



*Université Lille 2
Droit et Santé*

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**VECU DES PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE 2 CONCERNANT
LEUR DIABETE ET SON ASSOCIATION AU TABAC.
RECRUTEMENT EN MEDECINE GENERALE
DANS LE NORD-PAS DE CALAIS.**

Présentée et soutenue publiquement le 26 mai 2014 à 18 h au Pôle
Recherche de la Faculté De Médecine Henri Warembourg à Lille

Par Anne MAZUR

Jury

Président : Monsieur le Professeur Pierre FONTAINE
Assesseurs : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN
Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Gabriel HOCEDEZ

LISTE DES ABREVIATIONS

- ADO : Antidiabétiques oraux
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- AVC : Accident vasculaire cérébral
- BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- CPP : Comité de Protection des Personnes
- ETP : Education Thérapeutique Patient
- FRCV : Facteur de risque cardio-vasculaire
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HbA1c : Hémoglobine glyquée
- IDM : Infarctus du myocarde
- INVS : Institut National de Veille Sanitaire
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- RCV : Risque cardio-vasculaire
- RHD : Règles hygiéno-diététiques

TABLE DES MATIERES

I.	RESUME.....	1
II.	INTRODUCTION.....	2
	A. LA MALADIE CARDIO-VASCULAIRE	2
	B. LE DIABETE DE TYPE 2.....	2
	C. LE TABAC	3
	D. L'ASSOCIATION DIABETE ET TABAC.....	4
	E. ROLE DE LA MEDECINE GENERALE	4
III.	MATERIEL ET METHODE	6
	A. LA SELECTION DES PATIENTS	6
	B. LE GUIDE D'ENTRETIEN	6
	C. LES ENTRETIENS	7
	D. TRAITEMENT DES ENREGISTREMENTS.....	7
	E. ANALYSE DES RETRANSCRIPTIONS	8
IV.	RESULTATS.....	9
	A. CARACTERISTIQUES DES PATIENTS.....	9
	B. L'HYGIENE DE VIE	10
	C. VECU DU DIABETE DE TYPE 2	11
	1. Les règles hygiéno-diététiques.....	11
	2. Traitement et suivi	13
	3. La découverte du diabète	14
	4. Famille et diabète	15
	5. Connaissances du diabète de type 2.....	15
	6. Niveau d'implication.....	18
	7. Relation médecin / malade	19
	8. Perceptions de la maladie	19
	9. Retentissement psychologique.....	20
	10. Minimisation / Incompréhension du diabète	20
	D. VECU DU TABAGISME	21
	1. Aspects positifs.....	21
	2. Aspects négatifs	22
	E. VECU DE L'ASSOCIATION DIABETE ET TABAC.....	23
	1. Connaissances des risques de l'association	23

2. Ressenti de l'association	23
V. DISCUSSION.....	26
A. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE	26
1. Limites.....	26
2. Forces	26
B. ANALYSE DES RESULTATS.....	27
1. Contexte d'écriture de la thèse, sélection des patients.....	27
2. L'hygiène de vie.....	27
3. Vécu du diabète de type 2.....	28
4. Vécu de l'association diabète et tabac	34
VI. CONCLUSION.....	39
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	40
VIII. ANNEXES.....	44

I. RESUME

Introduction : Le diabète de type 2 et le tabac sont deux facteurs de risque cardio-vasculaire. Le tabagisme chez les patients diabétiques entraîne une augmentation du risque cardio-vasculaire et du risque de développer des complications. L'étude pose la problématique du vécu des patients diabétiques de type 2 concernant le diabète et son association au tabac.

Méthode : La méthode employée était une méthode qualitative avec la réalisation d'entretiens individuels semi-structurés. Les patients recrutés étaient diabétiques de type 2 et fumeurs, anciens fumeurs ou n'ayant jamais fumé.

