques de la population étudiée

Sur les 13 médecins généralistes interrogés, 7 sont des femmes.

Les médecins étaient âgés de 29 à 69 ans, soit 49 ans en moyenne.

Ils sont installés dans le quartier depuis 9 ans en moyenne (de 7 mois à 22 ans).

Ils parlent presque tous anglais sauf deux médecins. Cinq médecins parlent arabe ou un dialecte arabe. Un médecin parle six langues : français, italien, espagnol, anglais, arabe et un dialecte arabe.

Aucun n'a de formation spécifique sur le diabète. Ils sont deux à avoir un diplôme universitaire de nutrition.

Une consultation au cabinet dure en moyenne 17 minutes et une visite à domicile 30 minutes.

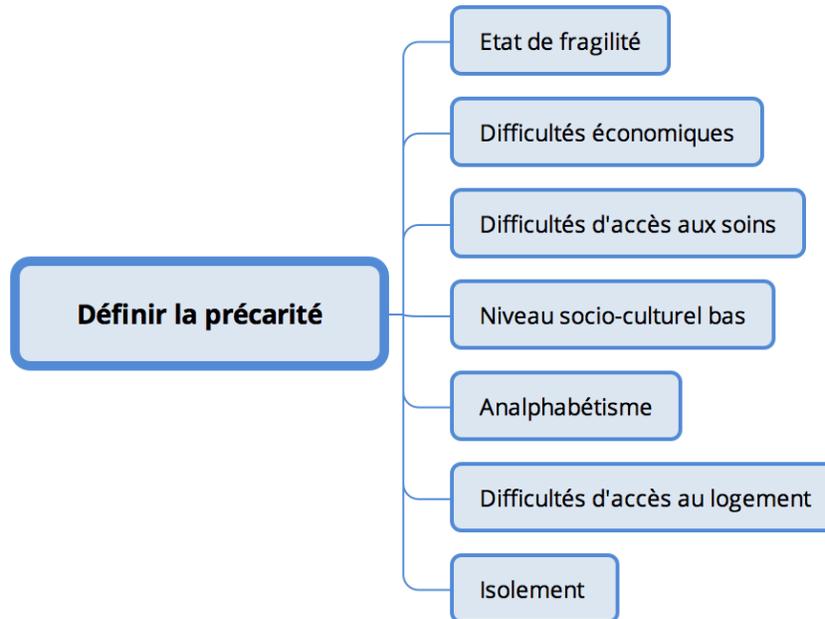
Les entretiens ont duré en moyenne 13 minutes (de 6 minutes 30 secondes à 22 minutes pour le plus long).

Ci-dessous, le tableau I synthétise les caractéristiques de la population étudiée.

Tableau I : Caractéristiques de la population étudiée

Médecins	Genre	Age	Durée d'installation	Langues étrangères parlées	Durée consultation / visite à domicile
M1	H	69 ans	22 ans	Aucune	5 à 60min/45min
M2	H	29 ans	1 an et demi	Anglais, Espagnol, Arabe	15min/30min
M3	F	30 ans	9 mois	Anglais	20min/30min
M4	H	34 ans	3 ans	Anglais	15min/30min
M5	F	46 ans	8 ans	Anglais	20min/30min
M6	H	32 ans	5 ans	Arabe, Espagnol	15min/30min
M7	H	59 ans	18 ans	Anglais, Portugais	15min/20min
M8	F	31 ans	2 ans	Anglais, Espagnol, Rifain	15min/20-25min
M9	F	48 ans	20 ans	Anglais	15min/20min
M10	F	35 ans	7 mois	Anglais	15min/30min
M11	H	53 ans	18 ans	Anglais, Arabe	15min/30min
M12	F	48 ans	10 ans	Anglais, Espagnol, Arabe et arabe dialectal, Italien	15min/30min
M13	F	48 ans	9 ans	Anglais	10-20min/30min

3.2. Définition de la précarité



C'est un « *vaste sujet* » (M8). Un médecin souligne que c'est une « *notion qui est variable* » (M12). Les médecins de notre étude donnent tous une définition différente. En effet, on peut définir la précarité sous plusieurs angles. Les définitions données par les médecins comportent toutes plusieurs aspects.

- **La précarité économique :**

La grande majorité des médecins évoque la précarité économique en citant les difficultés financières (M5, M6, M7, M9), l'incapacité matérielle (M3), le manque de revenus ou de moyens (M1, M2, M4, M5, M10, M11, M12), de faibles ressources (M8). Ce sont « *des gens pauvres* » (M12), « *ils vivent des aides essentiellement, l'allocation adulte handicapé, les allocations familiales pour les mamans [...] souvent déclarées isolées pour pouvoir bénéficier des aides* » (M5).

Deux médecins nuancent : « *c'est pas tellement financier* » (M7). « *Ici, [...] on n'a pas tellement de problème financier. Les gens perçoivent des aides quand même* » (M5).

Un seul médecin (M13) n'aborde pas l'aspect économique pour définir la précarité.

- **L'isolement :**

La notion d'isolement et d'intégration apparaît :

« *incapacité [...] d'être intégré* » (M3)

« *isolé socialement, pas d'entourage familial, au niveau aussi des amis* » (M10)

« *des gens mal entourés* » (M9), « *femmes seules* » (M1), « *les relations sont distendues* » (M7).

Un médecin, à l'opposé, évoque « *l'entraide dans ce quartier [...] communautaire* » (M13).

- **Un niveau socio-culturel bas et une barrière linguistique**

Plus de la moitié des médecins parlent du niveau socio-culturel ou de la barrière de langage pour définir la précarité.

« *incapacité [...] d'avoir une vie scolaire* » (M3)

« *précarité liée à leur niveau scolaire, certains ne savent pas lire, [...] ne parlent pas français* » (M5)

« *misère culturelle, misère intellectuelle* » (M7)

« *des gens qui ne parlent pas la langue du pays* » (M9)

« *la barrière de la langue qui peut aussi mettre en précarité certaines personnes* » (M10)

« *niveau de connaissances plutôt bas et aussi un problème de langue* » (M11)

« *Il y a la précarité vraiment intellectuelle aussi, avec un taux d'analphabétisme très important [...] Il y a la précarité aussi de culture, des gens qui n'ont pas eu accès à l'information [...] qui n'ont pas accès à la culture écrite* » (M12)

« *le niveau de compréhension* » (M13)

- **La précarité au niveau de la santé :**

Une autre façon d'aborder la précarité est de parler de précarité au niveau de la santé.

Plusieurs médecins rapportent la difficulté d'accès aux soins (M2, M3, M6, M8, M10, M13).

« *elles sont incapables d'aller chez le médecin toutes seules* » (M5)

« *difficulté à avoir accès au médecin traitant, c'est les difficultés économiques par rapport à la consultation* » (M6)

Un médecin reconnaît le lien entre la précarité et la morbidité : « *populations qui sont très à risque de développer beaucoup de pathologies : [...] au niveau dentaire, [...], tuberculose, la gale* » (M8)

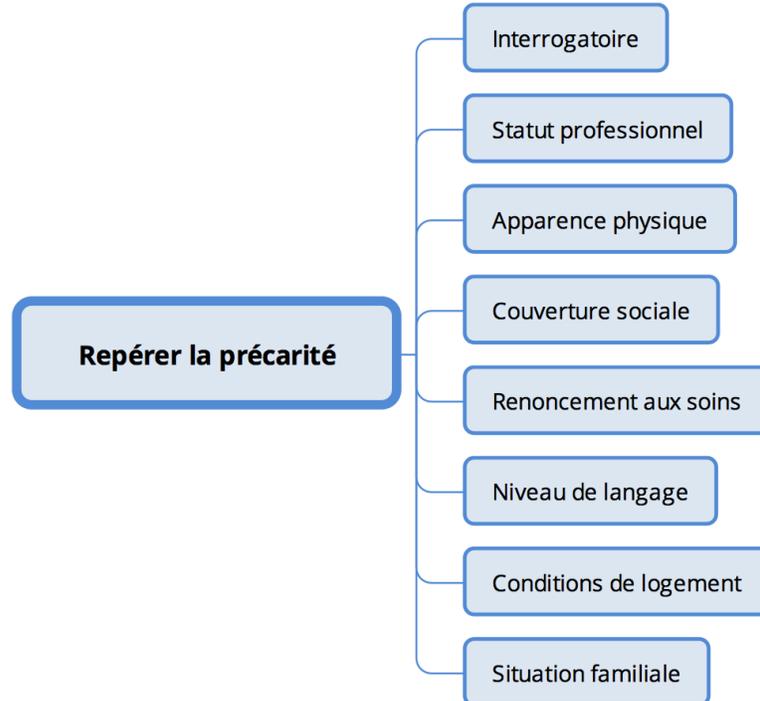
- **La situation géographique :**

Deux médecins parlent de la situation géographique : « *le quartier dans lequel on habite* » (M4), « *Je suis à La Paillade ! Les gens ils sont malheureux déjà d'habiter dans un quartier difficile* » (M1)

- **L'accès au logement**

Un seul médecin y fait référence : « *La précarité ça serait une difficulté d'accès au logement [...] pas accès à l'eau courante, à la douche, là on a une grande précarité* » (M13). Elle estime ne pas être confrontée aux patients précaires : « *c'est pas mes patients. Moi la majorité ont des appartements* ».

3.3. Repérer un patient précaire



Pour certains médecins, ce n'est pas facile de repérer la précarité :

« *C'est dur comme question* » (M3), il y a « *plusieurs facettes, c'est pas univoque* » (M7).

« *C'est difficile* » (M2), « *C'est pas toujours facile à détecter* » (M5).

Au contraire, pour le médecin M4, « *c'est pas très difficile de les repérer* », il explique qu'il ne voit « *quasiment que des gens précaires* ».

Un médecin (M3) précise ne pas avoir de questionnaire ni de grille pour évaluer la précarité.

On s'aperçoit dans notre enquête que les médecins ont tous des manières différentes de repérer une situation de fragilité.

Pour plusieurs médecins, l'interrogatoire permet de détecter les patients précaires : « ils me parlent de leur vie » (M1), « je leur demande directement où est-ce qu'ils se situent » (M2), « il y a des patients qui se signalent » (M3), « je pose des questions » (M9), « par le dialogue » (M12).

Il faut parfois « décoder, c'est un peu indirect » (M3).

La couverture sociale ou l'attribution d'aides sociales peuvent permettre de repérer une situation de précarité :

« la CMU, la complémentaire santé, y a énormément de patients pour qui on fait le tiers payant » (M3)

« il a la CMU en général ou l'ACS » (M4)

« s'il a des aides sociales ou pas » (M8)

« pas de carte médicale » (M13)

Le médecin M5 souligne l'inobservance, qu'elle rattache à un problème de compréhension : « examens qu'il n'a pas effectués, [...] ne comprend pas ce que je lui dis dans le traitement, [...] on voit bien qu'il y a des médicaments par exemple qui ne sont pas pris parce qu'il me dit qu'il lui en reste ».

Certains médecins constatent les conditions de vie et le logement lors de visites à domicile : « on voit un peu comment ils vivent, à combien ils sont, qu'est ce qu'il y a comme mobilier, [...] quel est leur quotidien », « les enfants ne sont pas scolarisés » (M3), « on voit leur logement, on comprend qu'il y a une précarité » (M2) « l'habitat, les conditions de vie » (M10), « la promiscuité » (M11), « à domicile, on se rend compte de beaucoup de choses » (M12), « vivent dans des caravanes » (M13).

D'autres médecins s'aperçoivent qu'une situation de précarité existe lorsque le patient renonce à certains soins parce qu'ils ne sont pas remboursés, comme certains traitement (M2) ou la pédicurie (M3) ou parce que leurs déplacements sont limités à certains moyens de transport comme le tramway (M3). « Un patient qui a du mal à consulter » (M6).

Pour le médecin M10, le patient précaire est « *polypathologique* ».

La situation familiale (M12) ou l'absence d'entourage familial ou amical (M10) peut être un moyen de détecter une situation de précarité.

L'absence d'activité professionnelle peut être un indicateur de précarité : « *si elle travaille, si elle travaille pas* » (M12).

L'apparence permet parfois de détecter une situation de précarité : « *comment je le perçois déjà physiquement, [...] l'état bucco-dentaire [...] c'est des personnes qui sont sales* » (M8), « *sale ou peu soigneux de soi, il a pas des habits corrects* » (M7), « *un niveau d'hygiène un peu plus restreint* » (M13)

Ils sont plusieurs à évoquer les difficultés de compréhension et le niveau de langage comme moyens de repérer un patient précaire :

« *qui sont pas capable de téléphoner, [...] qui ne savent pas lire le français ou qui savent pas bien s'exprimer en français* » (M3)

« *personnes qui parlent pas toujours bien, qui ont pas toujours de grandes possibilités d'élocution* » (M4)

« *patient qui a des difficultés à comprendre ce qu'on lui dit, qui a du mal à comprendre les consignes qu'on lui donne* » (M6)

« *recevoir, comprendre une information [...] comment il intègre quelque chose qui est nouveau pour lui* » (M7)

« *niveau de langage* » (M8)

« *en discutant, par le dialogue on voit bien quel est le niveau socio-culturel de la personne* » (M12)

3.4. Prendre en charge le patient diabétique en situation de précarité

3.4.1. Objectif d'équilibre glycémique

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé sont citées par deux médecins (M3, M8).

La majorité des médecins fixe l'objectif glycémique à 7% d'hémoglobine glyquée (M1, M2, M3, M5, M6, M9, M10, M11, M12). Ils sont nombreux à ajouter une nuance en fonction de l'âge et du terrain du patient (M1, M2, M3, M6, M7, M8, M9, M13).

« ceux qui sont plus âgés où je tolère 8 [...] 6,5 les gens qui sont vraiment jeunes » (M2)

« en fonction de l'âge, en fonction du reste du terrain » (M3)

« tout dépend des comorbidités, de l'âge » (M8)

« le meilleur possible selon son âge [...] on est un peu plus strictes chez les tout jeunes. Et 8-8,5 chez les gens âgés selon l'environnement » (M9)

« en fonction de la sévérité des pathologies, on peut aller jusqu'à 8,5 d'hémoglobine A1c » (M13).

Pour deux médecins, l'objectif d'hémoglobine glyquée est à 7,5 % : *« 7,5 je m'en contente » (M7), « déjà inférieur à 7,5% c'est bien » (M12).*

Le médecin M4 fixe l'objectif d'équilibre glycémique à 6,5% d'HbA1c pour les non précaires et 7% pour les précaires.

Concernant les patients estimés précaires, les médecins M2, M3, M5, M6, M11, M12 ne font aucune différence dans l'objectif d'équilibre glycémique, par rapport aux patients non précaires.

Certains médecins expliquent qu'ils font une différence pour les patients estimés précaires (M1, M4, M7, M8, M9, M10, M13) :

« on fait un compromis en fonction pareil de l'âge, de ce qu'ils peuvent, de ce qu'ils acceptent » (M1)

« on est un petit peu moins exigeant sur les objectifs » (M4)

« dans les textes, c'est vrai que normalement ce sont les mêmes objectifs, mais c'est vrai que en pratique c'est beaucoup plus compliqué, on s'en rend compte ici, c'est très difficile, du fait de nombreuses raisons ». (M8)

« *Oui j'en tiens compte quand même* » (M9)

« *Oui je serai plutôt moins exigeante. Et puis surtout être plus encourageante [...] on peut pas non plus exiger plus que ce que le patient peut faire.* » (M10)

« *je serai beaucoup plus tolérante [...] ça dépend du niveau de précarité* » (M13)

Le médecin M7 fait une différence pour les patients précaires : « *peut-être que j'ai une latitude un peu plus...euh... OK c'est bon à 7,8-8.* » Puis il reprend en expliquant : « *J'essaie quand même de lutter le mieux que je peux pour avoir un HbA1c correct. J'essaie de voir mes préjugés, [...] j'essaie de ne pas faire de différence.* »

3.4.2. L'éducation thérapeutique d'un patient DT2 précaire

Les médecins insistent avant tout sur les règles hygiéno-diététiques, l'observance thérapeutique et le suivi. L'information orale et la répétition des explications est importante.

« *essayer à chaque consultation d'agir sur un objectif [...] c'est vraiment par petites touches* » (M5)

« *Dans toute l'information orale qu'on doit donner. [...] Tout est dans l'explication et dans l'information donnée oralement. [...] c'est dans la répétition des informations et des conseils à chaque consultation.* » (M12)

- **L'alimentation**

Plusieurs médecins insistent particulièrement sur le régime ou l'hygiène alimentaire (M1, M3, M5, M6, M7, M8, M9, M11, M12, M13).

« *l'alimentation parce que je pense que c'est le pire truc, les pires mauvais choix qu'ils font quoi...d'alimentation,[...] c'est pas forcément plus cher de mieux choisir ce qu'on achète quoi... et pas forcément plus compliqué parce que par exemple ici on a un grand marché* » (M3)

« *le problème il est plus sur l'alimentation, donc là on joue par petites touches.* » (M5)

Le médecin M2 insiste plutôt sur ce qu'il qualifie de « malbouffe ». Puis, il explique qu'« *au niveau alimentaire* », il « *insiste peut-être un petit peu moins* », « *ils ont pas forcément les moyens d'avoir une bonne alimentation* ».

Au contraire, le médecin M10 n'insiste pas « *parce que de toute façon, ils mangeront ce qu'ils peuvent manger. Ils pourront pas acheter des choses au-delà de leurs moyens.* ».

- **L'activité physique**

La majorité des médecins souligne l'importance d'une activité physique (M1, M2, M3, M4, M5, M7, M8, M11, M12). Ils encouragent les patients à marcher ou les incitent à participer aux activités physiques organisées par les associations.

« aller promener un p'tit peu avec les copines, d'aller à pied » (M1)

« je leur dis évidemment de marcher, de faire une activité physique mais je leur dirai pas de s'inscrire dans une salle de sport » (M2)

« en premier l'activité physique parce que c'est un recours souvent pas très compliqué », « Il y a l'association [...] qui propose des activités et... enfin il y a plein de trucs qui peuvent se faire sans que ça leur coûte financièrement » (M3)

« dans le quartier il y a beaucoup d'associations qui proposent de la gym, de la marche [...] je les incite à aller à ce genre de chose développer leur activité physique. » (M5)

« rééducation sportive qui est fondamentale » (M12)

- **Le suivi**

Deux médecins mettent l'accent sur le suivi.

« qu'ils fassent leurs bilans, le suivi, parce qu'avec le bilan on peut quand même voir un peu si... » (M1)

« une consultation cardio et ophtalmologique annuelle » (M6)

- **L'observance thérapeutique**

Certains médecins insistent sur l'observance (M2, M4, M9, M10, M11).

« bien prendre les traitements à l'heure » (M2)

« il y a une observance qui n'est pas toujours aussi bien respectée dans les populations précaires » (M4)

« Le traitement, [...] qu'il essaie d'être régulier » (M9)

« L'observance thérapeutique. Donc s'il faut mettre en place un passage infirmier pour la prise des traitements, oui. » (M10)

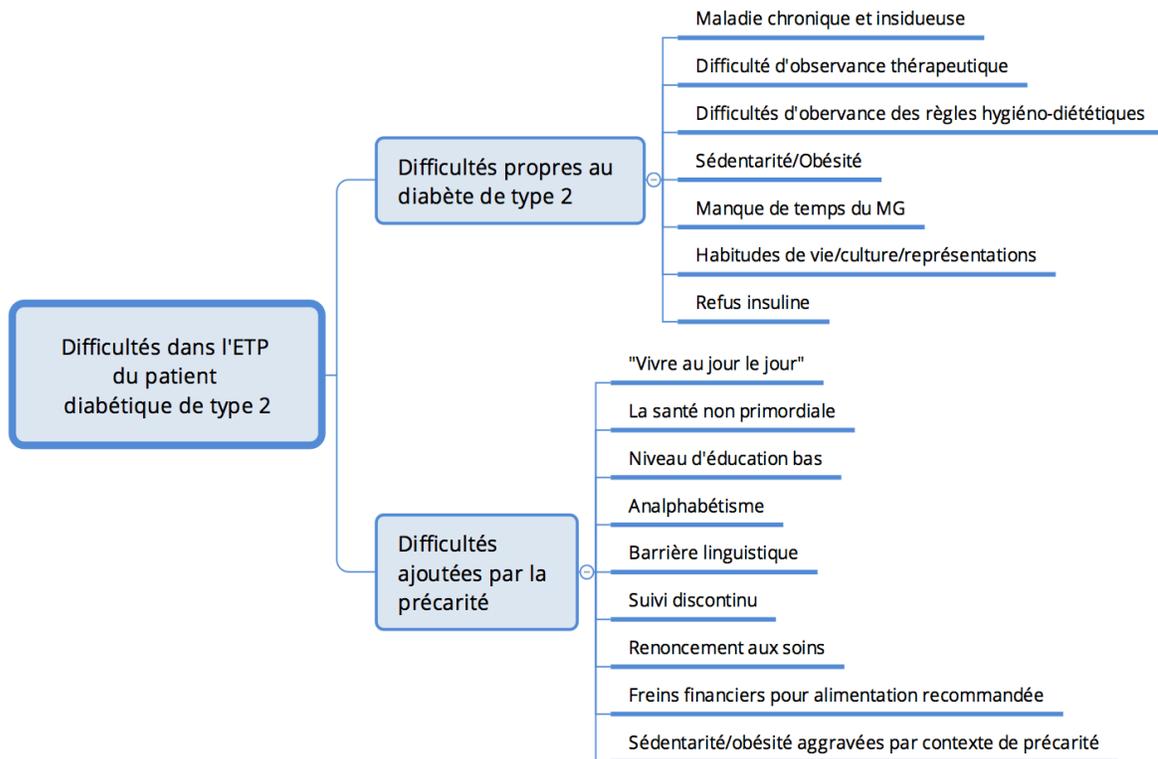
Pour le médecin M5 *« l'observance médicamenteuse on y arrive à peu près, parce qu'on a le relais, moi j'hésite pas à faire passer les infirmières, même pour un traitement uniquement avec ADO. »*

- **L'hygiène des pieds**

Deux médecins prêtent attention à l'hygiène des pieds (M6 et M13).

« *l'hygiène, des pieds à la tête, surtout les pieds* » (M13).

3.4.3. Les difficultés rencontrées dans l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 précaires



- **La culture, les habitudes, les représentations**

Les médecins ont beaucoup de difficultés à lutter contre des habitudes de vie, qui sont souvent liées à une culture ou à des représentations.

Un médecin semble catégorique : « *faire des efforts, modifier leur alimentation en particulier, c'est pas qu'une question de coût, c'est une question d'habitude* » (M5)

Pour d'autres, il s'agit de traditions, de cultures.

« *Modifier certaines habitudes alimentaires, qui sont ancrées depuis des années* » (M10)

*« habitudes culinaires culturels qui sont bien ancrées et on leur impose de faire un certain repas » ;
« je ne pouvais pas leur faire faire de sport, c'était impossible au niveau culturel, une dame d'un certain âge ne se met pas en baskets, ne se met pas en jogging, ne va pas faire de la marche et encore moins du footing. » (M12)*

Deux médecins citent l'exemple du miel et des dattes, erreurs alimentaires classiques dans les populations qu'ils soignent :

« ils ont des idées reçus difficiles, par exemple : le miel c'est pas du sucre, les dattes c'est pas du sucre. » (M1)

« il y a des représentations : le miel c'est bon pour la santé, les dattes, comme c'est un peu ce qu'ils utilisent pour rompre le jeûne, ça aussi c'est bon pour la santé. » (M8)

Deux médecins expliquent que le surpoids est lié à leur culture : *« une personne qui est bien en chair, c'est une personne en bonne santé. » (M8) ; « l'image corporelle est complètement différente d'une culture à l'autre et dans la culture musulmane maghrébine que je soigne, la femme est grosse. Alors eux, ils disent pas qu'elle est grosse, ils disent qu'elle a la santé. » (M12)*

- **L'alimentation**

Concernant l'alimentation, les médecins évoquent souvent des difficultés en lien avec des habitudes culturelles et la prise en charge non seulement du patient DT2 mais aussi de toute sa famille.

« les habitudes ancestrales de s'alimenter. [...] difficile de faire à manger à sa famille qui n'a pas de problème de sucre » (M1)

« c'est des gens, en tout cas ici, qui ont peut-être d'autres cultures, qui mangent déjà différemment, qui ont déjà une alimentation qui est pas forcément très équilibrée par rapport au diabète » (M2)

« Dans l'alimentation, il y a le fait que c'est en général pas forcément la personne qui est malade qui cuisine et du coup il faut prendre en charge toute la famille » (M3)

« j'ai remarqué quand même que voilà, c'était pas forcément des gens qui avaient une hygiène de vie adaptée, notamment au niveau de l'alimentation et de l'activité physique. [...] il y a beaucoup de personnes qui boivent du Coca, qui mangent du sucre, même s'ils savent qu'il faut pas en manger. » (M4)

« Y a beaucoup de choses à base de féculents et essayer de limiter un peu, de leur expliquer comment on pourrait essayer d'équilibrer un peu mieux leur repas c'est pas facile. » (M5)

« les plats sont souvent très cuisinés, souvent gras, beaucoup de sucre. » (M8)

« habitudes culinaires qui sont vraiment terribles, qui sont contre le régime proposé chez un diabétique de type 2 » ; « il est très difficile pour elle de l'appliquer parfois à cause de cette pression sociale et familiale... parce que les maris, les gens âgés de la famille ne voudront pas manger de cette nourriture-là qui est différente de leurs traditions. Et donc elles se retrouvent à faire deux repas différents, ce qui est très compliqué pour elles, et notamment dans la précarité, parce que c'est des sous de préparer un repas. » (M12)

La précarité peut avoir des conséquences sur l'alimentation : il existe un frein financier pour l'alimentation recommandée, la malbouffe affecte ces populations et la prise des repas est irrégulière.

« ils ont pas forcément les moyens d'avoir une bonne alimentation aussi donc forcément ils iront pas se faire des légumes et des fruits tous les jours [...] on a des fois des gens qui mangent pas de la journée » (M2)

« Ce sont des gens qui ne travaillent pas donc ils n'ont pas un rythme de vie régulier, qui se lèvent tard, qui prennent des repas complètement décalés dans la journée, pas à heure régulière » (M5)

« qui dit précarité dit régime alimentaire un peu moins bien suivi, et du moins au niveau financier ça suit pas quoi... donc. On sait très bien, ce qui coûte le moins cher c'est ce qui est pas bon pour la santé quoi. » (M6)

« Parce que souvent les précaires, les gens que je vois en tout cas, ils ont tendance à aller vers une malbouffe quotidienne, journalière [...] souvent ça va de pair. Malbouffe avec une sorte de prostration dans la vie quoi. » (M7)

« il va avoir tendance malheureusement à manger ... acheté en magasin, malheureusement le moins cher, c'est les choses qui sont le plus sucré, le plus salé. Il y a cette tendance là à avoir une mauvaise hygiène alimentaire[...] On va pas forcément acheter des fruits et des légumes, on n'aura pas une alimentation équilibrée, on va plutôt manger des aliments salés, des chips, du Coca, des jus...» (M8)

« ils mangeront que ce qu'ils peuvent manger. Ils pourront pas acheter des choses au-delà de leurs moyens. » (M10).

« ne vont pas avoir accès à des aliments plus diététiques mais beaucoup plus chers » (M12)

- **La sédentarité**

La sédentarité constitue un frein pour la prise en charge du diabétique. La précarité joue un rôle dans la sédentarité. En effet, le manque de moyens peut limiter les activités.

« *on n'a pas les moyens donc on va pas faire des activités le week-end, donc on reste souvent à la maison, donc on bouge pas.* » (M8)

« *Enfermé dans le canapé avec la télé et puis c'est fini, quoi, la vie est ainsi. Y a pas d'activité, pas d'activité professionnelle* » (M7)

« *Ce sont des gens qui ne travaillent pas donc ils n'ont pas un rythme de vie régulier, qui se lèvent tard, qui prennent des repas complètement décalés dans la journée, pas à heure régulière* » (M5)

- **Le surpoids, l'obésité**

Le surpoids et l'obésité peuvent résulter de la sédentarité ou de la précarité.

« *y a pas mal de gens sédentaires et donc du coup de gens en surpoids* » (M4)

« *souvent il y a la précarité et l'obésité qui sont liées* » (M8)

« *Souvent ça peut être associé au syndrome métabolique* » (M10)

Toutefois, le surpoids peut aussi être en lien avec des normes culturelles.

« *il y a le problème du poids, [...] dans la culture musulmane maghrébine que je soigne, la femme est grosse.* » (M12)

« *dans ma population à moi, ils aiment avoir un surpoids* » (M13)

- **Le suivi**

Le suivi est complexe, irrégulier et parfois ne peut se faire en continu pour les patients qui partent en voyage à l'étranger, expliquent les médecins.

« *le carnet de santé ils l'amènent jamais* » (M1, évoquant le carnet de surveillance glycémique)

« *C'est dur d'avoir une régularité et que chaque année, ils prennent leur rendez-vous avec leur cardiologue, que chaque année ils voient le dentiste, que chaque année ils voient l'ophtalmo* »,

« *On a aussi des patients qui passent trois mois à l'étranger, ils reviennent juste le temps de faire un bilan et on n'a même pas le temps de mettre en place quelque chose qu'ils sont déjà repartis.* » (M3)

« *il y a beaucoup de Marocains qui partent l'été plusieurs mois même [...] mangent des dattes et tout ça, donc reviennent avec une glycémie, une hémoglobine glyquée plus élevées* » (M4)

« c'est des gens qui consultent pas forcément en fait, donc on a tout mis en place mais après ils reviennent pas, on les revoie au bout d'un an, ou même y en a qui ... On perd de vue et on apprend qu'ils sont allés au Maroc et qui reviennent du Maroc avec une hémoglobine glyquée à 13... » (M6)

« organiser les consultations de suivi. Ça c'est compliqué je pense [...] Ça m'arrive très régulièrement de prendre le rendez-vous et même comme ça, moi je peux pas être derrière et très souvent c'est des rendez-vous pris pour rien. » (M8)

- **L'observance thérapeutique**

Son absence peut être un obstacle à une prise en charge convenable du diabète.

