



HAL
open science

Attentes des patients de la maison d'arrêt de Nîmes dans la prise en charge de leur diabète de type 1 ou 2 traité pharmacologiquement : analyse qualitative thématique avec entretiens individuels semi-directifs

Hélène Vidal

► To cite this version:

Hélène Vidal. Attentes des patients de la maison d'arrêt de Nîmes dans la prise en charge de leur diabète de type 1 ou 2 traité pharmacologiquement : analyse qualitative thématique avec entretiens individuels semi-directifs. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03246423

HAL Id: dumas-03246423

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03246423>

Submitted on 2 Jun 2021

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

Hélène VIDAL

le 5 Décembre 2018

**ATTENTES DES PATIENTS DE LA MAISON D'ARRET DE NÎMES DANS
LA PRISE EN CHARGE DE LEUR DIABETE DE TYPE 1 OU 2 TRAITÉ
PHARMACOLOGIQUEMENT
ANALYSE QUALITATIVE THEMATIQUE AVEC ENTRETIENS INDIVIDUELS
SEMI-DIRECTIFS**

Directrice de thèse : Dr KINNE Mélanie

JURY

Président :	Pr Michel AMOUYAL	Professeur Universitaire - Médecine Générale
Assesseurs :	Pr Antoine AVIGNON	Professeur Universitaire - Praticien Hospitalier
	Dr Philippe SERAYET	Maître de Conférence Associé de Médecine Générale
	Dr Mélanie KINNE	Praticien Hospitalier Contractuel - Médecine Générale

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE
Présentée et soutenue publiquement

Par

Hélène VIDAL

le 5 Décembre 2018

**ATTENTES DES PATIENTS DE LA MAISON D'ARRET DE NÎMES DANS
LA PRISE EN CHARGE DE LEUR DIABETE DE TYPE 1 OU 2 TRAITÉ
PHARMACOLOGIQUEMENT
ANALYSE QUALITATIVE THEMATIQUE AVEC ENTRETIENS INDIVIDUELS
SEMI-DIRECTIFS**

Directrice de thèse : Dr KINNE Mélanie

JURY

Président :	Pr Michel AMOUYA L	Professeur Universitaire - Médecine Générale
Assesseurs :	Pr Antoine AVIGNON	Professeur Universitaire - Praticien Hospitalier
	Dr Philippe SERAYET	Maître de Conférence Associé de Médecine Générale
	Dr Mélanie KINNE	Praticien Hospitalier Contractuel - Médecine Générale

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DIMEGLIO Alain	MEYNADIER Jean
ALRIC Robert	DU CAILAR Jacques	MICHEL François-Bernard
ARNAUD Bernard	DUBOIS Jean Bernard	MICHEL Henri
ASTRUC Jacques	DUMAS Robert	MION Charles
AUSSILLOUX Charles	DUMAZER Romain	MION Henri
AVEROUS Michel	ECHENNE Bernard	MIRO Luis
AYRAL Guy	FABRE Serge	NAVARRO Maurice
BAILLAT Xavier	FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
BALDET Pierre	GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
BALMES Jean-Louis	GRASSET Daniel	PEGURET Claude
BALMES Pierre	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BANSARD Nicole	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BAYLET René	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BILLIARD Michel	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BLARD Jean-Marie	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BLAYAC Jean Pierre	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLOTMAN Francis	JANBON François	RIEU Daniel
BONNEL François	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BOUDET Charles	JOYEUX Henri	ROCHEFORT Henri
BOURGEOIS Jean-Marie	LAFFARGUE François	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LALLEMANT Jean Gabriel	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LAMARQUE Jean-Louis	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LAPEYRIE Henri	SANY Jacques
CALLIS Albert	LESBROS Daniel	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOPEZ François Michel	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	LORiot Jean	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	LOUBATIERES Marie Madeleine	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MAGNAN DE BORNIER Bernard	THEVENET André
CLOT Jacques	MARY Henri	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MATHIEU-DAUDE Pierre	VISIÉ Jean Pierre
DEMAILLE Jacques		
DESCOMPS Bernard		

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MILLAT Bertrand
BLANC François	MARES Pierre
BOULENGER Jean-Philippe	MONNIER Louis
BOURREL Gérard	PRAT Dominique
BRINGER Jacques	PRATLONG Francine
CLAUSTRES Mireille	PREFAUT Christian
DAURES Jean-Pierre	PUJOL Rémy
DAUZAT Michel	ROSSI Michel
DEDET Jean-Pierre	SULTAN Charles
ELEDJAM Jean-Jacques	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	VOISIN Michel
JOURDAN Jacques	ZANCA Michel
MAURY Michèle	

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
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie

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

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie

NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

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

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

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

REMERCIEMENTS

Merci aux membres du jury,
au Pr Amouyal de me faire l'honneur de présider le jury,
au Pr Avignon d'apporter son regard de diabétologue,
au Dr Serayet qui a vu la naissance de mon sujet de thèse en le présentant au Comité d'Ethique.

Merci à Mélanie, ma directrice de thèse et amie: pour m'avoir proposé le sujet déjà!, mais surtout pour tes conseils et ta patience face à mes nombreuses sollicitations. Tu as répondu présente tout au long des étapes, je ne me suis jamais sentie seule pendant ce travail. J'ai d'autant plus de respect pour toi que nous sommes de la même promotion d'internes et que je suis déjà ta deuxième thésarde! Je te souhaite plein de bonheur dans ta nouvelle vie avec ton bout de chou à venir.

Merci aux participants de l'étude qui ont tous répondu positivement à ma sollicitation, pour le temps qu'ils m'ont accordé, pour leur franchise. Merci aux surveillants pénitentiaires qui ont facilité la réalisation des entretiens.

Merci à toute l'équipe de l'USMP de Nîmes, pour votre accueil lors de mon stage de 6 mois il y a maintenant 2 ans. Votre considération, votre implication, votre travail d'équipe, votre bonne humeur, sont autant d'éléments qui ont fait de ce stage un des meilleurs souvenirs de mon internat.

Merci aux médecins qui m'ont accueillie dans leur cabinet lors de mes stages chez le praticien et en SASPAS, pour leur accueil bienveillant, pour leur confiance. Ils m'ont confortée dans mon choix de la médecine générale, m'ont montré par leurs pratiques complètement différentes toutes les possibilités qui s'offraient au médecin généraliste.

Merci au DMG de Montpellier qui m'a permis de prendre un semestre de disponibilité au cours de mon internat. Ce semestre, dédié au voyage, a été une réelle source de remotivation.

Merci à tous les co-internes croisés au cours de l'internat :

A l'équipe Mendoise, l'équipe d'exilés de premier semestre d'internat. On a gardé peu de contact mais j'associe toujours ces 6 premiers mois à votre bonne humeur. Avec une pensée plus particulière pour mes co-internes de stage, Lucile, et Adriel qui m'étonnera toujours par sa gentillesse, sa serviabilité, sa disponibilité.

A l'équipe des urgences de Narbonne, stage qui s'est révélé bien sympa , avec des personnalités souriantes, motivées et motivantes.

A Seb, pour ces 6 mois en prison, une bien belle rencontre. J'ai passé un super stage en grande partie grâce à toi.

Merci aux Frontaux, la famille d'externat, parce que vous êtes indéniablement liés à ces 10 dernières années, certes de dur labeur, mais aussi et surtout pour le reste : les soirées déjantées, les descentes en planche à voile dans la cours de la fac, les soirées films, les confidences, les histoires à l'amour gloire et beauté, les révisions en P2 à la bibliothèque avec le pot de Nutella caché dans le plafond, les virées en Ardèche, les blagues nulles, les pauses café au caféterium... Quand je regarde aujourd'hui le chemin parcouru, je suis fière de vous, et reconnaissante que notre aventure continue encore, même si on ne peut plus se dire "RDV dans 1h chez Tonton" !

Merci à Alex et Stef, amies des années lycée. A Alex pour ta bonne humeur, ta curiosité. A stef, on a partagé le stress et la joie de réussir la première année. Ton soutien, ta détermination ont été des piliers pour moi cette année là et aujourd'hui je suis admirative de ton parcours. A toutes les deux, je ne donne pas souvent de nouvelles, mais chaque fois qu'on se retrouve j'ai l'impression qu'on s'est quittées la veille, merci pour ça.

J'ai également une pensée pour les personnes perdues de vue après le début de ces études mais que je n'oublie pas, parce que la première année est prenante, parce que les suivantes ne le sont pas moins, que les vies continuent leur cours ou prennent de nouvelles directions. Cette tendre pensée est pour la famille Grasset.

Merci à ma famille,

A mes Grands Parents, qui me pardonnez de ne pas donner souvent de nouvelles!,

A Juju, pour ton soutien, pour nos confidences, pour nos débriefs médicaux , pour ta force de caractère,

A ma Belle Famille, pour votre humour, votre auto-dérision, votre gentillesse, votre soutien, votre générosité, votre esprit de compétition qui me rappelle que je n'en ai pas, pour votre accueil depuis toujours qui me fait me sentir chez moi...et puis pour votre fils, accessoirement.

A ma sœur Marion et mes parents, qui m'ont toujours soutenue au cours de toutes ces années. J'ai vécu avec vous les larmes de la première P1 et les pas dansants de la deuxième. Des années de P1 aux stages d'internat en passant par le concours des ECN, j'ai toujours pu compter sur vous, dans les bons moments comme dans les plus difficiles. Vous êtes un socle sur lequel je peux me reposer. Si je suis aujourd'hui épanouie c'est en grande partie grâce à vous.

A Edwin, pour tout ce que tu m'apportes depuis presque 10 ans. Ton assurance (même au bluff que je sais reconnaître maintenant), ta confiance, ton absence de stress ont été des forces pour moi tout au long de ces études qu'on aura vécues ensemble, et le sont aujourd'hui encore. Ton écoute attentive est toujours source de réconfort. Ta capacité à avoir toujours des projets, des plus simples aux plus fous, et les accomplir me rappelle que tout (ou presque) est possible quand on s'en donne

les moyens et que la vie est trop courte pour ne pas tenter de réaliser ses rêves. La vie est douce et (presque) simple à tes côtés (du moins jusqu'à la prochaine transat!).

A Abigaïl, pour ta joie de vivre, pour ton sourire, pour tes câlins, pour ton espièglerie,

Pour l'avenir.

Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS.....	4
I -INTRODUCTION.....	5
1)Le milieu carcéral.....	5
a)Le dispositif pénitentiaire en France.....	5
b)L'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP).....	5
c)L'absence de dispositif de surveillance de la santé des personnes incarcérées.....	7
d)Les contraintes médicales liées au milieu carcéral.....	8
2)Le diabète.....	8
a)Généralités sur le diabète type 1 et type 2	8
b)Prévalence du diabète dans la population générale en France	11
c)État des lieux des connaissances sur le diabète en prison.....	12
d)Un enjeu de santé publique.....	13
3)L'Éducation Thérapeutique du Patient.....	13
a)Contexte.....	13
b)Cadre réglementaire pour élaborer un programme d'ETP en Occitanie	14
c)L' ETP en prison.....	14
4)Problématique.....	15
5)Objectifs de l'étude	15
a)Objectif principal.....	15
b)Objectif secondaire.....	15
II -METHODE.....	16
1)L'équipe de recherche.....	16
2)La validation de l'étude.....	16
3)Une étude qualitative thématique.....	16
4)Les participants.....	17
a)Inclusion des participants.....	17
b)Prise de contact.....	17
c)Taille de l'échantillon.....	17
5)Recueil des données.....	18
a)Les entretiens individuels semi-directifs.....	18

b)Contexte des entretiens.....	18
c)Le guide d'entretien.....	18
d)Enregistrement audio.....	20
e)Retranscription des entretiens.....	20
f)Retour des retranscriptions.....	20
6)Analyse des données.....	21
III - RESULTATS.....	22
1)Recrutement des participants.....	22
2)Recueil des données.....	22
a)Les entretiens.....	22
b)Seuil de saturation des données.....	23
3)Caractéristiques des participants.....	23
4)Résultats pour l'objectif principal.....	24
a)La considération du patient comme une personne avant tout.....	24
b)L'évolution permanente des connaissances du patient.....	26
c)La prise en compte de l'importance de l'accompagnement.....	28
d)Le savoir vivre avec sa maladie	33
e)La compréhension et gestion de son traitement.....	37
f)La prise en compte de l'aspect psychologique.....	40
5)Résultats pour l'objectif secondaire : l'abord des attentes des patients sur les ateliers.....	44
a)Les attentes sur la forme des ateliers.....	44
b)Le contenu des ateliers suggéré par les patients.....	44
6)Résumé des résultats.....	47
a)Objectif principal.....	48
b)Objectif secondaire : appréhender les attentes des patients vis à vis des ateliers.....	49
IV -DISCUSSION.....	50
1)Forces et faiblesses de l'étude.....	50
a) Forces de l'étude.....	50
b)Faiblesses de l'étude.....	51
2)Résultats commentés et comparaison à la littérature.....	51
a)Concernant l'objectif primaire.....	51
b)Concernant l'objectif secondaire.....	55
3)Extrapolation des résultats.....	57
4)Perspectives.....	57

V -CONCLUSION.....	59
BIBLIOGRAPHIE.....	61
ANNEXES.....	64
RESUME.....	73

LISTE DES ABREVIATIONS

ADO : Anti-Diabétique Oral

ARS : Agence Régionale de Santé

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1C: Hémoglobine glyquée

HPST : loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

MA: Maison d'Arrêt

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RHD : Règles Hygiéno-Diététiques

UCSA : Unité de Consultation en Soins Ambulatoires

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

I - INTRODUCTION

1) Le milieu carcéral

a) Le dispositif pénitentiaire en France

Selon les données du Ministère de la Justice, au 1er Janvier 2017 en France, on comptait 182 établissements pénitentiaires dont (1) :

- 50 maisons d'arrêt (MA) : elles reçoivent les prévenus (en attente de jugement) et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur ou égal à deux ans.
- 95 établissements pour peine dont : les centres de détention pour les condamnés à plus de deux ans avec de bonnes perspectives de réinsertion, les maisons centrales recevant les condamnés les plus difficiles, les centres pénitentiaires qui sont des établissements mixtes (MA, Centre Détention et/ou Maison Centrale), les centres de semi-liberté autonomes où les détenus sont autonomes la journée (formation, projet professionnel, obligations médicales...)
- 6 établissements pénitentiaires pour mineurs
- 1 établissement public de santé national à Fresnes relevant du Ministère de la Santé.

La population pénitentiaire au 1er Janvier 2018 était de 79 785 (personnes écrouées) dont 68 974 personnes détenues. (2)

On note une augmentation de 1,3% de personnes écrouées et de 0,8% de personnes détenues par rapport à janvier 2017.

La durée moyenne de détention en France, toute détention confondue, en 2016 était de 9,7 mois.

b) L'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP)

*** Généralités**

Dans le cadre de la *loi du 18 Janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale*, qui a posé le principe du transfert de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au ministère chargé de la santé, ont été créées les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) chargées de prendre en charge médicalement les détenus. Les UCSA ont été renommées

Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP) en 2012. Elles sont situées au sein même des établissements pénitentiaires, sont rattachées au service public hospitalier de proximité et dépendent donc du Ministère de la Santé.

La loi "*Hôpital, patients, santé et territoires*" de 2009 (3) a confirmé l'importance des soins en milieu pénitentiaire en la définissant comme une des quatorze missions de service public.

Le constat était le suivant : "les personnes sous main de justice doivent avoir accès à une qualité de soins équivalente à celle de la population générale."

La mission des USMP comprend les soins somatiques et psychiatriques, l'hygiène, la prévention, l'éducation pour la santé et la continuité des soins.

Pour aider les professionnels de santé en milieu pénitentiaire, un "*guide méthodologique pour la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*" est publié dès 1994 par les Ministère de la Santé et de la Justice. Sa 4e et dernière version date de 2017. (4)

* Organisation de l'USMP à la prison de Nîmes

- Équipe médicale

L'USMP est un service hospitalier dépendant du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes. Les psychiatres sont rattachés au Centre hospitalier du Mas Careiron à Uzès.

L'unité se situe au sein de la maison d'arrêt de Nîmes.

L'équipe médicale est composée d'une équipe somatique (médecins généralistes, médecins spécialistes, dentiste, infirmiers, assistante dentaire) et d'une équipe psychiatrique (psychiatres, infirmiers formés en psychiatrie, psychologues).

- Relation avec l'administration pénitentiaire

Les consultations médicales en semaine ont lieu entre 8h30 et 11h et entre 14h et 16h. Ces horaires sont imposés par la présence obligatoire d'un surveillant pénitentiaire assigné à l'USMP. En dehors de ces horaires, un surveillant pénitentiaire doit se détacher spécifiquement de son poste dans la prison pour qu'un détenu puisse être vu en consultation. Le surveillant est extérieur à la consultation, afin de maintenir le secret médical. Cette notion est importante car la proximité permanente entre détenu, surveillant et équipe médicale demande une attention toute particulière afin de protéger au mieux le secret médical.

- Organisation des soins et du suivi médical

Selon le *guide méthodologique pour la prise en charge sanitaire des personnes placées sous*

main de justice (4), le médecin généraliste doit voir la personne arrivant sur la maison d'arrêt dans les 48 heures, sauf refus de sa part. L'arrivant est vu en général le jour même, ou le lendemain s'il arrive le soir et n'a pas d'antécédent particulier. Il est vu par un infirmier puis par un médecin généraliste, qui après l'interrogatoire et l'examen clinique propose un bilan de dépistage, et oriente le patient selon les besoins vers les différentes spécialités concernées.

Lorsqu'un patient souhaite une consultation, il doit remplir une fiche de demande de consultation, qu'il dépose dans une boîte aux lettres, qui est recueilli par un infirmier qui programme le Rendez Vous selon le degré d'urgence. Le patient n'a donc pas de date ni d'horaire précis de RDV, il est convoqué. En cas d'urgence relative, la demande est souvent relayée par un surveillant pénitentiaire qui appelle pour demander si le patient peut venir à l'infirmerie.

