UNIVERSITE DES ANTILLES
2017

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N° ……

Quels sont les freins à l'observance thérapeutique dans le diabète de type 2 en Guadeloupe ?

Une étude qualitative

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 27 Novembre 2017

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

SAMYDE Manuella

Né(e) le 24/03/1989 à Les Abymes

Examinateurs de la thèse :

Mr	JANKY Eustase	Professeur, Président du jury
Mme	HELENE-PELAGE Jeannie	Professeur, Directrice de thèse
Mr	UZEL André-Pierre	Professeur
Mr	GRUEL Claude	Docteur en Médecine
Mme	LOMBION Valérie	Docteur en Médecine, Directrice de thèse

UNIVERSITE DES ANTILLES

****

FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

***

Président de l'Université : Eustase JANKY
Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

NEVIERE Rémi
remi.neviere@chu-martinique.fr
Physiologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 - Fax : 05 96

Bruno HOEN
bruno.hoen@chu-guadeloupe.fr
Maladies Infectieuses
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 15 45

Pascal BLANCHET
pascal.blanchet@chu-guadeloupe.fr
Chirurgie Urologique
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL
maxuzel@chu-guadeloupe.fr
Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE
couppie.pierre@ch-cayenne.fr
Dermatologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Thierry DAVID
pr.t.david@chu-guadeloupe.fr
Ophtalmologie
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO
sduflo@chu-guadeloupe.fr
ORL – Chirurgie Cervico-Faciale
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY
eustase.janky@chu-guadeloupe.fr
Gynécologie-Obstétrique
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

DE BANDT Michel
micheldebandt@ch-fortdefrance.fr
Rhumatologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES
chirurgie.cardiaque@chu-martinique.fr
Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE
jean.roudie@chu-martinique.fr
Chirurgie Digestive
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 21 01
Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean-Louis ROUVILLAIN — **Chirurgie Orthopédique**
jean-louis.rouvillain@chu-martinique.fr — CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 28

SAINTE-ROSE Christian — **Neurochirurgie Pédiatrique**
Christian.sainterose@chu-martinique.fr — CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96

André CABIE — **Maladies Infectieuses**
andre.cabie@chu- martinique.fr — CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 01

Philippe CABRE — **Neurologie**
pcabre@chu- martinique.fr — CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 61

Raymond CESAIRE — **Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie**
raymond.cesaire@chu- martinique.fr — CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 24 11

Sébastien BREUREC — **Bactériologie &Vénérologie**
Hygiène hospitalière
sébastien.breurec@chu-guadeloupe.fr — CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 80

Maryvonne DUEYMES-BODENES — **Immunologie**
maryvonne.dyeymes@ch-cayenne.fr — CH de CAYENNE
Tel : 05 96 55 24 24

Régis DUVAUFERRIER — **Radiologie et imagerie Médicale**
regis. duvauferrier@chu- martinique.fr — CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 21 84

Annie LANNUZEL — **Neurologie**
annie.lannuzel@chu-guadeloupe.fr — CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 13

Louis JEHEL — **Psychiatrie Adulte**
louis.jehel.@chu- martinique.fr — CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 44

Mathieu NACHER — **Epidémiologie**
mathieu.nacher@ch-cayenne.fr — CH de CAYENNE
Tel : 05 94 93 50 24

Guillaume THIERY — **Réanimation**
guillaume.thiery@chu-guadeloupe.fr — CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES
Tel : 05 90 89 17 74

Magalie DEMAR-PIERRE — **Parasitologie et Infectiologue**
magalie.demar@ch-cayenne.fr — CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 53 09

Vincent MOLINIE — **Anatomie Cytologie Pathologique**
vincent.molinie@chu-martinique.fr — CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Philippe KADHEL — **Gynécologie-Obstétrique**
philippe.kadhel@chu-guadeloupe.fr — CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90

Jeannie HELENE-PELAGE — **Médecine Générale**
jeannie.pelage@wanadoo.fr — Cabinet libéral au Gosier

Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

MEJDOUBI Mehdi **Radiologie et Imagerie**
Mehdi.mejdoubi@chu-martinique.fr CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96

VENISSAC Nicolas **Chirurgie Thoracique Et cardiovasculaire**

nicolas.venissac@chu-martinique.fr

Tel : 05 96

DJOSSOU Félix **Maladies Infectieuses Et tropicales**

felix.djossou@ch-cayenne.fr

Tél : 0594

Professeurs des Universités Associé

Karim FARID **Médecine Nucléaire**
kwfarid@chu-fortdefrance.fr CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96

MERLET Harold **Opthalmologie**
harold.merle@chu-martinique.fr CHU de MARTINIQUE
Tél : 0596

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY **Gériatrie et biologie du vieillissement**
christophe.deligny@chu-fortdefrance.fr CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 55

Jocelyn INAMO **Cardiologie**
jocelyn.inamo@chu-martinique.fr CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Franciane GANE-TROPLENT **Médecine générale**
franciane.troplent@orange.fr Cabinet libéral les Abymes
Tel : 05 90 20 39 37

Fritz-Line VELAYOUDOM épse CEPHISE **Endocrinologie**
fritz-line.valayoudom@chu-guadeloupe.fr CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH **Nutrition**
marie-laure.mistrih@chu-guadeloupe.fr CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 00

TABUE TEGUO Maturin **Médecine interne : Gériatrie et biologie Du vieillissement**

tabue.maturin@gmail.com CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90

Narcisse ELENGA **Pédiatrie**
elengafr@ch-cayenne.fr CH de CAYENNE
Tel : 05 94

GELU-SIMEON Moana **Gastroentérologie**
chirurgie.cardiaque@chu-fortdefrance.fr CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 - Fax : 05 90 75 84 38

BACCINI Véronique **Hématologie, Transfusion**

verobaccini@club-internet.fr CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90

MASSE Franck **Médecine Générale**

mspducos@gmail.com

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

DARCHE Louis **Chirurgie Générale et Viscérale**
louisdarche@chu-fortdefrance.fr CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 21 01

LEFEVRE Benjamin **Maladies Infectieuses**
Benjamin.lefevre@chu-guadeloupe.fr CHU de POINTE-A-PITRE
Tel : 06 90 51 52 47

VIRNOT Céline **ORL**
Celine.virnot@gmail.com CHU de POINTE-A-PITRE
Tel : 06 73 32 71 78

BONIFAY Timothée **Médecin Générale**
philippe.carrere@gmail.com CHU de Cayenne Croix rouge
Tel : 06 90 99 99 11

DURTETTE Charlotte **Médecine Interne**
durtette.charlotte@gmail.com CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 55

RENARD Guillaume **Chirurgie Orthopédique**
renardg@hotmail.com CHU de MARTINIQUE
Tel : 06 96 26 27 33

GUERIN Meggie **Parasitologie et Mycologie**
Meggie.guerin@gmail.com CH de CAYENNE
Tel : 05 94

SYLVESTRE Emmanuelle **Maladies Infectieuses**
emmasyl@gmail.com CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96

POUY Sébastien **Cardiologie**
sebpouy@gmail.com CHU de MARTINIQUE
Tel : 0596

DEBBAGH Hassan **Urologie**
Hassan.debbgah@chu-fortdefrance.fr CHU de MARTINIQUE

Tel : 0596 55 22 71

HENNO Florent
Florent.henno@gmail.com
Anesthésiologie/Réanimation
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 06 37 85 15 28

BANCEL Paul
Paul.bancel@chu-guadeloupe.fr
ORL
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 93 46 16

MONFORT Astrid
Monfort.astrid@chu-fortdefrance.fr
Cardiologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 72

PARIS Eric
Eric.paris@chu-guadeloupe.fr
Réanimation
CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 94 3953 39

SAJIN Ana Maria
Anamaria.sajin@chu-fortdefrance.fr
Psychiatrie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 44

TRAMIER Ambre
atramier@hotmail.com
Gynécologie Obstétrique
CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES
Tel : 0590 89 19 89

PIERRE-JUSTIN Aurélie
apierrejustin@chu-guadeloupel.fr
Neurologie
CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 40

GALLI-DARCHE Paola
Paola.galli@chu-fortedefrance.fr
Neurologie
CHU de MARTINIQUE

MOUREAUX Clément
Clement.moureaux@chu-guadeloupe.fr
Urologie
CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 9089 13 95

CARPIN Jamila
Carpin.jamila@gmail.com
Médecine Générale
Cabinet du Dr GANE-TROPLENT Franciane
Tel : 0690 72 12 04

PLACIDE Axiane
a.placide@chu-fortdefrance.fr
Médecine Générale
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0590

NIEMETZKY Florence
florenceniem@ch-cayenne.fr
Médecine Générale
CH de CAYENNE
Tel : 0596 55 22 28

BLAIZOT Romain
blaizot.romain@gmail.com
Dermatologie
CH de CAYENNE
Tel : 0694 08 74 46

Professeurs EMERITES

CARME Bernard **Parasitologie**
carme.bernard@wanadoo.fr

CHARLES-NICOLAS Aimé **Psychiatrie Adulte**
charlesnicol@sasi.fr

ARFI Serge **Médecine interne**
serge.arfi@wanadoo.fr

REMERCIEMENTS

A Mr le Professeur JANKY, Président de l'université des Antilles.

Pour me faire l'honneur de présider ce jury, soyez assuré de ma profonde gratitude

A Mr le Professeur UZEL,

Pour vous être rendu disponible afin de juger mon travail malgré vos obligations, acceptez mes sincères remerciements

A Mme le Professeur HELENE-PELAGE,

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail, acceptez mes sincères remerciements.

J'espère avoir su effacer certains souvenirs lointains…

A Mr le Docteur GRUEL,

Pour me faire l'honneur de juger mon travail, acceptez mes sincères remerciements.

A Mme le Docteur LOMBION,

Pour avoir accepté d'emblée et avec enthousiasme de diriger ce travail

Pour y avoir cru même quand j'ai pu perdre espoir

Pour tes conseils, ta patience, ta gentillesse

Pour avoir toujours été disponible malgré les évènements de la vie

Accepte mes plus sincères remerciements

A tous les Médecins ayant contribué à ce travail

Soyez assurés de ma gratitude pour votre participation

DEDICACES

A mes grands-parents,

Grand-Père André, Grand-Mère Georgette et Mamie Valérie, mémoires vivantes d'un autre temps, et même quand la mémoire fait défaut…

A Papi Eric, je sais que tu aurais été fier…

… Je vous dédie ce travail

A Mes parents,

A Ma mère, merci d'être un soleil d'optimisme et de bonne humeur dans ma vie

A mon père, merci d'être un pilier solide dans les moments difficiles, je souhaite être aussi passionnée et accomplie dans ma vie professionnelle que tu l'es.

A mes sœurs, Noémie et Ericka, je n'imagine même pas ce que serait ma vie sans vous…

A mon frère Mickael, je ne te le dis pas assez souvent mais je t'aime et je suis fière de toi

… Merci pour votre amour inconditionnel

A mes Oncles, Tantes, Cousins, Cousines, merci pour votre soutien toutes ces années

A mes Amis,
A Sanou mon acolyte, A Canelle mon « Ame-Sœur » qui a inspiré ce travail, A Jessica mon alliée

…Vous êtes comme ma deuxième famille

A Prisca et Jerem, témoins de l'amitié à l'épreuve du temps et de l'espace
A Johnny, à Aurélia, au BMPA, à mes Mojitas, et à tous les autres amis que je ne pourrais citer mais qui me sont chers, je vous kiffe les gars

A Christian, merci de me considérer comme ta propre fille

A Mona, pour ton grand Cœur

Aux Docteurs LETHUILLIER, BALLANDRAS, GUEDES, merci de m'avoir montré l'exemple

A Florette, Joseph, Aurélie et Régis, vous qui m'avez ouvert les portes de votre maison et de votre cœur.

A Jonathan
Les mots sont dérisoires et ne suffiraient pas, alors du fond de mon cœur, merci pour tout…

ABSTRACT

INTRODUCTION: In Guadeloupe, diabetes mellitus is a major public health problem. The aim of this work was to identify the obstacles, particularly cultural and psychological, involved in therapeutic adherence.

MATERIAL AND METHOD: A qualitative survey by semi-directed interviews targeting imbalanced diabetic patients was conducted from January to July 2017.

RESULTS: The 15 patients interviewed, aged between 45 and 74, who had been diabetics for about 20 years, had an HbA1c at 9%. The origins, the parameters of glycemic control, the lifestyle and dietary measures and the main complications were known. Almost half of our sample did not link some risk factors or complications to the disease. It was "difficult to live with", especially for diet. The "rationing", the restrictions and the avoidance of the festivities were binding. The loss of motivation caused "excesses". The emotional impact of diabetes was significant with anxiety, feelings of insecurity and inevitability. Tablets were deliberately discontinued because they were considered harmful. Despite the "reprimands", the doctor was appreciated and his encouragement were stimulating. Cultural factors transpired through beliefs in the involvement of emotions, the harmfulness of medicines that "accumulate" in the body and the traditional use of herbal remedies. Magical and religious rites had no implication in diabetes.

CONCLUSION: Adherence was not solely related to knowledge about the disease. Psychological defence mechanisms and loss of motivation were major obstacles. Beliefs led to voluntary treatment interruptions and "whashing" practices. Magical and religious beliefs were not a hindrance in our non-wound sample. Our results suggest that the implementation of psychological care reimbursed would be relevant.

RESUME :

INTRODUCTION : En Guadeloupe, le diabète de type 2 est un problème de santé publique majeur. Le but de ce travail était d'identifier les freins, notamment culturels et psychologiques, impliqués dans l'observance thérapeutique.

MATERIEL ET METHODE : Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés ciblée sur les diabétiques déséquilibrés a été réalisée de janvier à juillet 2017.

RESULTATS : Les 15 patients interrogés, âgés de 45 à 74 ans, diabétiques depuis une vingtaine d'année, avaient une HbA1c à 9%. Les causes, les paramètres du contrôle glycémique, les règles hygiéno-diététiques et les principales complications étaient connus. Près de la moitié de notre échantillon ne faisait pas de lien entre certains facteurs de risque ou complications et la maladie. Elle était « difficile à vivre », notamment dans le registre alimentaire. Le «rationnement», les restrictions et l'évitement des festivités étaient contraignants. La perte de motivation occasionnait des «écarts». L'impact émotionnel du diabète était important avec angoisse, sentiment d'insécurité et fatalité. Les comprimés étaient volontairement interrompus car jugés nocifs. Malgré les «réprimandes», le médecin était apprécié et ses encouragements stimulants. Les facteurs culturels se manifestaient à travers les croyances en l'implication des émotions, la nocivité des médicaments qui «s'accumulent» dans le corps et l'utilisation traditionnelle des plantes médicinales. Le magico-religieux n'avait pas d'implication dans le diabète.

CONCLUSION : L'observance n'était pas liée uniquement aux connaissances sur la maladie. Les réactions de défense psychologiques et la perte de motivation en étaient des freins importants. Les croyances étaient à l'origine d'interruptions volontaires du traitement et de pratiques de «nettoyage du corps». Les croyances magico-religieuses n'étaient pas un frein dans notre échantillon qui ne présentait pas de plaie. Les résultats de notre travail suggèrent que la mise en place d'une prise en charge psychologique remboursée serait pertinente.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS **15**

PREAMBULE : **16**

INTRODUCTION **17**

I. PROBLEMATIQUES 17

A. En France Hexagonale et dans le Monde : *17*

B. En Guadeloupe : *17*

II. OBJECTIF DE L'ETUDE : 19

III. RAPPELS SUR LA MALADIE : 19

A. Définition de la maladie : *19*

B. Les complications chroniques : *20*

C. Traitement : *20*

1. En première intention : 21
2. En seconde intention : 22

D. Le suivi : *24*

MATERIEL ET METHODES : **25**

I. TYPE DE L'ETUDE 25

II. AUTORISATIONS REGLEMENTAIRES : 25

III. TAILLE DE L'ECHANTILLON : 25

IV. POPULATION DE L'ETUDE 25

V. METHODE DE RECRUTEMENT 26

VI. COLLECTE DE L'INFORMATION 26

VII. ANALYSE DES DONNEES : 27

RESULTATS **28**

I. MEDECINS SOLLICITES 28

II. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON : 28

A. Données sociodémographiques : *29*

B. Données médicales : *30*

III. ANALYSE QUALITATIVE DES ENTRETIENS : 31

A. Causes du diabète de type 2 et connaissances sur la maladie: *31*

B. L'alimentation : *35*

C. Les médicaments : *38*

D. Concernant l'insulinothérapie : *40*

E. Activité physique : *41*

F. La relation médecin-patient : *42*

G. Répercussions et ressenti de la maladie : *45*

1. A la découverte du diagnostic : 47
2. Impact social : 48
3. Ressenti : 50

H. Les plantes médicinales : *53*

I. Représentations du corps et des maladies : *56*

J. La religion et le magico-religieux : *57*

K. Espoirs et souhaits : *58*

DISCUSSION : 59

I. LES FORCES DE NOTRE ETUDE : 59

II. LES LIMITES DE NOTRE ETUDE : 60

III. COMPARAISON AUX DONNEES CONNUES : 61

A. Les causes de la maladie : *61*

B. Les connaissances sur la maladie *61*

C. Le vécu des règles hygiéno-diététiques : *63*

1. Activité physique 63
2. Alimentation 64

D. Le vécu émotionnel *68*

1. La découverte diagnostique 68

2. Le vécu au quotidien 69

E. Les médicaments 71

F. Croyances et Médecine traditionnelle 73

1. Les représentations 73
2. Les plantes médicinales 74
3. Le magico-religieux 77

G. Relation médecin-patient 78

H. Synthèse/Profil type du patient avec un diabète déséquilibré selon notre étude 81

CONCLUSION 83

BIBLIOGRAPHIE 84

ANNEXE 1 : AVIS DU CCTIRS 90

ANNEXE 2 : AUTORISATION DE LA CNIL 91

ANNEXE 3 : DOCUMENT D'INVITATION AUX MEDECINS 92

ANNEXE 4 : FORMULAIRE A REMPLIR PAR LES MEDECINS 93

ANNEXE 5 : LETTRE D'INFORMATION AUX PATIENTS 94

ANNEXE 6 : GUIDE D'ENTRETIEN 95

ANNEXE 7 : DUREE DES ENTRETIENS 97

LISTE DES ABREVIATIONS

ADO : Antidiabétique oral

ALD : Affection Longue Durée

AOMI : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

AVC : Accident vasculaire cérébral

CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DOM : Départements d'Outre Mer

IDE : Infirmière à domicile

GAJ : glycémie à jeun

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : hémoglobine glycosylée

LCAT : lécithine cholestérol acyl-transférase

PREAMBULE :

Un jour, une amie, professionnelle de santé, me relatait une discussion avec une de ses patientes :

« Mais tu sais, moi, je ne prends mon traitement que les soirs de pleine lune ».

Dans un premier temps ces propos m'ont beaucoup amusée. Dans un second temps, j'ai été intriguée au point de chercher à comprendre les motivations à cette conduite.

En Guadeloupe, les « croyances » font partie du quotidien et je ne m'étais jamais interrogée sur leur implication dans le domaine de la santé.