« je me rends compte que quand même qu'il y a une observance qui n'est pas toujours aussi bien respectée dans les populations précaires. » (M4)

« Le souci dans le quartier je trouve c'est que les gens sont pas observants par rapport à leur diabète, que ce soit au niveau alimentaire, que ce soit au niveau médicamenteux, que ce soit au niveau des examens » (M9)

« difficulté à leur faire admettre une certaine observance des traitements. » (M11)

Au contraire pour le médecin M7 *« Les médicaments sont assez bien acceptés, ça c'est pas un problème, culturellement je vois que c'est assez universel. »*

- **L'insuline**

Selon quatre médecins, l'usage de l'insuline est parfois difficile, du fait d'une réticence ou d'un refus.

« le refus d'insuline ou de traitement injectable » (M4)

« Le passage à l'insuline ça c'est un vrai obstacle » (M7)

« d'une manière générale, sans parler de précarité, ils sont très réfractaires à l'insuline » (M8)

« ils sont plutôt réticents dans leur prise en charge, en particulier quand il y a mise en place d'une insulinothérapie » (M11)

- **La gestion du traitement**

Il est difficile de gérer les traitements pour ces patients, il faut parfois faire appel à une infirmière et même dans ce cas il peut y avoir des limites.

« manier le lecteur de glycémie qui peut être compliqué et adapter les doses. Les patients qui, seuls, n'arrivent pas à le faire et qui vont donc nécessiter le passage infirmier. » (M10)

« ils ne veulent pas forcément qu'une infirmière passe les voir » (M13)

« Il y a que quelques patients pour qui c'est compliqué parce que c'est des gens que les infirmières vont jamais arriver à trouver chez eux au bon moment, qui vont à droite à gauche. » (M3)

- **La difficulté de compréhension, le manque de connaissance, le niveau d'éducation**

Pour certains médecins interrogés, le niveau de compréhension interfère dans l'éducation thérapeutique du patient.

« le manque d'éducation ou de référentiels ou de savoir ou de connaissances [...] ils ont pas accès à l'information pour savoir ce qui serait un bon choix pour leur pathologie ou pas. » (M3)

« difficulté de compréhension de l'intérêt de tout ce qui est autre que le médicament » (M5)

« populations qui ont un niveau d'éducation qui est assez faible, donc il faut tout réapprendre » (M8)

« la compréhension de leur maladie, la compréhension des risques de leur maladie » (M11)

« la compréhension du diabète, la compréhension du régime » (M13)

- **L'analphabétisme**

Deux médecins évoquent l'analphabétisme : *« Ils écrivent pas, ils lisent pas leur langue. Ça sert à rien d'avoir des documents dans leur langue. » (M1) ; « population analphabète » (M12).*

- **La barrière linguistique**

La barrière du langage représente un réel obstacle pour la communication médecin-malade.

« La barrière de la langue, assez, toujours » (M1)

« la barrière du langage qui est phénoménale, incroyable », « les enfants viennent pour traduire et tout ça, mais néanmoins c'est quand même euh... y a pas une relation directe en fait avec le patient ou la patiente » (M7)

« la barrière de la langue » (M8)

« Après ici la majorité des gens parle arabe, il y a forcément toujours dans ma salle d'attente des gens qui peuvent traduire. On y arrive pas toujours et puis il n'y a pas cette volonté. [...] L'éducation de toute façon, à partir du moment où on a une barrière, la barrière du langage, l'éducation ne se fera quasi jamais. » (M13)

- **Le manque de temps du médecin généraliste**

Trois médecins signalent la contrainte liée au temps consacré pour l'éducation ou la prise de rendez-vous.

« j'ai pas forcément le temps sur le quart d'heure, vingt minutes que j'ai de consultation, alors qu'on a effectivement à renouveler le traitement, à faire le point, à organiser les examens, les consultations obligatoires, cardio, ophtalmo, tout ça... ben c'est vrai qu'on n'a pas forcément le temps d'éduquer » (M8)

« j'ai pas toujours le temps ici de passer beaucoup de temps à l'éducation en ce qui concerne tout ce qui est alimentation et tout ça » (M4)

« nous on prend tous les rendez-vous, donc c'est chronophage » (M5)

- **La santé non primordiale**

Un seul médecin explique que la prise en charge thérapeutique du patient précaire est difficile car elle n'est pas une priorité pour ce dernier.

« quelqu'un qui vit dans une situation précaire, la question de la santé elle ne sera pas primordiale pour lui. En fait, il va plutôt se poser la question de comment boucler la fin du mois, comment nourrir ses enfants. Il va à l'urgence en fait. Il se met un peu entre parenthèses, il met sa santé entre parenthèses. » (M8)

- **Le diabète, une maladie chronique et insidieuse**

Comme le diabète est une maladie silencieuse au début, certains patients n'admettent pas ce diagnostic ou sont dans le déni. De plus, la chronicité de cette pathologie rend difficile la compliance sur le long terme.

« Il y a le fait aussi que le diabète, c'est une maladie dont on ne ressent pas les effets donc très souvent on me dit "mais c'est bizarre, moi je vais bien, je comprends pas, vous êtes sûre que je suis diabétique ?" » ; « Ils ont pas l'impression d'être malade donc ils ont pas l'impression que c'est quelque chose de grave » (M8)

« il doit y avoir un déni je pense quelque part, parce qu'y en a qui arrêtent complètement leurs traitements, soit parce qu'ils sentent rien, soit parce que... on se retrouve toujours à recommencer... » (M9)

« Je pense que dans toutes les maladies chroniques, quelque soit le niveau socio-culturel et économique, c'est très difficile d'obtenir une compliance à long terme. » (M12)

3.4.4. Influence de la précarité sur les traitements médicamenteux du diabète de type 2

Concernant les traitements médicamenteux, pour la majorité des médecins (M1, M2, M3, M4, M5, M8, M11, M12), le caractère précaire du patient n'influence pas la prescription.

« parce que c'est des traitements remboursés, on leur fait rapidement l'ALD » (M1)

« c'est toujours des gens qui sont pris en charge à 100% ou qui ont une aide médicale d'état » (M3)

Un médecin nuance : « J'irai peut-être plus doucement avec un patient qui est en situation précaire dans le sens où encore une fois au niveau alimentaire je sais pas comment il mange » (M2).

Pour ce qui est des prescriptions non concernées par l'ALD, un médecin est plus vigilant : « tout ce qui est complications du diabète, problèmes de santé parallèles, oui, parce qu'on essaie absolument d'éviter tous les médicaments qui sont déremboursés. » (M12)

Pour d'autres médecins, il faut tenir compte de l'état précaire dans lequel se trouve le patient pour la prescription médicamenteuse. Ils évitent les sulfamides hypoglycémiantes, l'insuline et les médicaments non remboursés.

« je ne mets pas les sulfamides hypoglycémiantes quand je les trouve très, très précaires et que la compréhension est un peu limitée, j'évite les sulfamides hypoglycémiantes parce qu'ils sont pourvoyeurs d'hypoglycémie, voilà c'est surtout ça. Et l'insuline, hein, je mets pas d'insuline. » (M6)

« ça peut influencer sur les insulines, [...] par exemple pour les Roms [...] y a pas vraiment de préservation pour l'insuline. » (M7)

« je fais quand même un peu plus attention aux médicaments hypoglycémiantes type sulfamides »,
« on essaie déjà qu'ils soient bien tolérés sinon ils seront encore moins bien pris » (M9)

« il y a la iatrogénie, les hypoglycémies avec par exemple le DIAMICRON. Donc c'est vrai qu'il faut tenir compte aussi de comment ils mangent, y en a qui vont se lever la nuit pour manger, y en a qui vont manger très tôt ou qui vont pas manger de la journée. Donc c'est plus difficile. Vaut mieux un équilibre qui soit pas top, que risquer aussi les hypoglycémies. » (M10)

« mon but va quand même être qu'ils n'aient pas d'hypoglycémie » (M13)

Un médecin explique qu'elle favorise la prescription de médicaments combinés.

« on va essayer de favoriser le moins de prises, soit des médicaments combinés pour qu'il y ait le moins de prises de médicaments possibles. » (M10)

L'utilisation de médicaments génériques peut poser problème. Un médecin explique qu'il y a parfois des situations de surdosage médicamenteux *« parce qu'en fait ils considèrent que le générique qui a été donné, qui n'est pas du même laboratoire que celui qui a été donné la fois d'avant, est un autre médicament, donc on a un cumul et là on peut avoir des accidents. [...] du coup je marque "non substituable" » (M13).*

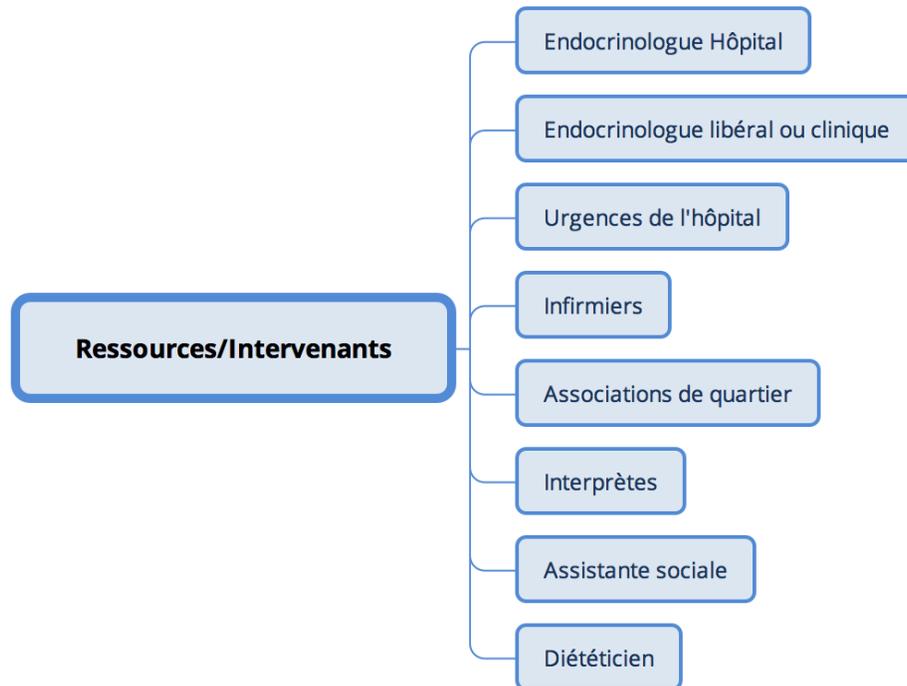
Certains font aussi appel à une infirmière pour administrer les traitements :

« j'hésite pas à faire passer les infirmières, même pour un traitement uniquement avec ADO » (M5).

« faire appel à une infirmière, pour organiser les choses, au moins les premiers temps en tout cas, pour les injections » (M8)

« On fait intervenir pas mal les infirmières, quand on a une crainte sur l'observance du traitement » (M11)

3.4.5. Les intervenants dans la prise en charge du patient DT2 précaire



- **L'endocrinologue à l'hôpital ou dans le privé**

L'hôpital et le CHU sont les plus souvent cités : (M1, M2, M3, M7, M9, M10, M12, M13). Pour quelques médecins généralistes, la clinique est aussi un établissement de choix.

« On fait facilement appel à l'hôpital public pour son absence de coût pour les malades et puis parce que c'est quand même des plateaux techniques intéressants, il y a des équipes utiles, il y a des trucs de réadaptation à l'effort » (M3)

« je l'enverrai plus facilement au CHU où il y a une prise en charge globale » (M10)

« c'est une clinique mutualiste, y a pas de dépassement d'honoraires. Tout est un peu regroupé, y a un cardio, des ophtalmos, on peut organiser un bilan sur place, ils ont un endroit où ils vont faire le suivi de leur diabète. Essentiellement avec l'endocrinologue de la clinique Z. » (M5)

« endocrinologues donc y a la clinique X où j'adresse facilement parce que sur le CHU c'est compliqué quand même d'avoir des contacts » (M6)

« plus souvent en clinique parce que je pense que c'est plus simple, mes contacts sont plus dans le privé pour le moment. » (M8)

« semaine d'éducation thérapeutique en clinique ou à l'hôpital » (M13)

Pour les médecins M1 et M12, l'endocrinologue pourrait avoir plus de poids par rapport au patient concernant la prise en charge du DT2 : « *le spécialiste il est en quand même... il fait pas plus peur mais il est ... le généraliste, c'est le gentil de la société. Il est là pour être gentil ! Alors que le spécialiste, il est pas gentil, il donne un régime difficile.* » (M1)

« *en espérant que le fait de voir un spécialiste peut parfois avoir un impact psychologique sur les gens* » (M12)

- **Les urgences**

« *quand il y a un soucis, c'est les urgences des fois, et l'hôpital.* » (M9)

- **L'endocrinologue libéral**

Certains médecins adressent leurs patients à un endocrinologue libéral ou leur demandent un avis spécialisé (M1, M2, M3, M4, M7, M8, M13).

« *endocrinologue privé* » (M1)

« *deux endocrinologues diabéto avec qui je travaille beaucoup* » (M2)

« *petit réseau privé à nous, de confrères* » (M3), « *prendre l'avis d'un diabétologue* » (M4)

« *quelques endocrinos en ville, mais c'est beaucoup plus compliqué, ils iront plus facilement à l'hôpital* » (M7)

« *je fais très facilement appel aux spécialistes. Une fois qu'on s'est fait un réseau, on connaît deux, trois endocrinologues qui nous répondent assez facilement. Ils sont assez réceptifs. De temps en temps quand j'ai un doute j'appelle, juste pour un avis, pour une question.* » (M8)

Deux médecins déclarent qu'il y a peu de recours à d'autres intervenants. Le médecin M11 explique qu'il n'adresse pas les patients chez l'endocrinologue, qu'il « *garde un traitement entre médecin, patient, éventuellement infirmière* ». Le médecin M3 reconnaît que les patients précaires voient peu l'endocrinologue et qu'il y a beaucoup de patient dont « *on fait le suivi nous, et qui ont peu recours aux spécialistes ou à d'autres intervenants.* »

- **Les infirmiers**

Les infirmiers sont cités à plusieurs reprises, pour l'administration et la surveillance des traitements.

« *j'hésite pas à faire passer les infirmières, même pour un traitement uniquement avec ADO* » (M5)

« *Une infirmière, parce que l'infirmière elle sera au contact du patient. [...] il y a une infirmière référente du diabète qui fait partie de l'association. Je peux faire appel à elle très facilement.* » (M8)

« *je mets une infirmière* » (M9)

« *l'accompagnement avec une infirmière* » (M10)

« *On fait intervenir pas mal les infirmières, quand on a une crainte sur l'observance du traitement, en tout début de prise en charge.* » (M11)

« *on peut avoir des infirmières* » (M13)

- **Le diététicien**

Il est cité par un seul médecin : « *les diététiciens quand c'est possible* » (M4)

- **Les associations de quartier**

Le rôle des associations de quartiers est énoncé par quelques médecins.

« *il y a l'association, je sais plus comment elle s'appelle, mais qui proposent des activités* »,

« *association de quartier [...] qui travaille sur l'équilibre alimentaire* », « *des réseaux comme Gammes par exemple* » (M3)

« *Dans le quartier, il y a des associations qui proposent de la gym, de la marche ou y a justement beaucoup de femmes marocaines [...] y a quand même des associations qui travaillent, qui proposent des ateliers diététiques, activités, y a une infirmière qui est d'origine marocaine qui parle l'arabe* » (M5)

« *il y a cette association que je connais depuis quelques mois* » (M8)

« *associations multidisciplinaires qui sont sur la Paillade, [...] ils font de tout même de la cuisine et ce qui est très bien, c'est qu'il y a des interprètes.* » ; « *je ne pouvais pas leur faire faire de sport [...] grâce à tous les efforts associatifs dans le quartier [...] ces dames-là maintenant elles s'y mettent.* » (M12)

- **L'assistante sociale**

Un seul médecin mentionne l'assistance sociale.

« *l'assistante sociale je pense que c'est un acteur phare* » (M8)

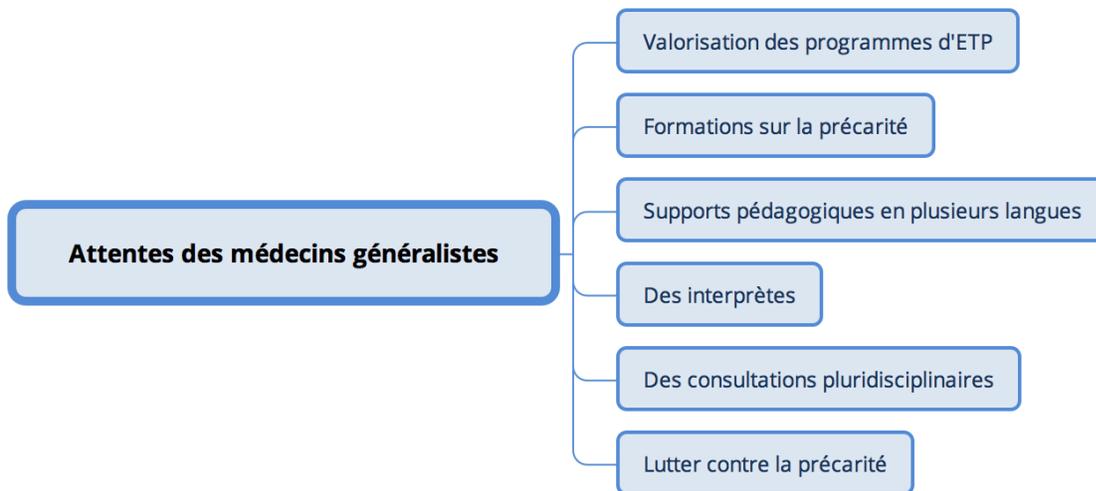
- **Les interprètes**

Les interprètes d'associations peuvent aider en cas de barrière linguistique.

« j'appelais Médecins du Monde [...] pour leur dire j'ai besoin d'une traduction » (M7)

« il y a ces associations multidisciplinaires [...] et il y a des interprètes, en arabe mais aussi en langue berbère » (M12)

3.5. Les attentes des médecins généralistes pour améliorer la prise en charge des patients diabétiques de type 2 précaires



- **Des formations pour les médecins généralistes**

Deux médecins seraient intéressés par une formation centrée sur la prise en charge des patients précaires.

« est-ce qu'y a une différence justement à faire entre les patients qui sont pas précaires et les patients qui sont précaires. Au niveau de l'éducation thérapeutique, ce qu'on peut leur expliquer ou non, ce qui est judicieux de leur expliquer, ce qui ne l'est pas, si y a vraiment des différences à faire au niveau des traitements par exemple. Si on me dit qu'un patient précaire il faut limiter tel ou tel médicament ou tel médicament, je suis preneur. Comme des formations on va dire, comme des petites formations. » (M2)

« Adapter peut-être les objectifs pour ces populations-là. Peut-être faire des formations spécifiques pour les médecins aussi, dédiées à ces populations-là. » (M4)

- **Améliorer l'information du patient**

Il serait intéressant de faciliter l'éducation thérapeutique des patients en simplifiant ou en schématisant les informations à leur communiquer, par exemple en créant des supports pédagogiques.

« simplifier un peu les explications. [...] il faudrait que ces documents ça soit des grosses images, simples » (M1)

« Des campagnes, des informations grand public pour les patients. » (M4)

Afin de pouvoir éduquer un patient DT2 qui ne parle pas le français, il serait judicieux d'avoir des supports pédagogiques en plusieurs langues.

Le médecin M12 parle d'un livret de recettes diabétiques, traduite en arabe : *« je me souviens, il y a une dizaine d'années, j'avais reçu un petit livret de recette, qui était proposé pour les patients diabétiques. Je crois que c'était la CPAM qui avait fait ça. Dans ces recettes, c'était des recettes traditionnelles maghrébines, ils mettaient la recette adaptée à la population diabétique précaire et ce qui était intéressant c'est qu'elles étaient traduites, c'est-à-dire qu'il y avait une partie en français et la traduction en face en arabe. »*

Elle ajoute qu'il y a tout de même un obstacle, celui de la pression sociale et familiale : *« le souci c'est que même si elle le comprend, il est très difficile pour elle de l'appliquer parfois à cause de cette pression sociale et familiale. »*

Au contraire pour le médecin M1, l'analphabétisme est un frein : *« des prospectus en langue arabe. [...] Ils écrivent pas, ils lisent pas leur langue ! Ça sert à rien d'avoir des documents dans leur langue. »*

- **Valoriser les programmes d'éducation thérapeutique**

Pour trois médecins, les programmes d'ETP existent mais il faut encourager leur développement et leurs actions.

« je pense qu'il faudrait surtout valoriser et utiliser ce qui existe, parce que des trucs qui existent, je pense qu'y en a ... pas largement assez mais bon... déjà si on utilisait tous les dispositifs qui étaient disponibles je crois qu'on serait bien aidés » (M3)

« C'est ce qu'on fait déjà sur le quartier, c'est une formation de groupe. On y travaille déjà sur le terrain. » (M11)

« Il faut multiplier ce travail associatif dans les quartiers de proximité et que ce soit pluridisciplinaire pour qu'ils puissent entendre vraiment un discours... et puis se mettre à la portée de leurs centres d'intérêt, et notamment au niveau culinaire. » (M12)

- **Lutter contre la précarité**

Un médecin s'interroge : « Comment résoudre la question de la précarité ? » (M3)

Pour un autre médecin, c'est le rôle du gouvernement : « Et ben qu'ils soient moins précaires ! Voilà ! Mais bon, c'est pas moi qui fait la politique. C'est lutter contre la précarité. » (M6)

- **Des interprètes**

Pour deux médecins, l'intervention d'interprètes pourrait permettre une meilleure éducation thérapeutique.

« Éducation, donc communication, donc langage partagé. Il faut des traducteurs. » (M7)

« Il faut qu'il y ait un interprète peut-être, qu'ils puissent comprendre précisément la portée de notre information. » (M12)

- **Des consultations pluridisciplinaires**

Deux médecins étayaient l'idée de consultations pluridisciplinaires organisées où le patient DT2 pourrait consulter les différents spécialistes intervenant dans le suivi de sa maladie.

« convoquer un patient et prévoir que une fois par an, en même temps que la consultation d'endocrino, ils voient l'heure suivante l'ophtalmo, le cardio... enfin tout ça, ça permettrait de simplifier. Il faut vraiment une consultation pluridisciplinaire accessible en externe, pas comme un patient hospitalisé pour lequel on fait tout le bilan en hospitalisation » (M5)

« Organiser le suivi, organiser les consultations de suivi. [...] Le fait ici que ce soit un forum santé, qu'il y ait plusieurs spécialités, je sais que ça les aide. Le problème ici c'est qu'il n'y a pas d'endocrinologue et quand on en discute avec mes collègues, c'est vrai que dans les spécialités qu'on souhaiterait faire venir ici, une des spécialités ça serait un diabétologue endocrinologue, car justement on sait qu'il y a cette problématique là qui est très importante. » (M8)

- **Coordonner la prise en charge entre les professionnels de santé**

L'alliance des professionnels de santé pour une prise en charge conjointe est essentielle.

« avoir un suivi bien encadré entre le médecin et les autres professionnels de santé » (M11)

« Je pense qu'il faut coordonner tous ces efforts, il faut que tout le monde travaille ensemble. » (M12)

- **Pas d'attente spécifique**

Certains médecins interrogés n'ont pas de proposition ou d'attente particulière pour améliorer la prise en charge des patients en situation de précarité. Il apparaît un sentiment de lassitude dans leurs expressions, voire de fatalisme.

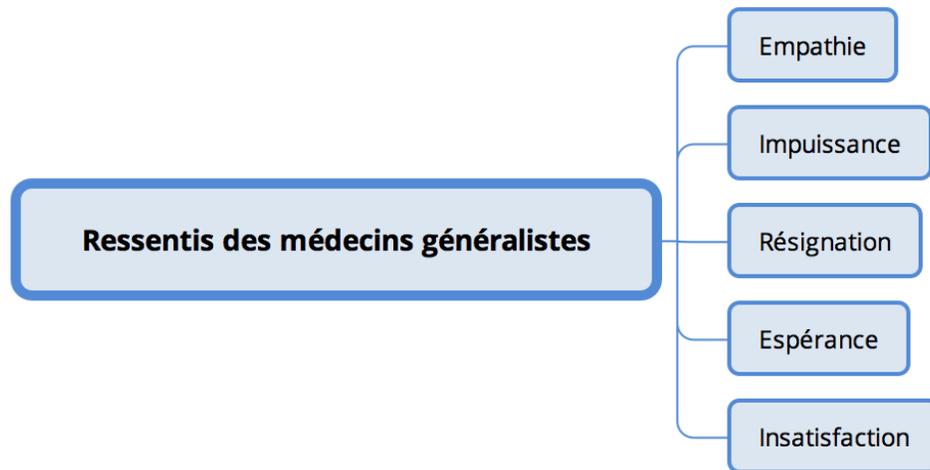
« Pff non j'en ai pas plus. » (M1)

« les aider c'est pas facile parce que c'est trop multifactoriel [...] les assister complètement c'est pas la solution non plus [...] Si il faudrait peut-être du temps. Du temps, du temps, et rabâcher et les revoir et insister... » (M9)

« je vois pas qu'est ce qu'on pourrait faire pour améliorer. Je pense qu'il y a déjà beaucoup de choses qui sont en place mais seulement... on ne peut pas faire les choses à la place des gens. » (M10)

« Non j'ai pas d'attente particulière, peut-être qu'ils parlent un peu mieux le français. » (M13)

3.6. Le ressenti des médecins généralistes concernant la prise en charge des patients diabétiques de type 2 précaires



Dans leurs réponses, par leurs expressions et leurs intonations, nous avons vu transparaître les ressentis des médecins interrogés.

Le sentiment principal qui ressort des verbatim est celui que le médecin se trouve en difficulté, se sent limité face à un patient qu'il sait confronté à une situation défavorisée.

Les médecins expriment l'empathie :

« on fait un compromis » ; « ils ont des vies un petit peu difficiles » ; « je regrette pas d'être à la Paillade, car ils ont besoin qu'on les aide, qu'on les écoute et qu'on les soigne » (M1)

« J'essaie de me baser vraiment sur des trucs qui je sais eux pourront le faire. » (M2)

« on ne peut pas non plus exiger plus que ce que le patient peut faire » (M10)

« se mettre à la portée de leurs centres d'intérêts » (M12)

Certains médecins paraissent résignés voir impuissants devant les difficultés liées à la maladie chronique auxquelles se rajoutent celles vis-à-vis de la précarité. Il en ressort parfois un sentiment de lassitude.

« Mais c'est normal que... c'est une cochonnerie le diabète » (M1)

« les aider c'est pas facile parce que c'est trop multifactoriel [...] du temps, et rabâcher et les revoir et insister... » (M9)

« on ne peut pas faire aussi à la place du patient » (M10)

« Puis il y a ceux qui ne comprennent pas, qui ne veulent pas comprendre et on a beau leur expliquer dans leur langue ... j'en ai certains comme ça qui sont réfractaires et on baisse les bras, on sait plus quoi faire, franchement » (M12)

« ceux qui n'ont accès à rien ... (soupir) » (M13)

Ce sentiment de résignation se manifeste aussi par le fait que certains n'ont pas d'attente particulière pour améliorer la prise en charge des patients précaires.

Un médecin sous-entend qu'il a des préjugés : *« j'essaie de voir mes préjugés [...] j'essaie de ne pas faire de différence » (M7).*

Pour certains médecins interrogés, c'est le rôle du généraliste avant tout, on peut y voir une implication importante et une responsabilité de leurs parts.

« il faut s'y coller c'est tout, c'est qu'il faut s'atteler à la tâche ! [...] faut qu'on s'y mette c'est tout, avec un peu plus de déterminisme on va dire ! » (M3)

« Après je crois que ça relève de notre boulot aussi, on peut pas tout attendre des autres, c'est nous qui revoyons les patients, qui les suivons, qui les incitons à faire les examens, les prises de sang, voilà. » (M5)

« Je crois que ce qui est très important pour nous, surtout les médecins traitants, c'est d'être très présents et de toujours marteler le même discours, parce que y a parfois des gens qui ont une lassitude et qui laissent tomber les choses » (M12)

Un médecin semble espérer une évolution positive pour l'avenir : *« [en parlant de l'activité physique] grâce à tous les efforts associatifs dans le quartier, [...] ces dames-là elles s'y mettent. [...] Il y a un changement culturel, il y a une évolution, en 15 ans, j'ai vu cette évolution » ; « ça commence à changer avec les nouvelles générations qui ne veulent pas grossir » (M12)*

Nous avons voulu, avec les deux dernières questions de notre guide d'entretien, connaître le degré de satisfaction des médecins sur la prise en charge des patients DT2 précaires et non précaires. Onze médecins sur treize ont donné un résultat de 0 à 10 plus élevé concernant la satisfaction de prise en charge des patients DT2 non précaires. Pour deux médecins le score est identique.

Tableau II : degré de satisfaction de prise en charge des patients DT2 précaires et non précaires

Médecins	Échelle numérique de 0 à 10 concernant le degré de satisfaction de prise en charge des patients DT2 non précaires	Échelle numérique de 0 à 10 concernant le degré de satisfaction de prise en charge des patients DT2 précaires
M1	7	5
M2	9	7
M3	7	4
M4	7	4
M5	8	6
M6	7	4
M7	7	6
M8	7	5,5
M9	8	3
M10	8	6
M11	6,5	6
M12	5	5
M13	8	8

En moyenne, le degré de satisfaction était de 7,27/10 concernant la prise en charge des patients DT2 non précaires et de 5,35/10 concernant les précaires.