- Permanence de soins

Le week-end, un infirmier est présent sur place toute la journée. Un médecin généraliste du service est toujours d'astreinte en dehors des horaires ouvrés.

c) L'absence de dispositif de surveillance de la santé des personnes incarcérées

La population carcérale, majoritairement vulnérable, se caractérise par une surreprésentation des catégories sociales les moins favorisées, cumulant souvent en amont de l'incarcération des difficultés socio-économiques et sanitaires. La littérature fait état de prévalences plus élevées chez les personnes incarcérées en comparaison de la population générale pour des pathologies comme les maladies infectieuses, les pathologies psychiatriques et les addictions . L'article "*Surveillance de la santé des personnes détenues en France : faisabilité et recommandations*" paru dans *Santé Publique en 2015* (5), présente les résultats de deux études visant à définir la faisabilité et le cadre d'un futur dispositif de surveillance de la santé des personnes incarcérées en France. Cette étude se justifie par l'absence à ce jour, en France, de surveillance épidémiologique de la santé en milieu carcéral. Seules des études transversales nationales ponctuelles ont été réalisées, sur les déficiences, la santé mentale, les pathologies infectieuses et addictologiques et nombre de ces études datent de plus de dix ans. L'étude montrait que si les professionnels de santé exerçant en milieu carcéral plébiscitaient un dispositif de surveillance basé sur un recueil à partir du dossier médical informatisé des personnes détenues, les dossiers médicaux n'étaient pas directement exploitables à des fins de surveillance en France : chaque USMP fonctionne indépendamment avec un degré d'informatisation variable et sans standardisation de recueil des données. Il était donc proposé dans cet article de privilégier, à

court terme, un dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues via la réalisation d'enquêtes multithématiques régulièrement reconduites (tous les cinq à dix ans). À plus long terme, la mise en place d'un système de surveillance basé sur des extractions régulières de données issues d'un dossier médical unique, standardisé et informatisé, couplées à la réalisation d'enquêtes régulières de portée générale est envisageable mais ne peut toutefois pas se faire sans un engagement fort des pouvoirs publics (5). Trois ans après cette étude, aucune mesure de recueil de données nationale n'est pour l'instant évoquée.

d) Les contraintes médicales liées au milieu carcéral

Les contraintes médicales liées au milieu carcéral sont identifiées dans la littérature (6) (7) (8)

On peut distinguer:

- les contraintes liées au patient: le choc de l'incarcération, les difficultés de communication avec notamment la barrière de la langue, le stress lié aux conditions d'incarcération, les tendances suicidaires limitant la mise à disposition en cellule de certains matériaux médicaux (aiguille, insuline..)
- les contraintes liées à la structure: la surpopulation et le turn-over notamment dans les maisons d'arrêt, les contraintes d'horaires de consultation imposés par l'organisation pénitentiaire, les problèmes de disponibilité des traitements (selon les unités sanitaires, l'accès aux médicaments non inscrits au livret thérapeutique hospitalier de l'hôpital de référence est plus ou moins difficile)(9),l'accès aux examens complémentaires et consultations spécialisées qui se font à distance sur le centre hospitalier de référence et qui va donc nécessiter une coordination entre l'USMP, la prison, et l'hôpital.

2) Le diabète

a) Généralités sur le diabète type 1 et type 2

*** Généralités sur la physiopathologie**

Le diabète correspond à une hyperglycémie chronique. Les critères diagnostics sont une glycémie à jeun supérieure à 1,26 g/l (7 mmol/l) à deux reprises ou une glycémie supérieure à 2 g/l (11,1 mmol/l) à n'importe quel moment de la journée .

On distingue deux grands types de diabète (nous avons pris le parti de ne pas détailler les autres types de diabète) :

- Le diabète de type 1 (10), dû à une destruction auto-immune des cellules insulino-sécrétrices dites cellules B pancréatiques. Cette réaction auto-immune survient sur un terrain de susceptibilité génétique à la suite de facteurs déclenchants. Le diagnostic peut être clinique devant la triade classique « maigreur + cétose + âge < 35ans ». Les auto-anticorps anti îlots de langerhans, GAD, IA2, insuline ont une valeur diagnostique.

De début brutal, il survient essentiellement avant 20 ans, mais connaît 2 pics d'incidence vers 12 et 40 ans et peut être associé à d'autres maladies auto-immunes. Le diagnostic étant souvent précoce, les complications dégénératives sont le plus souvent absentes au diagnostic.

On distingue le Diabète de type 1 lent ou LADA, de début tardif et progressif, diagnostiqué parfois à tort comme un diabète de type 2, mais les anticorps sont positifs (anti-GAD surtout) et le recours à l'insulinothérapie va s'avérer nécessaire en 2 à 10 ans. Il représenterait jusqu'à 10 % des diabètes apparemment de type 2.

- Le diabète de type 2 (11) , dont l'insulino-déficience est précédée par 10 à 20 ans d'insulino-résistance des tissus périphériques. Les principaux facteurs cliniques d'insulinorésistance sont l'obésité, la sédentarité, le facteur génétique, l'âge, la répartition adipeuse, l'hypertension artérielle et les troubles lipidiques. L'insulinopénie relative est caractérisée par une insuffisance de sécrétion d'insuline, compte tenu de l'hyperglycémie. Ce trouble est évolutif, inéluctable et s'aggrave avec l'âge et la durée du diabète, jusqu'à nécessiter un traitement par insuline.

D'évolution plus insidieuse, sa découverte est souvent fortuite, chez un patient de plus de 40 ans, en surpoids, avec des comorbidités cardio-vasculaires, et des antécédents familiaux. Le diagnostic étant plus tardif, une complication dégénérative est présente au diagnostic dans 50% des cas.

* Généralités sur le traitement (10,11)

Le traitement du diabète consiste à normaliser la glycémie pour éviter les complications. Il repose sur des mesures non pharmacologiques, associées ou non à des traitements pharmacologiques.

□ Traitement non pharmacologique: les règles hygiéno-diététiques (RHD)

- Favoriser une alimentation équilibrée consistant à consommer des aliments aussi variés que possible, sans interdits ni excès. Il n'est plus question de régime diabétique. Il est désormais conseillé de privilégier les aliments utiles à la santé et de consommer les autres avec modération (aliments riches en sucre, en graisse, en sel). (12)
- Il est recommandé de pratiquer une activité physique régulière adaptée en fonction des risques et des capacités du patient.
- L'arrêt du tabac est nécessaire dans la prévention cardio-vasculaire.

□ Traitement pharmacologique, associé aux règles hygiéno-diététiques

- Dans le diabète de type 1 (13), l'insulinothérapie est indispensable, à vie. Elle repose sur l'apport d'insuline qui n'est plus suffisamment fabriquée par le pancréas. Elle consiste en des injections sous-cutanées, dont la dose est adaptée en fonction de la glycémie variable sur la journée, l'alimentation et l'activité physique.

- Dans le diabète de type 2, les médicaments sont prescrits lorsque les RHD seules n'ont pas été suffisantes pour équilibrer la glycémie. Il existe différents médicaments avec des modes d'actions différents : stimuler la sécrétion d'insuline, aider l'insuline à agir, ralentir l'absorption des glucides, apporter de l'insuline. On distingue:

- Les antidiabétiques oraux (ADO) : le patient produit encore assez d'insuline, mais avec une insulino-pénie relative et/ou une résistance périphérique des tissus. Ce sont ces déficiences que viennent palier les ADO. On distingue les insulinosensibilisateurs et les insulinosécréteurs.
- Les agonistes ou analogues du GLP1, insulinosécréteurs, s'administrent par voie sous-cutanée. Il en existe de courte durée d'action, et de longue durée d'action (1 injection par semaine).
- L'insuline : chez le diabétique de type 2, elle est introduite seule ou en association avec les autres médicaments. On la débute lorsque le patient présente des signes d'insulinorequérance, en cas d'échec, de contre indication ou d'intolérance aux autres traitements, lorsque l'objectif HbA1C n'est pas atteint, en cas d'affection transitoire (plaie du pied, infection...).

* Généralités sur la surveillance du diabète

-L'hémoglobine glyquée (HbA1C) est un dosage sanguin qui reflète l'équilibre glycémique sur les trois derniers mois. C'est un objectif de suivi, qui juge de l'efficacité d'un traitement. L'objectif varie en fonction des comorbidités du patient. Il est recommandé de le doser quatre fois par an.

- Une surveillance régulière rigoureuse est nécessaire pour la prévention et la prise en charge précoce des complications chroniques:

- des macro-angiopathies : cardiovasculaire avec l'infarctus de myocarde, accident vasculaire cérébral, artérite oblitérante des membres inférieurs.
- des micro-angiopathies : avec la rétinopathie et la néphropathie (première cause de dialyse en France).
- des neuropathies : plus souvent des membres inférieurs, entraînant un trouble de la sensibilité qui favorise l'apparition de plaie.

- Une surveillance des signes cliniques de trouble aigu de la glycémie permet de les prendre rapidement en charge:

- l'hypoglycémie peut provoquer tremblement, pâleur, transpiration, changement d'humeur, céphalée, trouble de la vision et vertiges.
- l'hyperglycémie peut provoquer polyurie, polydypsie, sécheresse buccale, douleurs abdominales, somnolence.

b) Prévalence du diabète dans la population générale en France

Selon l'article "*Prévalence du diabète traité pharmacologiquement(tous types) en France en 2015". Disparités territoriales et socio-économiques*" publié dans le *bulletin hebdomadaire épidémiologique*, en France, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement (tous types) était estimée à 5% de la population en 2015, soit 3,3 millions de personnes. La prévalence du diabète a augmenté en moyenne de 2,1% par an sur la période 2010-2015. A structure d'âge identique, la prévalence du diabète était plus élevée chez les hommes (6,1%) que chez les femmes (4,2%), soit un sexe-ratio de 1,5. La prévalence augmentait avec l'âge pour atteindre un pic entre 80 et 84 ans chez les femmes et entre 70 et 79 ans chez les hommes. Plus de 1 homme sur 5, âgé de 70 à 84 ans était diabétique en France en 2015 (14).

Selon l'INPES, à l'estimation de la fréquence du diabète traité pharmacologiquement, il faut ajouter la prévalence du diabète diagnostiqué et non traité pharmacologiquement. Cette

prévalence a été estimée par l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) à 0,6 % chez les personnes âgées de 18 à 74 ans vivant en France métropolitaine en 2006-2007.(15)

Les données dans "*Prévalence du diabète traité pharmacologiquement(tous types) en France en 2015*" montrent également une disparité socio-économique : à structure d'âge identique, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement augmentait en fonction de l'indice territorial de désavantage social ; la prévalence du diabète traité pharmacologiquement était 1,3 fois plus élevée chez les hommes résidant dans les communes métropolitaines les plus défavorisées que chez ceux qui résidaient dans des communes métropolitaines les plus favorisées. Ce ratio était de 1,7 pour les femmes. (14)

c) État des lieux des connaissances sur le diabète en prison

Comme évoqué précédemment, les travaux épidémiologiques sur les pathologies carcérales en France traitent essentiellement des pathologies psychiatriques, addictologiques et infectieuses et montrent une prévalence plus importante.(16)

Selon *Santé Publique France de 2015*, les maladies chroniques - dont les maladies cardiovasculaires et le diabète - restent insuffisamment documentées alors que la population carcérale tend à devenir de plus en plus âgée, ce qui laisse présager une augmentation de ces pathologies à traiter en milieu pénitentiaire. Il n'existe aucun système de surveillance actuellement permettant de connaître la prévalence de problèmes de santé nécessitant un suivi tels que le diabète, l'hypertension artérielle, l'asthme, les cancers, les pathologies ostéo-articulaires, etc (16)

Dans un article de 2017 réalisé par le service de diabétologie et l'USMP de Dijon traitant de la prise en charge du diabète en milieu carcéral (8), il est établi que le nombre précis de détenus diabétiques incarcérés n'est pas connu.

En 1999, l'ensemble des unités sanitaires de métropole concernant le nombre de détenus traités par insuline ont été interrogés : avec 70 % de réponses obtenues, le nombre de détenus (diabétiques type 1 ou type 2) traités par au moins une injection quotidienne d'insuline était évalué à 0,4%. Un nouvel état des lieux réalisé en 2012, évalué à 0,77 % la prévalence observée du diabète insulino-requérant en détention.

En 2003, un travail réalisé sur l'ensemble des arrivants en prison de tous les établissements pénitentiaires français, a montré que 0,5 % des entrants en prison étaient traités par insuline (8). Par contre, nous ne disposons pas de données concernant le nombre de diabétiques non traités

par insuline.

d) Un enjeu de santé publique

Le diabète est reconnu comme une priorité de santé publique en France dès 1998 avec le *rapport du Haut Comité de la santé publique "Diabètes: Prévention, dispositif de soins et d'éducation du patient"* (17) et la *conférence nationale de santé "Le Diabète : pour une meilleure prise en charge de la pathologie chronique"* (Ministère de l'emploi et des solidarités).

Comme le souligne l'INPES (18) , de nombreuses actions ont été mises en place sur le plan national : Programme de prévention et de prise en charge du diabète type 2 de 2001 à 2005, Plan National pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques est paru en 2007 , des guides de prise en charge de l'Affection de Longue Durée diabète ont été établis par la Haute Autorité de Santé en 2006, l'Assurance Maladie a développé de 1998 à 2000 un programme de santé publique comportant une information sur la prise en charge du diabète auprès des médecins traitants et a lancé en 2008 un service innovant d'accompagnement par téléphone de patients atteints de maladies chroniques avec en premier lieu le diabète: Sophia .

3) L'Éducation Thérapeutique du Patient

a) Contexte

Si la notion d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) est déjà présente bien avant, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit en 1996 : "l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique."

En 2007, l'HAS publie un guide : "*Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation*" qui s'inscrit dans le Plan National 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (19)

Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont :

- l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins,
- la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation (20)

En 2009 : l'ETP fait son entrée dans *la loi dite « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST)* ; la gestion de l'ETP est confiée aux Agences Régionales de Santé (ARS).

b) Cadre réglementaire pour élaborer un programme d'ETP en Occitanie

Dans le cadre de l'Éducation Thérapeutique, l'ARS Occitanie donne la priorité à la prise en charge des diabétiques et des maladies cardiovasculaires, ainsi qu'aux programmes ambulatoires de proximité portés par ou avec des équipes libérales de premier recours ; les programmes d'éducation thérapeutique sont proposés à la personne malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé. (21)

Le programme doit intégrer au moins deux professionnels de santé de professions différentes, dont au moins un médecin. En plus de ces deux professionnels de santé requis, les autres membres sont soit des professionnels, soit des membres d'associations agréées et des organismes œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, la prévention ou l'éducation pour la santé. Il peut s'agir de patients et/ou d'autres professionnels (travailleur social, éducateur en activité physique adaptée, etc.)

Le coordonnateur du programme est un médecin ou autre professionnel de santé ou représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée .

Pour être qualifié de « compétent » chaque membre de l'équipe doit pouvoir attester d'une formation d'au minimum 40 heures à l'éducation thérapeutique du patient .

Le projet doit répondre à l'impératif d'un programme personnalisé comportant 4 éléments qui sont :

- un entretien individuel de diagnostic éducatif
- un travail sur les compétences d'auto soins
- un travail sur les compétences d'adaptation : elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.
- un entretien individuel de synthèse permettant au patient de fixer ses objectifs (20) (21)

Le travail sur les compétences est basé sur un ensemble coordonné d'activités d'éducation, animées par des professionnels de santé ou une équipe, avec le concours d'autres professionnels et de patients, réfléchis en amont de l'application du programme.

c) L' ETP en prison

Une étude au sein du Centre de Détention de Toul en 2012 a évalué un programme d'ETP des

diabétiques en prison nommé ETADIAP (Éducation Thérapeutique Adaptée aux DIAbétiques en Prison) , construit selon le *guide méthodologique de la HAS* (22) . L'étude (7), qui intègre 26 patients diabétiques a objectivé la faisabilité d'un programme d'ETP avec une amélioration des connaissances et des compétences des patients, en dépit des difficultés propres au milieu carcéral. Si les entretiens se sont révélés parfois plus difficiles en raison d'une proportion plus élevée de troubles psychiatriques en prison, le taux de participation à un cycle complet d'éducation thérapeutique s'est révélé sensiblement identique à celui d'autres ETP à l'extérieur.

4) Problématique

Lors de la consultation médicale d'entrée en maison d'arrêt, on note régulièrement que les patients n'ont pas ou peu de suivi extérieur. L'incarcération est alors souvent l'occasion pour certains patients de se poser des questions sur leur santé.

Dans le cadre des patients avec pathologies chroniques, la durée de leur peine et la présence quotidienne d'une équipe médicale au sein de la prison créent l'opportunité de pouvoir mieux les encadrer médicalement. L'idée d'un programme d'ETP pour les patients diabétiques au sein de l'unité sanitaire de la prison de Nîmes est née de la volonté de mettre à contribution ce temps de l'incarcération pour donner les moyens à ces patients de gérer au mieux leur vie avec leur maladie.

Nous nous sommes donc interrogés sur les attentes des patients diabétiques de type 1 ou 2 vis à vis de leur prise en charge.

5) Objectifs de l'étude

a) Objectif principal

L'objectif de cette étude est d'explorer les attentes des patients de la Maison d'Arrêt de Nîmes dans la prise en charge de leur diabète de type 1 ou type 2 traité pharmacologiquement.

b) Objectif secondaire

L'objectif secondaire de cette étude est d'appréhender les attentes des patients sur des projets d'ateliers.

II - METHODE

1) L'équipe de recherche

Étudiante en médecine générale ayant fini mes stages d'internat en Octobre 2017, j'ai débuté l'étude en étant remplaçante en libéral. J'ai mené cette étude en coordination avec ma directrice de thèse, le Dr KINNE Mélanie, médecin généraliste à l'USMP de la maison d'arrêt de Nîmes depuis novembre 2016. Le Dr Kinné coordonne le projet de programme d'éducation thérapeutique du patient diabétique à la prison de Nîmes. Je connaissais bien le service, ayant fait au cours de mon internat un stage de 6 mois à temps plein l'été 2016 et une journée hebdomadaire au cours de mon SASPAS de 6 mois à l'été 2017. C'est au cours du SASPAS que le sujet de thèse est né, dans l'idée d'adapter le programme de l'ETP aux attentes des patients. J'ai pu participer aux premières réunions de préparation de ce projet d'ETP avec l'équipe médicale.

C'était ma première étude qualitative. Le Dr Kinné avait déjà dirigé une thèse qualitative et a participé à la formation "Direction de thèse qualitative" donnée par le Département de Médecine Générale de Montpellier-Nîmes.

2) La validation de l'étude

L'étude incluant une population considérée comme vulnérable, le dossier est passé le 30 Avril 2018 en commission du Comité d'Éthique du Conseil National des Généralistes Enseignants (CNGE) qui a validé le protocole (*Annexe 1*) et le guide d'entretien (*Annexe 3a*).

3) Une étude qualitative thématique

Notre étude est qualitative, avec des entretiens individuels semi-dirigés.

La méthode qualitative nous a semblé plus pertinente car elle permet d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets. (23) (24)

L'analyse de type thématique nous a permis de recouper les résultats entre eux, et de les regrouper sous forme de thèmes principaux et de sous thèmes répondant à notre question de recherche.

4) Les participants

a) Inclusion des participants

* Étaient éligibles tous les patients diabétiques traités pharmacologiquement incarcérés à la Maison d'Arrêt de Nîmes au moment du recueil des données. Une liste des patients éligibles a donc été faite, via le logiciel de la pharmacie du CHU de Nîmes, permettant de retrouver les patients du service avec un traitement pharmacologique antidiabétique, insulinique et non insulinique.

* Étaient exclus les patients présentant des difficultés de compréhension et d'expression, les patients présentant une décompensation aiguë psychiatrique ou addictologique sur les bases d'une évaluation clinique réalisée par les médecins de l'unité.

* Ont été inclus les patients volontaires pour l'entretien et ne présentant pas de critère d'exclusion.

b) Prise de contact

Les patients étaient vus une première fois en entretien bref pour les informer de la démarche, recueillir leur accord- oral dans un premier temps- pour participer à l'étude, et convenir d'une date d'entretien.

