

2022-2023

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

**Enquête d'opinion sur
l'observance des patients
diabétiques de type 2 non
équilibrés en médecine
générale en Pays de la
Loire**

ALGRAIN Florie

Née le 30 octobre 1994 à Avallon (89)

Sous la direction de Monsieur le docteur CHOPIN Matthieu

Membres du jury

Monsieur le Professeur CONNAN Laurent | Président

Monsieur le Docteur CHOPIN Matthieu | Directeur

Monsieur le Docteur PY Thibault | Membre

Monsieur le Docteur GENDRY Pascal | Membre

Soutenue publiquement le :
23 mars 2023

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée ALGRAIN Florie
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **25/01/2023**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	Gynécologie-obstétrique	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie

FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
GUITTON Christophe	Médecine intensive-réanimation	Médecine
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine

ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Médecine d'urgence	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie viscérale et digestive	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie

COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
GUELFF Jessica	Médecine Générale	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	Biotechnologie	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Radiopharmacie	Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
POIROUX Laurent	Sciences infirmières	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	Pédopsychiatrie ; addictologie	Médecine
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie

SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
PAST		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
ATER		
Arrivée prévue nov 2021	Immunologie	Pharmacie
PLP		
CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
AHU		
CORVAISIER Mathieu	Pharmacie Clinique	Pharmacie
IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

REMERCIEMENTS

À monsieur le Docteur **CHOPIN Matthieu**, mon directeur de thèse, je vous remercie de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail de thèse.

À monsieur le Professeur **CONNAN Laurent**, président du jury, je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury.

À monsieur le Docteur **PY Thibault**, membre du jury de thèse, avec qui j'ai beaucoup appris au cours des six mois de groupes d'échange en fin d'internat, merci d'avoir accepté de participer à mon jury.

À monsieur le Docteur **GENDRY Pascal**, membre du jury de thèse, merci de nous avoir accompagné Colin et moi dans ce beau projet de future installation à Cossé le Vivien, je te remercie de participer à mon jury de thèse.

À toi, mon **dudy**, mon fiancé, mon pilier. À toi, qui fait partie intégrante de ma vie depuis plus de cinq ans, à nos soirées étudiantes, à nos voyages, à nos nombreuses parties de squash, à nos moments derrière les fourneaux pour régaler les copains, à nos escapades les week-ends, à nos moments avec nos incroyables familles... Merci d'être là.

Et bien sûr, à cette fin d'année 2023 qui va être tellement riche en moments heureux.

À mes **parents**, merci d'être aussi incroyables, d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir toujours soutenue, d'avoir été là dans les moments difficiles et surtout merci de m'avoir inculqué les valeurs essentielles de la vie, qui font de moi (je l'espère) un bon médecin.

À toi **Moun**, qui a toujours eu un cœur débordant d'amour et à toi **Daddy** qui dès mon premier échec de la première année m'a assuré que j'y arriverai et que je ferai un super médecin généraliste.

À mes **frères et sœurs**, passer après vous 4 n'a pas toujours été facile, comment me démarquer et faire au moins aussi bien que vous tous...

À toi **Ouaimiz**, qui a été ma seconde maman toute mon enfance.

À toi **Hobo**, le grand frère baroudeur avec qui je me sens de plus en plus proche.

À toi **Juki**, celle à qui je voulais tant ressembler, j'ai même fait du foot pour t'imiter...

À toi **Nain**, à tous ces moments de complicité quand il restait que nous 2 à la maison.

À ma **Mamaï**, merci pour tous ces souvenirs d'enfance que je garde ancrés en moi à jamais, merci d'avoir été la meilleure des grands-mères, j'ai hâte de fêter tes 100 ans.

À ma **belle-famille**, je suis tellement heureuse d'être tombée sur une famille aussi géniale.

À ma **Naomi**, ma témoin, mon coup de cœur amical, tu es tout simplement la meilleure.

À la **bande de Dijon**, cette bande de garçons que je connais maintenant depuis 10 ans, à tous nos running gags qu'on connaît par cœur mais dont on ne se lasse pas. On se le dit peu, mais on s'aime solide l'air de rien.

À la **bande de Cholet**, quelle joie de pouvoir vous compter parmi nos supers copains, à tous nos bons moments, en soirées, en vacances, en dégustations de vin...

À toutes mes **copines de Dijon**, à mes **amies d'enfance** d'Avallon.

À **Didou et Java**, nos deux boules de poils qui ont bien ronronné à mes côtés durant mes longues journées de thèse.

Liste des abréviations

Plan

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. **Type d'étude**
2. **Population**
3. **Recueil des données**
 - 3.1. La réalisation du guide d'entretien
 - 3.2. Le déroulement des entretiens
4. **Analyse des données**
5. **Aspects éthiques et réglementaires**
 - 5.1. Le consentement
 - 5.2. La confidentialité
 - 5.3. Les autorisations réglementaires

RÉSULTATS

1. **Données de l'échantillon**
2. **Les résultats de l'étude**
 - 2.1. Facteurs favorisant l'observance
 - 2.1.1. La connaissance
 - 2.1.1.1. Connaître sa maladie
 - 2.1.2. L'acceptation
 - 2.1.2.1. Accepter sa maladie
 - 2.1.2.2. Rester positif
 - 2.1.2.3. Hériter de la maladie
 - 2.1.2.4. Avoir une maladie peu évoluée
 - 2.1.3. L'hygiène de vie
 - 2.1.3.1. Être actif dans sa prise en charge
 - 2.1.3.2. Avoir une bonne hygiène de vie
 - 2.1.4. L'implication
 - 2.1.4.1. Être rigoureux
 - 2.1.4.2. S'adapter
 - 2.1.4.3. Faire au mieux
 - 2.1.5. Le soutien
 - 2.1.5.1. Avoir le soutien des proches
 - 2.1.5.2. Avoir un suivi médical
 - 2.1.5.3. Être reconnaissant du système de soin
 - 2.2. Passer d'un statut à l'autre
 - 2.2.1. Accéder au savoir
 - 2.3. Facteurs défavorisant l'observance
 - 2.3.1. L'ignorance
 - 2.3.1.1. Être ignorant
 - 2.3.2. L'inacceptation
 - 2.3.2.1. Refuser

- 2.3.2.2. Subir la maladie
- 2.3.2.3. Abandonner
- 2.3.3. La passivité
 - 2.3.3.1. Se reposer sur le médecin
 - 2.3.3.2. Placer la maladie au second plan
- 2.3.4. Les limitations
 - 2.3.4.1. Être en difficulté
 - 2.3.4.2. Être faillible
 - 2.3.4.3. Être limité par l'argent
- 2.3.5. L'appréhension
 - 2.3.5.1. Avoir peur
 - 2.3.5.2. Avoir une maladie invisible
 - 2.3.5.3. Avoir une maladie évoluée
 - 2.3.5.4. Se sentir seul

DISCUSSION

1. Le résultat principal

- 1.1. Le modèle explicatif
- 1.2. Les facteurs favorisant l'observance
- 1.3. Les facteurs défavorisant l'observance
- 1.4. Les causes de déséquilibre du diabète non liées à l'observance

2. Les forces et les limites

- 2.1. Les forces de l'étude
 - 2.1.1. Étude qualitative
 - 2.1.2. Diversité des médecins traitants
 - 2.1.3. Recrutement en médecine générale
 - 2.1.4. Population
- 2.2. Les faiblesses de l'étude
 - 2.2.1. Protocole de recrutement des patients
 - 2.2.2. Statut d'interne en médecine
 - 2.2.3. Évolution de la population entre le recrutement et l'entretien
 - 2.2.4. Durée des entretiens
 - 2.2.5. Méthode d'analyse

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RÉSUMÉ

Introduction : Dans le monde, 463 millions de personnes sont atteintes de diabète.

Comme toutes les pathologies chroniques, elle est soumise à un important risque d'inobservance.

L'objectif principal de l'étude était d'explorer la perception de l'observance des patients diabétiques de type 2 non équilibrés en médecine générale.

Méthodes : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients majeurs diabétiques de type 2 non à la cible d'hémoglobine glyquée consultant en médecine générale en Pays de la Loire. Neuf entretiens ont été effectués. Analyse inductive générale avec triangulation des données.

Résultats : Les patients ont fait part de la nécessité de modifier leurs habitudes de vie lors du diagnostic, ce qui semblait être difficile pour la plupart d'entre eux. Les patients semblaient subir leur maladie et craignaient que celle-ci n'évolue davantage.

La connaissance ainsi que l'acceptation de leur maladie et l'implication dans leur suivi semblaient être des facteurs favorisant l'observance des patients. Ils ont également évoqué l'importance du soutien des proches. La prise en charge à cent pour cent améliorait également l'observance.

Conclusion : Les patients font de leur mieux pour gérer leur maladie, ils aimeraient avoir davantage de supports éducatifs. Il est du rôle du médecin généraliste d'aider le patient à comprendre et à appréhender sa maladie.

INTRODUCTION

Le diabète est une maladie chronique, silencieuse et indolore (1,2).

Le diabète de type 2 survient essentiellement chez l'adulte et il représente la forme la plus fréquente : plus de 90 % des cas d'après l'étude ENTRED (3).

Dans le monde, 463 millions de personnes sont atteintes de diabète d'après la fédération internationale du diabète (FID) soit 8,8 % des adultes. Si la tendance actuelle se poursuit, 700 millions d'adultes vivront avec le diabète d'ici 2045 (4).

En France, une personne sur 10 est atteinte de diabète, ce qui représente 4,5 millions de français (5). Cela représente un coût moyen de 4800 dollars par personne diabétique de 20 à 79 ans en France en 2019 d'après la FID.

Le diabète peut avoir des répercussions sur différents organes au long cours (6,7,8).

C'est la première cause d'amputation (hors accidents), la deuxième cause d'accidents cardio-vasculaires et la première cause de cécité chez l'adulte, le risque de dialyse est multiplié par 9 pour un patient diabétique (9).

La FID estime que 4,2 millions d'adultes âgés de 20 à 79 ans sont morts en 2019 des suites d'un diabète et de ses complications. C'est l'équivalent d'un décès toutes les huit secondes.

Concernant la prise en charge du diabète de type 2, elle comprend dans un premier temps la mise en place de règles hygiéno-diététiques, à savoir : la pratique d'activité physique d'endurance régulière (10) et l'instauration d'un régime alimentaire hypocalorique équilibré (11,12,13).

Les objectifs sont la perte de 5 à 10 % du poids au diagnostic de la maladie et la correction avant tout des troubles du comportement alimentaire. (14,15)

Si la mise en place des règles hygiéno-diététiques est insuffisante pour régulariser le taux d'HbA1c, il convient d'introduire un traitement par antidiabétiques oraux (16). L'insulinothérapie sera débutée en cas d'échec des deux méthodes présentées précédemment (17).

L'observance thérapeutique est définie comme le degré de concordance entre le comportement d'un individu (prise de médicament, suivi d'un régime alimentaire, modification du mode de vie, réalisation des examens complémentaires, présentation aux rendez-vous médicaux) et les prescriptions et conseils du professionnel de santé (18,19).

Toutes les pathologies chroniques sont soumises à un important risque d'inobservance.

En 2003, l'OMS publie des chiffres concernant l'observance thérapeutique dans le cadre des maladies chroniques dans le monde : seulement 50 % des patients ayant une pathologie chronique respecteraient leur traitement dans les pays développés et ce taux est encore plus bas dans les pays en voie de développement (20).

Une méta-analyse regroupant 37 études sur le diabète et l'observance des traitements montre un taux d'inobservance significatif. Sur 12 mois, seulement 58 % des patients diabétiques étaient observants à 80% du temps (21).

Le caractère silencieux du diabète peut impacter la perception du patient sur la nécessité d'un traitement et donc son observance vis-à-vis de celui-ci (22).

La non-observance vis-à-vis des traitements à long terme est un phénomène fréquent, ayant des conséquences graves en termes de morbi-mortalité et de coûts (23,24) et elle représente donc un obstacle majeur à l'efficacité des soins (25).

Les causes d'inobservance sont multiples (26), il peut donc être intéressant de rechercher en pratique les facteurs favorisant ou limitant l'observance des patients.

L'objectif principal de l'étude était : « quelle est la perception de l'observance des patients diabétiques de type 2 non équilibrés en médecine générale ?».

MÉTHODES

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative descriptive.

Une approche inspirée de la théorisation ancrée a été choisie.

2. Population

L'échantillonnage a été raisonné et théorique.

Le recrutement a été réalisé auprès de patients diabétiques de type 2 consultant dans différents cabinets de médecine générale de la région des Pays de la Loire (notamment en Mayenne et en Maine et Loire).

Les patients ont été recrutés au cours de consultations. Une note explicative (Annexe I) a été remise aux différents médecins ainsi qu'une feuille de consentement (Annexe II) et une fiche d'information (Annexe III) à destination des patients.

Le recrutement des patients a été effectué jusqu'à l'obtention d'une saturation théorique des données.

Les patients correspondant aux critères d'inclusion ont été informés de l'objectif de l'étude et de la méthode utilisée. Si ces derniers étaient intéressés, ils étaient invités à compléter une feuille de consentement, à la signer et à la remettre au médecin.

Les critères d'inclusion étaient :

- Patients diabétiques de type 2.
- Homme ou femme.
- Âgés de plus de 18 ans.

- Ayant une hémoglobine glyquée non à la cible, la cible est adaptée à chaque patient selon les recommandations HAS (Annexe IV).

Les critères de non-inclusion étaient :

- Refus de participation du patient.
- Présence de troubles cognitifs qui empêcheraient la compréhension correcte des questions et l'expression du vécu.

Le seul critère d'exclusion était :

- Retrait du consentement de participation d'un patient en cours d'étude.

3. Recueil des données

3.1. La réalisation du guide d'entretien

Le guide d'entretien (Annexes V et VI) a été réalisé à partir des hypothèses et des données de la littérature ainsi que sur la base des questionnaires standardisés déjà existants (tel que le questionnaire GIRERD (9), dans le respect des lignes COREQ).

Aucune donnée médicale n'a été recueillie à travers cet entretien.

Ce guide a été évolutif en fonction des éléments recueillis et des théories émises.