Nous avons réalisé une étude statistique de type Test du Student pour échantillons appariés. La différence entre les 2 échelles numériques est en moyenne de 1.92. Cette différence est significative ($p < 0,001$) avec un intervalle de confiance à 95% [1.08 ; 2.77] : les médecins généralistes de notre échantillon sont donc moins satisfaits concernant la prise en charge des patients DT2 précaires en comparaison avec les DT2 non précaires.

Nous avons voulu comparer le degré de satisfaction de sous-groupes pour savoir si le genre du médecin, sa durée d'installation ou la langue arabe parlée pouvaient influencer son degré de satisfaction concernant la prise en charge des patients DT2 précaires et non précaires.

Nous avons donc réalisé une étude statistique de type Test du Student pour échantillons appariés en comparant les sous-groupes : femmes/hommes, installation ancienne/installation récente, langue arabe parlée/langue arabe non parlée.

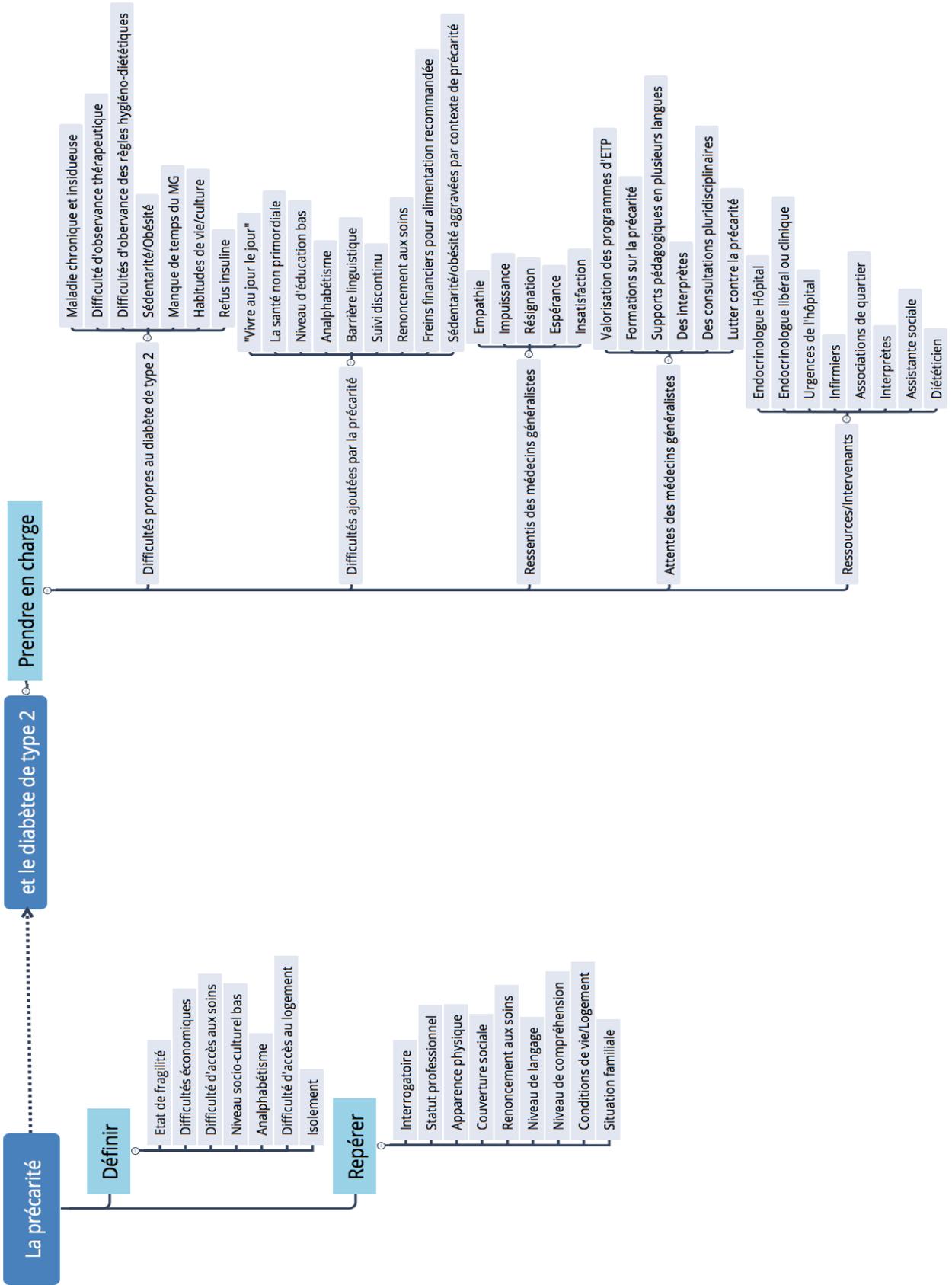
Nous trouvons le même résultat dans l'échantillon des hommes (moyenne de différence 1.92, $p = 0.006$) et des femmes (moyenne de différence 1.93, $p = 0.03$) : les médecins sont donc moins satisfaits concernant la prise en charge des patients DT2 précaires par rapport aux DT2 non précaires, indépendamment de leur genre.

Concernant la durée d'installation, il semble qu'elle joue un rôle sur la satisfaction puisque lorsque les médecins sont installés depuis plus de 8 ans (durée correspondant à la médiane de durée d'installation dans notre échantillon), la différence n'est pas significative : $p = 0.13$. La différence est en moyenne de 1.42 avec un intervalle de confiance à 95 % [-0.59 ; 3.42]. Il semblerait que les médecins sont autant satisfaits concernant la prise en charge des patients DT2 qu'ils soient précaires ou non lorsqu'ils ont une installation ancienne dans le quartier. A l'inverse, pour ceux installés depuis 8 ans ou moins, la différence est significative ($p < 0,001$, différence moyenne de 2,36 avec un intervalle de confiance à 95 % [1.78 ; 2.94]).

Pour les médecins interrogés qui parlent arabe, il n'y a pas de différence significative sur le degré de satisfaction concernant la prise en charge des patients DT2 précaires et non précaires (la différence est de 1.38, intervalle de confiance à 95 % [-0.82 ; 3.57], $p = 0,14$) contrairement à ceux qui ne parlent pas arabe ($p = 0,002$, différence moyenne de 2.17, intervalle de confiance à 95 % [1.08 ; 3.25]).

C'est d'ailleurs ce que le médecin M12 explique « *Je dis pareil, parce que comme moi je peux leur parler, je peux amener aux deux la même information, donc je peux leur expliquer la même chose, donc le message est passé. [...] Puis il y a ceux qui ne comprennent pas, qui ne veulent pas comprendre et on a beau leur expliquer dans leur langue* ».

3.11. Arbre thématique synthétisant les résultats



4. DISCUSSION

Notre étude a montré que les médecins interrogés ont tous une définition différente de la précarité et ne la repèrent pas de la même manière. La précarité est une situation qui met en difficulté les personnes et se surajoute aux difficultés de prise en charge du diabète de type 2. Certains médecins adaptent l'objectif d'hémoglobine glyquée sans suivre les recommandations de la HAS et quelques médecins évitent l'utilisation des sulfamides hypoglycémiants et de l'insuline. Leurs difficultés dans l'ETP sont attribuées essentiellement à la barrière culturelle et linguistique, au faible niveau de compréhension et d'éducation et à l'inobservance. Ils font surtout appel à l'endocrinologue hospitalier lorsqu'ils rencontrent des difficultés.

4.1. La précarité : une notion difficile à définir et une situation compliquée à repérer

Il est particulièrement difficile de déceler la précarité et de la mesurer.

Comme le soulignent Claude Jaffiol et Serge Passeron, « la précarité est un puzzle avec de multiples composantes qui peuvent, chacune à sa manière, déterminer des perturbations dans l'équilibre physiologique et psychologique de l'individu » (51).

Dans notre étude, les médecins ont chacun une définition différente de la précarité. Ils ne sont pas unanimes. Ensemble, ils donnent une définition assez complète et mettent en évidence le caractère multidimensionnel de la précarité. Mais si on s'intéresse aux réponses individuelles, on s'aperçoit que certains donnent des définitions incomplètes de la précarité, n'abordant pas les différentes composantes de celle-ci. Ils ne repèrent alors pas très bien ce type de situation.

Trois types de précarité sont le plus souvent cités : la précarité économique, la précarité socio-culturelle et la précarité en santé. La notion d'état de fragilité est exprimée par un médecin.

Deux médecins ont un point de vue qui se distingue des autres : pour le médecin M7, la précarité dans ce territoire est plus socio-culturelle que financière. Le médecin M13 n'aborde pas du tout l'aspect des ressources, elle compare la grande précarité « au quart-monde ».

Elle estime qu'elle n'est pas confrontée aux patients précaires dans ce quartier : « *c'est pas mes patients. Moi la majorité ont des appartements* ». Cependant, le « mal-logement » ne concerne pas seulement les personnes sans-abri, mais peut désigner les logements en chambre d'hôtel, les constructions provisoires, les habitats de fortune, les caravanes, les sous-locations, les hébergements contraints (en raison de difficultés financières) (52).

Il semble que le médecin M3 donne la définition la plus complète puisqu'elle aborde les différents angles de la précarité : « *incapacité matérielle ou sociale de pouvoir vivre une vie normale, financièrement, socialement, d'être intégré, d'avoir un travail, d'avoir une vie scolaire, d'avoir une alimentation convenable, d'avoir accès aux soins dont on a besoin* ».

Le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) (Annexe 1) permet d'identifier des populations socialement et/ou médicalement fragilisées qui ne sont pas repérées par les critères socio-administratifs habituels (53). On peut utiliser ce score pour quantifier la précarité mais il ne semble pas indiqué en routine. Il pourrait être réservé aux situations de doute (54).

Quand on compare les items du questionnaire EPICES avec les réponses des médecins de notre enquête, on s'aperçoit que ces derniers abordent finalement très peu ou pas du tout ces questions. Certains se basent sur la complémentaire santé mais ils sont peu nombreux à s'intéresser à la situation familiale, à l'entourage, au statut professionnel, aux loisirs.

Une meilleure compréhension des déterminants des inégalités de santé est essentielle pour lutter contre celles-ci.

Les femmes, une population plus vulnérable

Dans notre étude, plusieurs médecins mettent en exergue les difficultés rencontrées par la population féminine : ce sont des mères de famille, elles sont parfois seules, isolées (M12) et ont des enfants à charge (M1), ou ce sont des femmes d'origine étrangère ou immigrées (M5, M12) qui ne parlent pas le français (M5, M7). Il existe une pression sociale et familiale (M12) qui rend difficile l'application des règles hygiéno-diététiques.

Dans son rapport de mai 2017, intitulé « Santé et accès aux soins, une urgence pour les femmes en situation de précarité », le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes alerte sur un constat : aujourd'hui les femmes constituent la majorité des personnes en situation de précarité.

Au niveau de la précarité économique, 14,3 % des femmes vivaient sous le seuil de pauvreté en France en 2013, elles représentent 53 % des personnes pauvres et 57 % des bénéficiaires du revenu social d'activité. En ce qui concerne les conditions de travail, elles constituent 70 % des travailleurs pauvres, occupent 82 % des emplois à temps partiel et 62 % des emplois non qualifiés. Concernant la situation familiale, les femmes représentent 85 % des chefs de familles monoparentales. Soulignons qu'une famille monoparentale sur trois vit sous le seuil de pauvreté (55).

Les femmes renoncent plus souvent aux soins pour des raisons financières que les hommes.

L'obésité est en forte augmentation et touche particulièrement les femmes en situation de pauvreté (35,1% des femmes, 17,6% des hommes) (56).

Soixante-deux pour cent des mères célibataires ont rencontré des difficultés financières importantes pour avoir une alimentation saine et équilibrée contre 37 % de la population générale.

L'impact de cette précarité sur leur santé physique et psychique est indéniable. A un même niveau élevé de précarité, 4 femmes sur 10 souffrent de troubles anxio-dépressifs contre 3 hommes sur 10 (32).

Les médecins de notre étude soulignent que dans leur patientèle, beaucoup de femmes sont originaires du Maghreb et comme le montre la littérature, le pays d'origine a un impact sur la prévalence du diabète (57). Les femmes originaires d'un pays du Maghreb et vivant en France métropolitaine présentent un risque de diabète 2,5 fois plus élevé que les femmes françaises, après ajustement sur l'âge, l'indice de masse corporelle (IMC), le nombre de grossesses et un indicateur socioéconomique de la zone d'habitation (zone urbaine sensible) (57).

Nous avons vu qu'il existait un gradient social des inégalités de santé. Mais il s'additionne également une différence selon le genre : les femmes ouvrières ont un risque de diabète 2,6 fois supérieur à celui des femmes cadres, alors que le risque est de 1,5 concernant les hommes ouvriers par rapport aux cadres. De même le chômage a un impact plus élevé chez les femmes diabétiques (58).

En ce qui concerne le niveau d'études, là aussi on constate une inégalité homme-femme : les femmes et les hommes ayant un niveau d'études inférieur au CEP (certificat d'études primaires) déclarent respectivement 3,7 fois et 2 fois plus souvent un diabète que celles et ceux qui ont le baccalauréat (57).

Pour aider ces femmes, le rapport du Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes propose de développer la médiation en santé ou médiation sanitaire. Son rôle est de faire le lien entre les personnes en difficultés et les institutions, les associations, les professionnels de santé. Il a été reconnu par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, dans son article 90: « La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités. » Les médiateurs et médiatrices en santé peuvent parfois avoir à remplir la fonction d'interprète. Ils peuvent s'appuyer sur des outils pédagogiques traduits en plusieurs langues. Par exemple, le guide régional d'accès aux droits pour les femmes nouvellement arrivées en France (59), créé dans le département de la Meuse, est traduit en 8 langues (Annexe 6). La maquette de ce guide est libre de droit et peut être adaptable à d'autres régions qui pourraient ajouter des traductions dans des langues complémentaires selon les langues étrangères identifiées sur leur territoire.

4.2. Particularités sur la prise en charge du diabète de type 2 en situation de précarité

4.2.1. L'objectif d'équilibre glycémique et les traitements : à adapter pour les patients précaires ?

La HAS a défini des objectifs glycémiques selon le profil du patient (Annexe 7). Dans le cas général, pour la plupart des patients, la cible est une HbA1c inférieure à 7 % voire inférieure à 6,5% pour les diabétiques récemment diagnostiqués, dont l'espérance de vie est supérieure à 15 ans et en l'absence d'antécédent cardio-vasculaire. Sur ces recommandations, d'autres profils sont donnés : personnes âgées, patients avec antécédents cardio-vasculaires, patients avec insuffisance rénale chronique et patientes enceintes ou envisageant de l'être. Il n'y a aucune recommandation pour les patients en situation de précarité.

Dans notre étude, la moitié des médecins fixent le même objectif d'HbA1c pour les patients qu'ils soient précaires ou non. Pour l'autre moitié, il s'agit de faire un compromis en fonction « *de ce qu'ils peuvent, de ce qu'ils acceptent* » (M1). Les médecins expliquent être moins exigeants, plus tolérants concernant la cible d'équilibre glycémique.

Faciliter l'adaptation et les contraintes thérapeutiques, c'est fixer avec le malade des objectifs personnels réalistes et atteignables (60).

En 2015, une étude, se basant sur les recommandations de l'Association américaine du diabète (ADA) et l'Association européenne pour l'étude du diabète (EASD), montre qu'il est nécessaire d'avoir une attitude personnalisée pour fixer l'objectif d'HbA1c, en équilibrant les avantages du contrôle glycémique avec ses risques potentiels, en tenant compte des effets indésirables des médicaments hypoglycémisants, de l'âge du patient et son espérance de vie, de ses comorbidités, de l'attitude du patient ainsi que l'accès aux ressources et aux systèmes de soutien (61).

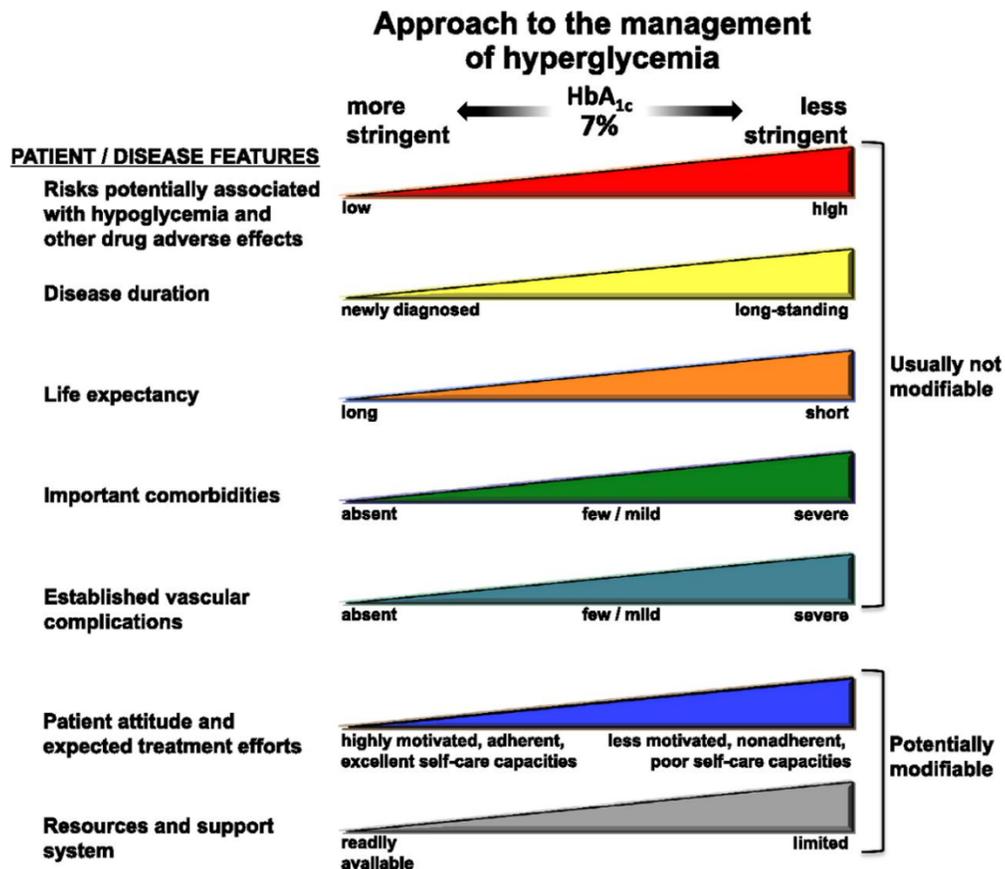


Figure 3 : « Modulation de l'intensité de l'abaissement du glucose chez les diabétiques de type 2. Représentation des facteurs liés au patient et à la maladie pouvant être utilisés par le praticien pour déterminer les cibles optimales d'HbA_{1c} chez les patients atteints de diabète de type 2. Basé sur une figure originale d'Ismail-Beigi et al. » (61)

Dans « Les recommandations de prise en charge du diabète chez les personnes en grande précarité », le jury présidé par Patrick Vexiau, considère qu'il n'y a pas ou peu de différences à faire entre la population générale et la population en grande précarité concernant les recommandations médicales. « La notion de contrat d'objectif avec le patient, exprimé en amélioration du taux d'HbA_{1c}, est préférable à la fixation d'un taux idéal d'HbA_{1c}, irréaliste et universel, non adapté aux possibilités du patient » (62). Dans notre étude, c'est ce que certains médecins expriment en parlant d'un compromis.

Toutefois, à morbidité équivalente, ne doit-on pas au contraire fixer les mêmes objectifs d'équilibre glycémique pour les patients qu'ils soient précaires ou non ? Un objectif d'HbA_{1c} moins strict ne renforcerait-il pas les inégalités de santé ?

Dans notre étude, certains médecins ont exprimé une réticence à utiliser les sulfamides hypoglycémisants et l'insuline.

Des études montrent en effet que chez les précaires, le taux d'hypoglycémie iatrogène est plus important que chez les non précaires (51.5% versus 26.7% dans l'étude de Claude Jaffiol) (63,64). Le consensus de Paris sur la prise en charge des personnes en grande précarité recommande de « ne pas diaboliser » l'insuline (65). Les insulines analogues lentes sont compatibles avec la prise irrégulière de repas, quant aux analogues rapides, elles sont utilisables au moment du repas sans risque d'hypoglycémie. En revanche, il déconseille l'utilisation des sulfamides hypoglycémisants.

4.2.2. L'éducation thérapeutique, primordiale en situation de précarité

Concernant l'ETP diabétique de type 2 en situation précaire, parmi les principaux écueils relevés par les médecins de notre enquête, on retrouvait le faible niveau éducatif et l'analphabétisme. Les médecins tentent d'informer les patients, de les éduquer à la santé. Pour permettre l'éducation thérapeutique, deux concepts sont primordiaux : la littératie en santé et la communication médecin-malade.

- La littératie en santé

La littératie en matière de santé mesure la capacité des patients à lire, à comprendre et à suivre les instructions médicales. Les médecins de notre enquête rapportent qu'ils sont confrontés à des difficultés qu'on peut interpréter comme étant liées à une faible littératie en santé : certains patients sont analphabètes, d'autres ont des difficultés à intégrer des informations nouvelles, d'autres encore ont un niveau socio-éducatif faible qui interfère dans l'apprentissage de connaissances médicales.

La manière dont les patients pensent la maladie et l'ETP est étroitement liée au contexte social dans lequel ils sont inscrits. Un faible niveau d'éducation est un facteur de risque de mortalité chez les diabétiques. Nilsson et al ont montré que les personnes diabétiques avec un niveau scolaire bas présentaient une mortalité excédentaire de 40% par rapport aux personnes ayant un niveau de scolarité élevé (66).

Une étude marocaine a mis en évidence une relation statistiquement significative entre le niveau socio-économique et le niveau d'éducation, et l'application des mesures de l'éducation thérapeutique concernant les règles hygiéno-diététiques, le suivi médical et l'observance du traitement (67).

Un niveau bas de littératie en santé est associé à un moins bon contrôle glycémique et à des taux plus élevés de rétinopathie (68).

A l'opposé, un haut niveau de littératie en santé et l'application de stratégies de communication interactive par les médecins sont associés à un bon contrôle glycémique (69).

Une étude récente réalisée par Debussche et al (70), est très intéressante pour étayer l'idée qu'il faut renforcer la littératie en santé, notamment pour les personnes défavorisées. Ils ont analysé des profils de littératie en santé de 21 personnes diabétiques habitant le quartier de la Mosson. Ils ont interrogé les individus à partir d'un questionnaire, le Health Literacy Questionnaire (HLQ), comportant 9 dimensions :

- Se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé
- Disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé
- Gérer activement sa santé
- Disposer de soutien social pour sa santé
- Évaluer l'information en santé
- Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé
- Naviguer dans le système de santé
- Aptitude à trouver des informations en santé de bonne qualité
- Compréhension suffisante de l'information pour savoir ce qu'il faut faire

Leurs résultats montrent qu'un faible niveau de scolarité et des difficultés en lecture-écriture sont associés à des difficultés plus importantes de littératie en santé. Il existe des difficultés notables de littératie en santé pour le tiers d'entre eux dans la totalité ou la quasi-totalité des dimensions.

L'étude ENTRED montre que le souhait d'un complément éducatif dans le suivi du diabète est plus fréquent lorsque les personnes sont jeunes, ont un niveau d'études élevé et se trouvent dans une situation financière non défavorable (71).

Il est donc primordial de poursuivre le développement des interventions visant à améliorer les connaissances en matière de santé.

Cependant, le Professeur André Grimaldi, diabétologue, l'affirme : « La connaissance est nécessaire, elle est indispensable. Mais elle n'est jamais suffisante pour changer les comportements » (72). Pour lui, l'ETP comporte à la fois un apprentissage pour l'acquisition de compétences thérapeutiques et une aide au changement de comportement pour atteindre des objectifs personnalisés.

- La communication médecin-malade

Dans les maladies chroniques, l'alliance thérapeutique est capitale, et celle-ci passe par une communication propice entre le médecin et le consultant.

Une meilleure communication dans la relation médecin-malade améliore le suivi des traitements, les résultats cliniques et la qualité de vie des patients. Une plus grande participation des patients aux décisions médicales qui les concernent diminue leur anxiété et améliore leur santé (73).

Il existe quatre modèles de relation médecin-malade selon Ezekiel et Linda Emanuel (74) : informatif, interprétatif, délibératif, paternaliste.

Dans le modèle informatif, le médecin fournit toutes les informations utiles pour que le patient puisse sélectionner l'intervention qu'il souhaite.

Concernant le modèle interprétatif, le médecin élucide les valeurs du patient et ce qu'il souhaite actuellement, il l'aide à choisir les interventions médicales.

Quant au modèle délibératif, il place le médecin dans une posture d'enseignant ou d'ami. Il ne dit pas seulement au patient ce qui est possible, il lui dit ce qui est souhaitable en le connaissant. Le patient est habilité à considérer, par le dialogue, des valeurs alternatives liées à la santé et leurs implications pour le traitement.

Dans le modèle paternaliste, le médecin a un rôle de tuteur, il promeut le bien-être du patient indépendamment des préférences que ce dernier exprime.

Dans notre enquête, il semblerait que le modèle interprétatif soit employé par les médecins, parfois combinés avec d'autres modèles.

4.2.3. Les freins dans l'éducation thérapeutique du patient DT2 précaire

Le manque de temps du médecin généraliste

L'étude ENTRED a expliqué les freins évoqués par les médecins généralistes dans l'ETP. Le manque de temps est le plus fréquemment cité, par 76% d'entre eux. Trente-neuf pour cent relatent le manque de professionnels ou de structures relais pour prolonger l'éducation. La barrière culturelle et linguistique est évoquée par les médecins généralistes dans 26% des cas. L'absence d'une rémunération et le manque de matériel constitue un frein pour un médecin sur cinq. Enfin un médecin sur trois pensent que les patients ne ressentent pas le besoin d'une éducation (71).

Concernant les médecins inclus dans notre étude, il ressort principalement des freins liés à la barrière culturelle et linguistique et au niveau de compréhension et d'éducation. Le manque de temps est beaucoup moins cité que dans l'étude ENTRED.

Régime alimentaire diabétique non suivi : conséquences de la précarité ?

La précarité peut favoriser la malnutrition ou le développement de l'obésité.

L'IPSOS a réalisé en juin 2018 une enquête sur la précarité alimentaire. Son rapport est préoccupant: 21% des personnes interrogées affirment présenter des difficultés financières pour se procurer une alimentation saine afin d'assurer 3 repas par jour, et 27% des individus questionnés ont des difficultés financières pour consommer des fruits et légumes frais tous les jours. L'insécurité alimentaire constitue un frein à la prise en charge des patients DT2 précaires (75).

La qualité du régime alimentaire suit un gradient socio-économique. Les personnes au statut socio-économique bas et aux moyens économiques plus limités consomment préférentiellement les régimes à haute densité énergétique, pauvres en nutriments (76). Les populations précaires consomment moins de fruits et légumes, de produits laitiers, de poissons et de viande que le reste de la population. En revanche, ils consomment davantage de glucides simples et de produits gras et sucrés (gâteaux, viennoiseries, barres chocolatées) ou gras et salés (pizzas, feuilletés, panés, chips) (77). Leurs repas se caractérisent par une forte simplification : un plat unique ou un plat accompagné d'une entrée ou d'un dessert (78).

Ces habitudes alimentaires des patients en difficulté socio-économique sont bien perçues par certains médecins de notre étude qui citent les repas irréguliers et la consommation de produits gras, sucrés, comme les sodas, les chips, les friandises (M5, M8, M10).

Les recommandations d'une consommation accrue en fruits et légumes et moindre en aliments gras, salés et sucrés se heurtent dans les milieux populaires aux contraintes économiques, mais aussi aux représentations d'une « bonne alimentation » et de la corpulence idéale des membres de cette catégorie sociale. Ces recommandations venant de campagnes d'information ou de professionnels de santé peuvent être perçus comme des injonctions extérieures (79).

Dans notre étude, cette idée est bien mise en avant par les médecins interrogés. Ils perçoivent ces représentations comme de véritables obstacles à l'éducation thérapeutique.

Vannereau et al ont réalisé une étude en Languedoc-Roussillon sur les conséquences de la précarité sur le mode de vie et l'alimentation d'une population diabétique et pré-diabétique (80). Les personnes précaires effectuent leurs achats alimentaires en supermarchés économiques et dans les épiceries sociales. Leurs repas sont irréguliers et pauvres en légumes et fruits frais, viandes, poissons, laitages et fromages. Ils consomment plus de pâtes, riz et sodas sucrés. Une relation significative est établie entre l'HbA1c et le degré de précarité, l'absence de logement stable, la faible consommation de légumes, l'irrégularité des horaires de repas et le grignotage.

Dans notre travail, selon les médecins interrogés, la précarité n'est pas la seule raison expliquant que le régime alimentaire diabétique ne soit pas bien suivi : les représentations, la culture et « la pression familiale » jouent un rôle, tout comme la difficulté de changement du mode de vie.

Deux médecins interrogés citent exactement le même exemple pour aborder les représentations sociales : le miel et les dattes.

Les comportements des individus sont intimement liés à leurs représentations sociales. La représentation sociale de « faire la cuisine » est plus que le besoin vital de s'alimenter, elle est assimilée à un plaisir et un moment de partage et de convivialité où le goût et le temps sont importants (81).

« Bien manger » a plusieurs représentations sociales : cela peut être manger des produits de qualité, ou avoir une alimentation équilibrée avec des aliments frais et variés, ou encore manger des aliments goûteux, avec de bonnes saveurs (82).

