



HAL
open science

Caractéristiques des patients diabétiques de type 2 accueillis à la permanence d'accès aux soins de santé de Montpellier : étude prospective sur douze mois

Antonia Gourlaouen

► To cite this version:

Antonia Gourlaouen. Caractéristiques des patients diabétiques de type 2 accueillis à la permanence d'accès aux soins de santé de Montpellier : étude prospective sur douze mois. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02969644

HAL Id: dumas-02969644

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02969644v1>

Submitted on 16 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

GOURLAOUEN Antonia

Le 19 Juin 2018

TITRE :

**CARACTERISTIQUES DES PATIENTS DIABETIQUES DE
TYPE 2 ACCUEILLIS A LA PERMANENCE D'ACCES AUX
SOINS DE SANTE DE MONTPELLIER
Etude prospective sur douze mois**

Directrice de thèse : Dr RIVIERE Sophie

JURY

Président : Pr LAMBERT Philippe

Assesseurs : Pr SULTAN Ariane
Dr FOLCO-LOGNOS Béatrice
Dr RIVIERE Sophie

Membre invité : Pr BRINGER Jacques

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
par

GOURLAOUEN Antonia

Le 19 Juin 2018

TITRE :

**CARACTERISTIQUES DES PATIENTS DIABETIQUES DE
TYPE 2 ACCUEILLIS A LA PERMANENCE D'ACCES AUX
SOINS DE SANTE DE MONTPELLIER
Etude prospective sur douze mois**

Directrice de thèse : Dr RIVIERE Sophie

JURY

Président : Pr LAMBERT Philippe

Assesseurs : Pr SULTAN Ariane
Dr FOLCO-LOGNOS Béatrice
Dr RIVIERE Sophie

Membre invité : Pr BRINGER Jacques

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-Ophthalmologie
 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
 POUDEUX 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-Ophthalmologie
 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-vénérologie)

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

HILLAIRE-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-vénéréologie
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

LAINÉ 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

Remerciements

A Monsieur le Professeur Philippe Lambert, Professeur des Université de Médecine Générale. Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de ma reconnaissance pour l'aide précieuse que vous avez apportée à la réalisation de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Jacques Bringer, Professeur Emérite, ex doyen de la faculté de médecine Montpellier-Nîmes. Je suis très honorée de vous compter parmi les membres de ce jury et vous remercie d'avoir accepté de juger notre travail.

A Madame le Professeur Ariane Sultan, Professeur des Université – Praticienne Hospitalière. Je vous remercie pour de l'intérêt que vous avez porté à cette thèse et de l'honneur que vous me faite de siéger à ce jury.

A Madame le Docteur Béatrice Folco-Lognos, Maîtresse de Conférence des Universités de Médecine Générale. Je vous remercie profondément d'avoir accepté de siéger à ce jury.

Au Dr Sophie Rivière, directrice de cette thèse ainsi que de mon mémoire de DES de Médecine Générale. Je suis très honorée de la confiance que vous m'avez accordée, au sein de la PASS et dans la réalisation de ce travail.

A toute l'équipe de la PASS de Montpellier, sans qui nous n'aurions pas pu mener à bien ce projet. Je remercie particulièrement Anne Arnaud, qui a inspiré la partie sur l'infirmière en pratique avancée, à qui je souhaite réussite et plaisir dans cette voie. Merci à Flavie et Jeremy pour leur collaboration.

A mes pairs, pour le savoir qu'ils m'ont transmis. Je souhaite témoigner ma reconnaissance particulière à Nicolas Gouin, qui, par sa pédagogie et sa confiance, a formé le médecin généraliste que je suis aujourd'hui.

A ma famille pour le soutien indéfectible qu'elle m'a apporté tout au long de mes études. A ma mère pour le goût qu'elle m'a donné du soin de l'autre. A mon père pour son esprit scientifique. A Romain et Constant pour leur attention fraternelle.

A mes amis ligériens :

Victorine, le chemin a été long depuis les portes de l'amphi Kerneïs mais nous y sommes parvenues ! Je suis heureuse d'avoir été avec toi sur les bancs nantais, les plages grecques, les pubs dublinois, les pistes alpines... Je souhaite partager encore pleins de petits snacks et de grosse régalade déconnade avec toi.

Sarah, merci pour ta douceur et ton grain de folie : de la danse de la poule, au Sirtaki, en passant par le Paquito, tous les dancefloors se souviennent de ces chorégraphies magiques. J'espère que nous danserons encore et encore !

Marie, de voisine tu es devenue une amie indéfectible. Je me rappelle les révisions sur ta terrasse et les soirées dans ton appartement. Merci pour les astuces-beauté, les idées-cadeau ou et les régimes-minceur. Je suis très heureuse de te tenir parmi mes consœurs.

Marianne, je te remercie pour ton humour et ton esprit. Je t'ai vue relever les défis les plus fous, du port de la robe sardine, à l'attaque de la meule en solitaire. Je te souhaite d'autres projets insensés et beaucoup de bonheur, à Lyon, à Paris et ailleurs.

Laura, si je devais résumer ma vie avec toi aujourd'hui, je dirais que c'est d'abord des rencontres... Je te remercie pour ton tao de l'homme saoul, et nos conversations métaphysiques. Je te souhaite de trouver le bonheur, mais qu'est-ce que le bonheur finalement ?

Pierric, Jef Plaiz, merci pour ta contribution musicale. C'est un plaisir de te connaître depuis Saint-Nazaire à ce jour. Je te souhaite joie et bonheur !

Audrey, merci pour ton humour, joie de vivre et ton accueil au Pays Basque. A bientôt sous ces latitudes.

Jacynthe, j'ai adoré faire les quatre cents coups avec toi, sur la « Presqu'île », à Paris et ailleurs. Ton élégance et ta réussite sont pour moi un modèle. Je suis fière de te tenir parmi mes amies. Je te souhaite épanouissement, tant dans ta vie professionnelle que personnelle.

Héloïse, tu es certainement la sœur que je n'ai pas eue. Merci d'avoir initié la correspondance qui a sellée notre amitié. J'admire ta créativité et ton originalité. J'espère voir longtemps se croiser les chemins de nos vies.

A mes amis perpignanais :

La Coloc 4, merci pour la colonie de vacances géantes. Ce premier semestre restera à jamais gravé dans ma mémoire.

Une dédicace spéciale à Simon et Charlotte pour les sessions vaguelettes plus ou moins E.Coli. A bientôt sur le pic !

Laure ma commère ! Je suis ravie d'avoir été ta co-interne et je suis heureuse de te compter parmi mes amis. J'admire ton humour et ton humilité. Je suis épatée par la petite Clémence, j'espère qu'elle a hérité de ton rire.

A mes amis montpelliérains et biterrois d'adoption :

Fanny Bourgeois - comme la bourgeoisie - ta connaissance du darknet et ton expertise en photomontage n'ont d'égal que tes talents culinaires. Ton humour et ta générosité vont cruellement me manquer depuis Grenoble.

Sarah B, je suis heureuse d'avoir été ta colocataire, sous toutes les latitudes. J'admire ta patience et ta sociabilité. Obrigada pour le club Carioca et tout le reste. Je te souhaite de beaux voyages et de belles rencontres.

Jessica, merci pour ta générosité sans borne et ton rire fou. Je n'oublierai jamais notre première pêche aux coquillages. Je te souhaite que la saga Star Wars ne prenne jamais fin.

Sarah P, merci d'être revenue de l'autre bout du monde, j'espère un jour être à nouveau ta voisine. Merci aussi d'avoir mis Adil sur mon chemin.

Floriane, merci pour tes récits incroyables dont toi seule a le secret. Je vous souhaite beaucoup de bonheur à Hugo et à toi, ça semble bien parti.

Manon, merci pour ton côté glam, merci pour ton côté rock. Si je devais choisir une partenaire pour faire danse avec les stars, ce serait toi. Je suis fière de partager ta frange emblématique.

Marco, merci pour ton soutien pendant ces étapes du mémoire et de la thèse. Je te souhaite une carrière heureuse.

Marion, merci pour ta culture musicale et ton goût pour les Mojitos ! J'ai adoré chanter « Femme » à tue-tête avec toi. Je te souhaite de mener à bien tes projets et une vie épanouie à Lyon.

Simon, prendre la plume m'émeu. Merci pour ton humour communicatif et désopilant. Même quand il est tiré par les cheveux, on se poile et on chope le fourrure (et je ne parle pas de tes ailes).

Paul, merci pour ton aide à la traduction du résumé. Merci aussi pour l'expérience fibroscopique et surtout, merci pour les points clandestins ; grâce à toi, je ris à chaque fois que je croise mon genou gauche.

Renaud, merci infiniment pour cette parfaite imitation du boxer des années 50. C'était cool de vivre l'expérience de la thèse avec un pote. Je te souhaite courage pour ta thèse et beaucoup de bonheur.

Côme, merci pour les découvertes musicales, ton phlegme et ta gestuelle si caractéristique, ils m'ont manqué. J'espère te voir rester en métropole ; ici il n'y a pas de vers-macaques mais il y a des copains.

Arnaud, merci pour ta classe constante. Je suis heureuse d'avoir été ta coloc à Perpi. Je te souhaite beaucoup de bonheur dans ta vie professionnelle et personnelle.

Pierre, merci de m'avoir fait changer d'avis sur l'échographie en médecine générale. Je te souhaite de devenir le spécialiste de tes rêves, et un grand maître du Kung Fu.

Laury, *muchas gracias* pour cette cohabitation au top et notre superbe salon en palettes habilement recyclées. Je te souhaite une vie heureuse à Montpellier, au Guatemala ou partout ailleurs.

Adil, merci pour ton esprit aiguisé et ton cœur entier. Il me tarde de vivre à tes côtés. Je te souhaite de devenir un médecin heureux.

A Michèle, ma grand-mère maternelle.

Sommaire

Remerciements	8
Sommaire	13
Table des figures	16
Liste des abréviations	17
1 Introduction.....	18
1.1 Contexte	18
1.1.1 Epidémiologie.....	18
1.1.2 Diabète et précarité : quels liens ?	20
1.1.3 Recommandations de bonne pratique	23
1.1.4 Place de l'éducation thérapeutique	24
1.2 Définitions.....	25
1.2.1 Précarité.....	25
1.2.2 Permanences d'Accès aux Soins de Santé.....	26
1.2.3 Couverture maladie et aides sociales	26
1.3 Question de recherche	27
2 Matériel et méthodes	28
2.1 Type d'étude.....	28
2.2 Population étudiée.....	28
2.3 Choix des données à recueillir	28
2.4 Mise en forme du questionnaire	29
2.5 Inclusion et recrutement	30
2.6 Recueil des données, passation du questionnaire	30
2.7 Analyse des données	31
3 Résultats.....	32
3.1 Inclusions	32
3.2 Caractéristiques médicales des patients	33
3.2.1 Âge et sexe	33

3.2.2	Indice de masse corporelle IMC.....	33
3.2.3	Facteurs de risques cardiovasculaires associés	34
3.3	Caractéristiques du diabète.....	34
3.3.1	Ancienneté	34
3.3.2	Suivi médical antérieur.....	34
3.3.3	Equilibre	35
3.3.4	Complications du diabète.....	36
3.3.5	Thérapeutiques	36
3.4	Caractéristiques sociales.....	37
3.4.1	Situation familiale	37
3.4.2	Ressources financières	37
3.4.3	Conditions de logement.....	38
3.4.4	Demande d'asile	38
3.4.5	Communication lors de la rencontre.....	38
3.5	Synthèse des caractéristiques sociodémographiques.....	39
3.6	Réponses au questionnaire.....	40
3.6.1	Perception du DT2	40
3.6.2	Alimentation	41
3.6.3	Activité physique	42
3.6.4	Perte de poids	44
3.6.5	Observance thérapeutique.....	44
3.6.6	Suivi du DT2.....	45
3.6.7	ETP	46
4	Discussion	49
4.1	Richesses et limites de l'étude	49
4.1.1	Richesses.....	49
4.1.2	Limites.....	50
4.2	Discussion des résultats.....	52

4.2.1	Caractéristiques médicales	52
4.2.2	Caractéristiques du diabète.....	54
4.2.3	Caractéristiques sociales	57
4.2.4	Réponses au questionnaire.....	59
4.3	Du recueil de données vers une amélioration des pratiques	63
4.3.1	Prise en charge des patients DT2 à la PASS.....	63
4.3.2	Quels outils d'évaluation de la prise en charge du DT2 à la PASS ?	70
5	Conclusion.....	71
6	Bibliographie.....	72
7	Annexes.....	78
	Annexe 1 : Score EPICES	78
	Annexe 2 : Objectif d'HbA1c, recommandations HAS 2013	79
	Annexe 3 : Stratégie médicamenteuse, recommandations HAS	80
	Annexe 4 : Questionnaire	81
	Annexe 5 : Tableau brut des données médicosociales	91
	Annexe 6 : Réponses à la question 1 « <i>Qu'est-ce que le diabète</i> »	92
	Annexe 7 : Remarques des patients.....	93
	Serment.....	94
	Permis d'imprimer.....	95
	Résumé	96

Table des figures

Figure 1 : Caractéristiques explorées.....	28
Figure 2 : Thématiques explorées par le questionnaire.....	29
Figure 3 : Diagramme de flux.....	32
Figure 4 : Age médian en fonction du sexe	33
Figure 5 : Répartition de l'IMC en fonction du sexe.....	33
Figure 6 : IMC moyens et médians en fonction du sexe.....	33
Figure 7 : Répartition de l'HTA et du tabagisme selon le sexe	34
Figure 8 : Médecin effectuant le suivi avant le passage par la PASS.....	35
Figure 9 : Répartition des patients en fonction du taux d'HbA1c	35
Figure 10 : Prévalence des complications du DT2	36
Figure 11 : Thérapeutiques en place.....	36
Figure 12 : Situation familiale	37
Figure 13 : Type de ressource financière	37
Figure 14 : Conditions de logement	38
Figure 15 : Synthèse des caractéristiques démographiques	39
Figure 16 : Synthèse des caractéristiques du diabète.....	39
Figure 17 : Synthèse des caractéristiques sociales.....	39
Figure 18 : Maladie grave ?	40
Figure 19 : Maladie chronique ?	40
Figure 20 : Maladie familiale ?	40
Figure 21 : Maladie préoccupante ?	40
Figure 22 : Envie d'en prendre soin ?	40
Figure 23 : Qu'avez-vous changé dans vos habitudes alimentaires ?.....	41
Figure 24 : Quels obstacles au changement d'habitudes alimentaires ?.....	42
Figure 25 : Qu'avez-vous changé dans votre activité physique ?.....	42
Figure 26 : Quels obstacles à l'augmentation de l'activité physique ?.....	43
Figure 27 : Quels obstacles à une perte de poids ?	44
Figure 28 : Observance médicamenteuse.....	45
Figure 29 : Quelle évaluation de l'équilibre du diabète ?.....	45
Figure 30 : Quel dépistage des complications ?.....	46
Figure 31 : Quelles caractéristiques d'un programme d'ETP ?	47
Figure 32 : Quels thèmes aborder en ETP ?.....	47
Figure 33 : Limites et richesses de l'étude	51
Figure 34 : Fiche patient à l'usage de l'IDE	65
Figure 35 : Protocole de prise en charge du DT2.....	69

Liste des abréviations

ADO : Antidiabétique Oral

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Assistante Sociale

BEP : Bilan Educatif Partagé

CAM : Caisse d'Assurance Maladie

CES : Centres d'Examen de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

DIM : Département de l'Information Médicale

DT1 : Diabète de Type 1

DT2 : Diabète de Type 2

ENTRED : Echantillon National Témoin Représentatif des Personnes Diabétiques

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

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HbA1c : Hémoglobine Glyquée

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

HTA : Hypertension Artérielle

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

InVS : Institut de Veille Sanitaire

ISM : Inter Service Migrants

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin Traitant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

PUMA : Protection Universelle Maladie

RSA : Revenu de Solidarité Active

RSI : Régime Social des Indépendants

1 Introduction

1.1 Contexte

1.1.1 Epidémiologie

a. Chiffres clés du diabète

Le diabète est la 6ème cause de décès dans le monde (1). Selon la Fédération Internationale du Diabète, 415 Millions de personnes vivaient dans le monde avec un diabète en 2017. En 2040 ce pourrait-être 642 Millions (2). Cette évolution à la hausse est en lien avec une augmentation de l'obésité et la sédentarisation des modes de vie parfois associées à des facteurs génétiques et diffère selon les zones géographiques (3). Elle est, par exemple, particulièrement marquée dans le Monde Arabe, avec une augmentation de 96.2 % projetée d'ici à 2035. Le diabète de type 2 (DT2) concernerait alors, sur cette région du globe, un adulte sur 10 (4). En Europe, en 2013, la prévalence du diabète était estimée à 8.5% soit 56 millions d'individus concernés (5). En France, en 2015 on évaluait à 3.3 millions soit 5 % de la population, le nombre de personnes traitées pour un diabète, dont 92 % pour DT2 soit 4,6% de la population. Malgré un ralentissement du taux de croissance annuel moyen depuis 2009, l'augmentation de la prévalence du diabète a été d'environ 5% par an de 2006 à 2013 (6). Cela en fait la première affection de longue durée (ALD) avec près de 2.5 Millions de patients concernés en 2015 (7).

Le risque de décès par pathologie cardiovasculaire est 2 à 3 fois plus élevé chez les personnes diabétiques. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), après 20 ans d'évolution de diabète, un patient sur trois est atteint de rétinopathie diabétique. La néphropathie diabétique est la 2ème cause de dialyse en France (8). En outre, on estime en France à 8000 par an le nombre d'amputations, et 12000 celui d'hospitalisations pour infarctus du myocarde en lien avec un diabète (9).

Ainsi, du fait de sa progression qualifiée d'*épidémique*, et de la morbi-mortalité qu'il induit, le diabète constitue un enjeu de santé publique dans lequel le médecin généraliste est fortement impliqué (9).

b. Pauvreté en France

La précarité ne connaît pas de définition univoque (10). Elle fait état de situations individuelles complexes résultant de l'accumulation de vulnérabilités dont la mesure en donne une évaluation (11). Parmi elles, la pauvreté, qui peut être évaluée selon différentes approches.

En 2015, l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) évaluait le taux de pauvreté monétaire - c'est-à-dire la proportion d'individus dont le niveau de vie est inférieur à 60 % du niveau de vie médian - à 14,2% soit 8,875 millions de personnes en France. Le nombre de Français en situation de pauvreté monétaire extrême - soit avec un revenu mensuel inférieur à 676 euros - s'élevait lui, à 2,145 millions. En Occitanie en 2015, le taux de pauvreté s'élevait, bien au-dessus des chiffres nationaux, à 17,2 %. À Montpellier, il était de 26.6 % soit près du double du taux national (12).

Le Secours Populaire Français propose depuis plusieurs années, à travers un sondage Ipsos, une estimation plus subjective de la pauvreté basée sur le ressenti de la population. Ainsi en 2017, 37% des personnes interrogées déclaraient avoir connu au moins une fois dans leur vie une situation de pauvreté (13).

L'observation du taux de couverture par la Couverture Maladie Universelle (CMU) permet aussi d'appréhender la pauvreté. Fin 2016, l'assurance maladie décomptait 4.91 millions de bénéficiaires, soit environ 7% de la population générale (14). En Occitanie en 2017, ils étaient environ 449 800 bénéficiaire soit 7,6% de la population. En Hérault on pouvait estimer ce taux à 8,8%, au-dessus du taux national (14). En 2013 on dénombrait 282 425 bénéficiaires de l'AME soit 4.3% de la population (15).

c. Migration

La France est un pays d'accueil dont 9% de la population en 2014 était issue de l'immigration (16). Par ordre décroissant les principaux pays d'origine était l'Algérie, le Maroc, la Chine et la Tunisie. Elle est l'objet de demande d'asile dont le nombre est actuellement croissant : 85726 en 2016, cent mille en 2017 dont environ un tiers ont été acceptées. Les pays dont étaient alors issus les réfugiés étaient principalement l'Albanie,

l'Afghanistan et Haïti (17). La situation sanitaire de ces personnes est souvent préoccupante (maladies infectieuses, troubles psychiques, maladies métaboliques) (18).

d. Insécurité alimentaire

Près de 6% de la population française sollicite l'aide alimentaire. Le taux de personnes en situation d'insécurité alimentaire – c'est à dire – " la population qui déclare ne pas avoir assez à manger, "souvent" ou "parfois", ou "ne pas pouvoir manger tous les aliments qu'elle souhaite pour des raisons financières" était évalué à 12% en 2007. Les conséquences sur l'alimentation sont quantitatives mais aussi qualitatives (moins de fruits et légumes frais, moins de viande) (19).

1.1.2 Diabète et précarité : quels liens ?

a. Les sujets précaires plus souvent et durement touchés

Une étude française menée entre 2003 et 2006 a estimé la précarité par le score EPICES, Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé (CES) (20). Ce score, conçue en 1998 par des médecins de CES de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), comprend 11 questions sur le mode de vie. Le résultat obtenu après calcul, allant de 0 à 100, répartit les patients à qui il est appliqué, de l'aisance sociale à la précarité la plus élevée. Un score supérieur à 30 définit la précarité (21). L'étude concluait que le statut économique était corrélé significativement à un mauvais état de santé et à la présence de facteurs de risque cardiovasculaire, dont le DT2, en tenant compte de facteurs confondants notamment inhérents au mode de vie (20). Ces données témoignent des inégalités sociales de santé.

L'étude ENTRED (Echantillon National Témoin Représentatif des Personnes Diabétiques), dans sa dernière version 2007-2010, rapportait que la moitié des patients diabétiques interrogés alors estimaient difficile leur situation financière et le revenu de 34 % d'entre eux était inférieur à 1200 euros par mois (22).

De plus, les diabétiques sont 2,2 fois plus nombreux parmi les bénéficiaires de la CMU que parmi la population générale et 2.4 fois plus quand il s'agit de l'aide à la complémentaire santé (ACS) (23). En 2013, on estimait la prévalence du diabète plus

élevée chez les usagers de l'aide alimentaire qu'en population générale. En effet, 10,1 % d'entre eux présentaient une glycémie à jeun supérieure à 1.26 g/L et/ou un traitement hypoglycémiant, et 10,8% avaient un taux d'HbA1c supérieur ou égale à 6,5% (24).

En outre, plusieurs études suggèrent un lien entre conditions de vie précaire, niveau de contrôle glycémique et complications du DT2 : une étude française de 2005 montrait que 82% des personnes les plus défavorisées (EPICES supérieur ou égal à 38,5) avaient un taux d'HbA1c supérieur ou égal à 8% et une prévalence significativement plus élevée de neuropathie (odd ratio 2,39 ; p = 0.037) et de rétinopathie (OR 3,66 ; p = 0.009) (18). Une étude prospective menée en 2012 au CHU de Clermont-Ferrand trouvait un lien significatif entre précarité selon EPICES et présence d'une néphropathie *incipiens* (p=0,03) (25). Une étude écossaise de 2015 montrait une prévalence plus élevée de cardiopathie ischémique et de neuropathie (p <0,01) (26).

b. Vivre avec un DT2 quand on est vulnérable

Vivre avec un DT2 implique de mobiliser des ressources, financières, cognitives, psychologiques. En situation de précarité cela prend une dimension particulière :

- Les dépenses de soins :

L'Assurance Maladie rembourse 100 % des soins en lien avec le DT2, sur la base d'un protocole de soin, au titre de l'ALD n°8 (27). Mais cela ne suffit pas à couvrir toutes les dépenses en santé des individus. Le reste à charge est défini par l'Assurance Maladie comme « *la part du panier de biens et services présenté au remboursement qui n'est pas financée par l'assurance maladie obligatoire* » (28). ENTRED 2007-2010 évaluait cette dépense moyenne à 660 € par an et par patient DT2, soit 55 € par mois. Ce qui, pour une personne vivant en dessous du seuil de pauvreté extrême, correspondrait à au moins 8% du revenu mensuel.