3.2. Le déroulement des entretiens

Un premier contact téléphonique avec les patients recrutés a été effectué afin de se présenter en tant qu'interne en médecine générale, de présenter la thèse et de confirmer la volonté du patient de participer à celle-ci. Un rendez-vous téléphonique a ensuite été convenu avec les patients en fonction de leurs disponibilités afin de réaliser les entretiens téléphoniques semi-dirigés individuels.

Les entretiens ont été enregistrés par un dictaphone. La conversation a été exclusivement basée sur le guide d'entretien avec reformulation en cas d'incompréhension de la question.

Des temps de silence ont été respectés durant les entretiens.

L'utilisation de relance telle que « Pouvez-vous m'en dire plus ? » et de clarification telle que « Que voulez-vous dire par-là ? » ont permis de favoriser la parole des participants.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits au fur et à mesure de leur réalisation.

Les comportements non-verbaux (silences, manifestations émotionnelles...) ont été notés sur un journal de bord.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation théorique des données. C'est-à-dire jusqu'à 9 entretiens pour ce travail.

4. Analyse des données

Une analyse ouverte a permis l'émergence de catégories caractérisées par leurs propriétés. Ces propriétés et catégories ont été regroupées selon les liens qui les unissaient, ce qui a constitué leur analyse axiale.

Puis l'analyse intégrative a permis l'émergence d'un modèle explicatif sur lequel s'appuyer pour les résultats.

Cette codification a permis une analyse selon une approche inductive inspirée de la théorisation ancrée. Ce processus a été effectué à l'aide d'un logiciel Word.

L'analyse a été réalisée par comparaison constante au fur et à mesure des entretiens.

Un double codage a été effectué initialement avec le directeur de thèse puis avec un co-interne permettant une triangulation de l'analyse, afin d'augmenter la validité interne de l'étude.

5. Aspects éthiques et réglementaires

5.1. Le consentement

Un consentement oral et écrit a été récupéré par l'intermédiaire d'une feuille de consentement (Annexe II).

5.2. La confidentialité

Toutes les données recueillies ont été dépersonnalisées et anonymisées.

Les enregistrements audios ont été détruits après retranscription complète des entretiens.

5.3. Les autorisations réglementaires

S'agissant d'une étude qualitative n'explorant pas un sujet sensible mais le vécu de soins existants et ne cherchant pas à créer à des fins de recherche, aucune demande auprès d'un comité d'éthique ou d'un comité de protection des personnes n'a été nécessaire, conformément à la loi Jardé.

Une déclaration par mail à la CNIL a cependant été réalisée.

RÉSULTATS

1. Données de l'échantillon

Les données socio-démographiques des patients sont résumées dans le tableau suivant (Tableau I)

Patient	Sexe	Age (ans)	Profession	Département de recrutement
P1	Femme	68	Famille d'accueil	Mayenne
P2	Femme	83	Agricultrice	Mayenne
P3	Homme	73	Contrôleur métallurgie	Mayenne
P4	Femme	75	Maraîchère	Maine et Loire
P5	Femme	63	Femme de ménage	Mayenne
P6	Homme	83	Expert-comptable	Maine et Loire
P7	Homme	62	Agent administratif	Maine et Loire
P8	Homme	63	Agent technique	Maine et Loire
P9	Homme	65	Conducteur d'engins	Mayenne

La population était homogène avec 4 femmes et 5 hommes recrutés. Ils avaient entre 62 et 83 ans avec une moyenne d'âge de 70,5 ans.

5 des patients ont été recrutés en Mayenne et 4 en Maine-et-Loire.

Neuf entretiens semi-dirigés ont été réalisés, la suffisance des données ayant été obtenue au bout du huitième participant. Les entretiens ont duré entre 30 et 35 minutes.

2. Les résultats de l'étude

2.1. Facteurs favorisant l'observance

2.1.1. La connaissance

2.1.1.1. Connaître sa maladie

Certains patients ont fait part de la notion d'apprentissage :

P1 : « Et puis après j'ai, au fur et à mesure, lu et appris la maladie »

P1 : « J'avais beaucoup, ba j'ai appris à l'hôpital quand je faisais mes éducations, mais y'avait beaucoup d'explications »

P4 : « Oh... Je pense pas parce qu'il y a des revues, il y a des choses quand même, on peut lire plein de choses pour le diabète »

Les patients savaient définir leur maladie :

P4 : « Bin, pfff, qu'est-ce que je pourrais dire... C'est une maladie sourdine, c'est une maladie enfin qu'on ne trouve pas disons qu'on n'en souffre pas, mais elle est quand même bien là »

P5 : « Le diabète ça veut dire qu'il faut pas trop manger de sucre »

P7 : « Ba alors là, le diabète, ba c'est une maladie euh qui joue au niveau du sucre, du sucre dans le sang »

P9 : « Ba le diabète c'est l'histoire du sang qui va pas, du sucre dans le sang »

Certains patients avaient connaissance du régime diabétique :

P4 : « Ba c'est un régime sans sucres, et même les produits gras, faut pas manger de trop quoi, faut manger moins et pas sucré ou presque pas sucré. Le sucre, les pâtisseries ou les trucs comme ça quoi, et puis les graisses un peu, pour moi c'est ça. »

P5 : « Le docteur il me dit la charcuterie, et les jus de fruits, tout ce qui est sucré »

P8 : « Parce qu'en principe faut pas manger trop gras, ba pas manger trop de sucre non plus. Ah ba c'est avec le sucre hein, parce que l'alcool c'est sucré »

P9 : « Ba le régime du diabète faut pas manger trop gras, trop sucré c'est pas bon non plus et puis diminuer les doses, diminuer la dose des aliments quoi »

P9 : « Ba c'est pas bon, et puis en plus ya du sucre dans tous les alcools il y a du sucre hein, et comme les alcools un peu fort ça va tout de suite dans le sang et puis voilà quoi »

Certains patients connaissaient les complications possibles du diabète :

P7 : « Et puis qui peut avoir des lésions au niveau des yeux, au niveau des membres et tout ça »

P8 : « Ah ba oui, parce que j'ai été quand même sapeur-pompier pendant 20 ans alors j'en ai vu quand même pas mal de gens même des qui faisaient des hypo et qui tombaient des fois dans un coma presque »

P9 : « Ba ça touche pas mal d'organes quoi, le cœur, les reins, la vue »

Certains avaient une notion du lien positif entre l'activité physique et le diabète :

P4 : « Je pense que le sport ça doit aider un peu quand même oui. Enfin tous ceux qui en font, enfin je pense que oui. »

Une patiente s'interrogeait sur la notion de cause à effet entre la prise de corticoïdes au long cours et l'apparition de son diabète :

P2 : « La responsabilité... Et ba est-ce que certains médicaments ne nous aident pas à avoir du diabète ? Je me pose la question des fois. Ou le déclenchent ? Aident à le déclencher ? Je sais pas ! Comme là, j'ai pris beaucoup de cortisone à cause de mon rhumatisme articulaire et est-ce que ça en faisait partie ? C'est des questions que je me pose c'est tout. »

Un patient avait déjà ressenti des hypoglycémies et savait comment réagir dans cette situation :

P3 : « Si, les seuls effets que je ressens c'est quand je suis en hypoglycémie. »

P3 : « Et ba je transpire, j'ai chaud, je tremble, ça va pas. Et puis je prends, je me pique et c'est là que je m'aperçois que j'ai 0,5 ou 0,6. »

P3 : « Là je vais soit dans mon miel soit dans ma confiture. Et puis j'en prends une grande cuillère. J'attends un petit peu et je me repique, et puis si je vois que ça remonte c'est bon. »

Des patients avaient remarqué le lien entre la prise de poids et le diabète :

P2 : « Et depuis ba ça s'est pas arrangé car elle a pris du poids, beaucoup »

P3 : « Et puis faut dire, est-ce que l'obésité, parce que je suis quand même un petit peu enrobé, n'apporte pas ce fameux diabète ? »

P3 : « Ba moi, je pense que depuis, je vis bien, je suis arrivé en Mayenne en 1997, je pesais 44kgs, et maintenant j'en fait 70. Et depuis que j'ai arrêté de fumer, c'est pire encore, j'ai grossi depuis que j'ai arrêté de fumer alors ya quelque chose qui va pas là. »

2.1.2. L'acceptation

2.1.2.1. Accepter sa maladie

La plupart des patients ont fait part de la nécessité d'accepter la maladie :

P2 : « Alors moi, je l'accepte en étant surprise »

P3 : « On est malade, on est malade hein »

P3 : « Non, chaque maladie on la prend comme elle est et puis voilà. J'ai le cœur alors je prends ce qu'il faut pour le cœur, j'ai le diabète je prends ce qu'il faut pour le diabète et puis voilà »

P7 : « Mais bon tant pis on fait avec »

P8 : « Ba moi ça me dérange pas beaucoup hein »

P9 : « on peut vivre normalement avec le diabète »

Ils ont fait part de la notion d'accepter la maladie afin de pouvoir s'en sortir :

P2 : « Mais si, c'est pas plus grave que ça n'est en ce moment, je peux vivre avec »

P3 : « Moi je continue parce que j'ai envie de m'en sortir quand même »

P7 : « Après faut savoir qu'est-ce qu'on veut dans la vie hein, si on veut euh vivre ou si on veut être dépendant de la médecine et puis se retrouver dans un fauteuil roulant »

Il semblait plus facile d'accepter la maladie désormais grâce aux avancées technologiques, notamment avec le freestyle libre :

P8 : « Enfin maintenant c'est quand même un peu mieux parce que j'ai un copain qui en a un, qui fait du diabète et bon ba maintenant il a un patch là et il a plus besoin de se piquer dans le bout du doigt parce que c'est un peu ambigu aussi de se piquer tous les jours enfin 3 fois par jour même des fois pour récupérer une goutte de sang hein »

Il semblait plus facile d'accepter la maladie si on n'en ressentait pas les effets :

P9 : « Oui aussi parce que si on prend les médicaments normalement on sent pas le diabète, on peut vivre normalement quoi »

Dans tous les cas il ne semblait pas possible d'oublier la maladie :

P1 : « On peut pas l'oublier cette maladie de toute façon ! »

2.1.2.2. Rester positif

Un patient a mis en avant à plusieurs reprises la nécessité de rester positif :

P7 : « Mais après ça dépend des patients, ça dépend d'être positif ou pas, faut tout le temps être positif dans la vie, faut essayer de travailler et bin sa maladie tout ça et puis de vivre avec et puis d'être tout le temps positif, je pense »

P7 : « Faut avoir le moral ! »

2.1.2.3. Hériter de la maladie

Plusieurs patients ne semblaient pas surpris d'avoir hérité de la maladie :

P4 : « Mais bon, mes grands-parents en avaient, ma maman aussi alors ça suit de famille quoi »

P7 : « Mais comme j'avais des grands-mères et ma mère qui avaient eu le diabète et ba je pense qu'il y a une descendance hein je pense, enfin je pense hein. »

P7 : « Les enfants ils peuvent l'attraper, comme mes enfants à moi il faudrait qu'ils fassent attention aussi. »

P8 : « Ba, je connais un petit peu parce que comme j'ai ma mère qui est décédée qui en faisait, j'ai un frère qui est décédé qui en avait aussi, une sœur qui est décédée qui en avait aussi et une autre sœur qui en a aussi »

P8 : « Ba peut-être parce que comme yen a eu pas mal dans ma famille alors euh, sur 7 on était presque tous diabétiques alors ça fait quand même beaucoup hein »

P9 : « Ah oui oui oui, oui oui, moi dans ma famille yen a beaucoup qui ont le diabète, j'ai mon père, ma mère qui avaient du diabète et puis c'est comme ça que j'en ai quoi »

2.1.2.4. Avoir une maladie peu évoluée

Certains patients ont estimé avoir une maladie peu évoluée et donc semblaient bien l'accepter :

P6 : « Oui parce qu'en fait c'est pas des dépassements énormes mais donc je suis traité simplement par euh, comprimés »

P6 : « Et ba il y a la façon, donc moi j'ai avec uniquement des comprimés et il y en a qui sont obligés de passer à l'insuline enfin des trucs comme ça quoi... »

P8 : « Mais bon ba pour les personnes qui sont vraiment diabétiques. Pas comme moi qui n'a pas un taux beaucoup élevé. Parce que bon ba par rapport à mon frère qui se piquait, ma mère aussi, mon autre sœur aussi parce qu'ils avaient un taux assez élevé eux par contre »

2.1.3. L'hygiène de vie

2.1.3.1. Être actif dans sa prise en charge

Certains patients connaissaient leur objectif cible d'hémoglobine glyquée :

P6 : « Ba c'est, mon traitement c'est de réduire euh en principe en dessous de 7 c'est HbA1c c'est ça ? » et espèrent que celui-ci s'améliore, P6 : « J'espère qu'il aura continué de baisser »

P7 : « De toute façon moi je vois bien par rapport à mes prises de sang hein »

Certains patients se posaient la question du lien entre le diabète et l'alimentation :

P7 : « Parce que bon admettons un gâteau, ba le soir ça y est ça monte la dose »

P9 : « Ah oui oui oui, faut le diminuer, moi j'ai déjà fait l'essai et ça diminue hein »

Un patient savait gérer son insuline :

P9 : « Moi si yen a pas assez ça me fait des vertiges, là faut réguler quoi, faut mettre moins d'insuline par exemple, autrement ça peut pas aller hein »

Il semblait important de prioriser le diabète :

P7 : « Le diabète il passe en premier »

P9 : « Oh ba, eh, il est en premier hein »

P9 : « Oh ça passe avant, oui et non parce qu'on a beau avoir des problèmes il faut quand même se soigner, ça sert à rien de s'occuper, même si c'est grave mais il faut se soigner quand même »

2.1.3.2. Avoir une bonne hygiène de vie

Pratiquer une activité physique régulière, les patients citaient essentiellement la marche :

P5 : « Euh combien de temps, ba des fois c'est 1h ou 2h, ca dépend »

P6 : « Je marchais moi personnellement mais depuis qu'il fait si chaud je ne marche plus par contre je fais du vélo de piscine trois fois par semaine. Avant bon euh je faisais à peu près un jour sur deux je faisais la piscine et puis un jour sur deux j'allais marcher »

P7 : « La marche, faire beaucoup de marche et puis euh faire de l'activité hein, faut pas rester dans son fauteuil ou quelque chose comme ça, faut tout le temps être un peu actif »