La barrière linguistique

Elle représente un réel obstacle pour la communication médecin-malade, notamment dans l'ETP. Comment transmettre au patient des informations lui permettant d'acquérir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux son diabète quand la communication ne peut se faire ? Certains médecins évoquent le rôle des interprètes ou l'usage de supports pédagogiques traduits en plusieurs langues, ou simplifiés avec des pictogrammes. Ces supports existent, et nous avons pu le constater dans les salles d'attente des patients interrogés, par exemple une affiche concernant les soins des pieds (Annexe 8). Il est possible que les médecins manquent d'informations concernant l'existence de ces supports.

Pour le patient précaire, vivre « au jour le jour »

Dans notre étude, un médecin souligne que pour une personne vivant dans des conditions précaires, la question de la santé n'est pas primordiale, expliquant que la personne « va à l'urgence » et « met sa santé entre parenthèses ».

L'individu qui se trouve dans cet état de fragilité va avoir des difficultés à se projeter dans l'avenir. Paul Bourdieu résume très bien cette idée dans cette phrase : « La précarité affecte profondément celui ou celle qui la subit ; en rendant tout l'avenir incertain, elle interdit toute anticipation rationnelle et, en particulier, ce minimum de croyance et d'espérance en l'avenir qu'il faut avoir pour se révolter, surtout collectivement, contre le présent, même le plus intolérable. » (83)

Les priorités des personnes défavorisées vont être de se mettre en sécurité au moment présent et de répondre aux besoins physiologiques tels que l'alimentation ou le sommeil.

On peut se référer à « La pyramide des besoins » (figure 4), réalisée par le psychologue Abraham Maslow (84), pour tenter d'expliquer pourquoi la prise en charge du diabète n'est pas une priorité pour une personne précaire. La pyramide est constituée de cinq niveaux principaux. L'Homme recherche d'abord à satisfaire chaque besoin d'un niveau donné avant de penser aux besoins situés au niveau immédiatement supérieur de la pyramide.

Cette représentation pyramidale de la hiérarchie des besoins met en évidence que pour aspirer à des besoins d'estime, d'auto-accomplissement ou d'appartenance à un groupe, il faut tout d'abord que les besoins physiologiques (manger, boire, se vêtir, dormir...) soient satisfaits. Il faut ensuite que certaines sécurités soient présentes. Le besoin de sécurité se réfère au fait que tout individu doit se protéger des dangers : sécurité physique, sécurité de l'emploi, sécurité de la santé, stabilité de la famille.



Figure 4 : La pyramide des besoins selon Abraham Maslow

Ainsi, on comprend qu'un patient précaire satisfera d'abord les besoins de s'alimenter, de se loger, de se sentir en sécurité physique lui, ainsi que sa famille. L'interprétation du médecin M8 est pertinente en ce sens, elle l'explique « *quelqu'un qui vit dans une situation précaire [...] va plutôt se poser la question de comment boucler la fin du mois, comment nourrir ses enfants. Il va à l'urgence en fait.* »

Nous pouvons aussi tenter d'interpréter l'expression qu'utilise le médecin M8 « mettre sa santé entre parenthèses » par une approche socio-anthropologique (85). Le renoncement aux soins prend deux formes principales : le renoncement-barrière et le renoncement-refus.

Dans le renoncement-barrière, l'individu fait face à un environnement de contraintes, le plus souvent budgétaires, qui ne lui permet pas d'accéder au soin souhaité.

Concernant le renoncement-refus, le patient refuse le système de santé de la médecine conventionnelle. Il choisit de se traiter par lui-même ou sollicite des formes de soins du secteur non conventionnel.

Une autre façon d'interpréter l'expression « vivre au jour le jour » qu'utilise un des médecins est de se référer aux travaux de Gérard Reach et à son approche philosophique sur la temporalité dans les maladies chroniques.

Dans les maladies chroniques, il est possible que l'inobservance soit liée à une incapacité de donner la priorité à l'avenir (86,87). Selon lui, l'observance est un concept de haut niveau. En prenant l'exemple de la prévention cardio-vasculaire, il explique que les récompenses d'une bonne observance sont l'absence de survenue de complications, qui sont lointaines et abstraites pour le patient. Alors que les récompenses de l'inobservance seraient le gâteau, le tabac, le fait de ne pas voir le médecin et de ne pas prendre tous ces comprimés. Ces récompenses sont, quant à elles, immédiates et concrètes pour le patient. Gérard Reach développe son concept d'un point de vue philosophique en citant Harry Frankfurt : le soin de soi comme souci (le « care »), implique la prise en compte de l'avenir.

Ce concept de temporalité peut être renforcé par la situation de fragilité de l'individu, qui aura d'autant plus de difficulté à se projeter dans le futur tant le présent lui semble incertain.

4.2.4. Les intervenants dans la prise en charge du diabétique précaire

Les médecins interrogés font souvent appel au CHU ou à l'hôpital, c'est-à-dire aux structures publiques. Ils ont souvent recours aux infirmiers et certains reconnaissent le rôle majeur des associations de quartiers. En revanche, ils citent peu l'assistante sociale, le podologue, l'interprète ou les ONG.

L'étude DAWN2 confirme le poids émotionnel que représente le diabète dans la vie quotidienne de la personne concernée et celles de ses proches. Selon les participants, les deux principales sources de soutien sont la famille et les équipes soignantes (88). Le médecin M1 résume bien cette nécessité de soutien : « ils ont besoin qu'on les aide, qu'on les écoute et qu'on les soigne ».

- **L'endocrinologue**

La majorité des médecins généralistes interrogés dans notre étude indique faire appel à un endocrinologue alors que dans l'étude ENTRED, seuls 14 % des diabétiques ont été pris en charge par un endocrinologue libéral et 82 % n'ont consulté que leur médecin généraliste, sans recours à un spécialiste du diabète libéral ou à une hospitalisation en service spécialisé (89). Les médecins de notre étude adressent parfois à des endocrinologues libéraux mais ils ne sont pas tous en secteur 1 et le dépassement d'honoraires peut représenter un obstacle au suivi du patient DT2 confronté à des difficultés financières.

Une étude menée par Lapostolle et al (90) a montré que les patients diabétiques et leur entourage sont insuffisamment formés pour mesurer la glycémie capillaire ou reconnaître les symptômes d'hypoglycémie. Dans les analyses multivariées, le principal facteur associé à une meilleure éducation du patient était la prise en charge par un diabétologue.

- **Les infirmiers**

Dans notre étude, le rôle des infirmiers et infirmières est cité à plusieurs reprises : ils sont « au contact du patient » (M8).

L'intervention d'infirmières, spécialement formées, auprès de patients pour établir des objectifs individuels, éduquer au diabète, gérer les médicaments et mener des activités de soins personnels montre une diminution significative de l'hémoglobine glyquée (91).

Le dispositif ASALEE (Action de santé libérale en équipe), lancé en 2004 dans le département des Deux-Sèvres à l'initiative de Jean Gautier, est une coopération entre médecins et infirmières qui recentrent leurs interventions sur l'éducation et la prévention. Ce protocole s'intéresse au dépistage et au suivi du diabète, de troubles cognitifs, de bronchopneumopathie chronique obstructive, de cancers, des risques cardio-vasculaires.

Les infirmières se voient confier par les médecins des consultations d'éducation thérapeutique, selon un protocole défini. La consultation d'éducation thérapeutique réalisée par ce réseau améliore l'équilibre glycémique (92). En Occitanie, depuis 2013, le réseau ASALEE s'est implanté et compte actuellement 140 médecins généralistes et 45 infirmières. Cependant, il est encore peu connu par les médecins et les patients. Dans notre étude, aucun médecin ne le cite.

- **Les associations de quartier et les réseaux de soins**

Près des trois quarts des médecins généralistes déclarent ne jamais donner de rendez-vous au patient DT2 pour un temps d'éducation thérapeutique qu'ils assureraient eux-mêmes, selon l'étude ENTRED (71).

Comme l'ont souligné certains médecins dans notre enquête, il leur manque du temps pour réaliser l'ETP. Cela demande aussi des compétences particulières de la part du médecin telles que des compétences techniques, relationnelles, pédagogiques et organisationnelles (93).

La HAS souligne que l'ETP doit être multi-professionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle et doit intégrer le travail en réseau. Les actions de groupe donnent de meilleurs résultats que les actions individuelles (94). Les associations de quartiers et les réseaux de soins ont donc un rôle crucial dans l'éducation thérapeutique du patient.

Dans notre étude, un seul médecin évoque le service SOPHIA, mais explique qu'il existe un frein important : l'analphabétisme et la barrière linguistique. Ils sont plusieurs à citer les associations de quartier, sans citer leurs noms.

Un travail de thèse réalisé sur le quartier de la Mosson en 2017 a montré que le programme Solidarité Diabète est peu connu des professionnels de santé du quartier. Les médecins et infirmiers qui connaissent ce programme y adressent régulièrement leurs patients diabétiques. Cependant de nombreux patients refusent de participer au programme (95).

Ces associations ont un rôle capital dans l'éducation thérapeutique dans le domaine de l'alimentation. En effet, en France, la consultation chez un diététicien n'est pas remboursée par l'Assurance Maladie. Seulement une personne diabétique de type 2 sur cinq déclare avoir bénéficié d'une consultation avec une diététicienne, selon le bilan ENTRED (89).

- **L'assistante sociale**

Dans notre étude, on peut souligner que l'assistante sociale n'est citée que par un seul médecin. C'est pourtant un acteur clé dans une situation de précarité. En effet, plus d'un quart des assurés interrogés dans les accueils de l'Assurance Maladie seraient concernés par des situations de renoncement aux soins.

Afin de lutter contre ce phénomène, l'Assurance Maladie a généralisé progressivement un nouveau dispositif de lutte contre le renoncement aux soins : la Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS).

Les professionnels de santé qui détectent des personnes en situation de renoncement aux soins peuvent établir un signalement à la Pfidass. Cette dernière contacte les personnes afin d'étudier avec elles leurs besoins, ouvrir des droits le cas échéant, les accompagner vers des professionnels adaptés et monter des dossiers de demandes d'aides (96).

- **Le podologue**

Dans notre travail, seulement deux médecins disent insister sur l'éducation concernant les soins des pieds pour les patients précaires. Pourtant, la privation sociale est un facteur pouvant conduire au développement des ulcères du pied chez le diabétique et mener à une amputation (45,97,98).

Le pied représente le « carrefour des complications », associant neuropathie, artériopathie et infection. Les ulcères traités rapidement et adéquatement guériront dans 70 à 90% des cas (99).

Les soins de prévention par le pédicure-podologue sont remboursés sur prescription médicale sous certaines conditions : s'il existe une neuropathie associée à une artériopathie ou une déformation du pied (grade 2) ou s'il existe un antécédent d'ulcération évoluant depuis 4 semaines ou une amputation des membres inférieurs (grade 3). Même si les patients bénéficient d'une couverture complémentaire et de l'exonération du ticket modérateur, il existe bien un « reste à charge » concernant les soins podologiques s'ils ne répondent pas aux conditions ci-dessus (100).

La connaissance du risque podologique par le patient et sa surveillance aussi bien par le soignant que par le diabétique sont capitales.

- **L'interprète**

Dans notre enquête, la barrière linguistique représente un obstacle à la prise en charge du patient diabétique et plusieurs médecins le soulignent : pour éduquer, il faut se comprendre et donc avoir un langage partagé.

La Haute Autorité de Santé reconnaît le rôle primordial de l'interprétariat dans le domaine de la santé : « il garantit aux professionnels les moyens d'exercer pleinement leurs fonctions et aux personnes allophones les moyens d'expression et de compréhension afin qu'elles puissent se poser comme sujets autonomes, visant ainsi leur égal accès aux droits et aux soins » (101). L'accès à l'interprétariat professionnel est très difficile et rare en médecine de ville. L'interprétariat dans le domaine de la santé manque de financements spécifiques, ce qui représente un obstacle à son développement.

Il existe des associations qui proposent des services d'interprétariat professionnel : on peut citer par exemple l'ISM Interprétariat (Interprétariat en Milieu Social) qui est plutôt axé sur le droit social.

Il existe d'autres moyens de communication utilisés en pratique courante pour lever la barrière linguistique. Comme l'énoncent les médecins dans notre étude, le recours à une tierce personne, faisant souvent partie de l'entourage et maîtrisant les deux langues, est possible. L'utilisation d'outils tels que des schémas ou pictogrammes est intéressante, en dehors des situations d'analphabétisme. Enfin, les professionnels de santé peuvent faire appel aux sites de traduction en ligne. Cependant, même si ces moyens de communication peuvent parfois être une assistance, ils ne permettent pas un réel échange ni l'assurance d'une compréhension totale.

- **Les Organisations Non Gouvernementales (ONG)**

En France, plusieurs ONG luttent contre la précarité. Dans notre étude, un seul médecin en parle, faisant appel aux interprètes de Médecins du Monde. Cette ONG, créée en 1980, reçoit chaque année près de 30 000 patients dans ces centres d'accueil de soins et d'orientation français. Elle apporte des soins médicaux aux démunis, lutte pour la justice sociale et l'autonomisation des populations. Il existe beaucoup d'autres ONG qui œuvrent pour les mêmes causes, citons par exemple La Croix-Rouge Française, ATD Quart-monde et Le Secours Populaire.

- **Le psychologue**

Le soutien des patients sur le plan psychologique (découragement, déni) pose problème à 14% des généralistes selon l'étude ENTRED (71). On peut imaginer qu'en situation de précarité, le suivi psychologique soit d'autant plus profitable aux diabétiques. Pourtant, aucun médecin dans notre étude ne dit faire appel à un psychologue, cela est probablement lié au fait que les consultations psychologiques ne sont pas remboursées par la sécurité sociale.

4.3. Forces et faiblesses de l'étude

4.3.1. Forces de l'étude

- L'originalité du travail de recherche

Les principaux travaux de recherche sur le diabète de type 2 et la précarité se sont intéressés aux patients, à leurs ressentis ou à la maladie et ses complications, mais nous n'avons pas trouvé d'études s'intéressant aux médecins, à leurs attitudes de prise en charge et à leurs difficultés dans ce contexte.

- La méthode qualitative

La méthode qualitative est une technique de choix pour explorer, comprendre, décrire des attitudes et des ressentis. Pour répondre à nos questions de recherche, cette méthode, au travers d'entretiens semi-dirigés, a permis de mettre en évidence les expériences des médecins généralistes et leurs opinions.

- Population étudiée

Dans notre étude, les médecins sont âgés en moyenne de 49 ans, ce qui est proche de la moyenne française qui est de 51,6 ans. Notre population de médecins interrogés est composée en légère majorité par des femmes (53,8%). Au niveau national, les médecins généralistes sont représentés à 54% par les hommes et 46% par les femmes mais la tendance est à la féminisation de la profession. La durée des consultations dans notre échantillon était de 17 minutes ce qui correspond à la moyenne française.

4.3.2. Limites de l'étude

- Biais de méthode

Il s'agissait pour l'enquêteur de sa première étude. Du fait du manque d'expérience, il peut y avoir des erreurs dans la passation du guide d'entretien notamment sur les questions de relance ou sur le temps accordé entre deux questions. De plus, les deux dernières questions portaient sur le degré de satisfaction des médecins généralistes et nous avons fait le choix d'une question fermée afin de mesurer le degré de satisfaction. La méthode de l'échelle numérique analogique a été choisie pour ses avantages : elle permet une amplitude importante, un fort pouvoir discriminant et une analyse statistique. Concernant nos résultats d'analyses statistiques, il faut être prudent quant à leurs interprétations. En effet, notre échantillon était de petite taille et en faisant des sous-groupes, les effectifs étant réduits, la puissance du test s'affaiblit.

- Biais d'interprétation

Ce biais est lié à la méthode qualitative. Tout d'abord, les verbatim ont été classés et regroupés en thème en fonction du jugement de l'investigateur. La triangulation des données n'a pas été réalisée, elle aurait pu renforcer la validité interne de l'étude (102). De plus, la précarité étant un terme polysémique, les participants ont répondu aux questions avec leur définition de cette précarité.

- Biais d'influence

Sachant que l'enquêteur était un médecin, les personnes interrogées ont peut-être nuancé leurs réponses ou même censuré certains propos, par peur d'un jugement. Concernant le guide d'entretien, les questions n'étaient pas toutes ouvertes, ce qui a pu orienter les réponses.

- Biais de sélection

Nous avons décidé d'inclure pour notre étude des médecins généralistes quotidiennement confrontés aux situations de précarité.

Nous avons choisi d'inclure des médecins exerçant dans deux quartiers prioritaires de la ville de Montpellier. Nous avons sélectionné ces zones géographiques sur leurs caractéristiques socio-démographiques. Cette sélection peut constituer un biais, puisque comme nous l'avons vu, la définition de la précarité n'est pas univoque et la précarité n'est pas cantonnée à un territoire.

De plus, il est possible que les médecins généralistes qui ont accepté de participer à l'étude se sentent davantage intéressés par le sujet par rapport à ceux qui ont refusé.

Au niveau linguistique, soulignons que dans notre échantillon, un tiers des médecins parle arabe ou un dialecte arabe. Un médecin parle six langues : français, italien, espagnol, anglais, arabe et un dialecte arabe. Le fait d'être polyglotte dans ces quartiers est une aptitude très utile puisqu'un habitant sur quatre, voire un sur trois, est d'origine étrangère et comme le révèlent les médecins interrogés, beaucoup de patients ne parlent pas le français.

- Saturation des données

Nous déplorons le fait que malgré des relances, tous les médecins inclus n'aient pas pu répondre à notre questionnaire. Nous avons initialement fixé l'objectif d'interroger quinze médecins. Nous avons obtenu une saturation des données à M12 et nous voulions confirmer avec trois autres entretiens. Nous ne sommes pas arrivés à saturation complète des données puisque le dernier entretien a fait apparaître de nouvelles idées et nous n'avons finalement pu atteindre le nombre de quinze entretiens fixé.

4.4. Perspectives

Il semble que les médecins interrogés dans notre enquête, bien qu'exerçant dans un quartier socialement défavorisé, ne maîtrisent pas tous ce que représentent les conséquences de la précarité. Les médecins connaissent bien les références relatives au suivi mais leur application systématique se heurte aux conditions concrètes de l'exercice quotidien en particulier en ce qui concerne l'éducation thérapeutique (103).

Dans la formation médicale initiale, l'importance de l'éducation thérapeutique du patient et de la démarche éducative individualisée est enseignée. L'ETP renvoie à différents principes : l'éducabilité de tous les patients, l'approche centrée sur la personne en tenant compte de l'ensemble des éléments qui affectent sa santé et le respect de la personne, y compris la liberté de choix des individus.

La notion de précarité est abordée dans le chapitre « Sujets en situation de précarité », où sont expliqués les principaux dispositifs de prise en charge : dispositifs législatifs, médico-sociaux, matériels et humains (associations à but non lucratif, organisations caritatives, Organisations Non Gouvernementales).

Au cours de la formation d'interne en médecine générale, nous sommes confrontés à la prise en charge de patients en situation de précarité : dans les services hospitaliers de médecine, aux urgences, et lors des stages de médecine ambulatoire.

Une étude réalisée en 2015 montrait que plus de 9 médecins sur 10 rencontraient des difficultés dans la prise en charge de leurs patients précaires. Ils connaissaient moyennement ou insuffisamment les structures médico-sociales de leur territoire et les deux tiers étaient intéressés par une formation spécifique (104).

En 2012, deux étudiantes ont mené une enquête auprès de 250 internes en médecine générale de Marseille sur les inégalités de santé (105). Cette enquête a montré que les dispositifs d'accès aux soins étaient peu connus par les étudiants et qu'ils n'ont pas conscience de l'impact de la position sociale sur la santé. Deux tiers des internes avaient des représentations négatives à l'encontre des patients bénéficiaires de la CMU : comportement irrespectueux pendant la consultation, exigence particulière de traitement ou d'examens complémentaires, consommation excessive de médicaments, fraudes plus importantes.

Au vu de ces deux travaux, l'idée de renforcer la formation des généralistes sur les dispositifs de prise en charge et les structures médico-sociales paraît pertinente.

L'étude ENTRED (71) montre que 26% des médecins généralistes estiment manquer de formation sur l'ETP et qu'il existe une volonté de formation de la part des médecins sur des compétences permettant de proposer et de négocier des objectifs, d'identifier les besoins des patients et d'apporter une information adaptée. C'est aussi le souhait de quelques-uns des médecins interrogés dans notre étude.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a développé un référentiel de compétences en éducation thérapeutique ainsi qu'un livre (94) ayant pour vocation de traiter de la prévention, de l'éducation pour la santé ou de l'éducation thérapeutique à travers différentes approches (par thème, population ou lieux de vie). Un chapitre est consacré à l'ETP du diabétique. Ce livre pourrait servir de guide aux médecins qui s'interrogent sur l'ETP.

Diagnostiquer le plus précocement possible le diabète de type 2 chez les personnes précaires est souhaitable car comme nous l'avons vu, celui-ci est souvent découvert à un niveau de déséquilibre glycémique majeur et parfois au stade de complications. Il est recommandé lors de l'admission aux urgences d'une personne en grande précarité de faire systématiquement une glycémie capillaire et d'agir en conséquence (62). On pourrait appliquer cette recommandation aux patients qui consultent en cabinet de médecine générale et que l'on repère comme précaire.

Une meilleure connaissance des conséquences de la précarité et des outils ou structures à disposition du patient et du médecin, permettrait à ce dernier d'aborder une prise en charge personnalisée et adaptée pour les personnes défavorisées.

5. CONCLUSION

La précarité est une dimension plus vaste que la pauvreté. Elle toucherait plus d'une personne sur dix en France et elle est en augmentation. La vulnérabilité socio-économique influence d'une part la survenue du diabète et de ses complications, d'autre part sa prise en charge et son contrôle. Évaluer la précarité est un exercice difficile devant la diversité et la complexité des situations possibles.

Notre étude a montré que les médecins tiennent compte de l'état de fragilité dans lequel se trouve le patient. Ils repèrent les situations à risque par l'interrogatoire, la couverture sociale, les conditions de vie, le logement, la situation familiale, le statut professionnel, l'apparence physique, le niveau de langage et de compréhension. Le renoncement aux soins peut être un élément qui les alerte.

Prendre en compte la précarité des patients doit faire partie d'une démarche thérapeutique.

Certains médecins de notre enquête prennent en compte le caractère précaire de l'environnement du patient pour les prescriptions des traitements et pour les objectifs d'équilibre glycémique.

L'éducation des patients doit passer par la compréhension de l'individu et des divers facteurs qui influent sur l'évolution et la prise en charge de son diabète (revenus, environnement, culture, accès aux soins, comportement de santé). Adapter le discours et les points importants de l'éducation thérapeutique apparaît comme nécessaire pour les médecins qui prennent en charge ces populations en difficulté. Ils insistent particulièrement sur l'alimentation et l'activité physique, qu'ils ont identifiés comme étant de réels enjeux dans ce contexte. La « malbouffe » et la sédentarité affectent grandement ces populations.

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient et les associations de quartiers doivent être développés et valorisés : ils ont un rôle clé en matière d'éducation et de promotion en santé, mais aussi pour la lutte contre l'isolement.

Mieux former les médecins généralistes sur les inégalités sociales et la notion de précarité pourrait être une perspective afin d'améliorer la prise en charge des populations vulnérables.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Pauvreté et précarité en chiffres [Internet]. Observatoire des inégalités. Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Pauvrete-et-precarite-en-chiffres>
2. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale - Rapport présenté au nom du conseil économique et social. JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. 28 févr 1987; Disponible sur: <http://www.joseph-wresinski.org/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Rapport-WRESINSKI.pdf>
3. Haut Comité de la Santé Publique. La Progression de la précarité en France et ses effets sur la santé [Internet]. 1998. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984001250/index.shtml>
4. Moulin J-J, Dauphinot V, Dupré C, Sass C, Labbe E, Gerbaud L, et al. Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002. :4.
5. La Santé de l'homme n° 397 - " Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples " [Internet]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/slh/articles/397/02.htm>
6. Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé. | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006079995>
7. Godefroy P. et Ponthieux S. Pauvreté en conditions de vie en France et privations matérielles dans les pays de l'Union européenne [Internet]. INSEE, division «conditions de vie des ménages - Les Travaux de l'Observatoire; 2009. Disponible sur: <http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Godefroy.pdf>
8. Labbé É, Moulin JJ, Guéguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. La Revue de l'Ires. 2007;(53):3-49.
9. OMS. Promotion de la santé - charte d'Ottawa. :6.
10. Doumont D, Feulien C. En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités sociales de santé ? 2010 sept. [Internet]. 2010. Disponible sur: http://doc.hubsante.org/doc_num.php?explnum_id=10398
11. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health: debates, policy & practice, case studies. [Internet]. 2010. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf
12. INSEE. Synthèse – Une approche de la précarité en Occitanie - Tableaux de bord | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2667490?sommaire=2667497>
13. Taux de chômage [Internet]. Disponible sur: http://occitanie.directe.gouv.fr/sites/occitanie.directe.gouv.fr/IMG/pdf/tc2017t4_note.pdf
14. Les chiffres du diabète en France [Internet]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/diabete/chiffres-france>
15. IDF diabetes atlas - Home [Internet]. Disponible sur: <http://www.diabetesatlas.org/>

16. Les 10 principales causes de mortalité [Internet]. World Health Organization. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
17. WHO | Diabetes programme [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/diabetes/en/>
18. Emerging Risk Factors Collaboration, Sarwar N, Gao P, Seshasai SRK, Gobin R, Kaptoge S, et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *Lancet*. 26 juin 2010;375(9733):2215-22.
19. Schlienger J-L. Complications du diabète de type 2. 6 juin 2013;La Presse Médicale-Vol. 42-N° 5-p. 839-848.
20. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation : Juin 2007. *Obésité*. mars 2009;4(1):39-43.
21. He X, Li J, Wang B, Yao Q, Li L, Song R, et al. Diabetes self-management education reduces risk of all-cause mortality in type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine*. mars 2017;55(3):712-31.
22. Manuello P. Inégalités sociales, maladies chroniques et ETP. 4 mai 2017 ; *Soins*-Vol. 62-N° 815-p. 14-18. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/1120855>
23. Association Audiab [Internet]. Audiab diabétiques de type 2. Disponible sur: <http://www.audiab.fr/>
24. Corbeau C, Boegner C, Fassier M, Bonte FP, Mohammed R. Solidarité diabète : patients et professionnels, partenaires dans l'éducation thérapeutique de personnes diabétiques en situation de précarité, Therapeutic education for diabetic people in precarious conditions : fostering and promoting relationships. *Santé Publique*. 9 juill 2013;S2(HS2):225-33.
25. Lecoffre C. Hospitalisations pour maladies cardio-neuro-vasculaires et désavantage social en France en 2013. :8.
26. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke : systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*. 15 mars 2016;heartjnl-2015-308790.
27. Guize L, Jaffiol C, Guéniot M, Bringer J, Giudicelli C, Tramonni M, et al. [Diabetes and socio-economic deprivation. A study in a large French population]. *Bull Acad Natl Med*. déc 2008;192(9):1707-23.
28. Connolly V, Unwin N, Sherriff P, Bilous R, Kelly W. Diabetes prevalence and socioeconomic status: a population based study showing increased prevalence of type 2 diabetes mellitus in deprived areas. *J Epidemiol Community Health*. mars 2000;54(3):173-7.
29. Barnichon C, Ruivard M, Philippe P, Vidal P, Teissonnière M. Diabète de type 2 et précarité : une étude cas-témoins. *La Revue de Médecine Interne*. 1 août 2011 ;32(8):467-71.
30. Bihan H, Laurent S, Sass C, Nguyen G, Huot C, Moulin JJ, et al. Association among individual deprivation, glycemic control, and diabetes complications : the EPICES score. *Diabetes Care*. nov 2005;28(11):2680-5.

31. Loddo C, Amour R, Tabarin A, Monsaingeon M, Gatta-Cherifi B. Impact de la précarité sur l'obésité dans la filière surcharge pondérale du service d'endocrinologie, diabétologie, maladies métaboliques et nutrition du CHU de Bordeaux. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 1 sept 2016;30(3):260-1.
32. Royer B, Gusto G, Vol S, Arondel D, Tichet J, Lantieri O. Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examens de santé, Deprivation, self-perceived health and anxiodepressive disorders : a study from 12 health examination centers. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2010;41(4):313-21.
33. Azogui-Lévy S, BOURDILLON F, ITTAH-DESMEULLES H, ROSENHEIM M, SOUAMES M, AZERAD J. État dentaire, recours aux soins et précarité. 2 mars 2008; *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*-Vol. 54-N° 3-p. 203-211.
34. Azogui-Lévy S, Rochereau T. État de santé et suivi bucco-dentaire selon le statut diabétique : exploitation de l'enquête ESPS 2008. 6 déc 2014; *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*-Vol. 62-N° 6-p. 329-337.
35. Andler R, Guignard R, Spilka S, Nézet OL, Pasquereau A, Richard J-B, et al. Consommation de tabac et usage de cigarette électronique en France. 15 juill 2018 ; *Revue des Maladies Respiratoires*-Vol. 35-N° 6-p. 673-685.
36. Merson F, Perriot J. Impact de la précarité et de la perspective temporelle sur le sevrage tabagique. 3 févr 2012; *La Presse Médicale*-Vol. 41-N° 2-p. 43-51.
37. Beck F. Baromètre santé 2005 : attitudes et comportements de santé. Saint-Denis : Éditions INPES; 2007.
38. Mandereau-Bruno L. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement (tous types) en France en 2015. Disparités territoriales et socio-économiques / prevalence of pharmacologically-treated diabetes (all types) in France in 2015. Territorial and socio-economic disparities. 2017;6.
39. Clésiau HL, Michault A, Soufi K, Valensi P. P86 Diabète méconnu et précarité psychosociale. 6 avr 2009; *Diabetes & Metabolism*-Vol. 35-N° S1-p. A48.
40. Diabète : le dépistage au cœur des actions de prévention [Internet]. Centre Européen d'Etude du Diabète. Disponible sur: <http://ceed-diabete.org/blog/diabete-le-depistage-au-coeur-des-actions-de-prevention/>
41. Sass C, COHEN R, LE CLESIAU H, BIHAN H, MOULIN JJ, Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examens de santé. (C.E.T.A.F.). Saint-Etienne. FRA. Précarité, contrôle glycémique et complications liées au diabète. Le score EPICES. Saint-Etienne: CETAF; 2006 avr p. 27p.
42. Janand-Delenne B, Sejl S, Rocher L, Calemczuk G. P22 Précarité, complications et niveau de connaissances sur le diabète dans une population de 125 patients. 21 déc 2010; *Diabetes & Metabolism*-Vol. 36-N° S1-p. A45.
43. Ramentol M, Auclair C, Gerbaud L, Desbiez F, Thieblot P, Tauveron I. P100 - Complications diabétiques : intérêt du dépistage des populations précaires par le score EPICES. 12 mars 2009; *Diabetes & Metabolism*-Vol. 35-N° S1-p. 51-52.
44. Fosse-Edorh S. Le poids des complications liées au diabète en France en 2013. Synthèse et perspectives. :7.