- L'accès à une alimentation "saine" :

Différents obstacles s'opposent à l'accès à une alimentation saine et variée pour les personnes vulnérables (11). Ils sont explorés dans une étude qualitative d'Agir Tous pour la Dignité (ATD) Quart-Monde publiée récemment abordant largement la thématique

de la nourriture chez les personnes en situation de précarité. Les problématiques rencontrées sont complexes. Financières d'une part, au vu de la faiblesse du reste-à-vivre après paiement des factures incompressibles dont résulte une situation de « *survie* ». Si manger pour se nourrir est une priorité, l'impossibilité de manger « *sain* » pour se soigner est source de culpabilité. D'autre part, l'offre alimentaire pose problème : difficulté à faire face à la publicité parfois trompeuse, produits « premier prix » de mauvaise qualité, denrées de l'aide alimentaire non diversifiés et inadaptés aux besoins (29). A ce sujet, la Banque Alimentaire a développé un partenariat avec la Fédération Française des Diabétiques (FFD). Il s'agit de communiquer autour du diabète auprès des populations utilisant l'aide alimentaire mais il n'est pas fait mention de l'éventuelle adaptation des paniers (30).

- La compréhension de la pathologie :

L'approche valorisant l'autonomie comme façon d'appréhender la maladie chronique, suppose une connaissance et un savoir-faire vis-à-vis de celle-ci. Le niveau de « *health literacy* », traduite comme « *culture en santé* » ou « *littéracie en santé* », est corrélé au bon équilibre du DT2 et au risque de survenu de complications. Cette notion est liée entre-autre à l'alphabétisation et au niveau scolaire (31). Plusieurs études montrent un moindre taux de culture en santé chez les patients précaires (32, 33).

- Le comportement en santé :

Être en situation de précarité peut freiner l'accession à un comportement en santé positif. Le renoncement au soin peut prendre la forme d'un « *renoncement "refus"* », résultante de mécanismes psychiques de défense, d'une faible estime de soi, d'un rejet du système de santé, ou encore d'un « *syndrome d'auto-exclusion* » (34).

c. Cas particulier des migrants

En 2014, on recensait en France 5.9 millions de personnes immigrées. Les zones géographiques dont étaient originaires ces personnes étaient l'Europe pour 40 %, l'Afrique pour 35 %, l'Asie pour 15 % et enfin, l'Amérique et l'Océanie pour 10% (35).

Le diabète est cité par l'OMS comme un des problèmes de santé les plus fréquents présentés par les migrants en France sans pour autant en préciser les chiffres. Une étude réalisée en 2016 auprès de migrants issus de campement parisiens recensait une glycémie capillaire supérieur à la normale chez 12 % des volontaires et un surpoids chez un quart d'entre eux (18). À ces problèmes de santé préexistant s'ajoutent des risques inhérents au mouvement des populations, comme la rupture de soin et de traitement, et des difficultés alimentaires (36).

Certains pays, dont sont potentiellement issues les populations migrantes, comme les pays arabes, sont particulièrement concernées par la maladie diabétique (4). Une revue de la littérature effectuée entre 2006 et 2010 par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) s'est intéressée au lien entre niveau socio-économique et pays d'origine des migrants en France et l'incidence et la prévalence du diabète. La prévalence du DT2 en France est plus élevée chez les femmes nées dans un pays du Maghreb (9, 37). Selon ENTRED 2007-2010, 23% des personnes diabétiques sont nées à l'étranger dont 12 % dans un pays du Maghreb (22).

1.1.3 Recommandations de bonne pratique

a. Recommandations en population générale

L'Assurance Maladie énonce comme suit ses recommandations à l'égard du DT2 :
« *La principale action est de modifier son mode de vie avec une alimentation saine et équilibrée, et la pratique d'une activité physique* » (38).

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande aux médecins d'évaluer les représentations du patient, ses possibilités et ses motivations dans le but de lui prescrire une activité physique et une diététique adaptée (39). L'objectif d'HbA1c, de strictement inférieur à 6,5% à inférieur ou égal à 9%, dépend de l'âge du patient, de l'ancienneté du diabète et de la présence de comorbidités ou de complication du DT2. L'objectif le plus strict de 6,5% étant exigé pour les patients jeunes exempts de toute complication (annexe 2). La stratégie médicamenteuse est déterminée selon le profil de tolérance aux antidiabétiques et l'HbA1c cible (annexe 3).

b. Recommandations face aux inégalités sociales de santé

C'est au fondement même de la République Française que se trouve le principe d'égalité qui justifie les mesures menées pour améliorer la santé de la population sans distinction sociale (40). En 2009, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) pointait du doigt l'échec politique devant l'objectif de réduire les inégalités sociales de santé et ce malgré un système performant et universel (41).

En ce qui concerne le DT2, les recommandations émises en 2003 par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), reprises par la HAS, intègrent la dimension sociale quand il s'agit du dépistage de celui-ci. D'une part en reconnaissant comme des marqueurs de risque l'origine non caucasienne et/ou le fait d'être migrant, d'autre part en préconisant un dépistage dit « *communautaire ciblé* » pour les sujets de plus de 45 ans et appartenant à des populations précaires (42).

La HAS recommande une personnalisation de la prise en charge en fonction des risques et des besoins. Elle pointe l'importance d'une prise en charge sociale conjointe à la prise en charge sanitaire, reconnaissant la précarité comme un facteur d'aggravation des conséquences du DT2 (39).

L'OMS recommande de garantir l'accès aux soins aux personnes migrantes ou réfugiées en effectuant des « bilans médicaux » sans discrimination. Elle souligne la nécessité de la prise en charge du diabète pour préserver la santé et la vie de ces personnes en situation de vulnérabilité (36).

Le SAMU social de Paris recommande l'adaptation des soins prodigués aux sans-abris eu égard au risque podologique et à celui d'hypoglycémie (43).

1.1.4 Place de l'éducation thérapeutique

Depuis les années 1980 en France, se développe la volonté politique de faire du patient un acteur de sa prise en charge, en lui facilitant l'accès aux informations qui concerne sa maladie. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) n'a cessé de montrer l'importance de son apport a fortiori vis-à-vis de la maladie chronique, à l'instar du DT2, jusqu'à intégrer les recommandations internationales (44-47).

Une métaanalyse récente montre qu'une ETP adaptée délivrée à des groupes issus de minorités ethniques améliore à court et moyen terme les connaissances du diabète et des règles hygiéno-diététiques, et l'équilibre glycémique (48).

Ainsi, les spécificités culturelles et sociales doivent être prises en compte dans le processus pédagogique (49). De plus, il semblerait que la situation de migration soit à considérer comme un facteur influençant la perception de la maladie : vision négative de celle-ci, impression d'être moins capable d'y faire face (50).

1.2 Définitions

1.2.1 Précarité

Les définitions de la précarité sont plurielles et évoluent dans le temps (51) :

Le père Joseph Wresinski en 1987 la décrit ainsi : « *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* » (52).

Dans le sens administratif, décrit par le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, et repris par le Ministère des affaires sociales et de l'intégrité dans son arrêté du 20 juillet 1992, article 2, relatif aux examens périodiques de santé, sont considérées « précaires » les personnes issues des catégories suivantes : chômeurs, bénéficiaires du RMI, titulaires de contrats aidés, personnes sans domicile, jeunes, 16-25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans des processus d'insertion professionnelle (53).

En complément de cette définition administrative, le score EPICES (annexe 1), élaboré par les CES, propose un outil prenant en compte de plus nombreux facteurs. Il questionne notamment sur le mode de vie, la couverture maladie, l'entourage. Un score supérieur ou égal à 30 définit la précarité. Plus précis que l'article 2 de l'arrêté de 1992 et quantitatif, il permet des analyses longitudinales mais aussi de mieux cibler ces populations (54).

L'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES), en 2000, insistait sur la difficulté de poser une définition unique à la précarité, la décrivant comme « *l'instabilité, la fragilité des situations (qui) [...] constitue un ensemble de risques qui peuvent conduire à une situation de pauvreté* » (55). Il est plus juste de considérer la précarité non comme un état, mais comme un processus dynamique auquel l'individu est soumis.

1.2.2 Permanences d'Accès aux Soins de Santé

C'est dans la Loi d'orientation du 29 Juillet 1998, relative à la lutte contre les exclusions, qu'apparaît l'idée d'un « *programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies* » ayant pour but de « *lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, (...) et les déséquilibres nutritionnels* » (56).

Parmi les mesures mises en place, dont la couverture maladie universelle (CMU) et l'aides à la complémentaires santé (ACS), les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) doivent faciliter l'accès au soin via l'accès aux droits. Depuis, elles se développent sur le territoire, au sein des établissements de santé ou en dehors, en articulation avec des acteurs locaux. Le Ministère des affaires sociales et de la santé en dénombrait environ 410 en 2013 (57). Elles s'adressent aux personnes qui rencontrent des obstacles à l'obtention de soins, du fait de leur situation sociale et financière.

Les PASS, bien qu'ayant un objectif commun, prennent des formes variées et sont hétérogènes. Elles sont généralistes ou spécialisées (psychiatriques, dentaires, pédiatriques), fixes ou mobiles, centralisées (local dédié) ou transversales (mobilité des acteurs sanitaires et sociaux).

1.2.3 Couverture maladie et aides sociales

Le système de santé français prévoit une couverture du risque maladie de manière universelle (58,59) :

- Pour les personnes qui travaillent ou résident en France de façon régulière au sens de la loi, et stable, grâce à la protection maladie universelle (PUMA), complétée par

l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS), ou la CMU Complémentaire (CMUC), sous condition de ressources, ou une complémentaire santé.

- Pour les personnes en situation irrégulière grâce à l'Aide Médicale d'Etat (AME) qui prend en charge 100 % de la plupart des prestations de santé sans avance des frais,

- Pour les demandeurs d'asile grâce à la PUMA, éventuellement associée à la CMUC, et ce jusqu' 'à un an après le rejet de la demande d'asile le cas échéant, sous réserve de résider en France,

- Pour les personnes détentrices d'un permis de séjours pour soin.

1.3 Question de recherche

Les consultations menées par l'investigateur en tant qu'interne dans le service lors d'un Stage Ambulatoire en Soins Premiers en Autonomie Supervisée (SASPAS) ont constitué le terrain exploratoire de ce travail de recherche.

Le DT2 est un problème de santé publique qui touche particulièrement les plus démunis (20-26). Les solutions sanitaires qui leurs sont proposées doivent leur être adaptées tout en respectant les recommandations de bonne pratique (39,42,43). La PASS du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Montpellier accueille un public en situation de précarité parmi lequel des personnes avec un DT2. Il semblait pertinent, dans une optique d'amélioration de la qualité des soins, de connaître les caractéristiques médicales et sociales de cette population ainsi que d'obtenir un aperçu de leur perception de la maladie diabétique.

La question de recherche était « Quelles sont les caractéristiques des patients diabétiques de type 2 accueillis à la PASS de Montpellier ? ».

L'objectif principal était de décrire les patients DT2 consultant à la PASS de Montpellier du 1er Avril 2017 au 31 Mars 2018 et l'objectif secondaire celui d'évaluer leur attente en matière d'ETP.

2 Matériel et méthodes

2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale prospective descriptive par questionnaire anonymisé au cours d'un face à face avec, si nécessaire, recours à un interprétariat téléphonique.

2.2 Population étudiée

La population étudiée était le public de la PASS du CHU de Montpellier. Les patients viennent à la PASS spontanément, via le bouche-à-oreille, ou adressés par des partenaires locaux comme Médecins du Monde, ou encore en sortie d'hospitalisation du CHU. Les situations sanitaires et sociales sont étudiées lors d'un entretien avec une Assistante Sociale (AS) et une Infirmière Diplômées d'Etat (IDE).

2.3 Choix des données à recueillir

Les caractéristiques biomédicales et sociales pertinentes étaient explorées préalablement au questionnaire : facteurs de risques associés au DT2 (à l'exception de la dyslipidémie faute de données biologiques disponibles), caractéristiques du DT2 lui-même, caractéristiques sociales pouvant influencer la prise en charge du DT2.

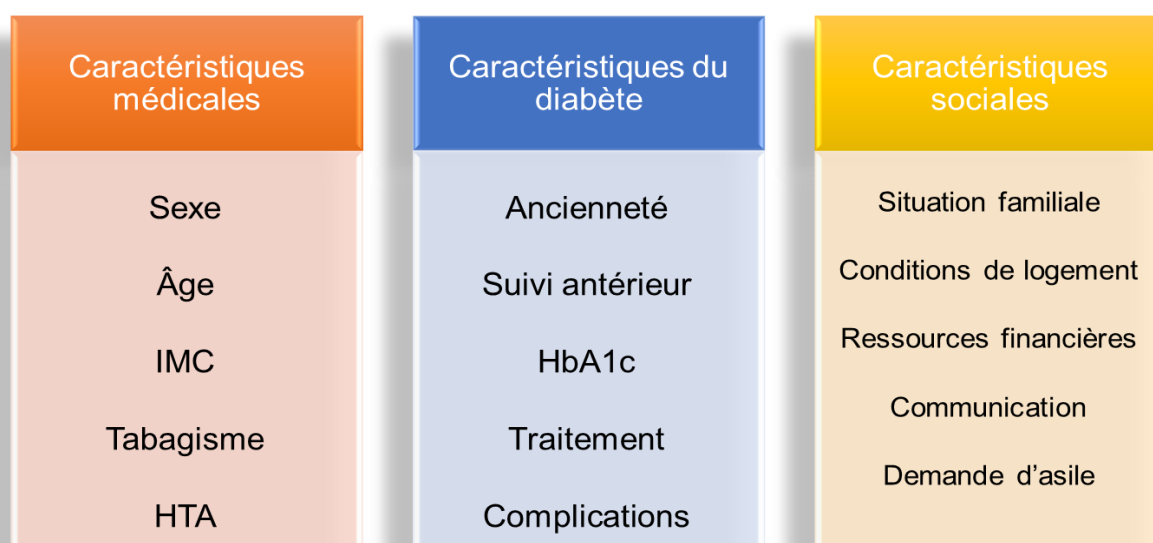


Figure 1 : Caractéristiques explorées

Les champs explorés par le questionnaire étaient librement inspirés des thématiques abordées par un bilan éducatif partagé et les recommandations de bonne pratique.

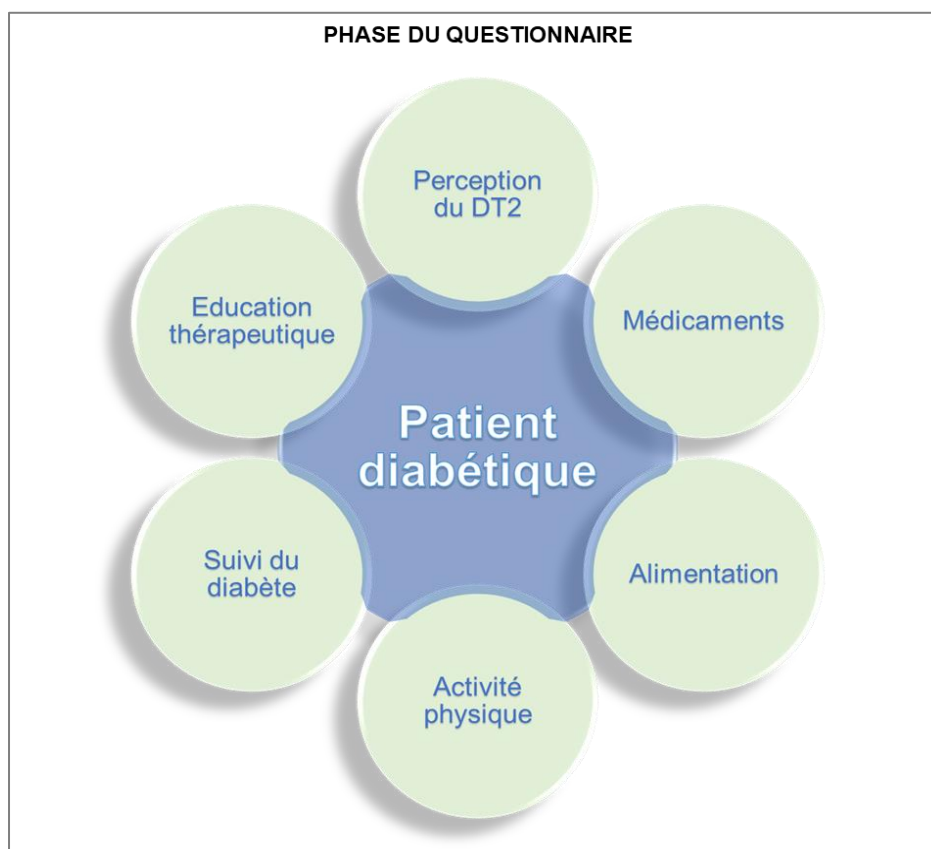


Figure 2 : Thématiques explorées par le questionnaire

2.4 Mise en forme du questionnaire

La durée de la passation, laquelle ne devait pas excéder trente minutes, justifiait le nombre de questions, dans le souci d'assurer une bonne qualité de réponse en évitant de lasser l'interlocuteur.

Pour permettre une analyse quantitative des données, des questions fermées à choix multiples étaient posées. La première question était ouverte, dans le but d'instaurer une atmosphère d'écoute et d'élargir la vision apportée par la seule approche quantitative. Un temps était consacré au recueil des éventuelles remarques des patients interrogés, en fin de questionnaire. Une phase de test sur 10 sujets a permis des ajustements dans le contenu, la formulation et la structure du questionnaire (60). La version finale du questionnaire est visible en annexe 4.

2.5 Inclusion et recrutement

Les critères d'inclusion étaient : être accueillis à la PASS de Montpellier et avoir pour antécédent un DT2, quelle qu'en soit l'ancienneté. L'inclusion consécutive s'est déroulée du 1^{er} Avril 2017 au 31 Mars 2018. Les patients DT2 étaient identifiés par l'IDE au cours de leur prise en charge. L'IDE informait alors l'investigateur afin de planifier la passation.

2.6 Recueil des données, passation du questionnaire

Les données médico-sociales étaient collectées à partir du dossier médical et social, et complétées si besoin par l'interrogatoire du patient.

Le questionnaire était renseigné au cours d'un entretien individuel, dans les locaux de la PASS, à l'occasion d'un rendez-vous médical, infirmier ou social. Le patient était informé des objectifs et des conditions de l'étude, dont son anonymat et son consentement était notifié. La passation était assurée par l'investigateur lui-même ou par un interne du service. Ils se présentaient comme étudiant en médecine. L'investigateur principal était en civil, l'interne portait une tenue hospitalière réglementaire.

Quand le patient n'était pas francophone, la traduction était effectuée par l'intermédiaire d'un interprète téléphonique ou en second recours par un tiers accompagnant. La PASS de Montpellier bénéficie d'un accès à la plateforme d'interprétariat téléphonique d'Inter Service Migrants Interprétariat (ISM Interprétariat), association Loi 1901 à but social et non lucratif (61).

Chaque question était posée d'abord sous sa forme initiale écrite dans le questionnaire. Au besoin, elle était reformulée jusqu'à ce qu'elle soit comprise de la personne interrogée et/ou de l'interprète. La durée de la passation était soumise à cette reformulation. L'interrogateur laissait dans un premier temps le sujet répondre spontanément puis effectuait les propositions prévues par le questionnaire. La question 7 consistait en un imagier d'aliments. Il était demandé d'identifier ceux contenant du « sucre ». Chaque aliment était nommé par l'investigateur s'il n'était pas identifié par la personne interrogée.

2.7 Analyse des données

Afin de rendre analysables informatiquement les données colligées, celles-ci étaient codées puis renseignées dans un tableur Excel ®. La méthode des tableaux croisés dynamiques était ensuite appliquée. Deux consultations méthodologiques auprès du Département d'Information Médicale (DIM), de l'Unité de Recherche Clinique et Epidémiologique du CHU de Montpellier ont permis de valider cette approche (62).

3 Résultats

3.1 Inclusions

Du 1^{er} Avril 2017 au 31 Mars 2018, 27 patients avec un diagnostic de DT2 connu ont consulté à la PASS. Vingt-deux questionnaires ont été passés : 20 par l'investigateur principal et 2 par l'interne du service. Parmi les patients identifiés comme ayant un DT2, 5 n'ont pas été interrogés pour les raisons suivantes : 4 ont rompu le suivi par la PASS et un est décédé avant d'avoir rencontré l'investigateur. Il n'y a pas eu de refus de participation.

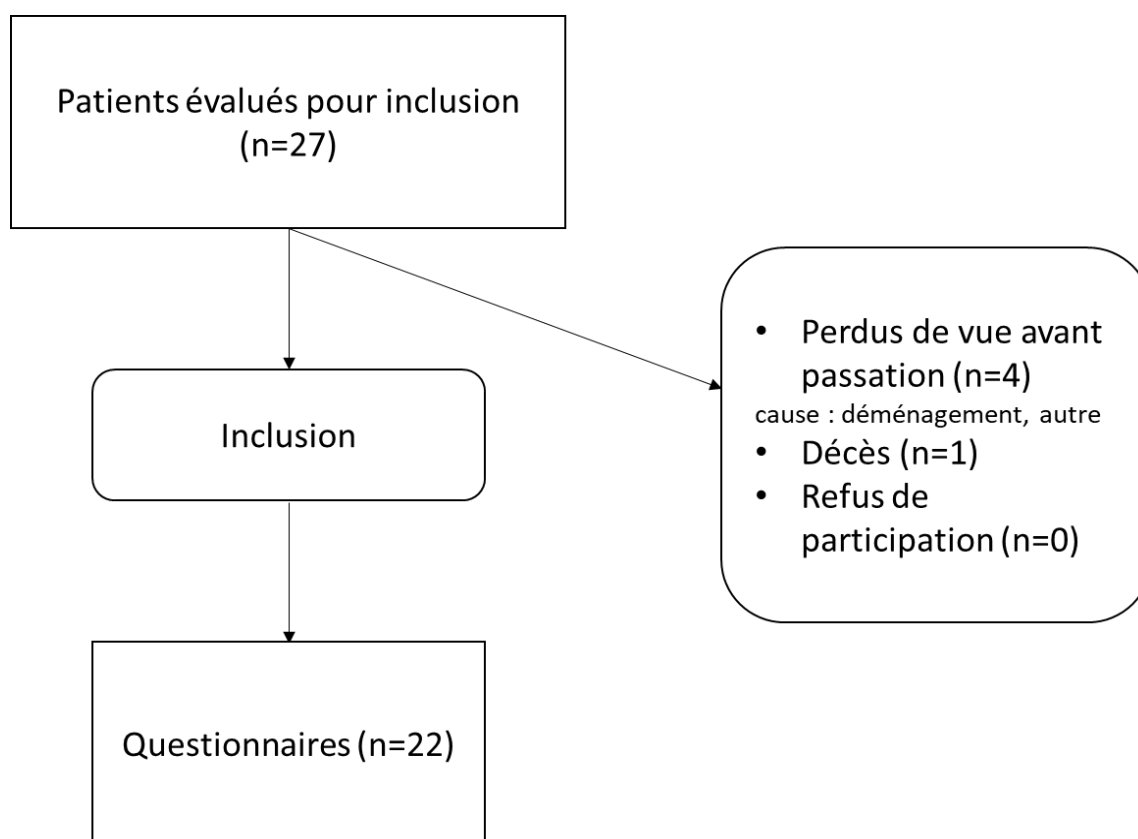


Figure 3 : Diagramme de flux

3.2 Caractéristiques médicales des patients

Le tableau brut de données est consultable en annexe 5.

3.2.1 Âge et sexe

Vingt-deux patients ont été interrogés : 13 hommes et 9 femmes, âgés de 19 à 63 ans, d'âge médian de 45,5 ans.

	Effectif	Fréquence	Âge médian
Hommes	13	59%	46 ans
Femmes	9	41%	45 ans

Figure 4 : Age médian en fonction du sexe

3.2.2 Indice de masse corporelle IMC

On dénombrait 54% d'hommes obèses et 67% de femmes en surpoids. Au total, 77% des patients interrogés étaient concernés par le surpoids ou l'obésité. La médiane des IMC était de 29 kg/m² et l'IMC moyen de 28,4 kg/m².