P7 : « Autrement la marche à pied moi peut-être pas tous les jours mais tous les deux jours ça ne me pose pas de problème de marcher pendant euh, 1h à 2h »

P8 : « Ba ça serait tous les jours parce que bon ba on me l'a dit même moi pour mes artères et ba faut que je marche tous les jours, au moins une demi-heure tous les jours »

P9 : « Ba normalement c'est de marcher, marcher c'est bien quoi »

Certains ressentaient le besoin de pratiquer une activité physique régulière :

P5 : « Ah je pense pas non, je sais que quand je marche et ba ça me fait du bien et si je suis 3-4 jours sans marcher je sens que c'est moins bien »

Certains patients maîtrisaient leurs facteurs de risque cardio-vasculaires :

P6 : « Il m'a dit d'ailleurs le médecin « vous fumez beaucoup ? » « j'ai jamais fumé » »

P7 : « Yen a déjà l'alcool et tout ça faut faire attention »

P8 : « J'ai arrêté de boire il y a 4 ans, je ne bois plus une goutte d'alcool »

Certains patients corrigeaient leur diabète par l'hygiène de vie :

P7 : « Mais après si on a une activité physique, manger propre tout, hygiène de vie tout : ça peut être diminuer les traitements, on peut les faire diminuer »

P7 : « Bon c'est les traitements qui sont, ba faut pas oublier et faut essayer de gérer ses activités, ba de la marche et puis faire attention à qu'est-ce qu'on mange et puis qu'est-ce qu'on boit »

P9 : « Parce qu'avec tous les médicaments comment qu'on prend, puis faut faire un peu de régime quoi »

P9 : « Mais s'ils veulent guérir un peu plus et puis que ça aille mieux il faut le faire quoi. C'est contraignant par moment mais c'est comme ça »

2.1.4. L'implication

2.1.4.1. Être rigoureux

Plusieurs patients respectaient leur ordonnance :

P1 : « Ah non. Non, non, moi je n'arrête jamais mes traitements sans l'accord du médecin »

P2 : « Non non, j'ai une ordonnance : je prends »

P7 : « Je ne pense pas qu'on peut être en rupture, je pense pas. Si on suit bien à la lettre l'ordonnance et puis ba les dates prévues en principe ça doit rouler »

P8 : « Elle me dit « bon ba tu prends toujours tes médicaments ? » alors je lui dis ba oui tant que le médecin me dit pas d'arrêter je vais pas arrêter hein »

P9 : « Ba il faut qu'ils soient réguliers et puis ils sont obligés de le faire quoi »

Plusieurs patients étaient réguliers dans la prise des traitements :

P1 : « Je suis toujours dans les mêmes horaires »

P2 : « Non je pense pas, parce que je prends mes médicaments à des horaires qui sont toujours les mêmes : matin, midi et soir »

P7 : « Ah oui oui, ouai, ba oui parce qu'il faut pas arrêter les médicaments parce que c'est quand même bête d'arrêter les médicaments »

P8 : « Pfff, alors là je vais pas vous dire parce que j'en connais pas jusqu'à présent qui arrêteraient le traitement comme ça »

P8 : « Ah ba alors là je sais pas hein, parce que bon ba moi mon médecin m'avait dit que, oui c'est metformine que je prends et il m'avait dit qu'il fallait le prendre au milieu du repas sinon je pouvais avoir mal à l'estomac autrement, mais bon ba ça m'a pas dérangé, je le prends pendant que je mange et puis c'est bon »

P9 : « Si on prend bien avant de déjeuner le matin, avant le midi et avant le souper le soir ça va très bien, quand c'est régulier ça va très bien » »

Certains suivaient les recommandations alimentaires :

P1 : « Mais moi je peux pas faire mon régime demain, c'est tous les jours que je dois faire attention et ce n'est pas un régime ! »

P7 : « Ba manger bien à telle heure à peu près et puis euh faire attention à qu'est-ce qu'on mange »

2.1.4.2. S'adapter

La plupart des patients ont dû s'adapter avec la survenue du diabète.

Ils s'organisaient pour ne pas tomber en panne de traitement, notamment grâce au pilulier :

P2 : « Je fais un pilulier, c'est comme ça que ça s'appelle, chaque semaine dès que je me rends compte que la semaine ne peut pas se faire en totalité et ba je vais à la pharmacie »

P3 : « Et puis j'ai un semainier pour les mettre dedans »

P7 : « Je les ai dans une boite « et toc ». J'en ai un le matin et un le soir et non ça va »

Ils programmaient leur prochain rendez-vous médical à l'avance pour le renouvellement :

P3 : « Si on suit l'ordonnance du médecin on doit toujours tomber avec un reste de médicament »

P7 : « Ba faut prévoir 15 jours à 3 semaines à l'avance, des fois il y a un délai »

P8 : « Alors bon ba comme maintenant c'est 15 jours avant de plus en avoir qu'il faut rappeler le médecin alors celui qui en manque c'est qu'il fait vraiment pas attention hein »

Ils s'organisaient en cas de déplacement :

P2 : « Si je voyage : c'est préparé à l'avance »

P8 : « Parce que ba il faut toujours y penser avant de partir mais des fois c'est pas toujours évident évident hein »

Pour certains, ils ont dû s'adapter à la galénique du médicament :

P2 : « C'est possible, parce que moi je n'arrive pas. Et j'ai un appareil qui casse les médicaments. Donc, euh, le metformine là, euh, je le coupe en 4, j'ai un appareil spécial là qui casse. Moi je peux pas avaler des gros trucs comme ça c'est pas possible. »

P3 : « Oh ba moi, je le coupe en deux, hein »

P8 : « Ba il les fait fondre parce que comme il a eu une trachéotomie, alors il a du mal à déglutir alors il peut pas avaler un médicament »

Un patient a trouvé une alternative pour pratiquer une activité physique :

P3 : « Alors j'ai mon tapis de marche, je regarde la télé et je fais du tapis de marche »

Les patients ont dû modifier leurs habitudes de vie au quotidien :

P4 : « Oui oui, les desserts sucrés, bon ba moi j'en mange un petit peu forcément mais autrement je mets pas de sucre comme dans mon café tout ça, j'emploie des sucrettes enfin c'est peut-être pas mieux ? »

P8 : « Alors depuis ba j'en mange plus »

Les adaptations semblaient différentes en fonction des âges :

P8 : « Surtout ça dépend des âges aussi. Ba oui parce que je vois bon ba mon frère lui ça allait parce qu'il avait, quand il est décédé il avait 64 ans mais bon ba lui il le sentait venir alors il prenait tout de suite du sucre »

2.1.4.3. Faire au mieux

Les patients suivaient le régime diabétique en s'autorisant quelques écarts :

P1 : « Baa, pff, parce que y'en a qui veulent pas se fatiguer à suivre le régime alimentaire. Bon moi, j'essaie de le suivre au maximum que je peux mais quelques fois je craque et je fais des écarts »

P4 : « Moi je sais que je me prive pas vraiment de tout mais je fais attention, je fais très attention quand même. Et puis il y a des petites choses sûrement que je mange qui devraient pas mais bon faut pas en abuser et puis faut pas... Faut faire attention »

P5 : « Ba la, c'est comme je vois hier, j'étais à l'anniversaire de mon petit-fils donc y'avait des gâteaux et ba j'ai pris un tout petit bout de gâteau et après ba voilà c'est terminé. Alors des fois on fait un petit excès parce que je me dis, quand c'est pas tous les jours »

P6 : « Ba faut pas de sucre trop, je sais qu'il faut pas trop de sucre mais j'en prends très peu parce que j'en prends pratiquement jamais sauf dans certains aliments quoi mais bon, je ne mets jamais de sucre dans mon café etc.. »

Une patiente faisait de son mieux concernant l'activité physique :

P4 : « Ba, il faudrait marcher bien tous les jours, faire de la marche et tout et puis du sport mais bon moi je fais pas de sport, je marche un peu, je marche un peu mais là je vais moins marcher en dehors parce que j'ai un grand jardin, je suis très occupée donc j'ai moins le temps mais enfin je bouge quand même pas mal. »

Pour un patient, il fallait se surpasser :

P1 : « Mais bon, j'en fais au maximum quand même, j'essaie, mais voilà »

P1 : « C'est-à-dire, qu'il faut bien respecter des règles et faut se mettre des règles en place, sinon ba... on suit pas le diabète, on suit rien du tout ! »

Un patient s'adaptait à son âge :

P6 : « Mais à 83 ans avec la chaleur c'est pas étonnant... »

2.1.5. Le soutien

2.1.5.1. Avoir le soutien des proches

Certains ont fait faire part du besoin du soutien des proches :

P1 : « Oui, oui. Moi j'ai mon mari qui me soutient beaucoup mais mon entourage pas du tout »

P5 : « Euh ba oui oui, oui ils me soutiennent mais je me dis voilà, qu'avec le diabète c'est vrai qu'on a plus le droit à rien et c'est, voilà c'est restreint un peu »

P6 : « Oh ba toujours on a toujours du soutien hein, de tout façon, surtout quand on approche de, surtout quand on a passé 80 ans »

P9 : « Oui aussi, parce que des fois quand on a le moral à 0 et ba ils nous disent qu'il faut pas s'inquiéter »

P9 : « Si tu te soignes normalement il n'y a aucun problème quoi mais il faut que la famille des fois elle aide un peu parce que c'est pas évident au début »

Une patiente s'est sentie comprise une fois qu'un proche a eu la même maladie :

P5 : « Et bien je me suis dit « au moins quelqu'un qui comprend », j'étais contente qu'elle ait compris »

Un patient était reconnaissant d'avoir des proches vigilants :

P7 : « Ba au niveau, au niveau de la prise des médicaments euh, ba de faire attention aussi à ce qu'ils mangent aussi des fois, un rappel à l'ordre, et autrement à l'activité »

Il existait une entraide entre les patients qui étaient diabétiques depuis longtemps et les patients nouvellement diagnostiqués :

P8 : « Ba pour l'aide, pour aider parce que ya des gens ils comprennent pas trop ce qu'il leur arrive, ils savent pas trop comment gérer alors bon ba des personnes qui sont déjà passées par là ou qui connaissent un peu plus, s'aider c'est quand même pas mal non plus hein »

2.1.5.2. Avoir un suivi médical

Certains patients avaient un suivi rapproché avec le corps médical :

P1 : « Parce que moi je suis suivie par le diabétologue et il y a une infirmière qui passe chez moi tous les trois mois pour ma pompe, voilà »

P4 : « Ba ça va plus, faut pas interrompre des traitements ! Je veux dire faut les continuer quand on en a ! Moi je vais tous les trois mois chez mon docteur et puis il me refait mon ordonnance et puis je continue mon traitement régulièrement »

P6 : « puis je le vois tous les 3 mois donc là je vais le revoir en septembre »

P9 : « il faut aller au médecin régulièrement, 1 fois par mois quoi »

Plusieurs patients suivaient les conseils médicaux :

P1 : « Oh ba moi je ne ferai pas le tri toute seule déjà ! Je demanderai l'avis à mon médecin »

P2 : « Ah, moi je l'aurais pas fait ! Moi, je l'aurais pas fait sans l'avis du docteur »

P4 : « Ba pfff, il nous conseille, il nous dit : ba oui soit yen a un peu de trop soit il faut faire attention, euh, voilà, il dit de faire attention surtout »

P5 : « Oui ba non, non moi je prends comme on me dit et voilà »

P6 : « Oh, pour moi personnellement, pas du tout. Je le prends régulièrement tous les traitements que le médecin m'a dit je les fais scrupuleusement »

P8 : « Tant que mon médecin il ne me dit pas de baisser le traitement, et ba je continue hein »

Certains patients décrivaient une relation de confiance avec leur médecin traitant :

P2 : « Ba ca pourrait, mais pas par moi parce que je fais confiance à mon docteur »

P4 : « Ah... ba je sais pas, je sais pas. Oui oui il m'en a mis plusieurs de toute façon peut être que ça aide, je sais pas moi je prends ce qu'il me donne hein. »

P7 : « Et quand on a un problème avec le médicament il faut tout de suite alerter soit le pharmacien soit le médecin. Parce que ça m'est déjà arrivé moi et il m'a changé les médicaments »

Une patiente avait suivi les programmes d'éducation thérapeutique :

P1 : « Par le médecin et puis je suis allée aux éducations diabétiques là. »

2.1.5.3. Être reconnaissant du système de soin

Certains patients ont fait part de leur reconnaissance vis-à-vis du système de soin français et notamment de la prise en charge à 100% en lien avec le diabète :

P1 : « Euh, les finances ba peut-être hein si on a pas trop les moyens, parce que nous on est bien remboursé mais sinon ça serait un problème je pense »

P2 : « Oh ba, moi je voudrais pas changer de pays ! Moi je suis très très contente de ce que l'on vit »

P4 : « Ba je sais pas, je vois pas, parce que bon on est bien suivi, on est pris en charge alors je vois pas »

P7 : « Baaa, je pense pas non, parce que de tout façon on est remboursé à 100% avec le diabète alors en plus, le problème financier je vois pas... »

P8 : « Ba l'aspect financier, c'est pas ce que ça nous coûte de tout façon hein, parce que comme tout est remboursé, quand on est diabétique on est pris à 100% alors »

P9 : « Il n'y a pas de soucis financiers hein, il n'y a aucun frais d'hospitalisation »

Certains patients regrettaien que tout ne soit pas pris en charge, notre système restait avantageux malgré tout :

P4 : « Ba c'est pas trop mal hein, c'est pas trop mal. Tout n'est pas pris hein mais bon euh, il y a quand même pas mal de choses qui sont prises en charge et puis c'est très bien ! »

Certains patients ont une notion du coût de leurs traitements :

P1 : « Ah ba oui, c'est assez cher il me semble. Je ne connais pas trop le prix mais bon l'insuline déjà c'est très cher. Et tout ce qui va avec alors si on n'avait pas de remboursement à 100% euh moi j'y arriverais peut-être mais pas longtemps je pense. »

P7 : « C'est pas bon et ça coûte cher quand même, un protocole, ça coûte quand même cher à mettre en place pour la sécu, faut pas l'oublier hein »

P8 : « Ba c'est pas un mal quand même d'être pris à 100% parce que au prix que sont les médicaments maintenant et ça augmente toujours de toute façon »