L'information au cours de ce premier contact était minimaliste afin de ne pas donner de pistes sur les questions à venir et influencer leurs futures réponses. (*Annexe 2*)

Ce premier contact avec le patient était fait par moi-même, lorsqu'il m'était possible d'être présente à la maison d'arrêt à un moment où j'estimais que les patients pouvaient être disponibles. En cas d'impossibilité, le Dr Kinné pouvait être amenée à informer elle même des patients au décours d'une consultation médicale.

c) Taille de l'échantillon

Il n'a pas été défini de nombre de participants nécessaire au préalable, la recherche par enquête qualitative étant menée jusqu'à saturation des données ou jusqu'à épuisement des ressources (patients). (25)

5) Recueil des données

a) Les entretiens individuels semi-directifs

Il existe différents types d'entretiens pour la recherche qualitative: focus groupe ou entretien individuel. L'entretien individuel nous a paru plus pertinent. D'une part pour que le patient puisse s'exprimer librement sur son histoire et son ressenti de la maladie. D'autre part, d'un point de vue organisationnel les focus group auraient été compliqués à mettre en place en milieu carcéral.

Les entretiens étaient semi-directifs, avec une trame de questions communes via le guide d'entretien, mais permettant aussi d'adapter l'entretien en fonction des informations apportées au fur et à mesure par le patient.

b) Contexte des entretiens

Les entretiens étaient réalisés soit à l'USMP lorsqu'une salle de consultation était disponible, soit dans une salle au "rez de chaussée" du quartier hommes, réservée au préalable selon les disponibilités de la Maison d'Arrêt. Ils devaient être réalisés en semaine entre 9h et 11h ou entre 14h et 16h, lorsqu'il était présent un surveillant pénitentiaire.

Les entretiens étaient réalisés par moi-même, enquêteur unique, seule avec le patient.

c) Le guide d'entretien

*Le guide d'entretien était constitué de 5 questions ouvertes afin que le patient s'exprime le plus librement possible, le principe étant de réduire au minimum le temps de parole de l'enquêteur.

Chaque question avait des variantes afin de reformuler différemment la question clé pour une meilleure compréhension du patient. Ces variantes ont évolué au fur et à mesure des entretiens afin de rendre toujours plus pertinent le guide d'entretien.

*La première question avait pour but d'appréhender l'histoire de la maladie du patient selon son ressenti. Je ne lisais donc pas leur dossier avant l'entretien, volontairement, afin de ne pas influencer les réponses du patient.

*Les deux questions suivantes avaient pour objectifs de recueillir le ressenti des patients sur les points positifs et négatifs dans la prise en charge de leur diabète depuis le diagnostic.

*Les dernières questions étaient centrées sur l'amélioration de la prise en charge du diabète à la prison de Nîmes et l'abord des ateliers.

Le premier entretien a servi d'entretien test qui a permis de modifier le guide. Le guide a été modifié une fois. La première version posait d'abord la question des éléments positifs dans la prise en charge de leur diabète, puis venait la question sur les difficultés. Après l'entretien test, il s'est avéré que la question sur les éléments positifs n'était pas bien comprise d'une part, et d'autre part que le patient abordait spontanément les difficultés.

Pour une meilleure fluidité des entretiens nous avons donc inversé l'ordre de ces deux questions : c'est à dire abordé en premier les difficultés si le patient ne l'avait pas encore fait spontanément, puis posé la question des éléments positifs.

Nous avons par ailleurs essayé d'être plus clairs sur la question de l'aspect positif de la prise en charge du diabète : la question "qu'est ce qui vous a aidé / a été positif dans la prise en charge de votre diabète a été remplacée par "quelles informations vous ont le plus aidé? (Annexe 3)

QUESTIONS DU GUIDE D'ENTRETIEN 1

-Racontez moi l'histoire de votre diabète

Parlez-moi de votre diabète, depuis qu'il a été diagnostiqué

Quels sont pour vous les étapes importantes de l'histoire de votre diabète?

-Qu'est-ce qui vous a aidé dans la prise en charge de votre diabète?

Qu'est-ce qui a été positif d'après vous dans la prise en charge de votre diabète depuis le début?

Qu'est-ce que vous avez apprécié dans la façon de prendre en charge votre diabète?

- quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec votre diabète ?

Avez-vous vécu des situations difficiles par rapport à cette maladie depuis le diagnostic?

Qu'est-ce qui est difficile pour vous dans cette maladie?

-D'après vous, qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place pour améliorer la prise en charge du diabète?

Qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place pour vous aider, sur les aspects difficiles pour vous?

Qu'attendriez-vous de l'équipe médicale pour vous aider avec votre diabète?

-Comment imagineriez-vous des ateliers?

-Vous aimeriez qu'ils abordent quel thème?

QUESTIONS DU GUIDE D'ENTRETIEN 2

-Racontez moi l'histoire de votre diabète depuis qu'il a été diagnostiqué;

Quels sont pour vous les étapes importantes de l'histoire de votre diabète

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec votre diabète depuis son annonce?

Avez-vous vécu des situations difficiles par rapport à cette maladie depuis le diagnostic?

Qu'est-ce qui est difficile pour vous dans cette maladie?

- Quelles informations vous ont aidé depuis le début?

Quelles informations vous manquent d'après vous?

-D'après vous, qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place pour améliorer la prise en charge du diabète ?

Qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place ici pour vous aider sur les aspects difficiles de la maladie?

Qu'attendriez-vous de l'équipe médicale pour vous aider avec votre diabète?

-Comment imagineriez-vous des ateliers?

Vous aimeriez qu'ils abordent quel thème?

d) Enregistrement audio

Les entretiens étaient enregistrés sur dictaphone avec l'accord des patients, après rappel des conditions d'anonymat et l'obtention du consentement écrit du patient. (*Annexe 4*)

e) Retranscription des entretiens

Tous les entretiens ont été retranscrits intégralement sur support informatique. Lors de cette retranscription nous avons veillé au respect de l'anonymat. Les entretiens ont été retranscrits mot à mot, en enlevant certains passages pouvant permettre la reconnaissance du patient. Ces passages sont signalés par le symbole [...].

Les enregistrements ont été détruits après retranscription.

f) Retour des retranscriptions

Il n'y a pas eu de retour des retranscriptions auprès des participants pour faire valider leur propos.

6) Analyse des données

Nous avons choisi d'étudier les données par découpage des verbatims en unités de sens, selon une analyse thématique qui a permis de classer les données en thèmes et sous-thèmes. Les unités de sens correspondent à des mots, des phrases ou des paragraphes qui ressortent des verbatims car ils répondent à la question de recherche.

L'analyse thématique nous a semblé plus adaptée car elle privilégie une approche descriptive plutôt qu'interprétative. (26)

Chaque entretien a été analysé individuellement après sa retranscription, à l'aide d'un fichier informatique sous forme de tableau comprenant trois colonnes "verbatim, thème et sous-thème". Une triangulation des données a été réalisée par l'enquêteur et la directrice de thèse sur les deux premiers entretiens afin d'augmenter la force de l'analyse.

L'analyse complète a par la suite été réalisée par l'enquêteur ayant effectué les entretiens puis relue par la directrice de thèse.

Pour rédiger la méthodologie de notre travail de recherche, nous avons suivi les items du COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research). (27)

III - RESULTATS

1) Recrutement des participants

Le recrutement s'est fait entre le 15 mai et le 3 Octobre 2018.

Sur cette période, 12 patients étaient éligibles, c'est à dire étaient traités pharmacologiquement pour un diabète de type 1 ou 2.

2 patients ont été exclus car ils ne parlaient pas suffisamment bien français.

1 patient n'a jamais pu être vu et n'a pas répondu au courrier d'information et de demande de participation.

Tous les autres patients ont répondu positivement à notre sollicitation.

1 patient a donné son accord oral pour participer mais a été libéré de prison avant la date que nous avons fixée pour l'entretien, sans que nous en soyons informés.

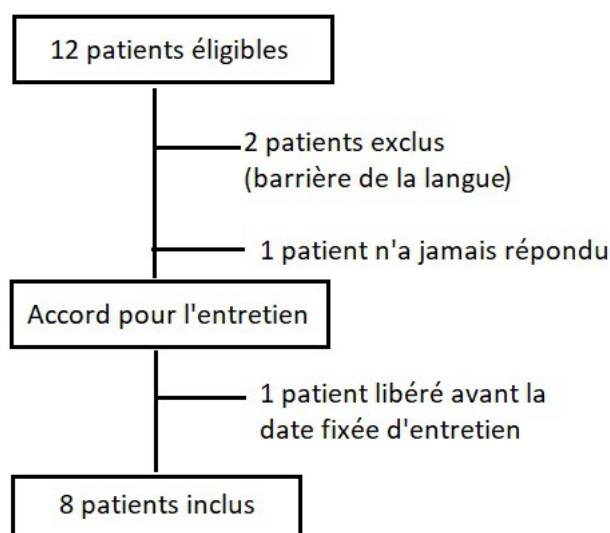


Diagramme d' inclusion des patients dans l'étude

2) Recueil des données

a) Les entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre le 15 mai et le 10 Octobre 2018.

Ils ont duré entre 16 et 52 minutes avec une moyenne de 30 minutes et ont pu tous être menés à terme, sans interruption. Tous ont été enregistrés sur bande audio intégralement.

b) Seuil de saturation des données

Atteindre la saturation des données signifie que des entretiens supplémentaires n'apporteraient plus de nouvelles données pour répondre à l'objet de l'étude.

Nous avons atteint la saturation des données au huitième et dernier entretien. Sur la période de l'étude, nous avons rencontré l'ensemble des patients éligibles ayant répondu positivement, nous n'avons donc pas pu confirmer la saturation des données par un entretien supplémentaire. L'analyse du dernier entretien n'a pas apporté de donnée entraînant une modification des thèmes principaux.

3) Caractéristiques des participants

Les participants avaient entre 26 et 61 ans. Il y avait 1 femme pour 7 hommes.

2 patients sur 8 étaient diabétiques de type 1, 4 patients étaient traités par insuline.

3 patients diabétiques de type 2 ont été diagnostiqués à leur entrée en prison à Nîmes, dont 1 au cours d'une incarcération précédente, les 2 autres lors de l'incarcération actuelle.

Les patients étaient incarcérés à la MA de Nîmes depuis une période allant de 1 semaine à 4 ans et demi au moment de l'entretien; 6 patients étaient condamnés, pour des peines allant de 6 mois à 20 ans, 2 patients étaient en mandat de dépôt (en attente de jugement).

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Sexe	F	H	H	H	H	H	H	H
Age (ans)	49	42	37	26	49	61	43	53
Type de diabète	type 2	type 2	type 1	type 1	type 2	type 2	type 2	type 2
Traitement actuel	Insuline Victoza	Insuline Metformine Gliclazide	Insuline Novorapid basal-bolus	Insuline Novorapid basal-bolus	Metformine Gliclazide	Metformine	Metformine	Metformine
Nombre d'années depuis diagnostic	4 ans	3 ans 1/2	14 ans	7 ans	4 ans 1/2	8 mois	8 ans	3 ans
Lieu d'annonce	en détention	en détention	extérieur	extérieur	en détention	extérieur	extérieur	extérieur
Temps d'incarcération effectué*	1 an 1/2	3 ans 1/2	2 mois	2 mois 1/2	4 ans 1/2	2 mois 1/2	2 mois 1/2	1 semaine
statut carcéral	condamné 5 ans	condamné 12 ans	condamné 18 mois	condamné 12 mois	condamné 20 ans	en mandat de dépôt	en mandat de dépôt	condamné 6 mois

*F pour femme ; H pour homme ; * au moment de l'entretien*

4) Résultats pour l'objectif principal

a) La considération du patient comme une personne avant tout

*** Son histoire personnelle**

☐ Son cadre professionnel et personnel

Comprendre dans quel cadre évolue le patient peut permettre d'envisager les difficultés qu'il peut rencontrer dans la prise en charge de sa maladie: par exemple ici le stress du travail, ou la vie avec de jeunes enfants qui vont influencer leurs comportements.

P7 : "Et cette société on a fait un dépôt de bilan, et là je pense que par rapport à ça j'ai eu un choc"

P7 : "J'ai des enfants, qui sont des amours, ma dernière a 9 ans et je me régale de faire avec elle un petit Quick, bonbon, chocolat, gâteau, des glaces."

☐ Prendre en compte l'âge pour comprendre les comportements

L'âge, la période de la vie où se trouve le patient ont une importance vis à vis de sa vision de la maladie et donc de la façon dont il se prend en charge: ici le jeune qui se sentait "immortel" et subit le choc du diagnostic de la maladie, et la personne plus âgée qui ne veut pas perdre les "derniers plaisirs" qu'il a comme manger.

P4 : "oui parce qu'on est jeunes donc tant que ça nous arrive pas on s'en fout on est protégés"

P4 : "c'était la première claque parce que j'avais jamais été malade, pour moi je me sentais immortel et jeune et voilà quoi."

P6 : "Vous savez j'ai 61 ans donc si je n'ai même plus le plaisir de manger "

*** Son caractère / ses préférences**

Le caractère propre à chaque patient, ses goûts, ses préférences sont importants à prendre en compte pour appréhender les difficultés qu'il peut rencontrer dans la prise en charge de sa maladie. Par exemple ici le patient qui se dit têtu et reconnaît que si on lui impose de faire quelque chose, il ne le fera pas, ou le patient dont la gastronomie est le métier.

P6 : j'ai tenu un restaurant gastronomique dans le temps, donc la bouffe j'adore"

P7 : "Mais je les ai pas écoutés en fait. Moi je suis têtu"

*** Comprendre ses priorités / ses motivations**

Le patient a des priorités propres, qui ne sont pas forcément celles de l'équipe médicale. Il est

important de les rechercher pour comprendre le cheminement du patient. Il en va de même pour comprendre les éléments qui le motivent dans sa prise en charge de sa maladie: par exemple ici, être présent pour ses enfants, retrouver le goût des aliments, ou encore pouvoir pratiquer du sport.

P3 : "Parce que je suis un coureur. Je fais pas d'hyper longues distances, je fais des 30 km."

P6 "Ma priorité aujourd'hui c'est comment je tousse, mes histoires comme je tousse aujourd'hui la nuit"

P7 : "c'est vrai que le café sans sucre ça a un goût extraordinaire, le thé pareil, les légumes ils ont un autre goût. Tout est différent dans le goût et on apprécie, on va dire, le chocolat noir, avant je pouvais pas."

P7 : "regarder mes enfants grandir ça je peux pas me permettre "

*** La perception de la maladie, un indicateur du stade d'acceptation de la maladie chronique**

Comprendre la perception que le patient a de sa maladie permet de le situer dans les stades d'acceptation de la maladie chronique. Il est intéressant de voir aborder dans les entretiens ces stades tel que le déni, la colère, l'acceptation.

P1 : "C'est pas que je l'accepte, mais je prends plus sur moi."

P3 : " par moment je l'accepte, par moment je l'accepte pas"

P6 : "mon diabète est pratiquement inexistant"

P6 : " je me considère pas comme diabétique. Mon problème il est là. J'ai pas l'impression d'être diabétique"

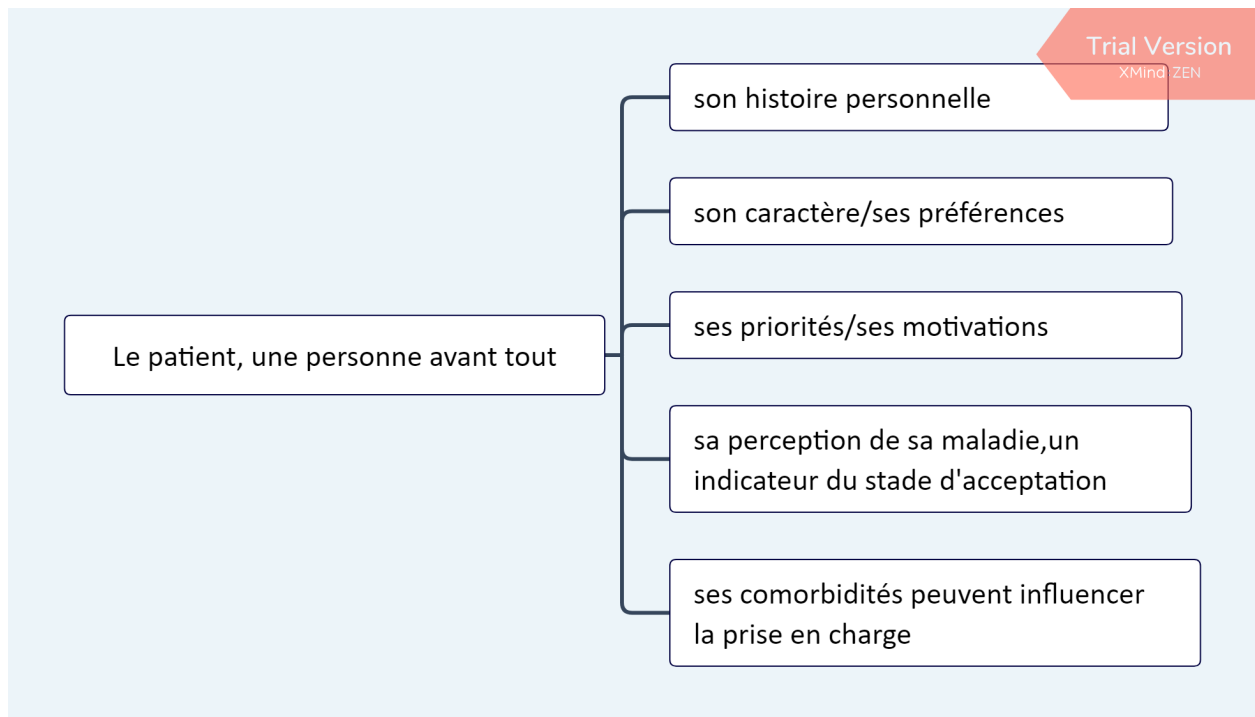
*** Les comorbidités peuvent influencer la prise en charge**

Les comorbidités donnent des informations sur le vécu du patient, et peuvent directement influencer la prise en charge. Les patients attendent qu'on prenne en compte leur comorbidités dans la prise en charge qu'on leur propose, par exemple ici prendre en compte les cervicalgies dans l'activité physique.

P1 : "je peux pas faire du sport car j'ai les cervicales qui sont mortes"

P6 : "y a 21 ans j'ai subi un quadruple pontage coronarien"

P7 : "parce qu'en 2008 je pesais plus de 118 kg"



b) L'évolution permanente des connaissances du patient

*** L'absence de connaissance sur le diabète à l'annonce du diagnostic**

Les patients n'ont souvent aucune connaissance sur le diabète au moment de l'annonce. Ceci est d'autant plus fréquent s'ils n'ont pas de membre de leur entourage atteint de cette pathologie.