45. Collier A, Ghosh S, Hair M, Waugh N. Impact of socioeconomic status and gender on glycaemic control, cardiovascular risk factors and diabetes complications in type 1 and 2 diabetes: a population based analysis from a Scottish region. *Diabetes Metab.* avr 2015;41(2):145-51.
46. Mayfield JA, Reiber GE, Sanders L, Janisse D, Pogach LM. Preventive Foot Care in People With Diabetes. *DIABETES CARE.* 1998;21(12):17.
47. Wamala S, Merlo J, Bostrom G, Hogstedt C, Agren G. Socioeconomic disadvantage and primary non-adherence with medication in Sweden. *Int J Qual Health Care.* juin 2007;19(3):134-40.
48. Oude-Engberink, A, Lognos, B, Clary, B, Bourrel G, David M. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. 2013;exercer 2013;105:4-11.
49. Quartier Prioritaire Mosson - Quartier prioritaire de la politique de la ville de la commune: Montpellier - SIG Politique de la Ville [Internet]. Disponible sur: <https://sig.ville.gouv.fr/Tableaux/QP034005#>
50. Quartier Prioritaire Petit Bard Pergola - Quartier prioritaire de la politique de la ville de la commune: Montpellier - SIG Politique de la Ville [Internet]. Disponible sur: <https://sig.ville.gouv.fr/Territoire/QP034006>
51. Jaffiol, Passeron. Santé et précarité : l'exemple du diabète, à propos d'une enquête en Languedoc [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.ac-sciences-lettres-montpellier.fr/academie_edition/fichiers_conf/JAFFIOL-PASSERON2013.pdf
52. Peretti GD. Précaire : une catégorie instable et fragile, *Abstract.* *Empan.* 2005;no 60(4):14-23.
53. Sass C, Guéguen R, Moulin J-J, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité, *Summary.* *Santé Publique.* 2006;18(4):513-22.
54. Mazalovic K, Gasiorek E, Zabawa C, Morlon F. Étude de la concordance entre le score EPICES et l'évaluation spontanée de la précarité par les médecins généralistes [Internet]. *exercer* 2015;118; Disponible sur: <https://www.exercer.fr/numero/118/supp/1/page/12/pdf/>
55. Santé et accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. Disponible sur: <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/travaux-du-hcefh/article/sante-et-acces-aux-soins-une>
56. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Femmes et santé - Feuille de route 2016 [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/femmes_et_sante.pdf
57. Institut de Veille Sanitaire. 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]. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7620
58. Weill A, Tuppin P, Ricci P, Ricordeau P, Allemand H. P87 Facteurs socio-économiques associés au diabète : une étude écologique. 6 avr 2009; *Diabetes & Metabolism-Vol. 35-N° S1-p. A48.*

59. Guide d'accès aux droits pour les femmes nouvellement arrivées en France. Disponible sur: <http://www.meuse.gouv.fr/content/download/10262/65975/file/guide%20im.Lor.2015-Basse%20D%C3%A9f..pdf>
60. Grimaldi. L'acceptation de la maladie diabétique. 16 févr 2008;Annales d'Endocrinologie-Vol. 64-N° 3-p. 22-26.
61. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2015: A Patient-Centered Approach: Update to a Position Statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 1 janv 2015;38(1):140-9.
62. Recommandation : prise en charge du diabète chez les personnes en grande précarité. Réunion de Consensus, Paris. 13 nov 2008;Cahiers de Nutrition et de Diététique-Vol. 43-N° 5-p. 251-256.
63. Jaffiol C. P2067 Conséquences de la précarité sur le dépistage et la prise en charge du diabète de type 2 (DT2). À propos d'une enquête en Languedoc. *Diabetes & Metabolism*. 26 mars 2013;39:A84.
64. Claude Jaffiol, Annick Fontbonne, Denyse Vannereau, Jean-, Paul Olive, Serge Passeron. Diabète et précarité en Languedoc [Internet]. Disponible sur: http://www.precaritediabete.academie-medecine.fr/diabete_et_precaire_en_languedoc.pdf
65. Pezé V, Lumediluna M-L, Thill J-C, Sarde E, Dany L. Représentations et vécus associés au diabète et à l'éducation thérapeutique : une étude qualitative. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*. 1 juin 2017;9(1):10105.
66. Nilsson PM, Johansson SE, Sundquist J. Low educational status is a risk factor for mortality among diabetic people. *Diabet Med*. mars 1998;15(3):213-9.
67. Doubi S, El Ouahabi H, Dakkar O, Ajdi F. L'évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique chez le patient diabétique dans un Centre Hospitalier Universitaire marocain: résultats préliminaires d'une enquête pilote. *Pan Afr Med J* [Internet]. 27 juill 2014;18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4258212/>
68. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*. 24 juill 2002;288(4):475-82.
69. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daher C, et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med*. 13 janv 2003;163(1):83-90.
70. Debussche X, Corbeau C, Caroupin J, Fassier M, Ballet D, Balcou-Debussche M, et al. Littératie en santé et précarité : optimiser l'accès à l'information et aux services en santé. L'expérience de Solidarité Diabète. 6 janv 2018;Médecine des maladies Métaboliques-Vol. 11-N° 8-p. 739-744.
71. Cécile Fournier, Amélie Chabert, Helen Mosnier-Pudar, Isabelle Aujoulat, Anne Fagot-Campagna, Arnaud Gautier. Etude ENTRED 2007-2010, Résultats du module « information et éducation » Rapport concernant : l'information et l'éducation reçues par les personnes diabétiques, les pratiques éducatives des médecins, ainsi que les attentes des personnes diabétiques et des médecins 2011. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/pdf/rapport-entred.pdf>

72. Grimaldi A. La place de l'éducation thérapeutique dans le traitement des maladies chroniques. BULLETIN DE L'ORDRE 401;
73. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature, Summary. Santé Publique. 2007;19(5):413-25.
74. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 22 avr 1992;267(16):2221-6.
75. Pilot S, Laboulaye P, Cohen R, Reach G, Clesiau HL, Bihan H. P117 - Précarité et traitement chez des patients diabétiques. Diabetes & Metabolism. 1 mars 2011;37(1):A62.
76. Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality? Am J Clin Nutr. mai 2008;87(5):1107-17.
77. Bihan H. Précarité et impact sur les comportements de santé : consommation de fruits et légumes, et prise en charge du diabète [Internet] [phdthesis]. Conservatoire national des arts et métiers - CNAM; 2011. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00631236/document>
78. Poulain J-P, Tibère L. Alimentation et précarité. Considérer la pluralité des situations. Anthropology of food [Internet]. 14 oct 2008;(6). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/aof/4773>
79. Regnier F. La perception des messages de santé par les populations défavorisées. 22 août 2011;Cahiers de Nutrition et de Diététique-Vol. 46-N° 4-p. 206-212.
80. Vannereau D, Jaffiol C, Fontbonne A, Passeron S. Conséquences de la précarité sur le mode de vie et l'alimentation d'une population diabétique et pré-diabétique : à propos d'une enquête en Languedoc. 7 mars 2014;Médecine des maladies Métaboliques-Vol. 8-N° 1-p. 88-94.
81. Boussoco J, Urdapilleta I, Dany L, Giboreau A. P030: Représentations sociales culinaires dans la population française : « Faire la cuisine », quelle place pour la notion de santé ? Nutrition Clinique et Métabolisme. 1 déc 2014;28:S83-4.
82. Hébel P, Pilorin T. Comment les discours nutritionnels influencent-ils les représentations de l'alimentation ? Cahiers de Nutrition et de Diététique. 1 mars 2012;47(1):42-9.
83. Bourdieu P. La précarité est aujourd'hui partout. Intervention lors des Rencontres européennes contre la précarité. Grenoble. 12 déc 1997; Disponible sur: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@actrav/documents/meetingdocument/wcms_161352.pdf
84. Maslow Pyramide des besoins [Internet]. Disponible sur: <http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/Maslow.pdf>
85. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. 2011;8.
86. Reach G. Prix Roger Assan - Temporalité dans les maladies chroniques : science et philosophie Disponible sur: <https://www.sfdiabete.org/mediatheque?mediaId=43604&channel=8444>
87. Reach G. Non-observance dans le diabète de type 2. /data/revues/07554982/v42i5/S0755498213004594/. 6 juin 2013;La Presse Médicale-Vol. 42-N° 5-p. 886-892.

88. Tourette-Turgis C. Les résultats de l'étude DAWN2TM : intégrer les dimensions psychosociales dans les programmes d'éducation thérapeutique. *Médecine des Maladies Métaboliques*. déc 2013;7:S25-9.
89. Fagot-Campagna et al. Que retenir du bilan d'ENTRED 2007-2010 ? : ENTRED 2007-2010: Which key-points? - ScienceDirect [Internet]. Disponible sur: [https://www.sciencedirect-com.www.ezp.biu-montpellier.fr/science/article/pii/S195725571070047X](https://www.sciencedirect.com/www.ezp.biu-montpellier.fr/science/article/pii/S195725571070047X)
90. Lapostolle F, Hamdi N, Barghout M, Soulat L, Faucher A, Lambert Y, et al. Diabetes education of patients and their entourage: out-of-hospital national study (EDUCATED 2). *Acta Diabetol*. 1 avr 2017;54(4):353-60.
91. Davidson MB. The Case for "Outsourcing" Diabetes Care. *Diabetes Care*. 1 mai 2003;26(5):1608-12.
92. Bourgueil Y, Fur PL, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. 2008;8.
93. Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme. :34.
94. Éducation thérapeutique du patient : modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis: INPES; 2010. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1302.pdf>
95. Talasman L. Éducation thérapeutique des patients diabétiques et précarité: le vécu des professionnels de santé libéraux vis à vis du programme d'ETP Solidarité Diabète [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.
96. Fatoux C. Un investissement social de l'assurance maladie : la PFIDASS. Chronique d'une expérimentation en voie de généralisation d'un dispositif local d'accès aux soins. *Regards*. 2017;(52):187-203.
97. Leese GP, Feng Z, Leese RM, Dibben C, Emslie-Smith A. Impact of health-care accessibility and social deprivation on diabetes related foot disease. *Diabet Med*. avr 2013;30(4):484-90.
98. Gentils VL, Yaber Y, Cosson E, Valensi P, Chanu B. PP5 Pronostic des plaies du pied chez les patients diabétiques précaires. *Diabetes & Metabolism*. 1 mars 2014;40:A113.
99. Dumont I. The diabetic foot: the Cinderella of complications. *Rev Med Brux*. sept 2010;31(4):391-7.
100. Detournay B, Robert J, Gadenne S. Le reste à charge des patients diabétiques en France en 2007 [Internet]. 2013. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=9232
101. Haute Autorité de santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé -Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. 2017;55.
102. Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie Lehr-Drylewicz, Patrick Imbert, Laurent Letrilliart. Introduction à la recherche qualitative. *Recherche Méthodes*. GROUM-F exercer 2008; 84:142-5. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf

103. Cogneau J, Lehr-Drylewicz A-M, Bachimont J, Letoumy A. Écarts entre le référentiel et la pratique dans le diabète de type 2: Les préjugés des médecins et des patients sont un obstacle à une éducation efficace des patients. *La Presse Médicale*. 1 mai 2007;36(5, Part 1):764-70.
104. Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Patrizio PD. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. *Santé Publique*. 31 déc 2015;27(5):679-90.
105. Patients et précarité : un besoin de formation des soignants. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/fr/3/31/49350/0/2014/ArchiveNewsDetails.aspx?page=4>
106. HAS. Fiche mémo Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04_synth_diabete_type_2_objectif_glycemique_messages_cles.pdf

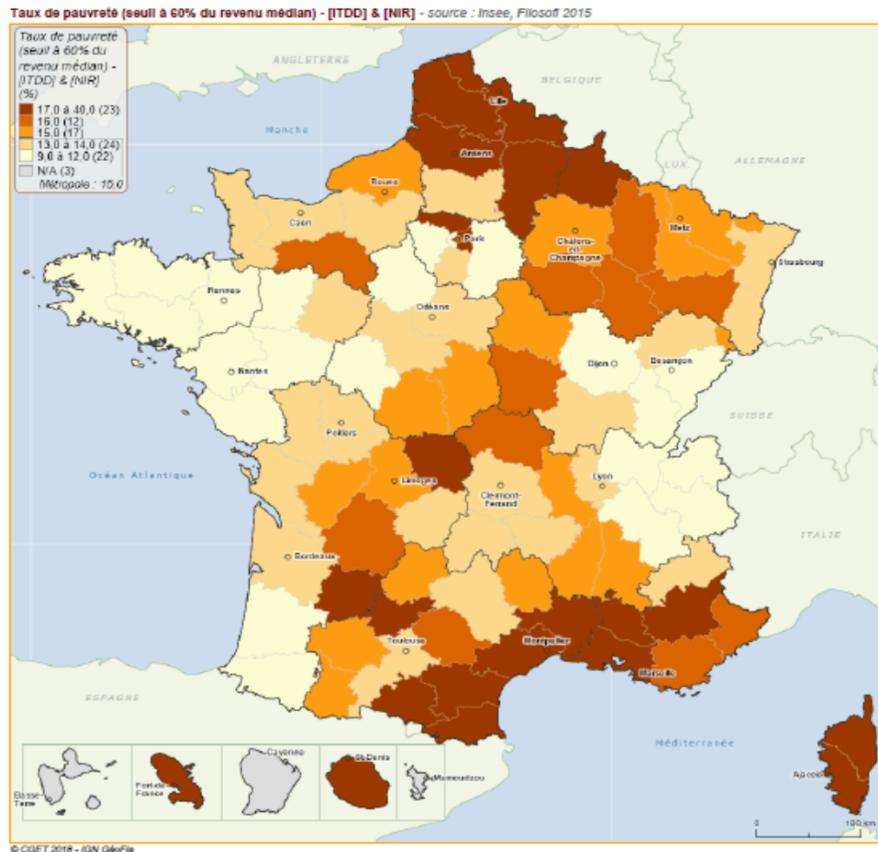
7. ANNEXES

Annexe 1 : le score EPICES

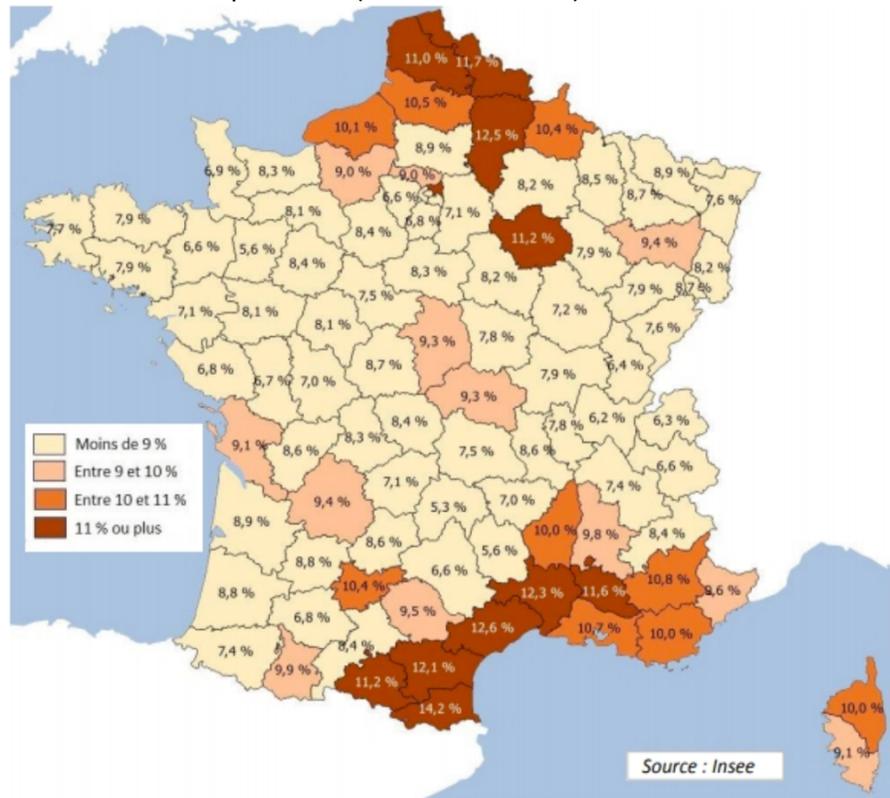
Calcul du score EPICES : Il faut ajouter à la constante 75,14 le nombre retrouvé au terme des onze questions. Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité.

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

Annexe 2 : Caractéristiques socio-économiques de l'Occitanie par rapport aux autres régions



Taux de pauvreté (au seuil de 60 %) - données 2015



Taux de chômage – données 2017 (13)

Annexe 3 : Affiche du programme Solidarité Diabète

Vous, ou un de vos proches, avez un diabète

SOLIDARITE DIABETE 2018

Des professionnels de santé vous proposent des rencontres
Les jeudis de 14 h à 16 h 00 à la maison pour tous Léo Lagrange
Quartier Mosson Ligne 1 station Halles de la Paillade (155 rue de Bologne 34080)

Inscrivez-vous au 0652749403
Fatima Morchid
Médiatrice Santé
solidaritediabete34@outlook.fr
<https://associationdream.jimdo.com>

S'exprimer sur le vécu du diabète
Jeudi 5 avril 2018
Avec une psychologue



Diabète au quotidien
Jeudi 8 mars 2018
Avec une patiente témoin et un médecin



Entretien individuel



Suivre de son diabète
Jeudi 22 mars 2018
Avec une infirmière



Échanger sur l'alimentation
Jeudi 15 mars 2018
Avec une diététicienne



Connaitre ses droits
Jeudi 29 mars 2017
Avec un assistant social de la sécurité sociale



CHU Montpellier **M Montpellier** **ars** **DREAM** **maisons TOUS** **AFD 34**

Annexe 4 : Guide d'entretien

Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté de me recevoir et de m'accorder de votre temps.

Dans le cadre de mon travail de thèse, encadré par le Professeur Wojtusciszyn, endocrinologue au CHU de Montpellier, j'interroge les médecins généralistes exerçant dans un quartier prioritaire.

L'objectif de mon travail de thèse consiste à décrire les pratiques de prise en charge des patients diabétiques de type 2 en situation de précarité et d'identifier les difficultés rencontrées dans le suivi de ces patients.

Je vous demande votre consentement pour répondre à mon questionnaire. Je vous précise que vos réponses resteront anonymes. Je vais enregistrer cet entretien à l'aide de mon téléphone afin d'étudier l'intégralité de vos réponses.

- Quel âge avez-vous ?
- Depuis quand êtes-vous installé dans ce quartier ?
- Avez-vous une formation complémentaire (DU/capacité/DESC) ?
- Avez-vous une formation sur le diabète ?
- Quelles langues parlez-vous à part le français ?
- Quelle est la durée moyenne d'une consultation au cabinet ? D'une visite à domicile ?

Je vais maintenant vous poser des questions ouvertes, je vous remercie de développer vos réponses et de partager votre expérience.

1. Comment définiriez-vous la précarité ?
2. Comment repérez-vous un patient précaire ?
3. Pour un patient diabétique de type 2 non précaire, quel est votre objectif d'équilibre glycémique ? Est-il différent pour les patients que vous estimez précaires ?
4. Sur quels points de l'éducation thérapeutique d'un patient DT2 insistez-vous particulièrement lorsque vous l'estimez précaire ?

5. Pouvez-vous m'énoncer les difficultés que vous rencontrez dans l'éducation thérapeutique des patients DT2 précaires ?
6. Concernant les traitements médicamenteux anti diabétiques, est ce que le caractère précaire du patient influence votre prescription ? Si oui, comment ?
7. A quel(s) professionnel(s) ou à quelle(s) structure(s) faites-vous appel lors de difficultés rencontrées dans la prise en charge d'un patient diabétique de type 2 précaire ?
8. Quelles seraient vos attentes pour améliorer la prise en charge de ces patients ?
9. Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 non précaire (0 correspondant à aucune satisfaction et 10 à une satisfaction maximale) ?
10. Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 précaire ?

Je vous remercie d'avoir répondu à mes questions.

Retranscription médecin n°1 :

1) Comment définiriez-vous la précarité ?

Ouh ouh ouh ! Je suis à la Paillade ! Les gens ils sont malheureux déjà d'habiter un quartier difficile, d'avoir des boulots euh ... pas trop intéressants. Souvent ils sont isolés, y a beaucoup de femmes seules, avec des enfants, difficile sûrement à élever... dans notre société. Et ils n'ont pas beaucoup de moyens.

2) Comment repérez-vous un patient précaire ?

Euh... quand il vient se plaindre, à l'interrogatoire. Moi si voulez, quand je reçois quelqu'un je commence pas par lui demander sa carte vitale, je l'écoute. Et comme j'aime pas l'informatique, j'écris tout ce qu'il me dit. J'écris beaucoup, parce que j'ai travaillé longtemps en psychiatrie, en gériatrie psychiatrie, à la clinique Z à M. Donc j'écris tout, tout, tout ce qu'ils me disent, même si ça n'a ni queue ni tête, d'accord ? Une fois qu'ils m'ont dit tout, bon je pose toujours des questions d'une manière générale forcément, et après je leur demande pourquoi ils sont là, qu'est-ce que c'est qui les embête le plus. Bien souvent ils disent ils ont mal à la tête mais ils ont mal à l'épaule... et je leur donne rendez-vous une semaine, 10, 15 jours après et je reprends tout. Et je leur repose les mêmes questions qu'ils m'ont dit : « ça où ça en est ? ça où ça en est ? ça où ça en est ? » Voyez ? Je fais comme ça. Et si vous voulez, dans cet interrogatoire un peu complexe, il me parle un peu de leur vie, je sais où je suis, je les vois, j'ai beaucoup de patients du Maghreb, ils ont des vies un petit peu difficiles.

3) Pour un patient diabétique de type 2 non précaire, quel est votre objectif d'équilibre glycémique ?

Ça dépend l'âge qu'il a, si c'est un jeune, on va être sévère, inférieur à 7%, l'idéal, j'en ai quelques-uns, un peu moins. Autrement c'est un peu fonction des patients et j'ai beaucoup de patientèle féminine, 2ème partie de la vie, c'est dur, dur, dur, dur...de leur faire passer le message.

Est-il différent pour les patients que vous estimez précaires ?

Pas d'entrée, quand ça va pas je les envoie à l'hôpital, je les envoie à Dieu. Parce que moi, ils m'écoutent pas. Donc une fois qu'ils ont été voir Dieu, ils reviennent avec des intentions mais ça dure pas. Alors ou ils acceptent d'avoir un suivi hospitalier, et là ça reste quand même difficile, ou ils acceptent d'avoir un suivi avec un endocrinologue hors hôpital, y en a qui sont assidus puis y en a qui lâchent prise parce que les endocrinologues, ils sont sévères. Et après on fait un compromis en fonction pareil de l'âge, de ce qu'ils peuvent, de ce qu'ils acceptent parce que ils ont des idées reçus difficiles, par exemple : le miel c'est pas du sucre, les dattes c'est pas du sucre. Alors c'est difficile. Et c'est d'autant plus dur que des fois ces femmes viennent, parlent mal le français, me comprennent mal, et elles viennent toutes seules ! J'ai beau dire de venir avec quelqu'un, alors ou elles viennent

avec un gamin de 8-10 ans, ce qui est pas évident non plus, ça c'est la grande difficulté de faire passer le message, et parfois il me faut quand même, j'allais dire plusieurs années presque, vous vous rendez compte un peu ?

4) Sur quels points de l'éducation thérapeutique d'un patient DT2 insistez-vous particulièrement lorsque vous l'estimez précaire ?

Ben y a l'alimentation, première chose, et après qu'ils fassent leurs bilans, le suivi, parce qu'avec le bilan on peut quand même voir un peu si ... et puis l'activité physique si je peux leur dire d'aller promener un petit peu avec les copines, d'aller à pied. C'est 3 choses où je peux faire quelque chose. Les repas mais ça c'est dur parce qu'il faut répéter. Le carnet de santé, ils l'amènent jamais parce que...ils l'amènent pas, voilà. Je leur donne, je leur demande d'écrire ce qui est écrit sur l'appareil. Ils viennent pas avec leur carnet de santé et ils viennent pas avec l'appareil non plus, qui pourrait garder en mémoire les trucs. Alors c'est un peu difficile. Il me reste les bilans, c'est tout.

5) Pouvez-vous m'énoncer les difficultés que vous rencontrez dans l'éducation thérapeutique des patients DT2 précaires ?

La barrière de la langue, assez, toujours, et puis les habitudes, parce que c'est des habitudes ancestrales et puis ils ont de la peine à saisir un peu ce qu'on appelle des sucres lents, des sucres rapides.

Alors j'en ai quelques-unes des patientes, c'est souvent des patientes, parce qu'elles parlent moins bien français que leur compagnon, c'est un peu vrai, ça c'est dur, c'est très difficile. Donc la langue et puis les habitudes ancestrales de s'alimenter. Et puis faut avouer que ce sont des mamans qui ont une famille et qui leur font à manger, et c'est difficile de faire à manger pour sa famille qui n'a pas de problème de sucre et soi-même... de se restreindre. Alors au début lorsqu'on leur annonce la couleur, ça va pas trop mal mais au bout de 2-3 ans souvent elles lâchent prise. Parce que quand vous dites...quand vous dites à la famille que c'est à vie le problème, que le problème il va faire que s'aggraver avec le temps, et qu'il va s'aggraver vite si elle fait pas attention et lentement si elle fait attention. Ça vous le dites aux enfants où le contact est bon parce qu'ils maîtrisent bien les nuances et ...comme on parle. Mais c'est normal que... c'est une cochonnerie le diabète, c'est une cochonnerie...

6) Concernant les traitements médicamenteux anti diabétiques, est ce que le caractère précaire du patient influence votre prescription ? Si oui, comment ?

Non. Ben non, parce que c'est des traitements remboursés, on leur fait rapidement l'ALD. Non ben non.

7) A quel(s) professionnel(s) ou à quelle structure faites-vous appel lors de difficultés rencontrées dans la prise en charge d'un patient diabétique de type 2 précaire ?

Quand je les vois venir, au bout de quelques semaines ou quelques mois, je leur propose, ou c'est l'hôpital ou un endocrinologue privé, voilà j'attends pas trop. C'est toujours pareil, c'est pour avoir

Dieu, si vous voulez, le spécialiste il est en quand même... il fait pas plus peur mais il est ... le généraliste, c'est le gentil de la société. Il est là pour être gentil ! Alors que le spécialiste, il est pas gentil, il donne un régime difficile. Le généraliste on leur dit : « ben le week-end vous mangez votre gâteau ». Voyez ? Parce que ... ils vont pas tenir. Moi je vois, à la clinique où je travaillais, les petites mamies diabétiques, le dimanche, l'infirmière « hep hep hep pas de gâteau ! Le diabète ! ». Le dimanche, le gâteau. 80 ans c'est pas le moment de ... Elles respecteront rien, faut être ... Ça c'est un peu ... nous, c'est comme le pape et le curé en première ligne. Ils ont pas le même discours.

8) Quelles seraient vos attentes pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

Pff non j'en ai pas plus. Simplement qu'il faut constamment les solliciter pour qu'ils viennent avec de la famille. Si on se comprend mal, pour leur expliquer. Et puis simplifier un peu les explications. C'est sûr que faut être simple. J'ai eu des laboratoires qui m'ont amené des... des prospectus en langue arabe. Ça sert à rien...ils lisent pas leur langue. Qu'est-ce que vous voulez qu'ils lisent ? Ils écrivent pas, ils lisent pas leur langue ! Ça sert à rien d'avoir des documents dans leur langue. On est à la Paillade, ils parlent, en plus il y a beaucoup de berbères et donc ils ont un ... pas un dialecte mais c'est entre l'arabe et ... donc même les documents, en plus il faudrait que ces documents ça soit des grosses images, simples, voyez ? Mais quand vous avez des documents où c'est écrit en tout petit. Déjà le local qui maîtrise le français, il ne les lit pas. Vous savez, moi, c'est particulier le quartier, d'accord ? Je suis pas à St Gely du Fesc, d'accord ? Maintenant je regrette pas d'être à la Paillade, car ils ont besoin qu'on les aide, qu'on les écoute et qu'on les soigne. Ils sont ... c'est difficile !

9) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 non précaire (0 correspondant à aucune satisfaction et 10 à une satisfaction maximale) ?

7

10) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 précaire ?

5

Retranscription médecin n°2 :

1) Comment définiriez-vous la précarité ?

La précarité ? Euh... La précarité, sur le plan social, un manque de moyen je pense qui peut bloquer certaines personnes à tous les niveaux, au niveau du soin ou même autre. Et ça ce serait plutôt la précarité sociale. Après la précarité je pense même au niveau de la santé on pourrait parler de précarité, pour certain. Après la précarité pour moi c'est vraiment un manque de moyen après s'il y a des chiffres exacts je sais pas mais c'est des gens qui pour moi sont en difficulté financière, principalement.