Résultats : Les patients évoquaient surtout les changements à faire en termes d'alimentation et d'activité physique mais avaient des difficultés à les mettre en pratique. La découverte de la maladie était vécue de façon brutale et différemment selon les patients. La minimisation du diabète par les patients traités par antidiabétiques oraux était omniprésente. Les patients ne comprenaient pas toujours leur maladie car ils étaient asymptomatiques. Les connaissances de l'association diabète et tabac étaient très vagues. Les patients ne voulaient pas connaître les risques qu'ils encouraient. Ils ne trouvaient pas l'association inquiétante et la cigarette était vécue comme un défouloir. Ils retrouvaient en la cigarette le plaisir « perdu » avec le régime diabétique.

Conclusion : Les patients diabétiques de type 2 ont encore des interrogations concernant leur maladie. Les intervenants médicaux et paramédicaux doivent intensifier leur éducation. Les risques de l'association diabète et tabac ne sont pas connus des patients. Ils voient en l'arrêt du tabac une restriction supplémentaire. Le défi est de trouver des motivations qui inciteraient ces patients à cesser de fumer.

II. INTRODUCTION

A. LA MALADIE CARDIO-VASCULAIRE

En 2008 et en France, la maladie cardio-vasculaire est la deuxième cause de mortalité après les cancers, avec 27,5% des décès [1]. Dans les pays développés, elle est la première cause (17 millions de morts) [2].

Le calcul du risque cardio-vasculaire (RCV) est un outil indispensable en termes de prévention cardio-vasculaire.

Le cumul de plusieurs des cinq facteurs de risque cardio-vasculaire (FRCV) majeurs représente non pas un effet additionnel mais multiplicateur de ce risque.

Les cinq FRCV majeurs sont : le diabète, le tabagisme, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies et l'âge [3].

L'étude va s'intéresser à deux de ces FRCV majeurs : le diabète de type 2 et le tabac.

B. LE DIABETE DE TYPE 2

Le nombre de personnes diabétiques de type 2 est en croissance exponentielle.

En 2009, 2,9 millions de personnes étaient diabétiques en France dont 92% diabétiques de type 2 [4], alors que ce chiffre était normalement attendu en 2016.

La prévalence est passée de 2,6% à 4,4% entre 2000 et 2009 [5].

En 2006, 60% des décès dans la population diabétique étaient dus aux maladies cardio-vasculaires [6] en causes multiples (cause initiale ou causes associées au décès) et 32% en cause initiale (cause directement liée au processus morbide ayant conduit au décès).

Le risque de mortalité des diabétiques est multiplié par 2 par rapport aux non-diabétiques [7].

La prise en charge du diabète de type 2 est un véritable challenge pour les soignants. Ils se doivent de le dépister, de le traiter et d'éviter le plus possible l'apparition des complications. Pour les aider, de nombreuses études ont été menées et les comités savants publient toujours beaucoup sur les avancées thérapeutiques et l'éducation.

C. LE TABAC

En 2010, on comptait en France 13,5 millions de fumeurs (29,1% des 15-75 ans) [8].

En 2004, le tabac était responsable de 73 000 décès (14% de la mortalité totale) [9]. Il est encore aujourd'hui la première cause de mortalité évitable [10].

Le taux de mortalité globale est deux à trois fois plus élevé chez les fumeurs [10].

Le tabac est un facteur de risque d'infarctus du myocarde (IDM) majeur comme le démontre l'étude INTERHEART [11].

La lutte contre le tabagisme est devenue, en France comme dans d'autres pays, un sujet de santé publique avec un enjeu certain pour la population. La loi Evin du 10 janvier 1991 [12], interdisant de fumer dans les lieux publics, est la plus connue mais il ne faut pas oublier que la lutte a commencé bien avant. Le 9 juillet 1976, la loi Veil [13] est le premier texte officiel qui impose des inscriptions sur les paquets de cigarettes visant à avertir le consommateur sur les effets néfastes du tabac. Elle interdisait déjà de fumer dans certains lieux publics.

D. L'ASSOCIATION DIABETE ET TABAC

En France, la prévalence des fumeurs dans la population diabétique n'est pas plus élevée que dans la population générale [14].

Les diabétiques fumeurs ont un risque de mortalité multiplié par deux par rapport aux diabétiques non-fumeurs [15].

Dans cette même population, le risque relatif d'IDM pour les fumeurs de plus de quinze cigarettes par jour est de 2,68 avec un indice de confiance à 95% compris entre 2,07 et 3,48 [16].