P1 : "je connaissais pas, je pensais que ça partait comme une grippe"

P3 : à ce moment là vous aviez des notions sur les complications, les risques du diabète?-non j'avais rien du tout"

P8 : "non , je sais que ma grand-mère en avait, ma mère l'avait, mais bon j'étais vraiment pas au courant."

*** Les perceptions parfois ambiguës du patient sur ses connaissances au moment de l'entretien:**

Les patients sont souvent ambigus sur la perception qu'ils ont de leurs connaissances car s'ils disent bien connaître la maladie et qu'ils n'ont pas l'impression que des informations leur manquent, ils formulent par ailleurs de nombreux questionnements.

P2 : "Vous avez pas l'impression qu'il y a des choses qui vous manquent?- Non parce que le Dr H. il a été clair la dessus"

"le problème c'est que je connais déjà tellement...je connais les risques de la maladie"

P3 : "ben je ne sais pas..j'ai pas toutes les réponses aux interrogations."

"je connais très bien la maladie"

"Y a pleins de questions j'ai pas les réponses: pourquoi je suis devenu diabète?"

P4 : "et vous avez l'impression qu'il vous manque des informations par rapport au diabète?- Non"

P5 : "Vous en tant que diabétique est ce qu'il y a des informations que vous avez l'impression qu'il vous manque? Que vous aimeriez qu'on vous apporte?-P5 : Pour l'instant je vois pas."

"donc vous avez l'impression de pas être informé en fait?-P5 : si on me demande "quel diabète tu as?"..je sais pas."

P6 : "absolument rien. Je sais que le diabète...je sais sans trop savoir.."

* Les fausses croyances sur la maladie

Les patients font parfois part de fausses croyances. Avec du recul ils reconnaissent des fausses croyances qu'ils ont pu avoir avant la prise de conscience de leur maladie.

P1 : Après quand je suis sortie à l'extérieur, ça allait super, et j'ai pas fait attention à mon diabète, et ça a disparu. " ; "Je connaissais pas je pensais que ça partait comme une grippe, comme une bronchite"

P7 : "Pour moi le diabète c'était pas grand chose, comme un truc qu'on guérissait"

* Les interrogations au moment de l'entretien sur la maladie

Les interrogations qui reviennent le plus souvent sont sur le type de diabète, et pourquoi le diabète/par quel mécanisme . Les connaissances de base sur le diabète sont parfois vagues: on entend des notions de "diabète gras/diabète maigre", les patients savent qu'il y a plusieurs types de diabète mais c'est tout. De même, les patients s'interrogent sur la physiopathologie du diabète et comment il s'installe.

P1: "pourquoi on a le diabète. Pourquoi on a besoin d'insuline. Qu'est ce qui s'est passé au pancréas. Vous voyez ce que je veux dire? Tout ça je le sais pas. Pourquoi mon pancréas il donne plus d'insuline? Parce que si j'ai besoin d'insuline, c'est parce que mon pancréas il est foutu. Donc par rapport à quoi?Je sais pas"

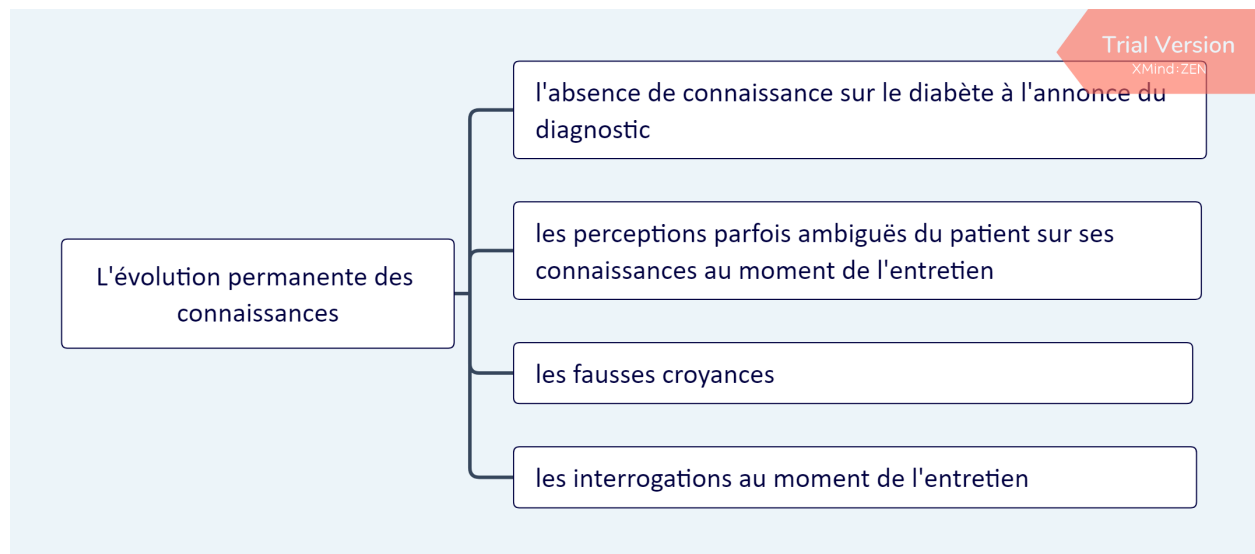
P3 : "Y a pleins de questions j'ai pas les réponses: pourquoi je suis devenu diabétique?"

P5 : "qu'est ce qu'un diabète maigre on sait pas.[...] c'est un diabète gras, un diabète maigre, tout ça je sais pas"

"à part de savoir que c'est du sucre dans le sang...voilà..comment ça se fait que c'est une maladie héréditaire?"

"lesquels sont héréditaires? Lesquels sont les plus dangereux, les moins dangereux. ça on

sait pas." [...] "si on me demande "quel diabète tu as?"..je sais pas"



c) La prise en compte de l'importance de l'accompagnement

*** La famille, un facteur aidant**

La famille est un facteur aidant à l'extérieur par rapport à la maladie et reste un appui en milieu carcéral notamment pour pouvoir cantiner, voire pour envisager la sortie.

P1 : "j'avais très peur à la maison c'est mon mari qui me piquait"

P2 : "oui, à l'extérieur j'aurai ma mère qui serait présente, qui a été infirmière pendant 60 ans donc."

P3 : "ma famille...parce que je leur en ai fait baver. Y en a beaucoup qui se seraient séparés, moi j'ai la chance d'avoir un père qui est .., ma mère elle aurait craqué...j'ai beaucoup de chance, beaucoup beaucoup. Ma famille c'est tout, elle m'arrache le cœur quoi"

P4 : "Après par rapport au manger, ça va que j'ai une famille. Si j'avais pas de famille pour qu'ils m'envoient des mandats..."

*** Le milieu médical en incarcération, une relation de confiance à créer**

□ Une équipe de médecins et paramédicaux complémentaires

Les patients associent médecins et infirmiers lorsqu'ils évoquent l'information qu'ils ont déjà reçue par une équipe médicale.

P1 : "Elle [Dr K.] m'a expliqué petit à petit. Et là j'ai commencé à le voir d'une autre façon."

"Et après on a parlé avec G (infirmier), il m'a informée un peu, m'a aidée un peu"

P3 : "oui ils ont bien expliqué, les infirmières elles venaient et tout. Encore ça va on a des infirmières elles sont un peu jeunes à l'hôpital elles nous comprennent."

☐ Une équipe médicale qui doit prendre le temps pour expliquer

Des patients considèrent qu'ils ont un bon contact avec l'équipe médicale, que les informations essentielles ont été abordées.

Des patients soulignent notamment le fait, positif pour eux, que l'équipe médicale "prend le temps" pour leur expliquer.

P2 : "mes questionnements j'ai pu les poser donc.."

"Non je trouve qu'ils ont été complets au niveau de l'explication du diabète"

P5 : "Ça discute bien ici. Quand on a une question, ils nous expliquent. Tout ce que je suis en train de vous dire c'est qu'on me l'a expliqué avant de mettre mon protocole en route. Même si j'avais quelques notions déjà par rapport à mes antécédent familiaux et patati. Ils prennent le temps."

P1 : "Ils ont mis des mois et des mois et des mois à me le faire c'était bien, ils voulaient bien me le faire jusqu'à ce qu'un jour ils me demandent si je voulais le faire j'ai dit oui."

☐ Une équipe médicale qui doit être disponible

Dans le cadre de leur diabète les patients se sentent soutenus lorsque l'équipe médicale répond rapidement à leur sollicitation. D'autres attendent un accès plus facile à l'infirmierie en cas d'incident aigu compte tenu de leur pathologie.

P1 : "Donc pour moi Dr K a été très très gentille avec moi, elle m'a bien bien bien soutenue, j'ai pas pu dire j'ai besoin de mon docteur qu'elle était là. [...] Moi j'ai fait rarement des demandes pour voir mon docteur et on m'a appelée le lendemain[...]"

P4 : "oui un accès plus facile. Regardez moi par exemple j'ai fait tomber une boîte de conserve sur ma main j'attends encore."

☐ Instauration d'une relation de confiance

Les patients attendent de la confiance de la part de l'équipe médicale, notamment concernant la prise des traitements en cellule.

P8 : "Moi je trouve qu'il faudrait qu'ils aient confiance un peu, ou ils nous donnent l'appareil, que je le fasse moi-même je vais pas aller emmerder, je vais pas me suicider avec une piqûre. Donc des gens quand même qui ont 50 ans, on peut leur dire voilà. Si on nous mets au premier

étage c'est qu'on nous fait confiance, si on nous fait travailler c'est qu'on nous fait confiance."

- Un soutien médical qui doit se faire en dehors de tout jugement du statut carcéral

Une patiente souligne l'importance pour elle d'être considérée à part entière comme une patiente, sans jugement vis à vis de son statut carcéral.

P1 : "oui c'est quelque chose de positif [qu'ils prennent le temps], car ils nous montrent qu'on est ici pour nous, même si on a fait quelque chose de mauvais. On a besoin de trouver quelqu'un derrière, du soutien."

- Nécessité d'insister sur la sollicitation du patient vis à vis de son suivi médical

Un patient exprime le fait qu'à l'entrée, il est plus préoccupé par son incarcération que par sa maladie, et que donc même si les premiers contacts avec l'équipe médicale sont difficiles, elle doit insister auprès du patient tout en s'adaptant à lui.

P4 : "genre, quand quelqu'un qui a le diabète il veut parler à des médecins, que les médecins ils essaient d'aller vers lui. Qu'ils comprennent que le mec il vient de rentrer en prison, peut être ça va pas trop dans sa tête, faut qu'ils adaptent, qu'ils donnent sa chance quoi. C'est pas genre qu'ils se braquent et qu'ils tournent le dos direct. "

- Favoriser la communication dès le début de l'incarcération

Un patient attend d'être plus informé dès l'arrivée en incarcération, notamment par rapport à la continuité des soins entre sa prise en charge à l'extérieure et celle en détention.

P8 : "Je devais être ré-opéré demain. Du coup tout est annulé, j'en sais pas plus parce qu'ici depuis une semaine on me dit pas plus. On me donne mes cachets, qui ne sont pas ceux qu'on me donnait d'ailleurs. Je comprends pas[...]"

- Une difficulté de coordination entre l'USMP et le pénitencier qui complique la prise en charge globale du diabétique :

Les sollicitations médicales et pénitentiaires se font parfois au même moment, au détriment de la prise en charge du diabète, car le patient doit choisir entre par exemple aller au sport ou aller en consultation.

P2 : "Souvent ça me fait sauter les activités de sport...on me demande d'y assister et quand j'y suis on m'appelle à l'UCSA donc bon.."

P3 : "L'autre jour j'avais parloir à 15h15. A 14h45 le surveillant il me dit t'as rendez vous à l'UCSA. Donc apparemment c'est le psychologue qui voulait me voir."

* Le milieu pénitentiaire : un facteur limitant une bonne prise en charge

☐ Un personnel pénitentiaire sans connaissance médicale : un accès à l'équipe médicale parfois compliqué, une perte de chance en cas de complication, un sentiment d'insécurité

- Les patients expriment une difficulté à accéder rapidement à l'infirmerie, dûe au fait que les surveillants pénitentiaires sont les intermédiaires et n'ont pas les notions médicales nécessaires permettant une réactivité adaptée.

P3 : "Bien sur j'ai demandé [d'aller à l'infirmerie] mais c'est pas facile. "

P4 : "quand ils voient qu'on appuie [les surveillants], qu'ils viennent. Qu'ils attendent pas 6h."

P8 : "Eux ils disent vous êtes pas là pour vous soigner vous êtes là parce que vous avez fait une connerie.."

- Certains considèrent même que c'est une perte de chance en cas d'urgence.

P4 : "Dehors par exemple, y avait ma mère, si j'avais un souci la nuit ou quoi que ce soit ma mère elle me ramenait ce que je voulais, mais là vous pouvez frapper à la porte ils viennent pas.

Pourtant ils savent qui c'est qui à quoi. On va souvent à l'infirmerie. Ben la dernière fois j'ai appuyé c'était 19h, à 3h du matin il est venu. S'il fait une hypo le mec, et comme cantine il a rien, ben il crève, le lendemain on le retrouve bleu."

☐ Un accès limité aux activités telles que le sport

L'accès à certaines activités recommandées comme l'activité physique sont difficiles compte tenu de la population carcérale importante et d'un nombre de places limité.

P4: le sport ça fait depuis que je suis rentré que j'attends.

☐ Un accès au matériel médical qui n'est pas équivalent à la population générale

Certains dispositifs médicaux sont plus difficiles à avoir en milieu carcéral. Des patients qui utilisaient un certain matériel avant leur incarcération ne peuvent plus en bénéficier en détention: c'est le cas ici pour le freestyle libre qui améliore la qualité de vie des patients.

Parfois, par mesure de sécurité, certains patients ne peuvent pas avoir leur matériel avec eux en cellule, ce qui les oblige à aller à l'infirmerie une ou plusieurs fois par jour.

P2 : "[...] la contrainte médicale...d'être obligé de descendre toutes les semaines pour vérifier le matériel tout ça.."

P4 : "L'autre fois je demandais le lecteur pour la glycémie là le patch. Ils m'ont dit non c'est pas possible, ils m'ont donné un lecteur de glycémie avec des aiguilles il me tue les doigts."

P3 : " vous pouvez l'avoir ici ce boîtier [le free style libre]?- Non, j'ai demandé mais je suis à l'ancien système, avec les piqûres au doigt."

"Parce que là maintenant j'ai les stylos mais avant je les avais pas en cellule. L'après midi quand j'avais pas les stylos je pouvais pas corriger. Du coup je prenais sur moi, j'attendais le repas du soir parce que l'infirmière allait venir."

☐ Le contexte juridique, et le stress qu'il engendre, s'ajoute à la gestion de la maladie

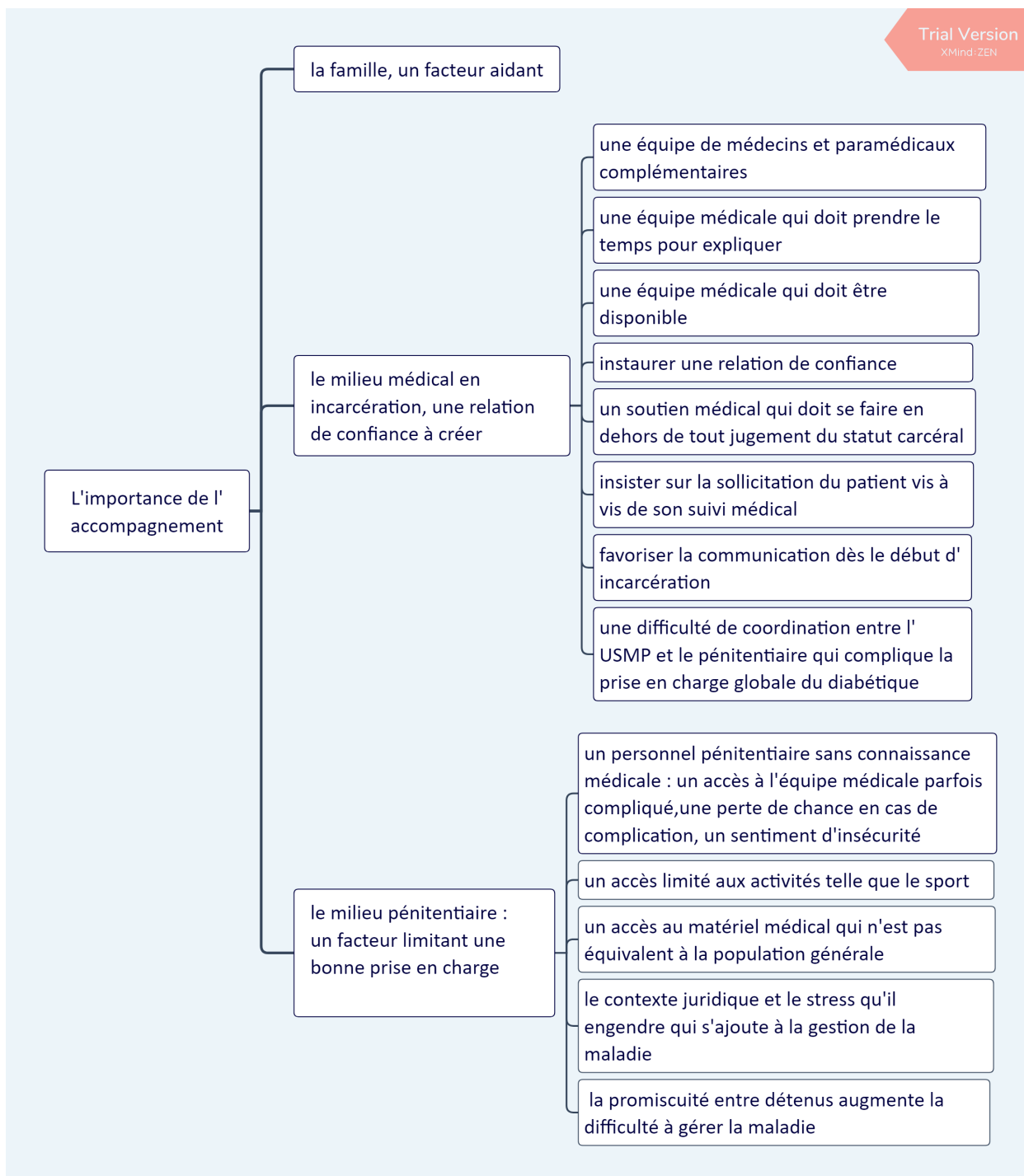
Les patients sont confrontés au stress de leur histoire juridique.

P1 : C'est ça.. Ça fait 3 semaines que mon diabète il commence à monter un peu, c'est pas par rapport à ce que je mange mais à la fin du mois je passe en appel.

☐ La promiscuité entre détenus augmente la difficulté à gérer la maladie

Les patients rapportent leur difficulté à gérer leurs émotions dans le contexte de promiscuité permanente avec les autres détenus.