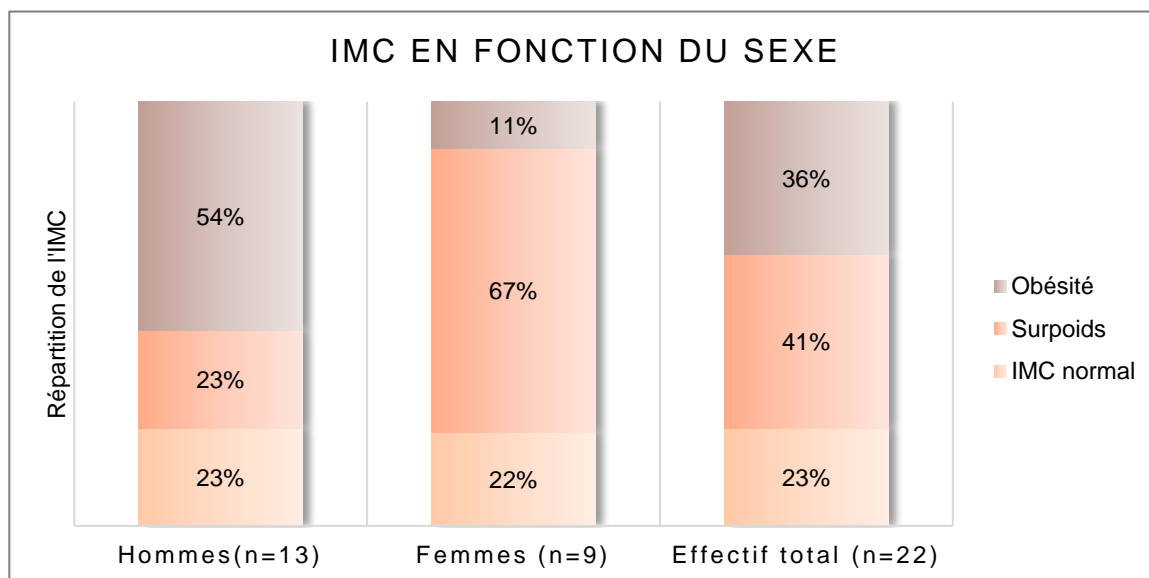


Figure 5 : Répartition de l'IMC en fonction du sexe

	Effectif	IMC médian (kg/m ²)	IMC moyen (kg/m ²)
Hommes	13	30	29,5
Femmes	9	28	26,7

Figure 6 : IMC moyens et médians en fonction du sexe

3.2.3 Facteurs de risques cardiovasculaires associés

Outre le DT2, les facteurs de risque renseignés dans le dossier médical étaient l'HTA et le tabagisme : 69,2 % des hommes et 66,6% des femmes étaient concernés par au moins l'un des deux. Au total, une majorité des patients – 15 sur 22 soit 68,1% – était hypertendue et/ou tabagique. Le tabagisme concernait près de 27 % des patients et l'HTA traitée ou non, environ 54 % d'entre eux.

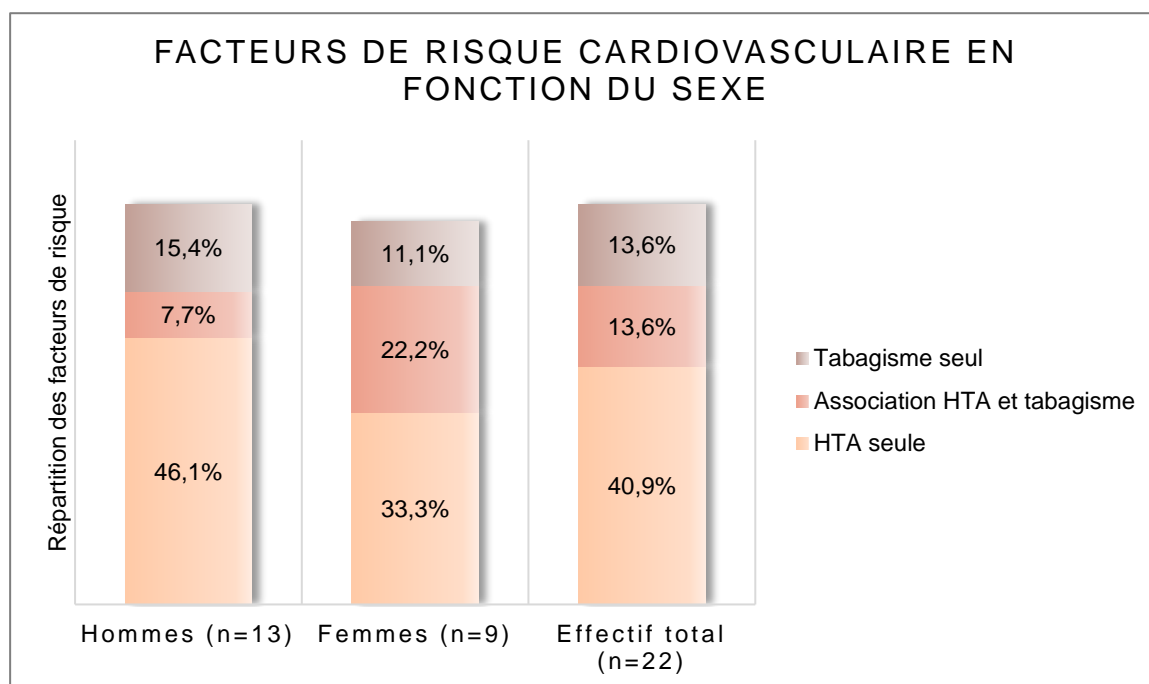


Figure 7 : Répartition de l'HTA et du tabagisme selon le sexe

3.3 Caractéristiques du diabète

3.3.1 Ancienneté

L'ancienneté médiane du diabète était de 5 ans. Cinq patients, soit près de 23 %, avaient un diabète depuis plus de 10 ans. Le diagnostic de DT2 avait été posé dans les douze mois précédant la passation du questionnaire pour 4 patients soit 18,2%. L'âge médian de découverte du diabète était de 40.42 ans et l'âge moyen de découverte 40.22 ans.

3.3.2 Suivi médical antérieur

Dans 36,4 % des cas, les patients n'avaient pas de suivi médical du diabète avant leur prise en charge à la PASS. C'est-à-dire qu'ils n'identifiaient pas de médecin référent de la prise en charge de leur diabète. Malgré ce, certains parvenaient à obtenir des ordonnances, grâce à Médecins du Monde par exemple ou au décours d'une

hospitalisation. D'autre avaient interrompu leur traitement. Bien souvent ils avaient consulté dans d'autres pays au long leur parcours migratoire (Espagne, Italie). D'autres encore se savaient diabétiques grâce à un dépistage, sans que cela ait donné lieu à l'initiation d'un suivi. Quand ils avaient un suivi, il impliquait un médecin généraliste dans 50 % des cas. Ce suivi était, par ordre de fréquence, réalisé par un généraliste seul dans 27,3% des cas, par un endocrinologue seul, 22,7% des cas, ou mixte (endocrinologue et médecin généraliste) dans près de 10 % des cas.

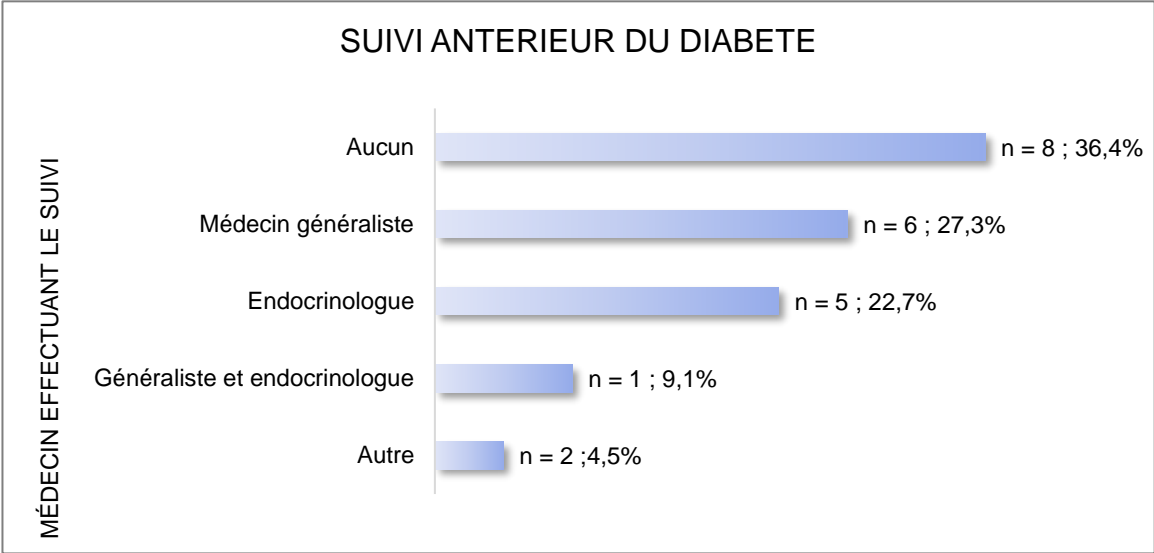


Figure 8 : Médecin effectuant le suivi avant le passage par la PASS

3.3.3 Equilibre

Le taux d'HbA1c médian était de 7,95%, et en moyenne de 8%. La plupart des patients, soit 72,7%, avait une HbA1c au-dessus de 7%. Une HbA1c entre 8% et 9% était observée chez 22,7%, et au-dessus de 9% chez 22,7% soit plus de 45% de cas au-dessus de 8%.

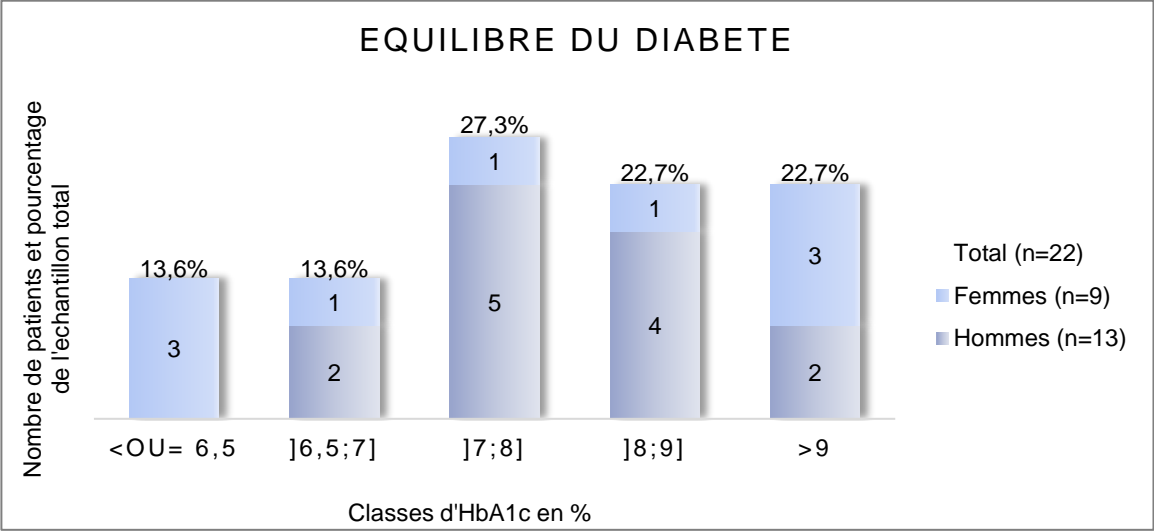


Figure 9 : Répartition des patients en fonction du taux d'HbA1c

3.3.4 Complications du diabète

Les complications du DT2 qui étaient renseignées dans les dossiers médicaux étaient surtout la cardiopathie ischémique. Au total, 36 % des patients interrogés était concernés par au moins une complication.

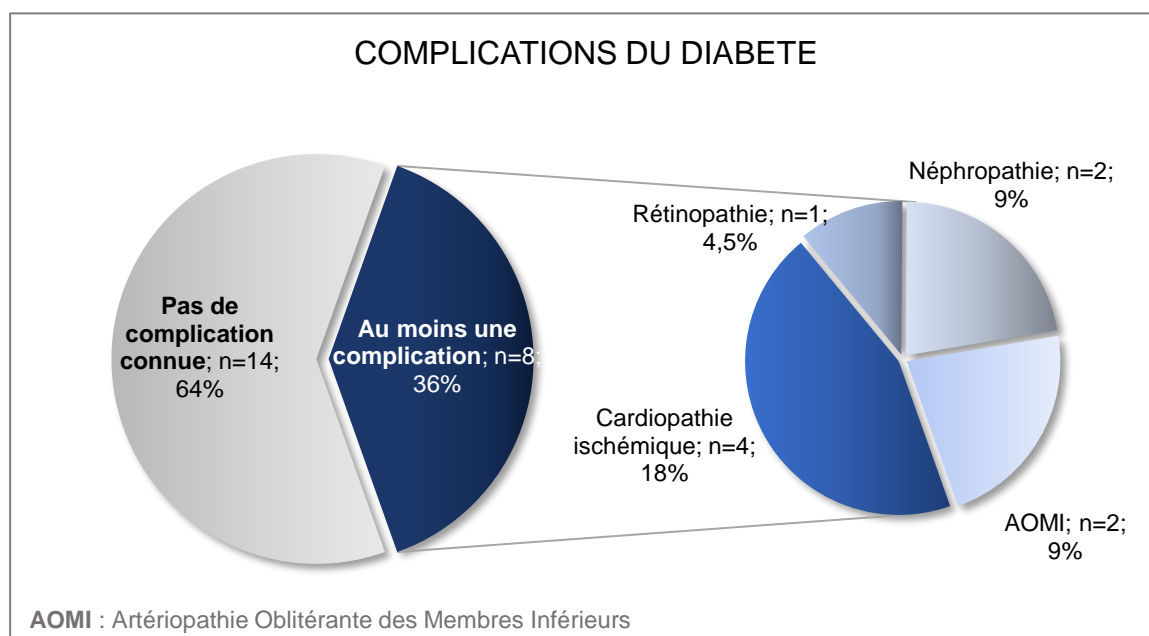


Figure 10 : Prévalence des complications du DT2

3.3.5 Thérapeutiques

Les thérapeutiques préexistantes à la prise en charge par la PASS étaient majoritairement représentées par les antidiabétiques oraux (ADO). Les patients qui n'étaient pas traités avaient un taux d'HbA1c moyen de 10,3%, ceux traités par ADO de 7,7%, et ceux par l'association ADO et insulinothérapie de 8,2%.

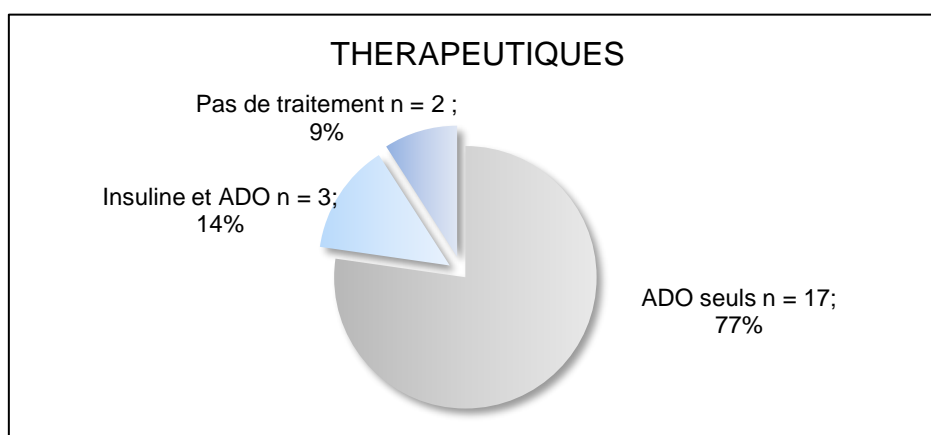


Figure 11 : Thérapeutiques en place

3.4 Caractéristiques sociales

3.4.1 Situation familiale

Près de 60% des patients interrogés avaient été identifiés par l'assistante sociale comme étant en situation d'isolement.

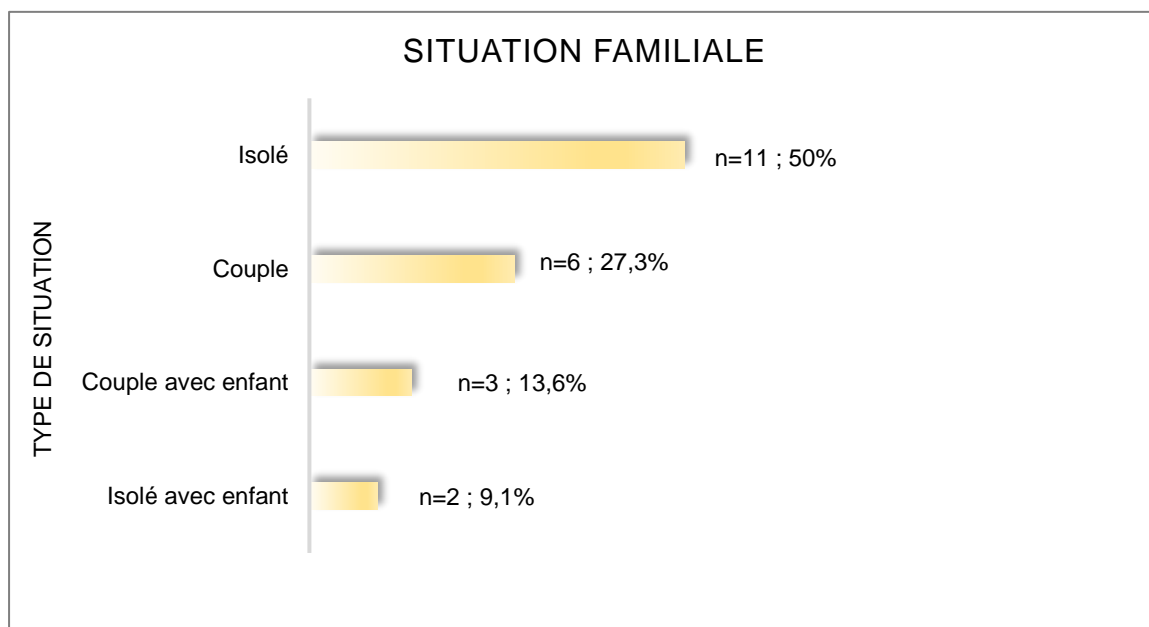


Figure 12 : Situation familiale

3.4.2 Ressources financières

La plupart des patients déclarait n'avoir aucune ressource. Certains bénéficient d'une allocation vieillesse dans leur pays d'origine. Le montant de l'allocation vieillesse n'était pas précisé dans le dossier social. Une autre source de revenu provenait de l'activité de ferrailleur.

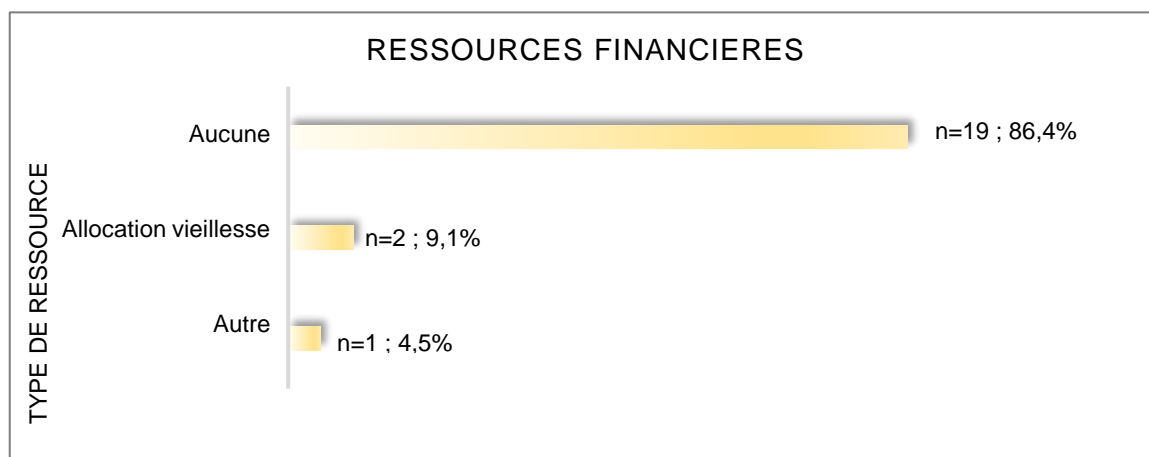


Figure 13 : Type de ressource financière

3.4.3 Conditions de logement

Une grande majorité, soit 86,4%, n'avait pas de domicile personnel fixe. Près d'un tiers était logé chez un membre de l'entourage. Un autre tiers vivait en hébergement social, d'urgence ou non. Près de 23 % avaient des conditions de logement très précaires : 9,1% vivaient dans la rue, devant faire appel au Samu social au jour le jour et 13,6% dans des campements de fortune, exposés aux expulsions. Ainsi, seul 13,6% avait un logement fixe.

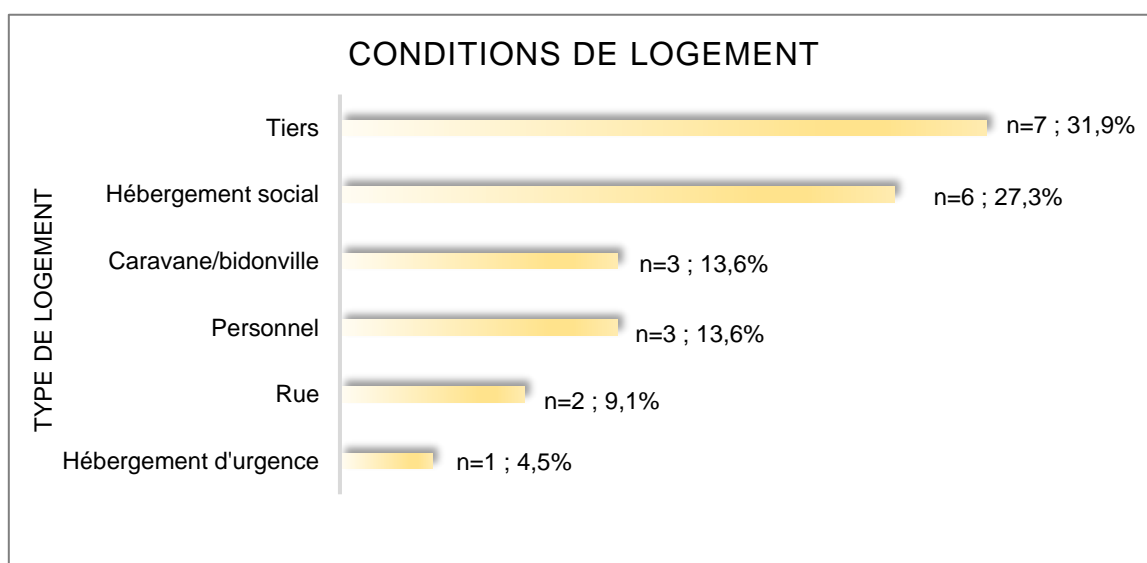


Figure 14 : Conditions de logement

3.4.4 Demande d'asile

La demande d'asile, que celle-ci fut acceptée ou en cours d'examen en préfecture, concernait près de 32 % des interrogés.

3.4.5 Communication lors de la rencontre

La majorité des personnes rencontrées, soit 68%, n'était pas francophone. Le recours à l'interprétariat téléphonique, envisagé pour chaque questionnaire, n'a pas été nécessaire pour une seule patiente pour laquelle la traduction a été faite par son fils. Le taux de personnes interrogées pouvant être qualifiée de « migrantes » n'a pas été recherché tant que tel mais on peut l'évaluer au travers du nombre de personnes non francophones.