Le risque de complications est quatorze fois plus élevé chez les diabétiques fumeurs que chez les fumeurs non diabétiques ou les diabétiques non-fumeurs [17]. Les deux types de complications, macro et microvasculaires, sont concernés. Parmi les complications microvasculaires, la néphropathie est la plus fréquente [18].

Au regard de ces chiffres, l'arrêt du tabac est indispensable chez tous les patients diabétiques.

Il est donc nécessaire pour nous, soignants, de renforcer la lutte contre le tabagisme chez ces patients.

E. ROLE DE LA MEDECINE GENERALE

La Médecine Générale est au cœur des soins primaires [19].

Dans son rapport de 1999, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) reconnaît le médecin généraliste comme le coordonnateur des soins donnés aux patients diabétiques [20].

La prise en charge globale du patient diabétique de type 2 par le médecin généraliste a pour but notamment l'éducation thérapeutique.

Elle permet de réduire le risque de complications et de limiter la progression de la maladie en rendant le patient autonome [21].

Dans le cadre de cette éducation, il est demandé au médecin traitant d'interroger et d'informer le patient régulièrement sur les règles hygiéno-diététiques (RHD) : l'alimentation, l'activité physique et l'arrêt du tabac [20].

Pour les soignants, le diabète est une maladie chronique qui nécessite un suivi régulier et consciencieux. De même, le tabagisme est considéré comme une maladie chronique [22].

Toutes ces données sont intégrées dans la pratique de chaque intervenant médical et paramédical.

Mais qu'en-est-il pour les patients ?

Comment les patients diabétiques de type 2 vivent-ils d'une part leur maladie, et d'autre part son association au tabac ?

Nous avons tenté d'y répondre dans notre travail.

III. MATERIEL ET METHODE

La méthode choisie pour cette étude était une méthode qualitative avec la réalisation d'entretiens individuels semi-structurés [23], [24].

A. LA SELECTION DES PATIENTS

La sélection des patients s'est faite lors de consultations de Médecine Générale dans des cabinets situés dans la région du Nord-Pas de Calais. Il était demandé aux patients diabétiques de type 2 s'ils souhaitaient participer à une étude dans le cadre d'une thèse de Médecine Générale sur le diabète. Il existait un critère d'exclusion : les difficultés d'élocution. Il n'y avait aucune limite d'âge et les patients des deux sexes étaient sélectionnés de façon indifférente.

Le recrutement s'est fait de deux manières : soit par les auteurs de l'étude lors de consultations, soit par des médecins généralistes qui avaient été sollicités. Dans ce cas ils communiquaient, après accord, les coordonnées téléphoniques des patients, et un rendez-vous était alors convenu.

B. LE GUIDE D'ENTRETIEN

Un premier guide d'entretien a été utilisé pour réaliser sept entretiens exploratoires (disponibles sur CD). Ces entretiens n'ont pas été utilisés dans les résultats de notre étude.

Grâce à eux, une deuxième et dernière version du guide a pu être réalisée (Annexe 1).

Les questions posées étaient ouvertes afin de laisser libre court à la parole du patient. Néanmoins, lorsque le patient s'éloignait trop du sujet, il était possible de recentrer la discussion. Il est arrivé qu'il ne développe pas suffisamment un point important, dans ce cas des questions de relance étaient posées. Ce guide était donc souple et adaptable.

Il comportait sept questions ouvertes et permettait d'aller du thème le plus général au thème le plus spécifique. La première partie portait sur l'hygiène de vie des patients, la deuxième partie sur leur vécu, leur perception et leurs connaissances du diabète, du tabac et de leur association. Et enfin, la troisième partie sur leur expérience du sevrage tabagique, des freins et motivations à arrêter de fumer.

C. LES ENTRETIENS

Les patients choisissaient de réaliser l'entretien au cabinet de Médecine Générale ou à leur domicile après avoir fixé un rendez-vous.

Au début de chaque entretien, l'investigatrice de l'étude informait le patient sur son déroulement puis ils signaient tous deux un consentement éclairé (Annexe 2).