"P7 : ça fait que moi je vais avoir une réaction plus forte que vous qui êtes pas diabétique. Et par rapport à ça les diabétiques peut être les mettre avec des gens plus sages. "



d) Le savoir vivre avec sa maladie

*** Prendre conscience de la chronicité de la maladie et de sa gravité**

□ Réaliser la gravité des complications en y étant confronté visuellement

Plusieurs patients racontent que le réel déclic sur la prise de conscience de la gravité de la maladie a été de voir concrètement d'autres patients avec des complications visibles: amputation,

plaie, dialyse.

P3 : "il [le médecin] était venu pour le monsieur à côté de moi qui était âgé, il était tout le temps alité donc j'ai pas fait attention du tout, il a enlevé le drap , il a regardé son pied qui était dans un état déplorable, il manquait une partie du pied, et le médecin je pense que ça devait être le professeur, il me dit voilà ce qui t'attend si tu n'es pas sérieux avec ton diabète. Donc là j'ai reçu un coup de masse."

P4 : "Tant qu'on voit pas la chose de nos yeux on peut pas comprendre. Quand vous voyez des malades, l'autre il lui manque une jambe, l'autre on lui a enlevé un rein il est sous dialyse tous les jours, c'est là qu'on comprend. Parce que les images c'est rien."

- ☐ Prendre conscience de la chronicité de la maladie et des complications qui arrivent dans le long terme

P5 : "le diabète c'est plus dans le temps que ça ronge, jusqu'à ce qu'on n'ait plus de ci ni de ça."

P7 : "Je savais pas que c'était à vie."

P7 : "le diabète ne tue pas de suite"

* L'alimentation vécue comme une difficulté

- ☐ Le milieu pénitentiaire inadapté pour une alimentation équilibrée

P2 : " et si vous étiez à l'extérieur par exemple vous pensez que ça se passerait comment? - Plus diversifié. Ici si c'est pas des pâtes c'est des patates si c'est pas des patates c'est des pâtes. Je pourrais me diversifier en tout cas au niveau des légumes."

P5: "les difficultés ici c'est d'avoir un régime alimentaire convenable. On peut pas demander..chaque diabétique, ici quand on demande un régime diabétique, on va avoir des légumes bouillis, des ci, on l'a pas des biscottes. En fait c'est le même repas que tout le monde sauf qu'on va avoir un truc en plus au cas où on fasse une hypoglycémie."

- ☐ La possibilité de cantiner comme facteur améliorant la possibilité de diversification alimentaire

Un patient ne voit pas l'alimentation en milieu carcéral comme une difficulté, à partir du moment où il est possible de cantiner et donc de cuisiner des plats.

P4: " non après l'alimentation on en a parlé, comme je vous dis celui qui cantine ça va, il peut se démerder. Après celui qui a pas.."

□ Évocation de l'intervention d'un diététicien dans la prise en charge du diabète

Plusieurs patients souhaiteraient l'intervention d'une diététicienne, pour améliorer leurs connaissances, et pour proposer des solutions pour diversifier l'alimentation en détention.

P1 : "Ou une diététicienne pour qu'elle m'explique comment il faut que je mange, qu'est ce que je dois manger. Parce que de ce côté là je suis pas trop orientée."

P5 : "[...]mais moi, si on avait un diététicien, exclu, qui viendrait pour mettre un protocole de repas adéquat, pour chaque détenu, voilà ce qu'il faut manger / pas manger."

* Les complications

□ Les troubles de la glycémie : une complication aiguë omniprésente

- Les signes d'hypoglycémie et d'hyperglycémie

Les patients associent leurs maux à leur déséquilibre glycémique : asthénie, céphalée, irritabilité.

P1 : "Et quand je suis à moins je suis fatiguée, je suis tout mou, je me sens mal."

P3 : "Souvent quand j'accepte pas c'est quand les chiffres ils sont pas bons, je suis fatigué, j'ai mal à la tête."

P3: Moi ce que j'ai comme problème aussi c'est que quand je suis en hyper, j'ai une douleur à la tête qui est pas forte mais qui est continue, ça fatigue.

P4: ben des fois on est trop haut, généralement on est plus irrité.

- Effet des émotions sur la glycémie

L'effet des émotions telles que le stress, la colère sont rapportées par les patients.

P1 : " Ça fait 3 semaines que mon diabète il commence à monter un peu, c'est pas par rapport à ce que je mange mais à la fin du mois je passe en appel."

P4 : "Et des fois les humeurs jouent sur la glycémie. Quand on monte en colère ça fait monter la glycémie. Voilà, parce que c'est un bordel hein."

- L'habituatation du corps aux hyperglycémies

Les patients ressentent les signes d'hypoglycémies pour des glycémies normales ou sub-normales.

P1 : "non je me sens plutôt mieux quand j'ai plus que quand j'ai moins car j'ai l'habitude d'avoir plus. Donc j'ai pas l'habitude d'avoir moins donc les premières fois je me sentais très mal. J'avais 1g 10 et je me sentais très mal."

P3: "Parce que le corps en fait il s'habitue, quand vous faites des hypo il s'habitue et moi j'ai

déjà perdu connaissance. Quand vous êtes en hyper pendant 3 jours, et vous redescendez à 1 gramme, c'est super un gramme, ben vous avez l'impression d'être en hypo, il est con le corps, il est bête. Sauf que comme vous êtes resté 3 jours en hyper le corps il est dérégulé."

- La conduite à tenir en cas de complication aiguë difficile à maîtriser

P3: "Et quand on fait les hypos on a envie de manger une quantité de sucre, mais il faut pas grand chose pour remonter, un peu de sucre rapide et un peu de sucre lent pour tenir. Con, moi je rajoute la baguette, avec la confiture, y a plus de limite"

☐ Les complications chroniques : des signes cliniques qui alertent le patient

Les patients rapportent des complications chroniques, vécues ou observées chez des proches, qui les alertent sur la gravité de la maladie.

- Amputation

P5 : "Par contre j'ai un frère maintenant qui vient de se faire amputer un orteil par rapport au diabète....là on voit quand même qu'il faut bien se restreindre, il faut bien le surveiller [...]"

- Troubles sexuels

P7 : "Alors là il y a eu c'est vrai, je sais pas si on peut parler de l'intime, parce que c'est vrai que ça l'a touché un peu"

P5 : " [...]si ça touche l'impuissance..c'est une sale maladie."

- Troubles oculaires

P7 : "Et un beau matin en me réveillant j'avais l'œil droit ou gauche qui était rouge, j'arrivais plus à regarder la lumière"

- Troubles cutanés

P7 : "mais je sentais que 3-4-5 ans après, j'étais pas bien par mes pieds, j'avais beaucoup de peau morte [...]."

- Complications cardio-vasculaires

P7 "on s'est aperçu que j'avais une veine ici qui était bouchée à 50%"

* L'importance de la relation médecin/patient pour le suivi

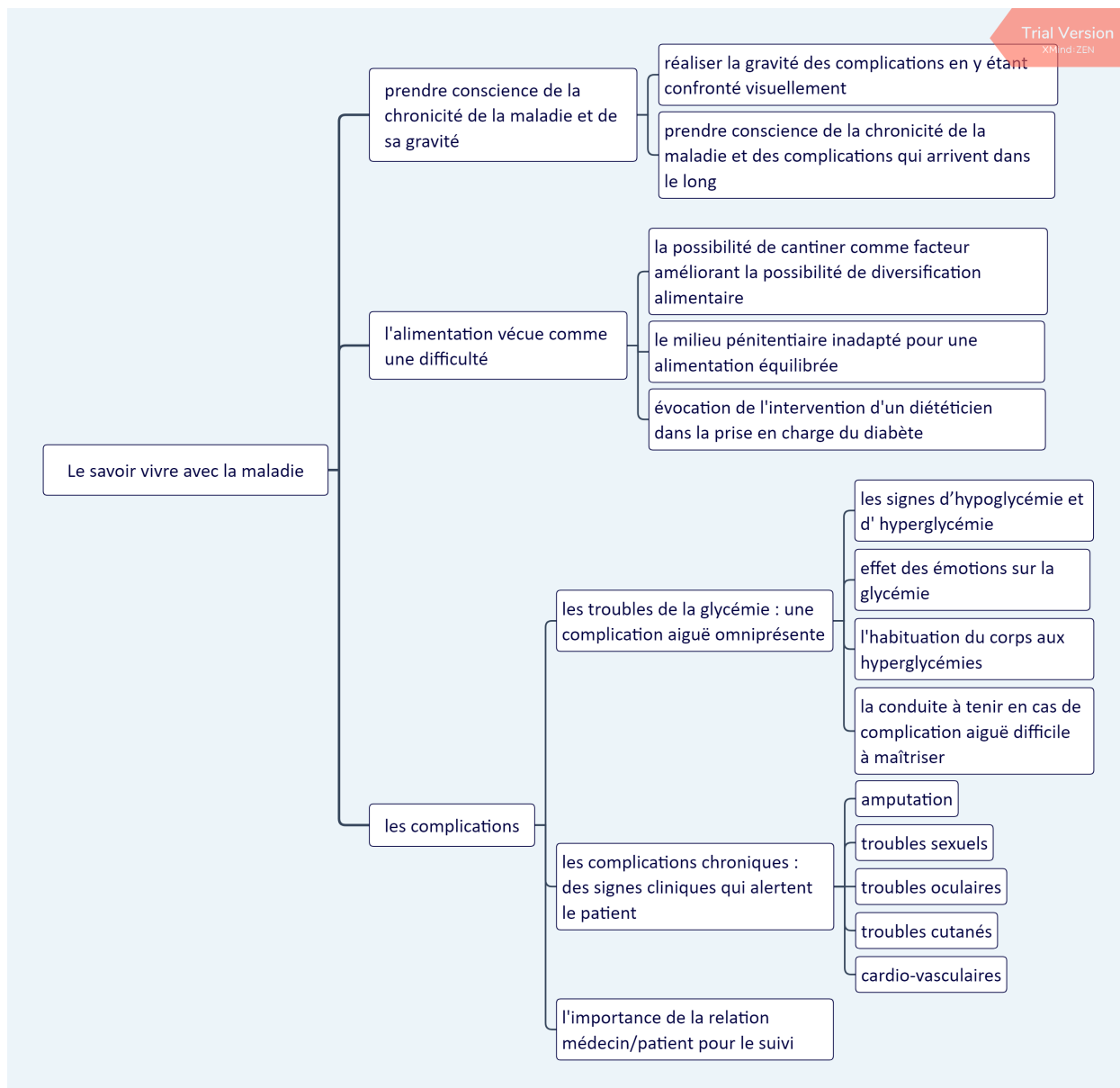
Selon sa perception de sa relation avec le praticien - ici infantilisante ou paternaliste- le patient arrêté un suivi ou au contraire prend confiance et poursuit le suivi de son diabète. Il n'attend pas d'être réprimandé comme un enfant, mais que les informations lui soit données franchement.

P7 : "Pour moi quand j'allais voir le diabéto c'était un peu il vous prenait comme un enfant"

"ça c'est bien ça c'est pas bien, pourquoi tu as déconné?"

"le cardiologue, il m'a vraiment rentré dedans, mais comme d'un père à un fils"

"Et le diabète me prenait la tête, mais le généraliste et le cardiologue pas tant que ça, c'était plus concret pour moi"



e) La compréhension et gestion de son traitement

* S'approprier la technique de prise d'insuline

Certains patients sous traitement insulinique n'éprouvent pas de difficulté technique pour la prise de l'insuline :

P2 : "ça s'est passé comment [la mise en place du traitement]?-P2 : ...normalement. Ça s'est fait naturellement...On m'a donné les médicaments, je les ai pris. Après on est passé aux injections je l'ai fait donc ...HV : les injections ça s'est passé comment pour vous? - P2 : ... - HV ça a été compliqué les injections? [...] P2 : non pas tellement.."

P4 : "Après les questions d'insuline de se piquer, une fois que tu as l'habitude, tu as l'habitude. Je sais pas comment vous expliquer."

Une patiente, qui ne connaissait pas la maladie, a pendant un temps éprouvé le besoin qu'on lui fasse les injections d'insuline, jusqu'à ce qu'elle se sente prête pour se les faire elle même.

P1 : "l'équipe infirmier m'a aidée, m'a enseigné à me piquer car moi j'avais très peur; à la maison c'est mon mari qui me piquait, [...]. Ils ont mis des mois et des mois et des mois à me le faire c'était bien, ils voulaient bien me le faire jusqu'à ce qu'un jour ils me demandent si je voulais le faire j'ai dit oui."

* L'adaptation du traitement insulinique, une maîtrise difficile

Un patient diabétique type 1 exprime une difficulté à équilibrer son diabète, depuis le début de sa prise en charge.

P3 : "C'est souvent qu'il est déséquilibré."

" moi par exemple, j'ai analysé mon diabète du soir, la bonne dose d'insuline 2 heures après le repas je contrôle ma glycémie, on appelle ça la glycémie postprandiale, j'avais remarqué qu'elle était très élevée, 3 grammes-4 grammes, j'ai dit holala je vais passer une nuit terrible, et bien j'ai mangé, j'ai pas été bien. Ca a commencé 2 heures après, et ça a duré 3 heures donc pendant 3 heures j'étais pas bien, j'avais pas d'insuline, donc je me suis dit je vais passer une nuit de merde, et finalement, le matin j'étais à 1g15, le top, je suis resté con. Et en fait mon diabète il est tout le temps comme ça."

* L'insulinothérapie fonctionnelle :

Un des patients diabétiques de type 1 a été formé à l'insulinothérapie fonctionnelle au cours d'ateliers avant son incarcération :

P4 : "Après moi on m'a appris à l'hôpital que le diabète en lui même tu peux manger ce que tu veux mais tu dois faire les insulines derrière, c'est l'insulinothérapie fonctionnelle."

Le second patient diabétique de type 1 n' y a pas été formé mais aborde des questions qui évoquent le concept :

P3 : "C'est compliqué dans le sens où quand vous mangez trois assiettes de riz vous savez pas"

quelle dose d'insuline il faut faire."

* Les interactions médicamenteuses :

Les patients s'interrogent sur les effets que peuvent avoir des médicaments sur leur traitement du diabète.

P1 : "dans cette période pendant que j'étais là je prenais beaucoup de solupred car j'avais de l'urticaire"

* Les effets indésirables des traitements à prendre en compte

Le patients attendent qu'on prenne en compte leurs alertes sur les effets indésirables des traitement.

P6 : "La metformine j'ai demandé à ce qu'on baisse les dosages parce que ça me détraquait au niveau gastrique"

* La rupture thérapeutique, une notion récurrente

Dans l'histoire de la maladie des patients, on retrouve souvent à un moment de leur vécu une rupture avec le milieu médical.

☐ Parce qu'on ne ressent pas ou plus les signes cliniques de la maladie

P1 : "Après quand je suis sortie à l'extérieur, ça allait super, et j'ai pas fait attention à mon diabète, et ça a disparu."

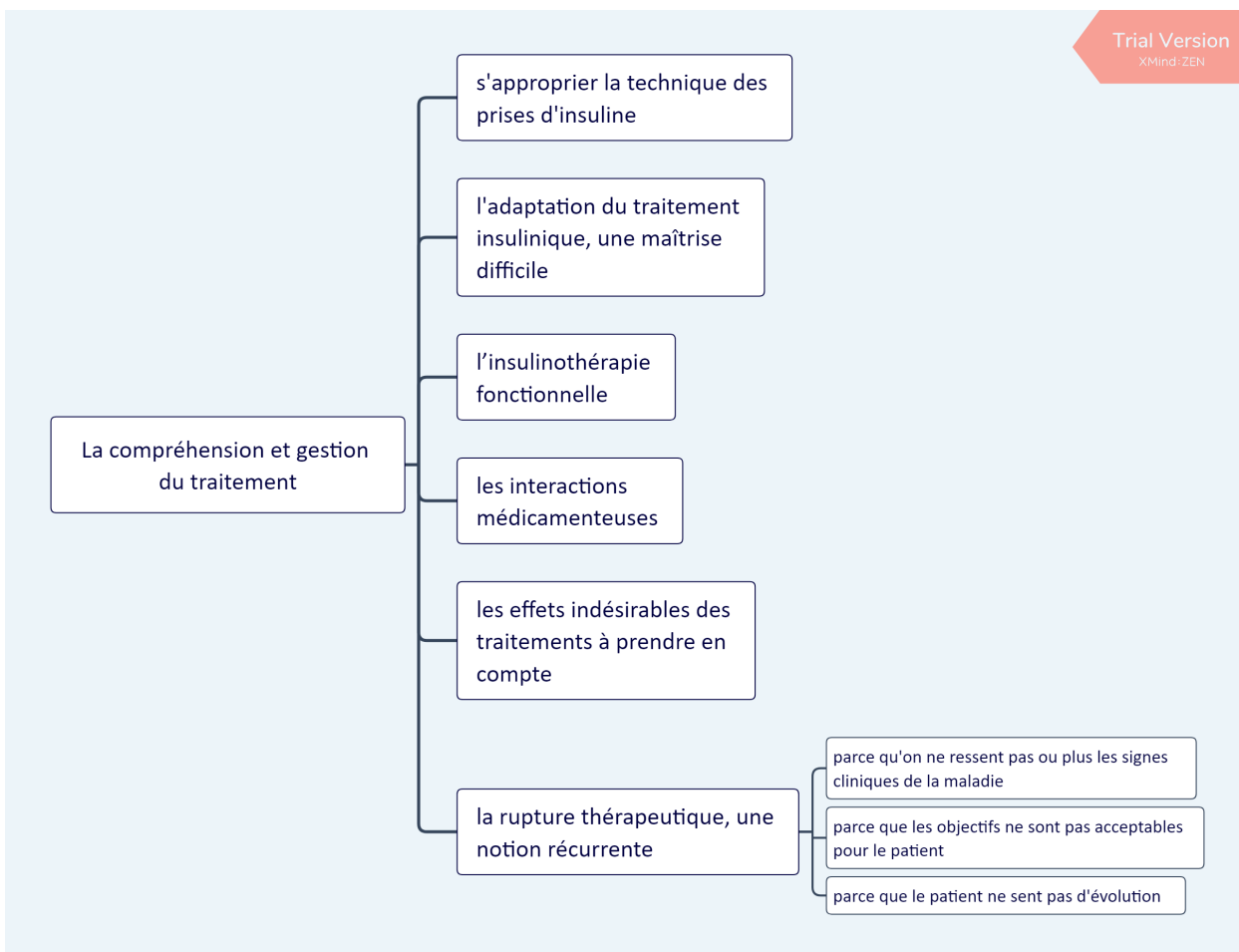
P7 : "j'allais mieux au bout d'un moment je me suis dit "on laisse de côté""

☐ Parce que les objectifs ne sont pas acceptables pour le patient

P4 : Après c'est bon, c'est casse-tête [de noter les glycémies dans un carnet] j'ai arrêté , je voyais plus le spécialiste, j'ai fait mes injections.

☐ Parce que le patient ne sent pas d'évolution

P3 : "Mais ces dernières années, ça faisait quatre ans que je n'y allais plus.[...] on était dans une impasse."



f) La prise en compte de l'aspect psychologique

* L'annonce du diagnostic : des vécus différents

☐ Le choc de l'annonce

Souvent ressenti par les patients qui ne connaissaient pas la maladie avant le diagnostic.