3.5 Synthèse des caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques démographiques		Effectif	Prévalence	Moyenne	Médiane
Sexe	Hommes	13	59%		
	Femmes	9	41%		
Âge				46,7 ans	45,5 ans
IMC				29 kg/m ²	28,4 kg/m ²
Hypertension Artérielle		12	55%		
Tabagisme		6	28%		

Figure 15 : Synthèse des caractéristiques démographiques

Caractéristiques du DT2		Effectif	Prévalence	Moyenne	Médiane
Ancienneté du DT2				6,46 ans	5 ans
HbA1c				8,00%	7,90%
Suivi antérieur	Aucun	8	36,4%		
	Généraliste seul	6	27,3%		
	Endoc. seul	5	22,7%		
	MG et Endoc.	2	9,1%		
	Autre	1	4,5%		
Complications connues	Aucune	14	64%		
	Cardiopathie	4	18%		
	Néphropathie	2	9%		
	AOMI	2	9%		
	Rétinopathie	1	4,5%		
Thérapeutiques	Aucune	2	9,1%		
	ADO seuls	17	77,3%		
	ADO et Insuline	3	13,6%		

Figure 16 : Synthèse des caractéristiques du diabète

Caractéristiques sociales		Effectif	Prévalence
Situation familiale	Isolé sans enfant	11	50,0%
	Isolé avec enfant	2	9,1%
	Couple	6	27,3%
	Couple avec enfant	3	13,6%
Ressources financières	Aucune	19	86,4%
	Allocation vieillesse	2	9,1%
	Autre	1	4,5%
Logement	Personnel	3	13,6%
	Tiers	7	31,8%
	Hébergement social	6	27,3%
	Hébergement d'urgence	1	4,5%
	Bidonville/caravane	3	13,6%
	Rue	2	9,1%
	Demande d'asile	7	31,8%
Communication	Francophone	7	31,8%
	Non francophone	15	68,2%

Figure 17 : Synthèse des caractéristiques sociales

3.6 Réponses au questionnaire

3.6.1 Perception du DT2

Les réponses à la première question « *Qu'est-ce que le diabète ?* » laissée ouverte, ainsi que les remarques, sont détaillées en annexes 6 et 7. Les questions 2 à 6 visaient à explorer la connaissance théorique de la pathologie diabétique et sa perception. De manière générale, le DT2 était identifié comme une pathologie chronique (54,6% estimaient qu'elle « dure toute la vie »), parfois familiale. Ce dernier point était souvent justifié par les patients compte tenu de cas de diabète parmi les membres de leur famille. Une majorité, soit 90,9%, se disait préoccupée par la maladie et tous exprimaient l'envie de s'en occuper. En effet, aucun n'ayant répondu « *pas du tout* » à la question « *Diriez-vous que vous avez envie de vous occuper de votre diabète ?* ».

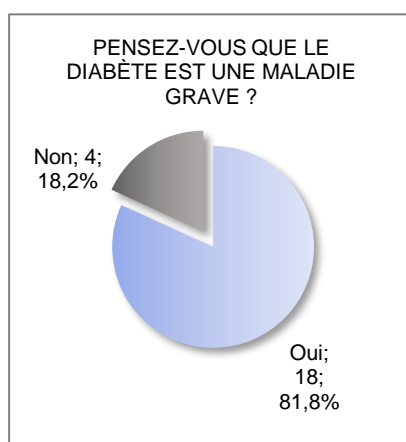


Figure 18 : Maladie grave ?

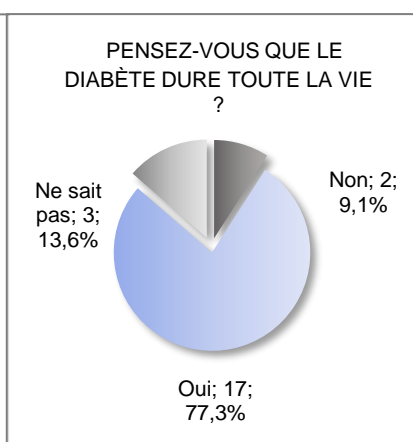


Figure 19 : Maladie chronique ?

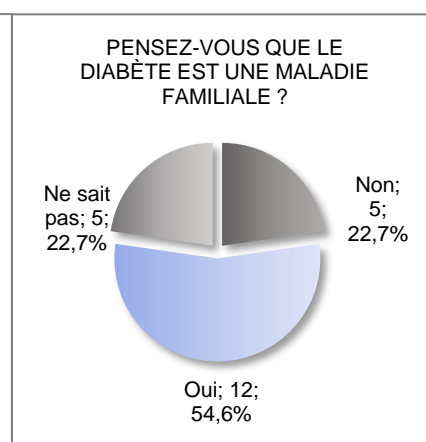


Figure 20 : Maladie familiale ?

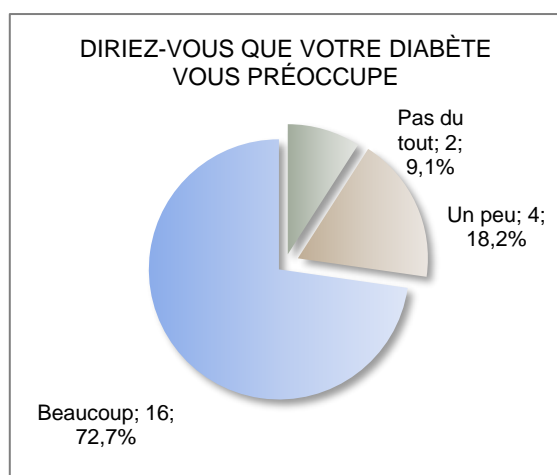


Figure 21 : Maladie préoccupante ?

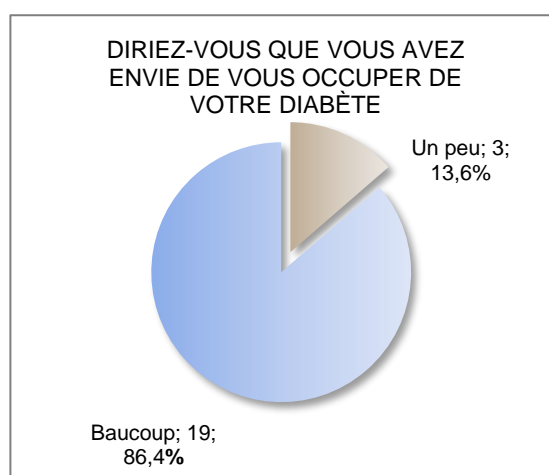


Figure 22 : Envie d'en prendre soin ?

3.6.2 Alimentation

Les questions 7 à 11 exploraient les connaissances et les habitudes en termes d'alimentation. Le questionnaire cherchait à mettre en évidence les freins rencontrés à l'application des règles diététiques. Parmi des images d'aliments, il était demandé d'identifier ceux contenant du sucre. La médiane d'aliments identifiés correctement était de 13,5 aliments sur 20 soit 67,5%. Une majorité, soit 86,4%, disait avoir modifié leurs habitudes alimentaires suite au diagnostic de diabète. Ce changement consistait en une diminution de la consommation de produits sucrés (89,5%), une diminution des quantités et du grignotage (78,9%), une augmentation de la consommation de légumes (89,5%). Plusieurs réponses étaient possibles.

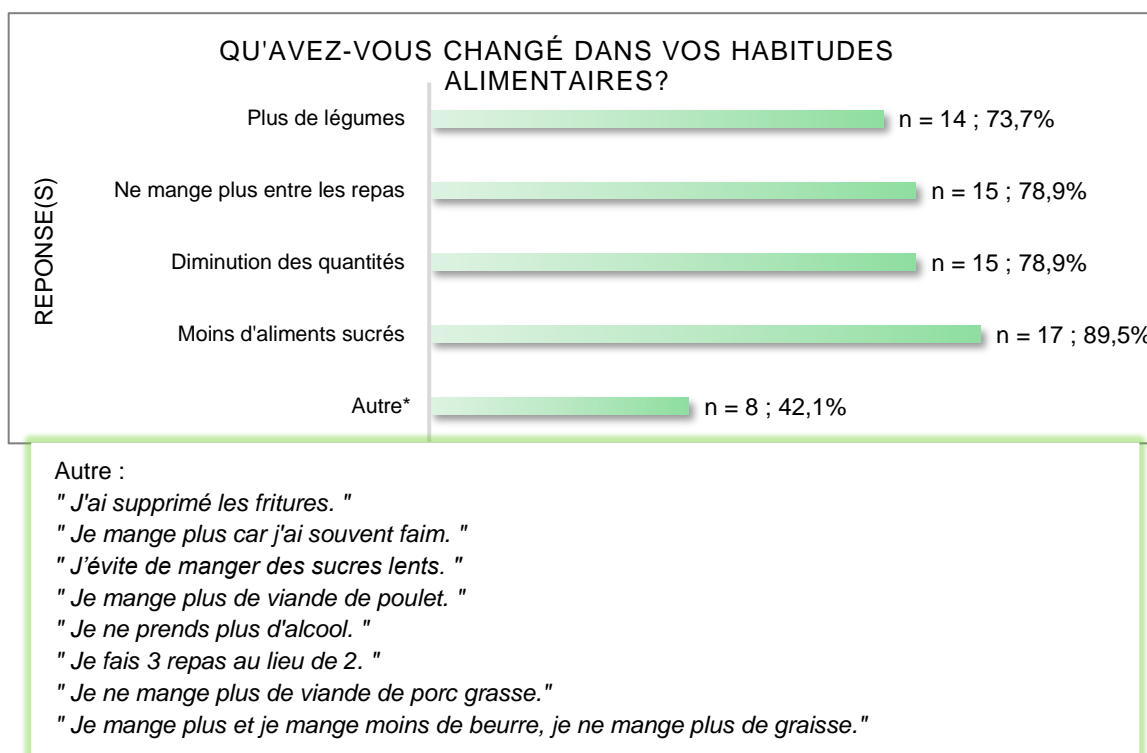


Figure 23 : Qu'avez-vous changé dans vos habitudes alimentaires ?

Cependant, 14 patients soit 64%, estimaient qu'ils devaient encore améliorer leurs habitudes diététiques. Les obstacles rencontrés pour l'application optimales des règles diététiques étaient, parmi plusieurs réponses possibles, le coût financier d'une alimentation équilibrée pour 57,1% d'entre eux, la limitation dans le choix des aliments pour près de 43% et un manque d'information pour 28,6%.

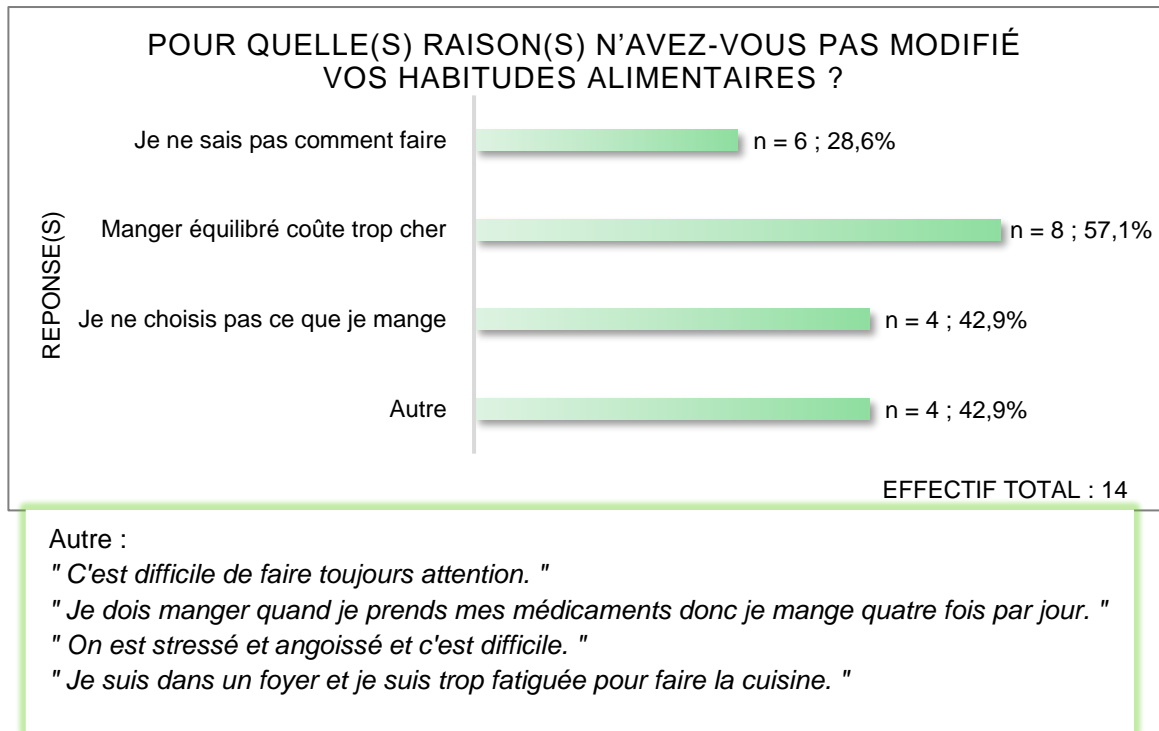


Figure 24 : Quels obstacles au changement d'habitudes alimentaires ?

3.6.3 Activité physique

De même que pour l'alimentation, la plupart des interrogés soit 73%, disait avoir modifié leur activité physique. Parmi ceux qui n'avaient pas changé leur activité, l'âge médian était de 43,5 ans, l'IMC médian de 26,5 kg/m² et l'HbA1c médiane était de 9%. Ces résultats sont à considérer avec prudence aux vues de la petite taille de l'échantillon. L'activité pratiquée était majoritairement la marche (75%), plus rarement un sport (25%). Cependant, 25% des patients qui avait modifié leur activité l'avait en réalité diminuée.

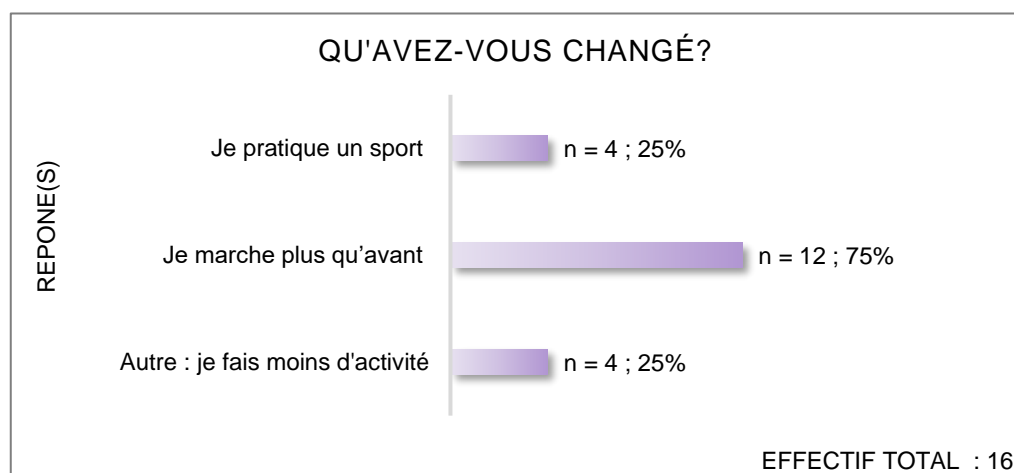


Figure 25 : Qu'avez-vous changé dans votre activité physique ?

A tous les patients, y compris ceux qui avaient déjà augmenté leur activité, était demandé s'ils estimaient que ces habitudes devaient être encore améliorées. Plusieurs réponses étaient possibles. A cette question, 64% répondait que oui, 27% estimaient que leurs efforts étaient suffisants, et 9% ne savaient pas si leur activité était adaptée. Parmi ceux qui n'avaient pas changé leurs habitudes d'activité physiques, un ne savait pas s'il devait le faire ou pas mais aucun estimait ne pas en avoir besoin.

A ceux qui reconnaissaient devoir opérer des modifications d'activité, soit 14 patients, était demandé quels étaient les obstacles rencontrés. Plusieurs réponses étaient possibles. Il s'agissait en premier lieu des problèmes de santé (57,1%), d'un manque de temps ou d'information (35,7%) et d'un problème de coût financier (21,4%).

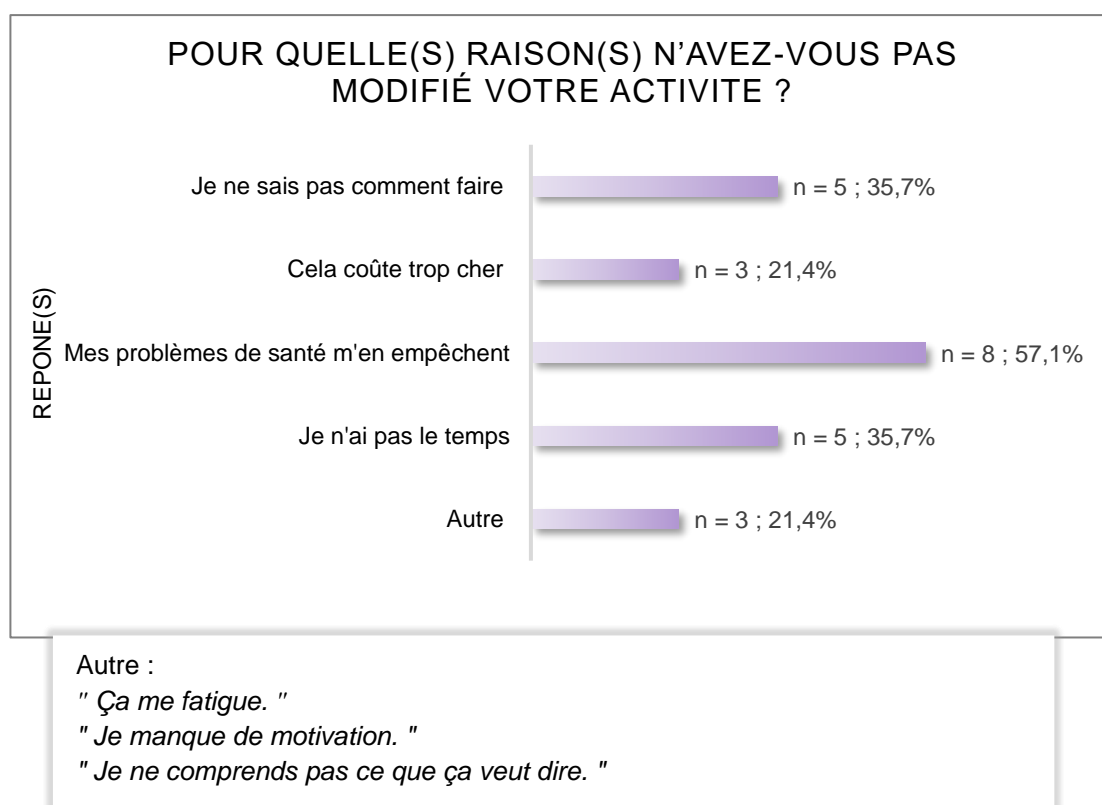


Figure 26 : Quels obstacles à l'augmentation de l'activité physique ?

Le temps de marche quotidien était estimé à au moins 30 minutes 73% des patients. En effet, l'absence de véhicule personnel, voire de moyen financier pour emprunter les transports en commun, associés à la nécessité de réaliser des démarches administratives multiples (rendez-vous en préfecture, à la CPAM, à la PASS) étaient souvent rapportés comme source de nombreux déplacements à pieds.

3.6.4 Perte de poids

La plupart des patients, soit 73 %, disait avoir perdu du poids depuis qu'ils se savaient diabétiques. Les 27 % restant expliquaient l'absence de perte de poids par un manque de connaissances dans 33,3 % des cas. Un patient disait ne pas avoir besoin de perdre du poids à juste titre puisque son IMC était de 21 kg/m². Aucun n'a répondu ne pas souhaiter perdre de poids. Deux patients donc un tiers, imputaient leur prise de poids au traitement du diabète.

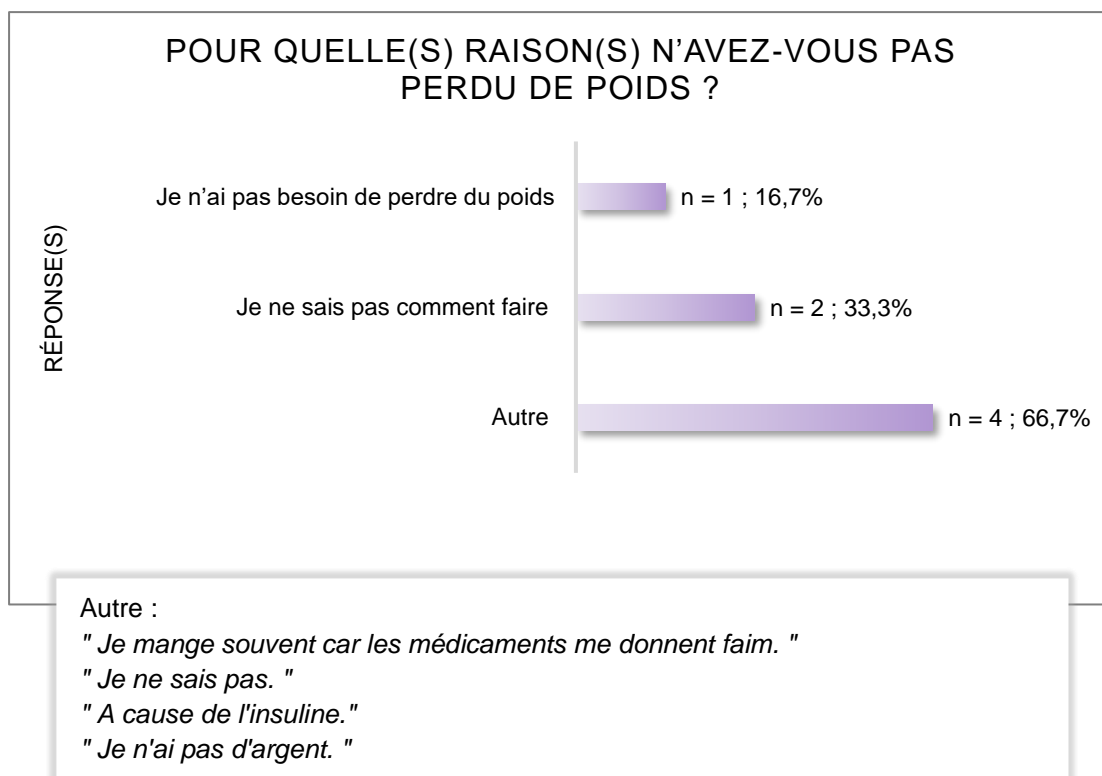
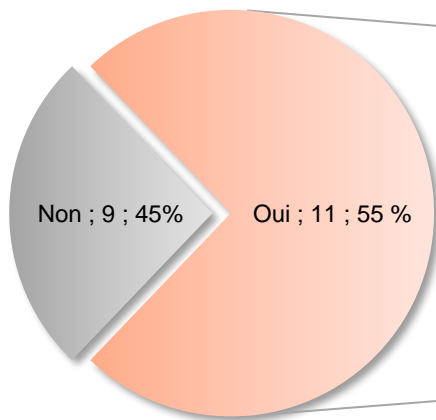


Figure 27 : Quels obstacles à une perte de poids ?

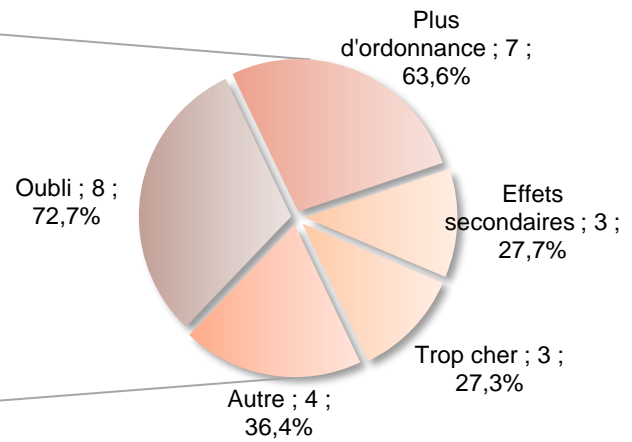
3.6.5 Observance thérapeutique

Tous les patients qui prenaient un traitement pour le diabète en étaient conscients, mais en revanche seul 70 % savaient le nommer. Parmi les patients qui étaient traités, 55% reconnaissaient des difficultés d'observance. La principale cause d'inobservance était l'oubli de prise (72,7%), venaient ensuite l'absence de prescription récente (63,6%), les effets indésirables (27,7%) et enfin le coût financier (27,3%).

VOUS ARRIVE-T-IL DE NE PAS
PRENDRE CES
MÉDICAMENTS ?



POUR QUELLE(S) RAISON(S) ?



Autre :

" Car je ne les ai pas avec moi et je dois me déplacer. "

" J'ai trop de comprimés à prendre. "

" A cause de mes conditions de vie. "

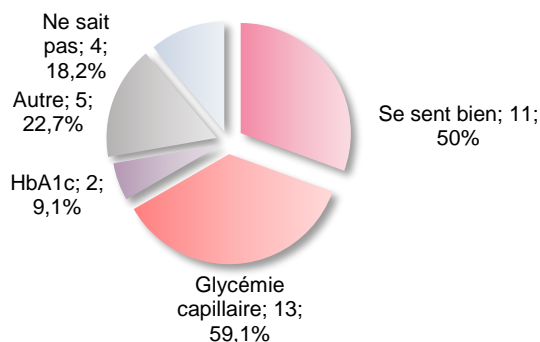
" L'AME était périmée. "

Figure 28 : Observance médicamenteuse

3.6.6 Suivi du DT2

Le principal repère à l'évaluation de l'équilibre glycémique était la glycémie capillaire, citée par 59,1% des interrogés. Venaient ensuite l'absence de signe clinique pour 50% d'entre eux, l'avis du médecin pour 13,6% (cette réponse n'avait pas été envisagée par le questionnaire mais était rapportée dans « autre ») et en dernier lieu l'HbA1c pour seulement 9%. Plus de 18% n'avaient aucun repère pour l'évaluation de l'équilibre glycémique.