Le diabète, maladie chronique, fréquente et silencieuse semblait le sujet idéal pour explorer quelques croyances en santé.

Ainsi était né mon sujet de thèse. Ce travail m'a permis de terminer mon parcours dans les études médicales tout en réalisant un voyage personnel et en rendant hommage à mes Grands-parents.

Puissiez-vous prendre autant de plaisir à le lire que j'en ai eu à l'écrire.

INTRODUCTION

I. PROBLEMATIQUES

A. En France Hexagonale et dans le Monde :

Le diabète est une maladie chronique et fréquente qui a connu une importante progression ces dernières décennies.

En 2014, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on dénombrait 422 millions de personnes atteintes, pour une prévalence de 8,5% (versus 4,7% en 1980). La mortalité était de 1,6 million de décès directement liés au diabète en 2015.

Elle représente un problème de santé publique et est la 3ème cause de mortalité par maladie chronique non transmissible dans le monde. (1)

En France, les dépenses de santé étaient estimées à 8,068 milliards d'euros de remboursement de soins en 2015. (2)

La prévalence de personnes prises en charge pour diabète (en ALD ou traitées pharmacologiquement) était estimée à 5,4% soit un peu plus de 3 millions de personnes en 2015, (2).

La mortalité liée au diabète représentait 6,1% de la mortalité générale en 2006, principalement par maladies cardiovasculaires (cardiopathies ischémiques, accident vasculaire cérébral, insuffisance rénale chronique). La surmortalité globale par rapport aux personnes non diabétiques est multipliée par 1,45. (3)

B. En Guadeloupe :

En 2012, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement est estimée à 8,3% soit 32 746 patients. (4)

Selon l'étude KANNARI, 11% de la population se déclarait diabétique en 2013. (5)

A l'inverse de l'Hexagone, la prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes avec un sexe ratio H/F de 0,8. (4,6)

Le diabète représente le 1er motif d'admission en Affection Longue Durée (ALD) dans notre département avec 2532 nouvelles admissions chaque année. La surmortalité liée au diabète est 2 fois plus importante en Guadeloupe que dans l'Hexagone et représente 44 décès/100 000 habitants (4).

La prévalence augmente également avec l'âge et est maximale pour la tranche d'âge des 75-79 ans (4). Le diagnostic se fait dans 56% des cas après 49 ans, et 18% de patients sont diagnostiqués entre 40 et 49 ans. (5)

En outre, près de 70% des patients diabétiques en population défavorisée ont un diabète qui est déséquilibré. (7)

Les causes de cette prévalence plus élevée dans les DOM sont les suivantes :

- un risque génétique plus élevé
- des conditions socio-économiques défavorables
- des modifications rapides du mode de vie
- une prévalence élevée de l'obésité. (6)

Il est vrai que dans notre département 57% des adultes sont en surcharge pondérale dont 34% sont en surpoids et 23% sont obèses. 60% des adultes présentent une obésité abdominale. Et les foyers défavorisés sont plus concernés avec une prévalence quasi doublée (x 1,9). (8)

Près de la moitié des Guadeloupéens adultes présente un risque important de développer un diabète de type 2 ou des maladies cardiovasculaires ; et 21% présentent un risque très élevé.(8)

Des études récentes sur le vécu du diabète mettent en lumière certaines difficultés rencontrées par les patients diabétiques en Guadeloupe, en évoquant certaines spécificités sans les approfondir (9,10).

Notre hypothèse était que les causes de la non observance thérapeutique sont multifactorielles et que les facteurs cognitivo-comportementaux, psychologiques et culturels sont sous estimés voire méconnus.

II. Objectif de l'étude :

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les freins associés à l'observance chez les patients diabétiques de type 2 déséquilibrés en Guadeloupe.

L'objectif secondaire était d'identifier la part liée aux facteurs cognitivo-comportementaux, psychologiques et culturels.

III. Rappels sur la maladie :

A. Définition de la maladie :

Le diabète est un « syndrome » défini par une hyperglycémie chronique. (11–13)

Le diabète de type 2 en est la forme la plus fréquente représentant 80 à 90% de tous les diabètes et constitue un diagnostic d'élimination.

La glycémie normale à jeun (GAJ) est < 1,10g/L.

Le diagnostic de diabète est biologique et défini par :

- une hyperglycémie ≥ 1,26g/L après un jeûne de 8h, contrôlée sur 2 prélèvements
- ou glycémie aléatoire ≥ 2g/L associée à des signes cliniques d'hyperglycémie (polyurie, polydipsie, amaigrissement)
- et/ou glycémie ≥ 2g/L 2h après une charge orale de 75g de glucose.

Les facteurs de risque du diabète de type 2 sont :

- une surcharge pondérale
- la sédentarité
- une anomalie de la glycorégulation ou un état de prédiabète (hyperglycémie modérée à jeun : glycémie comprise entre 1,10g/L et 1,25g/L)
- un antécédent familial de diabète de type 2 chez un apparenté de 1er degré

- des facteurs génétiques (certaines ethnies sont plus atteintes que d'autres, par exemple les populations noires, hispaniques)
- l'âge > 45 ans
- un antécédent de diabète gestationnel
- un antécédent de macrosomie fœtale.

B. Les complications chroniques :

La gravité du diabète est liée à la survenue de complications microangiopathiques (rétinopathie, néphropathie, neuropathie), macroangiopathiques (insuffisance coronarienne, AOMI, AVC) et le « pied diabétique ».

Les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux sont responsables de plus de 50 % des décès des personnes diabétiques.

C. Traitement :

L'objectif du contrôle glycémique est de prévenir la survenue et/ou ralentir la progression des maladies liées au diabète. L'éducation thérapeutique du patient diabétique est indispensable car, de son implication personnelle, dépend le contrôle optimal.

L'objectif cible de contrôle glycémique sera personnalisé selon le profil de chaque patient.

Figure 1 : Objectifs glycémiques selon le profil du patient. Source : HAS Recommandations. 2013

Profil du patient		HbA1c cible
Cas général	La plupart des patients avec DT2	≤ 7 %
	DT2 nouvellement diagnostiqué, dont l'espérance de vie est > 15 ans et sans antécédent cardio-vasculaire	≤ 6,5 %[1]
	DT2 : • 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 polypathologie 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 : • 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.

1. <u>En première intention :</u>

La prise en charge en première intention passe par la mise en place de mesures hygiéno-diététiques que sont l'équilibre alimentaire et l'activité physique régulière (sauf en cas de diabète très déséquilibré avec hyperglycémie élevée d'emblée > 3g ou HbA1C> 9%).

L'éducation thérapeutique permet de mettre en place ces modifications du style de vie et de débuter une surveillance régulière.

Ces mesures doivent être poursuivies tout au long de la prise en charge du patient diabétique.

2. En seconde intention :

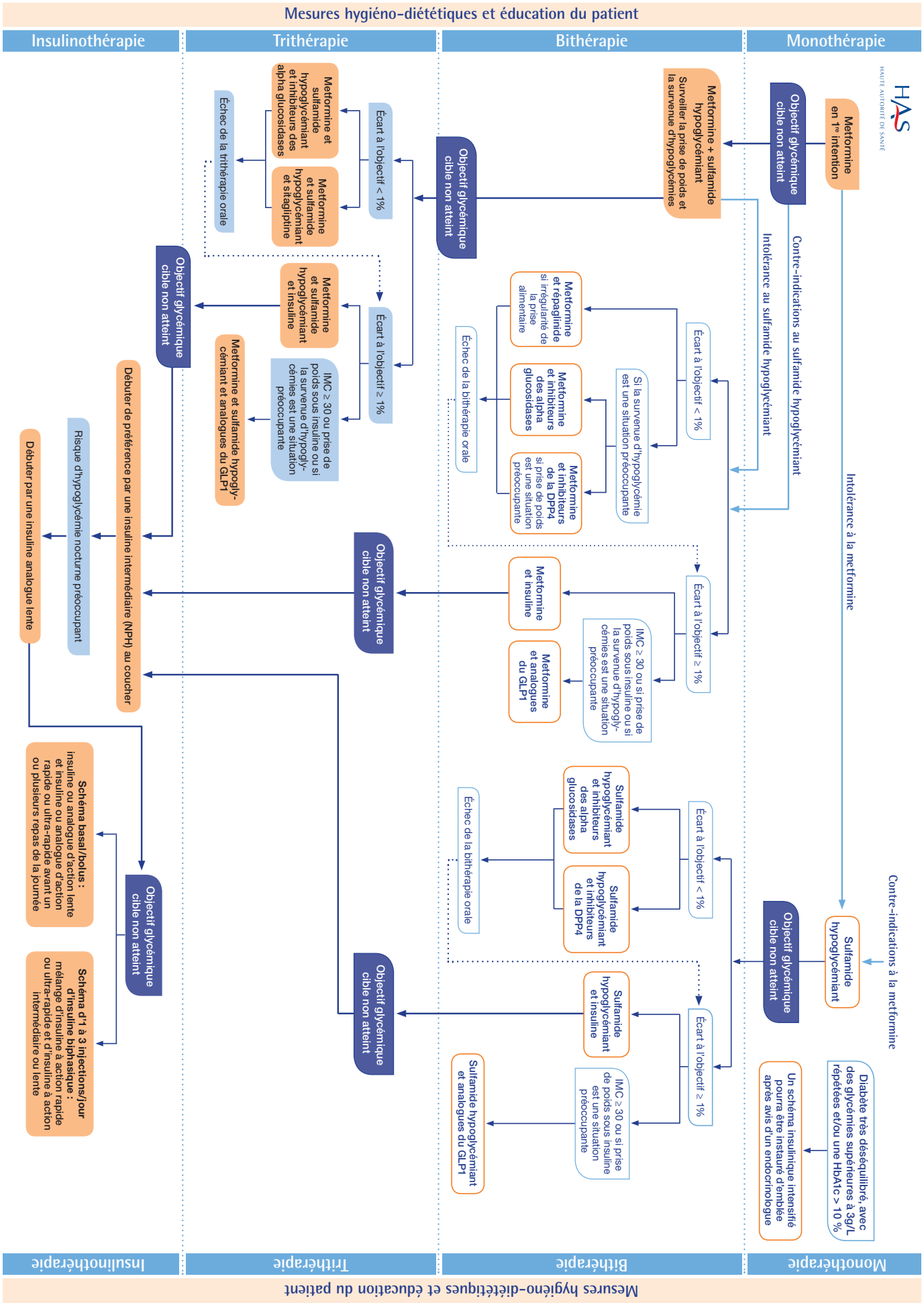
Un traitement médicamenteux antidiabétique sera instauré en cas d'échec des mesures hygiéno-diététiques.

La metformine est le traitement recommandé en monothérapie initialement.

Une bithérapie, puis trithérapie ou insulinothérapie est prescrite en cas de non réponse.

Un algorithme décisionnel a été réalisé par la HAS en 2013 :

Figure 2 : algorithme décisionnel. Source : stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. HAS. 2013



D. Le suivi :

La prise en charge et le suivi du patient diabétique relèvent principalement du médecin traitant.

La prévention des complications est assurée par :

- le contrôle glycémique
- la surveillance régulière de l'atteinte des organes cibles que sont le cœur, les vaisseaux, le rein, l'œil, le pied, le système nerveux et les dents
- la recherche des comorbidités pouvant aggraver le pronostic.

Le suivi se réalise en moyenne tous les 3-4 mois et les objectifs de ces consultations sont de vérifier :

- le contrôle du diabète avec résultat de l'HbA1c, et d'adapter le traitement éventuellement
- l'implication et l'autonomie du patient dans la prise en charge de sa maladie, notamment concernant l'autosurveillance glycémique
- la tolérance du traitement
- l'observance thérapeutique
- la survenue de nouveaux facteurs de risque
- la survenue de complications liées au diabète.

MATERIEL ET METHODES :

I. TYPE DE L'ETUDE

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. La perspective théorique était ethnographique. La méthode de recherche était l'étude de cas ; méthode positiviste et interprétative.

Il s'agissait de s'immerger dans la vie des personnes interrogées, et de replacer les éléments dans leur contexte social et culturel. (14)

II. AUTORISATIONS REGLEMENTAIRES :

L'avis favorable du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) a été obtenu le 21 Décembre 2016 (ANNEXE 1).

L'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été obtenu le 11 Janvier 2017 (ANNEXE 2).

III. TAILLE DE L'ECHANTILLON :

S'agissant d'une méthodologie qualitative, le nombre de patients à inclure a été fixé au départ à 15 patients.

IV. POPULATION DE L'ETUDE

Cette enquête a été ciblée sur des patients diabétiques de type 2 non équilibrés, pris en charge en ambulatoire.

Pour être inclus, les patients devaient présenter les caractéristiques suivantes :

- être adultes
- avoir un diabète de type 2
- avoir un diabète non contrôlé depuis au moins 9 mois : 3 mesures d'HbA1C hors cible.

V. METHODE DE RECRUTEMENT

Les patients ont été recrutés sur plusieurs communes de la Guadeloupe, proportionnellement à la densité de la population par communauté d'agglomération recensée par l'INSEE en 2013 (15), rapportée à l'effectif total de l'étude.

Les patients ont été sélectionnés par leur médecin traitant selon les critères de l'étude.

Les médecins généralistes sollicités devaient être installés en Guadeloupe depuis au moins 5 ans, supposant une patientèle fidélisée. Pour cela, les médecins ont été choisis grâce aux données croisées de l'annuaire AMELI des professionnels de santé installés en Guadeloupe (16), et des données du répertoire SIRENE des entreprises (17).

Les médecins devaient au préalable obtenir le consentement oral de leur patient pour participer à l'étude et communiquer des données de leur dossier médical.

Puis, ils devaient compléter un formulaire pour chacun des patients avec des données nominatives et médicales (ANNEXES 3 et 4).

VI. COLLECTE DE L'INFORMATION

Les entretiens se sont déroulés de Janvier à Juillet 2017.

Après recueil des formulaires renseignés par les médecins généralistes, les patients étaient contactés par téléphone, puis un entretien était réalisé au domicile de ceux-ci. Un document d'information sur l'étude était remis à chaque patient (ANNEXE 5).

L'entretien était réalisé en Français ou en Créole selon la préférence du patient avec enregistrement vocal à l'aide d'un appareil mobile Samsung S5-mini®.

Avant de débuter l'entretien, des données sociodémographiques et médicales étaient recueillies (ANNEXE 6).

Un canevas de questions ouvertes permettait de guider l'entretien, et des points de relance étaient définis pour chaque question si le patient n'abordait pas spontanément certaines thématiques (ANNEXE 6).

VII. ANALYSE DES DONNEES :

Une traduction en Français a été réalisée pour les entretiens enregistrés en Créole (18).

Puis les données ont été retranscrites fidèlement et traitées de manière confidentielle dans une base de donnée informatisée.

Les données quantitatives recueillies ont été analysées à l'aide du logiciel Excel®.

Les données qualitatives ont été analysées à l'aide du logiciel Atlas.ti®.

Une analyse thématique a été réalisée :

- codage : identification des mots ou verbatim porteurs de sens récurrents
- Création d'associations
- Définition des différents concepts
- Comparaison à la littérature.

RESULTATS

I. MEDECINS SOLLICITES

32 médecins généralistes ont été sollicités pour participer à l'étude.

Parmi ceux ci, 5 n'ont pas donné suite malgré plusieurs relances.

9 ont déclarés ne pas avoir de patient correspondant aux critères de sélection ou avoir des dossiers incomplets.

1 a déclaré ne pas avoir de patient ayant accepté de participer.

Au total, 17 médecins généralistes ont participé à l'étude.

II. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON :

Figure 3 : Lieux de résidence des patients interrogés

L'échantillon était composé de 15 patients répartis sur l'Archipel Guadeloupéen.

La saturation des données a été atteinte au 13ème patient.

La durée moyenne d'un entretien était de 1h 02 min (ANNEXE 7).

9/15 entretiens ont été réalisés en langue Créole.

A. Données sociodémographiques :

L'échantillon comportait 7 femmes et 8 hommes.

L'âge moyen était de 56 ans. L'âge médian était de 62 ans. L'âge minimal était de 45 ans et l'âge maximal était de 74 ans.

7/15 patients étaient mariés ou vivaient en couple.

8/15 patients vivaient à la campagne.

10/15 patients étaient inactifs ou retraités. Les professions exercées (ou ayant été exercées) étaient :

Tableau 1 : Professions exercées par les patients de l'échantillon

Professions exercées	Effectif
Ouvrier	5
Salarié	5
Artisan-Commerçant	3
Agriculteur	1
Cadre	1

B. Données médicales :

8/15 patients avaient un diabète qui évoluait depuis plus de 20 ans et 6/15 patients avaient un diabète qui évoluait depuis moins de 10 ans. Le taux d'HbA1c moyen était de 9%.

9/15 patients étaient traités par une association ADO et insulinothérapie.

10/15 patients présentaient une hypertension artérielle associée et 3/15 une dyslipidémie.

4/15 patients avaient ou avaient eu un suivi spécialisé avec un endocrinologue.

3/15 patients avaient une infirmière à domicile.

Le tiers des patients ne présentait aucune complication liée au diabète.

Plus de la moitié des hommes présentait une dysfonction érectile.

Tableau 2 : Complications présentées par les patients de l'échantillon

Complications	Aucune	Dysfonction érectile	AVC	Rétinopathie diabétique	Insuffisance rénale	Neuropathie diabétique	Amputation des orteils	Coma diabétique
Effectif	6	5	3	3	2	2	1	1

III. ANALYSE QUALITATIVE DES ENTRETIENS :

A. Causes du diabète de type 2 et connaissances sur la maladie:

2/3 des patients pensaient que l'alimentation (10/15 patients) et l'hérédité (9/15 patients) étaient les principales causes de leur diabète.

> *« La majeure partie des gens maintenant a du diabète. C'est la nourriture qui fait ça. Quand le repas est trop riche, les aliments importés des choses comme ça. Moi je sais que j'ai ça dans mon sang ». (P2)*

> *« On m'a appris que c'est une maladie héréditaire, c'est à dire qu'elle se transmet de générations en générations. Et j'ai cherché, je l'ai trouvée dans ma famille». (P6)*

La moitié d'entre eux (7/15) évoquait un facteur émotionnel ou le stress comme facteur déclenchant de la maladie.

> *« Si je n'avais pas fait un coup de colère, je ne serais peut-être pas devenu diabétique […].» (P15)*

9/15 patients citaient le pancréas et le pensaient impliqué dans l'apparition du diabète, sans en connaître précisément le mécanisme. Pour certains (2/15), glycémie et diabète représentaient la même entité.

> *« Si j'étais occupée à quelque chose, je sautais des repas, je me disais que je mangerai plus tard, mais entre-temps le pancréas, il cherche quelque chose et il ne trouve pas. Alors il produit du sucre, et il bouffe le pancréas. C'est comme cela que l'on se retrouve diabétique. » (P11)*

« Mais tout le monde fait du sucre. Toi aussi tu as du sucre. Tu sais ça ? Si tu n'avais pas de sucre tu ne pourrais pas vivre. C'est qu'il est intact, il n'y a rien qui le perturbe, il est stable. Mais demain si tu vas à l'hôpital on pourra t'apprendre qu'il s'est déclenché.»(P5)

Les seuils des paramètres du contrôle glycémique (HbA1c ou GAJ) étaient correctement évoqués par 7/15 patients.