P9 : « Ah, là oui ça serait plus compliqué parce que les médicaments c'est pas donné hein »

2.2. Passer d'un statut à l'autre

2.2.1. Accéder au savoir

Certains patients ont appris de leur maladie et ont pu progresser grâce à cela :

P1 : « Et puis après j'ai, au fur et à mesure, lu et appris la maladie »

P5 : « Ah ba oui oui hein, et je peux vous dire que oui j'ai compris donc euh, maintenant si je mange quelque chose et qu'il m'arriverait un truc comme ça ba là j'en parlerais à mon mari parce que je sais que ça vient de ça. Parce que moi je savais pas que ça pouvait venir du diabète »

P9 : « J'ai essayé de pas faire attention et j'ai essayé de faire attention et on voyait la différence tout de suite »

Certains patients se sentaient protégés par le savoir :

P3 : « Ba non, les hypoglycémies je les ressens. Donc du moment que je la ressens, que je sais qu'elle est là je fais le nécessaire pour que je ne sois plus en hypo »

P9 : « Moi c'est ce que j'ai fait, au début ça m'intéressait pas et j'ai demandé et puis j'ai compris un peu quoi »

Certains patients ont trouvé des supports de connaissance :

P3 : « Peut être oui, certains, moi je pense. On est pas tous accroché aux informations sur le diabète. Moi ça m'intéresse parce que j'ai internet, je m'amuse à regarder sur internet mais autrement euh, tout ça dépend »

P6 : « Oh ba on peut trouver ça sur internet, hein »

Un patient relatait avoir appris des autres :

P6 : « Euh je ne sais pas trop, en écoutant sans doute des gens qui l'avaient, j'en sais rien mais je savais qu'il fallait reprendre du sucre et puis manger un peu et ça repartait quoi »

On pouvait accéder au savoir par son médecin traitant :

P8 : « Leur médecin qui leur disait « faut pas manger de ça, faut pas manger de ci et ça »

P8 : « Ba de toute façon c'est à lui de nous conseiller un peu aussi hein, parce que c'est notre médecin, euh, c'est lui qui prend soin de notre santé alors euh, c'est à lui de nous informer aussi hein »

Un patient regrettait le manque de support pour accéder à ce savoir :

P8 : « Si on recevait des brochures ça serait peut-être un peu plus intéressant, de voir comment ça se passe vraiment »

2.3. Facteurs défavorisant l'observance

2.3.1. L'ignorance

2.3.1.1. Être ignorant

Certains patients ignoraient l'utilité de leurs traitements :

P1 : « Mais le médicament je ne comprends pas à quoi il me sert quoi »

P2 : « et puis j'ai des médicaments pour enlever le sucre »

Certains avaient des connaissances erronées :

P2 : « Je peux manger ça parce que j'ai des médicaments »

P3 : « Ba j'ai l'impression que non hein, parce que qu'on fasse du sport ou qu'on fasse pas de sport on a toujours le diabète hein. C'est pas en faisant du sport que notre diabète il va s'en aller hein, ça j'y crois pas ! »

Certains patients relataient le fait de manquer d'information :

P3 : « Les docteurs ils nous donnent des comprimés mais bon ils expliquent pas à la lettre hein »

P5 : « Ba oui, parce que des fois j'aimerais bien savoir à quoi j'ai le droit à quoi j'ai pas le droit »

P8 : « Ba peut être oui, parce que ya pas beaucoup d'information à part ce que le médecin nous dit, c'est tout hein »

Certains patients ne connaissaient pas les aliments à réduire avec le diabète :

P3 : « Ba, pas de trop, je les ai pas de trop en tête là, mais je regarde sur mes feuilles que j'ai sur le frigidaire »

P5 : « Ah ba moi, j'en mange mais après je sais pas... »

2.3.2. L'inacception

2.3.2.1. Refuser

Certains refusaient de se priver car ils ne se sentaient pas suffisamment atteint :

P2 : « Mais, si on est, ba si je dois être un peu plus sévèrement atteinte, j'en sais rien, et ba faudrait que je me prive totalement, voilà »

P9 : « Voilà et on lui a dit de faire attention mais il dit « c'est pas grave je suis jeune » mais je lui dis tu as beau être jeune hein, tu vas avoir des surprises un jour hein, tu vas faire un coma diabétique et puis il verra bien quoi »

Une patiente refusait de passer à côté de moments conviviaux à cause de la maladie :

P2 : « A partir du moment où on est plusieurs autour d'une table, on a la joie d'être ensemble et on se prive pas j'imagine »

Une patiente préférait oublier la maladie :

P2 : « Et bien, de faire attention à chaque bouchée qu'on avale, je sais pas j'y pense pas autant hein. Je mange comme tout le monde »

Une patiente était dans le déni :

P2 : « Ya pas d'urgence tout durant que vous marchez »

2.3.2.2. Subir la maladie

Un patient relatait le fait que la maladie lui était « tombée dessus » :

P1 : « Parce qu'on connaît pas trop cette maladie quand elle vous arrive sur le dos, là »

Certains patients émettaient la notion de contrainte :

P1 : « Il faut vraiment se forcer à prendre du temps pour en faire »

P3 : « Ça devient une comédie quoi »

P5 : « Et bien c'est plein de choses qu'on doit pas manger, pfff »

P6 : « Le diabète selon moi ? Ba c'est un enquiquinement »

P7 : « Euh ba c'est le traitement, faut pas l'oublier hein, c'est ça qui est un peu... il y a une contrainte »

P7 : « Euh c'est ptetre euh, trop contraignant, au niveau de la vie »

P8 : « Ba c'est un peu contraignant aussi parce que pour ceux qui sont vraiment diabétiques euh c'est quand même assez strict hein, faut pas manger n'importe quoi »

P9 : « Je prends de l'insuline ba des jours c'est un peu embêtant quoi. Parce que quand je travaillais ba il fallait que je me repique à midi, après manger et puis ba on avait souvent les mains sales au travail donc c'était contraignant »

Certains étaient fatalistes :

P2 : « Non, ça s'ajoute c'est tout »

Les patients ont fait ressortir la notion de maladie chronique :

P2 : « Et puis maintenant je pense que c'est à vie »

P5 : « Moi on m'a dit que c'était pour la vie donc bon ba voilà hein »

Une patiente revenait sur la notion de « s'oublier » :

P2 : « Je pense, mais par rapport à notre âge aussi, quand on est plus jeune c'est souvent la profession qui pousse à s'oublier soi-même »

Certains se sont lassé des exigences de la maladie :

P3 : « Ba jpense qu'ils en ont marre quand même, c'est quand même un sacré boulot de toujours se dire qu'il faut que je prenne ci, que je prenne ça »

P3 : « Ba, pff, en légumes ou quoi que ce soit. Et puis ya des fois on en a marre, moi ya des fois j'en ai marre franchement je vous le dis, j'en ai marre des fois »

P5 : « Mais maintenant ba je mange mais c'est pas, je mange mais voilà... parce que je me dis après tout j'ai le droit à rien alors euh »

P6 : « Et puis bon ba l'usure peut être en disant « bon ça va bien maintenant » »

Certains refusaient de ne pas faire comme tout le monde :

P7 : « Ba ça peut être des fois oui quand on est invité à des repas ou trucs comme ça »

P7 : « Et c'est ptetre aussi, ça pose problème pour certains, yen a certains ils voient les autres manger alors ils mangent pareil. Moi je pense que c'est ça hein »

P9 : « Et ba qu'ils sont pas comme les autres, qu'ils peuvent pas manger comme les autres, et que eux ils se privent et que c'est un truc de privation quoi par rapport aux autres quoi »

2.3.2.3. Abandonner

Une patiente semblait avoir abandonné :

P1 : « Non, voilà, alors c'est bien j'ai abandonné en fait »

2.3.3. La passivité

2.3.3.1. Se reposer sur le médecin

Un patient faisait part de la nécessité de se reposer sur le corps médical :

P3 : « C'est sûr qu'à l'hôpital on n'a pas de mal, ils savent ce qu'on a. Mais chez nous, euh, c'est pas évident hein »

P3 : « C'est pas de nous laisser dans un coin et puis attendre. De toute manière un médecin ça sert à quoi ? Ca sert à nous soigner hein ! Enfin, à essayer de nous soigner »

2.3.3.2. Placer la maladie au second plan

Certains patients priorisaient d'autres activités à leur maladie :

P2 : « Et ba, parce que voyez-vous, j'ai toujours quelque chose à faire. Là, je partais étendre du linge, je vais revenir à la maison il faut que je passe l'aspirateur et puis voilà, et puis ça passe et puis midi

va arriver et puis c'est une nièce qui va venir manger avec nous et qui nous apporte le repas c'est extraordinaire et puis voilà, la journée va passer et je vais pas avoir marché ça c'est sûr ! »

P2 : « Euuuuuh, ba c'est mon cas. Puisque je vous ai dit que je me trouvais embarqué dans ce que j'ai à faire, c'est prioritaire que la marche »

Certains patients priorisaient le travail :

P2 : « Eh ba vous êtes tellement pris dans le boulot, dans les responsabilités de votre entreprise que vous vous oubliez, carrément »

P9 : « Parce que soit qu'ils veulent pas, ou alors si ils travaillent et ba des fois on peut pas quoi »

2.3.4. Les limitations

2.3.4.1. Être en difficulté

Une patiente exprimait être en difficulté sur différents aspects de la maladie :

P1 : « Euh, bin, jsais pas trop là... Forme de médicaments, déjà la metformine c'est un gros comprimé et j'ai du mal à l'avaler »

P1 : « Parce que moi au début j'ai eu beaucoup de mal à supprimer plein de choses »

2.3.4.2. Être faillible

Certains patients se disaient parfois « fainéants » :

P1 : « baaa pfff, jsais pas moi, ptetre qu'ils n'ont pas envie, moi je sais que des fois c'est par fainéantise hein »

P2 : « Ah bin ça, à mon avis ça serait une marche et là je suis fautive »

P3 : « Le courage. Parce que la fainéantise c'est pas bon hein »

P3 : « Ba, la marche à pied hein. Mais je fais un peu le fainéant, faut le reconnaître »

P9 : « Oui oui, yen a qui pensent à ça oui, mais ceux qui sont fainéants de faire du sport ou alors ça les intéresse pas quoi »

Certains manquaient de motivation :

P1 : « Parce qu'ils ont pas envie, peut-être »

P2 : « Elle, elle y trouve aucun intérêt sûrement »

P3 : « Ils sont comme moi : pas envie, pas le temps, un peu fainéant sur les bords »

P4 : « Ba je sais pas, faudrait aller marcher tous les jours peut être aux mêmes heures et toujours et tout mais moi ça je le fais pas. Je vais marcher quand j'ai le temps et puis c'est pas régulier quoi disons »

P7 : « Et ça leur prend du temps personnel sur d'autres trucs je pense que c'est ça moi »

P8 : « Mais ba pour un qui fait déjà un effort physique au travail alors remarcher après euh c'est pas toujours évident »

P9 : « Celui-là qui travaille dans un bureau encore le soir il peut le faire mais comme moi j'étais parti 12-13h de chez moi le soir quand je rentrais je pensais pas à faire du sport hein »

Certains oublyaient de prendre leurs médicaments :

P3 : « Baaa, occupé à autre chose et puis tout à coup on s'aperçoit qu'on a oublié de prendre les médicaments »

P5 : « Euh ça m'arrive un peu de temps en temps mais pas souvent parce que je les prends bien avant les repas et puis voilà »

P7 : « Euh ba la prise des médicaments, parce que moi je pense que yen a certains qui ont oublié ou autrement peut être qu'ils sautent un médicament sur 2 parce qu'ils ont peut-être pas le temps ou ils disent que c'est trop chiant ou des trucs comme ça, enfin peut être hein, c'est ça hein »

P8 : « Ba des fois je les oublie à la maison quand on va chez quelqu'un »

Certains patients éprouvaient des difficultés à faire des concessions :

P3 : « Euh, non, les médicaments je les prends tous les jours mais pour le régime et tout des fois euh...yen a marre »

P4 : « Ah ba ils suivent pas parce qu'ils en ont peut-être marre ou qu'ils veulent pas se priver ou je sais pas moi »

P7 : « Ouai je pense oui, après je connais des gens qui ont du diabète et qui mangent entre les repas, ils mangent des gâteaux et tout ça mais après c'est leur problème à eux hein c'est pas pff»

Certains avaient des limitations physiques à la pratique d'activité physique :

P3 : « Oui de douleurs articulaires, je sais que je fais pas de sport à cause des douleurs articulaires et puis je vous dis le cœur, les efforts au cœur et tout, tout ça ça bloque hein »

P8 : « Enfin quand on peut c'est pareil parce que vous voyez ma mère bon ba comme elle était un peu obèse et ba elle faisait pas beaucoup de marche hein »

P9 : « Moi j'ai mal partout je peux plus, j'ai été faire des scanners j'ai de l'arthrose dans les hanches et pour moi-même marcher moi je fais 100 mètres et je peux plus hein »

Certains remplissaient des glycémies erronées dans leur carnet :

P9 : « Eh ba que quand on prend le, moi j'ai eu le freestyle, quand on regarde dessus ba yen a ils sont pas obligés de marquer sur le ptit carnet ils mettent qu'est-ce qu'ils veulent quoi »

2.3.4.3. Être limité par l'argent

Un patient se trouvait limité par l'argent, notamment pour suivre une alimentation équilibrée :

P3 : « Ba vous croyez que l'aspect financier nous aide beaucoup en ce moment ? En plus, quand vous êtes à la retraite, croyez-moi que la retraite elle est pas grosse hein, alors quand on vous dit de faire des régimes, avec ce qu'on touche, je ne vois pas beaucoup les régimes qu'on peut faire »

P3 : « Mais tout est cher, tout. Si vous voulez suivre une diététicienne et ba on peut pas. Avec les salaires qu'on a on peut pas. C'est pas possible ! »

2.3.5. L'appréhension

2.3.5.1. Avoir peur

Certains patients redoutaient les hypoglycémies :

P1 : « Euh, je pense oui ! Moi, j'ai peur des hypoglycémies parce que j'ai peur de tomber dans le coma »

P8 : « Ba pour ceux qu'en ont beaucoup : le taux assez élevé et ils peuvent faire des hypoglycémies »

Certains avaient tendance à occulter la maladie :