COMMENT SAVEZ-VOUS SI VOTRE
DIABÈTE VA BIEN ?



Autre :

" Par rapport à ce que je mange. "

" Mon généraliste me le dit. "

" Mon médecin surveille. "

" Consulter un médecin. "

" Par rapport à mon appétit. "

Figure 29 : Quelle évaluation de l'équilibre du diabète ?

Il était demandé si des examens complémentaires avaient été réalisés dans le cadre du diabète concernant le cœur, les artères des jambes et/ou du cou, les reins, les yeux. Les dépistages de la néphropathie et de la cardiopathie ischémique semblent être ceux les plus souvent réalisés, suivis de près par celui de la rétinopathie. Malgré ce, 31,8% des patients disaient n'avoir jamais bénéficié d'aucun dépistage de ce type.

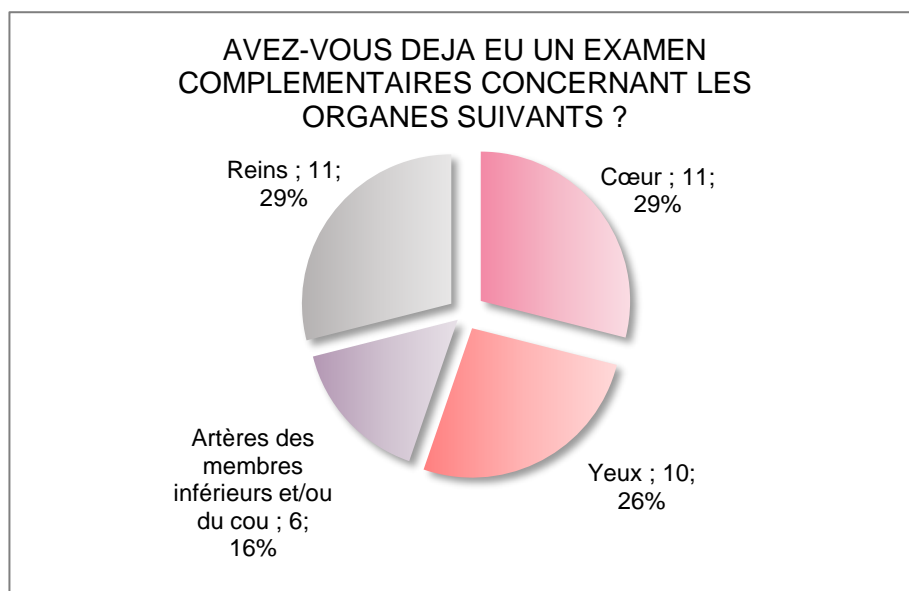


Figure 30 : Quel dépistage des complications ?

3.6.7 ETP

La moitié des patients interrogés s'estimait suffisamment informés sur le diabète mais tous se disaient intéressés par un programme d'information. Dans l'hypothèse de l'existence d'un tel programme, il leur était demandé quelles en seraient les caractéristiques souhaitables et quels thèmes seraient susceptibles de les intéresser. Ainsi il semblait préférable que l'ETP se déroule en groupe (caractéristique non souhaitable pour seulement 22,7%) plutôt qu'individuellement (non souhaitable pour 27,3%) mais il ne s'agissait pas d'une tendance lourde. De même, que ce programme se tienne à proximité de chez eux (non souhaitable pour 13,6%) semblait préférable à un déroulement à l'Hôpital (non souhaitable pour 27,3%).

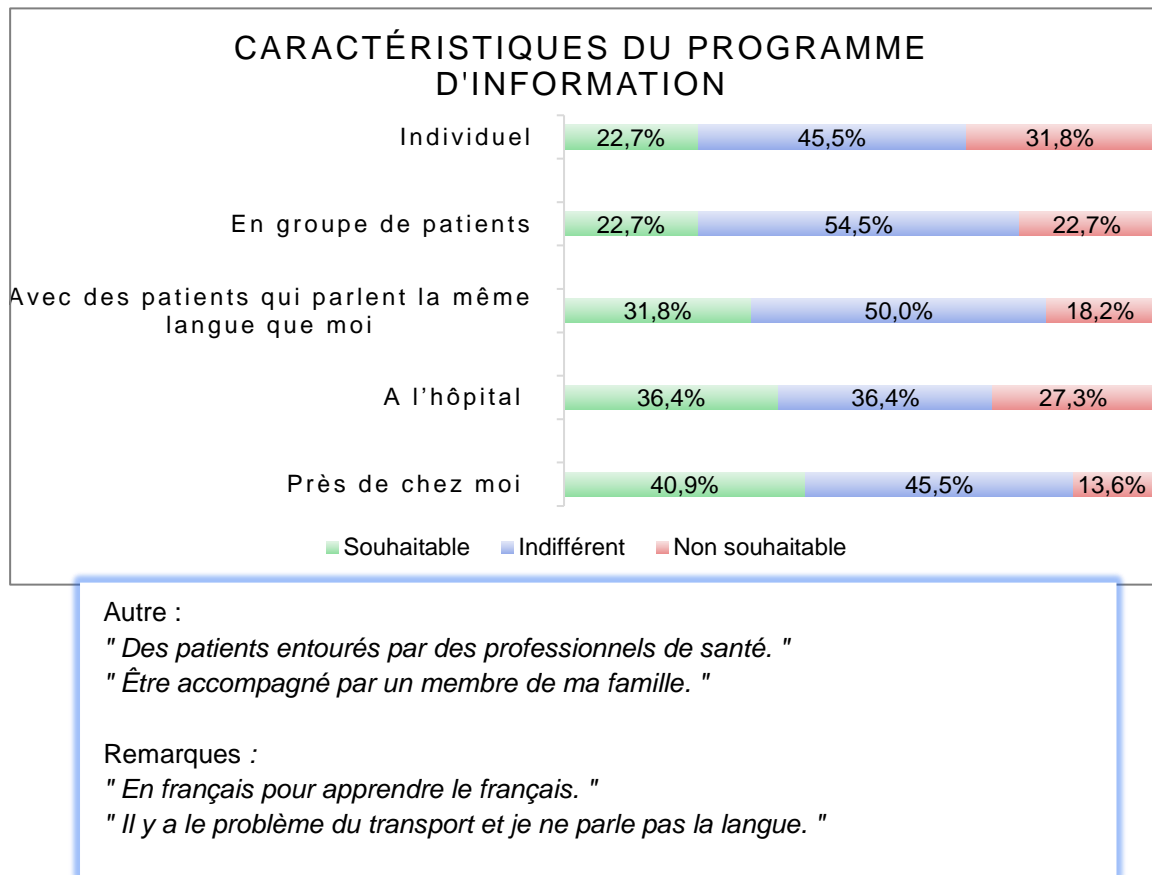


Figure 31 : Quelles caractéristiques d'un programme d'ETP ?

Les thèmes jugés « très intéressants » étaient le diabète et ses conséquences (54,5%), les médicaments (54,5%), la surveillance et le suivi du diabète (50%). Venaient ensuite l'alimentation et l'activité physique (45,5% et 40,9%).

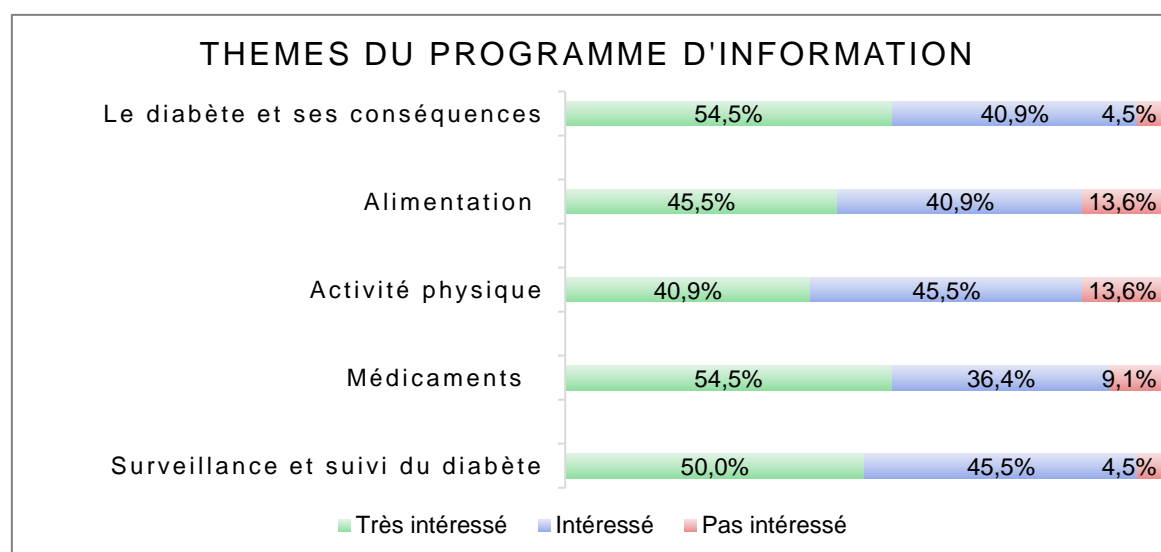


Figure 32 : Quels thèmes aborder en ETP ?

Il était demandé s'ils souhaitaient voir aborder d'autres thèmes au long d'un tel programme. La question de la relation à l'entourage et à la société a été abordée ainsi que la question de la motivation.

Autres thèmes souhaités :

" Comment combattre le diabète ? "

" Un diabétique en société, le comportement de l'entourage. "

" Comment organiser le quotidien pour les symptômes, ne pas avoir mal à la tête par exemple. Des choses simples. "

" La santé en général. "

" Le mode de vie. "

" Comment arriver à se motiver et à se convaincre de faire de l'activité ? "

4 Discussion

4.1 Richesses et limites de l'étude

4.1.1 Richesses

a. Population étudiée

L'originalité de la population étudiée conférait son principal intérêt à ce travail. En effet, la PASS est un lieu privilégié d'accueil où tous les usagers sont en demande de soins, en situation de précarité voire de grande précarité, souvent migrants et la plupart du temps non francophones. L'accumulation des obstacles potentiels à un projet de soins pour une maladie chronique est déstabilisante.

b. Recueil des données

La phase de test du questionnaire a permis d'évaluer son acceptabilité et son intelligibilité. L'inclusion prospective longitudinale et consécutive de tous les patients identifiés comme DT2 a permis d'éviter le biais de sélection. Ainsi, aucune donnée manquante n'a été à déplorer.

Le face à face a permis d'optimiser la compréhension des questions, de garantir la reproductibilité du questionnaire et d'éviter les abandons. De plus, il a permis à l'investigateur de relever des données *hors cadre* du questionnaire (cf. annexes 6 et 7). Le temps laissé au patient interrogé pour répondre d'abord spontanément facilitait la prise de parole et l'instauration d'une atmosphère d'écoute.

c. Thématiques abordées

Les thématiques abordées étaient vastes (cf. figure 2). Au-delà des caractéristiques cliniques et des questions centrées sur les recommandations, le questionnaire abordait des aspects plus subjectifs, centrés sur les préoccupations du patient et sa perception de la maladie. Ainsi, ce questionnaire a permis une action éducative en santé.

d. Interprétariat

L'appel à un interprétariat professionnel de qualité a permis, au-delà d'une traduction mot à mot, une véritable médiation culturelle (61).

4.1.2 Limites

a. Méthode

La méthode quantitative s'inscrit dans un paradigme descriptif. Une étude qualitative permettrait de vérifier des hypothèses explicatives (63).

Une façon d'approfondir ce travail de recherche serait de concevoir, pour la même population, une étude de besoin en ETP, par une méthode mixte, quali-quantitative. Elle pourrait consister en un recueil de verbatim par entretiens semi-directifs avec catégorisation et classification des idées ainsi colligées. Les besoins alors identifiés nourriront le contenu d'un questionnaire passé à plus grande échelle (64). Une telle méthode limiterait le biais de confirmation et les stéréotypes existants dans l'actuelle étude où les réponses aux questions sont principalement conçues a priori par l'investigateur, de son point de vue médical.

b. Taille de l'échantillon

Le faible nombre de patients interrogés, malgré une inclusion systématique sur 12 mois, limite la puissance de l'étude. On peut supposer que la précarité elle-même ait fait obstacle à l'organisation de la passation : changement d'adresse, rupture de suivi PASS, difficulté de déplacement. Une approche multicentrique, couvrant d'autres PASS en France, serait une piste pour augmenter la taille de l'échantillon et la puissance de l'étude.

c. Questionnaire

Le recueil de l'information induit des biais de différentes natures qui sont souvent intriqués (65) :

- Biais cognitifs :

Ils impliquent la compréhension de l'investigateur et de l'interrogé. Cela fait référence dans cette étude à la langue, à la variabilité de l'attention de l'interrogé au long du questionnaire et au biais de mémorisation.

- Biais affectifs :

Ils découlent de la mobilisation des émotions de l'investigateur et de l'interrogé. Dans cette étude cela concernait d'une part la situation de face à face (influence de l'humeur, mise en jeu des effets de séduction ou de répulsion), d'autre part la nature de certaines questions qui exploraient spécifiquement les sentiments (questions 2 et 3).

- Biais sociaux :

D'après Pierre Bourdieu, « *la relation d'enquête [...] reste, quoi qu'on fasse, une relation sociale qui exerce des effets [...] sur les résultats obtenus* », la réflexivité et l'expertise de l'investigateurs étant parmi les moyens d'atténuer ces effets (66). Cela prend un sens particulier dans cette étude, puisque la relation d'enquête était aussi une relation soignant-soigné. En outre, il s'agissait de la première expérience d'enquête pour l'investigateur. Les biais induits étaient ceux, notamment, de désirabilité sociale (comportement positif induit par le statut de sujet interrogé) et d'acquiescement.

LIMITES ET RICHESSES DE L'ETUDE	
Limites	Richesses
Faible nombre d'inclus	Etude prospective
Patients non francophones	Interprétariat téléphonique
Faible expérience de l'investigateur	Réflexivité
Méthode quantitative	Question ouverte et recueil des remarques

Figure 33 : Limites et richesses de l'étude

4.2 Discussion des résultats

Les résultats observés auprès des patients de la PASS de Montpellier – tout en tenant compte de la faible puissance de l'étude et des différences méthodologiques - peuvent être rapprochés notamment de ceux de deux études épidémiologiques, la première en population générale en France, la seconde auprès de populations précaires en Languedoc Roussillon :

- L'étude *ENTRED 2007-2010* : dernière édition de l'Échantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques, avait pour objectif de décrire largement la population diabétique française à partir d'un échantillon aléatoire de près de 11 000 diabétiques, adultes et enfants, DT1 et DT2 confondus. La sélection des patients était faite par un médecin via un questionnaire téléphonique, parmi les bénéficiaires de la CNAM ou du régime social des indépendants (RSI). Un auto-questionnaire était envoyé aux sujets sélectionnés, ainsi qu'à leur médecin traitant (22, 67).
- Une enquête de l'Académie Nationale de Médecine, *Diabète et précarité* : effectuée sur 1686 patients en Languedoc, publiée en 2012, elle avait pour objectif d'analyser le lien entre précarité et caractéristiques du DT2, vécu de la maladie et évaluer les apports d'un réseau de soins. La méthode impliquait un examen clinique et un questionnaire direct. Le degré de précarité était évalué selon le score EPICES et les patients répartis selon les quintiles (Premier quintile : score de 0,0 à 7,1 ; second : de 7,11 à 16,56 ; troisième : de 16,57 à 30,17 ; quatrième : de 30,18 à 48,52 ; cinquième : de 48,53 à 100. Sont considérées en précarité les patients ayant un score se situant au 4^{ème} quintile et en grande précarité dans le 5^{ème} quintile) (annexe 1) (68).

4.2.1 Caractéristiques médicales

a. Prévalence du DT2 à la PASS

En estimant à 900 le nombre de patients pris en charge à la PASS de Montpellier chaque année, cela porte la prévalence du DT2 connu à 3% entre Avril 2017 et Avril

2018. Sachant que la prévalence du DT2 en France est d'environ 4,6% (6), il n'en a pas été observé de surreprésentation à la PASS. Cependant, le DT2 étant réputé sous-diagnostiqué dans les populations précaires (68), il s'agit probablement d'une estimation basse. Cette constatation pousse à considérer l'intérêt du dépistage du DT2 à la PASS.

b. Âge

Tout d'abord, il faut noter la présence dans l'échantillon d'une patiente âgée de 19 ans pour qui le phénotype de diabète doit être discuté (diabète de type 1B possible au vu de l'origine non caucasienne). Toutefois la moyenne d'âge change peu, abstraction faite de ce chiffre, passant de 45,6 ans à 46,7 ans. Les patients DT2 de la PASS de Montpellier sont plus jeunes que les patients diabétiques de l'étude ENTRED, âgés en moyenne de 65 ans (69). Ils sont aussi plus jeunes que les patients diabétiques en situation de grande précarité du Languedoc Roussillon âgés en moyenne de 55,1 ans (68). Cela irait dans le sens du plus jeune âge des patients diabétiques en situation de précarité par rapport à la population générale, bien que la petite taille de l'échantillon de la PASS ne permette pas une conclusion formelle.

c. Sexe

Parmi les patients DT2 de la PASS de Montpellier on décomptait 59% d'hommes, proportion proche de celle de la population générale puisque selon ENTRED, 54% des DT2 en France étaient des hommes en 2007 (69). L'étude effectuée en Languedoc Roussillon, décomptait 45,4% d'hommes parmi les diabétiques très précaires, et 15,8% parmi les précaires, soit après calcul, 40,5% d'hommes au total pour ces deux catégories confondues (68). D'après une étude de 2016, étudiant les caractéristiques des migrants de 30 PASS, la proportion d'hommes était d'environ 60% (70). Cela laisse supposer que la plus grande proportion d'hommes à la PASS, comparée aux patients diabétiques précaires languedociens, s'expliquerait par la différence entre populations migrantes et non migrantes.

d. Indice de masse corporel

Avec un IMC moyen de 29 kg/m², les patients DT2 de la PASS de Montpellier sont comparables à ceux de la population générale des diabétiques dont l'IMC est évalué à

29,5 kg/m² (69). En Languedoc Roussillon, l'IMC moyen est de 31,5 kg/m² et 30,5 kg/m² chez les précaires et grands précaires avec une différence significative en comparaison avec les moins précaires (68). Il semblerait que les patients diabétiques de la PASS soient sensiblement moins touchés par l'obésité en particulier les femmes qui étaient plutôt en surpoids. Cela pourrait être expliqué par une moindre sédentarité (cf. 4.2.4. c. Activité physique), et une difficulté d'accès à la nourriture (70).

e. Facteurs de risque cardiovasculaire

Les patients observés cumulaient souvent les facteurs de risque cardiovasculaire. Le niveau de risque cardio vasculaire (71) n'a pu être calculé, faute de donnée biologique concernant les anomalies lipidiques, mais pourrait faire l'objet d'une étude spécifique. Le tabagisme concernait 27,3 % des patients interrogés, ce qui est légèrement plus faible que la consommation de la population en grande précarité du Languedoc Roussillon qui compte 33% de fumeurs (68). Cependant, c'est bien plus que chez les diabétiques d'ENTRED, où la prévalence du tabagisme est évaluée à 13% avec un gradient selon l'âge, les plus jeunes fumant plus (69). A âge égal, cette tendance est aussi marquée : chez les moins de 45 ans, on trouve 60% de fumeurs à la PASS contre 36% pour ENTRED, chez les 45-54 ans, 33% contre 29% et chez les 55-64 ans, 29% contre 17%. Cela va dans le sens d'un lien entre tabagisme et précarité. Un programme spécifique d'aide au sevrage aurait sa place dans le cadre d'une prise en charge globale.

4.2.2 Caractéristiques du diabète

a. Âge de découverte

La moyenne d'âge de découverte du DT2 des patients de notre étude est plus jeune de celle des grands précaires du Languedoc Roussillon (68) – respectivement 40,22 ans et 46,3 ans. Dans la population diabétique française, l'ancienneté moyenne du diabète est de 12 ans (69) contre 6,46 ans à la PASS. Un diabète plus récent a des objectifs stricts d'HbA1c (72) alors que ces patients ont une moindre expérience vis-à-vis de la maladie. Cela oblige à plus d'information. La prévention des complications a tout son sens chez des sujets plutôt jeunes avec un diabète récent. Il rend spécifique la prise en charge du DT2 dans cette population.

b. Suivi médical antérieur

Près d'un tiers des patients de la PASS de Montpellier disaient avoir eu un suivi par un endocrinologue, avant de recourir à la PASS. Ce suivi avait été interrompu du fait de changement de pays de résidence, ou de difficulté d'accès aux soins, comme l'absence de couverture maladie. Les patients diabétiques en grande précarité étaient 27,8% à avoir consulté un endocrinologue, d'après l'enquête *Diabète et Précarité*, sans différence significative avec les non précaires (68). Or, d'après ENTRED, le taux de patient qui ont consulté dans l'année un spécialiste du diabète sont de seulement 10%. Les patients précaires consultent-ils plus souvent en endocrinologie ? La complexité de la prise en charge inciterait-elle au recours à un spécialiste ? Il faut noter que plus de 36% de nos patients n'avaient aucun référent médical pour leur diabète. Il reste possible que le suivi endocrinologique soit la conséquence de prise en charge hospitalière par défaut d'accès à la médecine de ville. En effet, lorsqu'un patient se présente à la PASS avec un diabète, il est orienté vers la consultation d'endocrinologie. Toutefois, une fois l'accès à l'assurance maladie rétabli, un suivi pluridisciplinaire est organisé malgré les difficultés sociales.

c. Equilibre

Compte tenu du profil des patients de la PASS (patients jeunes, nouvellement diagnostiqués, sans pathologie cardiovasculaire), la cible d'HbA1c peut être estimée à un taux inférieur ou égal à 7% pour la plupart d'entre eux (cf. annexe 2) (72). De fait, l'équilibre glycémique observé est nettement perfectible et moins bon qu'en population générale : proportion d'HbA1c au-dessus de 7% évaluée à 72,7% contre 41% en population générale (69). Les taux d'HbA1c des patients de notre étude sont en revanche comparables à ceux de la population en grande précarité de *Diabète et Précarité* (68) – moyenne de 8% à la PASS versus 6,97 % et 7,74% respectivement pour les précaires et grands précaires. Ces résultats confirment le lien entre précarité et mauvais équilibre glycémique (20-26).

d. Complications

Le taux de complications du DT2 de 36% dans notre étude est une estimation basse puisqu'il se base sur des données principalement déclaratives. L'accès aux

documents source des antécédents était difficile, car rares étaient les patients qui consultaient à la PASS munis de leur dossier médical. S'il existait, il était souvent limité à quelques courriers d'hospitalisation, parfois en langue étrangère.

Dans l'étude des patients précaires du Languedoc, le taux de complications déclarées était de 31,6% chez les précaires et 29,9% chez les très précaires (68), ce qui confirme les tendances observées à la PASS. Toutefois cette étude n'avait pas retrouvé de différence significative avec les sujets non précaires.

Dans ENTRED les complications déclarées par les patients étaient les complications cardiovasculaires pour 20,8%, ophtalmologiques pour 16,6%, podologiques pour 10% et enfin rénales pour 0,3% d'entre eux, au stade de greffe ou de dialyse. Les taux de cas de néphropathie au sens de micro ou macroalbuminurie renseignés par les médecins étaient respectivement de 13% et 4% (69). A la PASS, les complications connues sont nettement moins fréquentes : cardiopathie 18%, néphropathie 9%, AOMI 9%, et rétinopathie 4,5%. Cela peut s'expliquer par l'absence d'exams de dépistage systématique des complications.