2) Comment repérez-vous un patient précaire ?

Ça c'est difficile par contre. Souvent parce que certains on les connaît déjà. Ça fait qu'un an et demi que je suis là mais certains déjà on les connaît, on sait qu'ils sont en précarité notamment quand on va les voir à domicile quand on voit leur logement, on comprend qu'il y a une précarité et moi souvent je leur demande, quand je vois que c'est un petit peu limite ou qu'il veulent pas tel traitement parce qu'il est pas remboursé des choses comme ça, je leur demande directement où est ce qu'ils se situent, s'ils ont des difficultés financières.

3) Pour un patient diabétique de type 2 non précaire, quel est votre objectif d'équilibre glycémique ?

Moi en général je demande que ce soit 7% en hémoglobine glyquée.

Est-il différent pour les patients que vous estimez précaires ?

Non. J'avoue que je fais pas de différence. Pour moi dans ma tête je me suis fixé 7% sauf ceux qui sont beaucoup plus âgé où je tolère vraiment 8 pas grave mais ... 7 voire 6,5 les gens qui sont vraiment jeunes mais c'est vrai que je fais pas tant la différence avec le précaire.

4) Sur quels points de l'éducation thérapeutique d'un patient DT2 insistez-vous particulièrement lorsque vous l'estimez précaire ?

Sur la malbouffe, à la limite, surtout sur ça. Et les traitements, à bien prendre les traitements à l'heure, de bien... euh... si c'est un diabétique de type 2, enfin de bien prendre ses traitements, pardon. Après je vous avoue que leur parler niveau alimentaire et tout, quand vraiment ils sont précaires si vous voulez ils ont pas forcément les moyens d'avoir une bonne alimentation aussi donc forcément ils iront pas se faire des légumes et des fruits tous les jours donc j'insiste peut être un petit peu moins, c'est vrai, j'insiste plus sur les traitements en fait chez ces gens-là que leur dire attention faut pas manger ça, faut pas faire ci. Après je leur dis évidemment de marcher, de faire une activité physique mais je leur dirai pas de s'inscrire dans une salle de sport par exemple je sais qu'ils le feront pas. J'essaie de me baser vraiment sur des trucs qui je sais eux pourront le faire. Si ils sont en situation de précarité comme je vous disais, je vais pas leur dire de manger des légumes tout le temps alors que je sais qu'ils le feront pas, qu'ils mangeront plus d'une manière un peu différente mais bon ... quand même l'activité physique j'essaie d'insister.

5) Pouvez-vous m'énoncer les difficultés que vous rencontrez dans l'éducation thérapeutique des patients DT2 précaires ?

L'alimentation du coup, l'alimentation pour moi c'est le principal, c'est difficile de leur expliquer surtout que souvent c'est des gens, en tout cas ici, qui ont peut-être d'autres cultures, qui mangent déjà différemment, qui ont déjà une alimentation qui est pas forcément très équilibrée par rapport au diabète c'est pas... qui est pas forcément bien mais alors en plus quand ils sont précaires leur dire que non il faut tout changer, il faut arrêter, il faut plus manger comme ça, plutôt manger comme ça, c'est ... je peine là-dessus.

Après niveau traitement, niveau activité physique j'y arrive quand même, qu'ils soient précaires ou non c'est pareil. Même si un patient est dans une situation précaire il peut quand même aller marcher une demi-heure, ça lui prendra rien.

C'est plutôt avec l'alimentation que je peine avec les patients précaires.

6) Concernant les traitements médicamenteux anti diabétiques, est ce que le caractère précaire du patient influence votre prescription ? Si oui, comment ?

Non. Non pas forcément, oraux non. J'irai peut-être plus doucement avec un patient qui est en situation précaire dans le sens où encore une fois au niveau alimentaire je sais pas comment il mange je sais pas si c'est des gens qui... on a des fois des gens qui mangent pas de la journée, alors une fois que j'ai compris ça j'adapte un petit peu en leur disant comment faire et notamment encore plus avec l'insuline mais sinon, non, globalement c'est un peu les mêmes schémas en tout cas que j'ai dans ma tête.

7) A quel(s) professionnel(s) ou à quelle structure faites-vous appel lors de difficultés rencontrées dans la prise en charge d'un patient diabétique de type 2 précaire ?

S'il est précaire en général je l'envoie au CHU, directement, les endocrinologues du CHU, quand c'est un patient diabétique de type 2 précaire, que j'arrive pas trop à m'en sortir, moi c'est ce que je fais, directement au CHU. Après on a deux autres endocrinologues diabéto avec qui je travaille beaucoup, enfin dans ce cabinet avec qui on travaille beaucoup, donc qui ont l'habitude aussi, qui ont pas mal de patients justement de la Paillade, et pas mal de patients ... donc elles ont l'habitude. Et sinon on les envoie au CHU.

8) Quelles seraient vos attentes pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

D'avoir des petits... pas forcément des cours, mais des explications : est-ce qu'y a une différence justement à faire entre les patients qui sont pas précaires et les patients qui sont précaires. Au niveau de l'éducation thérapeutique, ce qu'on peut leur expliquer ou non, ce qui est judicieux de leur expliquer, ce qui ne l'est pas, si y a vraiment des différences à faire au niveau des traitements par exemple. Si on me dit qu'un patient précaire il faut limiter tel ou tel médicament ou tel médicament, je suis preneur. Comme des formations on va dire, comme des petites formations.

9) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 non précaire (0 correspondant à aucune satisfaction et 10 à une satisfaction maximale) ?

9 parce que j'ai été en stage pendant 2 mois chez le Professeur A, que en consultation et donc en fait, j'ai pris pas mal d'habitude et c'est un sujet qui m'intéresse beaucoup le diabète.

10) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 précaire ?

7

Retranscription médecin n°3 :

1) Comment définiriez-vous la précarité ?

Une incapacité matérielle ou sociale de pouvoir vivre une vie normale, financièrement, socialement, d'être intégré, d'avoir un travail, d'avoir une vie scolaire, d'avoir une alimentation convenable, d'avoir accès aux soins dont on a besoin.

2) Comment repérez-vous un patient précaire ?

C'est dur comme question ! Comment on les repère ? Euh... Il y a des patients qui se signalent, ça c'est entre guillemets facile quand c'est eux qui le disent. Ici on a quand même beaucoup de gens qui ont la CMU, la complémentaire santé, y a énormément de patients pour qui on fait le tiers payant, donc sur la précarité financière c'est assez facile entre guillemets. Après, euh... et les gens le disent facilement. Après dans les domiciles, il y a quand même beaucoup de gens qui sont demandeurs de visite qui sont pas toujours justifiées mais du coup on y va. Et bon ça se voit, quand on est au domicile des gens, on voit un peu comment ils vivent, à combien ils sont, qu'est ce qu'il y a comme mobilier, qu'est-ce que... voilà, quel est leur quotidien et il suffit de comparer avec notre mode de vie à nous pour voir si c'est quelque chose d'ordinaire ou pas. On a aussi des familles où les enfants sont pas scolarisés donc c'est aussi un signe de difficulté potentielle.

Après c'est vrai qu'on pose pas toujours la question. Mais souvent c'est plus les gens qui se signalent ou indirectement ils disent « ben oui le pédicure se serait bien mais je peux pas », « oui tel examen mais c'est compliqué parce que si je peux pas y aller en tram ou si personne peut m'amener ben j'irai pas ». Il faut un peu décoder quoi, c'est un peu indirect. J'ai pas de ... j'avoue j'ai pas de questionnaire ou de trucs, de grilles ou d'autres trucs un peu standardisés quoi. On le voit aussi avec les patients qui par exemple peuvent pas prendre un rendez-vous tout seul, qui ont besoin que ce soit la secrétaire qui le fasse. On en a pas mal, qui sont pas capable de téléphoner ou qui ont pas les ressources autour d'eux pour que quelqu'un appelle à leur place, ou qui savent pas lire le français ou qui savent pas bien s'exprimer en français, on le voit aussi un peu à travers ça.

3) Pour un patient diabétique de type 2 non précaire, quel est votre objectif d'équilibre glycémique ?

Moi je me base sur les recos de la HAS en fonction de l'âge, en fonction du reste du terrain. On essaie d'être au plus près, après c'est vrai qu'on essaie d'être au plus près pour les précaires, je sais pas si ça change quelque chose réellement... Je pense que nos objectifs ils sont... je sais pas si les objectifs sont différents entre les précaires et les pas précaires. Après j'ai plus ou moins de chance de les atteindre, je pense selon le terrain mais déjà s'ils sont au-dessous de 7% d'hémoglobine glyquée c'est bien quoi, on est déjà content. Parce que globalement on a quand même beaucoup de gens pour qui c'est difficile.

Est-il différent pour les patients que vous estimez précaires ?

Non mes objectifs c'est les mêmes. Après est ce que j'arrive à les atteindre ...peut être que chez les précaires on les atteint moins facilement que chez les autres mais je pense que les objectifs ils sont censés être les mêmes, ils ont les mêmes facteurs de risque... enfin, à facteur de risque égaux ce serait bien qu'ils arrivent à être dans les mêmes objectifs, quoi, pour qu'ils aient les mêmes chances de morbi-mortalité.

4) Sur quels points de l'éducation thérapeutique d'un patient DT2 insistez-vous particulièrement lorsque vous l'estimez précaire ?

Moi je mettrai en premier l'activité physique parce que c'est un recours souvent pas très compliqué, enfin c'est pas très compliqué à mettre en œuvre pour eux. On est quand même dans un quartier où il y a beaucoup de choses qui sont proposées, je pense par rapport à d'autres quartiers, y a plein d'activités y a plein de choses qui sont faites. Il y a l'association, je sais plus comment elle s'appelle, mais qui propose des activités et... enfin il y a plein de trucs qui peuvent se faire sans que ça leur coûte financièrement par exemple. Et dans lequel il y a beaucoup de monde donc ils se retrouvent avec des gens de leur quartier qu'ils connaissent et ça les met pas trop en difficulté de se dire « bon, ben je prends mon courage à deux mains et je vais faire de la zumba avec les autres mamies du quartier ».

Donc le plus, s'il faut en citer un, je mettrai activité physique et après en deuxième l'alimentation parce que je pense que c'est le pire truc, les pires mauvais choix qu'ils font quoi...d'alimentation. Et que, en plus financièrement c'est pas forcément, enfin, moi je suis convaincue et y a plein d'enquêtes qui le montrent, que c'est pas forcément plus cher de mieux choisir ce qu'on achète quoi... et pas forcément plus compliqué parce que par exemple ici on a un grand marché, y a quand même plein de produits frais, les gens ils vont au marché, ils font leurs courses, donc ils cuisinent donc on a quand même des leviers de ce côté-là.

5) Pouvez-vous m'énoncer les difficultés que vous rencontrez dans l'éducation thérapeutique des patients DT2 précaires ?

Euh... qu'est ce qui est le plus dur... Moi je trouve que le plus dur c'est ... le manque d'éducation ou de référentiels ou de savoir ou de connaissances, quoi, bêtement. Parce qu'ils ont pas accès à l'information pour savoir ce qui serait un bon choix pour leur pathologie ou pas. C'est pas forcément des gens ... quand c'est des gens qui lisent pas ils vont pas aller eux s'informer sur leur maladie, avec des forums avec je sais pas quoi. Euh... aller voir une diététicienne qui va leur coûter des sous c'est pas forcément simple, c'est pas forcément simple d'accès, les rendez-vous c'est dans longtemps, ils vont oublier, ils vont faire autre chose, il faut quelqu'un pour les emmener. Souvent il y a quand même un entourage dans le quartier ici, qui est présent, mais pas toujours et pas toujours orienté sur ce dont on a besoin.

Dans l'alimentation, il y a le fait que c'est en général pas forcément la personne qui est malade qui cuisine et du coup il faut prendre en charge toute la famille ou au moins le couple parce que c'est madame qui fait la cuisine et que c'est monsieur qui est diabétique, et que ça bouscule un peu tout le monde. On aura beau dire à monsieur faut manger ci, faut manger ça, c'est pas lui qui fait les

courses et c'est pas lui qui fait la cuisine donc... ça c'est pas forcément simple. Il y a aussi dans l'alimentation le fait qu'il peut y avoir des mauvaises habitudes pour toute la famille et que ben voilà c'est pour toute la famille qu'il faut changer, y compris les enfants par exemple. On a souvent les enfants qui mangent des trucs trop riches, mais toute la famille mange comme ça donc il faut arriver à ce que ce soit vraiment un travail global et pas juste changer pour le patient. Ça je trouve que c'est pas facile.

Après sur le suivi, mais je sais pas vraiment pourquoi c'est difficile. C'est dur d'avoir une régularité et que chaque année, ils prennent leur rendez-vous avec leur cardiologue, que chaque année ils voient le dentiste, que chaque année ils voient l'ophtalmo...euh mais ça je sais pas ... en général quand on leur dit il faut le faire, il le font, mais je sais pas pourquoi ça vient pas forcément d'eux même. Mais je saurai pas dire quel est le problème.

6) Concernant les traitements médicamenteux anti diabétiques, est ce que le caractère précaire du patient influence votre prescription ? Si oui, comment ?

Il y a quelques cas où... je dirai la majorité du temps non, parce que le fait qu'il y ait une prise en charge, c'est toujours des gens qui sont pris en charge à 100% ou qui ont une aide médicale d'état. Donc le côté financier est pas un problème. Même si y a besoin d'un recours à une infirmière, ça c'est pas une difficulté. En tout cas pas un frein. Il y a que quelques patients pour qui c'est compliqué parce que c'est des gens que les infirmières vont jamais arriver à trouver chez eux au bon moment, qui vont à droite à gauche. On a aussi des patients qui passent trois mois à l'étranger, ils reviennent juste le temps de faire un bilan et on n'a même pas le temps de mettre en place quelque chose qu'ils sont déjà repartis. Mais c'est pas des cas qui sont très nombreux, y en a mais pas beaucoup. La majorité du temps je trouve pas que ce soit un frein.

7) A quel(s) professionnel(s) ou à quelle structure faites-vous appel lors de difficultés rencontrées dans la prise en charge d'un patient diabétique de type 2 précaire ?

On fait facilement appel à l'hôpital public pour son absence de coût pour les malades et puis parce que c'est quand même des plateaux techniques intéressants, il y a des équipes utiles, il y a des trucs de réadaptation à l'effort qu'on trouve pas dans le privé. Après on a notre association de quartier dont j'ai oublié le nom mais dont on a les coordonnées et les tracts, qui travaille pas mal sur l'équilibre alimentaire avec les familles justement. Après on a des réseaux comme Gammes par exemple, des patients qui sont pris en charge là. Je pense que c'est à peu près tout ce qu'on utilise. Après on a notre petit réseau privé à nous, de confrères. Mais c'est vrai que ces patients précaires par exemple ils voient peu l'endocrino en général. Y en a beaucoup dont on fait le suivi nous, et qui ont peu recours aux spécialistes ou à d'autres intervenants.

8) Quelles seraient vos attentes pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

Comment résoudre la question de la précarité ? (rires puis silence). Je sais qu'on peut mettre en œuvre déjà et qu'il y a déjà des trucs qui existent mais qu'on utilise pas encore pour valoriser des programmes d'éducation thérapeutique, pour faire des choses comme ça. Ce qui est hyper

intéressant mais ça demande du temps, de l'organisation, de coordonner les gens. Mais ça je sais que c'est déjà existant et je pense que c'est pas forcément quelque chose à réinventer de valoriser des projets de maisons de santé ou des choses comme ça. Après il faut s'y coller c'est tout, c'est qu'il faut s'atteler à la tâche ! Euh ... non est ce qu'il faudrait inventer des choses ? Euh...je pense qu'il faudrait surtout valoriser et utiliser ce qui existe, parce que des trucs qui existent, je pense qu'y en a ... pas largement assez mais bon... déjà si on utilisait tous les dispositifs qui étaient disponibles je crois qu'on serait bien aidés mais... D'autres attentes... non , d'autres attentes faut qu'on s'y mette c'est tout, avec un peu plus de déterminisme on va dire !

9) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 non précaire (0 correspondant à aucune satisfaction et 10 à une satisfaction maximale) ?

7

10) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 précaire ?

4

Retranscription médecin n°4 :

1) Comment définiriez-vous la précarité ?

La précarité elle est définie par les revenus, le mode de vie, le quartier dans lequel on habite. Voilà, tout ça.

2) Comment repérez-vous un patient précaire ?

Ben déjà, il a la CMU en général ou l'ACS et puis dans certains cas c'est des personnes qui parlent pas forcément toujours bien, qui ont pas toujours des grandes possibilités d'élocution, qui parlent pas toujours très bien. Après, euh... comment les repérer... Ben ici je vois quasiment que des gens précaires, enfin, en grande majorité. Donc en fait c'est pas très difficile de les repérer.

3) Pour un patient diabétique de type 2 non précaire, quel est votre objectif d'équilibre glycémique ?

Ben l'idéal c'est une hémoglobine glyquée inférieure à 6,5. Donc voilà.

Est-il différent pour les patients que vous estimez précaires ?

Oui, franchement oui, parce qu'il est plus difficile à atteindre. Si je suis en dessous de 7, c'est bien. En sachant qu'il y a des difficultés des fois d'observance et que du coup chez certains patients c'est vraiment compliqué parce que on arrive à des chiffres vraiment élevés quoi.

Donc les objectifs sont toujours...on est un petit peu moins exigeant sur les objectifs.

4) Sur quels points de l'éducation thérapeutique d'un patient DT2 insistez-vous particulièrement lorsque vous l'estimez précaire ?

Sur le régime alimentaire, l'hygiène de vie, et l'activité physique. Et puis sur l'observance.

Surtout sur l'hygiène de vie, parce que j'ai remarqué quand même que voilà, c'était pas forcément des gens qui avaient une hygiène de vie adaptée, notamment au niveau de l'alimentation et de l'activité physique. Et aussi sur l'observance du traitement mais ça c'est tout le monde. J'ai tendance à insister pour tout le monde.

Relance : Vous faites une différence pour les patients précaires ?

Je pense quand même si parce que globalement je me rends compte que quand même qu'il y a une observance qui n'est pas toujours aussi bien respectée dans les populations précaires.

5) Pouvez-vous m'énoncer les difficultés que vous rencontrez dans l'éducation thérapeutique des patients DT2 précaires ?

Ça rejoint un peu les points d'avant. Alors au niveau de l'alimentation. Ben il y a beaucoup de personnes qui boivent du Coca, qui mangent du sucre, même s'ils savent qu'il faut pas en manger. L'activité physique aussi, y a pas mal de gens sédentaires et donc du coup de gens en surpoids. Et voilà. Donc les difficultés c'est ça. Et puis aussi au niveau de l'observance. Il y a aussi une autre difficulté, c'est par exemple le refus d'insuline ou de traitement injectable. Enfin j'ai remarqué, en tout cas, dans ce cabinet-là par rapport aux autres, où la population était différente, que y avait plus de refus de traitement par insuline ou par voie injectable. Voilà. Donc ça peut poser de petits problèmes. Enfin, il faut adapter les traitements quoi.

6) Concernant les traitements médicamenteux anti diabétiques, est ce que le caractère précaire du patient influence votre prescription ? Si oui, comment ?

La prescription initiale non. Parce que bon la prescription initiale c'est la METFORMINE, sauf s'il y a des contre-indications mais au niveau de la première marche, en fait la première prescription y a pas trop de changement mais c'est dans les cas où voilà justement, il faut des traitements injectables ça peut poser des soucis. En ce qui concerne les prescriptions médicamenteuses pas tellement. En tout cas pas au début.

7) A quel(s) professionnel(s) ou à quelle structure faites-vous appel lors de difficultés rencontrées dans la prise en charge d'un patient diabétique de type 2 précaire ?

Ben déjà quand j'ai du mal à équilibrer le diabète, je peux prendre un avis d'un diabétologue, quand par exemple il y a plusieurs thérapeutiques qui ont été essayées sans succès. Ensuite donc bien sûr, comme chez tous les diabétiques une consultation cardiologique, une consultation ophtalmologique une fois par an et puis après, une consultation chez les diététiciens quand c'est possible, parce que on a pas toujours le temps, j'ai pas toujours le temps ici de passer beaucoup de temps à l'éducation en ce qui concerne tout ce qui est alimentation et tout ça. Donc voilà.

8) Quelles seraient vos attentes pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

Alors ça c'est pas facile comme question... mes attentes ? Euh... Faut que je réfléchisse un petit peu, alors je sais pas si on peut mettre sur pause, non parce que c'est pas évident.

Parce que euh... Les difficultés au niveau de l'éducation, peut-être plus d'informations, mais bon c'est difficile, sur tout ce qui est, hygiène de vie, alimentation et exercice physique, mais je trouve qu'il y a quand même pas mal d'informations à ce niveau-là... Des campagnes, des informations grand public pour les patients.

Adapter peut-être les objectifs pour ces populations-là. Peut-être faire des formations spécifiques pour les médecins aussi, dédiées à ces populations-là. Ça peut être pas mal. Là tout de suite c'est pas évident de répondre à cette question.

9) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 non précaire (0 correspondant à aucune satisfaction et 10 à une satisfaction maximale) ?

7

10) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 précaire ?

Je trouve que c'est moins bien, je dirai plutôt 4-5, j'hésite entre 4 et 5 parce que je vois quand même des patients qui, notamment ici, il y a beaucoup de Marocains qui partent l'été plusieurs mois même et qui bon, là j'élargis un peu hein, et qui là-bas au niveau de leurs habitudes alimentaires, mangent des dattes et tout ça, donc reviennent avec une glycémie, une hémoglobine glyquée plus élevées, donc du coup on a des résultats moins bon donc c'est vrai que je trouve que dans l'ensemble c'est pas forcément satisfaisant, enfin ça pourrait être mieux quoi... donc je dirai 4.

Retranscription médecin n°5 :

1) Comment définiriez-vous la précarité ?

Vaste sujet ! Je dirai qu'ici on a deux types. Là comme ça brûle pourpoint y a la précarité financière. Les gens ont peu de revenus, ils vivent des aides essentiellement, l'allocation adulte handicapé, les allocations familiales pour les mamans qui sont toutes, souvent déclarées isolées pour pouvoir bénéficier des aides. Après il y a une précarité liée à leur niveau scolaire, certains ne savent pas lire, on a des étrangers, des marocains essentiellement, qui... certains ne parlent pas français, pour les plus âgés ou les jeunes femmes qui viennent d'arriver qui se sont mariées avec un marocain français qui a épousé une marocaine du bled, du coup elles parlent pas français quand elles arrivent, du coup ça, ça crée une précarité parce qu'elles sont incapables d'aller chez le médecin toute seule, de venir avec leur enfant pour nous expliquer ce qu'il a quand il est malade, voilà. C'est vraiment la précarité liée aux conditions culturelles, enfin au niveau culturel etc. Pour moi c'est plutôt ça qui est en avant ici, c'est pas tellement, on n'a pas tellement de problème financier. Les gens perçoivent des aides quand même, il y a la CMU etc. Mais c'est surtout le problème de compréhension et surtout le niveau

d'études ou même de compréhension tout simplement quand on leur parle qu'on leur donne des conseils, il faut vraiment se mettre à leur niveau. Voilà.

2) Comment repérez-vous un patient précaire ?

Je dirai que c'est pour lequel je me rend compte que j'y vais une fois, je lui ai demandé de faire certains examens qu'il a pas effectué, qui ne comprend pas ce que je lui dis dans le traitement et qui n'est pas observant. C'est pas toujours facile à détecter mais on voit bien qu'il y a des médicaments par exemple qui ne sont pas pris parce qu'il me dit qu'il lui en reste. Euh... oui c'est surtout sur le problème de compréhension. Bon déjà la personne qui parle pas français forcément on a un problème par rapport à ça, mais même chez les gens qui parlent français on voit bien qu'ils mélangent les médicaments, ils savent pas si ils prennent quelque chose pour la tension, le diabète, le cholestérol. Voilà c'est...

3) Pour un patient diabétique de type 2 non précaire, quel est votre objectif d'équilibre glycémique ?

Une hémoglobine glyquée à 7% dans l'idéal.

Est-il différent pour les patients que vous estimez précaires ?

A âge égal, non, pour moi c'est toujours 7%.

4) Sur quels points de l'éducation thérapeutique d'un patient DT2 insistez-vous particulièrement lorsque vous l'estimez précaire ?

J'insiste d'abord sur l'alimentation en sachant qu'ici c'est vraiment le gros point compliqué. Enfin je pense... votre enquête elle est intéressante pour ça. Je pense que le problème il est là. L'observance médicamenteuse on y arrive à peu près, parce qu'on a le relais, moi j'hésite pas à faire passer les infirmières même pour un traitement uniquement avec ADO. On fait des piluliers à la semaine, des choses comme ça. Mais le problème il est plus sur l'alimentation, donc là on joue par petites touches, on peut vraiment pas leur faire une consultation avec des consignes trop générales. C'est plutôt sur l'interrogatoire du patient, essayer de voir un peu quel est son mode de vie, son activité physique, essayer à chaque consultation d'agir sur un objectif, par exemple j'ai pas mal de femmes diabétiques marocaines qui sortent très peu de chez elles, qui sont très sédentaires. Dans le quartier il y a des associations qui proposent de la gym, de la marche ou y a justement beaucoup de femmes marocaines donc voilà je les incite à aller dans ce genre de chose développer leur activité physique. Une autre fois ça sera plutôt sur l'alimentation si je me rends compte qu'ils mangent quatre pains par repas, essayer de leur expliquer un peu les féculents. Voilà c'est vraiment par petites touches, l'alimentation et l'activité physique surtout.

5) Pouvez-vous m'énoncer les difficultés que vous rencontrez dans l'éducation thérapeutique des patients DT2 précaires ?

Je pense que le problème vient de leur difficulté de compréhension de l'intérêt de tout ce qui est autre que le médicament. Pour eux faire des efforts, c'est... enfin faire des efforts, modifier leur alimentation en particulier c'est pas qu'une question de coût, c'est une question d'habitude, surtout sur la population gitane, par exemple, qui mange beaucoup de choses grasses, sucrées. Chez les tout-petits ça commence, ils sont très souvent en surpoids en étant jeunes. Ce sont des gens qui ne travaillent pas donc ils n'ont pas un rythme de vie régulier, qui se lèvent tard, qui prennent des repas complètement décalés dans la journée, pas à heure régulière, donc ça c'est vraiment un premier point.

Et après c'est vraiment avec par exemple les patients marocains, c'est des habitudes de vie, de régime, de mode d'alimentation qui sont vraiment quand même différentes de celles que nous on peut avoir et du coup c'est là aussi un peu compliqué. Y a beaucoup de choses à base de féculents et essayer de limiter un peu, de leur expliquer comment on pourrait essayer d'équilibrer un peu mieux leur repas c'est pas facile.

6) Concernant les traitements médicamenteux anti diabétiques, est ce que le caractère précaire du patient influence votre prescription ? Si oui, comment ?

Non, vraiment pas.

7) A quel(s) professionnel(s) ou à quelle structure faites-vous appel lors de difficultés rencontrées dans la prise en charge d'un patient diabétique de type 2 précaire ?

Essentiellement, en endocrino. Moi je travaille pas mal avec la clinique Z. D'abord parce que pour les patients ils savent y aller, c'est pratique, c'est une clinique mutualiste, y a pas de dépassement d'honoraires. Tout est un peu regroupé, y a un cardio, des ophtalmos, on peut organiser un bilan sur place, Ils ont un endroit où ils vont faire le suivi de leur diabète. Essentiellement avec l'endocrinologue de la clinique Z.

8) Quelles seraient vos attentes pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

Ben justement je pense que si certaines consultations d'endocrino pouvait regrouper sur une après-midi, enfin, convoquer un patient et prévoir que une fois par an, en même temps que la consultation d'endocrino, ils voient l'heure suivante l'ophtalmo, le cardio... enfin tout ça, ça permettrait de simplifier. Il faut vraiment une consultation pluridisciplinaire accessible en externe, pas comme un patient hospitalisé pour lequel on fait tout le bilan en hospitalisation mais si ça c'était possible. Parce que nous c'est très compliqué d'expliquer à quelqu'un où se trouve l'ophtalmo, quel tramway il va falloir qu'il prenne, ou quand est ce qu'il va y aller... Ça veut dire déjà que nous on prend tous les rendez-vous, donc c'est chronophage. On a la chance nous d'avoir une secrétaire mais je pense les cabinets où y en a pas, pour les patients en tout cas je sais pas comment ils arrivent à être sûr que leurs patients aient vu l'ophtalmo etc. Nous même en prenant les rendez-vous, parfois, ils y vont pas, donc... Ça je pense que ça serait une bonne solution, qu'il y ait un regroupement comme ça de professionnels pour faire ces bilans-là. Après je crois que ça relève de notre boulot aussi, on peut

pas tout attendre des autres, c'est nous qui revoyons les patients, qui les suivons, qui les incitons à faire les examens, les prises de sang, voilà.

Dans le quartier y a quand même des associations qui travaillent, qui proposent des ateliers diététiques, activités, y a une infirmière qui est d'origine marocaine qui parle l'arabe, enfin je pense qu'on est quand même assez bien servi. Si les gens sont motivés, on a de quoi leur proposer des choses. Mais après, en terme de médecins à proprement parler, de suivi médical, c'est là que parfois ça pêche un peu. Quand on est obligé d'attendre six mois pour avoir un rendez-vous chez l'ophtalmo, y en a plus dans le quartier ... il faut aller, le plus près c'est Juvignac, mais c'est pas très accessible avec le tramway après faut qu'ils marchent... C'est compliqué.

9) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 non précaire (0 correspondant à aucune satisfaction et 10 à une satisfaction maximale) ?

8

10) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 précaire ?

6

Retranscription médecin n°6 :

1) Comment définiriez-vous la précarité ?