P1 : « C'est-à-dire, qu'on a tendance à l'oublier mais elle est toujours là »

Certains redoutaient les conséquences de la maladie :

P1 : « Et elle vous rattrape si vous ne faites pas attention »

P1 : « Déjà moi, jsuis pas trop sérieuse quelque fois et faut que jfasse gaffe quoi ! »

P3 : « Si on a pas envie qu'on aille plus loin, ba on arrête les médicaments c'est sûr mais là yaurait des retombées hein »

P4 : « Ba jsais pas pourquoi le retarder ? Faut pas le retarder, faut continuer autrement ça va plus ! »

P4 : « Ba je sais pas, j'ai jamais été, j'ai jamais vraiment eu de malaise mais ils disent que ça joue pour les yeux, pour bien des choses, bon j'ai pas de diabète dans les yeux quand je vais chez l'ophtalmo mais ça pourrait arriver. On dit que c'est des maladies silencieuses qui peuvent euh être graves quand même »

P7 : « Ils ont été obligés d'y couper une jambe en bas du genou à cause du diabète mais autrement. Ba parce que le diabète montait trop haut puis c'était comme du tétonos ou un truc comme ça ? Ils avaient commencé avec un doigt de pied et après ils ont été obligés d'y couper jusqu'au niveau du genou »

P8 : « Ba si on, mettons je sais pas moi, qu'on s'en fout un ptit peu, faut faire attention quand même »

P8 : « Parce que tous ceux que j'ai rencontrés et j'en connais pas mal qui sont diabétiques et ba ils ont même peur de si ils arrêtent leur traitement hein »

Certains patients redoutaient les piqûres d'insuline :

P4 : « Oui ba moi en comprimé ça me convient parce que je voulais pas mettre, j'ai vu avec Dr C, je voulais pas faire de piqûres d'insuline de trucs comme ça, je veux pas me mettre à ça parce que... J'ai une sœur qui fait ça et puis je trouve que c'est trop prenant, c'est trop... Non non, j'aime mieux prendre des comprimés que de faire ça, que de faire des piqûres »

P7 : « Et je connais d'autres gens là qui se, enfin qui font des piqûres, d'insuline, elle a 96 ans la dame mais ça fait peut-être bien ouais, 40 ans qu'elle est comme ça »

P9 : « Ba oui parce que moi, yen a qui ont peur des piqûres, même si c'est pas des grosses grosses piqûres, mais yen a qui ont peur alors ils osent pas quoi »

Une patiente a été traumatisée par un épisode d'hyperglycémie :

P5 : « Et je peux vous dire que j'ai eu très peur parce que quand on a fini de manger et tout, mon mari était parti sur l'ordinateur et moi olala mais je transpirais, je transpirais et puis alors je tremblais et tout, je me disais « mais c'est quoi ça » »

P5 : « Franchement là j'ai eu peur, je me suis dit « ça y est c'est fini »

2.3.5.2. Avoir une maladie invisible

Certains patients ont mis en avant le fait que leur maladie était non ressentie :

P3 : « Que je prenne ou que je prenne pas ça me fait rien moi »

P3 : « Parce qu'on me dit, parfois que je suis en hyper, « vous ressentez rien monsieur ? », je dis « ba non je suis en pleine forme », qu'est-ce que vous voulez que je ressente ? Et j'étais vraiment en hyper »

P4 : « Bin, pfff, qu'est-ce que je pourrais dire... C'est une maladie sourdine, c'est une maladie enfin qu'on ne trouve pas disons qu'on n'en souffre pas, mais elle est quand même bien là »

P4 : « Pour pas que ça monte, pour pas que ça monte le diabète parce c'est vrai qu'on ne le trouve pas finalement, c'est une maladie qu'on ne trouve pas alors il faudrait pas que ça monte de trop »

2.3.5.3. Avoir une maladie évoluée

Certains patients ont déjà fait des complications cardio-vasculaires liées au diabète.

P3 : « Ba oui, c'est comme ça que j'ai découvert un peu que j'avais le diabète hein. Ba ouais. C'est comme l'infarctus, c'est par internet que j'ai découvert que quand j'ai eu mon infarctus c'était un infarctus et c'était pas autre chose. »

P9 : « Ba moi, moi c'est ce que j'avais fait, j'ai arrêté pendant 10 ans pratiquement et ça s'est aggravé, voilà. Parce que quand je travaillais ba il fallait que je me repique à midi, après manger et puis ba on avait souvent les mains sales au travail donc c'était contraignant quoi alors avec tout ça j'avais arrêté et ça s'est aggravé malheureusement. Et ya même été jusqu'à une amputation de 2 doigts de pieds quoi, suite à ça »

2.3.5.4. Se sentir seul

Certains patients se sont heurtés à l'ignorance de leurs proches :

P1 : « Yen a qui comprennent pas que ça peut, enfin dans mon entourage je n'ai pas trop de diabétique. J'ai juste une amie qui est diabétique mais elle est très sérieuse »

P1 : « Au début j'ai eu beaucoup de mal avec beaucoup de colère avec eux, ils ne comprenaient pas ce que c'est le diabète »

Certains cachaient leur maladie :

P1 : « Moi, dans mon travail ça ne m'a pas trop embêté mais bon quand j'avais des hypo j'arrivais à les gérer. Et personne n'en voyait rien »

P1 : « Et puis je ne disais plus rien, je faisais semblant et tout le monde croyait que je mangeais comme tout le monde et en fin de compte non »

P2 : « Euh, oui, mais on en parle pas et je ne sais pas si tout le monde est au courant que j'ai du diabète »

P2 : « On parle pas de tout durant qu'on tient debout et qu'on fait ce qu'on a besoin de faire de nos activités, on envahit pas la famille avec nos problèmes de santé »

Une patiente a dû s'isoler à cause de la réaction de ses proches :

P1 : « A un moment donné, oui, très difficile parce que je sortais plus, je refusais les invitations »

Certains patients étaient isolés :

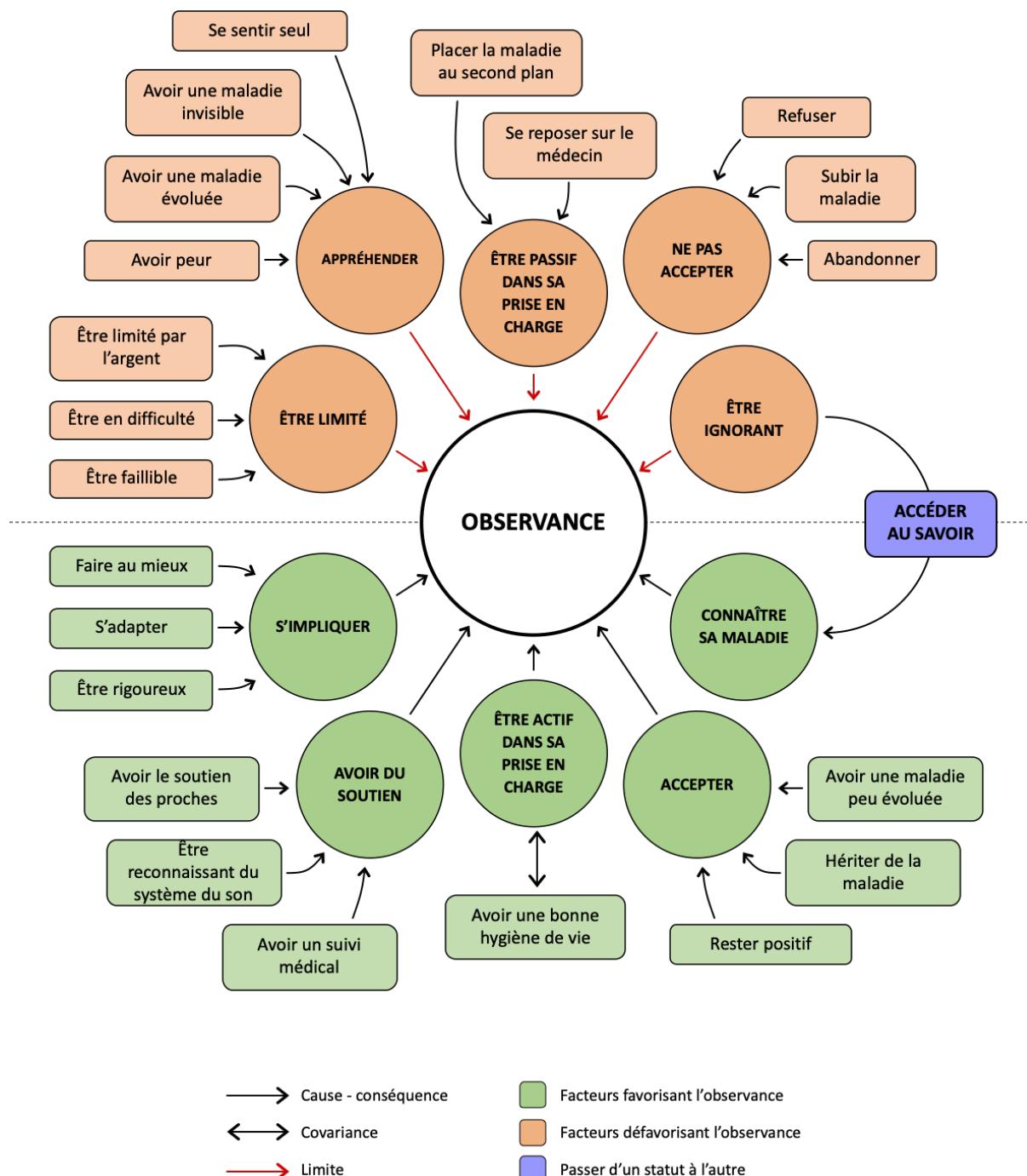
P3 : « Alors là je peux pas vous répondre parce que des proches, j'en ai plus, toute ma famille enfin j'ai rejeté toute ma famille parce que c'était des bons à rien. Alors côté famille... J'ai même mes enfants qui ne me parlent plus alors côté famille, je suis tout seul »

P4 : « Enfin la marche à pied on peut y aller c'est pas un problème mais autrement d'aller dans des clubs de gym et tout ça c'est plus embêtant, faut prendre la voiture et moi je conduis pas beaucoup »

DISCUSSION

1. Le résultat principal

1.1. Le modèle explicatif



1.2. Les facteurs favorisant l'observance

Comme dans toute pathologie chronique, et notamment dans le diabète, la connaissance de celle-ci améliore sa prise en charge (27).

Certains patients ont pu accéder au savoir, souvent en passant par des épisodes marquants tels que des complications de leur maladie.

Cette prise de conscience leur a permis d'améliorer leur connaissance et leur ressenti de la maladie, ce qui a conduit à une meilleure observance de leur part.

Peu de patients avaient participé à des groupes d'éducation thérapeutique, pourtant il a été montré que ceux-ci améliorent les connaissances et l'observance des patients (28, 29, 30, 31).

Cependant, les patients se trouvaient globalement bien renseignés sur le diabète, ce qui est en corrélation avec l'étude ENTRED 2007 dans laquelle 80% des patients se sentaient bien informés sur leur diabète et 54% déclaraient s'être renseignés d'eux-mêmes (3).

Il s'agit ici du rôle du médecin généraliste de former et d'apporter des supports à ses patients (32). Toujours d'après l'étude ENTRED 2007, 83% des patients estimaient que leur principale source d'information était leur médecin traitant (3).

La plupart des patients ont dû s'adapter au diagnostic de leur maladie, ils ont dû modifier leur hygiène de vie, incluant l'activité physique (ils citaient principalement la marche) et le régime alimentaire.

En effet, il a été démontré que les patients diabétiques devraient idéalement réaliser 150 minutes d'activité physique par semaine pour améliorer leur contrôle glycémique (33,34).

L'Association Diabétique Américaine déclare que l'équilibre alimentaire est essentiel dans la prise en charge du diabète (35,36).

Certains patients se disaient satisfaits de leur prise en charge et semblaient avoir une relation de confiance avec leur médecin.

Au cours d'une étude évaluant les facteurs conditionnant l'observance thérapeutique chez le patient diabétique, tous les patients ont affirmé avoir une confiance totale en leur médecin (37). Dans une étude Malaisienne, il a été démontré que la satisfaction de prise en charge était liée à une meilleure observance (38).

D'après l'étude DAWN 2, 86 % des personnes atteintes de diabète ont estimé que leur équipe de soins leur offrait un soutien « relatif » ou « considérable » (39).

Les patients relataient fréquemment l'importance du soutien de leurs proches.

En effet, l'observance du traitement chez le diabétique est également dépendante de son entourage, à savoir, si celui-ci est réceptif ou non à la pathologie ou s'il s'implique dans la prise en charge. L'implication de l'entourage a été particulièrement bien démontrée dans l'étude DAWN2 (40).

Les patients suivaient leur ordonnance de traitement régulièrement et tombaient rarement en panne. Il semblait beaucoup plus simple pour la plupart des patients de bien prendre les traitements plutôt que de suivre les recommandations hygiéno-diététiques. Cette difficulté d'adhésion se retrouvait dans l'étude DIABASIS où 70% des patients semblaient avoir une bonne observance thérapeutique. Cependant, seulement 50% d'entre eux modifiaient leurs habitudes alimentaires et 29% augmentaient leur activité physique régulière (41).

De même, il semblait plus simple pour les patients d'être sous antidiabétiques oraux que d'être sous insuline.

Dans une étude dont le but était d'identifier les limitations à l'introduction d'insuline : le passage à l'insuline pouvait être vécu par les patients comme une punition pour une gestion insuffisante du mode de vie (42).

Bien que certaines avancées technologiques telles que le « FreeStyle Libre » permettraient une amélioration de la qualité de vie des patients insulino-dépendants notamment en suivant facilement leur progression de taux de glycémie au cours de la journée, comme il l'a été démontré dans cette étude de 2019 (43).

De plus, avoir une meilleure qualité de vie influe positivement l'observance. C'est ce qui a été montré dans une revue systématique de la littérature évaluant l'influence de la qualité de vie sur l'observance thérapeutique des patients diabétiques (44).

La majorité des patients avaient une notion du coût élevé de leurs traitements et étaient donc reconnaissants vis-à-vis du système de santé français qui permet une prise en charge à 100%, ce qui semble favoriser l'observance des patients.