Par ailleurs, aucun cas de complications podologiques n'était mentionné. Elles étaient probablement sous-estimées en raison d'un biais de déclaration et du manque de dépistage. En effet, même si le patient avait eu une consultation médicale à la PASS, le test au mono-filament n'a jamais été retrouvé mentionné dans le dossier. La complexité des consultations, en particulier l'obstacle linguistique et la nécessaire médiation en santé par l'interprète, prolonge les consultations. Cela peut expliquer l'omission de ce point de l'examen clinique, pourtant recommandé. Une thèse qualitative de médecine générale avait exploré en 2017, les freins à la prévention des complications podologiques du diabétique. Elles apparaissaient minimisées par les patients comme par les médecins, mal dépistées du fait du manque de temps, des doutes des médecins sur le bienfondé de la technique du test au mono-filament et de l'efficacité de la prévention elle-même (73).

e. Thérapeutique médicamenteuse

Les thérapeutiques en places étaient majoritairement des antidiabétiques oraux seuls (77,3%), ce qui était aussi le cas pour les patients précaires et très précaire de

l'étude languedocienne, respectivement 62,5% et 57,9% (68). D'après ENTRED, le traitement par un ou plusieurs ADO représente 81% des remboursements par l'assurance maladie, l'insulinothérapie en association avec une thérapeutique orale 11%, et seule 8%. Les deux patients de la PASS qui n'avaient aucun traitement avaient une HbA1c à 10% et 10,7%, témoignant d'une inadéquation de la prise en charge au moment de l'étude. Les patients avec insulinothérapie couplée aux ADO avaient un taux d'Hba1c moyen comparable à celui de ceux traités par ADO seul sous réserve de la petite taille de l'échantillon soit environ 8 %. Quelle que soit sa nature, la thérapeutique semble devoir être réévaluée.

Le contexte social justifie-t-il une adaptation du traitement ? Une étude américaine a montré que complexifier le traitement réduit l'observance et de fait majore l'HbA1c (74). Par ailleurs, une autre étude américaine, publiée en 2017, montrait un bénéfice à optimiser le traitement par ADO dans les populations précaires (75). Dans notre étude, ce sont les patients sous ADO seuls qui ont la meilleure HbA1c. La taille de notre échantillon empêche des conclusions formelles mais une réflexion sur le traitement le plus efficace dans ce contexte doit être envisagée (76).

4.2.3 Caractéristiques sociales

a. Situation familiale

Cinquante pour cent des patients de notre étude sont isolés, résultat comparable à l'étude des migrants de 30 PASS, où 43,4 % étaient sans proche ni famille (70). Ces chiffres témoignent de l'isolement social fréquent en situation de précarité. Assez logiquement, l'étude *Diabète et Précarité*, notait que 29.3% des diabétiques précaires et très précaires étaient mariés contre 46,7% pour les non précaires (68). Cela va dans le sens d'une altération du tissu social des patients diabétiques précaires. Toutefois, nous avons constatés que 40,9 % des patients de notre étude étaient en couple, donnée plus proche des diabétiques non précaires.

b. Conditions de logement

Toujours d'après l'étude languedocienne, 16,7% des patients interrogés étaient sans domicile fixe. A la PASS de Montpellier, c'était 86,2% des patients interrogés qui ne

disposaient pas d'un logement personnel. Ces chiffres se rapprochent de ceux observés chez les migrants des PASS qui n'en disposaient que dans 14% des cas (70). Là encore, la vulnérabilité est majeure. D'une façon plus générale, le logement digne est une condition nécessaire de la santé. Le programme institutionnel « Un chez soi d'abord » expérimenté en 2011 est validé par le ministère de la Santé en décembre 2016 en est le témoin (77).

c. Ressources financières

L'évaluation des ressources de patients de la PASS était incomplète, puisqu'il n'y était pas fait mention de certains revenus attendus, comme l'allocation de demandeur d'asile, ni le montant des allocations vieillesse quand elles existaient. Toutefois, le taux de patients n'ayant aucune ressource était de 86,4%. C'est plus élevé que celui de l'étude *Diabète et Précarité* - où 59,4% des personnes très précaires n'avait aucune ressource (68) – et celui de l'étude des migrants des PASS, dont la moitié était dépourvue de revenu (70). Les patients de la PASS sont très défavorisés sur ce plan, très éloignés des diabétiques de la population générale, dont deux tiers ont un revenu supérieur à 1200 euros mensuels (69). Le reste à charge des diabétiques étant non négligeable (55 euros par mois), la prise en charge des patients des PASS lorsqu'ils sortent du dispositif, se complexifie.

d. Demande d'asile

Le recueil de l'origine géographique n'a pas été fait. Cependant, deux éléments nous renseignent : le nombre de demandeurs d'asile et le mode de communication. Près d'un tiers des patients était concernés par une procédure de demande d'asile, chiffre comparable à celui des patients migrants des PASS (70). Cela pose la question du risque de reconduite à la frontière en cas de refus de la demande. Les changements de statut s'accompagnent de changement de droits à l'assurance maladie (PUMA puis AME). Ces réglementations complexes facilitent la « perte des droits » et ainsi les ruptures de prise en charge des maladies chroniques. Par ailleurs, les demandeurs d'asile acceptés sont logés dans différentes structures en fonction des places disponibles. Ainsi, le suivi que l'on peut mettre en place est facilement interrompu. Cette dimension devrait être intégrée avant les décisions d'hébergement.

e. Communication

Seul un tiers des patients était francophone. Ce résultat contraste avec les données recueillies dans les PASS où 59% des patients parlent français (70). Cela pourrait s'expliquer par l'épidémiologie de la maladie diabétique qui n'est pas identique en fonction des zones géographiques (3,4, 69).

La passation du questionnaire a nécessité le recours à un interprète, le plus souvent professionnel. Notre étude a généré un coût pour le CHU, puisqu'il s'agissait d'un service payant. Cependant, ce moment a permis de prendre connaissance des caractéristiques, attentes et besoins des patients, conformément aux recommandations (39) et a parfois abouti à compléter la prise en charge (consultation diététique, consultation médicale, éducation à l'utilisation d'un lecteur glycémique, entretien avec l'assistante sociale). Il faudra donc chiffrer ces coûts dans l'hypothèse d'un protocole de prise en charge du diabète à la PASS de Montpellier.

4.2.4 Réponses au questionnaire

a. Perception du diabète

La majorité des interrogés considérait la maladie comme grave, préoccupante, et exprimait l'envie d'en prendre soin. L'utilisation d'échelles standardisées de qualité de vie pourrait explorer plus avant cette tendance (78). Dans ENTRED, un tiers des patients seulement voyait son avenir avec inquiétude ou grande inquiétude en ce qui concernait le DT2, quand la majorité était confiante (79). Les diabétiques en situation de précarité présentent plus souvent des troubles anxieux voire une dépression, (68) ce qui pourrait expliquer ce ressenti de leur diabète.

Cette donnée est à prendre en compte dans l'instauration d'un programme d'ETP, comme le montre l'analyse des résultats de l'étude *Solidarité diabète* qui menait à considérer l'apport d'un soutien psychosocial comme un prérequis à toute démarche d'ETP (80). On notera que 86% des patients veulent « prendre soin » de leur diabète. La motivation à avoir une part active dans leur projet de soins est un élément très positif pour une démarche ETP.

b. Alimentation

Dans ENTRED, seuls 20% des patients déclaraient avoir changé leur alimentation pour leur santé, et ce par manque de besoin ressenti ou d'envie (79). Ce n'est pas le cas des patients de la PASS, car parmi ceux qui n'avaient pas changé leurs habitudes alimentaires, tous reconnaissaient devoir opérer un changement. Bien que déclarant majoritairement avoir modifié leurs habitudes alimentaires depuis qu'ils se savaient diabétiques, les patients reconnaissaient qu'elles n'étaient pas optimales, et qu'ils avaient des résistances au changement. Le principal frein mentionné était la difficulté d'accès par manque de ressource financière. L'étude des patients migrants des PASS révèlent aussi des obstacles quand il s'agit de se procurer de la nourriture, puisque près de la moitié d'entre eux disaient avoir diminuer leurs apports en raison de problèmes financiers (70). Par ailleurs, les connaissances en termes de diététique semblent imparfaites, notamment l'identification des aliments « sucrés ». Cela est un obstacle à une alimentation adaptée au diabète.

Outre l'aspect quantitatif et qualitatif des aliments consommés, se pose la question du rythme des repas. Au-delà de l'accès aux ressources alimentaires, un exemple suggère qu'il y a également une composante culturelle : lors d'un entretien, l'interprète a spécifié que manger en dehors des heures de repas était une habitude en Roumanie. Par ailleurs, l'étude *Diabète et Précarité*, montrait que les personnes en situation de grande précarité mangeaient moins à heure régulière et grignotaient plus souvent, sans en explorer les déterminants (68). L'irrégularité de l'accès alimentaire tant en quantité qu'en qualité renvoie aussi à la discussion de l'adaptation thérapeutique, en particulier le risque d'hypoglycémie (43).

c. Activité physique

De même que pour l'alimentation, la plupart des interrogés déclaraient avoir modifié leur activité physique, avec une prédominance de la marche, pratiquée régulièrement. Parmi ceux qui n'avaient pas changé leur activité physique, un ne savait pas s'il devait le faire, mais aucun estimait ne pas en avoir besoin. Dans ENTRED, seuls 4,5% des patients déclaraient avoir changé leur activité physique pour leur santé (pas besoin ou pas envie de changer) (79). On retrouve, là encore, un profil volontaire et pro-actif des patients précaires qui étonne compte tenu de leurs difficultés de vie.

La marche était pratiquée pour la majorité plus d'une demi-heure par jour, Ceci peut être en partie expliqué par l'absence de moyen de locomotion personnel, donnée retrouvée auprès des patients diabétiques précaires du Languedoc qui n'étaient que 20% à posséder une voiture personnelle (68). Une étude du SAMU Social de Paris en 2006 notait une moyenne de 80 déplacements quotidiens pour les sans domicile fixe non diabétiques versus 73 pour les diabétiques (du fait de leur difficulté à la marche) (81). Ainsi, nous avons également noté que certains patients disent avoir diminué leur activité à cause de leurs problèmes de santé. Il serait intéressant d'explorer plus avant ce qui fonde ce comportement grâce à l'approche qualitative. Une autre réponse expliquant les difficultés d'adaptation de l'activité physique était « *je ne sais pas comment faire* », ce qui laisse penser que ce point devrait être abordé par l'ETP.

d. Observance

L'inobservance concernait plus de la moitié des patients. Ces chiffres sont probablement sous-estimés car déclaratifs. Malgré ce, dans ENTRED, 80% des patients DT2 s'estimaient observants. Les patients de la PASS ont donc plus de difficultés sur ce point.

Les justifications principalement invoquées à savoir l'oubli et l'absence d'ordonnance doivent inspirer la mise en œuvre d'outils d'aide à la prise des traitements médicamenteux. De plus, ils étaient nombreux à ne pas ne savoir pas nommer leur traitement. Une attention particulière devrait être portée à ce point par une action d'ETP.

e. Suivi du diabète

- Equilibre :

Les indicateurs de l'équilibre glycémique reconnus par les patients étaient majoritairement représentés par la glycémie capillaire et l'absence de symptômes rapportés habituellement au diabète (syndrome cardinal et divers symptômes). L'hémoglobine glyquée était peu citée. Cela illustre le manque de connaissance sur les outils de suivi, mais aussi sans doute, la difficulté d'accès aux examens de laboratoire. En effet, les patients s'en remettaient plutôt à l'avis du médecin.

- Exploration des complications :

Peu de patients reconnaissaient avoir passé des examens complémentaires dans le cadre de leur diabète. Ces chiffres ne peuvent être considérés comme le reflet du taux de dépistage. Outre le biais de mémorisation, répondre à cette question demande une certaine *culture en santé* (31). De plus la question ne permettait pas de distinguer les examens de dépistage des examens diagnostiques. L'évaluation de la prévalence des complications du DT2 est complexe, particulièrement dans une population non inscrite dans le parcours de soins.

f. Education Thérapeutique

La moitié des patients s'estimait insuffisamment informée sur le DT2. Mais qu'ils s'estiment informés ou non, tous étaient favorables à un programme d'ETP. De même, d'après l'enquête de l'Académie de Médecine, la demande d'information de la part de la population identifiée comme précaire est forte (68). Cette tendance est aussi observée chez les non précaires (69). Le programme *Solidarité diabète* montrait que non seulement les patients avaient reçu positivement la proposition d'ETP, suivie plus assidument que présumée, mais que, de surcroît, il existait un potentiel de rayonnement de l'éducation au travers de « *patients relais* » (80).

Il est difficile de conclure à une forme type de programme d'ETP souhaitée. Cela peut être dû à la forme des questions 27 et 28. En effet, les échelles « *souhaitable / indifférent / non souhaitable* » et « *très intéressé / intéressé / pas intéressé* » devaient souvent être reformulées et expliquées par les interprètes. L'un d'eux a même précisé que l'interrogé n'était pas habitué à ce type d'enquête et éprouvait des difficultés à exprimer son opinion. Enfin, la position en fin de questionnaire pouvait altérer la qualité des réponses (60). Une étude qualitative, en focus groupe par exemple, explorerait plus efficacement les attentes et les besoins en ETP des patients diabétiques de la PASS du CHU de Montpellier (64). Toutefois, les thèmes qui étaient les moins souvent jugés « pas intéressant » étaient « le diabète et ses conséquences », « la surveillance du diabète » et « les médicaments ». Cela est en adéquation avec les besoins au vu de la méconnaissance des thérapeutiques, l'inobservance et le manque de repère d'évaluation de l'équilibre glycémique. Par ailleurs, il pourrait s'agir d'attentes spécifiques puisqu'elles

paraissent différer de celles des autres diabétiques qui, d'après ENTRED, souhaitent en premier lieu une information sur l'alimentation, sur les complications et sur « *comment bien vivre avec son diabète* » (79).

4.3 Du recueil de données vers une amélioration des pratiques

Le rôle des PASS, inscrit leur action dans un du temps court de prise en charge, puisque le retour vers les dispositifs de droits communs en est l'objectif. Pour exemple, sur la période de l'étude, le délai d'obtention d'une attestation de droit à la sécurité sociale était d'environ un mois. Dans ce temps imparti, la PASS doit d'une part faciliter l'accès aux soins programmés (consultations spécialisées, examens complémentaires), d'autre part elle doit répondre aux besoins urgents de soins (déséquilibre glycémique, complications aiguës, continuité du traitement médicamenteux). Enfin, elle doit s'impliquer dans le dépistage du DT2 auprès des populations à risque. L'observation des caractéristiques des patients DT2 interroge les modalités d'application, au sein de la PASS, des recommandations de bonne pratique en cohérence avec ses missions. Des pistes peuvent être envisagées pour optimiser cette application.

4.3.1 Prise en charge des patients DT2 à la PASS

a. Dépistage communautaire ciblé du DT2 à la PASS

Le dépistage est un des points clefs dans la prise en charge du DT2 dont l'évolution initiale est silencieuse. La prévalence observée est moindre qu'attendue, faisant supposer une part de DT2 non diagnostiqué. La HAS recommande un dépistage par glycémie veineuse à jeun, pour les personnes à risque, parmi lesquelles les personnes de plus de 45 ans migrantes et/ou d'origine non caucasienne et/ou en situation de précarité selon le score EPICES (score supérieur à 30) (39).

Les freins pressentis à sa réalisation à la PASS de Montpellier seraient le surcoût et la difficulté organisationnelle de la réalisation d'une glycémie veineuse à jeun. Par ailleurs, l'annonce de la maladie dans un contexte communicationnel défavorable oblige une intervention médicale. Toutefois, en dehors d'une hyperglycémie décompensée rarement asymptomatique, une hyperglycémie modérée relève initialement d'une prise en charge diététique. L'éducation en santé adaptée aux contraintes de cette population

pour aborder les conditions d'une alimentation adaptée peut être la première étape. A l'issue, une consultation médicale par le praticien référent choisi par le patient pourrait être organisée.

b. Prise en charges des complications aiguës

L'accueil à la PASS est fait par une IDE dont les compétences se rapproche d'une IDE en pratique avancée (82). Elle doit évaluer la nécessité et l'urgence des soins. Dans le cas du DT2, il peut s'agir :

- D'une urgence hyperglycémique : la recherche de signes cliniques de déshydratation ainsi que la réalisation d'une glycémie capillaire et d'une bandelette urinaire doivent être systématiques. En cas d'éléments évocateurs d'hyperglycémie hyperosmolaire ou d'acidocétose, le patient doit être dirigé vers le service des urgences avec un courrier de liaison (83).
- D'une plaie de pied : une attention particulière doit être portée à l'état podologique (43). En cas de plaie, le patient devrait être adressé aux urgences, ou en consultation spécialisée rapide.
- De pathologies dentaires : celles-ci doivent être systématiquement recherchées - puisque les personnes en situation de précarité a fortiori diabétiques sont particulièrement touchées (68) - et le patient orienté si besoin sur une consultation spécialisée, comme à l'école de soins dentaires.

Au total, un dossier médical spécifique prérempli pourrait aider cette première évaluation par l'IDE, dont la conception devra se faire en concertation. Le développement des compétences de l'IDE au travers de la reconnaissance d'IDE en pratique avancée peut être un gain pour la qualité des soins. En effet, ses domaines de compétences recouvrent, notamment, l'évaluation diagnostique, la coordination du suivi global et l'éducation thérapeutique (82). Par ailleurs, il semblerait que ce soit un fonctionnement dont les patients puissent être satisfaits, d'après une enquête menée dans le cadre de la médecine de ville (84).

FICHE PATIENT DIABETIQUE PASS

Date : / /

NOM :

Taille :

Prénom :

Poids :

DDN :

IMC :

Tabagisme : OUI/NON

Glycémie capillaire : mg/L

Bandelette urinaire :

Tension artérielle : / Examen des pieds : normal / hyperkératose / plaie

Année de découverte du diabète :

Mode de découverte du diabète :

Traitements actuels :

Insuline : OUI/NON

Carnet de glycémie : OUI/NON Hypoglycémies OUI/NON

Lecteur de glycémie : OUI/NON

HbA1c (taux et date) :

LDL : g/L

Fonction rénale (créat et MDRD) :

Complications du diabète	Antécédent Oui/Non Remarques	Dernière exploration en date	Examen Programmé (Date)
Infarctus/stent			
AOMI/Amputation			
AVC/sténose carotidienne			
Insuf. Rénale/protéinurie			
Rétinopathie/injection/laser			
Plaie de pied			

Autres consultations prévues :

Figure 34 : Fiche patient à l'usage de l'IDE

c. Continuité et adaptation du traitement médicamenteux

La base du choix du traitement médicamenteux est l'HbA1c, laquelle devrait être systématiquement réalisée pour les patients diabétiques connus ou nouvellement dépistés (72). Les autres éléments susceptibles d'influencer le choix des thérapeutiques doivent être recueillis : type de logement, rythme de prise des repas, antécédent d'hypoglycémie, disposition des mesures d'hygiène requises pour les injections sous-cutanées (76), contre-indication ou intolérance à certains ADO. Les éléments nécessaires au calcul de l'HbA1C cible doivent être recueillis (72) : pathologie cardiovasculaire, ancienneté du diabète, recherche d'une insuffisance rénale) - et la cible calculée. Le risque cardiovasculaire doit être évalué au travers des facteurs de risque cardiovasculaire et l'atteinte des organes cibles (85).

On peut organiser, en concertation avec les endocrinologues, une adaptation de l'orientation du patient suite à cette première évaluation. La présence de certains critères pourrait motiver la demande d'une consultation avec un endocrinologue : taux d'HbA1c supérieur à 10%, ou écart important par rapport à la cible, insulinothérapie, très haut risque cardiovasculaire. En l'absence de ces critères, le patient pourrait être orienté vers une consultation de médecine générale. Ces consultations médicales, doivent être menée avec un interprète si nécessaire.

d. Intégration au système de santé

La facilitation de l'accès au système de santé, et donc à un médecin traitant fait partie des missions de la PASS (56). Une enquête menée en 2017 auprès d'anciens patients de la PASS de Montpellier a montré que plus de 20 % d'entre eux déclaraient ne pas avoir de médecin traitant (86). Sans cet acteur, la coordination des soins est compromise (39). Par ailleurs, des freins à la prise en charge, par les médecins généralistes des patients en situation doivent être considérés, parmi lesquels les difficultés de communication avec le patients et les services sociaux, et le manque de temps (87). L'organisation du système de santé français a ses spécificités qui doivent être expliquées au patient, afin de garantir son autonomie. L'édition d'un guide à l'usage des patients de la PASS traduit, grâce au service de ISM Interprétariat qui propose près de 140 langues, pourrait être un support à l'information sur le système de santé.

Ainsi, une aide à la préparation du premier rendez-vous chez le médecin pourrait être l'objet d'une consultation spécifique, menée par l'IDE et l'AS. Les points abordés seraient : l'information sur le système de santé, l'aide à la prise de rendez-vous chez un médecin généraliste (prévoir, si l'agenda du médecin le permet, une plage de consultation longue, demander au patient de venir accompagné d'un interprète si besoin, la délivrance du dossier médical constitué à la PASS et la délivrance d'un courrier de liaison (les patients de la PASS sont souvent mobiles : sans domiciles fixe, demandeurs d'asile).

Un des outils qui pourrait être mis à profit afin de garantir la continuité des soins, serait la création d'un Dossier Médical Partagé (DMP), si celui-ci voit jour à l'échelle nationale puisqu'actuellement « *réservé aux ouvrants droit majeurs des Caisses d'Assurance Maladie suivantes : Bas-Rhin, Bayonne, Côtes-d'Armor, Doubs, Haute-Garonne, Indre-et-Loire, Puy-de-Dôme, Somme, Val-de-Marne* » (88).

En cas de difficulté, le recours à un service de médiation culturelle pourrait permettre une articulation de la relation soignant-soigné. La délivrance de l'information pourrait être facilitées. La qualité de cet outil devrait être garantie par son caractère professionnel et régulièrement évaluée. Elle permettrait ainsi aux sujets d'acquérir une autonomie dans le parcours de soin (89,90). Les freins probables à la mise en œuvre de telles mesures sont, d'une part le manque de moyen financier, d'autre part la complexification de la planification des soins par l'ajout d'un intervenant.

e. ETP spécifique

Les besoins et attentes des patients de la PASS semblent spécifiques :

- L'importance de la dimension psychologique, doit faire rechercher des troubles anxieux ou une dépression et éventuellement motiver une orientation vers la PASS psychiatrique du CHU,
- Les spécificités culturelles doivent être prises en compte. Par exemple, il semble peut pertinent de parler d'activité sportive au vu de son inaccessibilité alors que la marche est déjà pratiquée chez de nombreux patients. Le problème de la langue pourrait rendre difficile la réalisation

d'une ETP en groupe. Une approche individuelle serait peut-être plus adaptée aux patients non francophones,

- Les spécificités du mode de vie inhérentes aux situations sociales sont à considérer. Il semblerait intéressant d'impliquer les associations d'aide alimentaire ainsi que les structures d'hébergement pour une réflexion sur les moyens pratiques à mettre en œuvre pour faciliter le suivi d'un régime alimentaire adapté,
- La moindre expérience du fait de diabète plus récents doit faire axer l'ETP sur l'apprentissage des connaissances de base : qu'est-ce que le diabète, comment le surveiller, quelles en sont les complications.

Parmi les remarques qui ont été formulées par les patient de la PASS, le problème de la langue a souvent été souligné et l'ETP a été envisagée par l'un d'eux comme un outil potentiel d'apprentissage du Français. Un autre exprimait le souhait de pouvoir échanger avec d'autres patients. Les résultats de l'étude de *Solidarité diabète* montrent que, plus qu'un bénéfice sur le plan strictement médical, la rencontre entre patients et professionnels de santé permettait la construction de liens et une « *meilleure connaissance mutuelle* » (80). Dans l'enquête *Diabète et précarité*, le suivi dans un réseau de soin était corrélé à une diminution des problèmes de démarche administrative, de demande d'emploi, de relation avec le médecin (68). Cela suggère à l'ETP un rôle social.