Comment définir la précarité... Ben y a plusieurs types de précarité, la précarité sociale, la précarité au niveau de la santé, la précarité économique, la précarité... si il faut que je développe toutes les précarités possibles ça va prendre du temps. Donc moi je vais me cantonner à la précarité au niveau de la santé. Donc c'est les difficultés à avoir accès au médecin traitant, c'est les difficultés économiques par rapport à la consultation au médecin traitant. Voilà. Pour moi c'est ça la précarité au niveau de la santé en tout cas.

2) Comment repérez-vous un patient précaire ?

Un patient qui a du mal à consulter, un patient qui a des difficultés à comprendre ce qu'on lui dit, qui a du mal à comprendre les consignes qu'on lui donne. Pour moi, c'est un patient qui risque de tomber dans la précarité au niveau de la santé.

3) Pour un patient diabétique de type 2 non précaire, quel est votre objectif d'équilibre glycémique ?

Ça dépend de son âge. Moi j'aime bien qu'ils aient une hémoglobine glyquée en dessous de 7. Mais après ça dépend de l'âge et ça dépend de la possibilité de compréhension du patient.

Mais bon au-delà de 7,5, je commence à tiquer un peu quoi.

Est-il différent pour les patients que vous estimez précaires ?

Non, non, non.

4) Sur quels points de l'éducation thérapeutique d'un patient DT2 insistez-vous particulièrement lorsque vous l'estimez précaire ?

Le régime alimentaire. Bon après comme je peux vous le dire, qui dit précarité dit régime alimentaire un peu moins bien suivi, et du moins au niveau financier ça suit pas quoi... donc. On sait très bien, ce qui coûte le moins cher c'est ce qui est pas bon pour la santé quoi.

Relance : Y-a-t-il d'autres points de l'éducation thérapeutique où vous insistez particulièrement pour un diabétique de type 2 précaire ?

Au niveau des pieds. Et après moi je suis assez à cheval sur les consultations cardio et ophtalmologiques, donc tous mes patients diabétiques ont une consultation cardio et ophtalmologique annuelle. Après en fonction de l'âge c'est tous les 2 ans le cardiologue.

5) Pouvez-vous m'énoncer les difficultés que vous rencontrez dans l'éducation thérapeutique des patients DT2 précaires ?

Ben le suivi en fait. Le suivi ... c'est des gens qui consultent pas forcément en fait, donc on a tout mis en place mais après ils reviennent pas, on les revoie au bout d'un an, ou même y en a qui ... On perd de vue et on apprend qu'ils sont allés au Maroc et qui reviennent du Maroc avec une hémoglobine glyquée à 13... Ça les dérange pas, bon... ça me dérange un peu (rires).

6) Concernant les traitements médicamenteux anti diabétiques, est ce que le caractère précaire du patient influence votre prescription ? Si oui, comment ?

Oui je ne mets pas les sulfamides hypoglycémiants quand je les trouve très, très précaires et que la compréhension est un peu limitée, j'évite les sulfamides hypoglycémiants parce qu'ils sont pourvoyeurs d'hypoglycémie, voilà c'est surtout ça. Et l'insuline, hein, je mets pas d'insuline. Du moins à chaque fois que je vois un diabétique, le premier point c'est que je mets pas d'insuline. Je le réévalue à distance.

7) A quel(s) professionnel(s) ou à quelle structure faites-vous appel lors de difficultés rencontrées dans la prise en charge d'un patient diabétique de type 2 précaire ?

J'ai mes référents endocrinologues donc y a la clinique X où j'adresse facilement parce que sur le CHU c'est compliqué quand même d'avoir des contacts. Après il y a le Docteur Y et le Docteur Z qui sont sur Juvignac, où j'arrive facilement à les avoir au téléphone.

8) Quelles seraient vos attentes pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

Et ben qu'ils soient moins précaires ! Voilà ! Mais bon, c'est pas moi qui fait la politique. C'est lutter contre la précarité.

9) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 non précaire (0 correspondant à aucune satisfaction et 10 à une satisfaction maximale) ?

7

10) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 précaire ?

4

Retranscription médecin n°7 :

1) Comment définiriez-vous la précarité ?

La précarité ? Je dirai telle que je la vois ici dans le quartier ça serait beaucoup plus misère culturelle, misère intellectuelle. Ce qui fait que ça entraîne que les relations sont distendues, le soin de soi n'est pas présent. Voilà surtout ça. C'est pas tellement financier je dirai.

2) Comment repérez-vous un patient précaire ?

Je pense qu'il y a plusieurs facettes à ça. C'est pas univoque, c'est vraiment la façon dont il peut recevoir, comprendre une information, euh... oui c'est essentiellement ça je dirai. Comment il intègre quelque chose qui est nouveau pour lui. Effectivement je peux voir la précarité également dans le mode de vie mais je pense c'est une conséquence de sa propre... sorte de faiblesse structurelle. Voyez ? S'il est sale ou bien s'il est peu soigneux de soi, il a pas des habits corrects, des choses ainsi, mais je pense que tout ça c'est une conséquence beaucoup plus.

3) Pour un patient diabétique de type 2 non précaire, quel est votre objectif d'équilibre glycémique ?

Ça dépend l'âge effectivement, mais bon 7,5 je m'en contente. Je vous donne un HBA1c.

Est-il différent pour les patients que vous estimez précaires ?

Oui, c'est vrai, c'est à dire que c'est difficile d'accepter déjà les traitements, c'est difficile de se faire comprendre en premier lieu et...est ce que c'est différent ? Peut-être que j'ai plus une latitude un peu plus... euh... OK c'est bon à 7,8-8, OK c'est bon. C'est vrai que ça dépend de l'âge aussi.

J'essaie quand même de lutter le mieux que je peux pour avoir un HBA1c correct. J'essaie de voir mes préjugés, j'essaie de bloquer.

Le fait que je sois dans le quartier depuis longtemps en fait, mes patients m'ont beaucoup appris sur moi-même. Donc j'essaie de ne pas faire de différence.

4) Sur quels points de l'éducation thérapeutique d'un patient DT2 insistez-vous particulièrement lorsque vous l'estimez précaire ?

Souvent c'est l'exercice physique qu'il manque je dirai. Bon la nourriture, l'alimentation est primordiale, ça c'est clair. Parce que souvent les précaires, les gens que je vois en tout cas, ils ont tendance à aller vers une malbouffe quotidienne, journalière. Ça c'est vraiment incroyable. Mais l'exercice physique, j'aime bien ... comment dire... insister là-dessus. Difficile, parce que souvent ça va de pair. Malbouffe avec une sorte de prostration dans la vie quoi. Enfermé dans le canapé avec la télé et puis c'est fini, quoi, la vie est ainsi. Y a pas d'activité, pas d'activité professionnelle, pas de ... comment on va dire ? d'horizon pour eux.

5) Pouvez-vous m'énoncer les difficultés que vous rencontrez dans l'éducation thérapeutique des patients DT2 précaires ?

Première difficulté c'est le langage. Je dirai que pour que je puisse être compris, qu'on puisse s'entendre, il y a déjà une barrière du langage qui est phénoménale, incroyable. En tout cas, dans ce quartier j'entends. Pour beaucoup, beaucoup de gens, beaucoup de femmes essentiellement et rien que ça c'est déjà un obstacle majeur. Donc souvent les familles viennent bien sûr, les enfants viennent pour traduire et tout ça, mais néanmoins c'est quand même euh... y a pas une relation directe en fait avec le patient ou la patiente pour lui dire voilà ce que j'estime c'est que pour vous ça serait bien de faire ça, et ainsi de suite il va falloir faire comme ça. Donc déjà ça c'est un obstacle. Le langage, la communication.

Les médicaments sont assez bien acceptés, ça c'est pas un problème, culturellement je vois que c'est assez universel. Le médicament tout le monde peut prendre, et prend avec grande envie des fois même. Le passage à l'insuline ça c'est un vrai obstacle, c'est un vrai obstacle. Voilà ce que je peux dire pour l'instant.

6) Concernant les traitements médicamenteux anti diabétiques, est ce que le caractère précaire du patient influence votre prescription ? Si oui, comment ?

Ça peut influencer sur les insulines par exemple. Parce que pour certaines populations, je sais pas très bien comment faire, par exemple pour les Roms. J'ai aucune idée, je sais qu'ils vivent en caravane ou bien dans des taudis qui sont là, donc y a pas vraiment de préservation pour l'insuline. C'est très compliqué, y a pas de froid, y a pas de frigo des fois. Et donc comment on fait réellement. Donc juste pour cette population je dirai. Pour les gitans et les maghrébins que je côtoie ici c'est OK. Y a pas vraiment de... je pense qu'ils peuvent accepter la chose.

7) A quel(s) professionnel(s) ou à quelle structure faites-vous appel lors de difficultés rencontrées dans la prise en charge d'un patient diabétique de type 2 précaire ?

L'hôpital, chez Madame W, pour remettre en ordre un peu ce que je n'arrive pas à faire. Et puis bon l'ophtalmo, le cardio, tout ça mais, c'est ça, essentiellement ça, voyez ? Les endocrinos, en ville aussi, quelques endocrinos en ville mais c'est beaucoup plus compliqué, ils iront plus facilement à l'hôpital qu'à aller trouver un endocrino ici ou là.

8) Quelles seraient vos attentes pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

Éducation, donc communication, donc langage partagé. Il faut des traducteurs. Par exemple avec des Roms combien de fois... J'ai même à l'esprit des patients Roms où c'était insupportable qu'ils reviennent tous les 3 mois et ils revenaient mais y avait pas de traduction et donc j'appelais Médecins du Monde qui s'occupent d'eux pour leur demander, j'ai besoin, je les ai appelé peut-être 5, 6 fois pour leur dire : « j'ai besoin d'une traduction quand y a un gars qui vient ou quelqu'un qui vient, s'il vous plaît envoyez moi quelqu'un qui traduit ». Il y avait une femme qui venait avec d'ailleurs, je me souviens plus comment elle s'appelait. Ça c'est le point principal déjà. Si y a déjà une communication qui peut s'ouvrir avec le patient après la voie est tracée, c'est OK, mais si y a pas ce lien de confiance et donc cette communication à la base, pff c'est vraiment... (soupir).

9) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 non précaire (0 correspondant à aucune satisfaction et 10 à une satisfaction maximale) ?

Je dirai ses efforts et mes efforts : 7

10) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 précaire ?

Bon mis tout ce qu'on a dit, mis bout à bout, je dirai 6

Retranscription médecin n° 8 :

1) Comment définiriez-vous la précarité ?

Alors, c'est un vaste sujet. Euh ... La précarité je pense que c'est un état secondaire à des conditions de vie défavorisées, souvent c'est des personnes qui ont un niveau social faible, avec de faibles ressources et du coup ça entraîne un état de fragilité, que ce soit au niveau de la santé mais pas que, je pense.

Alors après, la précarité oui je pense que c'est lié à la fragilité, c'est du coup... C'est des populations qui sont très à risque de développer beaucoup de pathologies... Je pense au niveau dentaire, et aussi tout ce qui est maladies... tuberculose, la gale, enfin, plein de pathologies comme ça. Et puis c'est vrai que dans la précarité on pense aussi à l'accès aux soins, qui dit précarité dit difficulté d'accès aux soins. Alors c'est vrai qu'on est en France, qu'on a la chance d'avoir un système de soins avec les aides avec la CMU, l'ACS, y a l'Aide Médicale d'État pour les personnes qui sont en situation ... qui n'ont pas de papier.

2) Comment repérez-vous un patient précaire ?

Alors, je pense c'est sur son habitus, comment il rentre dans... enfin comment je le perçois déjà physiquement. Ensuite, il y a aussi le niveau de langage, y a effectivement s'il a des aides sociales ou pas. Je pense que l'état bucco-dentaire c'est assez important en ce qui concerne la précarité. Voir si c'est des personnes qui sont sales. Voilà un peu tout ça, ça intervient aussi. Voilà je pense que c'est surtout tout ça.

3) Pour un patient diabétique de type 2 non précaire, quel est votre objectif d'équilibre glycémique ?

Alors tout dépend de l'âge, mais effectivement quelqu'un qui n'a pas de comorbidité, qui est jeune, je serais plutôt pour 6-6,5. Voilà en fonction de l'âge ça sera plutôt 7-7,5. Je regarde très souvent sur l'HAS le petit tableau avec les objectifs glycémiques. Voilà, tout dépend des comorbidités, de l'âge.

Est-il différent pour les patients que vous estimez précaires ?

Alors en fait, dans les textes, c'est vrai que normalement ce sont les mêmes objectifs, mais c'est vrai qu'en pratique c'est beaucoup plus compliqué, on s'en rend compte ici, c'est très difficile, du fait de nombreuses raisons, c'est très difficile de les équilibrer. C'est plus difficile je pense qu'ailleurs.

Et... parce qu'il y a beaucoup de choses qui interviennent. Après je sais pas si ça viendra plus tard dans vos questions, mais déjà la barrière de la langue, la barrière de la culture, le fait qu'il y ait des représentations qui sont totalement différentes. Voilà moi j'ai une population ici dans le quartier, beaucoup de populations d'origine maghrébine. Donc voilà, toutes les représentations, les cultures, ce qu'ils ont l'habitude de manger. Souvent ce qu'on me dit, il y a des représentations : le miel c'est bon pour la santé, les dattes, comme c'est un peu ce qu'ils utilisent pour rompre le jeûne, ça aussi c'est bon pour la santé. Ils ont pas du tout les mêmes représentations que nous. On sait très bien que le miel a un index glycémique très important mais même si on leur dit « ne mangez pas sucré », comme pour eux ils ont intégré ça comme quelque chose de bon pour la santé... Voilà y a des fois on va un expliquer un peu tout. Il y a le fait aussi que le diabète, c'est une maladie dont on ne ressent pas les effets donc très souvent on me dit « mais c'est bizarre, moi je vais bien, je comprends pas, vous êtes sûre que je suis diabétique ? ». Donc il faut expliquer que même s'ils se sentent très bien, à long terme ils risquent d'avoir toutes les complications et que du coup il faut changer de régime alimentaire et de façon de vivre très rapidement. Ils ont tendance à manger...on a tendance à manger, même moi, je suis d'origine maghrébine donc... les plats sont souvent très cuisinés, souvent gras, beaucoup de sucre. Il y a des représentations aussi : une personne qui est bien en chair, c'est une personne en bonne santé. Il faut lutter sur toutes ses représentations là, c'est pas simple. Puis il y a la barrière de la langue, il y a le fait du changement qui est pas simple, déjà chez n'importe qui, chez une personne lambda, changer de mode de vie. Et puis il y a la précarité je pense aussi qui intervient. C'est sûr. L'éducation qui est différente... il faut beaucoup plus expliquer.

Mais après il y a tous les profils, il y a certaines personnes qui sont très demandeuses de savoir ce qu'il en est, qui vont rechercher sur internet, qui s'intéressent.

Il y a cette association, que je connais depuis quelques mois. Quand je vois qu'une personne est intéressée, qu'elle se pose les questions et que moi j'ai pas forcément le temps sur le quart d'heure, vingt minutes que j'ai de consultation, alors qu'on a effectivement à renouveler le traitement, à faire le point, à organiser les examens, les consultations obligatoires, cardio, ophtalmo, tout ça... ben c'est vrai qu'on n'a pas forcément le temps d'éduquer, faire le point sur ce qu'on a le droit de manger, ce qu'on n'a pas le droit de manger... Donc moi je les incite, quand je vois qu'ils sont motivés.

4) Sur quels points de l'éducation thérapeutique d'un patient DT2 insistez-vous particulièrement lorsque vous l'estimez précaire ?

Ce sera sur l'alimentation par ce que je pense que quand on parle précarité c'est quelqu'un qui a peu de ressources, il va avoir tendance malheureusement à manger ... acheté en magasin, malheureusement le moins cher, c'est les choses qui sont le plus sucré, le plus salé. Il y a cette tendance là à avoir une mauvaise hygiène alimentaire. Souvent il y a la précarité et l'obésité qui sont liées. On a un vrai problème avec l'obésité je pense. Moi je vois chez l'enfant, bon là c'est chez l'adulte, mais chez les enfants ça pose problème et c'est pas simple parce qu'en général ça passe par la maman et si la maman elle achète un peu tout et n'importe quoi, l'enfant il suit les traces des parents c'est sûr. C'est pas facile.

Je pense que c'est surtout sur l'alimentation, sur l'importance d'une activité physique, souvent j'essaie de faire passer le message. Souvent je pose la question « est ce qu'ils font du sport » oui à l'école mais voilà... et en dehors ? mais tout est lié, c'est un cercle vicieux, on n'a pas les moyens dont on va pas faire des activités le week-end, donc on reste souvent à la maison, donc on bouge pas. On va pas forcément acheter des fruits et des légumes, on n'aura pas une alimentation équilibrée, on va plutôt manger des aliments salés, des chips, du Coca, des jus...

Je pense que j'insiste surtout sur l'importance d'une activité physique et l'alimentation.

5) Pouvez-vous m'énoncer les difficultés que vous rencontrez dans l'éducation thérapeutique des patients DT2 précaires ?

Je pense que le problème c'est que quelqu'un qui vit dans une situation précaire, la question de la santé elle ne sera pas primordiale pour lui. En fait, il va plutôt se poser la question de comment boucler la fin du mois, comment nourrir ses enfants. Il va à l'urgence en fait. Il se met un peu entre parenthèses, il met sa santé entre parenthèses. Souvent ce sont des populations qui ont un niveau d'éducation qui est assez faible, donc il faut tout réapprendre. Il y a ces deux grosses difficultés.

6) Concernant les traitements médicamenteux anti diabétiques, est ce que le caractère précaire du patient influence votre prescription ? Si oui, comment ?

Non. C'est sûr que c'est plus simple à gérer avec un traitement per os que si on doit passer à la voie injectable.

D'une manière générale, sans parler de précarité, ils sont très réfractaires à l'insuline, au passage du traitement oral aux injections. En général, moi je l'introduis très rarement, je passe par un ou une spécialiste. Et je pense que le fait de la précarité ça n'aide pas. S'il faut le mettre en place, je pense ce qui serait intéressant ça serait de faire appel à une infirmière, pour organiser les choses, au moins les premiers temps en tout cas, pour les injections.

7) A quel(s) professionnel(s) ou à quelle structure faites-vous appel lors de difficultés rencontrées dans la prise en charge d'un patient diabétique de type 2 précaire ?

Quand il s'agit d'un déséquilibre du diabète, qu'il soit précaire ou pas, je fais très facilement appel aux spécialistes. Une fois qu'on s'est fait un réseau, on connaît deux, trois endocrinologues qui nous

répondent assez facilement. Ils sont assez réceptifs. De temps en temps quand j'ai un doute j'appelle, juste pour un avis, pour une question. Quand je pense qu'il y a besoin d'une hospitalisation, on discute et en général on trouve facilement. Moi ça m'est arrivée plusieurs fois. Alors plus souvent en clinique parce que je pense que c'est plus simple, mes contacts sont plus dans le privé pour le moment.

Je pense qu'on peut être amené à appeler une assistante sociale. Alors je l'ai appelé, c'était pas dans le contexte d'une personne diabétique mais effectivement dans les cas de précarité, l'assistante sociale je pense que c'est un acteur phare.

Une infirmière, parce que l'infirmière elle sera au contact du patient. Je pense que ça peut être un acteur qui peut faire partie, juste au-dessus il y a une infirmière référente du diabète qui fait partie de l'association. Je peux faire appel à elle très facilement.

8) Quelles seraient vos attentes pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

Alors ce qui est compliqué de toute façon c'est que ce sont des maladies chroniques, donc il faut un suivi. Déjà c'est très difficile d'avoir un suivi régulier. Déjà chez les personnes diabétiques type 2 on les a pas forcément tous les 3 mois alors qui le faudrait, des fois plus régulièrement. Mais une personne précaire, déjà ça serait bien d'avoir un suivi régulier. Organiser le suivi, organiser les consultations de suivi. Ça c'est compliqué je pense, pour les raisons que j'ai cité au-dessus. Ils vont au plus urgent et donc ils se mettent un petit peu entre parenthèses. Et donc voilà, organiser des consultations, aller chez tel spécialiste puis tel spécialiste ça va pas être leur priorité. C'est difficile à organiser...sans parler de diabète, ici c'est souvent moi qui prend rendez-vous, parce que il y a la barrière de la langue, parce que pour eux c'est compliqué. Ça m'arrive très régulièrement de prendre le rendez-vous et même comme ça, moi je peux pas être derrière et très souvent c'est des rendez-vous pris pour rien. Ils ont pas l'impression d'être malade donc ils ont pas l'impression que c'est quelque chose de grave ou potentiellement grave. Donc ça va pas être des personnes qui vont se faire leur planning avec leur rendez-vous de suivi.

Le fait ici que ce soit un forum santé, qu'il y ait plusieurs spécialités, je sais que ça les aide. Le problème ici c'est qu'il n'y a pas d'endocrinologue et quand on en discute avec mes collègues, c'est vrai que dans les spécialités qu'on souhaiterait faire venir ici, une des spécialités ça serait un diabétologue endocrinologue, car justement on sait qu'il y a cette problématique là qui est très importante. Et c'est vrai que le fait qu'on soit au même endroit, je pense que ça serait très pratique. Parce que moi je vois que j'ai des patients qui vont voir l'ORL et qui en profitent pour venir me voir, pour faire une consultation. Et c'est vrai que le fait que tout soit réuni, c'est plus simple pour eux. Ils savent que ce pôle-là, c'est le pôle où je peux faire un peu mon check-up : je vais chez la gynéco, je vais prendre rendez-vous chez le généraliste parce que j'ai oublié de renouveler mon traitement. Je vais aussi voir l'ORL car depuis quelques temps j'ai mon oreille qui me gêne. Quand on en discute, souvent ça revient, un endocrinologue ça serait pas mal dans les lieux.

9) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 non précaire (0 correspondant à aucune satisfaction et 10 à une satisfaction maximale) ?

7

10) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 précaire ?

5-6

Retranscription médecin n°9 :

1) Comment définiriez-vous la précarité ?

Ça peut être précarité financière, mais ça peut être des gens mal entourés, ça peut être des gens qui ne parlent pas la langue du pays, ça peut être des gens, quelques soient leurs difficultés, que ce soit social, familial, enfin tout ce qui les met en situation de précarité tout simplement.

2) Comment repérez-vous un patient précaire ?

Un peu par tout ce que je vous ai dit. Je leur demande s'ils sont tout seul, je leur demande s'ils travaillent, je leur demande s'ils ont de la famille, je leur demande comment ça se passe. Je pose des questions si j'ai un doute, ou des fois je le vois car ils ont pas de quoi me régler, parce qu'ils ont pas ... ils comprennent pas.

3) Pour un patient diabétique de type 2 non précaire, quel est votre objectif d'équilibre glycémique ?

Le meilleur possible selon son âge. Bon après, on est plus strictes chez les jeunes. Le 7 est la référence mais on est un peu plus strictes chez les tout jeunes. Et 8-8,5 chez les gens âgés selon l'environnement et tout ça.

Est-il différent pour les patients que vous estimez précaires ?

Oui parce que ... bon après s'ils ne sont pas insulinés c'est moins embêtant, on a moins d'hypo avec les nouveaux médicaments. Mais bon disons pour un diabétique de type 2... pas non plus large, en principe on peut quand même arriver un équilibre sans trop de risque d'hypo. Mais oui j'en tiens compte quand même.

4) Sur quels points de l'éducation thérapeutique d'un patient DT2 insistez-vous particulièrement lorsque vous l'estimez précaire ?

Bon l'alimentation je fais ce que je peux. Le traitement, j'essaie de lui expliquer quand même qu'il faut qu'il essaie d'être régulier. Le souci dans le quartier je trouve c'est que les gens sont pas observants par rapport à leur diabète, que ce soit au niveau alimentaire, que ce soit au niveau médicamenteux, que ce soit au niveau des examens, enfin ... de façon générale. Je sais pas si c'est

culturel ou si c'est leur précarité qui fait que ils sont embêtés... Je pense qu'il n'y a pas que la précarité, parce qu'il y a des gens non précaires aussi qui sont dans le même cas. Mais il y a quand même je trouve, une mauvaise observance générale. Et je sais pas toutes les raisons, mais je pense que la précarité n'est pas la seule, il doit y avoir un déni je pense quelque part, parce qu'y en a qui arrêtent complètement leurs traitements, soit parce qu'ils sentent rien, soit parce que... on se retrouve toujours à recommencer... donc je pense que si je pouvais améliorer l'observance, quelque soit le domaine, ce serait une bonne chose.

5) Pouvez-vous m'énoncer les difficultés que vous rencontrez dans l'éducation thérapeutique des patients DT2 précaires ?

Ça reprend un petit peu ce que j'ai dit. J'ai du mal à leur faire passer l'importance de tout ce qu'il faut surveiller et proposer dans cette maladie.

6) Concernant les traitements médicamenteux anti diabétiques, est ce que le caractère précaire du patient influence votre prescription ? Si oui, comment ?

Je fais quand même un peu plus attention aux médicaments hypoglycémiants type sulfamides, mais de toute façon, on en donne quand même de moins en moins. Après, en diabète de type 2, c'est quand même peu fréquent ce genre de complications. Donc on essaie déjà qu'ils soient bien tolérés sinon ils seront encore bien moins pris. Mais des fois, ils arrêtent on sait pas pourquoi.

7) A quel(s) professionnel(s) ou à quelle structure faites-vous appel lors de difficultés rencontrées dans la prise en charge d'un patient diabétique de type 2 précaire ?

L'hôpital. L'endocrino, s'ils y vont plus régulièrement que moi mais souvent c'est l'hospitalisation parce que souvent on les récupère mal déjà, ou pas du tout équilibrés ou pas de contrôle depuis x temps, éventuellement une complication. Donc quand il y a un souci, c'est les urgences des fois, et l'hôpital.

8) Quelles seraient vos attentes pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

Je sais pas trop... parce que bon, l'entourage s'il est précaire, ça va pas être facile. Bon souvent je mets une infirmière mais bon c'est pas une solution non plus pour toute la vie du diabétique. L'éducation c'est bien mais l'hôpital tout ça ils y vont quand c'est obligé mais j'ai pas l'impression qu'il y ait un retentissement assez durable quoi. Après... les aider c'est pas facile parce que c'est trop multifactoriel.

Je pense qu'au niveau social, il y a déjà entre guillemets ce qu'il faut mais, c'est pareil, il y a des choses qu'on peut conseiller mais qu'on peut pas non plus tout résoudre. Je pense que les assister complètement c'est pas la solution non plus parce que ils se retrouvent pas autonomes, pas géré et pas impliqués dans leur maladie. Si il faudrait peut-être du temps. Du temps, du temps, et rabâcher et les revoir et insister... mais ça en pratique c'est pas le plus facile non plus.

9) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 non précaire (0 correspondant à aucune satisfaction et 10 à une satisfaction maximale) ?

8

10) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 précaire ?

3

Retranscription médecin n°10 :

1) Comment définiriez-vous la précarité ?

Déjà sur un aspect financier, des revenus qui sont faibles. La barrière de la langue qui peut aussi mettre en précarité certaines personnes. Et puis l'accès aux soins, bon ça va aussi avec les finances, quand les gens n'ont pas de moyens, parfois il y a des soins qui ne sont pas accessibles.

2) Comment repérez-vous un patient précaire ?

Déjà je verrais un patient polypathologique, isolé socialement, pas d'entourage familial, au niveau aussi des amis. Et aussi son environnement, quand on fait des visites à domicile, on voit aussi un peu l'environnement, l'habitation, l'habitat, les conditions de vie.

3) Pour un patient diabétique de type 2 non précaire, quel est votre objectif d'équilibre glycémique ?

Je vise 6.5-7%.

Est-il différent pour les patients que vous estimez précaires ?

Oui, je serai plutôt moins exigeante. Et puis surtout être plus encourageant. Sachant que souvent aussi la précarité peut aller avec l'inobservance thérapeutique donc on a aussi les résultats par rapport à l'observance. Donc on peut pas non plus exiger plus que ce que le patient peut faire.

4) Sur quels points de l'éducation thérapeutique d'un patient DT2 insistez-vous particulièrement lorsque vous l'estimez précaire ?

L'observance thérapeutique. Donc s'il faut mettre en place un passage infirmier pour la prise des traitements, oui. L'alimentation, j'insisterai pas parce que de toute façon, ils mangeront ce qu'ils peuvent manger. Ils pourront pas acheter des choses au-delà de leurs moyens. Ils n'auront pas forcément les moyens de se faire livrer des repas type diabétique. Donc plus sur le traitement et l'accompagnement avec une infirmière.

5) Pouvez-vous m'énoncer les difficultés que vous rencontrez dans l'éducation thérapeutique des patients DT2 précaires ?

Ça peut être ... manier le lecteur de glycémie qui peut être compliqué et adapter les doses. Les patients qui, seuls, n'arrivent pas à le faire et qui vont donc nécessiter le passage infirmier.

Modifier certaines habitudes alimentaires, qui sont ancrées depuis des années et c'est difficile de faire changer. Souvent ça peut être associé au syndrome métabolique, les graisses... donc changer le mode de cuisson des aliments, éviter les friandises ou les apéritifs.

6) Concernant les traitements médicamenteux anti diabétiques, est ce que le caractère précaire du patient influence votre prescription ? Si oui, comment ?

Oui, dans le nombre de prises, on va essayer de favoriser le moins de prises, soit des médicaments combinés pour qu'il y ait le moins de prises de médicaments possibles. Et aussi compte tenu des effets secondaires de certains médicaments, pour éviter les effets secondaires, soit on va les mettre de côté, soit on va réduire leurs prises. Par exemple, tu prends JANUVIA, METFORMINE qui sont associés, s'il faut passer à une triple médication, je vais plus prendre le JANUMET vu que c'est 2 en 1. Voilà c'est essayer de favoriser les combinaisons de médicaments. Après il y a la iatrogénie, les hypoglycémies avec par exemple le DIAMICRON. Donc c'est vrai qu'il faut tenir compte aussi de comment ils mangent, y en a qui vont se lever la nuit pour manger, y en a qui vont manger très tôt ou qui vont pas manger de la journée. Donc c'est plus difficile. Vaut mieux un équilibre qui soit pas top, que risquer aussi les hypoglycémies.