Dans une étude américaine de 2019, il a été établi qu'une réduction des frais liés aux traitements permettrait une meilleure observance thérapeutique (45).

1.3. Les facteurs défavorisant l'observance

Certains patients regrettaiient le manque de support d'apprentissage à leur disposition malgré l'arrivée du numérique.

D'après une étude qualitative française avec 34 patients diabétiques, les nouvelles technologies offrent de nombreux avantages dans la gestion ou la prévention du diabète de type 2, et dans la demande d'autonomisation qui est adressée aux patients. Cependant, ces outils numériques sont encore faiblement investis par les professionnels comme outils de gestion de la maladie (46).

D'après l'étude ENTRED 2007 : 71 % des patients souhaiteraient des informations supplémentaires au sujet de leur maladie. En cas de démarche active de recherche d'information, les personnes ont eu recours à des livres dans 44% des cas et à Internet dans 33% des cas (3).

La totalité des patients s'accordait pour dire que le diabète était une maladie contraignante au quotidien. La majorité semblait subir leur maladie.

La souffrance liée au diabète, mesurée par l'Espérance de Vie Corrigée par l'Incapacité, augmente notamment en Europe de l'Ouest, comme le suggère une récente étude des Émirats Arabes Unis (47).

Certains patients faisaient même preuve de fatalisme, dans une étude de Caroline du Sud, le fatalisme était associé à une mauvaise observance (48).

Certains patients ne connaissaient pas le but de leurs traitements, ce qui limite l'observance.

Certains patients semblaient passifs dans leur prise en charge, se reposant entièrement sur leur médecin. Pourtant il a été montré dans une étude iranienne que l'autonomisation des patients et de leurs familles à travers des programmes d'éducation permettait une meilleure observance (49).

Certains patients se sentaient limités dans leur prise en charge pour cause financière. Toujours d'après l'étude iranienne citée ci-dessus, les problèmes financiers étaient liés à une mauvaise observance (49).

La majorité des patients craignaient leur maladie et ses complications.

Il a en effet été démontré qu'une peur accrue d'hypoglycémie chez certains patients était reliée à une mauvaise observance (50).

Dans l'étude DAWN 2, plus de la moitié des patients diabétiques s'inquiétaient du risque d'hypoglycémie (51).

La peur semblait être à double tranchant : soit elle imposait une rigueur afin de ne jamais développer de complications, soit elle entraînait une indifférence et limitait ainsi l'observance.

Un article français de 2019 analyse les mécanismes de relation entre la peur et l'indifférence. Celui-ci suggère qu'une telle indifférence pourrait représenter une cause d'absence de souci de soi qui conduit à la non-observance (52).

1.4. Les causes de déséquilibre du diabète non liées à l'observance

Voici plusieurs causes supposées de déséquilibre de diabète qui ne soient pas liées à l'observance des patients :

- L'aspect psycho-social
- L'insuffisance des traitements proposés par le médecin
- L'évolution de la maladie en elle-même

Il a été démontré dans la première étude Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) que la détresse psychologique était fréquemment associée au diabète et a été identifiée comme une cause de problèmes d'autogestion et donc de déséquilibre du diabète (53).

Cependant, peu de personnes atteintes de diabète bénéficiaient d'un traitement psychologique. En associant une meilleure prise en charge du bien-être et de la qualité de vie des patients et donc en réduisant leur fardeau lié à la maladie, on pourrait espérer de meilleurs résultats sur l'aspect psychosocial et donc sur l'équilibre de leur diabète.

Aucun des patients n'a remis en cause la prise en charge de leur médecin généraliste.

Cependant, nous pouvons nous demander si les patients qui ne sont pas à la cible d'HbA1c sont suffisamment traités ? Peut-être que certains médecins généralistes ne sont pas suffisamment formés pour la prise en charge optimale du diabète ?

Dans l'étude EVADIA, il a été montré que les recommandations HAS 2013 ont eu peu d'influence sur les choix thérapeutiques des médecins généralistes. Un traitement ne correspondant pas à l'arbre décisionnel a été choisi pour près de 60 % des situations cliniques évaluées (54).

Dans une étude bourguignonne, quelques lacunes sur les connaissances des médecins généralistes ont été mise en évidence, en particulier sur le peu d'efficacité d'augmenter jusqu'à 3 000 mg/jour la dose de metformine, sur l'utilisation excessive ou inadaptée de l'insuline et sur le recours à des traitements à risque d'hypoglycémies (55).

Le médecin généraliste a une place centrale dans le parcours de soins où il doit jouer un rôle de coordinateur mais a-t-il suffisamment de moyens et de temps pour assumer ce rôle ?

C'est une question posée dans « la place du médecin généraliste, en France, dans le parcours de soins des maladies chroniques » (56).

D'après l'étude DAWN2, les professionnels de santé ont souvent déclaré manquer de ressources et de temps pour proposer un soutien psychologique.

Ainsi, 58 % des praticiens souhaiteraient recevoir une formation plus étendue qui les aiderait à prendre en charge les aspects psychosociaux du diabète (38).

Le diabète peut également être difficile à équilibrer, simplement du fait de l'évolution de la maladie.

Une étude brésilienne proposant une vision différente du diabète avec l'utilisation d'une médecine traditionnelle chinoise basée sur les énergies permettrait d'appréhender différemment les causes de déséquilibre du diabète (57).

2. Les forces et les limites

2.1. Les forces de l'étude

2.1.1. Étude qualitative

Chaque étape de la méthode qualitative a été suivie rigoureusement. Le guide d'entretien a été modifié pour répondre à l'évolution des entretiens.

Cette méthode était la plus appropriée car elle permet d'identifier des mécanismes d'action et des schémas de pensée. C'est donc ce type d'analyse qui paraissait la plus adaptée pour comprendre le comportement des patients et leur état d'esprit. Enfin, c'est particulièrement utile lorsque les facteurs observés sont subjectifs, et donc difficiles à quantifier.

2.1.2. Diversité des médecins traitants

Le fait d'avoir inclus des patients issus de la patientèle de plusieurs médecins généralistes (6 médecins différents) qui exercent dans différents secteurs, permet de limiter le biais de sélection.

Les généralistes étaient de sexe et d'âge différents.

Ils exerçaient aussi bien en Mayenne qu'en Maine-et-Loire et aussi bien en zone semi-rurale qu'en zone rurale.

2.1.3. Recrutement en médecine générale

Cette thèse se base sur des patients recrutés en médecine générale. Il s'agit d'un choix volontaire afin que l'échantillon soit plus représentatif de la population cible.

2.1.4. Population

La population était homogène avec 4 femmes et 5 hommes recrutés.

Ils avaient entre 62 et 83 ans avec une moyenne d'âge de 70,5 ans.

En France, la moyenne d'âge du diabète en 2019 est de 67 ans d'après la troisième édition de l'étude ENTRED donc la population de cette étude se rapproche de la population diabétique française.

2.2. Les faiblesses de l'étude

2.2.1. Protocole de recrutement des patients

Les médecins généralistes devaient inclure les patients diabétiques de type 2 non à la cible d'HbA1c en se basant sur les critères HAS.

Ces critères HAS sont à adapter à chaque patient, il a donc pu y avoir un biais de sélection si l'estimation de la cible d'HbA1c n'a pas été réalisée correctement par le médecin recruteur.

Chaque praticien bénéficiait d'une fiche explicative reprenant les critères HAS de la cible d'HbA1C avec pour but de limiter ce biais de recrutement.

2.2.2. Statut d'interne en médecine

Les patients étaient au courant de mon statut d'interne. Certains ont pu donc penser que le but était de juger leurs habitudes pouvant donc constituer un frein au discours.

Les réponses des patients apportées à un professionnel de santé sont probablement souvent biaisées, par envie d'apporter « la bonne réponse » et ainsi de satisfaire le professionnel.

2.2.3. Évolution de la population entre le recrutement et l'entretien

Il est tout à fait possible que certains patients sélectionnés étaient non à la cible d'HbA1c au moment du recrutement et qu'ils soient re-reentrés dans leur cible avant l'entretien.

2.2.4. Durée des entretiens

Les entretiens ont duré de 30 à 35 minutes, ce qui est court.

Ainsi, non pouvons supposer qu'avec des entretiens plus longs, réalisés par une personne plus expérimentée en recherche, il aurait été possible de ressortir davantage d'étiquettes.

2.2.5. Méthode d'analyse

Les analyses ont débuté avec des a priori du chercheur liés aux idées personnelles et issues de la littérature.

L'analyse des données a pu être orientée par une interprétation subjective.

Pour limiter ce biais, tous les entretiens ont été relus et triangulés initialement par le directeur de thèse puis par un co-interne.

CONCLUSION

Cette étude a permis d'appréhender le ressenti des patients diabétiques de type 2 déséquilibrés sur la prise en charge de leur diabète incluant leurs habitudes de vie et leur prise médicamenteuse.

Les patients se disaient globalement bien informés sur leur diabète. Cependant, ils souhaiteraient avoir plus de support de documentation.

Certains patients étaient actifs dans leur prise en charge ce qui favorisait l'observance.

La plupart avait une relation de confiance avec leur médecin généraliste, et ils avaient également un soutien de leurs proches qu'ils jugeaient important. La prise en charge à cent pour cent permise avec notre système de santé français améliorait également l'observance des patients.

Ils avaient du mal à modifier leur régime alimentaire et à augmenter leur activité physique.

Cependant, ils semblaient globalement bien prendre leurs traitements.

La plupart des patients redoutaient les complications de leur maladie, qu'elles soient à court-terme (notamment les hypoglycémies) ou à long-terme (les complications cardio-vasculaires).

Ils redoutaient également fréquemment le passage à l'insuline, qu'ils semblaient vivre comme un échec de la prise en charge « habituelle ».

Certains patients ont eu une prise de conscience au cours d'une complication liée à leur maladie, ce qui a eu un impact positif sur leur observance.

La majorité des patients s'accordait pour dire que le diabète est une maladie contraignante.

BIBLIOGRAPHIE

- 1.** Santé Publique France. Diabète Santé publique France [Internet]. 2021 [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete>
- 2.** Vernay M, Bonaldi C, Grémy I. Les maladies chroniques : tendances récentes, enjeux et perspectives d'évolution. Santé Publique. 2015;S1(HS):189-97.
- 3.** Fosse-Edorh S, Piffaretti C, Saboni L, Mandereau-Bruno L, Bénézet L, Raimond V. Etudes ENTRED : un dispositif pour améliorer la connaissance de l'état de santé des personnes présentant un diabète en France. Journée mondiale du diabète. nov 2022;(22):383-92.
- 4.** International diabetes Federation. Atlas du diabète de la FID 9ème édition [Internet]. 9ème. 2019 [cité 22 févr 2022]. 168 p. Disponible sur: www.diabetesatlas.org
- 5.** Fédération Française des Diabétiques. Les chiffres du diabète en France [Internet]. [cité 13 août 2021]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/diabete/chiffres-france>
- 6.** Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L, Regnault N. Le poids des complications liées au diabète en France en 2013. Synthèse et perspectives. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 10 nov 2015;34-35(34-35):619-25.
- 7.** Harding JL, Pavkov ME, Magliano DJ, Shaw JE, Gregg EW. Global trends in diabetes complications: a review of current evidence. Diabetologia. janv 2019;62(1):3-16.
- 8.** Schlienger JL. Complications du diabète de type 2. La Presse Médicale. mai 2013;42(5):839-48.
- 9.** Faselis C, Katsimardou A, Imprailos K, Deligkaris P, Kallistratos M, Dimitriadis K. Microvascular Complications of Type 2 Diabetes Mellitus 2018. CVP. 27 janv 2020;18(2):117-24.
- 10.** Miquelon P, Castonguay A. Motives for Participation in Physical Activity and Observance of Physical Activity Recommendations among Adults with Type 2 Diabetes. Canadian Journal of Diabetes. 2016;40:399-405.
- 11.** Monnier L, Colette C. les fondamentaux de l'alimentation dans le diabète de type 2. Médecine des maladies Métaboliques. sept 2007;1(3):16-20.
- 12.** Paquot N. Le régime diabétique chez le patient diabétique de type 2. Rev Med Liege. 2005;4.
- 13.** Fougère E. Alimentation et diabète | Elsevier Enhanced Reader. janv 2021;602:57-8.

14. Kolb H, Martin S. Environmental/lifestyle factors in the pathogenesis and prevention of type 2 diabetes. *BMC Med.* déc 2017;15(1):131.

15. Lambrinou E, Hansen TB, Beulens JW. Lifestyle factors, self-management and patient empowerment in diabetes care. *Eur J Prev Cardiolog.* déc 2019;26(2_suppl):55-63.

16. Bösenberg LH, Van Zyl DG. The mechanism of action of oral antidiabetic drugs: A review of recent literature. *Journal of Endocrinology, Metabolism and Diabetes of South Africa.* déc 2008;13(3).

17. Swinnen SG, Hoekstra JB, DeVries JH. Insulin Therapy for Type 2 Diabetes. *Diabetes Care.* 1 nov 2009;32(suppl_2):S253-9.

18. El Bèze N, Vallée A, Blacher J. Observance des traitements cardiovasculaires. *Médecine des maladies Métaboliques.* oct 2018;12(6):496-501.

19. Brown MT, Bussell J, Dutta S, Davis K, Strong S, Mathew S. Medication Adherence: Truth and Consequences. *The American Journal of the Medical Sciences.* avr 2016;351(4):387-99.

20. Sabaté E, éditeur. *Adherence to long-term therapies: evidence for action.* Geneva: World Health Organization; 2003. 1-198 p.

21. Cramer JA, Benedict Á, Muszbek N, Keskinaslan A, Khan ZM. The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: a review: Compliance in cardiovascular disease. *International Journal of Clinical Practice.* 5 nov 2007;62(1):76-87.

22. Bailey CJ, Kodack M. Patient adherence to medication requirements for therapy of type 2 diabetes. *International Journal of Clinical Practice.* 2011;65(3):314-22.

23. Paquot N. Effets néfastes du défaut d'observance hygiéno-diététique et médicamenteuse chez le patient diabétique. *Revue Médicale de Liège.* 65(5-6):326-31.

24. Breitscheidel L, Stamenitis S, Dippel FW, Schöffski O. Economic impact of compliance to treatment with antidiabetes medication in type 2 diabetes mellitus: a review paper. *Journal of Medical Economics.* mars 2010;13(1):8-15.