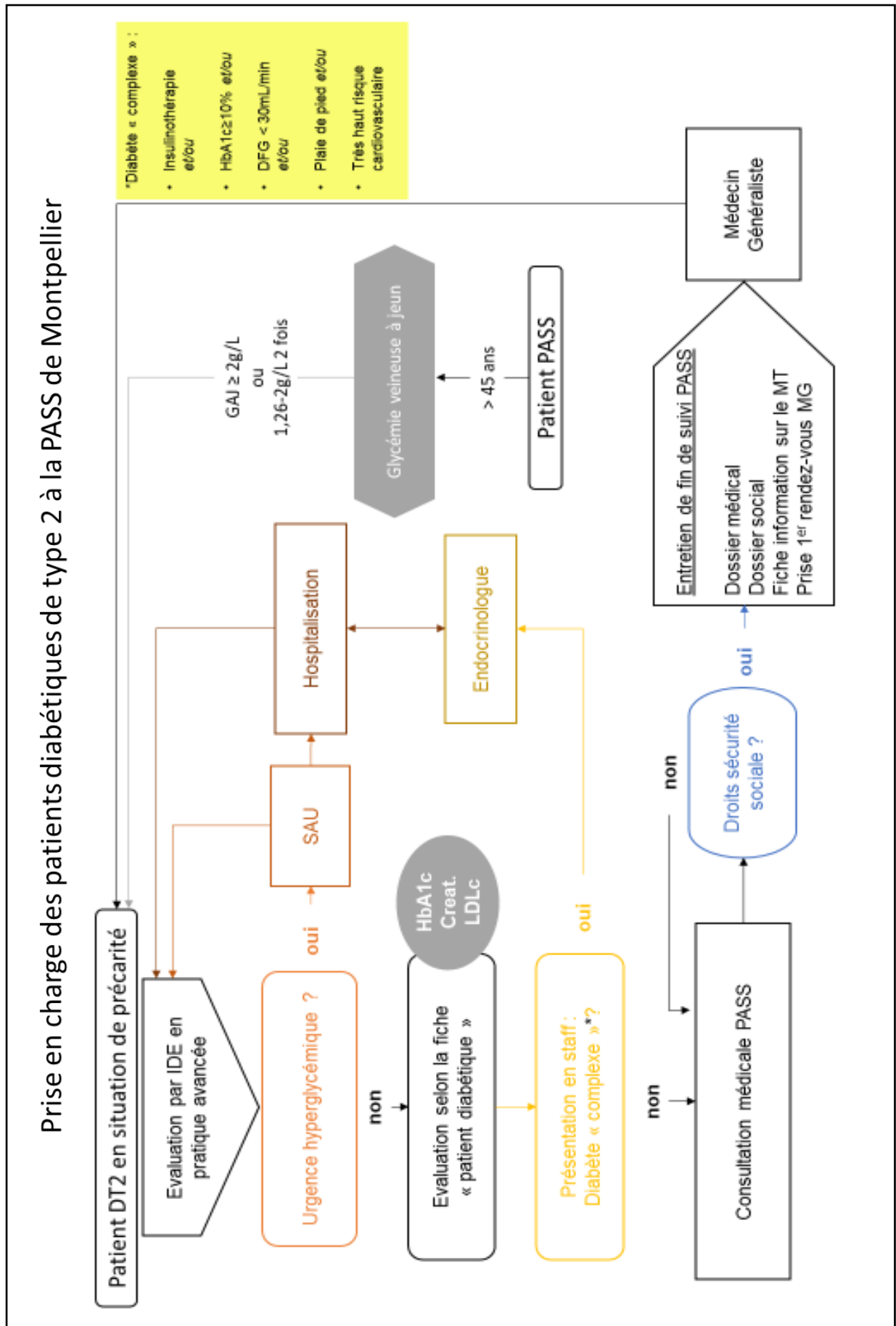


Figure 35 : Protocole de prise en charge du DT2

4.3.2 Quels outils d'évaluation de la prise en charge du DT2 à la PASS ?

Les différentes mesures envisagées afin d'améliorer la prise en charge du DT2 à la PASS doivent faire l'objet d'une évaluation. Les indicateurs proposés sont :

- Le nombre de diabétiques découverts par le dépistage systématique,
- Le taux de suivis initiés par un médecin généraliste qui serait l'indicateur d'un accès effectif aux soins. Il pourrait être recueilli par une enquête téléphonique auprès des patients diabétiques, à distance de leur prise en charge à la PASS. Un autre moyen serait le recours aux données de l'assurance maladie (consultation chez le généraliste, traitement remboursés, examens complémentaires biologiques, etc...). Par ailleurs, en cas de persistance de difficultés, il faut inciter à reprendre rendez-vous à la PASS,
- La mesure du taux d'HbA1c à trois mois du début des soins mais, compte tenu du temps court de suivi à la PASS, sa réalisation semble difficile,
- Le nombre de participant à un programme ETP dédié,
- Une enquête de satisfaction des patients DT2 suite à leur passage à la PASS, qui permettrait de connaître leur point de vue et d'améliorer la cohérence de ce protocole,
- Une enquête auprès des médecins généralistes ayant été amenés à consulter les patients au sortir de la PASS, qui rapporterait leur retour d'expérience dans l'optique d'une constante amélioration des pratiques.

5 Conclusion

Les patients diabétiques de type 2 de la PASS de Montpellier présentent les caractéristiques attendues des patients en situation de précarité. Plutôt des hommes jeunes, souvent fumeurs, avec un diabète récent, déséquilibré et compliqué, qui connaissent une accumulation de vulnérabilités : absence de ressource financière et de logement fixe, isolement social, demande d'asile, non maîtrise de la langue française.

Malgré ce, le DT2 est pour eux une préoccupation importante et leur demande d'information est forte. Ce constat permet d'envisager des pistes d'amélioration des pratiques dans le cadre des recommandations : développement d'un dépistage ciblé, orientation vers un programme d'ETP adapté, facilitation de l'accès à la médecine de ville grâce à une consultation de fin de prise en charge.

Dans le contexte migratoire que connaît l'Europe actuellement, l'adaptation des pratiques médicales apparaît comme un impératif.

6 Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé OMS [En ligne]. Genève: OMS; 2016. Les 10 principales causes de mortalité; 2016 [mis à jour en janvier 2017; cité le 22 janvier 2018]. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/>
2. International Diabetes Federation IDF. Diabetesatlas.org [En ligne]. Bruxelles: International Diabetes Federation [cité le 8 septembre 2017]. Disponible: <http://www.diabetesatlas.org/>
3. Badran M, Laher I. Type II Diabetes Mellitus in Arabic-Speaking Countries. Int J Endocrinol [En ligne]. 2012 [cité le 22 janvier 2018];2012. doi: [10.1155/2012/902873](https://doi.org/10.1155/2012/902873)
4. Abuyassin B, Laher I. Diabetes epidemic sweeping the Arab world. World J Diabetes. 2016;7(8):165-74. doi: [10.4239/wjd.v7.i8.165](https://doi.org/10.4239/wjd.v7.i8.165)
5. Tamayo T, Rosenbauer J, Wild SH, Spijkerman AMW, Baan C, Forouhi NG, et al. Diabetes in Europe: an update. Diabetes Res Clin Pract. 2014;103(2):206-17.
6. Institut de veille sanitaire. Invs.santepubliquefrance.fr [En ligne]. Saint-Maurice: InVS; 2011. Données épidémiologiques; 2002 [mis à jour le 8 novembre 2016; cité le 22 janvier 2018]. Disponible: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques>
7. Data.gouv.fr [En ligne]. Personnes en affection de longue durée (ALD); 2015 [mis à jour le 6 décembre 2016; cité le 16 octobre 2017]. Disponible : [/fr/datasets/personnes-en-affection-de-longue-duree-ald/](https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/personnes-en-affection-de-longue-duree-ald/)
8. Speyer E, Briançon S, Jacquelinet C, Beauger D, Baudelot C, Caille Y, et al. Caractéristiques sociodémographiques et médicales des participants à l'étude Quavi-REIN, Volet dialyse & greffe 2011, France. Bull Epidémiol Hebd [En ligne]. 2014 [cité le 16 octobre 2017];(37-38):616-22. Disponible: http://www.invs.sante.fr/beh/2014/37-38/2014_37-38_3.html
9. Institut de veille sanitaire. Invs.santepubliquefrance.fr [En ligne]. Saint-Maurice: Santé publique France; 2016. Le diabète en quelques chiffres et faits; 2009. [mis à jour le 10 novembre 2014; cité 17 octobre 2017]. Disponible: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Generalites-et-chiffres-cles/Le-diabete-en-quelques-chiffres-et-faits>
10. Dollé M. Précarités et politiques sociales. Empan. 2005; n° 60(4):38-43. doi:10.3917/empan.060.0038
11. Bihan H. Précarité et impact sur les comportements de santé : consommation de fruits et légumes, et prise en charge du diabète. Conservatoire national des arts et métiers CNAM[En ligne]. 2011 [cité le 22 janvier 2018]. Disponible: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00631236/document>
12. Institut national de la statistique et des études économiques Insee. Insee.fr [En ligne]. Paris: Insee; 2017. Personnes pauvres selon le seuil en 2015; 2017[cité le 17 octobre 2017]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2408345>
13. Secours populaire. Secourspopulaire.fr [En ligne]. Paris: Secours populaire; 2017. 11e baromètre Ipsos/SPF 2017; 2017 [cité 6 novembre 2017]. Disponible: <https://www.secourspopulaire.fr/11e-barometre-ipsos-spf-2017>
14. L'assurance maladie. Ameli.fr [En ligne]. Paris: Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés(Cnamts); 2017. Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C); 2017[mis à jour le 16 novembre 2017; cité le 6 novembre 2017]. Disponible: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/couverture-maladie-universelle-cmu.php>
15. Data.gouv.fr [En ligne]. Nombre de bénéficiaires de l'aide médicale d'état; 2015 [mis à jour le 18 août 2015; cité le 23 mai 2018]. Disponible : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/15062-nombre-de-beneficiaires-de-laide-medicale-detat/>

16. Ministère de l'intérieur [En ligne]. Immigration, asile, accueil et accompagnement des étrangers en France. [cité le 23 mai 2018]. Disponible : <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Data-migration/Population-2014>
17. Ministère de l'intérieur [En ligne]. Immigration, asile, accueil et accompagnement des étrangers en France. [cité le 23 mai 2018]. Disponible : <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-clefs/LES-DEMANDES-D-ASILE-STATISTIQUES>
18. Guisao A, Jangal C, Quéré M, Laporte A, Riou F. La santé des migrants primo-arrivants : résultats des bilans infirmiers réalisés d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens. BEH [En ligne]. Septembre 2017, Vol.19-20 [cité le 20 mai 2018]. Disponible : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/pdf/2017_19-20.pdf
19. Centre de l'observatoire de la société [En ligne]. 2016. Quelle insécurité alimentaire aujourd'hui en France ? [cité le 20 mai 2018] Disponible : <http://www.observationsociete.fr/revenus/pauvrete/quelle-insecurite-alimentaire-aujourd'hui-en-france.html>
20. 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. 2005;28(11):2680-5.
21. 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. 2008;192(9):1707-23.
22. Institut de veille sanitaire. Invs.santepubliquefrance.fr [En ligne]. Saint-Maurice: Santé publique France; 2016. Résultats épidémiologiques principaux d'Entred-métropole; 2009 [mis à jour le 10 décembre 2013; cité le 16 octobre 2017]. Disponible: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Etudes-Entred/Etude-Entred-2007-2010/Resultats-epidemiologiques-principaux-d-Entred-metropole>
23. Lettre d'information éditée par le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie [En ligne]. Janvier 2016, N°62. Disponible : <https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ReferencesCMU62.pdf>
24. Grange D, Castetbon K, Guibert G, Vernay M, Escalon H, Delannoy A et al. Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire : étude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005 [En ligne]. Observatoire régional de santé Île-de-France, Institut de veille sanitaire, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2013 [cité le 16 octobre 2017]. Disponible: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/pdf/2013-abena2-rapport.pdf>
25. Bihan H, Ramentol M, Fysekidis M, Auclair C, Gerbaud L, Desbiez F, et al. Screening for deprivation using the EPICES score : a tool for detecting patients at high risk of diabetic complications and poor quality of life. Diabetes Metab. févr 2012;38(1):82-5.
26. 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.
27. Haute autorité de santé HAS [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. ALD n°8-Diabète de type 2 [mis à jour le 24 avril 2014; cité le 22 janvier 2018]. Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_diab_actualis_3_juillet_07_2007_07_13_11_43_37_65.pdf
28. Detournay B, Robert J, Gadenne S. Le reste à charge des patients diabétiques en France en 2007. Bull Epidémiol Hebd [En ligne]. 2013 [cité le 16 octobre 2017];(37-38): 471-6. Disponible: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=9232
29. Ramel M, Boissonat Pelsy H, Sibué-De Caigny C, Zimmer MF. Se nourrir lorsqu'on est pauvre : analyse et ressenti de personne en situation de précarité. Revue quart monde, dossiers et documents [En ligne]. 2016 [cité le 6 novembre 2017].(25): 1-182. Disponible: <https://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2016/07/Se-nourrir-lorsquon-est-pauvre.pdf>

30. Fédération française des diabétiques [En ligne]. Paris: FFD; 2016. Diabète et précarité : un combat commun [cité le 5 décembre 2017]. Disponible : <https://www.federationdesdiabetiques.org/federation/coups-de-pouce>
31. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. JAMA. 2002;288(4):475-82.
32. Wångdahl J. Health literacy among newly arrived refugees in Sweden and implications for health and healthcare [En ligne] 2017 [cité le 20 mai 2018] Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 1397. 102 pp. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis. Disponible: <https://uu.divaportal.org/smash/get/diva2:1158668/FULLTEXT01.pdf>
33. Osborn CY, Cavanaugh K, Wallston KA, Kripalani S, Elasy TA, Rothman RL et al. Health literacy explains racial disparities in diabetes medication adherence. J Health Commun. 2011;16 Suppl 3:268-78. [En ligne] doi: 10.1080/10810730.2011.604388.
34. Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G, Gentilini M. La santé des populations vulnérables. Paris: Ellipses; 2017.15.
35. Institut national de la statistique et des études économiques Insee. Insee.fr [En ligne]. Paris: Insee; 2017[cité le 18 octobre 2017]. Disponible: <https://www.insee.fr>
36. Organisation Mondiale de la Santé OMS [En ligne]. Genève: OMS; 2018. Migrations et santé: questions-réponses; 2018 [cité le 18 octobre 2017]. Disponible: <http://www.who.int/features/qa/88/fr/>
37. Fosse S, Fagot-Campagna A. Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine en France métropolitaine : enquête décennale santé 2002-2003 et enquêtes santé et protection sociale 2002 et 2004. Institut de veille sanitaire [En ligne]. 2011[cité le 18 octobre 2017]. Disponible: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7620
38. L'assurance maladie. Ameli.fr [En ligne]. Paris: Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés(Cnamts); 2017. Le traitement du diabète; 2017[mis à jour le 12 mars 2017; cité le 6 novembre 2017]. Disponible: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/diabete/diabete-traitement>
39. Haute autorité de santé HAS [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. Synthèse, guide parcours de soin diabète de type 2 de l'adulte; 2014 [cité le 6 novembre 2017]. Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/synthese_guide_pds_diabete_t_2_web.pdf
40. Légifrance, le service public de l'accès au droit [En ligne]. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789[cité 6 nov 2017]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789>
41. Haut Conseil de la Santé Publique HCSP. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité [En ligne]. Paris: HCSP; 2009 [cité le 6 novembre 2017]. Disponible: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>
42. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ANAES. Principe du dépistage du diabète de type 2 [En ligne]. 2003 [cité 6 nov 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/diabete_rap_2003.pdf
43. SAMU social de Paris. Recommandations : prise en charge du diabète chez les personnes en grande précarité [En ligne]. Paris : SAMU social de Paris; 2007 [cité le 22 janvier 2018]. Disponible: https://www.samusocial.paris/sites/default/files/synthese_consensus_diabete_final-071207.pdf
44. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé INPES. Education thérapeutique du patient : modèles, pratiques et évaluations/sous la direction de Foucaud J, Bury J, Balcou-Debussche M, Eymard C. Saint-Denis: INPES; 2010.
45. Organisation mondiale de la Santé OMS bureau régional pour l'Europe. Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Copenhague: OMS; 1998.

46. Haute autorité de santé HAS [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007. Guide méthodologique : Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques; 2007 [cité le 12 décembre 2017]. Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
47. Baudier F, Leboube G. Éducation thérapeutique du patient et disease management : pour une 3e voie « à la française » ? Santé Publique. 2007;19(4):335-40.
48. Attridge M, Creamer J, Ramsden M, Cannings-John R, Hawthorne K. Culturally appropriate health education for people in ethnic minority groups with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(9):CD006424.
49. Balcou-Debussche M. De l'intérêt de questionner les dimensions didactique, organisationnelle et sociale en ETP... résultats de recherches à La Réunion et à Mayotte. Education et complexité : recherche, formation, pratiques [En ligne]. 2014 [cité le 12 décembre 2017]525–36, 2014. Disponible: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/hal-01229605/document>
50. Njeru JW, Formea CM, Osman A, Goodson M, Hared A, Capetillo GP, et al. Diabetes knowledge, attitudes and behaviors among Somali and Latino immigrants. J Immigr Minor Health. 2016;18(6):1432-40.
51. Damon J. Pauvreté et précarité en chiffre. Cahiers français [En ligne]. 2015 [cité le 17 octobre 2017]; (390): 1-7. Disponible: <http://eclairs.fr/wp-content/uploads/2016/01/2015PauvretePrecariteCF.pdf>
52. Joseph-wresinski.org [En ligne]. Baillet-en-France: Centre Joseph Wresinski Agir Tous pour la Dignité ATD Quart Monde; [cité le 17 octobre 2017]. Disponible: <http://www.joseph-wresinski.org>
53. Moulin JJ, Dauphinot D, 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 1995-2000. BEH [En ligne]. 2005, Vol.43 [cité le 20 mai 2018]. Disponible : https://www.inegalites.fr/IMG/pdf/BEH_veille_sanitaire.pdf
54. Moulin JJ, Sass C, Labbe E, Gerbaud L, Guéguen R, Dauphinot V et al. Le score EPICES : indicateur de précarité dans les centres d'examen de santé CES [En ligne]. Saint-Etienne: Centre technique d'appui et de formation des CES; 2005 [cité le 17 octobre 2017]. Disponible: http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2009/05/re_prekarite.pdf
55. Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Le rapport 2000[En ligne]. Paris: La Documentation Française; 2000 [cité le 17 octobre 2017]. Disponible sur: <http://www.onpes.gouv.fr/le-rapport-2000.html>
56. Légifrance, le service public de l'accès au droit [En ligne]. Code de Santé publique. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions [cité le 6 novembre 2017]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894>
57. Ministère des affaires sociales et de la santé. Circulaire relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé [En ligne]. Paris: Agences régionales de santé; 2013 [cité le 7 novembre 2017]. Disponible: https://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/cir_37144.pdf
58. L'assurance maladie. Ameli.fr [En ligne]. Paris: Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés(Cnamts); 2017. La protection universelle maladie ; 2017 [cité le 7 novembre 2017]. Disponible: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>
59. Légifrance, le service public de l'accès au droit. Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 [En ligne] 2015 [cité le 6 novembre 2017]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031663208&categorieLien=id>
60. Bugeja-Bloch F, Couto M-P. Que sais-je : les méthodes quantitatives [En ligne]. Paris: Presses Universitaires de France; 2015 [cité le 22 janvier 2017]. Disponible: <https://www.cairn.info/les-methodes-quantitatives--9782130631613.htm>

61. [ism-interpretariat.fr](http://www.ism-interpretariat.fr/) [En ligne]. Paris: Inter Service Migrants – Interprétariat ISM Interprétariat; 2017 [cité le 10 janvier 2018]. Disponible: <http://www.ism-interpretariat.fr/>
62. Ancelle Thierry. Statistiques épidémiologiques. 3^{ème} ed. Paris: Maloine; 2012.
63. Frappé Paul. Initiation à la recherche : association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Neuilly-Sur-Seine; GMSanté; 2011
64. De La Tribonnière X, Sandrin Berthon B, Lebel P, Dumez V. Pratiquer l'éducation thérapeutique : l'équipe et les patients. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016.
65. Vilatte JC. Méthodologie de l'enquête par le questionnaire [En ligne] 2007 [cité le 23 février 2018]. Disponible: [jcvilatte-le-questionnaire-jcv.pdf](http://www.jcvilatte-le-questionnaire-jcv.pdf)
66. Bourdieu P (sous la direction de). La misère du Monde. Paris: Éditions du Seuil, 1993.
67. Fournier C, Attali C, Bocquet-Chabert A, Mosnier-Pudar H, Aujoulat I, Fagot-Campagna A, pour le groupe d'experts « démarche éducative » de l'Inpes. Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred [En ligne]. Bull Epidemiol Hebd; 2009 [cité le 28 mars 2018]. Disponible: http://www.invs.sante.fr/beh/2009/42_43/index.htm
68. Jaffiol C, Fontbonne A, Vannereau D, Olive JP, Passeron S. Diabetes and social deprivation. [En ligne] Bull Acad Natl Med; 2012 [cité le 28 mars 2018]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23550455>
69. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Numéro thématique - Les enquêtes Entred: des outils épidémiologiques et d'évaluation pour mieux comprendre et maîtriser le diabète. BEH. Novembre 2009; N°42-43. p 450-72.
70. Tapié de Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N et al. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. BEH [En ligne]. Septembre 2017, Vol.19-20 [cité le 20 mai 2018]. Disponible : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_4.html
71. Haute autorité de santé HAS [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. Fiche Mémo, Evaluation du risque cardiovasculaire; 2017 [cité le 22 avril 2018]. Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir4/fiche_memo_-_evaluation_du_risque_cardiovasculaire.pdf
72. Haute autorité de santé HAS [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013. Fiche mémo Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2; 2013 [cité le 20 mai 2018] Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04_synth_diabete_type_2_objectif_glycemique_messages_cles.pdf
73. Taisne E. Freins à la prévention du pied diabétique en médecine générale : Etude qualitative auprès de médecins. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale] Lille. Faculté de médecine Henri Warembourg, Lille 2 ; 2017.
74. Yeh A, Shah-Manek B, Lor KB. Medication regimen complexity and A1C goal attainment in underserved adults with type 2 diabetes. Ann Pharmacother. 2016 Feb;51(2):111-117. doi: 10.1177/1060028016673652
75. Vaughan EM, Johnston CA, Hyman DJ, Hernandez DC, Hemmige V, Foreyt JP. Dual Therapy Appears Superior to Monotherapy for Low-Income Individuals With Newly Diagnosed Type 2 Diabetes. J Prim Care Community Health. 2017 Oct;8(4):305-311. doi: 10.1177/2150131917745760
76. Mayoka Massengo N, Prise en charge du diabète de type 2 chez les patients précaires : de l'étude d'une particularité d'une population de la permanence d'accès aux soins de santé de Strasbourg à l'amélioration des pratiques. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale]
77. Solidaires pour l'habitat SOLIHA Un chez soi d'abord [En ligne] Toulouse; SOLIHA. 2017 [cité le 25 mai 2018] Disponible: <http://www.soliha31.fr/nos-actions/gestion-locative-sociale/un-chez-soi-dabord/>

78. Debaty I, Baudrant M, Benhamou P-Y, Halimi S. Évaluation de la qualité de vie en éducation thérapeutique du patient diabétique : intérêts et limites des échelles de mesure standardisées. MMM 291-293 [En ligne] 2008 [cité me 22 avril 2018] doi: 10.1016/S1957-2557(08)71675-4
79. Fournier C, Chabert A, Mosnier-Pudar H, Aujoulat I, Fagot-Campagna A, Gautier A, Etude ENTRED 2007-2010 Résultats du module « information et éducation » [En ligne] 2011. Disponible: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/pdf/rapport-entred.pdf>
80. Corbeau C, Boegner C, Fassier M, Parada Bonte F, Mohammed R. Solidarité diabète : patients et professionnels, partenaires dans l'éducation thérapeutique de personnes diabétiques en situation de précarité. Santé Publique 225-233 [En ligne] 2013 [cité le 28 Mars 2018] doi:10.3917/spub.133.0225
81. Pessel-Nobrega M, Raymond F. Accompagnement - Diabète et précarité. EMconsult 2017 [En ligne] doi: SOINS-04-2010-55-744S-0038-0814-101019-201000304
82. Ambrosino F, Barrière C, Danan JL, Lecointre B, Hue G, Meury P et al. Compétences attendues de l'infirmière de pratique avancée en France : recommandations d'experts à partir d'une étude Delphi modifiée. ScienceDirect [En ligne]. 2018 [cité le 23 mai 2018]; Disponible: <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2017.11.003>
83. Goguen J, Gilbert J. Urgences hyperglycémiques chez l'adulte. Comité d'experts des lignes directrices de pratique clinique de l'association canadienne du diabète. ScienceDirect [En ligne]. 2013 [cité le 23 mai 2018]; Disponible: <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2017.11.003>
84. Vigouroux L. Les patients accepteraient-ils d'être reçus en préconsultation par un(e) assistant médical(e) avant une visite chez leur médecin généraliste ? Enquête auprès de 3 cabinets de la région Occitanie. [Thèse d'exercice, Médecine Générale] Montpellier : Université de Montpellier, Faculté de Médecine; 2017.
85. Haute autorité de santé HAS [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. Fiche mémo Évaluation du risque cardiovasculaire; 2017 [cité le 20 mai 2018] Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir4/fiche_memo_-_evaluation_du_risque_cardiovasculaire.pdf
86. Jocteur-Monrozier F, Etude PASS MT-2016. Congrès National des PASS 2017. Toulouse; 2017.
87. Flye Sainte MC, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. Santé Publique, 2015/5 (Vol. 27), p. 679-690. DOI : 10.3917/spub.155.0679
88. DMP Le Dossier Médical Partagé. dmp.gouv.fr [En ligne]. Paris: Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés; [cité le 22 avril 2018]. Disponible: <http://www.dmp.gouv.fr/web/dmp/structure-de-soins/decouvrir-le-dmp>
89. Chauvin P. Au-devant, auprès et avec. La nécessité de développer de nouvelles pratiques et de nouveaux métiers conjuguant outreach, proximité et accompagnement dans le système de soins. Innover contre les inégalités de santé. Rennes : Presses de l'EHESP; 2012. doi:10.3917/ehesp.brech.2012.01.0377.
90. Novascopia. Evaluation du programme national de médiation sanitaire, rapport final. [En ligne] 2016 [cité le 28 mars 2018] Disponible : <http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2016/12/Evaluation-finale-PNMS-2016-rapport.pdf>

7 Annexes

Annexe 1 : Score EPICES

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	Etes-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...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	- 6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	- 7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	- 7,10	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 ?	- 7,10	0
	Constante	75,14	

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Le degré de précarité est évalué selon 5 paliers correspondant aux quintiles des valeur du score :

Premier quintile : de 0,0 à 7,1

Second : de 7,11 à 16,56

Troisième : de 16,57 à 30,17

Quatrième : de 30,18 à 48,52

Cinquième : de 48,53 à 100

Sont considérées en précarité les patients ayant un score se situant au 4^{ème} quintile et en grande précarité dans le 5^{ème} quintile.