« Je le sais parce que la normale c'est 6 (parlant de l'HbA1c). Etant donné que je suis diabétique, ça doit tourner aux alentours de 6. Mais, 7 ou 8 c'est médiocre, j'essaie de faire descendre un petit peu. […] Je sais qu'il faut se piquer le doigt le matin au réveil pour voir le dextro. Si c'est entre 0,80g et 1,20g à jeun c'est bon. Il faut prendre son petit déjeuner ensuite. » (P13)

6/15 patients avaient suivi un programme d'éducation thérapeutique.

« A Vals les Bains c'est un endroit où ils ne soignent que des diabétiques. Il n'y a que des diabétiques là. Et c'est là que j'ai appris à connaître la maladie, j'ai appris que ce n'est pas une maladie qui tue, ça ne te tue pas brutalement, tu peux vivre un tas d'années, faire toute ta vie avec, du moment que tu la soignes et que prends tes médicaments. Ils m'ont montré comment avoir une hygiène de vie, comment prendre mes médicaments, comment manger, que je peux faire du sport, je peux marcher, je peux faire mon jardin, mon ménage, enfin je peux faire tout ce que je veux ! Mais du moment que je prends soin de moi. Ils m'ont appris comment reconnaître quand on fait une hypoglycémie, quand c'est trop haut ou trop bas et comment réagir. » (P6)

2/15 patients pensaient qu'il était possible de guérir du diabète à condition de le traiter précocement.

> *« Certains diabètes peuvent guérir. Mais si ton diabète était très mauvais et que c'est longtemps après que tu as décidé de faire des choses pour l'améliorer alors… » (P12)*

> *« Il existe des choses pour guérir, mais il faut le faire à temps. Et moi je ne savais pas que j'étais diabétique. » (P15)*

Les complications les plus connues étaient les plaies du pied (9/15 patients), l'atteinte visuelle (7/15 patients), l'insuffisance rénale (5/15 patients) et les troubles sexuels (5/15 patients).

> *« Je sais que lorsque l'on est diabétique on peut avoir des problèmes de vue, des problèmes rénaux, mais jusqu'à présent, je n'ai pas ce genre de choses. » (P3)*

> *« Déjà les dialyses, c'est surtout ça. Et les plaies aux pieds, ce genre de choses. C'est surtout ça. Vous voyez, parce que les plaies, quand même, c'est dur à traiter. Une fois que vous avez les plaies après… (Ne finit pas sa phrase). Mais surtout la dialyse, ça je ne veux pas arriver jusque là du tout, du tout.» (P7)*

Respecter une bonne hygiène alimentaire et être observant au traitement médicamenteux étaient les messages principaux retenus par la quasi totalité des patients (14/15). L'hygiène des pieds et la prévention des plaies étaient citées par 10/15 patients. L'activité physique était citée par 5/15 patients et 2/15 patients disaient qu'elle devait être modérée.

> *« Le diabète on peut vivre avec. On peut vivre bien avec tant qu'on y prête attention, faire attention à ne pas se blesser, faire attention que le sucre ne soit pas trop haut, rester dans la norme. Et même si tu fais un écart, il faut revenir aux bonnes habitudes. » (P6)*

« Il faut faire du sport premièrement (rires). Le sport c'est le 1er remède. » (P15)

Pour 5/15 patients, le diabète était responsable de l'apparition d'hypertension artérielle.

« Et c'est le sucre également qui fait monter ma tension. » (P2)

Les facteurs émotionnels pouvaient influer sur l'équilibre du diabète pour 7/15 patients.

« C'est une maladie avec laquelle il ne faut pas trop réfléchir. Dès que tu es malade du diabète, si tu réfléchis trop, il va monter tout le temps. Un rien le fait monter, un rien le fait descendre. » (P4)

« Le stress ne fait pas bon ménage avec le diabète. Ca peut faire monter le taux très vite. » (P13)

8/15 patients estimaient qu'ils n'avaient pas suffisamment de connaissances sur le diabète, et 5/15 patients ne voulaient pas en apprendre davantage.

« Je la connais un peu mais je ne suis pas experte. » (P3)

« Je ne connais pas encore la maladie à 100%. » (P10)

« Ca ne m'intéresse pas. Si ça arrive et bien tant pis. Si c'était pas là et que ça arrive c'est comme ça et puis terminé. Je n'ai pas de questions à poser. […]» (P5)

Les patients se renseignaient sur la maladie principalement via les médias (8/15 patients) et leur entourage (4/15 patients). Le médecin était la seule source d'information pour 3/15 patients.

« Quand j'entends qu'il y a un documentaire, ou un reportage, alors je regarde. A la télé […] Lorsqu'il s'agit de ce genre de choses j'écoute puisque je suis diabétique. Je ne me souviens plus de quel jour ils en parlaient. Il y a une émission sur la santé qui passe à la télé. » (P1)

« Nulle part, sauf que mon médecin me donne des consignes sur mon alimentation, de manger 5 fruits et légumes par jour. Ou par exemple je discute avec des diabétiques dans mon entourage. Chacun échange sur sa maladie.» (P11)

B. L'alimentation :

9/15 patients reconnaissaient l'alimentation comme cause du déséquilibre de leur diabète.

« Parce que je suis vorace. Mais vraiment. […] A Noel dernier il y avait du chocolat, j'ai mangé du chocolat. J'ai oublié le diabète. » (P1)

« C'est à cause de l'alimentation. Je sais que c'est l'alimentation. Il n'y a pas de question à se poser. Il faut vraiment que je change ma façon de m'alimenter.» (P7)

L'alcool (6 patients/15), les aliments riches en sucres rapides (6 patients/15), et les boissons sucrées/sodas (5patients/15) étaient des produits que les patients aimaient à consommer avant d'être diabétiques.

« Par exemple en période de championnat de football, je ramène des tartes, gâteaux, des choses comme ça, que je mange pendant que je regarde les matchs […] Les sucreries je n'arrive pas à arrêter. Je peux rester [sans] peut-être 2 ou 3 semaines, voire 1 mois mais après je retourne dedans […] beaucoup de chocolat. […] Je buvais beaucoup beaucoup de jus. S'il y avait 1L de jus, si tu tardais trop, tu n'en trouvais pas (rires).» (P10)

Pour la quasi totalité des patients (14/15 patients), le retentissement de cette nouvelle façon de manger était vécu négativement : la nécessité de manger des légumes, le rationnement des portions, les interdits alimentaires, l'éviction des aliments sucrés étaient, entre autres, sources de contraintes et de frustrations.

> *« Il y a plein de choses que tu ne peux plus faire, comme, qu'est-ce que je pourrais dire, (réfléchit), j'aime les sucreries, mais je ne peux pas en manger comme je voudrais, j'en mange oui si tu veux mais je ne dois pas. Et puis il faut manger des légumes […] il faut toujours en avoir. Même si tu n'en as pas envie tu es obligé.» (P1)*

> *« On peut tout manger mais en petite quantité, on m'a expliqué. En petite quantité.» (P2)*

Pour 9 patients/15 il y avait une diminution de l'appétit ou un dégout pour certains aliments.

> *« Et l'alimentation pour moi, elle a complètement chaviré. Je n'ai plus le même appétit, je n'ai plus le goût de manger comme avant. » (P7)*

> *« Certains jours je ne mange pas parce que je n'ai pas envie de manger, et certains jours je mange parce qu'il faut manger. Certains jours je n'ai pas envie, alors je ne peux pas suivre le régime convenablement! » (P9)*

11/15 patients avouaient des écarts ou un non respect du régime, souvent en lien avec une perte de motivation, des difficultés à résister à la tentation, l'envie de se faire plaisir ou de manger comme tout le monde.

> *« Tu es fatigué […] de manger des légumes, fatigué de manger des concombres. Ton corps refuse, tu ne peux plus en manger, tu vois ? J'ai envie de manger normalement, de vivre normalement. » (P6)*

« Parfois tu n'as pas envie de boire le jus, mais le jus est là devant toi, et tout le monde en boit, alors tu as envie d'en boire un peu aussi. » (P1)

Dans le reste de l'alimentation, en plus des aliments classiques, on retrouvait une part importante de légumes pays (11/15 patients), tubercules-racines (9/15), salades/crudités (10/15), fruits (9/15), mais également des « jus naturels » (8/15 patients). Ces derniers étaient considérés comme inoffensifs vis à vis du diabète.

« Concernant les fruits j'en mange beaucoup. (Pause). Le matin je peux ne manger que des fruits, au petit déjeuner. Ca m'arrive souvent. » (P3)

« Moi je fais beaucoup de trucs à boire, par exemple du jus de concombre. Le jus de concombre ce n'est pas sucré ! C'est naturel ! » (P12)

8/15 patients constataient les effets de l'alimentation sur le contrôle glycémique; et des résultats instables étaient source de confusion.

« L'alimentation, moi je demande tout le temps, est-ce que ça a vraiment un effet ? C'est vrai, je mange bien au restaurant, équilibré. Chez moi c'est encore plus équilibré, comme par exemple hier soir j'ai fait un peu de jardinage, j'ai mangé de la laitue mélangée avec du thon et un bout de fromage. Le lendemain j'étais à 1,90g. C'est ce qui me tue, je vous le dis sincèrement. Le jour où je fais l'effort qu'il faut ...(ne finit pas sa phrase). » (P8)

C. Les médicaments :

10/15 patients avaient un avis négatif concernant les médicaments. Pour la moitié d'entre eux (5/10), les médicaments s'accumulaient dans le corps et/ou induisaient des maladies.

> *« Tu sais… (Réfléchit), pour moi, les médicaments comme ça, ça reste dans le corps. Ces trucs là peuvent causer des maladies. » (P12)*

Pour 9/15 patients le traitement était jugé contraignant.

> *« On a tellement de comprimés, surtout les comprimés à avaler comme ça, alors au bout d'un moment on n'en peut plus. On n'a plus envie de prendre des comprimés. » (P3)*

> *« C'est surtout qu'il faut toujours penser à se piquer. Dès qu'on doit aller quelque part, on se demande si on a pensé à prendre son truc d'insuline pour faire sa prise de sang, si on a pris ci ou ça parce qu'on ne va rentrer que le soir. Est ce que j'ai pris l'insuline, est-ce que j'ai pris mes médicaments, voilà. Il faut tout le temps penser à ça. » (P14)*

5/15 patients disaient ne pas aimer ou avoir peur des piqûres.

> *« Et comme je n'aime pas me piquer. Je suis resté longtemps avant de prendre de l'insuline. J'ai peur des piqures. Je suis resté très longtemps avant de passer à l'insuline. […] Je m'y suis habitué, ça me fait une petite douleur comme ça mais je m'y suis habitué. Mais dire que je pourrais me piquer seul, ce sera difficile. (L'infirmière fait les injections d'insuline).» (P2)*

9/15 patients évoquaient des effets secondaires liés à leur traitement, notamment des hypoglycémies pour 8/15 patients, dont 2/15 patients en faisaient fréquemment.

> *« Le soir je prends mon Toujeo® convenablement, par contre. Toujours à la même heure, aux mêmes unités. Et souvent…enfin pas souvent, c'est tous les matins, tous les matins que je me retrouve en hypoglycémie, tous les matins. » (P7)*

> *« Quand je sors je ne le prends pas, parce que ça me dérange au niveau de l'intestin ça me fait aller aux toilettes. Je crois que c'est le Metformine®. J'ai demandé au médecin de me diminuer la dose. » (P11)*

11/15 patients se disaient « observants » dont 4/15 patients se disaient habitués aux médicaments.

> *« Ah je prends mes médicaments ! Je prends mes médicaments très bien. » (P4)*

> *« Je ne les oublie jamais !! (affirmation prononcée). Je les ai toujours avec moi partout où je vais. » (P5)*

6/15 patients jugeaient les médicaments efficaces.

> *« Les comprimés il faut les prendre tous les jours, c'est eux qui améliorent ta santé. » (P2)*

Mais 7/15 patients avouaient faire des pauses ou des arrêts volontaires dans leur traitement.

> *« Il faut dire que sur ça là (parlant de l'ordonnance), je vous le dis, mais je ne prends pas tous les médicaments. L'autre jour aux résultats d'examen j'ai vu que le taux de cholestérol était bon, je ne prends pas le médicament du cholestérol. Le Plavix® je ne prends pas. Metformine je ne le prends plus. […] Je prends ceux qui sont nécessaires. Je ne peux pas prendre tous ceux que le médecin prescrit. Si par exemple je continue à prendre pour le cholestérol, ça risque de m'apporter autre chose (sous entendu complications). » (P8)*

> *« Je fais peut-être un mois de médicaments et 1 mois et demi de rimèd razyé. Et le mois avant de faire mon bilan, je reprends les médicaments. Je reprends les médicaments au moins 15 jours et après je reprends mes rimèd razyé. » (P11)*

5/15 patients ne comprenaient pas ou étaient en désaccord avec leur ordonnance.

> *« Il m'a donné (parlant du médecin) un truc pour le cholestérol soit disant, je le prends mais je n'ai pas de cholestérol. Je ne fais pas d'hypertension non plus. » (P5)*

D. <u>Concernant l'insulinothérapie :</u>

Pour 3/5 des patients sous ADO seuls, le médecin avait prévenu d'un passage imminent à l'insulinothérapie, et ils avaient un avis négatif dessus.

> *« Elle me dit qu'elle me mettra sous insuline, et je lui réponds que si elle me le donne, ça restera à la pharmacie (rires). Parce que l'insuline fait grossir et donne un gros ventre. Je lui ai demandé s'il n'existait pas de l'insuline à prendre une fois par mois […] Je lui ai dit que tant que mon sucre n'atteint pas 10 ou 11, je ne prendrai pas d'insuline ça restera à la pharmacie (rires). » (P11)*

11/15 patients évoquaient leur expérience avec l'insulinothérapie.

Le passage à l'insulinothérapie était vécu comme une étape ou une aggravation de la maladie (11/15 patients). Une infirmière à domicile s'occupait du traitement chez 3/15 patients.

> *« Je suis resté très longtemps avant de passer à l'insuline. Puis le médecin m'a dit qu'il est désolé mais qu'il me faut prendre de l'insuline alors c'est comme ça que je me suis habitué. » (P2)*

> *« Oh…j'ai pleuré le 1er jour quand il (le médecin) m'a dit qu'il va me mettre sous insuline. Et après je me suis habituée et maintenant ça va. » (P3)*

5/15 patients disaient s'être habitué à l'insulinothérapie et 2/15 patients avaient arrêté d'eux même leur traitement par ADO car ils jugeaient l'insuline suffisante.

> *« Ce n'est pas trop difficile, il y a pire que ça dans la vie. Je vis avec. J'ai déjà 73 ans (rires), j'ai fait le plus dur. (Rires) » (P14)*

> *« Donc je suis habituée maintenant, elle m'a montré comment me piquer, où me piquer, elle m'a dit qu'on pouvait aussi se piquer dans le bras mais je n'y arrive pas seule alors je me pique dans le ventre et chaque jour je change d'endroit. Je supporte bien l'insuline.» (P6)*

E. <u>Activité physique :</u>

La quasi totalité (12/15) des patients avait une activité physique et pour la majorité d'entre eux, il s'agissait de jardinage ou d'élevage. La troisième activité la plus pratiquée était la marche.

> *« Mon sport c'est d'aller au jardin, fouiller des ignames, m'occuper des bœufs, des choses comme ça (…). » (P2)*

« Je vais dans mon jardin, je nettoie, je sarcle, je ramasse des herbes, et j'ai remarqué que mon sucre descend de la même manière (…). » (P6)

Et l'intensité ou la fréquence ont été abordées par 6 patients/15.

« Beaucoup (de sport) oui, de la marche rapide. 2h, 4 fois par semaine. »

« Tous les matins. Je ne peux pas en faire un grand (footing), mais au moins je fais un petit. 2km tous les jours. »

F. La relation médecin-patient :

11/15 patients déclaraient accorder leur confiance à leur médecin traitant.

« Ah mon médecin ! (Rires). Ah mon médecin sait très bien comment je vis. Ca se passe très bien avec lui. On se connaît depuis longtemps. […] Ca se passe très bien. Quand il me dit de faire quelque chose, je fais mes examens […] On parle de tout et de rien. Et quand on parle comme ça, il oublie de me prescrire mes médicaments. (Rires) » (P14)

« Il m'envoie faire des analyses. C'est pourquoi j'aime bien ce docteur, c'est lui qui a découvert des choses que les autres n'avaient pas découvert là bas (ancienne adresse). » (P15)

8/15 disaient recevoir des informations sur leur maladie de la part de leur médecin mais 7/15 patients n'osaient pas poser des questions –ou ne voulaient rien savoir– sur leur maladie.

« [J'en discute] Avec mon médecin seulement. C'est lui qui m'en parle. Je ne lui pose pas de questions, j'ai peur d'en poser parce que j'ai peur des réponses. » (P10)

« Je ne lui pose pas de questions. La seule chose que je lui demande c'est de me donner mes médicaments et je respecte sa prescription. » (P5)

6/15 patients disaient pouvoir tout confier à leur médecin traitant et 4/15 patients avouaient lui cacher des choses et/ou ne pas pouvoir parler de tout.

> *« Nous sommes très complices. Moi et mon médecin traitant on parle de tout ! Même de sexe. Tout ce qui m'arrive et que je ne comprends pas, on en parle, je lui raconte tout. Je lui demande et elle m'explique tout. » (P6)*

> *« C'est vrai que… (Hésite), avec mon médecin traitant on ne parle pas de tout. J'aimerai bien parler de tout, mais j'ai l'impression que… (Ne finit pas sa phrase). On ne parle pas de tout. […] Avec mon médecin traitant…(hésite), je ne sais pas si c'est un blocage mais on n'arrive pas à parler de tout. » (P13)*

4/15 patients trouvaient leur médecin à l'écoute et attentionné et 4/15 disaient apprécier quand il les félicitait ou les valorisait.

> *« Elle m'a dit un jour « Mr D. c'est bien, vous vous êtes pris en main ». Ca m'a fait plaisir et jusqu'à présent je continue. »(P13)*

> *« Si le médecin me disait : « J., c'est bien ! » alors je serais encore plus heureux. […] » (P12)*

10/15 patients disaient se faire réprimander par leur médecin régulièrement. Les consignes dispensées portaient principalement sur l'alimentation ou l'observance médicamenteuse pour 7/15 patients.