25. Krass I, Schieback P, Dhippayom T. Adherence to diabetes medication: a systematic review. *Diabetic Medicine.* 2015;32(6):725-37.

26. Scheen AJ, Giet D. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. *Revue Medicale Liège*. 2010;65(5-6):239-45.

27. Tajahmady A, Bergman P. Améliorer l'observance au cours des maladies chroniques : les actions de l'Assurance Maladie. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 28 avr 2022;16(3):237-42.

28. Powers MA, Bardsley JK, Cypress M, Funnell MM, Harms D, Hess-Fischl A, et al. Diabetes Self-management Education and Support in Adults With Type 2 Diabetes: A Consensus Report of the American. *Diabetes Care*. juill 2020;43:1636-49.

29. Rosselet P, Hagon-Traub I, Burnand B. Education thérapeutique du patient à l'autogestion du diabète. *Revue médicale suisse*. 5 avr 2017;13:768.

30. Debussche X. Is adherence a relevant issue in the self-management education of diabetes? A mixed narrative review. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*. 2014;7:357-67.

31. M.S. Hamdi, W. Ben Elhaj, I. Boukhris, I. Ben Nacef, I. Kechaou, S. Azzabi. Observance médicamenteuse chez le diabétique : facteurs déterminants et intérêt de l'éducation thérapeutique du patient. *Annales d'Endocrinologie*. 2021;82:329-52.

32. Camey M. Les perceptions des besoins en information de santé, de leur format et du type de media à propos des soins et de l'autogestion dans le diabète de type 2 chez des personnes de 60 ans et plus [Internet]. Lausanne; 2018. Disponible sur:
https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_AE5FEEA3438F.P001/REF.pdf

33. Sigal RJ, Armstrong MJ, Bacon SL, Boulé NG, Dasgupta K, Kenny GP, et al. Physical Activity and Diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*. avr 2018;42:S54-63.

34. Carbone S, Giuseppe Del Buono M, Ozemek C, J. Lavie C. Obesity, risk of diabetes and role of physical activity, exercise training and cardiorespiratory fitness. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2019;62:327-33.

35. Evert AB, Dennison M, Gardner CD, Garvey WT, Lau KHK, MacLeod J, et al. Nutrition Therapy for Adults With Diabetes or Prediabetes: A Consensus Report. *Diabetes Care*. 1 mai 2019;42(5):731-54.

36. Evert AB, Boucher JL, Cypress M, Dunbar SA, Franz MJ, Mayer-Davis EJ, et al. Nutrition Therapy Recommendations for the Management of Adults With Diabetes. *Diabetes Care.* 1 nov 2013;36(11):3821-42.

37. Belhabiba G, Lahyania M, Mhiria A, Glouloua O, Sahlic J, Chouchane N. Évaluation des facteurs conditionnant l'observance thérapeutique chez le patient diabétique. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien.* 2018;53:87-96.

38. Bakar Z.A, Fahrni M.L, Khan T.M. Patient satisfaction and medication adherence assessment amongst patients at the diabetes medication therapy adherence clinic. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews.* 2016;10S:S139-43.

39. Peyrot M., Kovacs Burns K., Davies M., Forbes A., Hermanns N., Holt R. Diabetes Attitudes Wishes and Needs 2 (DAWN2): A multinational, multi-stakeholder study of psychosocial issues in diabetes and person-centred diabetes care. *Diabetes Research and Clinical Practice.* 2013;174-84.

40. Holt RichardIG, Kalra S. A new DAWN: Improving the psychosocial management of diabetes. *Indian J Endocr Metab.* 2013;17(7):95.

41. Mosnier-Pudar H, Hochberg G, Eschwege E, Virally ML, Halimi S, Guillausseau PJ, et al. How do patients with type 2 diabetes perceive their disease? Insights from the French DIABASIS survey. *Diabetes & Metabolism.* juin 2009;35(3):220-7.

42. Russell-Jones D, Pouwer F, Khunti K. Identification of barriers to insulin therapy and approaches to overcoming them. *Diabetes, Obesity and Metabolism.* 2018;20(3):488-96.

43. Bianchi C, Aragona M, Rodia C, Baronti W, De Gennaro G, Bertolotto A, et al. Freestyle Libre trend arrows for the management of adults with insulin-treated diabetes: A practical approach | Elsevier Enhanced Reader. *Journal of Diabetes and Its Complications.* 2019;33:6-12.

44. De Fatima Gusmai L, De Sa Novato T, De Souza Nogueira L. The influence of quality of life in treatment adherence of diabetic patients: a systematic review. *Rev esc enferm USP.* oct 2015;49(5):839-46.

45. Nam Hyo K, Kevin A. Look. The Effect of Reduced Drug Copayments on Adherence to Oral Diabetes Medications Among Childless Adults in Wisconsin Medicaid. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy.* déc 2019;25(12):1432-41.

46. Régnier F, Puerto K, Ringard C, Thomas F. Technologies numériques et diabète de type 2 : vers un patient plus autonome ? *Cahiers de nutrition et diététique.* 16 avr 2020;55:127-35.

47. Khan MAB, Hashim MJ, King JK, Govender RD, Mustafa H, Al Kaabi J. Epidemiology of Type 2 Diabetes – Global Burden of Disease and Forecasted Trends: *JEGH.* 2019;10(1):107.

48. J. Walker R, L. Smalls B, A. Hernandez-Tejada M, A. Campbell J, S. Davis K, E. Egede L. Effect of diabetes fatalism on medication adherence and self-care behaviors in adults with diabetes. *Gen Hosp Psychiatry.* nov 2012;34(6):598-603.

49. Pourhabibi N, Mohebbi B, Sadeghi R, Shakibazadeh E, Sanjari M, Tol A, et al. Determinants of Poor Treatment Adherence among Patients with Type 2 Diabetes and Limited Health Literacy: A Scoping Review. Sasaoka T, éditeur. *Journal of Diabetes Research.* 4 juill 2022;2022:1-10.

50. Yuksel M, Bektas H. Compliance with treatment and fear of hypoglycaemia in patients with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing.* 2021;30(11-12):1773-86.

51. Rhys W. DAWN 2 : évaluer le soutien psycho-social des personnes atteintes de diabète et de leur famille. *Diabetes Voice.* déc 2013;58(Numéro spécial 2):1-64.

52. Reach G. Peur ou indifférence : psychopathologie de l'hypoglycémie | Elsevier Enhanced Reader. Médecine des maladies Métaboliques. mai 2019;13(3):296-9.

53. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek FJ, Matthews DR, Skovlund SE. Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabetic Medicine.* 2005;22(10):1379-85.

54. Krempf M, Gourdy P, Ferrières J. Évaluation nationale des pratiques de prise en charge thérapeutique des patients atteints de diabète de type 2 (EVADIA) Current practice in the therapeutic management of type 2 diabetes in France (EVADIA). *Médecine des maladies Métaboliques.* sept 2018;12(5):447-52.

55. Mandrapylia A, Vergès B. Enquête sur la prise en charge des patients diabétiques de type 2 par les médecins généralistes en Bourgogne. Implications pour l'enseignement post-universitaire: Treatment of Type 2 diabetes by general practitioners in Burgundy survey. Implication for postgraduate education. Médecine des maladies Métaboliques. oct 2018;12(6):520-6.

56. Jaffiol C. Place du médecin généraliste, en France, dans le parcours de soins des maladies chroniques. IJMS. 2017;4(s):14-20.

57. Wei Ling H. Why Are Diabetic Patients Still Having Hyperglycemia despite Diet Regulation, Antiglycemic Medication and Insulin? IJDMD. 2019;4(2):1-14.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Le modèle explicatif.....	35
------------------------------------	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I Les données socio-démographiques des patients 8

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ.....	1
INTRODUCTION	2
MÉTHODES	4
1. Type d'étude.....	4
2. Population	4
3. Recueil des données	5
3.1. La réalisation du guide d'entretien.....	5
3.2. Le déroulement des entretiens.....	5
4. Analyse des données	6
5. Aspects éthiques et réglementaires.....	7
5.1. Le consentement	7
5.2. La confidentialité	7
5.3. Les autorisations réglementaires	7
RÉSULTATS	8
1. Données de l'échantillon.....	8
2. Les résultats de l'étude	9
2.1. Facteurs favorisant l'observance	9
2.1.1. La connaissance	9
2.1.1.1. Connaître sa maladie	9
2.1.2. L'acceptation.....	11
2.1.2.1. Accepter sa maladie.....	11
2.1.2.2. Rester positif	12
2.1.2.3. Hériter de la maladie	12
2.1.2.4. Avoir une maladie peu évoluée.....	13
2.1.3. L'hygiène de vie	13
2.1.3.1. Être actif dans sa prise en charge	13
2.1.3.2. Avoir une bonne hygiène de vie.....	14
2.1.4. L'implication.....	15
2.1.4.1. Être rigoureux.....	15
2.1.4.2. S'adapter	17
2.1.4.3. Faire au mieux	18
2.1.5. Le soutien.....	19
2.1.5.1. Avoir le soutien des proches.....	19
2.1.5.2. Avoir un suivi médical	20
2.1.5.3. Être reconnaissant du système de soin	21
2.2. Passer d'un statut à l'autre.....	22
2.2.1. Accéder au savoir	22
2.3. Facteurs défavorisant l'observance	24
2.3.1. L'ignorance	24
2.3.1.1. Être ignorant	24
2.3.2. L'inacceptation	25
2.3.2.1. Refuser	25
2.3.2.2. Subir la maladie	25

2.3.2.3. Abandonner	27
2.3.3. La passivité	27
2.3.3.1. Se reposer sur le médecin	27
2.3.3.2. Placer la maladie au second plan	27
2.3.4. Les limitations	28
2.3.4.1. Être en difficulté	28
2.3.4.2. Être faillible	28
2.3.4.3. Être limité par l'argent	30
2.3.5. L'appréhension	31
2.3.5.1. Avoir peur	31
2.3.5.2. Avoir une maladie invisible	32
2.3.5.3. Avoir une maladie évoluée	33
2.3.5.4. Se sentir seul	33
DISCUSSION	35
1. Le résultat principal.....	35
1.1. Le modèle explicatif	35
1.2. Les facteurs favorisant l'observance	36
1.3. Les facteurs défavorisant l'observance	38
1.4. Les causes de déséquilibre du diabète non liées à l'observance	40
2. Les forces et les limites	41
2.1. Les forces de l'étude	41
2.1.1. Étude qualitative.....	41
2.1.2. Diversité des médecins traitants	42
2.1.3. Recrutement en médecine générale.....	42
2.1.4. Population	42
2.2. Les faiblesses de l'étude	42
2.2.1. Protocole de recrutement des patients	42
2.2.2. Statut d'interne en médecine.....	43
2.2.3. Évolution de la population entre le recrutement et l'entretien	43
2.2.4. Durée des entretiens	43
2.2.5. Méthode d'analyse	43
CONCLUSION	44
BIBLIOGRAPHIE.....	45
LISTE DES FIGURES	51
LISTE DES TABLEAUX	52
TABLE DES MATIERES	53
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Annexe I : Note explicative à l'attention du praticien pour le recrutement

Annexe II : Feuille de consentement des patients

Annexe III : Fiche informative à destination des patients

Annexe IV : Recommandations HAS de la cible d'HbA1c

Annexe V : Première version du guide d'entretien

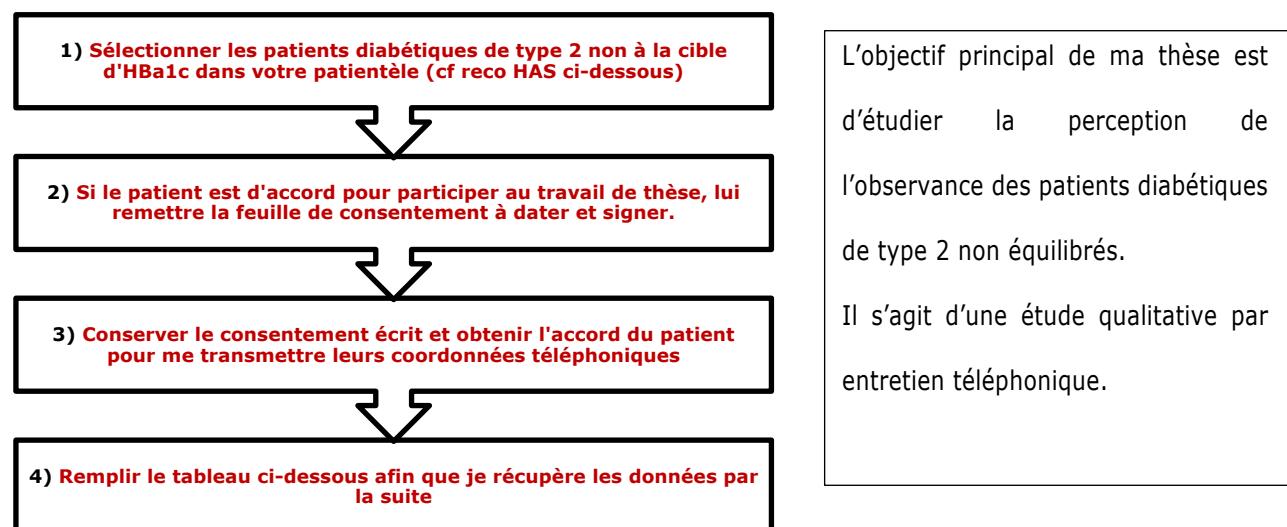
Annexe VI : Dernière version du guide d'entretien

ANNEXE I : NOTE EXPLICATION A L'ATTENTION DU PRATICIEN

Thèse en médecine générale sur **l'observance** des patients diabétiques de type 2.

Chers médecins généralistes, je suis interne en 5^{ème} semestre et j'ai besoin de votre aide pour le **recrutement** de patients pour mon projet de sciences humaines et sociales.

Comment pouvez-vous m'aider ?



Nom et prénom du patient	Numéro de téléphone	Fiche de consentement signée et récupérée

Rappel des cibles HbA1c :

≤ 6,5% : Diabète de type 2 nouvellement diagnostiqué, espérance de vie > 15 ans, sans antécédent cardio-vasculaire, dans le cadre d'une grossesse.