P1 : je crois que ça a été un choc.

P3 : "Donc là j'accuse le coup"

P4 : "Ben l'annonce au début on est un peu choqué", "c'est comme quand on perd quelqu'un. Au début, et après voilà"

☐ L'annonce de la maladie vécue comme une fatalité familiale

Des patients qui avaient des antécédents dans la famille, l'ont vécue comme quelque chose de normal, voire une fatalité:

P2 : "pas du tout choquant car mon père était diabétique"

P5 : "l'annonce j'ai pas été choqué parce que dans mon entourage tout le monde l'a. On est

cinq garçons dans la famille, trois filles , ma mère est diabétique, tous mes autres frères[...]"

□ La forme de l'annonce: une annonce brutale pour le patient, vécue difficilement

Les patients rapportent la façon dont l'annonce leur a été faite, parfois brutale.

P1: " Un jour ils m'ont trouvé que j'avais beaucoup de diabète, 3 grammes et demi. Donc y avait une infirmière avant qui maintenant n'est plus là, je l'ai vue qui courait partout je lui ai demandé ce qui se passait, elle me dit vous allez tomber dans le coma."

P3: " un jour j'ai reçu un message sur mon répondeur qui disait qu'il fallait que je me rende au CHU."

* Le psychologue, un aidant à part entière dans la prise en charge du diabète :

Le psychologue est cité par les patients comme un intervenant à part entière dans le cadre de la prise en charge du diabète.

P2 : "on commençait à peine à discuter comme il fallait avec le psychologue puis du jour au lendemain ils l'enlèvent"

P5 : "[...] ou plus facile de voir le psy, y'en a qui ont le diabète, ça va pas trop dans leur tête"

Le psychologue est même cité comme moyen de prévention de l'acte auto-agressif.

P4 : "vous savez pas si le mec il utilise son stylo, il s'injecte 60 unités. On sait pas"

* L'impact de l'incarcération :

L'incarcération peut provoquer un choc émotionnel qui impacte indirectement sur le diabète: par l'effet du stress, ou parce que le patient a autre chose en tête. Le choc peut être considéré par le patient comme l'élément déclencheur de sa maladie.

P1 : " plus le fait d'être ici incarcérée la tête elle est pas à sa place"

P5 : "c'est depuis que je suis ici, suite au choc émotionnel de ma détention."

* Gérer ses émotions :

Des patients rapportent une difficulté à gérer leurs émotions : l'anxiété qui pousse à manger, la colère considérée comme liée à la maladie, la tristesse et le repli sur soi qu'elle entraîne..

P3 : "Souvent quand j'accepte pas c'est quand les chiffres ils sont pas bons, je suis fatigué, j'ai mal à la tête. Donc là j'essaie de prendre sur moi, parce que j'ai fait beaucoup de mal à ma famille et même à des gens que je connais pas. Mauvais comportement verbal. Je rapportais souvent mon mal-être à des personnes en face de moi."

"Avant mon diabète j'étais pas comme ça moi."

P2 : des difficultés non mais ...ça vous fait penser au quotidien à votre père qui est décédé donc[du diabète]..;

"avec le temps je suis devenu un peu beaucoup reclus sur moi même donc.."

P5 : "c'est justement de pouvoir gérer ses émotions"; "si je suis anxieux j'ai tendance à manger"

*** Le manque de confiance en soi :**

Une patiente exprime un manque de confiance en soi vis à vis de ses connaissances.

P1 : "je connais pas, je suis pas une experte; " mais peut être que c'est moi qui suis retardée"

*** La culpabilité vis à vis de sa propre gestion de la maladie:**

Les patients expriment une culpabilité quant à leur propre prise en charge de leur maladie : ils se sentent responsables des conséquences de leur manque d'assiduité, passée ou à venir.

P1 : "Si j'avais fait à ce moment là attention à ce que je mangeais tout ça, peut-être qu'à l'heure d'aujourd'hui je serais pas dans mon état."

P2: "Et des fois y a des gens qui me parlaient doucement et je les insultais. Voilà comment j'étais, je suis pas fier. Je suis pas tout le temps comme ça."

P5 : " la personne qui suit pas le protocole, si demain on lui coupe un orteil il pourra s'en prendre qu'à lui même"

*** Les troubles de l'humeur attribués par le patient au diabète**

Ils sont considérés par les patients comme une conséquence psychologique de la maladie, mais aussi comme physiologiquement dus à la maladie.

P1 : "j'ai fait une dépression"

P4 ; "y'en a qui ont le diabète, ça va pas trop dans leur tête"

"Je me lève de travers, j'en veux à tout le monde. Et pourtant on m'a rien fait. Mais on m'a dit que le diabète ça pouvait jouer sur les humeurs et tout."

P3 : "Avant mon diabète j'étais pas comme ça moi."

P7: "voilà par rapport à une autre personne, voilà parce que dans la journée y a toujours une colère qui est plus que...je sais moi à 30 ans j'étais pas énervé comme ça"

*** Prévenir les actes auto-agressifs à l'insuline**

Il est important d'appréhender l'état psychologique du patient afin de prévenir les actes auto-agressifs avec les traitements antidiabétiques, notamment l'insuline.

P3 : "Voyez y a un truc qui m'a fait mal aussi y a pas longtemps, c'est que moi j'ai fait une tentative de suicide quand je suis arrivé en prison. Les 2 premiers jours je me suis injecté une

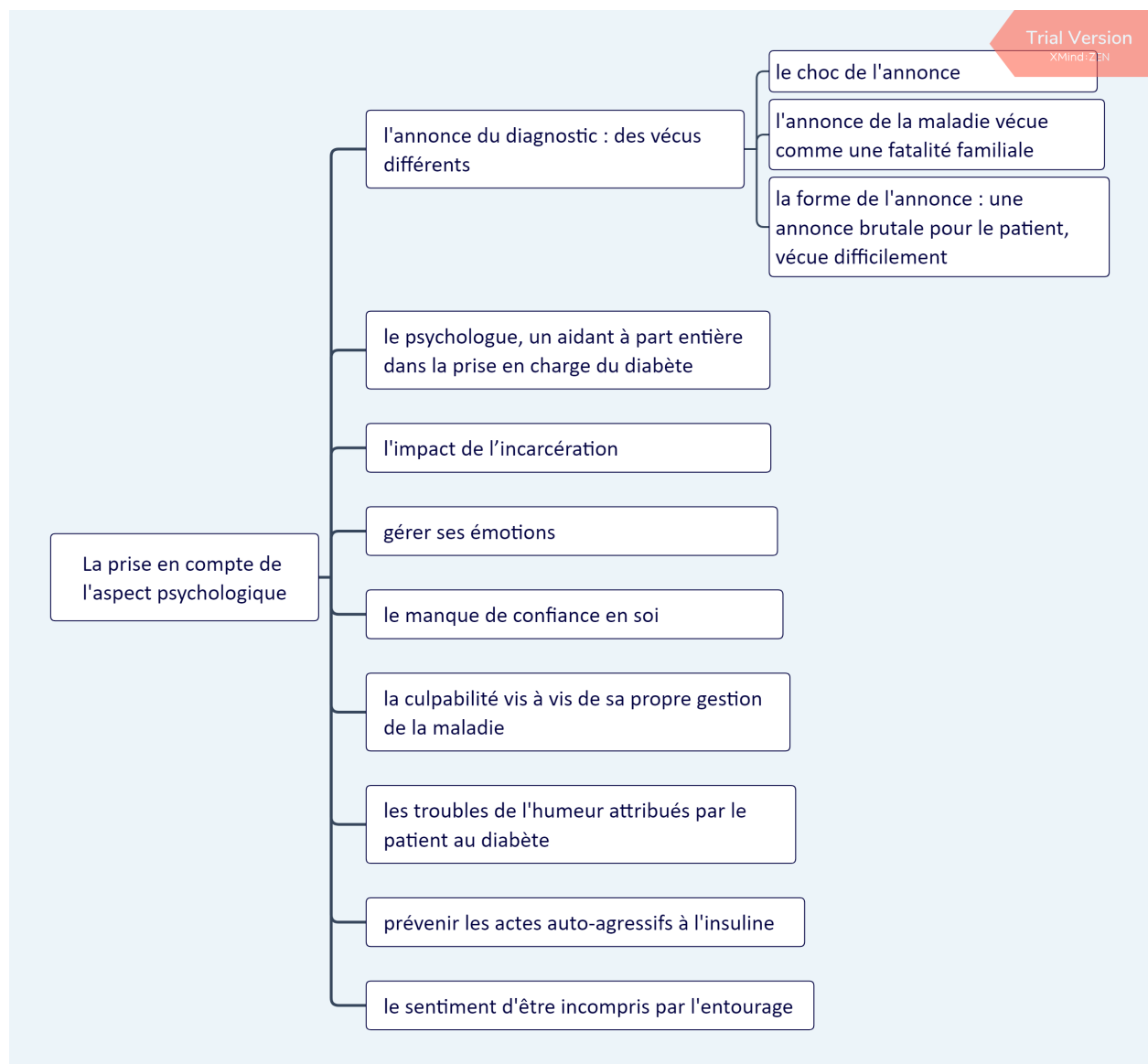
grosse dose d'insuline. "

* Le sentiment d'être incompris par l'entourage

On retrouve dans plusieurs entretiens le sentiment des patients d'être incompris de l'entourage: pénitentiaire, médical, avec parfois une déconsidération de leurs plaintes liées au diabète.

P3 : "d'être compris c'est tout. De pas être compris pour moi c'est d'être un menteur. C'est le problème quand on se plaint souvent d'avoir mal à la tête on vous regarde bizarre, est-ce qu'il exagère pas?."

P4 : "moi la difficulté que je rencontre avec le diabète en prison c'est qu'on n'est pas compris. Les gens ils comprennent pas."



5) Résultats pour l'objectif secondaire : l'abord des attentes des patients sur les ateliers

a) Les attentes sur la forme des ateliers

*** En individuel**

Les patients, demandeurs d'informations, sont convaincus par les entretiens individuels, plutôt axés sur leur propre maladie.

P1 : "Je sais pas mais peut être plus d'informations, expliquer plus. - HV: et de quelle façon? - faire des entretiens comme ça, expliquer bien comment faire."

P5 : "si c'était moi en individuel, comme maintenant, ce serait de parler que de mon diabète. Déjà avoir fait le truc avant, pour que vous en tant que médecin vous puissiez identifier mon diabète et qu'on puisse en parler. "

*** En groupe : des avis mitigés**

Certains patients ne sont pas convaincus par les ateliers de groupe, notamment parce qu'ils ne souhaitent pas s'exprimer devant le groupe, ou ne ressentent pas le besoin de parler du diabète.

P2 : "en groupe ça m'intéresse pas. - HV : par rapport à quoi? - P2 : je sais pas, c'est personnel, c'est..."

P4 : "Les autres ateliers je voulais pas trop les faire, c'est un peu comme les alcooliques anonymes, vous devez vous présenter et tout, moi j'aime pas ça, en public et tout j'aime pas."

"j'ai fait que l'I.F. Ça s'est bien passé parce qu'ils vous sollicitent pas."

"ben voir les autres diabétiques, leur parler, tu vas leur dire quoi? Depuis quand tu as le diabète? Comment tu l'a su, nanani nanana..."

Les autres patients adhèrent à l'idée d'ateliers de groupe.

b) Le contenu des ateliers suggéré par les patients

*** Rencontrer d'autres diabétiques**

Les patients sont demandeurs de partager leur vécu de la maladie avec d'autres patients diabétiques.

P2 : " vous pensez que ce seraient quoi les thèmes intéressants à discuter? - P2: ...savoir comment eux le vivent.."

P3 : "Ça ferait du bien de discuter, voir comment ils vivent leur diabète. Voir comment ils le vivent dans la détention et hors de la détention, comment ils s'y prennent voilà."

Un patient ne voit pas d'intérêt à rencontrer d'autres diabétiques :

P4 : "ben voir les autres diabétiques, leur parler, tu vas leur dire quoi? Depuis quand tu as le diabète? Comment tu l'a su, nanani nanana..."

* Le psychologue, un intervenant à part entière

L'intervention d'un psychologue dans le cadre de la prise en charge du diabète est suggérée par plusieurs patients.

P2 : " on commençait à peine à discuter comme il fallait avec le psychologue puis du jour au lendemain ils l'enlèvent - HV : Ça vous apportait aussi par rapport à la maladie? - P2 : pour l'écoute. Il était très bien."

P4 : "je vous dis, qu'ils mettent une écoute au médecin, au psychologue tout ça"

* L'alimentation

Des ateliers sur l'alimentation sont sollicités, avec une demande d'informations concrètes : sur "quoi/comment manger", donner des idées de menus type possibles à réaliser en détention, voire même intégrer l'équipe des cuisines dans le projet.

-Qu'est ce qu'il faut / ne faut pas manger :

P1 : "qu'est ce qu'il faut manger, qu'est ce qu'il faut pas manger. Ça ça m'intéresse. Quel type de légumes? Il faut il faut pas."

-Intervention d'un diététicien pour conseiller sur des menus type

P5 : "vous en tant que médecin, je sais pas ce que diront les autres, mais moi, si on avait un diététicien, exclu, qui viendrait pour mettre un protocole de repas adéquat, pour chaque détenu, voila ce qu'il faut manger / pas manger."

P8 : "d'avoir un avis d'une diététicienne."

- Mettre à contribution l'équipe des cuisines

P2 : "est-ce que vous pensez qu'il y a une façon dont on pourrait intervenir pour que l'alimentation ce soit moins compliqué ici, par rapport aux ateliers. - P2 : ça c'est plus le personnel cuisinier.."

* Informers les personnes non diabétiques

Plusieurs patients abordent l'idée d'apporter aussi une information aux personnes non diabétiques

en détention: en terme d'hygiène de vie notamment, et d'intervention en cas de complication chez un diabétique:

P4 : "Et après pour les personnes qui ne sont pas diabétiques, les sensibiliser. - HV : un atelier pour les patients qui ne sont pas diabétiques pour leur apprendre des choses dessus? - P4 : parce que le diabète ça vient ou de l'alimentation ou héréditaire, et en ce moment à notre époque on mange que des conneries. Alors il vaut mieux les sensibiliser au plus jeune âge possible."

P5 : "voilà, ça peut faire des mycoses, les mycoses engendrent d'autres choses, avec le diabète tout est accéléré. Il faut avoir les informations une fois par mois parce que la population elle tourne, ça rentre, ça sort. - HV : pour les diabétiques ou de façon générale? - P5 : de façon générale."

* Informer / former l'équipe non médicale du centre pénitentiaire

L'idée d'informer les surveillants pénitentiaires sur le diabète, et de les former aux gestes de premiers secours en cas de complication aiguë est suggérée.

P4 : "donc plus informer l'équipe non médicale en fait - P4 : voilà. Et que eux, ils soient informés comment prendre en charge la maladie: y a une hypo comment mettre en place le traitement."

"Après quand on est en cellule, faut vraiment que les surveillants ils soient alertés que telle ou telle personne elle est susceptible de faire un malaise."

* Spécificités dans la prise en charge des complications du diabétique

Des patients se demandent s'il y a des spécificités dans la prise en charge du patient diabétique en cas d'incident aiguë comme une plaie ou autre.

P5 : "donc les gestes de secours? - P5 : les gestes d'urgence sur un diabétique est-ce que d'avoir le SST ça suffit? Est ce que y a d'autres choses à faire? Sur une plaie ouverte sur un diabétique, qu'est-ce qu'il faut faire? On le sait pas tout ça, parce que sur un diabétique c'est un peu spécial."

* Les règles d'hygiène

Les règles d'hygiène sont sollicitées et souvent bien intégrées par les patients qui les évoquent spontanément en entretien.

P4 : "Avoir une bonne hygiène de vie, si le mec il a pas une bonne hygiène de vie. L'hygiène c'est super important pour quelqu'un qui a le diabète, parce qu'il est plus susceptible de

s'infecter. Et comme ils disent les gens il faut avoir un bon rythme de vie, il faut être réglé en fait."

* État des lieux des recherches sur le diabète / les traitements nouveaux et à venir

Les patients sont curieux vis à vis des nouveautés sur les nouveaux moyens et traitements dans le diabète, sur les recherches en cours.

P1 : "Est-ce qu'il y a quelque chose à part l'insuline pour faire marcher mon pancréas? Est-ce qu'il y a une transplantation de pancréas? Ça existe ça?"

"après à la télé il y a des appareils qui sont sortis qui sont automatiques en fonction du diabète et ça se met tout seul. Est-ce que c'est bon ça?"

P4 : "à part voilà l'évolution , qu'est-ce que vous en tant que médecins en tant que chercheurs, est-ce qu'on va vers le mieux, qu'est-ce qu'ils en pensent? Est ce que toute notre vie on va être obligé de prendre ces cachets ou est-ce qu'il y aura quelque chose pour annihiler ce diabète, est-ce que vous maintenant, est-ce que les chercheurs se penchent vraiment sur cette maladie ou est ce qu'ils se penchent sur d'autres maladies?[...]"

* Pratiquer une activité physique

P7 : "C'est surtout le thème...je pense que le diabétique il a surtout trois thèmes à faire. C'est très important. C'est une heure de sport, minimum tous les jours.[...]"

* Adapter le discours au patient

La forme de l'information est importante : un patient qui se sent agressé ou infantilisé, peut avoir une réaction inverse à celle attendue.