> *« Ah parfois elle n'est pas contente, elle m'engueule, elle dit que le sucre est haut. Alors je lui réponds « mais docteur le sucre monte et descend hein. Ce n'est pas de ma faute s'il monte et descend. S'il monte et descend, alors je le laisse monter et descendre ! ». Elle me dit « ah ! Et tout ça ! Il faut manger ceci cela ! ». Je lui dis « oui docteur, oui ! ». (Rires). Si je dis non, elle va se fâcher alors je dis oui. » (P4)*

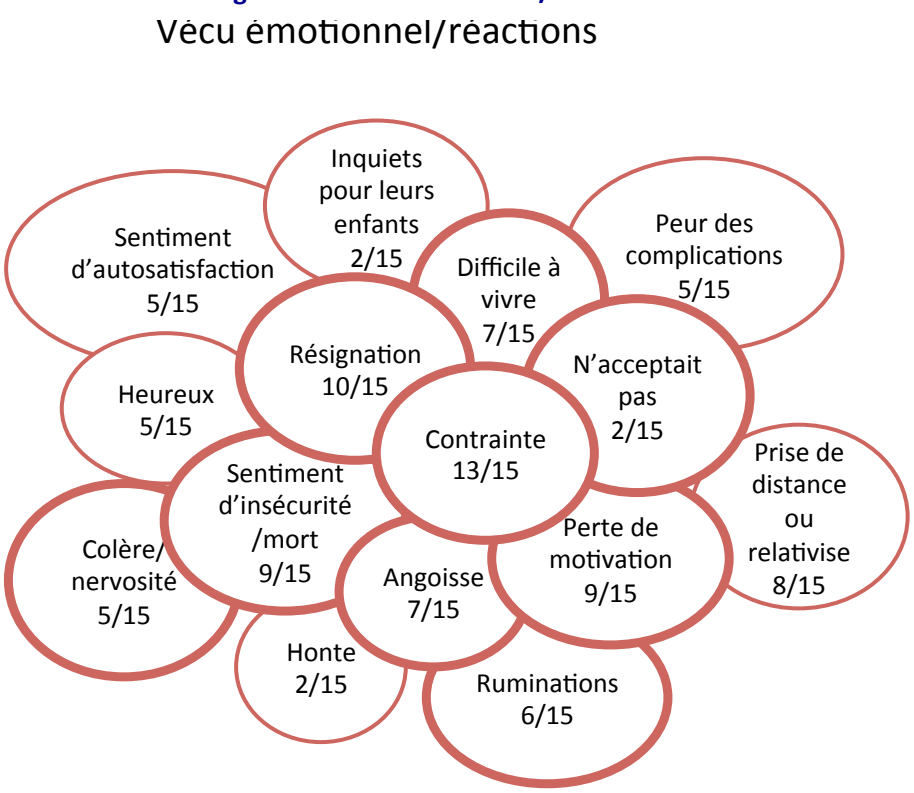
« Il arrive parfois, vous savez, les médecins c'est comme ça, ils ne sont pas contents (Rires). Quand il voit, il me dit « Ah ouais ! Il faut faire baisser ça hin ! ». Je lui dis « ben écoutes, je fais les efforts qu'il faut, mais bon, ça viendra ». Je ne peux pas lui dire autre chose. » (P8)

Comme précisé précédemment, 5/15 patients ne comprenaient pas ou étaient en désaccord avec l'ordonnance faite par leur médecin traitant.

G. Répercussions et ressenti de la maladie :

Figure 4 : Le vécu du diabète

Figure 5 : Vécu émotionnel/réactions



5/15 patients pensaient que leur diabète était équilibré.

> *«Je n'ai pas de problème. Je n'ai pas de problème. Je n'ai pas de problème. Si ça n'allait pas, le sucre serait élevé, tu es d'accord avec moi ? Si les médicaments que je prends ne marchaient pas, il aurait dépassé et il n'aurait pas été comme ce qu'il doit être. » (P5)*

> *« […]Alors voilà c'est comme ça que j'ai appris que j'étais diabétique mais je le maitrise. Je maitrise bien ! Bien bien bien bien bien ! » (P6)*

7/15 patients ne se savaient pas atteints de complications ou ne faisaient pas le lien avec le diabète. 7/15 avaient déjà été hospitalisés au moins 1 fois à cause du diabète.

> *« J'ai déjà été hospitalisée 3 fois. Le diabète était vraiment déréglé et on m'a hospitalisée pour la « triglycémie ». Pour mettre la « triglycémie » au niveau correct. Par la suite, j'ai fait un coma diabétique au CHU également. » (P7)*

> *« Ah, j'ai déjà eu 2,80 g. (rires) le matin. Et cette fois là on a dû m'hospitaliser car j'avais maigri intensément, je faisais pipi sur moi, j'étais dans un drôle d'état. […] Mais c'était cogné. Je suis restée 15 jours, c'était cogné là. J'avais énormément maigri. Je ne comprenais pas pourquoi je maigrissais. Je n'avais pas faim. Donc je ne prenais pas mon insuline puisque je n'ai pas faim, je ne mange pas. » (P14)*

10/15 patients disaient ressentir des hyperglycémies, 8/15 des hypoglycémies. Le diabète était responsable d'une asthénie pour 6/15 patients et de douleurs rhumatismales pour 4/15 patients.

> *« Tu sais, ce que je connais c'est surtout la fatigue, et puis, heu, (hésite) tu es là quoi et tu ne peux rien faire. » (P12)*

« Lorsqu'il est trop haut au moins à 3 ou 4g, on transpire à grosses gouttes. Lorsqu'il est trop bas aussi on le sent, on tremble comme quelqu'un qui grelotte.» (P11)

Comme décrit précédemment, 5/15 patients avaient peur ou n'aimaient pas les piqures et 3/15 patients ne réalisaient pas les surveillances glycémiques seuls. 7/15 patients pensaient que des facteurs émotionnels ou psychologiques influaient sur l'équilibre de leur diabète.

« Ah oui ! ça [le stress] joue énormément, énormément. Quand je pars en vacances en métropole tous les ans pour voir mes enfants, le taux descend. C'est automatique. Même quand je prends des vacances ici, il faut voir ça, j'ai une baisse considérable. Et là je me sens toujours bien. Mais ici, en arrivant là… (parlant du travail). » (P8)

« Ce n'est pas uniquement la nourriture, l'angoisse y joue un grand rôle. » (P11)

1. <u>A la découverte du diagnostic :</u>

6/15 patients avaient eu des symptômes importants et 4/15 patients avaient été hospitalisés d'emblée.

« [Je pesais] mais 30kg, écoutes bien ce que je te dis. La peau sur les os. Quand je suis arrivé chez le docteur… (interrompant sa phrase), si ma femme était là elle aurait pu te dire à quel taux était mon sucre. Il est monté au moins à 30g et tout, le docteur a dit qu'il n'a jamais vu ça, quand tu arrives dans un état comme ça c'est…(mimant la mort). J'avais des hallucinations, je voyais des cochons qui sortaient du ciel et qui fermaient la porte sur moi à chaque fois. Je suis à l'hôpital, mais à chaque fois que je mouille ma tête, [le cochon] il ferme la porte. Et chaque fois que je me tourne je vois un cochon gris tout en haut. Je me suis dit oh je ne suis pas dans le monde encore.» (P5)

5/15 patients avaient, initialement, banalisé ou relativisé le diagnostic et 3/15 patients avaient ressenti de la tristesse. 3/15 patients s'attendaient à être diabétiques.

> *« Mais du fait que j'ai des parents diabétiques, je m'attendais peut-être à l'avoir un jour. Vous savez, même si on cache tout, je m'attendais un peu à ça. Ma mère était diabétique, j'ai appris que presque tous les parents sont diabétiques aussi. Donc voilà. » (P13)*

> *« Et bien j'étais zen. Je ne réalisais pas encore les complications que ça pouvait engendrer. Vous voyez, je ne pouvais pas encore. Et c'est maintenant que je réalise, que je vois autour de moi les gens qui sont diabétiques. » (P7)*

2. <u>Impact social :</u>

11/15 patients disaient que le diabète avait eu un impact négatif sur leur vie sociale, -entraînant principalement des restrictions des activités et/ou sorties à risque de tentation alimentaire,- ou des contraintes au quotidien.

> *« On a certaines contraintes. On ne peut pas faire comme tout le monde, comme les autres (…) Avant je buvais du champagne. A partir du moment où j'ai eu cette maladie, quand je vais quelque part et qu'il y a de la nourriture, il faut que je regarde ce que je mange. Je ne peux pas manger trop gras, ni manger ça et ça et puis voilà (…) Oui il y a des contraintes quand même, ça joue énormément.» (P8)*

> *« Parfois, si tu vas dans une fête, tout le monde boit et toi tu ne peux rien boire, rien boire du tout (…) toi tu es gêné car tu aimerais participer comme tout le monde. » (P1)*

7/15 disaient avoir le soutien de leur entourage.

> *« Et puis mes enfants aussi sont à cheval derrière moi, ils vérifient que je prends mes médicaments, dès que je me plains d'une douleur ils me disent d'aller au docteur. Et même si je ne veux pas y aller, ma fille ainée appelle directement le docteur pour la prévenir. » (P6)*

4/15 patients se sentaient isolés et 3/15 patients s'inquiétaient du regard de la société.

> *« Je me sens seule ! Je me suis toujours sentie seule. J'avais un frère qui était avec nous, il est décédé il y a 4 ans. Je suis toujours seule. Toujours. Ma fille habite en Guadeloupe mais elle travaille, elle a ses enfants et son mari. De temps en temps si j'ai besoin de sortir, je fais appel à elle mais il faut attendre 4 à 5 jours pour avoir une réponse. » (P9)*

> *« Tu sais, les amis qui me soutenaient m'ont trahi. Alors donc…C'est moi qui suis mon propre ami. » (P12)*

> *« Et ici c'est un petit pays, avec des vieilles habitudes. Tout le monde est au courant de ce que tu fais. Tu peux vouloir être le plus discret au monde mais on te verra (rires). Et c'est gênant. Je ne veux pas que trop de gens connaissent ma vie. A mes amis proches je le dis, mais pas aux autres. » (P10)*

3. Ressenti :

2/15 patients n'acceptaient pas la maladie. 5/15 patients ressentaient de la colère ou de l'énervement. 7/15 patients disaient que c'était une maladie difficile à vivre et 6/15 patients étaient résignés.

« [J'ai du mal à accepter] Encore oui! Plus je prends de l'âge, plus je vois que c'est une maladie que j'aurais beaucoup beaucoup de mal à accepter. […] Mais surtout, ça m'a transformé la vie. Depuis que je suis diabétique, j'ai vu que je ne suis plus la même personne que j'étais, plus du tout. On dirait que ça rend un peu agressif, nerveux. […]Je ne voulais plus sortir. Même avoir des relations avec mon époux. On ne ressent plus l'envie de faire quoi que ce soit. Lui il était amateur de restaurant, il aimait beaucoup sortir, s'amuser. Mais depuis que je suis diabétique, je n'avais plus le goût de vouloir sortir du tout, aller nulle part, vraiment nulle part. J'avais, je ne sais pas, comme un dégout, une nervosité, une agressivité en moi. Et j'ai vraiment envie de redevenir celle que j'étais avant. Zen et tout. Là, par exemple, on me parle dans la rue et tout de suite je m'énerve déjà, je deviens un peu agressive alors que ce n'était pas mon cas du tout du tout.» (P7)

« Elle n'est pas facile (Rire) puisque tu ne peux pas faire ce que tu veux (en rigolant). C'est pas facile. Tu ne peux pas faire ce qu'il te plairait. Comme là je dois voyager, je vais chez un de mes enfants (dans l'Hexagone), et je suis obligée de la trimbaler avec moi. Je la trimbale avec moi partout où je vais. » (P1)

7/15 exprimaient de la peur ou de l'angoisse, et 9/15 avaient un sentiment d'insécurité permanent et associaient le diabète à la mort.

> *« Qu'est-ce qu'on ne craint pas ? On ne sait jamais. Je peux peut-être faire un AVC brutalement, on ne sait jamais. Il faut avoir peur. Pourquoi ne faudrait-il pas avoir peur ? On ne sait jamais. Tu peux faire un coup de colère qui te cause un AVC. Oui j'ai peur. Je m'y suis habituée mais on ne sait jamais. On ne sait jamais. » (P1)*

> *« Je sais qu'elle [la maladie] est là mais je ne me prends pas la tête dessus. Je vis ma vie et je me dis qu'un jour la pile s'arrêtera. » (P10)*

9/15 disaient avoir perdu la motivation à un moment ou un autre. 13/15 patients trouvaient la maladie contraignante.

> *« Le laisser aller ? C'est parce qu'à un moment tu en as marre. Tu te sais malade, mais à un moment tu es fatigué de prendre des médicaments. J'avais arrêté les médicaments, j'ai été négligente, j'avais arrêté. J'avais tout arrêté, j'étais fatiguée avec tout ça, tchip ! Tu arrêtes mais lui le sucre il n'arrête pas, il fait ce qu'il veut. » (P6)*

> *« C'est une autre vie. Ce n'était pas cette vie là que j'avais avant. Je n'avais pas cette contrainte à chaque fois que je me déplace de penser aux médicaments. Maintenant il me le faut absolument si je veux être bien. Je prends mes médicaments, j'y pense tout le temps. » (P8)*

5/15 exprimaient de la joie de vivre, 8/15 patients relativisaient ou prenaient de la distance avec la maladie et 5/15 patients avaient un sentiment d'autosatisfaction.

> *« Oui la vie est belle. Oui la vie est belle. Tu te promènes, tu vas où tu veux, tu discutes avec les gens. Et alors quand tu arrives à la campagne, quand je suis à la campagne je suis dans mon magasin. […]. Tu te sens tellement bien là, tu bois une petite eau de coco, tu es bien. […] Tu es bien !oh oh… ouais… Quand tu as des enfants qui ne t'abandonnent pas. Y'a des gens qui n'ont pas d'enfants, ils n'ont pas de famille. Mais quand tu as des enfants ils t'appellent, ils discutent avec toi, ils sont là.[…] » (P2)*

> *« Si je devais me donner une note, je me donnerais 6/10. Ce n'est pas catastrophique. » (P13)*

> *« Mais pour moi ça ira parce que Dieu est grand. Et j'ai confiance dans mon corps. La confiance c'est la base de tout. N'aies confiance en personne d'autre que toi, et c'est bon. Mais Dieu est grand et ça ira. […] Et oui je ferai mieux, Dieu est bon. Je ferai mieux. Il faut faire mieux dans la vie. Je m'aime. Moi même je m'aime. Je ne sais pas si les gens m'aiment, mais moi je m'aime (Rires). Si tu t'aimes alors il faut prendre soin de ton corps. » (P12)*

H. Les plantes médicinales :

La totalité des patients (15/15) avait un avis positif sur les plantes médicinales et 14/15 patients les jugeaient efficaces.

> *« Franchement, moi je te dis, je prends les médicaments que le médecin me prescrit. Mais j'aime beaucoup les produits locaux (sous entendu les plantes médicinales). Parce que pour moi, si je ne prenais que les médicaments, je ne sais pas dans quel état j'aurais été. »(P12)*

> *« J'ai des prises de sang à faire, et quand j'en ai bu (en parlant des tisanes), je vois que le sucre est plus bas. Et si je n'en ai pas bu, alors le sucre est plus haut. » (P1)*

Mais 12/15 disaient qu'ils fallait prendre des précautions lors de l'utilisation de leur utilisation: pour 9/15 patients le dosage était problématique, 9/15 reconnaissaient une toxicité ou des effets secondaires dose-dépendants, et 6/15 patients conseillaient un usage prudent.

> *« Ce ne sont pas des remèdes de docteur. On en trouve sur le marché c'est bon, mais on ne sait pas quelle dose prendre. Il ne faut pas prendre trop de ça. Comme c'est quelque chose de fort, de puissant, il ne faut pas en prendre trop. Y'a quelqu'un qui en buvait beaucoup, d'un coup il a fait un malaise. » (P2)*

> *« Si jamais on dépasse la dose ça peut devenir un poison. » (P6)*

6/15 n'en utilisaient pas dans le cadre du diabète mais ils étaient 11/15 patients à utiliser régulièrement les plantes médicinales en association avec leur traitement médicamenteux. L'utilisation concomitante des plantes médicinales et des médicaments était jugée incompatible par 6/15 patients.

« Mais moi je ne mélange pas les médicaments du diabète et les rimèd razyé. Moi je préfère garder les médicaments du médecin parce que les plantes médicinales c'est bon mais on ne sait pas quelle dose utiliser. On ne sait pas, tu peux t'intoxiquer, alors je ne le fais pas. » (P6)

8/15 patients pensaient que le recours aux médicaments pour soigner leur diabète était nécessaire, mais 8/15 patients auraient préféré se soigner uniquement par des plantes médicinales si cela s'était avéré possible. Parmi les arguments, 4/15 patients mettaient en cause la galénique des médicaments et 5/15 leur nocivité déjà évoquée précédemment.

« Les médicaments vont plus vite, et les rimèd razyé aident. Je n'ai pas encore trouvé un qui soit efficace au point d'arrêter les médicaments. » (P10)

« Toute la semaine dernière je pensais à la maladie et à tous les médicaments qu'il fallait prendre. C'était 3 par jour. Regardes la grosseur des comprimés. Tu ne dis pas que le médecin veut me tuer avec ça alors ? (Rires). Tu ne vois pas qu'il veut me tuer ? » (P12)

Les plantes dites « amères » étaient considérées comme les plus efficaces pour soigner le diabète par 6/15 patients. La plante la plus fréquemment citée était la Liane Serpent (Tinospora crispa L.) par 9/15 patients, suivie de Pawoka (Momordica charentia Linn), Caillemite (Chrysophyllum cainito L.), Grenn anba fèy (Phillantus amarus S. et T.), et Aloès (Aloë vera L.), chacunes citées par 3/15 patients.

« Tout ce qui est amer. Ca c'est bon pour quand le sucre monte. » (P10)

« Ca m'arrive. De temps en temps. Je prends une tisane […] Je coupe un petit morceau [d'Aloès]. Justement quand je sens que j'ai un trop plein de sucre, je vais couper un petit bout et puis je vais mettre sur la langue et ça fait baisser le sucre. » (P14)

Le mode de préparation le plus fréquent était l'infusion, puis la décoction, la macération et chez 3/15 patients on retrouvait un usage externe (par des bains, ou frictions).

> *« Je fais bouillir mon eau, je lave mes feuilles, et puis je mets dedans, je recouvre, et j'éteins le feu. C'est en infusion. » (P3)*

> *« Moi j'ai toujours fait des bains sans aller ni chez le gadèzafè, ni chez le manti-mantè. Parfois je vais dans mon jardin et mon idée de prendre ci ou ça pour faire un bain ou faire un thé. » (P9)*

L'utilisation se faisait principalement de manière discontinue (6/15) avec des périodes de pauses. Le moment de la journée choisi était préférentiellement le soir (7/15). Les plantes utilisées provenaient du jardin personnel des patients ou de celui de leur entourage.

> *« Là j'en ai fait il y a une dizaine de jours, je reprendrai peut-être dans un mois à peu près. Je fais une fois tous les 2 mois. Par exemple j'en ai fait il y a 10 jours, je vais sauter le mois de mai et j'en ferai fin juin à peu près. » (P7)*

Les connaissances sur les plantes médicinales étaient issues de leur entourage, -qu'il s'agisse de conseils ou de retours d'expériences positives-, ou des médias (télé et radio).