Source : Sass C, Guéguen R, Moulin J, Abric L, Dauphinot V, Dupré C et al. (2006). Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examen de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. *Santé Publique*, vol. 18,(4), 513-522. doi:10.3917/spub.064.0513.

Annexe 2 : Objectif d'HbA1c, recommandations HAS 2013

Objectifs glycémiques selon le profil du patient

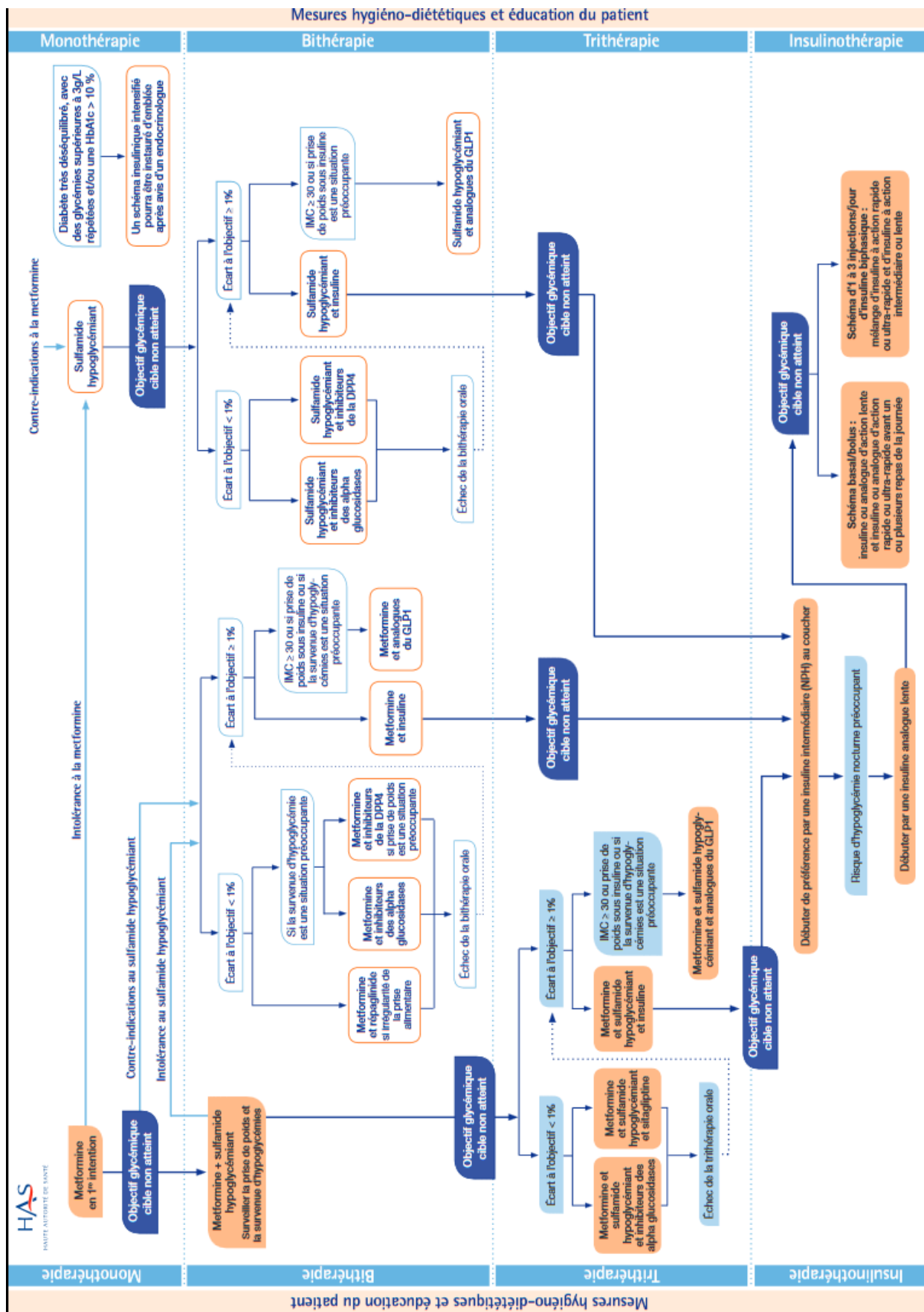
Profil du patient		HbA1c cible
Cas général	La plupart des patients avec DT2	≤ 7 %
	DT2 nouvellement diagnostiqué, dont l'espérance de vie est > 15 ans et sans antécédent cardio-vasculaire	≤ 6,5 % ¹
	DT2 : <ul style="list-style-type: none"> avec comorbidité grave avérée et/ou une espérance de vie limitée (< 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 alphaglycosidases).

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.

Source : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04_synth_diabete_type_2_objectif_glycemique_messages_cles.pdf

Annexe 3 : Stratégie médicamenteuse, recommandations HAS



Source : www.has-sante.fr

Annexe 4 : Questionnaire

PATIENT N° _ _

DATE : / /

Madame, Monsieur,

Afin de mieux connaître les problèmes que peuvent rencontrer les personnes qui vivent avec un diabète, nous réalisons une étude auprès des patients diabétiques accueillis la PASS de Montpellier.

Avec votre accord, nous vous poserons des questions sur ce que vous pensez du diabète et sur vos habitudes de vie. Ce questionnaire est anonyme. À tout moment, vous pouvez décider de retirer votre participation, ou poser vos questions en contactant la PASS de Montpellier.

Situation : isolé(e) / isolé(e) + enfant / couple / couple + enfants / mineur(e)/ mineur(e) isolé(e)

Condition de logement :

personnel / chez un tiers / hébergement social / rue / caravane / squat / hébergement d'urgence

Ressource : aucune / salaire / retraite / RSA / AAH / bourse / autre :

Demande d'asile : oui/non

Francophone : oui / non

Utilisation d'ISM pour le questionnaire : oui / non

Sexe : H / F

Age : _ _ ans

Ancienneté du diabète : _ _ années

HTA (traitée ou non) : oui / non

Tabagisme actif : oui / non

IMC :

Suivi antérieur du diabète : aucun / médecin généraliste / endocrinologue / autre

Traitement par ADO : oui / non

Traitement par Insuline : oui / non

HbA1c :

Complications du diabète connues :

1. Qu'est-ce que le diabète ?

2. Pensez-vous que le diabète est une maladie grave ?

Oui

Non

Je ne sais pas

3. Pensez-vous que le diabète est une maladie qui dure toute la vie ?

Oui

Non

Je ne sais pas

4. Pensez-vous que le diabète est une maladie familiale ?

Oui

Non

Je ne sais pas

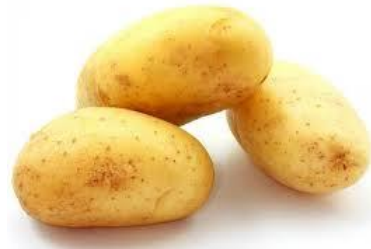
5. Actuellement, diriez-vous que votre diabète vous préoccupe :

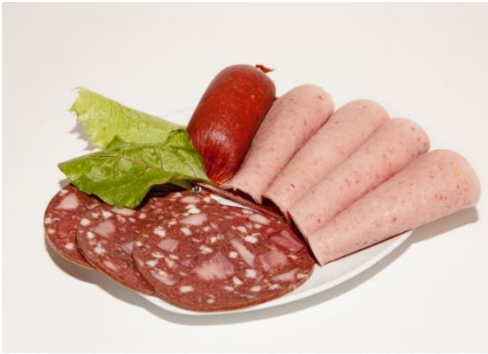
Pas du tout Un peu Beaucoup

6. Actuellement diriez-vous que vous avez envie de vous occuper de votre diabète :

Pas du tout Un peu Beaucoup

7. Parmi les aliments suivants, entourez ceux qui contiennent du sucre :





8. Depuis que vous êtes diabétique, avez-vous modifié vos habitudes alimentaires ?

Non -> **passez directement à la question 10.**

Oui -> **répondez à la question 9.**

9. Qu'avez-vous changé dans vos habitudes alimentaires ? (Plusieurs réponses possibles)

J'ai diminué les quantités

Je ne mange plus entre les repas

Je mange moins d'aliments sucrés

Je mange plus de légumes

Autre Précisez : _____

10. Pensez-vous que vous devriez changer vos habitudes alimentaires ?

Non -> **passez directement à la question 12.**

Oui -> **répondez à la question 11.**

Je ne sais pas -> **passez directement à la question 12**

11. Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas modifié vos habitudes ? (Plusieurs réponses possibles)

Mes habitudes sont bonnes

Je ne sais pas comment faire

Manger équilibré coûte trop cher

Je ne souhaite pas changer mes habitudes

Je ne choisis pas ce que je mange

Je ne veux pas imposer mon régime à mon entourage

Autre Précisez : _____

12. Depuis que vous êtes diabétique, avez-vous modifié votre activité physique ?

Non -> **passez directement à la question 14.**

Oui -> **répondez à la question 13.**

13. Qu'avez-vous changé dans votre activité physique ? (Plusieurs réponses possibles)

Je marche plus qu'avant

Je pratique un sport

Autre Précisez : _____

14. Pensez-vous que vous devriez changer votre activité physique ?

Non -> **passez directement à la question 16.**

Oui -> **répondez à la question 15.**

Je ne sais pas -> **passez directement à la question 16.**

15. Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas modifié vos habitudes en termes d'activité physique ? (Plusieurs réponses possibles)

Mes habitudes sont bonnes

Je ne sais pas comment faire

Cela coûte trop cher

Je ne souhaite pas changer mes habitudes

Mes problèmes de santé m'empêchent de pratiquer une activité physique

Je n'ai pas le temps de pratiquer une activité physique régulière

Autre Précisez: _____

16. Combien de temps estimez-vous marcher par jour ?

Moins de 30min

30 min ou plus

17. Depuis que vous êtes diabétique, avez-vous perdu du poids ?

Non -> répondez à la **question 18.**

Oui -> passez directement à la **question 19.**

18. Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas perdu de poids ? (Plusieurs réponses possibles)

Je n'ai pas besoin de perdre du poids

Je ne sais pas comment faire

Je ne souhaite pas perdre de poids

Autre Précisez : _____

19. Prenez-vous des médicaments pour le diabète ?

Oui

Non

Je ne sais pas

20. Savez-vous les nommer sans regarder votre ordonnance ?

Oui

Non

21. Vous arrive-t-il de ne pas prendre ces médicaments ?

Non -> passez directement à la **question 23.**

Oui -> répondez à la **question 22.**

22. Pour quelle(s) raison(s) ne les prenez-vous pas ? (Plusieurs réponses possibles)

J'oublie de les prendre

Je n'ai plus d'ordonnance

Ils me donnent des effets secondaires

Ils coûtent trop cher

Autre Précisez : _____

23. Comment savez-vous si votre diabète va bien ? (Plusieurs réponses possibles)

Parce que je me sens bien

Parce que ma glycémie capillaire (mesure du sucre au bout du doigt) est bonne

Parce que mon hémoglobine glyquée (moyenne des glycémies) est bonne

Autre Précisez: _____

Je ne sais pas

24. Dans le cadre du suivi de votre diabète, avez-vous déjà eu des examens complémentaires concernant les organes suivants :

Le cœur

Les yeux

Les artères des membres inférieurs et/ou du cou

Les reins

Je ne sais pas

25. Vous estimez vous suffisamment informé(e) sur le diabète ?

Oui Non

26. Seriez-vous intéressé(e) par un programme d'information sur le diabète s'il vous était proposé ?

Oui

Non

Je ne sais pas

27. Quelles en seraient pour vous les caractéristiques souhaitables parmi les suivantes ?

	Souhaitable	Indifférent	Non souhaitable
Individuel			
En groupe de patients			
Avec des patients qui parlent la même langue que moi			
A l'hôpital			
Près de chez moi			
Autre(s) :			

28. Quels sont le(s) thème(s) que vous souhaiteriez voir abordé(s) ?

	Très intéressé(e)	Intéressé(e)	Pas intéressé(e)
Le diabète et ses conséquences			
L'alimentation			
L'activité physique			
Les médicaments			
La surveillance et le suivi du diabète			
Autre(s) :			

Avez-vous des remarques ?

Merci pour votre participation.

Annexe 5 : Tableau brut des données médicosociales

situation familiale	isolé	isolé	isolé	isolé	isolé avec enfant	couple	couple avec enfant	couple avec enfant	isolé	couple	isolé	couple	isolé	isolé	couple	isolé	couple avec enfant	couple	isolé	isolé avec enfant		
ressources	aucune	aucune	aucune	aucune	aucune	aucune	aucune	aucune	allocation vieillesse	aucune	aucune	allocation vieillesse	aucune	aucune	autre : ferraille	aucune	aucune	aucune	aucune	aucune		
condition de logement	hébergement social	personnel	bidonville	rue	tiers	rue	personnel	hébergement social	tiers	hébergement social	tiers	hébergement social	tiers	tiers	personnel	bidonville	hébergement social	hébergement social	tiers	hébergement d'urgence	bidonville	
demande d'asile	oui	non	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	non	non	non	oui	non	non	non	non	
traduction par un tiers	non	non	non	non	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	
ISM	oui	non	oui	oui	non	oui	non	oui	non	oui	oui	oui	non	non	oui	non	oui	oui	non	non	oui	
francophone	non	oui	non	non	non	non	oui	non	oui	non	non	non	oui	non	non	oui	non	non	oui	non	non	
ancienneté du diabète en années	0,5	8	6	1,5	20	0,8	2	6	25	0,16	11	0,16	3	17	3	2	5	11	5	7	1	7
suivi antérieur du diabète	aucun	médecin généraliste	aucun	aucun	endocrinologue	médecin généraliste	endocrinologue	endocrinologue	médecin généraliste et endocrinologue	aucun	aucun	médecin généraliste et endocrinologue	médecin généraliste	médecin généraliste et endocrinologue	médecin généraliste	endocrinologue	médecin généraliste	endocrinologue	aucun	médecin généraliste	aucun	aucun
AOMI	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	oui
plaie de pied	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
néphropathie diabétique	non	non	non	non	non	non	non	oui	non	non	non	non	non	oui	non	non	non	non	non	non	non	non
rétinopathie diabétique	non	non	non	non	non	non	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
cardiopathie ischémique	oui	oui	oui	non	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
HbA1c en %	7,9	7,6	8,4	7,2	7,4	8,5	5,5	8,4	6,5	10,7	10,7	10	6,6	9,5	5,8	8,3	6,9	7,1	8	8,7	10,3	6,7
traitement par insuline	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	oui	non	non	non	oui	non	non	non	non
traitement par ADO	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
tabagisme actif	non	non	oui	oui	non	non	non	non	non	non	non	oui	oui	oui	oui	non	oui	non	non	non	non	oui
HTA	non	oui	oui	non	oui	oui	non	oui	oui	non	non	non	non	oui	oui	non	oui	non	non	non	non	oui
IMC en kg/m ²	31	22	42	22	29	32	27	31	18	34	28	25	29	26	29	21	30	37	35	26	21	29
sexe	homme	homme	homme	homme	femme	homme	femme	homme	femme	femme	femme	femme	homme	homme	femme	femme	homme	homme	homme	homme	homme	femme
âge en années	50	56	55	32	59	54	57	38	54	45	33	41	38	46	45	19	44	37	62	63	41	58
numéro d'identification du patient	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Annexe 6 : Réponses à la question 1 « Qu'est-ce que le diabète »

Patient 1 : *"Une mauvaise maladie."*

Patient 2 : *"Un surplus de sucre dans le sang."*

Patient 3 : *"Une maladie qui fait souffrir, qui donne faim et soif et on ne peut pas manger ce qu'on veut."*

Patient 4 : *"Un taux de sucre trop important dans le sang."*

Patient 5 : *"C'est le sucre."*

Patient 6 : *"C'est une maladie mais je n'en sais pas plus."*

Patient 7 : *"C'est quand on a du sucre dans le sang."*

Patient 8 : *"Je sais que c'est une maladie grave, je ne sais pas vous l'expliquer en une phrase."*

Patient 9 : *"C'est le sucre dans le sang."*

Patient 10 : *"Je n'en ai aucune idée."*

Patient 11 : *"Une maladie qui attaque les organes et on peut en mourir."*

Patient 12 : *"C'est le sucre."*

Patient 13 : *"Une maladie à soigner vite sinon elle a des conséquences sur la santé."*

Patient 14 : *"Un mauvais fonctionnement du pancréas d'où une mauvaise sécrétion d'insuline donc un mauvais équilibre du sucre dans le sang qui abime les organes."*

Patient 15 : *"Le pancréas ne produit pas d'insuline."*

Patient 16 : *"Une maladie incurable, le corps ne produit pas d'insuline et la glycémie monte."*

Patient 17 : *"Une maladie qui ne fait pas de douleur mais que l'on doit traiter et faire un régime."*

Patient 18 : *"Une maladie chronique, on ne mange pas comme les autres gens."*

Patient 19 : *"La maladie du sucre."*

Patient 20 : *"C'est quand on mange des sucreries, quand on n'équilibre pas son alimentation et qu'on ne fait pas de sport."*

Patient 21 : *"C'est le pancréas qui marche pas bien et manger du sucre c'est pas bien."*

Patient 22 : *"Cela a à voir avec le sang mais je ne sais pas, le médecin ne m'a pas expliqué."*

Annexe 7 : Remarques des patients

Patient 2 : *" Il faut sensibiliser en faisant de la prévention à la télévision par exemple."*

Patient 6 : *" Ce qui m'intéresse c'est les conséquences du diabète. Je n'ai aucune information sur la maladie, ce que je risque."*

Patient 9 : *" Pouvoir échanger avec d'autres patients diabétiques pour savoir s'ils font comme moi."*

Patient 10 : *"Je veux le meilleur pour ma santé."*

Patient 12 : *" J'ai des problèmes de logement et je ne peux pas acheter ce que je veux comme nourriture."*

Patient 15 : *" J'aimerais avoir des informations concrètes rapidement."*

Patient 17 : *"J'ai conscience que je dois être motivée pour m'occuper de mon diabète."*

Patient 18 : *" Le questionnaire donne envie de s'informer."*

Patient 19 : *" Je dois avoir de l'aide pour savoir quoi faire avec ma maladie." " Je voudrais parler de mes problèmes de tension et je voudrais un ticket de bus gratuit par rapport à ma maladie."*

Patient 20 : *" Donnez-moi le régime que je dois suivre."*

Patient 21 : *" Il souhaite être autonome, il serait intéressé mais n'a pas le temps"*

Patient 22 : *"Un membre de ma famille est diabétique et s'est fait amputé des orteils (pleurs)" "Est-ce que le diabète va guérir un jour ?" "Pour toutes les maladies que j'ai est-ce que je peux avoir une pension ?"*

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.*

Résumé

Introduction

Le diabète de type 2 (DT2) touche particulièrement les personnes en situation de précarité – pourtant moins étudiées que la population générale – justifiant notre question de recherche « Quelles sont les caractéristiques des patients diabétiques de type 2 accueillis à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de Montpellier ? ».

Méthode

Cette étude transversale descriptive prospective par questionnaire anonymisé a été réalisée en face à face avec interprétariat téléphonique. L'objectif principal était de décrire les patients ayant un DT2 connu, accueillis à la PASS de Montpellier sur un an.

Résultats

Vingt-deux patients ont été interrogés : 13 hommes et 9 femmes, avec comme âge médian 45,5 ans. Ils étaient en majorité obèses ou en surpoids. L'HbA1c médiane était de 7,95%. Les complications concernaient 36 % des patients. Ils étaient isolés dans 59,1% des cas et 86,4% étaient sans ressource. Seuls 13,6% avaient un domicile fixe et 68% n'étaient pas francophones. Le diabète était « *une maladie grave* » pour 81,8% des interrogés et préoccupait « *beaucoup* » 72,7% d'entre eux. La plupart avait adapté leur alimentation et leur activité physique suite au diagnostic mais reconnaissait des obstacles à l'application des règles hygiéno-diététiques. Ils manquaient de clés d'évaluation de l'équilibre du DT2. Tous étaient intéressés par un programme d'information.

Conclusion

Les patients diabétiques de la PASS de Montpellier cumulent les vulnérabilités. Malgré ce, leur préoccupation de la maladie est importante et leur demande d'information forte. L'orientation vers une éducation thérapeutique adaptée pourrait améliorer l'équilibre glycémique et renforcer le lien social.

Mots-clefs : caractéristiques – Permanence d'Accès aux Soins de Santé – diabète de type 2 – Education Thérapeutique du Patient – médecin généraliste – patients – précarité – inégalités sociales de santé

Abstract

Introduction

Type 2 diabetes mellitus (T2DM) particularly affects people in state of social deprivation, yet less studied than the general population, justifying our research question «What are the characteristics of patients with type 2 diabetes who are admitted to the *Permanence d'Accès aux Soins de Santé* (PASS) of Montpellier? ».

Method

This prospective descriptive cross-sectional study was conducted thanks to a face-to-face anonymized questionnaire with telephone interpreting. The main objective was to describe the patients with a known T2DM cared at the PASS for one year.

Results

Twenty-two patients were interviewed: 13 men and 9 women, with a median age of 45.5 years. They were mostly obese or overweight. The median glycated hemoglobin was 7.95%. The complications concerned 36% of the patients. They were socially isolated in 59.1% of cases and 86.4% had no financial resources. Only 13.6% had a fixed address and 68% were not French-speaking. Diabetes was « *a serious illness* » for 81.8% of respondents and « *very much concerned* » 72.7% of them. Most had adapted their diet and physical activity following the diagnosis but recognized obstacles to the application of dietary rules. They lacked keys to assess the balance of T2DM. All were interested in an information program about T2DM.

Conclusion

The diabetic patients of the PASS of Montpellier combine social vulnerabilities. Despite this, they are concerned about the disease and have a strong demand for information. An appropriate therapeutic education could improve glycemic balance and contribute to strengthen the social bond.

Keywords: characteristics – type 2 diabetes mellitus – therapeutic education – general practitioner – patients – deprivation – social inequality of health