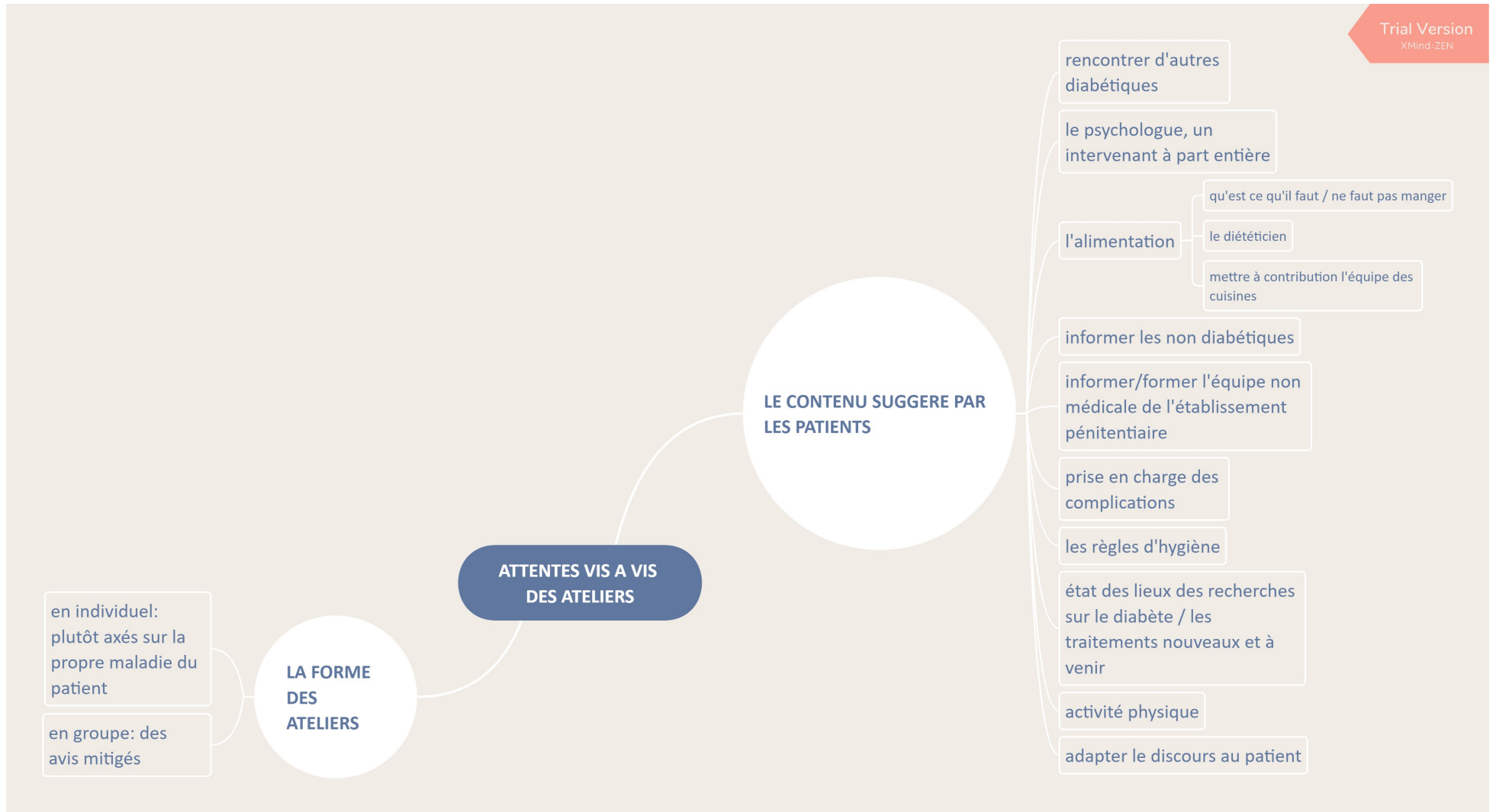
P7 : "Si on m'interdit je vais prendre."

6) Résumé des résultats

a) Objectif principal



b) Objectif secondaire : appréhender les attentes des patients vis à vis des ateliers



IV - DISCUSSION

1) Forces et faiblesses de l'étude

a) Forces de l'étude

* Pas de bibliographie sur un sujet équivalent

Il y a très peu de littérature sur les maladies chroniques en prison, telles que le diabète. Si quelques références notent une prévalence des maladies chroniques similaires à la population générale, on manque de recueil de données plus précises dans cette population. Nous n'avons pas trouvé d'étude équivalente à ce jour recueillant auprès des patients détenus diabétiques leurs attentes vis à vis de leur prise en charge.

* La méthode par entretiens individuels semi-dirigés

La forme des entretiens, semi-dirigés, laisse une grande liberté d'expression au patient. De ce fait, les sujets spontanément abordés par le patient sont révélateurs de ce qui peut avoir plus d'importance pour eux, au moins au moment de l'entretien.

* L'analyse avec une triangulation des données sur les premiers entretiens

Nous avons pu réaliser une triangulation des données entre l'enquêteur et la directrice de thèse sur les deux premiers entretiens, afin de vérifier la cohérence des thèmes et sous thèmes selon l'analyse des verbatims.

* Un échantillon de patients varié

Enfin, l'échantillon des patients est très varié:

- 1 femme a pu être interviewée sur 8 patients (sachant qu'elles représentent environ 9% de la population carcérale à Nîmes en janvier 2018 (2)),
- les âges varient de 26 à 61 ans,
- 2 patients sur 8 sont diabétiques de type 1, sachant que le diabète de type 1 représente environ 10% des diabètes,
- nous avons des patients traités par insuline et des patients sous ADO,
- les diagnostics datent de 8 mois à 14 ans,
- sur le plan carcéral , les durées d'incarcération effectuées au moment de l'entretien vont

de 2 mois et demi à 4 ans et demi, et les condamnations vont de quelques mois à 20 ans (avec donc des perspectives de prise en charge au sein de la prison potentiellement différentes pour le patient).

b) Faiblesses de l'étude

*** Limites dans le recueil des données**

L'étude présente une limite liée à la méthode de recueil des données: en effet la méthode de l'entretien semi dirigé nécessite une certaine technique et pratique que l'enquêteur n'avait pas. Si l'enquêteur s'est efforcé tout au long des entretiens de mettre en avant des questions ouvertes et de redynamiser les interviews par des relances lorsque c'était nécessaire, l'adaptation s'est faite progressivement tout au long des entretiens.

*** Saturation des données et nombre maximum de patients éligibles atteint**

Nous avons atteint la saturation des données au dernier entretien. Il ne nous a pas été possible de faire un entretien supplémentaire pour confirmer la saturation des données compte tenu que nous avons atteint le nombre maximum de patients éligibles dans la période impartie.

2) Résultats commentés et comparaison à la littérature

a) Concernant l'objectif primaire

*** Les résultats principaux :**

Les six grands thèmes abordent des notions qui sont familières dans la prise en charge actuelle du diabète en médecine générale : à savoir l'information sur le traitement, les complications, l'alimentation, le suivi médical, les règles d'hygiène, la nécessité d'un accompagnement.

Les spécificités qui peuvent ressortir dans notre étude sont en lien avec le milieu carcéral. Nous développons ici ces notions.

☐ Le savoir vivre avec sa maladie :

L'alimentation est une difficulté unanime pour les patients, avec ce constat : le milieu carcéral est inadapté pour une alimentation équilibrée; Les complications, notamment les complications aiguës, ont un impact direct sur le bien-être.

- En prison les patients diabétiques ne bénéficient pas d'une adaptation de leur alimentation au titre de leur pathologie. Leur capacité à cuisiner équilibré eux même va dépendre de leur possibilité de "cantiner", c'est à dire acheter certains aliments sur une liste pré-établie par le centre pénitentiaire, et livrés une fois par semaine. Les patients en précarité financière et/ou sans entourage familial ne peuvent souvent pas ou peu cantiner.

L'article "*De l'éducation thérapeutique du patient en milieu pénitentiaire*" paru en 2008 dans *Pratiques et Organisation des Soins* (6) analyse les prises en charge et les pratiques éducationnelles en milieu pénitentiaire en interrogeant patients, médecins et professionnels pénitentiaires. L'auteur propose déjà à l'époque de créer un partenariat entre la diététicienne de chaque hôpital, les médecins des différentes UCSA et le service cuisine de chaque unité pénitentiaire pour assurer un suivi de qualité et de proximité pour les patients détenus nécessitant un régime alimentaire particulier.

- Concernant les complications, si les signes cliniques de dysglycémie et le mal-être associé sont fréquemment évoqués spontanément par les patients, les complications au long cours ne sont abordées que lorsque le patient ou un proche est concerné : les patients ne demandent pas spontanément d'informations dessus.

□ La compréhension et gestion du traitement:

L'adaptation du traitement insulinique pour équilibrer la glycémie : la technique d'injection une fois acquise ne semble plus poser de problème aux patients. On note cependant que la réflexion pour adapter les doses d'insuline est parfois encore floue même après plusieurs années de pratique. Les patients expriment aussi une volonté de comprendre la physiopathologie des traitements.

□ La prise en compte de l'aspect psychologique:

Les traits de caractère propres à chaque patient, son rapport à sa maladie, son histoire judiciaire, le milieu carcéral, sont autant de facteurs influençant son état émotionnel et pouvant impacter sur l'équilibre de sa pathologie.

L'aspect psychologique était présent dans tous les entretiens. Sa prise en compte dans la prise en charge du diabète était évoquée directement par certains patients : demande de l'intervention d'un psychologue, prévention de geste auto-agressif à l'insuline, gestion des émotions. Il était aussi souvent suggéré dans le vécu de la maladie du patient : le choc de l'annonce, l'acceptation difficile, la culpabilité vis à vis de sa propre gestion de la maladie..etc

Le milieu carcéral est propice aux fluctuations émotionnelles avec l'impact psychologique de

l'incarcération, le stress lié à l'aspect juridique, les troubles de l'humeur attribués par le patient au diabète mais majorés par la promiscuité entre les détenus et le besoin évoqué plusieurs fois de circuler dans un espace plus grand que la cellule.

▫ L'importance de l'environnement:

Ce thème soulève le frein que représente le milieu carcéral à une prise en charge médicale équivalente à la population générale:

-l'accès au matériel médical pour le suivi et le traitement du diabète est limité. D'une part car le service de l'USMP est dépendant de l'hôpital et donc dispose du matériel de l'hôpital sans autre choix possible (plusieurs patients font remarquer que les aiguilles fournies pour les dextros font plus mal que leur matériel précédent). D'autre part car les mesures de sécurité propres au milieu pénitentiaire limitent la possibilité de faire entrer en cellule un certain nombre d'objets, rendant difficile de faire amener du matériel par la famille; les patients n'ont donc parfois pas accès à du matériel qu'ils utilisaient déjà à l'extérieur, ou du matériel dont ils pourraient bénéficier (exemple du "free style libre").

- la coordination entre l'USMP et la prison peut être difficile : les activités des patients telles que les promenades, les parloirs, les convocations juridiques, le travail en prison, les activités telles que le sport ont lieu en général dans les mêmes créneaux horaires que les consultations. Le patient est donc amené à choisir entre ses rendez-vous médicaux ou sa promenade ou son parloir par exemple.

- un accès difficile aux activités bénéfiques pour le diabète telles que le sport, compte tenu d'un faible nombre de places dans ces activités par rapport au nombre total de détenus;

- une notion qui interpelle est le sentiment d'insécurité exprimé par certains patients vis-à-vis de leur pathologie devant l'absence de formation médicale des personnels pénitentiaires. Les surveillants sont les premiers au contact du patient, et en cas de complication aiguë notamment en cellule, certains patients soulèvent un temps de réactivité parfois long retardant la prise en charge médicale.

L'article "*Prise en charge du diabète en milieu carcéral*" paru dans *Diabétologie Pratique* en 2017 (8) , souligne la particularité propre à l'exercice médical en prison où le corps et la santé sont parfois utilisés comme moyen d'échange entre le détenu et l'administration pénitentiaire. Les actes auto-agressifs sont plus fréquents en prison: le diabète et son traitement, comme d'autres traitements, sont parfois utilisés par le détenu dans ses rapports avec l'administration pénitentiaire et il est difficile pour le surveillant pénitentiaire de faire la part des choses entre l'urgence médicale et la demande abusive d'un détenu, d'autant plus avec le manque de formation

médicale. Aux États Unis, *l'American Diabetes Association* propose des recommandations spécifiques concernant la prise en charge des patients diabétiques incarcérés, dont former le personnel pénitentiaire au dépistage et la prise en charge des hypoglycémies sévères(28). Il existe actuellement à la MA de Nîmes la possibilité de demander une "surveillance spéciale somatique" auprès de l'équipe pénitentiaire afin que les surveillants soient plus vigilants vis à vis d'un patient. Cela implique une plus grande vigilance de leur part en cas d'appel dans une cellule concernée.

Toujours concernant l'environnement, le patient aborde son rapport au corps médical avec des attentes. Si des patients affirment être en partie satisfaits de la prise en charge de l'USMP par l'information apportée, le temps accordé, et surtout la disponibilité (facilité par la présence de l'USMP au sein même de la prison), certains patients expriment aussi la nécessité que l'équipe médicale insiste auprès des patients, d'autant plus si le premier contact n'a pas permis de créer de relation de confiance. Les patients expliquent que ce premier contact peut être difficile car un patient qui vient de rentrer en prison est souvent sous le choc de l'incarcération. Ce sentiment d'isolement du patient peut se retrouver renforcé par le sentiment "d'être incompris", incompris par le pénitentiaire, mais aussi l'équipe médicale, avec la sensation que leur plaintes somatiques sont minimisées.

* Comparaison à l'étude ENTRED 2007-2010 : une étude quantitative sur les attentes des patients diabétiques en population générale

L'étude *ENTRED 2007-2010* (29) est une étude nationale quantitative réalisée en 2007. Elle concerne l'information et l'éducation reçues par les personnes diabétiques, les pratiques éducatives des médecins, ainsi que les attentes des personnes diabétiques et des médecins. L'un des objectifs secondaires était d'identifier les besoins et attentes des personnes diabétiques en matière d'information, d'éducation et de soutien psychosocial. 4296 patients diabétiques ont répondu aux questionnaires. La population de l'étude ENTRED était composée de 92% de patients diabétiques de type 2 et 8 % de patients diabétiques de type 1. La moyenne d'âge de leur population était de 60 ans. Les participants étaient diagnostiqués depuis 11 ans en moyenne. 17% des patients diabétiques de type 2 et 33% des patients diabétiques de type 1 avaient déjà eu un complément éducatif en plus de la prise en charge habituelle.

Les principales attentes concernant les informations supplémentaires pour les patients diabétiques de type 2 dans l'étude ENTRED concernaient :

- L'alimentation à 45%
- Les complications du diabète à 35%
- Comment bien vivre avec son diabète à 29%
- Droits et remboursement des soins à 21%
- Activité physique, traitement et sexualité à respectivement 18%, 15% et 15%

De même pour les patients diabétiques de type 1 :

- Droits et remboursement des soins à 46%
- Les complications possibles à 30%
- L'alimentation à 25%
- Comment bien vivre avec son diabète, sexualité et traitement à respectivement 23%, 22% et 22%
- Activité physique à 17%

Notre étude étant qualitative, on ne peut pas comparer nos résultats à ceux de l'étude *ENTRED* en terme de fréquence d'évocation des thèmes. En revanche, on remarque que tous les thèmes traités dans l'étude *ENTRED* sont cités dans nos résultats, excepté l'aspect administratif de la prise en charge du diabète qui n'a été abordé par aucun patient lors de notre étude. Une explication possible est que dans le contexte carcéral et de l'encadrement médical qui est hospitalier, le patient gère très peu l'aspect administratif médical. Ce point est intéressant à soulever, car il pose la question de proposer une information plus systématique des droits et devoirs administratifs des patients, notamment pour les préparer à la sortie.

La concordance entre nos thèmes et ceux de l'étude *ENTRED* conforte notre idée qu'une partie de nos résultats recourent les attentes des patients diabétiques de la population générale.

b) Concernant l'objectif secondaire

*** Le désir d'information:**

Le désir d'information est constant, formulé de façon plus ou moins directe par les patients. Une notion intéressante à relever est l'ambiguïté qui existe chez certains patients : ils affirment ne pas ressentir le besoin d'être plus informé, alors que par ailleurs ils formulent des questionnements.

Cette notion est retrouvée dans l'étude *ENTRED 2007-2010* (29): 80% des patients diabétiques de type 2 et 85% des patients diabétiques de type 1, se sentaient bien informés sur leur diabète. Pourtant, 71 % des patients diabétiques de type 2 et 82% des patients diabétiques de type 1

souhaitaient des informations supplémentaires.

Les facteurs identifiés chez les patients diabétiques de type 1 faisant qu'ils se sentaient mieux informés étaient le niveau d'étude élevé, l'aisance financière, l'éducation complémentaire reçue, une communication facile avec le médecin. Ces notions sont importantes lorsque l'on sait que les détenus sont fréquemment en situation de précarité sociale et/ou financière. Selon l'étude ENTRED ils seraient donc plus à même de se sentir mal informés.

Les patients en attente d'informations étaient plus souvent des personnes ayant déjà eu une information complémentaire. Ce constat soulève la nécessité pour l'équipe médicale de ne pas s'arrêter à l'absence première d'intérêt d'un patient pour l'éducation thérapeutique.

* La forme des ateliers:

Les patients sont intéressés par des ateliers individuels, axés plus spécifiquement sur leur propre maladie.

Concernant les ateliers de groupe, les avis sont mitigés avec des patients réfractaires au concept de groupe. La cause évoquée est souvent le fait de s'exprimer en public, ou l'absence de besoin de parler encore de sa maladie avec d'autres diabétiques. On retrouve cet avis aussi bien chez des patients qui n'ont jamais eu d'éducation thérapeutique du diabète en groupe que chez des patients en ayant bénéficié.

Dans l'étude ENTRED 2007-2010(29), la question était posée aux patients de leur souhait pour l'avenir quant à un complément éducatif : 45% des diabétiques type 1 souhaitaient une forme d'éducation ou d'accompagnement dont 35% en entretiens individuels et 27 % en collectifs ; 33% des diabétiques type 2 le souhaitaient dont 28% en individuels et 11% en collectifs. On retrouve donc que l'éducation en groupe est peu sollicitée dans l'étude ENTRED 2007-2010, de la même façon que nos patients sont inégalement demandeurs d'ateliers en groupe.

* Le contenu des ateliers suggéré par les patients

On retrouve des thèmes communs à de nombreux programmes d'ETP du diabétique dans la population générale, tels que l'alimentation, la prise en charge des complications, les règles d'hygiène avec la surveillance des pieds et l'activité physique, la rencontre d'autres diabétiques pour partager sur la maladie.

Par ailleurs, certaines suggestions de thèmes d'ateliers sont intéressantes à soulever :

- informer les non diabétiques : sur les règles hygiéno-diététiques, sur ce qu'est le diabète, sur la prise en charge des complications aiguës , ceci à visée préventive.

- informer / former les surveillants pénitentiaires sur la maladie, ses signes, et la prise en charge des complications aiguës.

L'idée de ces thèmes est probablement induite par l'environnement carcéral, avec la volonté du patient de prévenir les autres détenus sur les risques d'une mauvaise hygiène, d'informer l'entourage immédiat pour "se sentir compris", et se sentir plus en sécurité en cas de complication aiguë.

- voir concrètement les complications au long cours du diabète : c'est ce que soulignent des patients qui racontent que c'est lorsqu'on leur a montré un pied diabétique, une amputation, qu'ils ont pris conscience de la gravité de la maladie.

- être informé sur les nouveaux traitements et les recherches en cours.

3) Extrapolation des résultats

Nos résultats, compte tenu du protocole qui a pu être bien conduit et de la comparaison à la bibliographie ci-dessus, sont exploitables pour la population carcérale de la MA de Nîmes.

Nos résultats recoupent un certain nombre de données concernant les patients diabétiques dans la population générale, avec des spécificités liées au milieu carcéral. De ce fait, on peut penser que nos résultats peuvent être extrapolables à l'extérieur de la MA de Nîmes. Néanmoins, les spécificités propres aux types d'établissements pénitentiaires (type de population, nombre de détenus, durée de peine, organisation propre à chaque établissement...) associées au fait que nous n'avons pas pu confirmer la saturation des données et au manque d'expérience de l'enquêteur ne permettent pas d'affirmer une extrapolation à la population carcérale générale.

4) Perspectives

Si la notion d'éducation thérapeutique du patient n'est pas directement nommée lors des entretiens, l'objectif de fond de l'étude reste néanmoins d'adapter le programme d'ETP de la MA de Nîmes, en essayant de répondre au mieux aux attentes et besoins de ces patients. Nombre de thèmes évoqués dans les résultats sont communs aux ateliers d'ETP du patient diabétique que l'on pratique en population générale.