> *« Il y a une dame qui m'avait fait une liste de rimèd razyé mais je l'ai perdue […]. Une liste pour faire des tisanes avec. Elle m'a dit qu'elle était diabétique, et qu'elle prenait ça. Et que son diabète a disparu. » (P10)*

> *« Il y a tout le temps des informations dessus à la radio. La radio donne toutes les informations sur la maladie. Il y a des docteurs qui parlent. J'écoute et on te parle de tous les traitements. Et donc je les note. Et comme je suis agriculteur alors j'ai déjà fait tous les remèdes. » (P2)*

4/15 patients pensaient que leur médecin traitant aurait un avis défavorable sur la question.

> *« Le Médecin ne te dira jamais de boire des tisanes, sauf le Médecin des Plantes Médicinales.» (P1)*

> *« Les médecins eux mêmes ne savent pas qu'elle dose qu'il faut prendre. Ce ne sont pas des remèdes de docteur. » (P2)*

I. Représentations du corps et des maladies :

Pour la totalité des patients, le diabète était une maladie d'origine naturelle ou maladie du Bon Dieu. La théorie prédominante était une théorie humorale avec circulation de fluides, dichotomie entre chaud/froid (4/15 patients) et il existait des pratiques d'hygiène et de nettoyage du corps pour 8/15 patients.

> *« Ma mère était diabétique, on a ça dans la famille, c'est dans le sang. Alors là, dans la famille c'est moi et une de mes sœurs qui avons du diabète. […]C'est quelque chose d'héréditaire. C'est les maladies du Bon dieu. » (P2)*

> *« Ca m'arrive d'aller prendre un bain de mer avec du Pawoka. C'est quelque chose qui est amer aussi. Il faut prendre à petite dose. Je vais à la mer, je nettoie tout mon corps, et quand je sors de l'eau je me sens neuf. Parce que de frotter tout le corps, ça relâche les nerfs. » (P10)*

> *« Et bien quand j'en fais (tisanes), je fais 2 bouteilles de 1,5L qui me font la semaine. Je bois la tisane le matin avec les médicaments et le soir avant d'aller dormir j'en reprends aussi, puisqu'on dit que le soir avant d'aller dormir ça nettoie. » (P1)*

Le « sang chaud » et les coups de colère pouvaient entraîner des maladies pour 5/15 patients.

« Ma maman est restée 32 ans diabétique et ce n'est pas ça qui l'a tuée, c'est un coup de colère l'a emportée et voilà. » (P11)

« Je sais que le diabète a toujours existé. Mais ce qui s'est passé (pause) mon premier médecin en Martinique m'a dit que c'était à cause du coup de colère que j'avais fait. Et puis ça a déréglé tout le pancréas. » (P15)

Comme vu précédemment, 10/15 patients avaient un avis négatif sur les médicaments, et 5/15 patients disaient que les médicaments s'accumulaient dans le corps. 6/15 patients utilisaient les plantes médicinales pour nettoyer le corps. Les plantes provenaient exclusivement du jardin personnel ou de celui de l'entourage.

« Oui, ça (les plantes médicinales) ne fait pas de mal et ça nettoie le foie. »(P11)

J. La religion et le magico-religieux :

11/15 patients s'en remettaient à Dieu et à la religion concernant leur maladie.

« Peut-être que Dieu n'avait pas voulu que j'aie le diabète, mais maintenant que je l'ai il me donne la force pour m'en occuper. » (P6)

« S'il y a quelque chose à faire, celui qui est en haut le fera (parlant de Dieu). Tout naturellement. » (P5)

Les croyances dans le magico-religieux étaient présentes pour 9 patients/15. Elles n'étaient pas en cause dans la survenue et l'évolution de leur diabète.

> *« J'ai la connaissance de certaines choses mais je ne pratique pas. (…) Je suis né coiffé. Et je vois certaines choses que d'autres ne voient pas. (…) Je vois ça depuis l'enfance. Je vois ces choses là. Je suis né comme ça. Mais c'est une maladie (le diabète) qu'aucun gadèzafè ne peut guérir.» (P10)*

> *« Le mal existe oui. Si tu as le Bondieu avec toi, le mal ne pourra rien te faire mais tu sentiras qu'il t'a effleuré. » (P5)*

K. <u>Espoirs et souhaits :</u>

9/15 patients souhaitaient une guérison.

> *« Me donner quelque chose pour que ça disparaisse. C'est la seule solution pour que je n'aie plus de diabète. C'est seulement ça que j'aurais souhaité. De mettre le diabète derrière mon dos (Pause). » (P3)*

> *« Il faut toujours avoir la foi. Tous les soirs je prie le Bon Dieu devant ma croix pour que je guérisse de cette maladie, du diabète. » (P12)*

7/15 patients fondaient beaucoup d'espoir dans les progrès de la recherche scientifique.

> *« C'est une maladie pour laquelle j'espère qu'ils vont trouver quelque chose. C'est la médecine qui décidera (petit rire). Voilà. » (P7)*

DISCUSSION :

I. LES FORCES DE NOTRE ETUDE :

La méthode d'étude qualitative était adaptée car il s'agissait d'analyser le vécu des patients ayant un diabète de type 2 non équilibré, et d'identifier les obstacles à la prise en charge.

En outre, l'enquête par entretiens semi-dirigés était propice aux confidences, et permettait de s'affranchir de l'effet leader d'opinion ou observateur silencieux des entretiens de groupe.

Le protocole de l'étude avait été validé au préalable par les commissions du CCTIRS et de la CNIL (ANNEXES 1 et 2).

Il s'agissait d'une des rares études sur le vécu de patients en ambulatoire incluant des entretiens entièrement réalisés en Créole, langue maternelle des participants guadeloupéens.

Les patients ont peut-être pu s'exprimer plus librement notamment concernant les représentations du corps, de la maladie et des croyances magico-religieuses car il n'existait pas de barrière de langue.

Les patients ont été sélectionnés sur tout le territoire de l'archipel guadeloupéen, permettant d'inclure des patients vivants en zone urbaine et semi-rurale.

Les entretiens ont été réalisés à domicile, dans un environnement familier des patients et plus propice à la liberté d'expression.

II. LES LIMITES DE NOTRE ETUDE :

Le recrutement des patients laissé au soin du médecin traitant a pu entraîner un biais de sélection : les patients ayant accepté étant peut-être plus proches de leur médecin.

La nécessité de renseigner 3 résultats d'HbA1c hors cible et de contacter le patient au préalable pour obtenir son consentement oral a pu ralentir la progression de l'étude, expliquant le nombre important de médecins contactés et qui n'ont pas participé.

La confidentialité des propos échangés a été précisée systématiquement en début d'entretien afin de libérer la parole de ceux qui auraient peur que les propos ne soient rapportés à leur médecin.

L'expérience récente de l'enquêteur en méthodologie qualitative a pu entraîner un biais d'investigation en interrogeant les patients d'une manière qui aurait pu influencer leur discours.

L'environnement des entretiens à domicile a pu être à l'origine de biais externes par des interruptions liées aux sollicitations du quotidien (appels téléphoniques, interruption par des membres de la famille, etc.).

Le biais d'interprétation a été limité par un triple codage.

La présence d'une IDE à domicile pour 3 patients a pu influencer l'attitude de ceux-ci vis à vis de leur traitement. Cependant, le recours à une IDE dans le cadre du diabète de type 2 n'étant pas inhabituel dans notre département, il était intéressant d'analyser le vécu de ces patients.

III. COMPARAISON AUX DONNEES CONNUES :

A. Les causes de la maladie :

L'alimentation et l'hérédité étaient les principales causes de la maladie pour nos patients. L'hérédité était pour certains liée à une « transmission par le sang », avec des « familles de diabétiques ». L'obésité ne semblait pas avoir d'implication spécifique.

Un facteur déclenchant émotionnel, à type de « coup de colère » ou « choc émotionnel », était habituellement retrouvé. Le pancréas était cité par la majorité de nos patients, mais les connaissances étaient généralement limitées à un « dérèglement ».

Nos résultats sont en accord avec ceux de l'étude de *GRUEL et al.* , portant sur les représentations des patients diabétiques en Guadeloupe, dans laquelle « l'hérédité par le sang » est mentionnée (19). Les facteurs déclenchants émotionnels sont une constante retrouvée dans les études locales sur le vécu (9,10,19).

A l'échelon national, dans l'étude DIABASIS, l'alimentation était également mise en cause par les patients. Une minorité de 39% d'entre eux évoquait une prédisposition familiale, et 19% un dysfonctionnement métabolique (20).

Les « chocs émotionnels » et l'hérédité « par le sang » sont en lien avec des représentations spécifiques des patients de notre région (cf partie représentations/croyances).

B. Les connaissances sur la maladie

Nos patients avaient des connaissances globalement supérieures à celles des patients interrogés dans l'étude de PIERRON (9). Les seuils des paramètres du contrôle glycémique (HbA1c ou GAJ) étaient connus par plus de la moitié de nos patients. Le tiers avait déjà suivi un programme d'éducation thérapeutique. Les complications les plus redoutées étaient les troubles trophiques, les troubles visuels, l'insuffisance rénale dialysée et les troubles sexuels pour les hommes.

Mais les complications étaient imparfaitement connues car la moitié des patients ne se savait pas atteinte de certaines complications ou ne faisait pas le lien avec le diabète (notamment les AVC et la neuropathie diabétique).

Nos résultats sont en accord avec ceux de l'étude *DIABASIS* dans laquelle 80% des patients connaissaient le terme HbA1C et 60% en connaissaient l'utilité (20).

L'étude *DAWN2* a révélé que près de la moitié des diabétiques de type 2 interrogés avaient participé à un programme d'éducation thérapeutique, et ce taux était le plus faible des 17 pays ayant participé à l'enquête (21).

Malgré des connaissances convenables sur la maladie, nos patients avaient un diabète déséquilibré depuis au moins 9 mois, ce qui suggère que l'observance thérapeutique n'est pas corrélée uniquement aux connaissances sur la maladie et que d'autres facteurs sont impliqués.

Il faut continuer à encourager le développement de structures d'éducation thérapeutique supplémentaires. Pourquoi ne pas envisager d'y adresser à nouveau ces patients avec un diabète déséquilibré afin d'approfondir leurs connaissances ?

En outre, les patients étaient sensibles aux informations circulant dans les médias, données par leur entourage et par le médecin traitant. Il en est de même dans l'étude de FORTANE portant sur le ressenti de patients diabétiques de type 2 en Guadeloupe(10). Dans l'étude de *BROWN et al.*, les récits d'expérience de l'entourage de patients d'origine afro-caribéenne vivant en Angleterre influençaient davantage les croyances sur le diabète que les sources d'origine professionnelle (22).

Il semble important d'améliorer les campagnes d'informations dans les médias afin de sensibiliser davantage de patients diabétiques et un public plus large.

C. Le vécu des règles hygiéno-diététiques :

1. Activité physique

La majorité de nos patients déclarait avoir une activité physique, et celles qui avaient leur préférence étaient le jardinage, l'élevage ou la marche à pied. A l'opposé de nos résultats, selon le volet *« Perception et vécu du diabète par les patients diabétiques »* de l'étude *DIABASIS*, la pratique d'une activité physique était plus difficilement intégrée dans le quotidien (30%) des patients hexagonaux (23).

Les dernières recommandations de 2011 de la Société Francophone du Diabète concernant l'activité physique mettent en avant 3 objectifs principaux : lutter contre la sédentarité, augmenter l'activité physique dans la vie quotidienne, et pratiquer une activité physique ou sportive structurée. Les conseils sont les suivants (24) :

- diminuer les activités sédentaires de 1 à 2h/jour
- augmenter les activités physiques dans la vie quotidienne
- débuter progressivement et avec un accompagnement personnalisé par un professionnel de l'activité physique adaptée
- réaliser des exercices d'endurance (par exemple : le vélo) associés à des exercices de renforcement musculaire
- la durée recommandée est de minimum 150min/semaine pour une activité d'intensité moyenne
- au moins 3 séances/semaine, et pas plus de 2 jours sans activité
- une attention particulière : réaliser un examen soigné des pieds avant et après chaque séance, et un chaussage adapté

Les activités autour du jardin (tondre la pelouse, etc.) sont des activités d'intensité modérée. L'intensité et la fréquence des activités pratiquées par nos patients, lorsqu'elles étaient abordées, paraissaient adaptées.

2. Alimentation

Il s'agissait de l'un des aspects les plus impactés dans la vie de nos patients. Ils vivaient les recommandations alimentaires comme des contraintes à l'origine de frustrations.

Les activités et sorties à risque de tentation alimentaire étaient particulièrement redoutées, et souvent évitées de peur de « céder » ; entraînant une désocialisation des patients.

Selon ces derniers, la difficulté à « résister à la tentation », « l'envie de se faire plaisir », « l'envie de manger comme tout le monde », ou la lassitude étaient à l'origine des écarts alimentaires.

En somme, les patients perdaient la motivation de « respecter un régime » vécu comme contraignant et restrictif. Ce sentiment était accentué par des résultats glycémiques instables, source de confusion pour les patients malgré leurs efforts alimentaires.

Il en est de même dans l'étude de *FORTANE* où les patients vivaient les modifications alimentaires comme contraignantes avec comme répercussions sociales l'isolement, l'évitement ou l'intégration au prix d'une maitrise de soi irréprochable. (10)

Nos patients retenaient comme principaux messages qu'il fallait éviter (voire supprimer) les aliments sucrés, rationner les portions et manger obligatoirement des légumes à chaque repas.

L'étude *KANNARI* de 2013 explore les recommandations nutritionnelles faites par les médecins aux patients diabétiques : pour 42% des patients, le médecin avait conseillé de faire attention aux apports en matière grasse, pour 33% de limiter la consommation de produits sucrés, et pour 52% d'augmenter l'activité physique ou la pratique de sport. (5)

Figure 5 : Fréquence des recommandations nutritionnelles faites aux patients diabétiques par le médecin. Source : ORSaG enquête KANNARI 2013

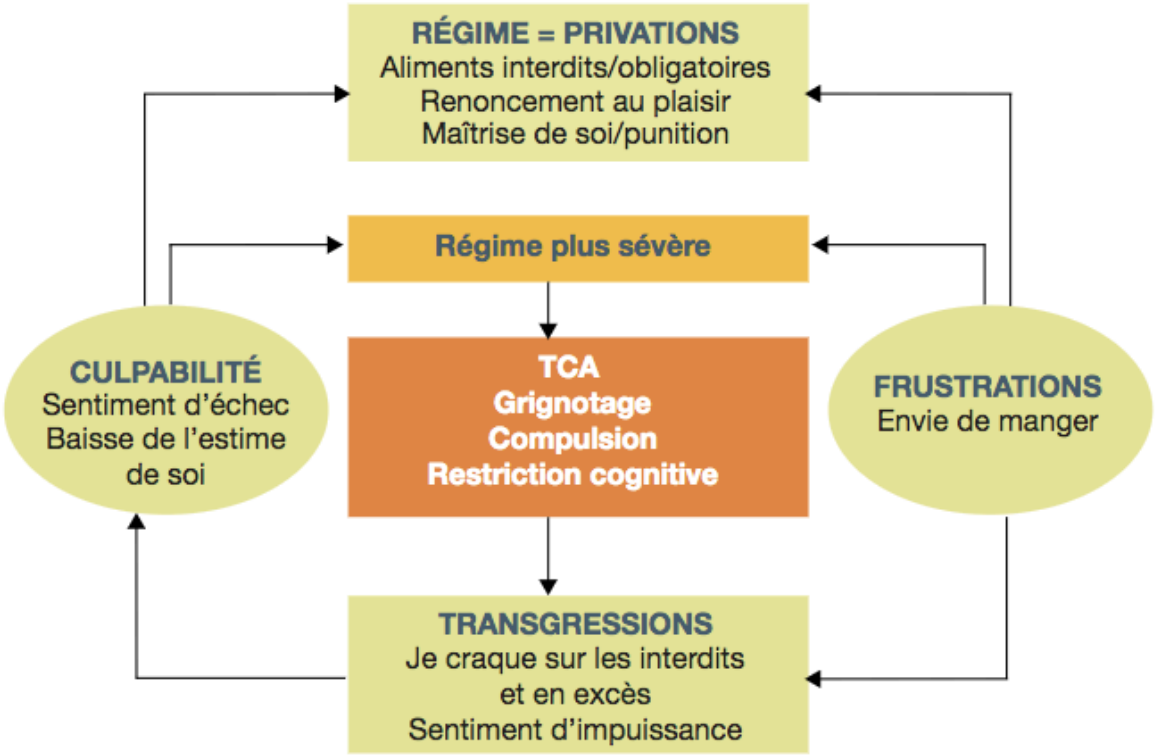
La notion de rationnement de l'alimentation était également retrouvée dans l'étude de *PIERRON* (9). Cela pourrait s'expliquer par la prévalence élevée de l'obésité dans notre département et par les consignes des dernières recommandations de nutrition des patients diabétiques de 2014, qui préconisent une réduction de l'apport énergétique de 15 à 30% par rapport à la ration habituelle pour les patients en surcharge pondérale. (25)

En outre, il est recommandé au patient diabétique de perdre 5 à 10% du poids initial pour un effet bénéfique sur le contrôle glycémique. L'apport énergétique journalier doit être composé de 50-55% de glucides (en privilégiant les aliments à index glycémique bas), 35-40% de lipides (acides gras mono et polyinsaturés), 2 à 3 fruits/jour et 25g/jour de fibres (selon la tolérance digestive des légumes verts). Les produits sucrés ne sont pas contre-indiqués mais ne doivent pas dépasser 10% de l'apport total. La répartition se fait en 3 repas : 10 à 20% au petit déjeuner, 40 à 45% au déjeuner et au diner(25).

Pour l'HAS, l'assiette doit comporter moitié de légumes, 1/4 de féculents et 1/4 de viande ou poisson. (11)

Un régime trop restrictif peut avoir des conséquences néfastes. Il n'est pas recommandé de remettre une classification des aliments par index glycémique afin de ne pas aboutir à des interdits. (25)

Figure 6 : Cercle de la restriction alimentaire et ses conséquences. Source : Référentiel de bonnes pratiques nutrition et diététique, Diabète de type 2 de l'adulte. Société Francophone du diabète ALFEDIAM.2014



Les objectifs doivent être personnalisés selon chaque patient et surtout réalistes.

Ils doivent être négociés avec celui-ci et régulièrement revus dans le cadre d'un entretien motivationnel. Il est important de valoriser le « plaisir sensoriel » lié à l'acte alimentaire.

Nos patients avaient une alimentation composée d'aliments « classiques » (de type riz, pâtes, etc.) mais il y avait également une part importante d'aliments de production locale tels que tubercules-racines, légumes-pays, fruits, crudités-salades.

Selon l'enquête *« Comportements alimentaires et perceptions de l'alimentation en Guadeloupe en 2010 »*, 80% de la population générale a déclaré avoir une alimentation proche de l'alimentation locale (26). De cette étude, 5 grands « profils » de mangeurs ont pu être identifiés (27).

Le profil majoritaire dit des « mangeurs traditionnels », qui représentait 31,8% de la population était le profil le plus en adéquation avec les recommandations du Programme National

Nutrition et Santé (PNNS), et ce, malgré un niveau de connaissances nutritionnelles des personnes interrogées inférieur à la moyenne de la population.