≤ 7% : La plupart des patients diabète de type 2 (personne âgée « vigoureuse », avec complication non évoluée du diabète, insuffisance rénale chronique modérée = clairance > 30ml/min)

≤ 8% : Diabète de type 2 avec espérance de vie < 5 ans, complications évoluées, longue durée d'évolution du diabète (> 10 ans) et hypoglycémies fréquentes, personne âgée « fragile », Clairance < 30 mL/min.

≤ 9% : Personne âgée « malade », atteinte de plusieurs pathologies chroniques entraînant un handicap ou un isolement social

Voici mes coordonnées :

Florie ALGRAIN / 0601425344 / falgrain@hotmail.fr ou florie.algrain@etud.univ-angers.fr

ANNEXE II : FEUILLE DE CONSENTEMENT DES PATIENTS

Département de Médecine générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

Angers, le 10/09/2021

Travaux de recherche Département de Médecine Générale d'Angers
Lettre d'information à l'attention des patients

Titre du travail : Observance des patients diabétiques / Projet en sciences humaines et sociales

Nom du thésard : ALGRAIN Florie

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR UTILISATION DES REPONSES DE L'ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE A DES FINIS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Je soussigné(e),

Né(e) le

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

- Mon médecin généraliste transmettra mes coordonnées téléphoniques à Mlle Algrain Florie afin d'être contacté pour effectuer un entretien téléphonique.
- Toutes les données recueillies seront anonymes et aucune donnée médicale ne sera recueillie au cours de cet entretien.
- La participation à cette étude n'influera pas sur mon suivi avec mon médecin généraliste.
- Je peux à tout moment décider de ne plus participer à cette étude en contactant Mlle Algrain à l'adresse mail suivante « falgrain@hotmail.fr »

Je consens à ce que mes réponses à l'entretien téléphonique soient utilisées pour la formation et la recherche au sein de l'UFR Santé de l'Université d'Angers.

Fait à _____ le _____

Signature :

ANNEXE III : FICHE INFORMATIVE A DESTINATION DES PATIENTS

Travaux de recherche Département de Médecine Générale d'Angers

Lettre d'information à l'attention des patients

Chers patients,

Je m'appelle Florie Algrain, je suis interne de médecine générale (actuellement en 8^{ème} année).

J'ai décidé de réaliser ma thèse sur le thème de l'observance chez les patients diabétiques.

Cette étude a pour objectif de comprendre les principales causes d'inobservance dans le cadre du diabète pour pouvoir vous aider au mieux par la suite en tant que médecin généraliste.

Elle n'a en aucun cas pour but de juger les façons de faire des patients.

Pour cela, je vous propose de réaliser un entretien téléphonique au cours duquel je vous poserai des questions sur le diabète en général, sur l'alimentation, sur l'activité physique et sur la prise des médicaments.

Je vous invite à signer le consentement écrit remis par votre médecin généraliste afin de pouvoir participer à ma thèse.

Même après signature du consentement, si vous ne souhaitez finalement plus participer à mon étude, il vous est toujours possible de le mentionner à votre médecin généraliste ou à moi-même et votre entretien téléphonique ne sera pas pris en compte dans l'analyse.

Votre médecin généraliste n'aura pas connaissance du contenu de l'entretien téléphonique qui sera interprété uniquement par moi-même de façon anonyme.

La participation à ce travail ne change en rien votre prise en charge médicale. Elle n'entraîne aucune contrepartie financière de votre part.

N'hésitez pas à me contacter si besoin : ALGRAIN Florie falgrain@hotmail.fr

En vous remerciant par avance pour votre aide,

ALGRAIN Florie

ANNEXE IV : RECOMMANDATIONS HAS DE LA CIBLE D'HBA1C

Objectifs glycémiques selon le profil du patient

	Profil du patient	HbA1c cible
Cas général	La plupart des patients avec DT2	≤ 7 %
	DT2 nouvellement diagnostiquée, dont l'espérance de vie est > 15 ans et sans antécédent cardio-vasculaire	≤ 6,5 % ¹
	DT2 : <ul style="list-style-type: none"> avec comorbidité grave avérée et/ou une espérance de vie limitée (< 5 ans) ou avec des complications macrovasculaires évoluées ou ayant une longue durée d'évolution du diabète (> 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % s'avère difficile à atteindre car l'intensification médicamenteuse provoque des hypoglycémies sévères 	≤ 8 %
Personnes âgées	Dites « vigoureuses » dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante	≤ 7 %
	Dites « fragiles », à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des malades	≤ 8 %
	Dites « malades », dépendantes, en mauvais état de santé en raison d'une polyopathologie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social	< 9 % et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/l
Patients avec antécédents (ATCD) cardio-vasculaires	Patients avec ATCD de complication macrovasculaire considérée comme non évoluée	≤ 7 %
	Patients avec ATCD de complication macrovasculaire considérée comme évoluée : <ul style="list-style-type: none"> infarctus du myocarde (IDM) avec insuffisance cardiaque atteinte coronarienne sévère (tronc commun ou atteinte tritronculaire ou atteinte de l'interventriculaire antérieur [IVA] proximal) atteinte polyartérielle (au moins deux territoires artériels symptomatiques) artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) symptomatique accident vasculaire cérébral récent (< 6 mois) 	≤ 8 %
Patients avec insuffisance rénale chronique (IRC)	IRC modérée (stades 3A ² et 3B)	≤ 7 %
	IRC sévère ou terminale (stades 4 et 5)	≤ 8 %
Patientes enceintes ou envisageant de l'être	Avant d'envisager la grossesse	< 6,5 %
	Durant la grossesse	< 6,5 % et glycémies < 0,95 g/l à jeun et < 1,20 g/l en post-prandial à 2 heures

1. Sous réserve d'être atteint par la mise en œuvre ou le renforcement des mesures hygiéno-diététiques puis, en cas d'échec, par une monothérapie orale (metformine, voire inhibiteurs des alphaglucosidases).

2. Stades 3A : DFG entre 45 et 59 ml/min/1,73 m², 3B : DFG entre 30 et 44 ml/min/1,73 m², stades 4 : entre 15 et 29 ml/min/1,73 m² et 5 : < 15 ml/min/1,73 m².

ANNEXE V : PREMIERE VERSION DU GUIDE D'ENTRETIEN

I. Présentation et données générales

Êtes-vous un homme ou une femme ?

Quel âge avez-vous ?

Quelle est votre profession actuelle ?

II. Deuxième partie : l'observance

1. Comment, selon vous, les patients diabétiques suivent-ils leur ordonnance de traitement ?

Relance :

- Retard et inversement de prise
- Arrêt de prise d'un traitement prescrit
- Panne de médicament avant prochaine consultation
- Modification posologie (dosage ou nombre de prise)

2. Qu'est ce qui, selon vous, représente une activité physique régulière ?

Relance :

- Activité physique d'endurance (30min de marche 5 jours par semaine)
- Pensez-vous que les patients diabétiques suivent ces recommandations ?

3. Qu'est-ce que, selon vous, le régime diabétique ?

Relance :

- Diminution des portions de sucres, graisses.
- Pensez-vous que les patients diabétiques suivent ces recommandations alimentaires ?

III. Troisième partie : les causes d'inobservance

1. Qu'est-ce qui, selon vous, pourrait limiter la bonne prise des traitements contre le diabète ?

Relance :

- Effets indésirables (hypoglycémies, malaise, diarrhées)
- Galénique
- Polymédication
- Le fait de ne pas ressentir d'effets de la maladie
- Acceptation maladie

2. Qu'est ce qui fait que, selon vous, les patients diabétiques ne suivent pas les recommandations de pratique d'activité physique régulière ?

Relance :

- Douleurs articulaires
- Manque de temps
- Manque de motivation
- Absence d'intérêt
- Doute de l'impact positif de l'activité physique sur le diabète

3. Pourquoi, selon vous, certains patients diabétiques ne suivent pas le régime diabétique ?

Relance :

- Modification habitudes de vie, trop contraignant
- L'alimentation est un plaisir
- Manque d'information sur les aliments à restreindre
- Doute sur l'impact positif du régime sur le diabète

4. Quelle est, selon vous, la part de responsabilité du médecin généraliste dans le déséquilibre du diabète de ses patients ?

5. Quels seraient, selon-vous, les éléments de la vie quotidienne prioritaires face à la prise en charge du diabète pour les patients ?

Relance :

- Travail
- Situation familiale
- Financier
- Soutien des proches
- Polypathologie (la place du diabète par rapport aux autres maladies)

ANNEXE VI : DERNIERE VERSION DU GUIDE D'ENTRETIEN

I. Présentation et données générales

Êtes-vous un homme ou une femme ?

Quel âge avez-vous ?

Quelle est votre profession actuelle ?

II. Deuxième partie : l'observance

1. **Qu'est-ce que le diabète selon vous ?**

- Quel est le rôle de vos traitements ?
- Quelle est la place du diabète dans la vie de tous les jours ?
- Quelles pourraient être les difficultés ou obstacles rencontrés avec le diabète ?
- Pensez-vous que certains patients ont déjà vécu un épisode marquant en lien avec le diabète ?
- Existe-t-il une part d'hérédité dans le diabète ?
- Faut-il être positif afin de mieux accepter la maladie ?

2. **Comment, selon vous, les patients ayant du diabète prennent-ils leur traitement ?**

- Pensez-vous que certains patients retardent leur prise de traitement ? Si oui, pourquoi ?
- Pourquoi certains patients arrêtent-ils totalement de prendre leur traitement ?
- Dans quel cas certains patients tombent-ils en panne de médicament avant la prochaine consultation ?
- Pourquoi certains patients modifient-ils leur posologie de traitement ?

3. **Qu'est ce qui, selon vous, représente une activité physique régulière ?**

- Qu'est-ce qu'une activité d'endurance ?
- Qu'est-ce que signifie « régulier » ?

4. **Qu'est-ce que, selon vous, le régime diabétique ?**

- Connaissez-vous les aliments à réduire ?
- En quoi la consommation d'alcool a-t-elle un impact sur le diabète ?

III. Troisième partie : les causes d'inobservance

1. **Qu'est-ce qui, selon vous, pourrait limiter la bonne prise des traitements contre le diabète ?**

- En quoi les effets indésirables limitent-ils la prise des traitements ?
- En quoi la forme du médicament empêche-t-elle sa prise ?
- En quoi le fait d'avoir plusieurs médicaments limite-t-il la prise ?
- En quoi, le fait de ne pas ressentir d'effets du diabète, limite-t-il la prise ?
- Pensez-vous que le fait de ne pas accepter sa maladie limite la prise ? Si oui, pourquoi ?

2. Qu'est ce qui fait que, selon vous, les patients diabétiques ne suivent pas les recommandations de pratique d'activité physique régulière ?

- Certains patients doutent-ils de l'impact positif de l'activité physique sur le diabète ? Si oui, pourquoi ?
- Dans quel cadre la pratique de sport est-elle compliquée ? (En cas de limitations physiques ?)

3. Pourquoi, selon vous, certains patients diabétiques ne suivent pas le régime diabétique ?

- Que représente l'alimentation pour la plupart des gens ?
- Pensez-vous que certains patients manquent d'information sur les aliments à restreindre ? Si oui, pourquoi ?
- Certains patients doutent-ils de l'impact positif du régime sur le diabète ? Si oui, pourquoi ?

4. A votre avis, quel est le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du diabète de ses patients ?

- Comment peut-il au mieux aider ses patients à gérer leur diabète ?

5. Quels seraient, selon-vous, les éléments de vie prioritaires face au diabète ?

- Pourquoi le travail peut-il être un frein au suivi du diabète ?
- En quoi, l'aspect financier peut-il impacter la prise en charge du diabète ?
- Dans quel mesure le soutien des proches est-il important ?
- Pourquoi certains problèmes familiaux sont-ils prioritaires face au diabète ?
- Pensez-vous que le fait d'avoir plusieurs maladie limite la prise en charge du diabète ? Si oui, pourquoi ?

Enquête d'opinion sur l'observance des patients diabétiques de type 2 non équilibrés en médecine générale en Pays de la Loire.

RÉSUMÉ

Introduction : Dans le monde, 463 millions de personnes sont atteintes de diabète. Comme toutes les pathologies chroniques, elle est soumise à un important risque d'inobservance. L'objectif principal de l'étude était d'explorer la perception de l'observance des patients diabétiques de type 2 non équilibrés en médecine générale.

Méthodes : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients majeurs diabétiques de type 2 non à la cible d'hémoglobine glyquée consultant en médecine générale en Pays de la Loire. Neuf entretiens ont été effectués. Analyse inductive générale avec triangulation des données.

Résultats : Les patients ont fait part de la nécessité de modifier leurs habitudes de vie lors du diagnostic, ce qui semblait être difficile pour la plupart d'entre eux. Les patients semblaient subir leur maladie et craignaient que celle-ci n'évolue davantage.

La connaissance ainsi que l'acceptation de leur maladie et l'implication dans leur suivi semblaient être des facteurs favorisant l'observance des patients. Ils ont également évoqué l'importance du soutien des proches. La prise en charge à cent pour cent améliorait également l'observance.

Conclusion : Les patients font de leur mieux pour gérer leur maladie, ils aimeraient avoir davantage de supports éducatifs. Il est du rôle du médecin généraliste d'aider le patient à comprendre et à appréhender sa maladie.

Mots-clés : Diabète, observance.

Opinion survey on adherence of unbalanced type 2 diabetics patients in general practice in Pays de la Loire

ABSTRACT

Introduction: Worldwide, 463 million of people have diabetes.

As all chronic disease, there is a significant risk of non-adherence.

The main objective of this study was to explore the perception of adherence of unbalanced type 2 diabetics patients in general practice.

Methods : Qualitative study by semi-directed interviews with adults type 2 diabetics patients not at the target of glycated hemoglobin consulting in general practice in Pays de la Loire. Nine interviews were carried out. General inductive analysis with data triangulation.

Results : Patients reported the need for lifestyle changes upon diagnosis, which seemed to be difficult for most of them. Patients seemed to suffer from their disease and feared that it would progress further.

Knowledge and acceptance of their disease and involvement in their follow-up seemed to be factors favoring patient adherence. They talked about the importance of family support. One hundred percent care also improvent adherence.

Conclusion : Patients are doing their best to manage their disease, they would like to have more educational materials. It is the role of the general practitioner to help the patient understand and apprehend his disease.

Keywords : Diabetes, adherence.