Les particularités que l'on retrouve dans les résultats, en rapport direct avec le milieu carcéral, amènent à se poser la question de ce qu'on peut améliorer dans notre prise en charge, notamment

la nécessité de travailler avec le pénitentiaire. Ce travail en alliance avec le pénitentiaire n'est pas évident car les priorités ne sont pas les mêmes, avec notamment pour l'administration pénitentiaire la primauté de la sécurité, la gestion du personnel pénitentiaire. Les suggestions des patients qui semblent réalisables, de notre point de vue médical, est l'implication des cuisines afin d'améliorer la diversification alimentaire, et l'information médicale des surveillants pénitentiaires afin qu'ils soient plus familiers avec la pathologie.

Au cours des entretiens, on constate que certaines attentes des patients sont liées à l'environnement carcéral, avec des attentes qui sont dépendantes de l'administration carcérale et sur lesquelles l'USMP a peu d'impact : notamment concernant la répartition des cellules.

Les patients interrogés ont une vision différente des ateliers et de la forme d'ateliers qu'ils aimeraient. Cela reflète l'importance du bilan éducatif partagé (BEP) qui est réalisé dès l'intégration d'un patient dans un programme ETP .

V - CONCLUSION

Lors de l'incarcération, tous les détenus sont vus par l'équipe médicale. C'est souvent l'occasion pour les patients de faire le point sur leur santé, notamment les patients ayant une maladie chronique, déjà connue à l'extérieur ou diagnostiquée à leur entrée en détention. La présence de l'Unité Sanitaire au sein même de la prison est un avantage dans le suivi et l'accompagnement de ces patients. L'unité sanitaire de la Maison d'Arrêt de Nîmes souhaite profiter de ce temps de l'incarcération pour améliorer la prise en charge des patients diabétiques, en mettant le patient au centre du projet.

Ainsi notre étude interroge les patients diabétiques de type 1 ou 2 sur leurs attentes vis à vis de la prise en charge de leur pathologie à la Maison d'Arrêt de Nîmes. Elle pose secondairement la question de leurs attentes vis à vis d'un projet d'ateliers.

Les attentes exprimées par les patients recoupent des notions familières à la prise en charge actuelle des patients diabétiques de la population générale telles que le traitement, l'alimentation, les complications du diabète, le suivi psychologique, l'évaluation de l'environnement.

Les spécificités qui ressortent dans notre l'étude sont en lien avec le milieu carcéral et ses contraintes, qui limitent la prise en charge médicale:

- la difficulté à manger équilibrée au sein de la prison,
- la relation de confiance avec l'Unité Sanitaire qui doit se créer malgré le choc de l'incarcération, malgré les mesures de sécurité,
- l'importance d'un accompagnement psychologique,
- la prise en charge des complications aiguës dans un milieu fermé avec un entourage immédiat (co-détenus et surveillants) non formé médicalement,
- les surveillants pénitentiaires, qui sont souvent le premier contact du patient en cas de demande urgente, et pour qui il est parfois difficile de faire la part des choses entre une demande justifiée et une demande abusive d'un patient.

La question secondaire des ateliers recoupe des thèmes communs au ateliers pratiqués en population générale dans le cadre d'ETP. Elle apporte cependant des idées intéressantes exprimées par les patients telles que l'information de la population non diabétique sur cette pathologie, l'information et la formation des personnels pénitentiaires sur le diabète et les gestes de premiers secours, un atelier concret sur les traitements d'avenir, un atelier concret sur les complications.

Cette étude apporte des résultats pertinents pour adapter la prise en charge du diabète à la MA de Nîmes au travers du projet d'ETP et adapter les ateliers. Elle montre qu'un travail avec l'équipe pénitentiaire pourrait répondre à certaines attentes des patients, notamment concernant l'alimentation et l'information médicale des surveillants pénitentiaires. Elle rappelle aussi l'individualité de chaque patient, et ainsi l'intérêt du Bilan Educatif Partagé (BEP) du patient avant de l'intégrer dans le programme d'ETP afin qu'il puisse bénéficier des ateliers adaptés à ses attentes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Chambaz C, Mauguin J, Ravilly-Silva V, Chabanne M, Dion E, Kissoun-Faujas C, et al. Les chiffres-clés de la Justice 2017. 2017 oct.
2. Ministère de la Justice. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France au 1er Janvier 2018. [Internet]. 2018 [cité 21 juill 2018]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_janvier_2018.pdf
3. Ministère de la Santé et des Sports. La loi HPST : les clés pour comprendre [Internet]. 2009 [cité 6 nov 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf
4. Ministère de la Justice. Guide méthodologique pour la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice [Internet]. 2017 [cité 15 oct 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_-_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_placees_sous_main_de_justice.pdf
5. Develay A-E, Verdot C, Grémy I. Surveillance de la santé des personnes détenues en France : faisabilité et recommandations, Monitoring system on prison health: feasibility and recommendations. Santé Publique. 5 nov 2015;27(4):491-502.
6. Lorenzo P. De l'éducation thérapeutique du patient en milieu pénitentiaire. 2008 [cité 16 nov 2017];39(1). Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Education_therapeutique_du_patient_en_prison_01.pdf
7. Albertini L, Bresciani S, Herbourg C, Böhme P. Création d'un programme d'éducation thérapeutique des diabétiques en prison : expérience au centre de détention de Toul. Diabetes Metab. 1 mars 2015;41:A48.
8. Petit JM, Buffier P, Bouillet B. Prise en charge du diabète en milieu carcéral. Diabetologie Pratique [Internet]. 15 déc 2017 [cité 19 août 2018]; Disponible sur: <https://www.diabetologie-pratique.com/journal/article/0034355-prise-en-charge-diabete-en-milieu-carceral>
9. Buchaillet C, Jousset N, Rougé-Maillart C. Prise en charge en détention des personnes diabétiques insulino-requérantes en France en 2012. 2013;(35-36):441-4.
10. Société Française d'Endocrinologie. Diabète sucré de type 1 [Internet]. [cité 31 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.sfendocrino.org/article/392/item-233-a-ndash-diabete-sucre-de-type-1>
11. Société Française d'Endocrinologie. Diabète sucré de type 2 [Internet]. SFEndocrinologie. [cité 31 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.sfendocrino.org/article/393/item-233-b-ndash-diabete-sucre-de-type-2>
12. Améli. Traitements non médicamenteux [Internet]. 2018 [cité 10 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/diabete-traitement/traitements-non-medicamenteux>
13. Améli. Traitements médicamenteux [Internet]. 2018 [cité 10 nov 2018]. Disponible sur:

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/diabete-traitement/traitements-medicamenteux>

14. Mandereau-Bruno L, Fosse-Edorh S. Prevalence du diabète traité pharmacologiquement (tous type) en France en 2015. Disparités territoriales et socio-economiques. 14 nov 2017; (27-28):586-91.
15. INPES. Prévalence et incidence du diabète / Données épidémiologiques [Internet]. 2009 [cité 25 nov 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete>
16. Santé Publique France. Etat de santé des détenus / Santé des détenus / Milieu pénitentiaire et santé / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. 2015 [cité 25 nov 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/%20fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Milieu-penitentiaire-et-sante/Sante-des-detenus/Etat-de-sante-des-detenus>
17. Haut Conseil de la Santé Publique. Diabètes : prévention, dispositifs de soins et éducation du patient [Internet]. 1998 mai [cité 29 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Ouvrage?clef=14>
18. INPES. Inpes - Le diabète, maladie chronique en pleine expansion [Internet]. 2011 nov [cité 2 juill 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2011/032.asp>
19. Ministère de Santé. Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques [Internet]. 2007 [cité 9 juill 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf
20. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. juin 2007 [cité 9 juill 2018]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s11690-009-0174-4>
21. ARS Occitanie. Education thérapeutique du patient [Internet]. 2018 [cité 9 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.occitanie.ars.sante.fr/education-therapeutique-du-patient-4>
22. Haute Autorité de Santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. 2007 [cité 10 nov 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
23. Oude Engberink, A, Arino M, Julia B, Bourell G. Intérêt d'une approche sémio-pragmatique peircienne pour une méthodologie analytique en recherche qualitative. (15):96-115.
24. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 2008;19:4.
25. Kaufmann J. L'entretien compréhensif. Nathan. 1996.
26. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, Bourell G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. 2013;24(105):4-11.
27. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des

rapports de recherche qualitative. janv 2015;15(157):50-4.

28. American Diabetes Association. Diabetes Management in Correctional Institutions. 2014;37(suppl. 1):104-11.
29. Fournier C, Chabert A, Mosnier-Pudar H, Aujoulat I, Fagot-Campagna A, Gautier A. Etude ENTRED 2007-2010. 2011;

ANNEXES

1) *Annexe 1* : protocole d'étude validé par le Comité d'Éthique du CNGE

PROTOCOLE

THESE DE DOCTORAT DE MEDECINE GENERALE

QUELLES SONT LES ATTENTES DES PATIENTS DIABETIQUES ENVERS LE PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT A LA MAISON D'ARRET DE NIMES

VIDAL Hélène

Directrice de thèse : Dr KINNE Mélanie

Réalisation à la Maison d'Arrêt de Nîmes.

1° Justification de la recherche :

Lors de la consultation médicale d'entrée en Maison d'Arrêt on note régulièrement que les patients n'ont pas ou peu de suivi extérieur. L'incarcération est alors souvent l'occasion pour certains patients de se poser des questions sur leur santé.

Dans le cadre des patients avec pathologies chroniques, la durée de leur peine et la présence quotidienne du milieu médical au sein de la prison créent l'opportunité de pouvoir mieux les encadrer. L'idée d'un programme d'éducation thérapeutique au sein de l'Unité Sanitaire de la prison de Nîmes est née de la volonté de mettre à contribution ce temps de l'incarcération pour donner les moyens à ces patients avec des pathologies chroniques d' « acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. » (définition OMS de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP)) ; ce au cours de l'incarcération, mais également à leur sortie.

Le choix des pathologies cibles s'est porté sur les facteurs de risque cardiovasculaire (FDRCDV) devant la fréquence de ces pathologies et le bénéfice envisageable.

Dans le cadre de la mise en place de ce programme d'ETP, il est nécessaire de recueillir les

attentes des patients, partie intégrante du diagnostic initial de l'ETP selon l'HAS(2). Ce programme s'intégrant au sein d'une population particulière pour laquelle nous n'avons pas de donnée, nous avons décidé de recueillir ces données en amont de la réalisation du programme afin d'adapter les ateliers individuels et collectifs à cette population spécifique.

Le sujet de recherche se porte sur les patients diabétiques.

2° Objectif principal de recherche

Dans le cadre de la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sur le diabète au sein de l'Unité Sanitaire de la Maison d'Arrêt de Nîmes, l'objectif de notre étude est de cibler les attentes des patients diabétiques de la Maison d'Arrêt en amont du programme afin d'adapter les ateliers individuels et collectifs.

3° Déroulement de la recherche :

↳ Méthodologie

Etude Qualitative thématique menée avec des entretiens semi-directifs

↳ Déroulement

- recherches bibliographiques
- participation aux réunions de préparation du projet d' Education Thérapeutique du Patient (ETP) de l'Unité Sanitaire de la prison de Nîmes.
- Inclusion des patients diabétiques du service par le médecin responsable du programme ETP
- Sur la base du volontariat, après avoir obtenu l'accord oral et éclairé des participants, un intervenant unique réalise les entretiens individuels semi directifs au sein de la prison, menés via un guide d'entretien pré-établi et validé.
- Les entretiens sont réalisés jusqu'à saturation des données ou épuisement des ressources.

4° Sélection et exclusion des personnes de la recherche :

↳ Critères d'inclusion des personnes :

sont éligibles tous les patients diabétiques incarcérés à la maison d'arrêt au moment du recueil des données. Sont inclus les patients volontaires pour l'entretien et ne présentant pas les critères d'exclusion.

↳ Critères de non-inclusion : patients présentant des difficultés de compréhension et d'expression, patients présentant une pathologie psychiatrique ou addictologique non équilibrée :

évaluations par l'ensemble de l'équipe médicale du service du risque suicidaire via l'échelle RUD , de l'état de manque en cas de suivi addictologique.

5° Analyse:

Analyse thématique des verbatims avec thème et sous thème jusqu'à l'atteinte de la saturation des données

6° Droit d'accès aux données et documents source

- Les données sont anonymisées.
- Les entretiens sont enregistrés par dictaphone avec l'accord du patient, et les enregistrements audios seront détruits après leur retranscription.
- Les participants pourront demander de retirer leur participation à tout moment.

7° Evaluation éthique du protocole par un comité d'éthique

L'étude entre dans le cadre du projet de programme d'ETP de l'USMP de Nîmes. Le programme a été évoqué et discuté au cours d'une des réunions mensuelles entre l'unité sanitaire, la direction de la maison d'arrêt et le Service Pénitentiaire d'Intégration et Probation (SPIP). Le programme est également suivi par une des référente ETP du CHU Carémeau.

2) Annexe 2 : Information aux patients

INFORMATION AUX PATIENTS

Vous êtes invité(e) à participer à mon projet de thèse de médecine générale sur le patient diabétique en milieu carcéral, que je réalise en lien avec l'ensemble de l'équipe médicale de la maison d'arrêt.

Votre participation à l'entretien est tout à fait volontaire et anonyme.

Avec votre accord, nous aurons un entretien au cours duquel je vous poserai quelques questions concernant votre diabète. Vos réponses seront confidentielles.

L'entrevue sera enregistrée sur une bande audio qui sera détruite après retranscription.

L'entretien sera fait à une date et heure que nous aurons convenu avec vous.

Vos réponses, associées à celles d'autres patients avec qui je ferai le même entretien, permettra à l'ensemble de l'équipe médicale d'adapter la prise en charge du diabète.

En vous remerciant pour votre participation,

VIDAL H., médecin généraliste remplaçante, ancienne interne au CHU Caremeau

GUIDE D'ENTRETIEN 1

Merci d'avoir accepté cet entretien.

Je suis Hélène Vidal, médecin généraliste ayant fait des stages au cours de ma formation à l'unité sanitaire de Nîmes. Je prépare ma thèse sur le diabète en milieu carcéral à la prison de Nîmes. Je travaille en lien avec l'équipe médicale de la prison, qui souhaite améliorer sa prise en charge des patients avec un diabète.

L'entretien d'aujourd'hui a pour but de parler de votre diabète.

Votre participation est volontaire et anonyme.

Je vais enregistrer notre entretien afin de le retranscrire ensuite.

Liste des thématiques/thèmes à aborder

-Racontez-moi l'histoire de votre diabète

Parlez-moi de votre diabète, depuis qu'il a été diagnostiqué

Quels sont pour vous les étapes importantes de l'histoire de votre diabète?

-Qu'est-ce qui vous a aidé dans la prise en charge de votre diabète?

Qu'est-ce qui a été positif d'après vous dans la prise en charge de votre diabète depuis le début?

Qu'est-ce que vous avez apprécié dans la façon de prendre en charge votre diabète?

-Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec votre diabète?

Avez-vous vécu des situations difficiles par rapport à cette maladie depuis le diagnostic?

Qu'est-ce qui est difficile pour vous dans cette maladie?

-D'après vous, qu'est ce qu'on pourrait mettre en place pour améliorer la prise en charge du diabète ?

Qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place pour vous aider, sur les aspects difficiles pour vous

Qu'attendriez vous de l'équipe médicale pour vous aider avec votre diabète?

-Comment imagineriez vous des ateliers?

Vous aimeriez qu'ils abordent quel thème?

GUIDE D'ENTRETIEN 2

Merci d'avoir accepté cet entretien.

Je suis Hélène Vidal, médecin généraliste ayant fait des stages au cours de ma formation à l'unité sanitaire de Nîmes. Je prépare ma thèse sur le diabète en milieu carcéral à la prison de Nîmes. Je travaille en lien avec l'équipe médicale de la prison, qui souhaite améliorer sa prise en charge des patients avec un diabète.

L'entretien d'aujourd'hui a pour but de parler de votre diabète.

Votre participation est volontaire et anonyme.

Je vais enregistrer notre entretien afin de le retranscrire ensuite.

Liste des thématiques/thèmes à aborder

-Racontez moi l'histoire de votre diabète depuis qu'il a été diagnostiqué;

Quels sont pour vous les étapes importantes de l'histoire de votre diabète?

- quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec votre diabète depuis son annonce?

Avez-vous vécu des situations difficiles par rapport à cette maladie depuis le diagnostic?

Qu'est-ce qui est difficile pour vous dans cette maladie?

- Quelles informations vous ont aidé depuis le début?

Quelles informations vous manquent d'après vous?

-D'après vous, qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place pour améliorer la prise en charge du diabète ?

Qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place ici pour vous aider sur les aspects difficiles de la maladie?

Qu'attendriez-vous de l'équipe médicale pour vous aider avec votre diabète?

-Comment imagineriez-vous des ateliers?

vous aimeriez qu'ils abordent quel thème?

4) *Annexe 4* : Consentement écrit

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (nom en caractères d'imprimerie), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. J'accepte librement de participer à l'entretien qui est enregistré de façon anonyme.

Fait à

le

Signature :

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.*

- *Admis (e) 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.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) 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 couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction. L'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire de la Maison d'Arrêt de Nîmes souhaite utiliser le temps de l'incarcération pour améliorer la prise en charge des patients diabétiques. L'objectif de l'étude est d'explorer les attentes des patients de la Maison d'Arrêt de Nîmes dans la prise en charge de leur diabète de type 1 ou type 2 traité pharmacologiquement. L'objectif secondaire consiste à appréhender leurs attentes sur des projets d'ateliers.

Méthode. L'étude est qualitative, menée par des entretiens individuels semi-directifs, avec une analyse thématique des verbatims jusqu'à saturation des données.

Résultats. Les patients attendent qu'on les considère comme une personne avant tout, qu'on fasse évoluer leurs connaissances, qu'on intègre l'importance de l'accompagnement, qu'on les guide pour vivre avec leur maladie, qu'on les aide à comprendre et gérer leur traitement, qu'on prenne en compte l'aspect psychologique.

Concernant les ateliers, les patients souhaitent rencontrer d'autres diabétiques, l'intervention d'un psychologue, des informations sur l'alimentation, les traitements d'avenir, les complications, qu'une information/formation soit donnée aux détenus non diabétiques et aux personnels pénitentiaires.

Conclusion. Les résultats recourent des notions familières à la prise en charge des patients diabétiques de la population générale. Les spécificités des résultats sont en lien avec le milieu carcéral qui limite la prise en charge: l'alimentation, la relation avec l'Unité Sanitaire, la prise en charge des complications aiguës, l'implication des surveillants pénitentiaires. Cette étude apporte des résultats pertinents pour adapter la prise en charge des diabétiques au travers du projet d'Éducation Thérapeutique du Patient.

Mots clés: Médecine Générale, étude qualitative, diabète, prison, éducation thérapeutique du patient, attentes du patient