Ce profil correspondait à des personnes en majorité : originaires de la Guadeloupe, peu ou pas diplômées, à revenus faibles (<900euros/mois), âgés de 55-64 ans, et/ou retraités, et/ou en couple sans enfants. L'alimentation était diversifiée et composée de fruits, légumes, féculents locaux, poisson, légumes secs et produits laitiers. La consommation d'aliments de type snacks, charcuterie, boissons sucrées, viande, plats préparés était faible. Ces personnes se fournissaient davantage sur les marchés locaux qu'en grande surface. De plus l'autoconsommation de produits du jardin (fruits, légumes, racines) était une caractéristique forte de ce profil de personnes.

Selon cette étude, chez ces patients le « plaisir de cuisiner » prévalait sur le « plaisir de manger ». Les informations nutritionnelles provenaient majoritairement du corps médical.

« Le plaisir de cuisiner » relevé par cette étude, renvoie à une approche pluridimensionnelle de l'acte alimentaire. En effet, selon les recommandations nutritionnelles, l'acte alimentaire est un « phénomène complexe » qui comporte des dimensions symboliques, subjectives, sociales, économiques, affectives, culturelles aussi importantes que la dimension sanitaire et biologique (25).

Selon *MIGEREL*, « En Guadeloupe, l'alimentaire fait fonction d'accueil : invite est faite à celui qui arrive à l'heure du repas. […] Manger comble de satisfaction soi-même et autrui, et implique le partage d'affects avec parents et entourage. […] La nourriture est un moyen d'expression dans les familles ; elle permet d'exercer pouvoir et contrôle ». (28)

Ainsi, les modifications alimentaires survenant dans la vie d'un diabétique, impactent nécessairement sa vie sociale mais également celle de son entourage. D'une part certaines sorties sont évitées de peur de « céder», et d'autre part la famille « subit » également une alimentation restrictive, renforçant le sentiment de « ne pas pouvoir vivre et manger comme tout le monde » ressenti par le patient.

Afin d'accompagner au mieux nos patients, il est indispensable d'adapter les recommandations nationales à l'échelon local. En outre, de nombreux aliments de la production locale sont à indice glycémique faible, et adaptés à l'alimentation du patient diabétique.

Nous l'avons vu, « l'alimentation traditionnelle » est une bonne base qu'il est possible de perfectionner, permettant de renouer avec une alimentation « plaisir ».

Il conviendrait de démocratiser ces informations, d'encourager la production agricole locale (voire même l'autoproduction dans les jardins créoles, permettant dans le même temps de favoriser l'activité physique) ; et pour aller plus loin, pourquoi ne pas envisager un livre de recettes traditionnelles pour diabétiques ?

D. Le vécu émotionnel

1. La découverte diagnostique

Dans notre étude, les patients avaient, pour la moitié d'entre eux, présenté une symptomatologie marquée et près du tiers avait été hospitalisé d'emblée. Pour autant, les réactions à la découverte de la maladie avaient été mitigées. Certains s'attendaient à devenir diabétiques, d'autres ont ressenti de la tristesse, et une bonne partie des patients avait banalisé le diagnostic.

Pour comprendre les réactions et les mécanismes en jeu à l'annonce diagnostique et dans le vécu de la maladie, il est nécessaire de comprendre quelques notions de psychologie de la santé.

Selon *FISCHER et al.,* « Pour les gens valides, le corps est oublié du fait qu'il est utilisé comme outil pour agir sur l'environnement. On a un corps, plutôt que l'on est son corps. Il ne se signale généralement à la conscience que quand il est souffrant.».(29)

L'annonce d'une maladie représente « le deuil de la santé perdue » entraînant différents mécanismes de défense que sont le choc initial, le déni, la colère, le marchandage, la réflexion/dépression puis l'acceptation. (30)

Les mécanismes de défense sont des processus psychologiques automatiques et souvent inconscients, permettant de faire face à des conflits intra-psychiques en maintenant les émotions, pensées et pulsions douloureuses dans des limites acceptables. (29)

Ceci pourrait expliquer pourquoi nos patients, comme ceux de l'étude de *PIERRON* ont réagi d'une façon « neutre » qui pourrait correspondre à un « choc initial » ou un déni. (9)

REACH propose l'instauration d'une consultation d'annonce dans le cadre du diabète, à l'instar de celles proposées pour les cancers. Les objectifs de cette consultation, qui pourrait se dérouler en plusieurs rendez-vous, seraient de « clarifier les objectifs, les moyens et l'efficacité du traitement en s'assurant que le message a été compris. Il s'agit de lutter contre le déni de la gravité de la maladie ». Le but étant de prévenir le risque de non observance. (30)

Cette éducation thérapeutique, survenant dès l'annonce, permettrait de corriger le manque de connaissance initial sur la maladie. Nos patients justifiaient avoir banalisé les choses au départ faute de connaissances sur la maladie et ses complications. Dans l'enquête *DIABASIS,* près de 80% des patients étaient en demande d'explications à l'annonce diagnostique.

Réaliser la consultation en plusieurs rendez-vous permettrait, en outre, de revoir les patients à distance du « choc initial » et d'éviter qu'ils ne se sentent livrés à eux même comme ce qui a été révélé dans l'étude de *PIERRON.(9)*

2. Le vécu au quotidien

Pour nos patients, la maladie se révélait « difficile à vivre », d'une part à cause de son caractère restrictif et contraignant, mais également en lien avec les émotions négatives qui cohabitaient au quotidien de façon ambivalente avec des émotions positives.

Malgré une maladie évoluant depuis plus de 20 ans pour la majorité d'entre eux, certains ne l'avaient pas acceptée et ressentaient de l'angoisse ou de la peur. La plupart d'entre eux s'était résigné, comme une fatalité, à « vivre avec elle ». Les références fréquentes à la mort témoignaient du « risque » lié au diabète que nos patients avaient intégré et qui pesait sur le quotidien.

La maladie, de par les profonds changements qu'elle amène, entraîne des remises en cause fondamentales des valeurs sur lesquelles reposait la vie du patient. Elle entraîne la mobilisation des ressources psychiques pour faire appel à de nouvelles valeurs qui constituent d'autres raisons de vivre. (29)

C'est en ce sens qu'il est possible d'interpréter le refus d'éducation thérapeutique sur la maladie exprimé par certains patients comme un mécanisme de défense permettant de diminuer l'angoisse de mort liée à celle-ci.

Les stratégies d'adaptation font intervenir des mécanismes cognitifs tels que le Coping qui sera conditionné par certaines caractéristiques propres à chaque patient. Ainsi les patients avec un sentiment d'autoefficacité et un soutien social perçu importants développent des mécanismes adaptatifs plus positifs face à la maladie. Ceux ayant une faible estime de soi, exprimant de l'anxiété, de la résignation, des symptômes dépressifs ou un moins bon soutien social perçu développeront des mécanismes adaptatifs moins positifs. (29)

Dans l'étude de CONSOLI et al. *« Perception et vécu émotionnel de la maladie et de ses traitements par des patients ayant un diabète de type 2 et en population générale »* de 2016, les patients exprimaient, tout comme les patients de notre étude, des émotions ambivalentes négatives et positives à la fois. « Vivre sa journée comme tout le monde » était associé à une expérience positive pour 52% des patients malgré un vécu émotionnel négatif de la maladie. (31)

Selon l'étude *DAWN2* en 2013, les patients diabétiques en France avaient un vécu émotionnel plus négatif que la moyenne des 17 autres pays ayant participé à l'étude. 15% des patients présentaient des signes de dépression, et 40% d'entre eux rapportaient une « douleur émotionnelle », un ressenti négatif de leur état de santé et une mauvaise qualité de vie. (21,32)

De plus, pour nos patients, les facteurs émotionnels tels que le « stress » pouvaient, à eux seuls, agir directement sur l'équilibre glycémique au même titre que le non respect des règles hygiéno-diététiques. Il en est de même pour les patients de l'étude de *GRUEL et al*. et ceux de l'étude de *BROWN et al*.(19,22)

Nos patients vivent dans l'espoir des progrès de la recherche scientifique permettant de « guérir définitivement » de la maladie.

Il apparaît que malgré des connaissances théoriques convenables sur la maladie, une prise en charge psychologique systématique des patients semble nécessaire. La formation des professionnels de santé est indispensable. Pourquoi ne pas proposer une prise en charge psychologique remboursée par la sécurité sociale au même titre que la prise en charge podologique ? Ou envisager la mise en place de groupes de parole de patients diabétiques avec un modérateur formé dans ce type de prise en charge ?

E. Les médicaments

Bien que jugés efficaces et nécessaires, la majorité de nos patients avait un avis négatif sur les médicaments. Le traitement était contraignant : pour certains il fallait « y penser tout le temps », pour d'autres la galénique et la quantité de comprimés posaient problème et une partie des patients avait peur des piqûres.

Nos résultats contrastent avec ceux des études de *FORTANE* et de *CONSOLI et al*. dans lesquelles le traitement par ADO était vécu positivement par les patients (10,31).

Pour une partie des nos patients, les comprimés avaient la capacité de « s'accumuler dans le corps » et devenir nocifs.

Afin de préserver leur santé, la moitié des patients arrêtait volontairement le traitement per os afin de « nettoyer le corps », parfois à l'aide de préparations à base de plantes médicinales. Cette croyance et ces pratiques sont également retrouvées dans l'étude de *GRUEL et al*. portant sur des diabétiques de Guadeloupe ainsi que dans celle de *BROWN et al*. portant sur des diabétiques afro caribéens en Angleterre. Il s'agit d'une croyance partagée dans la Caraïbe en lien avec des représentations spécifiques. (19,22)

Certains patients arrêtaient d'eux même des comprimés parce qu'ils ne comprenaient pas ou étaient en désaccord avec l'ordonnance de leur médecin. Dans l'étude *DIABASIS*, le profil des 30% de

patients inobservants au traitement comprenait, entre autres, des patients en demande d'informations et d'explications. (20)

Le passage prochain à l'insulinothérapie pour nos patients sous ADO seuls était craint, d'une part parce qu'il signifiait une aggravation de la maladie et une augmentation des contraintes (peur des piqures quotidiennes pour l'insuline et l'auto surveillance glycémique).

Le vécu de l'insulinothérapie au quotidien se révélait plutôt positif, nos patients disaient s'y être « habitués » et il s'agissait du seul traitement qu'ils n'arrêtaient pas volontairement parce qu'ils le jugeaient indispensable.

La contrainte du traitement était liée surtout aux hypoglycémies qui pouvaient survenir. Mais les patients anticipaient leur survenue, certains ayant en permanence sur eux « de quoi parer » dès les premiers symptômes, et d'autres préférant que le « sucre soit un peu plus haut que bas ».

Nos résultats sont en accord avec l'étude de *CONSOLI et al*. dans laquelle 52% des patients ont changé d'avis en positif sur le traitement après le passage à l'insuline, et le tiers des patients déclarait avoir eu une amélioration de qualité de vie. Le vécu négatif portait sur « la peur de la survenue d'une hypoglycémie ».

Dans l'étude *« L&Vous »,* 60% des patients ont trouvé l'annonce du passage à l'insuline facile à supporter. Ils se sentaient à l'aise dans la réalisation technique du geste, et 69% disaient se sentir mieux de façon générale sous insuline. Cependant, 51% d'entre eux avaient peur de la survenue d'une hypoglycémie et adoptaient des comportements d'évitement (multiplication des collations, diminution importante de la dose d'insuline, etc.). Les épisodes d'hypoglycémie exacerbaient le sentiment de dépendance.

F. Croyances et Médecine traditionnelle

1. Les représentations

Pour certains de nos patients, les médicaments étaient vus comme des « produits chimiques » qui pouvaient s'accumuler dans le corps et entraîner des pathologies. A l'opposé, les « produits naturels », tels que l'eau de coco ou les « jus naturels » avaient des vertus et des bienfaits sur la santé.

Il en est de même dans l'étude de *GRUEL et al*. et de *BROWN et al.* dans lesquelles les patients exprimaient de la méfiance envers les médicaments qui sont considérés comme potentiellement nocifs. Dans l'étude de *BROWN et al.* les patients afro-caribéens, convaincus de l'innocuité des aliments « naturels », remettaient en cause les conseils des soignants qui entraient en contradiction avec leur croyance. (19,22)

Pour nos patients, le corps doit être régulièrement « nettoyé » en interrompant le traitement et en utilisant des plantes médicinales (en tisanes, en infusions ou massages). Le « foie » est l'organe principal qui doit être épuré des toxines.

Ces représentations du corps et des maladies partagées dans la Caraïbe, sont décrites par les anthropologues *BENOIT* et *BOUGEROL* (33,34). Le corps est composé de fluides circulants -dont le sang est le plus important- et d'organes « drainés » par les fluides.

Cette conception humorale se rapproche de la conception hippocratique du corps mais s'en démarque par les rapports étroits entre l'équilibre des fluides et le monde des morts.

Il s'agirait de représentations « Créoles » du monde et du corps nées du brassage de croyances amérindiennes, africaines et européennes à la période esclavagiste.

D'une manière générale, il existe 2 origines possibles aux maladies : les maladies du Bon Dieu (ou maladies naturelles) en lien avec le déséquilibre des humeurs/fluides ; et les maladies « envoyées » dues à un acte de sorcellerie. Le corps est considéré perméable et les maladies d'origine externe. Les pratiques de prévention et protection sont le socle de la médecine traditionnelle.

Dans les maladies « naturelles », le passage brutal d'un état chaud à un état froid entraîne une « imprudence » et est la source de nombreuses maladies. Les activités de la journée et l'alimentation sont organisées des activités froides en début de journée vers les activités chaudes en fin de journée. Ceci expliquerait pourquoi, dans notre étude, les infusions étaient principalement utilisées le soir. Dans l'étude de *GRUEL et al.*(19), les patients disaient de l'insuline qu'il s'agissait d'un traitement « froid », à ne pas administrer quand le sang est « chaud ».

Le sang, lorsqu'il est « chaud » comme dans les « coups de colère » ou lorsque l'on reste trop longtemps au soleil, entraîne des pathologies et fait « monter la tension ». Celle-ci (qui désigne également l'hypertension en créole) est liée à une mauvaise circulation du sang.

Dans les « chocs émotionnels » ou évènements affectifs violents, le sang monte à la tête entraînant un déséquilibre de répartition.

Les fluides corporels peuvent se charger en toxines qui s'encrassent dans les organes du corps et singulièrement le foie, et doivent être « nettoyés » régulièrement. (33,34).

Les plantes médicinales sont à la base de la thérapeutique, permettant de rétablir l'équilibre perdu entre le chaud et le froid et de nettoyer le corps.

Nos patients que l'on pourrait qualifier d'inobservants au traitement, sont en réalité inquiets pour leur santé qu'ils cherchent à préserver.

2. Les plantes médicinales

Les plantes médicinales font partie intégrante de la vie quotidienne de nos patients, qu'il s'agisse de « préserver la santé » ou de soigner des « petits maux » ou des maladies chroniques. Les plantes « amères » sont réputées pour le traitement du diabète ou de l'hypertension. Ceci est également retrouvé dans l'étude de *HIGGINBOTOM* concernant l'usage des plantes médicinales chez des patients d'origine jamaïcaine en traitement de l'hypertension en Angleterre(35).

Les plantes médicinales les plus citées par nos patients étaient : Liane Serpent (*Tinospora crispa L.)*, le Paroka (*Momordica charentia Linn.)*, le Caillemite (*Chrysophyllum cainito L.)*, la Grenn anba fèy (*Phillantus amarus S. et T.)* et l'Aloès (*Aloë vera L*.).

Parmi celles-ci, certaines possèdent des propriétés antidiabétiques, antihypertensives et hypolipémiantes confirmées par plusieurs études. La thèse de pharmacie de *OSMAR* (36) en expose quelques résultats. Il est possible de citer :

- La Liane Serpent *Tinospora crispa L.* possède une action insulinotrope par stimulation de la recapture du calcium extracellulaire, provoquant une augmentation de la concentration intracellulaire dans les cellules ß des îlots de Langerhans.

- La Grenn anba fèy *Phillantus amarus S et T.* qui entraîne une diminution de l'absorption intestinale de glucides par une inhibition de l'alpha-amylase. Elle possède également des propriétés hypolipémiantes par l'inhibition de la biosynthèse hépatique du cholestérol, augmentation de l'activité de la lécithine cholestérol acyl-transférase (LCAT) et stimulation du catabolisme hépatique des LDL-cholestérol. De plus, il existe une augmentation des taux de HDL-cholestérol sériques liée à la stimulation de l'activité de la LCAT.

- Le paroka *Momordica charentia Linn.* possède plusieurs propriétés :

  - diminution de l'absorption intestinale des glucides par inhibition de l'activité alpha glucosidase,
  - stimulation de la translocation du récepteur GLUT-4 entraînant une stimulation de l'entrée du glucose cellulaire et une augmentation de l'activité AMPK
  - action agoniste sur les récepteurs PPARγ entraînant une diminution de l'insulinorésistance
  - action cytoprotectrice sur les cellules Beta des ilots de Langerhans
  - action hypocholestérolémiante et hypotriglycéridémiante.

Le programme TRAMIL (Programme de recherche appliquée à l'usage populaire des plantes médicinales dans la Caraïbe) travaille à la validation, la préservation et la valorisation scientifique de ces savoirs traditionnels de la caraïbe, menacés de disparition. Plusieurs ouvrages ont déjà été édités (9,10).

De plus, l'APLAMEDAROM (Association pour les Plantes Médicinales et Aromatiques de Guadeloupe) et le programme TRAMIL, ont contribué à l'intégration d'une quarantaine de plantes médicinales et aromatiques des Antilles dans la Pharmacopée Française depuis 2013. Ceci autorise leur vente en pharmacie et leur utilisation dans l'élaboration de médicaments par l'industrie pharmaceutique.

Le Paroka, la Grenn anba fèy et la Liane serpent, citées dans notre étude, sont intégrées dans la pharmacopée française (39,40). Mais la Liane serpent figure sur la liste B des plantes médicinales ayant des effets indésirables potentiels supérieurs au bénéfice thérapeutique attendu (40).

La vulgarisation du savoir sur les plantes médicinales dans les médias ou dans des manifestations publiques ; ainsi que la vente en pharmacie de ville de préparations à base de plantes médicinales relevées par nos patients , telles que l'Herbe à pik (Neurolaena lobata L.) ou le Noni (Morinda citrifolia L.); contribue à un regain d'intérêt pour cet usage, négligé durant quelques années.

A l'instar des patients des études de *GRUEL et al*. et d'*OSMAR*, la majorité de nos patients souhaiterait pouvoir utiliser celles-ci dans le cadre du traitement de leur diabète. (19,36)

Cependant le dosage reste problématique pour la quasi-totalité de nos patients. Les études citées par OSMAR (36) relevaient des effets toxiques (principalement hépatiques et rénaux) et des effets indésirables potentiels (notamment des hypoglycémies) des plantes étudiées.