7) A quel(s) professionnel(s) ou à quelle structure faites-vous appel lors de difficultés rencontrées dans la prise en charge d'un patient diabétique de type 2 précaire ?

Je l'envoie voir un diabétologue, un endocrinologue, peut-être au CHU, je l'enverrai plus facilement au CHU où il y a une prise en charge globale, où il pourra voir aussi d'autres disciplines en même temps.

8) Quelles seraient vos attentes pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

Je pense qu'il y a beaucoup de choses qui sont faites. Après, on ne peut pas faire aussi à la place du patient. Je pense qu'il y a pas mal de choses qui sont en place, on ne peut pas non plus mettre une infirmière derrière chaque patient en permanence. Et pour les gens qui sont très isolés, qui ont des vies compliquées, leur dire qu'il faut vivre avec quelqu'un, leur dit que ... On peut pas, je vois pas qu'est ce qu'on pourrait faire pour améliorer. Je pense qu'il y a déjà beaucoup de choses qui sont en place mais seulement... on ne peut pas faire les choses à la place des gens.

9) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 non précaire (0 correspondant à aucune satisfaction et 10 à une satisfaction maximale) ?

8

10) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 précaire ?

6

Retranscription médecin n° 11 :

1) Comment définiriez-vous la précarité ?

Pour moi, la précarité est souvent lié à un niveau social faible, avec un niveau de connaissances, plutôt bas et aussi un problème de langue. Voilà, essentiellement.

2) Comment repérez-vous un patient précaire ?

Déjà les patients on les connaît. Les gens sont installés depuis longtemps et puis on les suit depuis plusieurs années. La précarité est en relation souvent pareil avec un niveau de revenu bas, avec un niveau de connaissances réduit. Parfois dans des conditions de vie... il y a une promiscuité reconnue.

3) Pour un patient diabétique de type 2 non précaire, quel est votre objectif d'équilibre glycémique ?

On essaie d'être assez rigoureux. La glycémie en dessous de 1.26 et l'hémoglobine glyquée en dessous de 7%.

Est-il différent pour les patients que vous estimez précaires ?

Non, pas du tout.

4) Sur quels points de l'éducation thérapeutique d'un patient DT2 insistez-vous particulièrement lorsque vous l'estimez précaire ?

Déjà sur l'observance du traitement et une hygiène diététique adaptée. Et l'activité sportive. Voilà. C'est essentiellement ça.

5) Pouvez-vous m'énoncer les difficultés que vous rencontrez dans l'éducation thérapeutique des patients DT2 précaires ?

D'une part, la compréhension de leur maladie, la compréhension des risques de leur maladie et ensuite la difficulté à leur faire admettre une certaine observance des traitements. Souvent les gens ont une idée...on va dire péjorative de leur maladie et ils sont plutôt réticents dans leur prise en charge, en particulier quand il y a mise en place d'une insulinothérapie.

6) Concernant les traitements médicamenteux anti diabétiques, est ce que le caractère précaire du patient influence votre prescription ? Si oui, comment ?

Non, on essaie de rester dans les consignes habituelles.

7) A quel(s) professionnel(s) ou à quelle structure faites-vous appel lors de difficultés rencontrées dans la prise en charge d'un patient diabétique de type 2 précaire ?

On fait intervenir pas mal les infirmières, quand on a une crainte sur l'observance du traitement, en tout début de prise en charge. Sinon on les adresse pas chez l'endocrinologue, on garde un traitement entre médecin, patient, éventuellement infirmière.

8) Quelles seraient vos attentes pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

C'est ce qu'on fait déjà sur le quartier, c'est une formation de groupe. On y travaille déjà sur le terrain. Et avoir un suivi bien encadré entre le médecin et les autres professionnels de santé.

Avez-vous d'autres attentes pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

Non.

9) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 non précaire (0 correspondant à aucune satisfaction et 10 à une satisfaction maximale) ?

6-7

10) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 précaire ?

6

Retranscription médecin n°12 :

1) Comment définiriez-vous la précarité ?

Alors il y a la précarité socio-économique que nous rencontrons dans ce quartier avec des gens qui sont pauvres et qui manquent donc de moyens financiers. Mais il n'y a pas que celle-là. Il y a la précarité vraiment intellectuelle aussi, avec un taux d'analphabétisme très important notamment dans la population féminine dont je soigne énormément de femmes qui sont analphabètes. Et ensuite, il y a la précarité aussi de culture, des gens qui n'ont pas eu accès à l'information et qui n'ont pas suffisamment de... qui ont une culture orale importante mais qui n'ont pas accès à la culture écrite. Et donc ils n'ont pas accès à toutes les informations qu'il faut savoir pour pouvoir bien gérer les maladies chroniques comme le diabète.

2) Comment repérez-vous un patient précaire ?

Ben déjà dans le quartier y en a beaucoup par rapport à notre localisation géographique. Ensuite, en discutant, par le dialogue on voit bien quel est le niveau socio-culturel de la personne. Et puis la personne se présente au niveau économique, on sait un peu si elle travaille si elle travaille pas, quel est son statut familial, son statut dans la société aussi. Et aussi ce qui est très intéressant dans notre métier c'est de faire des visites à domicile, parce qu'à domicile, on se rend compte de beaucoup de chose, notamment de la précarité.

3) Pour un patient diabétique de type 2 non précaire, quel est votre objectif d'équilibre glycémique ?

Moi j'ai le même objectif pour tout le monde. Le but c'est, on va dire, une hémoglobine glycosylée inférieure à 7.5% parce que c'est un peu compliqué d'avoir inférieur à 7. L'idéal serait inférieur à 7%, mais c'est très rare. Mais déjà inférieur à 7.5% c'est bien.

Est-il différent pour les patients que vous estimez précaires ?

Non pas du tout moi je les traite exactement de la même façon.

4) Sur quels points de l'éducation thérapeutique d'un patient DT2 insistez-vous particulièrement lorsque vous l'estimez précaire ?

Déjà dans toute l'information orale qu'on doit donner. Parce que comme je vous disais moi j'ai accès à une population analphabète dont j'ai la chance de partager la langue. Ce sont des femmes donc je connais leur culture, je la partage. Donc je vais leur expliquer. Tout est dans l'explication et dans l'information donnée oralement. Et c'est très important parce que c'est comme ça que je suis sûre que la personne a bien compris, déjà le traitement médicamenteux, le suivi des règles hygiéno-diététiques que je leur explique dans leur langue. Puis pour chaque patient, précaire ou pas précaire, c'est dans la répétition des informations et des conseils à chaque consultation.

J'insiste sur l'alimentation parce que effectivement certaines personnes ne vont pas avoir accès à des aliments plus diététiques mais beaucoup plus chers. Ensuite c'est ... avant elles n'avaient pas accès à toutes les manifestations sportives, un peu comme les clubs de sport, mais maintenant ça a changé parce que dans le quartier il y a vraiment un énorme phénomène associatif, un énorme effort pour encadrer ces femmes-là. Autant au niveau éducatif par rapport au diabète, donc il y a une association qui les prend en charge, une association pluridisciplinaire, et également au niveau sportif, à des prix tout à fait dérisoires, donc maintenant même les femmes dans la précarité socio-économique peuvent avoir accès à ça, à ce sport, à cette rééducation sportive qui est fondamentale.

5) Pouvez-vous m'énoncer les difficultés que vous rencontrez dans l'éducation thérapeutique des patients DT2 précaires ?

C'est d'abord des difficultés d'ordre culturel parce que ces personnes-là ont des habitudes de vie et notamment des habitudes culinaires qui sont vraiment terribles, qui sont contre le régime proposé chez un diabétique de type 2 et donc c'est très compliqué. Le gros problème que j'ai eu à affronter c'est que même si j'arrive à convaincre la personne à suivre ce régime, elle m'explique qu'elle est confrontée à des problèmes relationnels à la maison. Parce que, peut-être pas les enfants, mais le mari et les personnes d'un certain âge, les anciennes générations, ont des habitudes culinaires culturelles qui sont bien ancrées et on leur impose de faire un certain repas, un certain régime alimentaire qui va à l'encontre du diabète. Donc ça c'est quelque chose de très important.

Après il y a le problème du poids, parce que vraiment l'image corporelle est complètement différente d'une culture à l'autre et dans la culture musulmane maghrébine que je soigne, la femme est grosse. Alors eux, ils disent pas qu'elle est grosse, ils disent qu'elle a la santé. Et à partir du moment où elle

commence à perdre du poids, tout le monde dit qu'elle est malade, qu'elle a maigri, qu'elle est pas bien, qu'elle est pas en bonne santé. Alors que c'est simplement des efforts diététiques pour justement arriver vers un IMC normal. Voilà il y a une image corporelle qui est due à la culture et qui est très difficile. Alors ça commence à changer avec les nouvelles générations qui ne veulent pas grossir alors ça, ça va, mais j'ai énormément de mal à les faire maigrir parce qu'il y a ces habitudes culturelles.

Et il y a aussi un autre problème qui commence à changer, moi ça fait plus de 10 ans que je suis dans le quartier, avant j'étais remplaçante dans le quartier donc ça fait 15 ans que je connais la Paillade donc avant les dames d'un certain âge qui étaient diabétique de type 2, je ne pouvais pas leur faire faire de sport, c'était impossible au niveau culturel, une dame d'un certain âge ne se met pas en baskets, ne se met pas en jogging, ne va pas faire de la marche et encore moins du footing. Voilà ça c'était impossible. Et donc grâce à tous les efforts associatifs dans le quartier et surtout la proximité, parce que c'est vraiment dans chaque rue, dans chaque coin de quartier, également la facilité au niveau financier, et ben c'est très bien parce que ces dames-là maintenant elles s'y mettent. Et ça c'est vraiment formidable parce que même des dames très âgées, très ancrées dans la culture traditionnelle, elles ne vont pas enlever leurs habits traditionnels mais elles vont quand même mettre des baskets et elles vont partir faire du sport et courir et ça leur fait un bien fou, et moi je vois de suite leur résultats dans le suivi du diabète. Il y a un changement culturel, il y a une évolution, en 15 ans, j'ai vu cette évolution. Il y a quelques réfractaires quand même.

6) Concernant les traitements médicamenteux anti diabétiques, est ce que le caractère précaire du patient influence votre prescription ? Si oui, comment ?

Non parce que les anti-diabétiques oraux quand même sont remboursés. Par contre tout ce qui est complications du diabète, problèmes de santé parallèles, oui, parce qu'on essaie absolument d'éviter tous les médicaments qui sont déremboursés.

7) A quel(s) professionnel(s) ou à quelle structure faites-vous appel lors de difficultés rencontrées dans la prise en charge d'un patient diabétique de type 2 précaire ?

Un médecin diabétologue, soit dans le privé, soit à l'hôpital, pour essayer d'appuyer mon information et mes conseils, en espérant que le fait de voir un spécialiste peut parfois avoir un impact psychologique sur les gens, c'est pas toujours le cas... Après, alors je sais qu'il y a ces associations multidisciplinaires qui sont sur la Paillade, qui sont bien, et certaines de mes patientes ont reçu une convocation, une invitation à ces réunions-là, et je les encourage. Celles qui veulent y aller, je les encourage, parce que je sais qu'ils font de tout même de la cuisine et ce qui est très bien, c'est qu'il y a des interprètes. C'est-à-dire qu'il y a des interventions d'infirmiers et de médecins également, et il y a des interprètes, en arabe mais aussi en langue berbère, parce que il y a énormément de berbères dans le quartier, qui ne comprennent pas l'arabe. C'est très important qu'il y ait des interprètes pour que le dialogue soient bien compris.

8) Quelles seraient vos attentes pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

Je pense qu'il faut coordonner tous ces efforts, il faut que tout le monde travaille ensemble. Il faut une information, il faut que l'information puisse être fournie. Alors il y a SOPHIA, la CPAM a mis en place Sophia, alors Sophia c'est très bien mais ça ne peut pas marcher dans des quartiers comme ici parce que les personnes qui ne parlent pas le français et qui n'ont pas accès à la lecture, ne peuvent pas s'inscrire un programme comme ça parce qu'ils comprennent pas. Et il y a pas forcément quelqu'un à la maison qui va être présent et disponible au moment où l'infirmière de Sophia va téléphoner pour leur parler. Donc ça c'est embêtant ... voilà. Donc je pense qu'il faut qu'on puisse mettre l'information à la portée de ces gens-là. Et après, c'est sûr que quand ils ont la chance de trouver des médecins qui parlent leur langue et qui leur expliquent les choses, bon... ça passe. Mais la partie médiatisée, je pense, est très importante mais il faut la mettre à la portée de cette population qui ... bon moi c'est pas les français précaires que je vois c'est les gens maghrébins, mais voilà le problème qu'il y a il est vraiment au niveau du dialogue. Il faut qu'il y ait un interprète peut-être, qu'ils puissent comprendre précisément la portée de notre information.

Relance : Vous avez des attentes ou des propositions pour améliorer la prise en charge des patients précaires ?

Je pense que les traditions culturelles sont les plus difficiles à changer. En 15 ans, on voit une amélioration et je pense que la prochaine génération sera autre. Il faut multiplier ce travail associatif dans les quartiers de proximité et que ce soit pluridisciplinaire pour qu'ils puissent entendre vraiment un discours... et puis se mettre à la portée de leurs centres d'intérêt, et notamment au niveau culinaire. Moi je me souviens, il y a une dizaine d'années, j'avais reçu un petit livret de recette, qui était proposé pour les patients diabétiques. Je crois que c'était la CPAM qui avait fait ça. Dans ces recettes, c'était des recettes traditionnelles maghrébines, ils mettaient la recette adaptée à la population diabétique précaire et ce qui était intéressant c'est qu'elles étaient traduites, c'est-à-dire qu'il y avait une partie en français et la traduction en face en arabe. J'avais trouvé très sympa mais voilà il faut que la personne puisse le comprendre, et le souci c'est que même si elle le comprend, il est très difficile pour elle de l'appliquer parfois à cause de cette pression sociale et familiale... parce que les maris, les gens âgés de la famille ne voudront pas manger de cette nourriture-là qui est différente de leurs traditions. Et donc elles se retrouvent à faire deux repas différents, ce qui est très compliqué pour elles, et notamment dans la précarité, parce que c'est des sous de préparer un repas.

9) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 non précaire (0 correspondant à aucune satisfaction et 10 à une satisfaction maximale) ?

Moi je ne fais pas le distinguo entre les deux parce que je pense que c'est l'information qu'on leur amène qui est importante donc je dirais que j'en suis à 5/10.

10) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 précaire ?

Je dis pareil, parce que comme moi je peux leur parler, je peux amener aux deux la même information, donc je peux leur expliquer la même chose, donc le message est passé. Après c'est la compliance qui est difficile. Alors ce qui est incroyable c'est qu'il y a des patients qui comprennent tout de suite, quelque soit leur niveau socio-culturel, intellectuel, voilà, ils comprennent de suite et ils suivent les instructions qu'on leur donne et tout va bien. Puis il y a ceux qui ne comprennent pas, qui ne veulent pas comprendre et on a beau leur expliquer dans leur langue ... j'en ai certains comme ça qui sont réfractaires et on baisse les bras, on sait plus quoi faire, franchement ... on essaie de les menacer, de leur dire qu'ils vont avoir des complications graves. Moi j'ai quand même des patients qui ont des hémoglobines glyquée à 14%! 14%! Et il y a rien à faire, et je sais plus quoi faire pour leur faire baisser. Ils vont voir les spécialistes, il y en a qui sont suivi au CHU. Mais voilà, il y a des traditions culturelles telles que ... ils marchent pas, ils font pas de régime, ils mangent tout le temps. Et y a rien à faire, ils savent, elles savent le danger qu'elles encourent parce que je leur explique dans leur langue, les médecins spécialistes également mais ça ne change pas grand chose. Pour ceux là c'est très difficile, parce que c'est souvent des femmes isolées, dans leur culture vraiment très ancestrale, et elles n'ont pas d'ouverture vers la vie moderne, elles ne vont pas aller vers ces associations-là qui vont leur ouvrir un peu l'esprit. Celles-là c'est très difficile de les soigner.

Il y a aussi des gens qui ont une lassitude du traitement, ça c'est très difficile. Je crois que ce qui est très important pour nous, surtout les médecins traitants, c'est d'être très présents et de toujours marteler le même discours, parce que y a parfois des gens qui ont une lassitude et qui laissent tomber les choses, le traitement, la surveillance et dans ces cas-là les complications arrivent, et qui peuvent aller jusqu'au décès. C'est quand même une maladie qui est très grave. C'est difficile, il faut faire de la prévention, je pense que le plus important c'est la prévention chez les jeunes, pour leur expliquer les choses avant que le diabète ne commence, puis après un dépistage le plus précoce possible de toutes les complications, et puis expliquer, expliquer les choses, et puis être strictes dans notre discours à nous en espérant que cette rigueur porte ses fruits pour une meilleure compliance. Mais je crois que ce n'est pas que dans la précarité. Je pense que dans toutes les maladies chroniques, quelque soit le niveau socio-culturel et économique, c'est très difficile d'obtenir une compliance à long terme.

Retranscription médecin n°13 :

1) Comment définiriez-vous la précarité ?

La notion de précarité c'est une notion qui est variable. Ici on a en fait des gens qui sont d'origine étrangère mais il n'y a pas forcément une grande précarité. Il y a beaucoup d'entraide en fait dans le quartier donc c'est plutôt un quartier communautaire avec des gens qui parlent pas forcément le français mais la grande précarité, il y en a quelques un mais peu.

Relance : Comment vous pourriez la définir, la précarité ?

La précarité ça serait une difficulté d'accès aux soins, ça serait une difficulté d'accès au logement, ça serait... et c'est pas forcément ce que je vois moi ici dans mon quartier. D'accord ?

2) Comment repérez-vous un patient précaire ?

Ça peut être un patient qui effectivement n'a pas accès à... j'ai quand même une partie de ma patientèle qui n'a pas accès aux soins, qui n'ont pas de carte d'aide médicale ou voilà. Donc ces gens-là sont précaires parce qu'on peut pas les soigner comme on veut, comme on aimerait les soigner. C'est aussi des gens qui ont un niveau d'hygiène un peu plus restreint puisqu'ils n'ont pas de logement voilà, il y a quand même une partie de la population dans la Paillade qui vivent dans les caravanes, mais ceux-là en fait sont pas forcément mes patients, j'en vois de temps en temps, c'est anecdotique. Pour les autres, on va dire qu'en général le soin est relativement bien organisé en France dans le sens où il y a une prise en charge.

3) Pour un patient diabétique de type 2 non précaire, quel est votre objectif d'équilibre glycémique ?

Tout dépend de ses pathologies. Si c'est un sujet sans pathologie associée, inférieur à 6.5 d'hémoglobine A1c. S'il a des pathologies associées, en fonction de la sévérité des pathologies, on peut aller jusqu'à 8.5 d'hémoglobine A1c. Si c'est une cardiopathie instable on va être quand même beaucoup plus tolérant et surtout on va avoir un équilibre qu'on va pas vouloir très bas, donc entre 7 et 8.5 en fonction de la pathologie. Voilà, ça dépend.

Est-il différent pour les patients que vous estimez précaires ?

Pour mon patient précaire qui n'a déjà pas accès aux soins ça va être compliqué. S'il a accès aux soins... si c'est quelqu'un qui vit dans des conditions difficiles, de toute façon le diabète va être difficilement gérable, il n'aura pas quand même une alimentation qui sera idéale, donc de toute façon, son objectif glycémique je serai beaucoup plus tolérante. Si en plus je lui donne des hypoglycémies médicamenteuses, ça va quand même pas être géniale donc... non, ça dépend du niveau de précarité. On a pas forcément ces situations là. La majorité de mes patients qui sont diabétiques sont des gens qui sont dans des appartements. Chez eux, le problème c'est bien plus que le non respect des règles alimentaires.

4) Sur quels points de l'éducation thérapeutique d'un patient DT2 insistez-vous particulièrement lorsque vous l'estimez précaire ?

Le niveau de précarité dont je ne vous ai pas parlé ça peut être aussi le niveau de compréhension. Donc chez eux, ça va être très compliqué. Donc je vais leur demander de faire attention, de respecter certaines règles. Par exemple la dernière diabétique où j'ai dit "vraiment il va falloir faire attention au sucre", elle m'a dit "mais moi je n'en mange pas". Elle mangeait des gâteaux tous les jours. Donc pour elle, le gâteau c'était pas le sucre. Donc je vais réexpliquer les règles hygiéno-diététiques, je vais réexpliquer l'alimentation souhaitée. Mais chez quelqu'un de précaire en tant que tel, qui n'a pas un accès facile aux soins, qui n'a pas une alimentation, je vais pas pouvoir insister sur beaucoup de choses quand même. Je vais insister probablement sur l'hygiène, des pieds à la tête, surtout les pieds. Mais là aussi, on va être limité, il y a des facteurs limitants. Tout dépend du niveau de précarité. S'ils ont facilement accès aux soins, s'ils sont logés on est sensé avoir un bon niveau

d'hygiène, on l'a pas toujours, donc là on a juste à réinsister en disant "c'est important que vous ayez une bonne hygiène des pieds". Après ceux qui n'ont accès à rien ... (soupir)

5) Pouvez-vous m'énoncer les difficultés que vous rencontrez dans l'éducation thérapeutique des patients DT2 précaires ?

C'est pas mes patients. Moi la majorité ont des appartements. Mon souci va être la compréhension du diabète, la compréhension du régime. Le problème c'est que si j'ai des gens qui sont analphabète, ils ne veulent pas forcément qu'une infirmière passe les voir. Donc si je n'ai pas une infirmière qui passe voir les patients, si je n'ai pas un contrôle glycémique régulier, eux ne le feront pas forcément. Donc je vais leur demander de faire des bilans, je vais leur expliquer à chaque fois mais c'est quand même compliqué. Après ici la majorité des gens parle arabe, il y a forcément toujours dans ma salle d'attente des gens qui peuvent traduire. On y arrive pas toujours et puis il n'y a pas cette volonté. En plus dans ma population à moi, ils aiment avoir un surpoids.

6) Concernant les traitements médicamenteux anti diabétiques, est ce que le caractère précaire du patient influence votre prescription ? Si oui, comment ?

Non, mon but va quand même être qu'ils n'aient pas d'hypoglycémie et qu'on ait un équilibre correct donc je vais faire attention surtout à ne pas donner de médicaments qui seraient contre-indiqués par rapport à leur âge, par rapport à leur insuffisance rénale potentielle. Après, est-ce que j'ai des contre-indications par rapport à leur précarité ? Pas nécessairement parce que c'est pas forcément ma patientèle. Parce que ma patientèle très précaire, ça va être des Roms en fait et ceux-là ne sont pas souvent diabétiques, j'en ai très peu. Il y en a certainement mais c'est pas mes patients.

7) A quel(s) professionnel(s) ou à quelle structure faites-vous appel lors de difficultés rencontrées dans la prise en charge d'un patient diabétique de type 2 précaire ?

A partir du moment où on n'arrive pas à obtenir un équilibre correct à mes yeux, je vais les inviter à voir un endocrinologue, plutôt libéral dans un premier temps, avec parfois des semaines d'éducation thérapeutique en clinique ou à l'hôpital pour certains.

Relance : Faites-vous appel à d'autres professionnels ou à d'autres structures ?

On peut avoir des infirmières. L'éducation de toute façon, à partir du moment où on a une barrière, la barrière de langage, l'éducation ne se fera quasi jamais. Donc je ne vois pas forcément d'évolution par le passage des infirmières.

8) Quelles seraient vos attentes pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

Il y a quelque chose que je n'ai pas abordé. La complication majeure que j'ai pour mes patients qui sont diabétiques, c'est simplement l'utilisation de générique. En fait, j'ai parfois un surdosage médicamenteux, parce qu'en fait ils considèrent que le générique qui a été donné, qui n'est pas du même laboratoire que celui qui a été donné la fois d'avant est un autre médicament, donc on a un cumul et là on peut avoir des accidents. A part ces quelques patients-là, chez qui du coup je marque "non substituable"... voilà.

Relance : Avez-vous des attentes particulières pour améliorer la prise en charge des patients DT2 précaires ?

Non j'ai pas d'attente particulière, peut-être qu'ils parlent un peu mieux le français.

Non, non, j'ai pas réellement de gros problème sur le cabinet. J'ai quelques personnes qui sont inobservantes mais qui le sont même en étant suivies au CHU ou par d'autres endocrinos. Donc ceux-là, je ne peux pas leur faire prendre de médicaments contre leur gré. Ils respectent pas forcément. C'est quand même un épiphénomène. La majorité sont quand même compliants au traitement.

9) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 non précaire (0 correspondant à aucune satisfaction et 10 à une satisfaction maximale) ?

8

10) Sur une échelle numérique analogique de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 précaire ?

Je n'ai pas de grande précarité à mon sens dans ma patientèle, donc je n'en ai pas.

Relance : la question concerne la précarité en générale, je ne parle pas forcément de la grande précarité.

Moi j'ai travaillé ici, j'ai travaillé donc à Reims. La précarité à Reims, c'était un quart-monde, j'avais un quart-monde. Ici je n'ai pas cette patientèle-là. J'ai une patientèle Roms qui n'ont pas accès à l'eau courante, à la douche, là on a une grande précarité, une difficulté d'accès aux soins. Voilà, mais c'est pas forcément des diabétiques, il y en a certainement mais je les ai pas. Ma population maghrébine, j'ai un grand taux de diabète, mais ils ne sont pas forcément précaires. Parfois ils ne parlent pas français mais quand on a des difficultés je leur dis de venir avec quelqu'un de la famille pour leur faire expliquer le traitement.

Relance : Pourriez-vous me dire votre degré de satisfaction pour la prise en charge d'un patient DT2 précaire, pas forcément grand précaire ?

On va dire pareil 8/10 parce que pour moi ce n'est pas représentatif de ma patientèle même si on est dans un quartier dit social. Moi j'ai une consultation avec beaucoup de mamans et d'enfants. Donc des diabétiques j'en ai beaucoup, mais pas en grande précarité. On voit pas forcément les mêmes entre ici et le CHU, parce qu'il y a en fait beaucoup de gens qui ont un accès direct au CHU. Et ceux-là certainement sont précaires, car ils n'ont pas de suivi, ils ne respectent pas... mais à partir du moment où ils sont dans un cabinet, qu'on leur explique les règles, quand ils ont un problème ils viennent... bon.

Annexe 6 : exemple de guide d'accès aux droits pour les femmes nouvellement arrivées en France

GUIDE D'ACCÈS AUX DROITS pour les femmes nouvellement arrivées en France



▶ ANGLAIS	▶ Guide to rights for newly arrived women in france
▶ TURC	▶ Fransa'ya yeni gelen kadınlari için haklarını bilgilendirilmesi için rehber
▶ RUSSE	▶ Справочник по доступу к правам для новоприбывших во Францию женщин
▶ ARABE	▶ دليل الوصول إلى الحقوق للنساء اللاتجئات حالياً إلى فرنسا
▶ PORTUGAIS	▶ Guia de acesso aos direitos das senhoras chegadas ultimamente a França
▶ SERBO-CROATE	▶ Uputnik pristupa pravima za zene tek dosle u Francusku
▶ ALBANAIS	▶ Udhezime per te drejtat për gratë që sapo ardhur në Francë.
▶ ARMÉNIEN	▶ Ուղեցույց նոր Ֆրանսիա ժամանած կանանց համար և իրավունքներին հասանելություն

Départements de la Moselle, de la Meurthe-et-Moselle, des Vosges et de la Meuse.

Annexe 7 : Objectifs glycémiques, recommandations HAS 2013 (106)

Objectifs glycémiques selon le profil du patient

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

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

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

Annexe 8 : Affiche « 8 conseils pour protéger mes pieds »



SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Introduction : La prévalence du diabète de type 2 (DT2) chez les personnes en situation de précarité est plus élevée que chez les personnes non précaires. L'équilibre glycémique est moins bon et les complications sont plus fréquentes. L'objectif principal de cette étude est de décrire la prise en charge des patients diabétiques de type 2 en situation de précarité par les médecins généralistes. L'objectif secondaire est de connaître les difficultés que les médecins rencontrent.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude qualitative. Nous avons réalisé en mai et juin 2018, treize entretiens individuels semi-directifs de médecins généralistes installés dans deux quartiers prioritaires de Montpellier. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits puis analysés selon les critères méthodologiques de l'analyse thématique.

Résultats : Les médecins abordent la précarité économique, la précarité socio-culturelle et la précarité en santé. En majorité, ils adaptent l'éducation thérapeutique en fonction de la situation du patient en insistant surtout sur l'alimentation et l'activité physique. Certains fixent un objectif d'équilibre glycémique différent pour cette population, ou sont réticents à l'utilisation de l'insuline et des sulfamides hypoglycémifiants. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes sont attribuées essentiellement à la barrière culturelle et linguistique, au niveau de compréhension et d'éducation et à l'inobservance. Il en ressort une insatisfaction concernant la prise en charge globale du patient diabétique précaire.

Discussion : La précarité est un phénomène complexe et multidimensionnel. Les médecins interrogés n'ont pas une définition unanime et ne repèrent pas de la même façon le patient précaire. Les programmes d'éducation thérapeutique et les associations de quartier sont à développer et à valoriser.

Conclusion : Les médecins interrogés tiennent compte des conséquences de la précarité pour la prise en charge et le suivi du DT2.

Mots-clés : diabète ; précarité ; niveau socio-économique ; médecine générale ; éducation thérapeutique du patient.