Il est donc, pour l'heure, et en l'absence d'études supplémentaires, déconseillé aux patients d'utiliser les plantes médicinales et les médicaments antidiabétiques de façon concomitante. Il en est de même pour un usage prolongé dans le cadre d'une maladie chronique telle que le diabète. (36)

Nous ne pouvons qu'encourager la poursuite d'études cliniques dans le domaine. Il s'agit d'une piste importante d'amélioration du contrôle du diabète chez nos patients. C'est le constat que font également *GRUEL* et *OSMAR.* (19,36)

La plupart des patients se procurait les plantes médicinales dans leur jardin personnel ou celui de l'entourage. Il en est de même dans les études de *HIGGINBOTOM et al. et OSMAR.* (35,36)

La tradition du jardin créole explicitée par les anthropologues BENOIT et BOUGEROL se perpétue, d'autant que la vente de certaines plantes n'est pas autorisée en officine.(33,34)

Aborder le sujet avec les patients diabétiques, tout en respectant leurs croyances et représentations, permettrait d'améliorer la relation médecin-patient en facilitant la communication. Car, dans notre étude, certains patients pensaient que le médecin aurait un avis négatif sur la question s'ils lui en parlaient.

3. Le magico-religieux

Pour l'anthropologue *BENOIT*, selon les croyances, lorsqu'une maladie ne guérit pas rapidement ou est accompagnée de malheurs (par exemple accidents de la route, perte de travail, etc.) ou lorsqu'il s'agit d'affections cutanées chroniques (par exemple le « gwo pyé »), l'origine surnaturelle est suspectée. (34)

Pour *DUCOSSON et al.* le magico-religieux est un langage caché, constituant un système imaginaire et symbolique cohérent, qui resurgit dans des périodes difficiles (échec familial, scolaire, chômage, maladie, etc.) et permet aux gens d'analyser et comprendre la vie au quotidien. (41)

C'est dans un environnement empreint de croyances magiques que certains patients ont abordé, avec précaution, l'origine magique de la plaie diabétique dans les études de *GRUEL et al.* et *PIERRON.* (9,19)

Les croyances magico-religieuses étaient présentes chez la plupart de nos patients. Certains disaient savoir que le bien et le mal existent, 2 autres patients déclaraient avoir des dons surnaturels et 1 patiente avait déclaré avoir déjà consulté un « gadèzafè » (séancier). Mais pour eux, la sorcellerie n'avait aucune implication dans l'apparition ou l'évolution de leur diabète.

Nos résultats suggèreraient que les campagnes d'information et d'éducation thérapeutique portent leurs fruits, ou que la plaie du pied diabétique, cible spécifique d'un acte de sorcellerie, est considérée comme une entité indépendante n'ayant aucun lien avec le diabète.

La plupart des patients témoignaient de leur foi en Dieu comme d'un pilier dans leur vie. Ils y puisaient la force pour vivre avec la maladie et s'en remettaient à Dieu concernant l'évolution de leur diabète, sans que cela ne soit en opposition avec la mise en œuvre de mesures actives en faveur de leur santé. Il en est de même dans l'étude de *BROWN* chez des patients afro-caribéens du Royaume Uni. (22)

G. Relation médecin-patient

Nos patients appréciaient leur médecin traitant à qui ils accordaient leur confiance. Certains exprimaient des difficultés de communication lors de la consultation : tous les sujets ne pouvaient pas être abordés, certaines choses étaient parfois cachées, et les « réprimandes » étaient fréquentes. Il en est de même dans l'étude de *FORTANE* où les patients attendaient les résultats du bilan trimestriel et la réaction de leur médecin « comme un élève lors de la remise de son bulletin ». Dans son étude, quelques patients avaient plus de pudeur à aborder certains sujets, et d'autres voulaient se « sentir à l'aise » pour se confier. (10)

Dans l'échange entre le médecin et son patient, l'attitude du professionnel est primordiale. Selon *FISCHER et al.* , le malade qui remet sa santé et souvent sa vie entre les mains du professionnel de santé cherche à trouver des éléments psychoaffectifs qui vont le rassurer. Ainsi, une attitude positive, exprimer de la chaleur humaine, de l'empathie, donner le sentiment de se préoccuper vraiment de son patient, et l'encourager sont autant d'éléments qui contribuent à améliorer la relation et favoriser l'observance thérapeutique chez le patient. (29)

Nos patients appréciaient tout particulièrement lorsque leur médecin les valorisait, ce qui les remotivait à respecter les règles hygiéno-diététiques.

Dans la méta-analyse de *BROWN et al.* il apparaît que les facteurs les plus significatifs agissant positivement sur le contrôle glycémique sont le sentiment d'autoefficacité et l'observance au régime. (42)

En outre, plusieurs éléments nous ont interpellé chez nos patients :

Premièrement, le tiers pensait que son diabète était équilibré. Comment l'expliquer ? S'agit-il d'un manque de communication et d'explications de la part du médecin ? Ou s'agit-il d'une dénégation de la part du patient puisque la moitié d'entre eux connaissait les seuils des paramètres glycémiques et les 2/3 disaient se faire réprimander par leur médecin.

Deuxièmement, la moitié des patients ne se savait pas atteinte de complications ou ne faisait pas le lien avec le diabète. S'agit-il de dénégation ou d'un défaut de compréhension ?

Troisièmement, les patients n'osaient pas poser des questions lors de la consultation, ou ne voulaient pas en poser. S'agit-il là encore de patients en dénégation ayant peur des réponses ? ou s'agit-il de patients mal à l'aise face à leur médecin ?

Quelles qu'en soient les véritables raisons, il apparait important que le médecin s'assure que les informations échangées lors de la consultation ont bien été comprises par le patient.

Selon *FISCHER*, des études ont montré qu'environ 40% de ce qui se dit pendant la consultation est immédiatement oublié ; et lorsque les propos du médecin ne paraissent pas clairs, 40% seulement des informations sont comprises. (29)

C'est en ce sens que *REACH* prône une consultation d'annonce à la découverte de la maladie, permettant de s'assurer des messages compris et retenus. (30)

L'enjeu est important puisque selon l'étude *ENTRED*, 39% seulement des patients diabétiques avaient une bonne observance au traitement et il existait une relation statistiquement significative entre faible contrôle du diabète/faible adhérence au traitement/présence de complications vasculaires. (43)

Face à des patients parfois mal à l'aise ou qui n'osent pas poser des questions, le médecin traitant pourrait spontanément aborder certaines thématiques comme le vécu des médicaments, le retentissement de la maladie dans les différents domaines de la vie quotidienne, mais aussi l'impact psychoaffectif de celle-ci.

Selon la méta-analyse de *BROWN et al.* la dépression était défavorablement associée à tous les déterminants du contrôle glycémique. (42)

Selon l'étude *DAWN2*, 45% des patients estimaient que la recherche des difficultés psychologiques par les soignants (médecins et infirmiers) était insuffisante, alors que les soignants avaient un avis positif sur leur pratique. 29% des médecins pensaient que le personnel s'occupant des diabétiques devrait recevoir une formation spécifique en communication et thérapie motivationnelle et ils étaient 26% à souhaiter l'amélioration de l'accès aux psychologues et psychiatres de ville. (21)

Dans l'étude de *PIERRON,* les patients attendaient davantage de dialogue ou de considération autour du vécu. (9)

En outre, nos patients ne comprenaient pas ou étaient en désaccord avec leur ordonnance de médicaments. Certains jugeaient inutiles des médicaments dont ils ne saisissaient pas l'indication en prévention primaire ou secondaire. Nos résultats sont en accord avec l'étude *ENTRED* dans laquelle le profil des patients non observants comprenait des patient en demande de plus d'information sur leur traitement. (43)

Pour *MOSNIER-PUDAR*, l'alliance thérapeutique, dans laquelle le médecin prescripteur et le patient passent un accord mutuel sur les moyens et les actions à mettre en place pour vivre avec la maladie est la relation qui devrait prévaloir à l'heure actuelle. L'autorité du médecin est remplacée par de l'information et de la compréhension qui favorisent l'action. L'autonomie du patient est renforcée.(44)

En somme, l'observance thérapeutique passe nécessairement par une relation médecin-malade optimale et par la formation des médecins au suivi psychologique et aux thérapies motivationnelles.

H. Synthèse/Profil type du patient avec un diabète déséquilibré selon notre étude

C'est un patient marié, vivant à la campagne, âgé de 62 ans, inactif ou retraité, ancien ouvrier ou salarié.

Son diabète évolue depuis plus de 20 ans, son HbA1c moyenne est de 9%.

Son traitement comporte : ADO + insuline. Il présente une HTA associée.

Les complications du diabète sont : dysfonction érectile si c'est un homme, AVC et/ou rétinopathie diabétique.

C'est un patient qui pense que son diabète est lié à l'alimentation et l'hérédité mais qui s'est déclenché suite à un facteur émotionnel (coup de colère, choc émotionnel).

Il a des connaissances sur la maladie supérieures aux patients des autres études, mais qui méritent d'être approfondies :

Il connaît les causes de la maladie, il sait le pancréas impliqué dans le diabète mais n'en connaît pas le mécanisme avec précision. Il connaît les seuils des paramètres du contrôle glycémiques (GAJ ou HbA1c).

Certaines complications de la maladie sont mieux connues que d'autres (ophtalmologique, rénale, pied, troubles sexuels), et il ne fait pas lien entre son diabète et certaines de ses complications (notamment neuropathie diabétique, AVC).

Il connaît les règles hygiéno-diététiques à suivre, son activité physique privilégiée est le jardinage, l'élevage ou la marche.

Ses principales sources d'information sont son entourage et les médias.

C'est une maladie « difficile à vivre », qu'il considère contraignante et restrictive, en particulier concernant l'alimentation dont le « rationnement » est le maitre mot.

Il va faire des « écarts à son régime » dans des périodes où il perd la motivation et qu'il a envie de « vivre comme tout le monde » et de « se faire plaisir ». Il aime manger des produits locaux, notamment des « produits naturels » qu'il pense inoffensifs vis à vis du diabète.

Il juge les médicaments nécessaires et efficaces, mais il ne les apprécie pas. Il pense qu'ils sont nocifs et s'accumulent dans le corps. C'est pourquoi il va interrompre temporairement et volontairement son traitement pour se « nettoyer le corps » en utilisant des plantes médicinales qu'il a pour habitude d'utiliser régulièrement.

D'ailleurs, il aurait aimé pourvoir les utiliser en toute sécurité et de manière encadrée dans son diabète.

Il avait banalisé l'annonce à la découverte du diabète parce qu'il ne connaissait pas très bien la maladie et ses complications ou parce qu'il était dans la phase du « choc initial ».

Le vécu au quotidien est négatif avec angoisse, peur des complications, sentiment d'insécurité et fatalité qui prédominent, au point d'être résigné et que « moins j'en sais, mieux je me porte » lui permettent de supporter la maladie. Celle-ci entraîne une désocialisation surtout dans l'évitement des sorties et activités à risque de tentation alimentaire. Les facteurs émotionnels agissent sur le contrôle glycémique au même titre que les mesures hygiéno-diététiques.

Le passage à l'insuline est redouté, d'une part parce qu'il signifie une étape ou une aggravation dans la maladie, mais également par peur des piqûres et des contraintes. Une fois « habitué », le vécu de l'insulinothérapie est plutôt positif, à l'exception des hypoglycémies, si bien qu'il s'agit du seul traitement qu'il n'interrompra pas.

Il a de l'estime pour son médecin traitant en qui il a confiance, malgré les « réprimandes » fréquentes. Il apprécie tout particulièrement lorsque celui-ci le valorise ou l'encourage.

Les croyances magico-religieuses sont présentes, mais ne constituent pas un obstacle à la prise en charge de la maladie chez ce patient n'ayant pas de plaie du pied. Il remet son destin dans les mains de Dieu, mais il sait que l'amélioration de son diabète viendra de ses efforts personnels.

Bien qu'il se soit « habitué » à la maladie, il a espoir que la recherche scientifique permettra une guérison définitive.

CONCLUSION

Notre étude réalisée en Créole et portant sur des patients diabétiques déséquilibrés a permis de déterminer plusieurs freins dans l'observance thérapeutique au diabète de type 2 en Guadeloupe.

Certains facteurs déjà identifiés par d'autres études sont retrouvés :

La maladie est contraignante avec un impact important sur l'alimentation ;

L'importance des « chocs émotionnels » et « coups de colère » dans son apparition ;

La place de la médecine traditionnelle associée à la médecine occidentale.

Certains facteurs sont confirmés par notre étude :

Les croyances autour du fonctionnement du corps et de la nocivité des médicaments sont à l'origine d'un arrêt volontaire dans la thérapeutique.

Notre enquête a permis de découvrir de nouveaux éléments :

La non observance thérapeutique n'est pas corrélée uniquement au niveau de connaissances sur la maladie puisque nos patients avaient un niveau convenable.

Le vécu de la maladie au quotidien est négatif avec des mécanismes de défense psychoaffectifs justifiant, à notre sens, un suivi psychologique systématique et remboursé, ainsi que la formation des professionnels de santé à ce type de prises en charge.

L'importance de la relation médecin-malade et de la prise en charge holistique du patient pour améliorer l'observance thérapeutique.

Nous émettons l'hypothèse que les croyances magico-religieuses dans le diabète ne se manifesteraient qu'à compter de l'apparition de la plaie du pied.

Ces freins méritent d'être confirmés par une étude quantitative à plus grande échelle pour être généralisables à la population ciblée des diabétiques déséquilibrés en Guadeloupe.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Global report on diabetes [Internet]. 2016 [cité 9 mai 2016]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf

2. CNAMTS/DSES/DEPP & DEOS. Personnes prises en charge pour diabète en 2015. Fiche pathologie [Internet]. [cité 6 nov 2017]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Diabete_2015.pdf

3. Institut de veille sanitaire (France). Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France: synthèse épidémiologique. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2010.

4. Observatoire régional de la santé de Guadeloupe ORSaG. Les données sur le diabète en Guadeloupe [Internet]. 2015 nov [cité 10 oct 2017] p. 16. Disponible sur: http://www.orsag.fr/diabete/316-diabete-guadeloupe.html

5. Observatoire régional de la santé de Guadeloupe ORSaG. Le diabète en Guadeloupe en 2013. KANNARI, Santé, nutrition et exposition au chlordécone aux Antilles. [Internet]. 2017 [cité 25 oct 2017] p. 16. Disponible sur: http://www.orsag.fr/index.php?option=com_k2&Itemid=531&id=470_c3f85e0f2232f958b1bb53c751e4541e&lang=fr&task=download&view=item

6. Mandereau-Bruno L, Denis P, Fagot-Campagna A, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en 2012. Bull Epidémiologique Hebd. (30-31):493-9.

7. Sportouch D. Faible contrôle du diabète en population défavorisée aux antilles françaises : la couverture sanitaire universelle ne suffit (toujours) pas. [Thèse de médecine]. Université des Antilles et de la Guyane; 2015.

8. Observatoire régional de la santé de Guadeloupe ORSaG. Surcharge pondérale et obésité abdominale en Guadeloupe en 2013. Enquête Kannari santé, nutrition et exposition au chlordécone aux Antilles [Internet]. [cité 12 oct 2017] p. 4. Disponible sur: http://www.orsag.fr/index.php?option=com_k2&Itemid=531&id=453_dc77eb9b322d5128fa6db9ca8fd76fff&lang=fr&task=download&view=item

9. PIERRON J. Vécu de patients diabétiques de type 2 de grade podologique 2 et 3 en Guadeloupe. Etude qualitative. [Thèse de médecine]. Université des Antilles; 2016.

10. FORTANE A. Ressentis des patients diabétiques de type II en population guadeloupéenne. Une étude qualitative [Thèse de médecine]. Université des Antilles; 2017.

11. Haute Autorité de Santé HAS. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète. [Internet]. 2014 [cité 26 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/7v_referentiel_2clics_diabete_060215.pdf

12. Haute Autorité de Santé HAS. Diabète de type 2 de l'adulte. Guide parcours de soins. [Internet]. 2014 [cité 26 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf

13. Haute Autorité de Santé HAS, Agence Nationale de Sécurité du Médicament ANSM. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 - Recommandation de bonne pratique [Internet]. 2013 janv [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reco2clics__diabete_type_2.pdf

14. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine; [Paris: GM Santé ; CNGE; 2011.

15. Insee Service régional de Guadeloupe. Recensement de la population en Guadeloupe - 402 119 habitants au 1er Janvier 2013. Insee Flash Guadeloupe [Internet]. 29 déc 2015 [cité 28 nov 2016];(30). Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/1895182/ga_inf_30.pdf

16. Annuaire santé d'ameli.fr : trouver un médecin, un hôpital... [Internet]. [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: http://annuairesante.ameli.fr/

17. Base Sirene des entreprises et de leurs établissements (SIREN, SIRET) - Data.gouv.fr [Internet]. [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: /fr/datasets/base-sirene-des-entreprises-et-de-leurs-etablissements-siren-siret/

18. Bernini-Montbrand D, Ludwig R, éditeurs. Dictionnaire créole français (Guadeloupe): avec un lexique français/créole, les comparaisons courantes, les locutions, plus de 1000 proverbes, un abrégé de grammaire. Quatrième édition, revue, corrigée et augmentée par Danièle Bernini-Montbrand et Hector Poullet. Chevagny-sur-Guye: Orphie; 2012. 563 p.

19. Gruel C, Alexis S, Alexis-Valmorin C. Représentations du diabète chez les patients aux Antilles. Journées Antillaises de Diabétologie et Endocrinologie JADE; 2015 janv 15.

20. Virally M, Hochberg G, Eschwège E, Dejager S, Mosnier-Pudar H, Pexoto O, et al. Enquête Diabasis: comment le patient diabétique perçoit son traitement et son suivi?: Diabasis survey: How the diabetic patient perceives his treatment and follow-up? Médecine Mal Métaboliques. 2009;3(5):538–543.

21. Halimi S, Reach G. Comment a été conduite l'étude DAWN2™? Données françaises. Comparaisons avec les autres pays. Médecine Mal Métaboliques. 2013;7:S5–S16.

22. Brown K, Avis M, Hubbard M. Health beliefs of African–Caribbean people with type 2 diabetes: a qualitative study. Br J Gen Pr. 2007;57(539):461–469.

23. Virally M, Hochberg G, Eschwège E, Dejager S, Mosnier-Pudar H, Pexoto O, et al. Enquête Diabasis: perception et vécu du diabète par les patients diabétiques: Diabasis survey: Patients' life experience and perception of the disease. Médecine Mal Métaboliques. 2009;3(6):620–623.

24. Duclos M, Oppert J-M, Vergès B, Coliche V, Gautier J-F, Guezennec C-Y, et al. Activité physique et diabète de type 2: Référentiel de la Société francophone du diabète (SFD), 2011. Médecine Mal Métaboliques. 1 févr 2012;6(1):80-96.

25. Société francophone du diabète SFD paramédical, Association française des diététiciens nutritionnistes AFDN. Référentiel de bonnes pratiques : Nutrition & Diététique. Diabète de type 2 de l'adulte : Nutrition – Alimentation – Comportement alimentaire – Éducation thérapeutique – Évaluation des pratiques. Médecine Mal Métaboliques. 2014;8 (Hors-série 1):1-75.

26. Observatoire régional de la santé de Guadeloupe ORSaG. Consommations alimentaires en Guadeloupe. Enquête Comportements alimentaires et perceptions de l'alimentation en Guadeloupe

en 2010. [Internet]. 2011 déc [cité 11 oct 2017] p. 16. Disponible sur: http://www.orsag.fr/index.php?option=com_k2&id=51_bd57bb330ef5374dfb765b07f439668d&lang=fr&task=download&view=item

27. Observatoire régional de la santé de Guadeloupe ORSaG. Typologie des comportements alimentaires en Guadeloupe. Enquête Comportements alimentaires et perceptions de l'alimentation en Guadeloupe en 2010 [Internet]. [cité 12 oct 2017] p. 8. Disponible sur: http://www.orsag.fr/index.php?option=com_k2&Itemid=559&id=48_35c426398876d51d45abdb04c828f9b1&lang=fr&task=download&view=item

28. Migerel H. Mots de morne en miettes: la Guadeloupe, l'âme à nu. Pointe-À-Pitre: Ed. Jasor; 2001. 198 p.

29. Fischer G-N, Tarquinio C. Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. Paris: Dunod; 2014.

30. Reach G. Une consultation d'annonce dans le diabète de type 2? Médecine Mal Métaboliques. 2014;8(3):335–339.

31. Consoli S-M, Barthélémy L, Idtaleb L, Le Pape G, Fraysse M, Dugardin N, et al. Perception et vécu émotionnel de la maladie et de ses traitements par des patients ayant un diabète de type 2 et en population générale. Médecine Mal Métaboliques. 1 juin 2016;10(4):364-75.

32. Consoli S-M. Qualité de vie, impact émotionnel et fardeau ressenti par les personnes vivant avec un diabète et leurs proches, dans l'étude DAWN2 TM. Médecine Mal Métaboliques. 2013;7:S17–S24.

33. Bougerol C. La médecine populaire à la Guadeloupe. Paris: Karthala; 1983. 175 p.

34. Benoît C. Corps, jardins, mémoires: anthropologie du corps et de l'espace à la Guadeloupe. Paris : Paris: CNRS ; Maison des sciences de l'homme; 2000. 309 p. (Chemins de l'ethnologie).

35. Higginbottom G, Mathers N. The use of herbal remedies to promote general wellbeing by individuals of African-Caribbean origin in England. Divers Health Soc Care. 2006;3(2).

36. Osmar T. Education thérapeutique des diabétiques de type 2 en Guadeloupe : enquête au

sein de la structure éducative du centre hospitalier de Basse- Terre, place de la nutrition locale et de la médecine traditionnelle, rôle du pharmacien d'officine [Thèse de pharmacie]. Université Victor Segalen Bordeaux 2; 2010.

37. TRAMIL | Programme de recherche appliquée à l'usage populaire des plantes médicinales dans la Caraïbe [Internet]. [cité 16 mars 2017]. Disponible sur: http://www.tramil.net/

38. Germosén-Robineau L, TRAMIL. Pharmacopée végétale caribéenne. Saint-Domingue(R.D.): Ed. Josué; 2007.

39. ANSM. Liste A des plantes médicinales utilisées traditionnellement. Pharmacopée française [Internet]. [cité 24 oct 2017]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9efaa71075f10658632e2dbbd7b95c73.pdf

40. ANSM. Liste B des plantes médicinales utilisées traditionnellement ou en l'état ou sous forme de préparation dont les effets indésirables potentiels sont supérieurs au bénéfice thérapeutique attendu. Pharmacopée française [Internet]. [cité 24 oct 2017]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/f451da022a173c9f6d9e9b529ac57636.pdf

41. Ducosson P, Flagie A, Hurbon L, Poinin F. Inadaptations et conduites magico-religieuses. In: Actes du 1er séminaire inter-caraïbe sur l'inadaptation juvénile. Pointe-À-Pitre: SCEP; 1981. p. 226-42.

42. Brown SA, García AA, Brown A, Becker BJ, Conn VS, Ramírez G, et al. Biobehavioral determinants of glycemic control in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. Patient Educ Couns [Internet]. [cité 12 avr 2016]; Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399116301422

43. Tiv M, Viel J-F, Mauny F, Eschwège E, Weill A, Fournier C, et al. Medication Adherence in Type 2 Diabetes: The ENTRED Study 2007, a French Population-Based Study. PLOS ONE. 5 mars 2012;7(3):e32412.

44. Mosnier-Pudar H. Pourquoi les patients ne suivent-ils pas nécessairement les conseils que nous leur donnons? L'éducation thérapeutique est-elle une réponse au problème d'observance?: Why patients don't follow necessarily our advices? Is therapeutic education the answer to the problem of compliance? Médecine Mal Métaboliques. 2012;6(1):66–71.

ANNEXE 1 : Avis du CCTIRS

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

DIRECTION GENERALE DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Comité consultatif sur le traitement de l'information
en matière de recherche dans le domaine de la santé

Dossier n° 16-894

Intitulé de la demande : **Quels sont les freins à l'observance thérapeutique du diabète de type 2 en Guadeloupe ? Une étude qualitative.**

Responsable scientifique : **Valérie LOMBION**
CHU de Guadeloupe
3 Chemins vieux bourg - chemin de Lemesle
97111 MORNE à l'EAU

Demandeur : **Jeannie HÉLÈNE-PELAGE**
Faculté de médecine des Antilles Hyacinthe Bastaraud
Campus de Fouillole
BP 145
97154 POINTE à PITRE Cedex

Dossier reçu le : 7 novembre 2016

Dossier examiné le : **15 décembre 2016**

Avis du Comité consultatif :

Avis favorable

Toutefois, le comité demande de prendre en compte les remarques suivantes :
- Préciser dans le protocole comment sont recrutés les médecins généralistes.
- Le nom de la personne auprès de laquelle le patient peut faire valoriser ses droits de retrait, de rectification doit figurer dans la note d'information.
- Dans le cas d'une étude observationnelle, le recueil d'un consentement n'est pas obligatoire, le recueil d'une non-opposition suffit.

Fait à Paris, le 21 décembre 2016

Jean-Louis Serre
Président du Comité consultatif

1, rue Descartes – 75231 Paris Cedex 05
http://ww.recherche.gouv.fr

ANNEXE 2 : Autorisation de la CNIL

CNIL.
3 Place de Fontenoy - 75334 PARIS Cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

2024580 v 0

du 11 janvier 2017

Madame SAMYDE Manuella
FACULTE DE MEDECINE DES ANTILLES
CAMPUS DE FOUILLOLE BP 145
97154 POINTE-A-PITRE CEDEX

A LIRE IMPERATIVEMENT
La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.
La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :
1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
2) La pertinence des données traitées,
3) La conservation pendant une durée limitée des données,
4) La sécurité et la confidentialité des données,
5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.
Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : FACULTE DE MEDECINE DES ANTILLES

Service : DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Adresse : CAMPUS DE FOUILLOLE BP 145

Code postal : 97154
Ville : POINTE-A-PITRE CEDEX

N° SIREN ou SIRET :
199715855 00011

Code NAF ou APE :
8542Z

Tél. : 0690481412
Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 11 janvier 2017
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

ANNEXE 3 : Document d'invitation aux médecins

SAMYDE Manuella
0690 09 24 03
manuella.samyde@gmail.com

Pointe A-Pître, le

COURRIER D'INVITATION

A L'ATTENTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Bonjour,

Je suis interne de Médecine Générale, et dans le cadre de ma thèse d'exercice intitulée ***Quels sont les freins à l'observance thérapeutique du diabète de type 2 en Guadeloupe? Une étude qualitative***, je sollicite votre participation pour le recrutement des patients de l'étude.

La finalité de cette enquête est d'identifier et analyser des facteurs liés à la non observance thérapeutique chez les patients diabétiques de type 2 en Guadeloupe.

Il s'agira pour cela de :

- Sélectionner parmi votre patientèle, 2 patients volontaires répondant aux critères.
- Avec leur accord, de me communiquer leurs coordonnées.
- Ainsi que quelques données médicales : taux d'HbA1c, durée d'évolution de la maladie, comorbidités et complications. (cf formulaire type en annexe).

Méthodologie de l'étude:

- Critères d'inclusion :
  - Adultes,
  - Diabétiques de type 2 (insulino - requérant ou non)
  - Non contrôlé depuis au moins 9 mois (3 mesures d'HbA1C hors cible)
  - **autonomes** (si possible) dans la gestion de leur traitement
  - présence ou absence de comorbidité cardio-vasculaire associée
  - diabète avec ou sans complications
- Thèse qualitative : entretiens semi directifs d'une durée prévisible de 30 minutes avec enregistrement audio, réalisés au domicile du patient.
- Données recueillies traitées de façon confidentielle
- Recueil du consentement des patients

Directrices de thèses : Pr HELENE PELAGE Jeannie, Coordonnateur du DES de Médecine Générale Faculté des Antilles

Dr LOMBION Valérie, Praticien Contractuel Service Douleur et Soins Palliatifs CHU de PPA

A l'issue de l'étude les résultats vous seront communiqués.
Je vous remercie de votre collaboration, et vous prie de recevoir l'expression de mes salutations respectueuses.

SAMYDE Manuella

ANNEXE 4 : Formulaire à remplir par les médecins

NOM DU MEDECIN : Dr

FORMULAIRE PATIENT N°1 A REMPLIR :

- NOM…….
- PRÉNOM : ……..
- Numéro(s) de téléphone : ……
- Durée d'évolution de la maladie : ……..
- Taux d'HbA1c n°1: …….
- Taux d'HbA1c n°2: …….
- Taux d'HbA1c n°3: …….
- Insulinothérapie : oui non
- Comorbidités cardio-vasculaires (cocher les bonnes réponses):

  HTA ☐ Dyslipidémie ☐ Insuffisance rénale ☐ Tabagisme ☐

  Cardiopathie ☐ Maladie thrombo-embolique ☐ athéromatose ☐

- Complications liées au diabète :

  AVC ☐ Maladie thrombo-embolique ☐ infarctus du myocarde ☐

  insuffisance rénale ☐ Neuropathie ☐ troubles sexuels ☐

  Rétinopathie diabétique ☐ athéromatose ☐

- Consentement oral du patient à communiquer des données de son dossier médical :

  oui non

- Commentaire(s): …….

ANNEXE 5 : lettre d'information aux patients

SAMYDE Manuella
0690 09 24 03
manuella.samyde@gmail.com

LETTRE D'INFORMATION DESTINEE

AUX PATIENTS

Pointe-A-Pître, le 30 Septembre 2016

TITRE DE LA RECHERCHE : Quels sont les freins à l'observance thérapeutique du diabète de type 2 en Guadeloupe? Une étude qualitative.

Madame, Monsieur,

Je suis interne de Médecine Générale à la Faculté de Médecine des Antilles et je prépare une étude autour du diabète de type 2.
Je vous propose de participer à cette étude afin d'échanger à propos de cette maladie.

Votre participation est volontaire, c'est à dire que vous avez le choix d'accepter ou de refuser, sans aucune conséquence sur la relation avec votre médecin traitant.

Si vous acceptez, nous allons procéder à un entretien, d'une durée d'environ 30minutes, dans lequel je vais vous poser quelques questions. L'entretien sera enregistré afin de faciliter mon travail de recherche.

Vous pouvez vous exprimer sans crainte. Toutes les données recueillies seront analysées de manière confidentielle, détruites à la fin de la recherche ; et votre médecin traitant ne sera pas informé de ce que vous me confierez.

Vous disposez d'un droit de retrait à tout moment et de consultation, rectification ou destruction de vos données durant l'étude. Pour cela vous pouvez me contacter par mail ou téléphone :

SAMYDE Manuella
Tel mobile : 0690 09 24 03
Mail : manuella.samyde@gmail.com

Si vous le souhaitez, à la fin de l'étude, je vous ferai parvenir le travail final.

Je vous remercie de votre participation.

ANNEXE 6 : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

QUELS SONT LES FREINS À L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE DU DIABETE DE TYPE 2 EN GUADELOUPE? UNE ETUDE QUALITATIVE

RECUEIL DES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS :

- Age
- Situation professionnelle
- Situation familiale
- Lieu de résidence (commune, rural/urbain)
- Taux d'hémoglobine glyquée
- Durée d'évolution de la maladie
- Comorbidités cardiovasculaires
- Insulinothérapie oui/non
- Complications liées au diabète
- Dernière ordonnance

ENTRETIEN :

QUESTION 1 : Parlez moi du diabète ?/ Ka ou pé di mwen si maladi a sik la ?

- Connaissances sur la maladie (origine, facteur déclenchant, symptômes, évolution, représentations/croyances)
- Vécu émotionnel/ mécanismes de défense et adaptation à la maladie / *An ki jan ou rivé fè kò èvè maladi la ?*
- Retentissement familial, économique, professionnel et soutien social perçu

QUESTION 2 : Et le traitement ?/*« Et les cachets ? », é sé kaché la ?*

- A propos du traitement médicamenteux
- A propos du régime alimentaire
- A propos de l'activité physique
- Relation médecin-malade/ Ka mèdsen la ka pansé ?/ ka mèdsen la di-w?

QUESTION 3 : A votre avis pourquoi a t-on des difficultés à équilibrer votre diabète et qu'est-il possible de faire pour mieux le traiter ? Dapré-w pouki biten yo pa ka rivé bésé sik la é ka ou té ké préféré yo ba-w ?

- Freins (psychologiques, comportementaux, sociaux, économiques, culturels, pharmacologiques)
- Propositions/souhaits et attentes du patient concernant la thérapeutique
- Alimentation
- Activité physique
- Sources d'information sur le diabète

QUESTION 4 : Utilisez vous des rimèd razyé/plantes médicinales pour traiter votre diabète ? *Es ou ka pran rimèd razyé pou bésé sik la ?*

- Degré de confiance en l'efficacité des rimèd razyé
- Quelles plantes et à quelle fréquence
- Association/compétition avec le traitement médicamenteux

QUESTION 5 : Pensez vous que le diabète peut avoir une origine surnaturelle ? *Es ou ka pansé maladi a sik a pa on maladi a mèdsen ? sé on maladi voyé ?*

- Représentations/croyances ; *Gadèzafè*
- Traitements spécifiques ; *gad-kò, protèj, kenbwa,*

QUESTION 6 : si je pouvais faire quelque chose pour votre diabète que voudriez vous que ce soit ?/ *Si té ni on biten ou té ké vlé mandé pa rapòt a maladi lasa, ka sa té yé ?*

- Attentes (et/ou espoirs)

Légende :
en • sont les points de relance s'ils n'ont pas été abordés spontanément par le patient.
En *italique* la traduction en créole pour les patients créolophones

ANNEXE 7 : Durée des entretiens

Durée moyenne des entretiens

Patient	Durée
1	**00:51:50**
2	**00:55:00**
3	**00:56:00**
4	**01:12:00**
5	**00:56:00**
6	**01:14:00**
7	**00:46:00**
8	**01:12:00**
9	**01:16:00**
10	**01:02:00**
11	**00:55:00**
12	**01:08:00**
13	**01:12:00**
14	**00:51:00**
15	**00:55:00**
Total	**921 minutes soit 15h35**
Moyenne	**61,4 minutes soit 1h02**

UFR SCIENCES MEDICALES HYACINTHE BASTARAUD

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.
J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.
Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.
Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.
Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.
Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.
Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.
Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.
Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,
Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

UNIVERSITE DES ANTILLES
FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Spécialité Médecine Générale)

Présentée par : Mme SAMYDE Manuella……
Né(e) le 24/03/1989……à…Les Abymes……
Département : Guadeloupe (971) Pays : France.

Et
Intitulée
Quels sont les freins à l'observance thérapeutique dans le diabète de type 2 en Guadeloupe ? Une étude qualitative..

Jury proposé

Président :	Mr le Professeur	Eustase JANKY
Juges :	Mme le Professeur	Jeannie HELENE-PELAGE
	Mr le Professeur	André-Pierre UZEL
	M le Docteur	Claude GRUEL
	Mme le Docteur	Valérie LOMBION

Vu Pointe-À-Pitre, le 03/11/2017 Le Président de Thèse Professeur Eustase JANKY	Pour accord Pointe-À-Pitre, le 03/11/2017 Le Doyen de la Faculté de Médecine Professeur Raymond CESAIRE

AUTORISE A SOUTENIR ET A IMPRIMER LA THESE

Pointe-À-Pitre, le 03/11/2017

Le Président de l'Université des Antilles

Professeur Eustase JANKY

(1) Cet imprimé doit être obligatoirement dactylographié

NOM ET PRENOM : SAMYDE Manuella

SUJET DE LA THESE :

Quels sont les freins à l'observance thérapeutique dans le diabète de type 2 en Guadeloupe ? Une thèse qualitative.

THESE : MEDECINE

Qualification : Médecine Générale ☒
Médecine Spécialisée □

ANNEE : 2017

NUMERO D'IDENTIFICATION :

MOTS CLEFS : (1) Diabète de type 2 - Observance thérapeutique - Patients : psychologie - Plantes médicinales - Culture - Religion - Guadeloupe - Vécu

---

INTRODUCTION : En Guadeloupe, le diabète de type 2 est un problème de santé publique majeur. Le but de ce travail était d'identifier les freins, notamment culturels et psychologiques, impliqués dans l'observance thérapeutique.

MATERIEL ET METHODE : Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés ciblée sur les diabétiques déséquilibrés a été réalisée de janvier à juillet 2017.

RESULTATS : Les 15 patients interrogés, âgés de 45 à 74 ans, diabétiques depuis une vingtaine d'année, avaient une HbA1c à 9%. Les causes, les paramètres du contrôle glycémique, les règles hygiéno-diététiques et les principales complications étaient connus. Près de la moitié de notre échantillon ne faisait pas de lien entre certains facteurs de risque ou complications et la maladie. Elle était « difficile à vivre », notamment dans le registre alimentaire. Le « rationnement », les restrictions et l'évitement des festivités étaient contraignants. La perte de motivation occasionnait des « écarts ». L'impact émotionnel du diabète était important avec angoisse, sentiment d'insécurité et fatalité. Les comprimés étaient volontairement interrompus car jugés nocifs. Malgré les « réprimandes », le médecin était apprécié et ses encouragements stimulants. Les facteurs culturels se manifestaient à travers les croyances en l'implication des émotions, la nocivité des médicaments qui « s'accumulent » dans le corps et l'utilisation traditionnelle des plantes médicinales. Le magico-religieux n'avait pas d'implication dans le diabète.

CONCLUSION : L'observance n'était pas liée uniquement aux connaissances sur la maladie. Les réactions de défense psychologiques et la perte de motivation en étaient des freins importants. Les croyances étaient à l'origine d'interruptions volontaires du traitement et de pratiques de « nettoyage du corps ». Les croyances magico-religieuses n'étaient pas un frein dans notre échantillon qui ne présentait pas de plaie. Les résultats de notre travail suggèrent que la mise en place d'une prise en charge psychologique remboursée serait pertinente.

JURY : Président : Mr le Pr JANKY Eustase
Juges : Mme le Pr HELENE-PELAGE Jeannie
: Mr le Pr UZEL André-Pierre
: Mr le Dr GRUEL Claude
: Mme le Dr LOMBION Valérie

ADRESSE DU CANDIDAT :
Appt 53 Résidence Fleur d'Epices, Moudong Sud, 97122 BAIE-MAHAULT

(1) Déterminés par le candidat en liaison avec la bibliothèque universitaire