Avant de commencer, le patient remplissait un questionnaire comportant son âge, son sexe, son lieu de résidence, son traitement contre le diabète et sa consommation tabagique pour les anciens ou actuels fumeurs (Annexe 3). Les deux investigatrices ont enregistré chaque entretien à l'aide du dictaphone d'un smartphone (Iphone 4S® ou Samsung Galaxy S3®).

D. TRAITEMENT DES ENREGISTREMENTS

Les paroles enregistrées ont été retranscrites mot à mot (verbatim) par deux personnes (les investigatrices) avec le logiciel Word 2010®.

Un codage spécifique a été utilisé afin d'individualiser les paroles des investigatrices (A) et (B), des patients (P).

La communication non-verbale était également retranscrite. Les gestes et les attitudes étaient notifiés entre parenthèses (), les silences par des points de suspension entre crochets [...].

E. ANALYSE DES RETRANSCRIPTIONS

Les deux investigatrices ont réalisé une analyse personnelle de chaque entretien. Le logiciel utilisé était NVIVO© version 10. Il a permis de coder, c'est-à-dire d'associer chaque phrase retranscrite à un thème ou « nœud ». Une fois la totalité des entretiens analysée, les investigatrices ont regroupé leurs résultats.

Les demandes d'avis concernant l'étude sont actuellement en cours auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et du Comité de Protection des Personnes (CPP).

IV. RESULTATS

Les résultats ont été divisés en deux parties. Nous allons traiter ici la première partie qui correspond aux grands thèmes du guide d'entretien: l'hygiène de vie, le diabète de type 2, le vécu du tabagisme et l'association diabète et tabac.

Les thèmes « connaissances des complications du tabagisme » et « le sevrage tabagique » sont traités dans le travail complémentaire de thèse d'Amandine BRUIET [25].

Seuls les verbatim (en italique dans le texte) les plus pertinents ont été rapportés. L'intégralité des entretiens, enregistrés et retranscrits, sont disponibles sur CD.

Les noms des médecins ont été anonymisés par la lettre X et les noms des villes par la lettre Y.

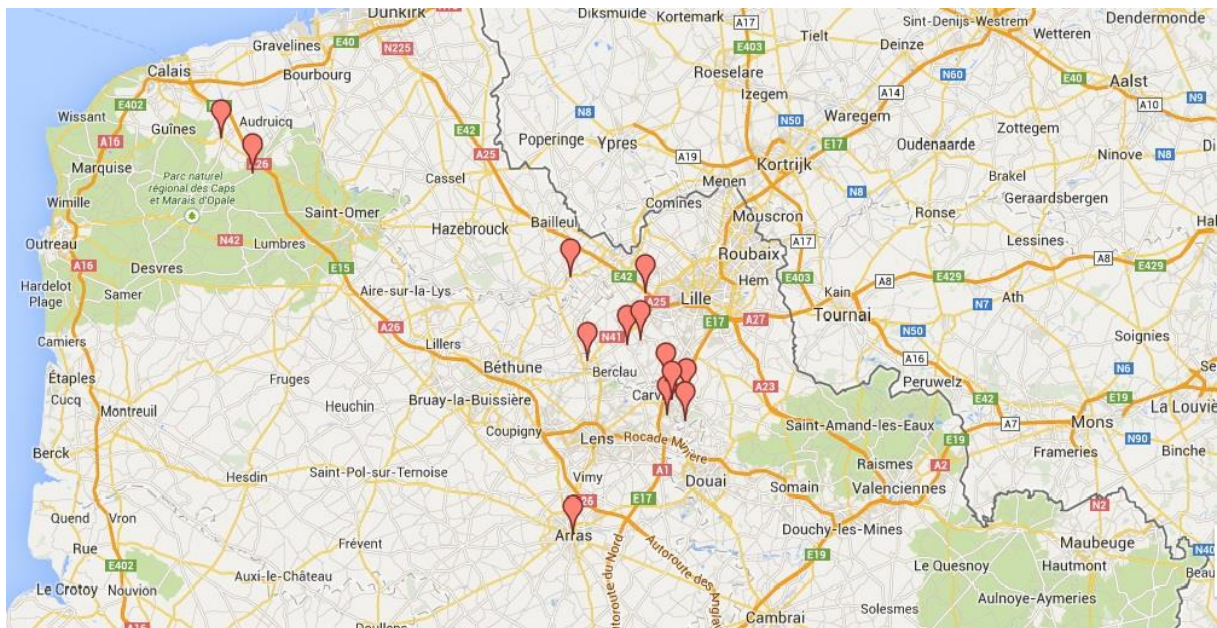
Deux épouses de patients sont intervenues lors des entretiens : le codage utilisé dans les retranscriptions était notifié par EP de 1 à 2. Aucune analyse n'a été réalisée sur leurs remarques.

A. CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

Vingt-sept entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés entre juillet 2013 et janvier 2014. Deux investigatrices ont mené les entretiens, douze pour l'une et quinze pour l'autre.

Les patients venaient de régions rurales, semi-rurales et urbaines.

Carte du Nord-Pas de Calais : recrutement des patients interrogés.



Les points rouges représentent les villes où ont eu lieu les entretiens.

Les patients étaient âgés de 38 à 80 ans. Ils étaient traités par antidiabétiques oraux (ADO), insuline ou les deux, une patiente ne prenait pas de traitement.

Ils étaient fumeurs, anciens fumeurs ou n'ayant jamais fumé.

Le détail des caractéristiques des patients interrogés est présenté en Annexe 4.

B. L'HYGIENE DE VIE

L'avis des patients concernant leur hygiène de vie divergeait. Certains la considéraient bonne et d'autres mauvaise.

« Je pense qu'elle est pas bonne du tout vu que, vu que je fume, enfin je veux dire, je pense que je ne fais pas assez attention à moi en fait en général. » 12^{ème} patient

« Mon hygiène de vie est bonne, euh j'ai la chance d'avoir une, une femme qui fait bien à manger. » « Et puis je ne bois pas, je ne fume pas, euh il m'arrive de temps en temps de boire un apéritif le dimanche c'est tout, mais pas tous les dimanches ! »

25^{ème} patient

C. VECU DU DIABETE DE TYPE 2

1. Les règles hygiéno-diététiques

a) L'alimentation

Les patients parlaient du régime diabétique. Ils étaient conscients que le diabète devait entraîner un changement d'alimentation.

« *Je fais quand même plus attention depuis qu'on m'a diagnostiqué le diabète à tout ce que je bois etcetera, c'est-à-dire qu'avant je buvais beaucoup de sucré.* » 12^{ème} patient

« *Ah ouais ! J'grignote pus rien !* » 15^{ème} patient

Ils admettaient que ce n'était pas facile et qu'ils faisaient parfois des écarts. Certains avouaient être peu attentifs à leur alimentation.

« *Et quand j'ai appris que j'avais du diabète, ben il faut supprimer énormément de choses en fin de compte et c'est pas facile.* » « *Si les enfants ils viennent, si on fait du gâteau, j'vais manger un morceau de gâteau, j'vais pas dire ben nan j'fais du diabète j'vais pas en manger.* » 16^{ème} patient

« *J'suis quelqu'un de très gourmande donc forcément c'est difficile de, de s'freiner, de dire ben voilà, faut manger équilibré, faut pas manger d'sucrieries, faut pas faire ci, faut pas faire ça.* » 23^{ème} patient

« *J'ai rien changé d'ça. X. y m'a donné deux fois des feuilles de régime, mais bon euh j'les ai pas lues.* » 18^{ème} patient

Les patients reconnaissaient des abus alimentaires avant le diagnostic du diabète.

« *D'un autre côté c'est vrai que j'préfère la bavette, la bavette à l'échalote euh que ben...qu'un filet d'cabillaud sec !* » 13^{ème} patient

« *Avant je mangeais bien, mais pas des plats Marie®, les plats Marie® moi j'connais pas ! Des plats au micro-ondes ça j'connais pas, tout des plats au four moi ! (rires) J'aime bien manger, parce-que moi j'me sens bien à table.* » 16^{ème} patient

Certains reliaient ces abus et le surpoids avec l'apparition du diabète.

« Le restaurant tous les jours ça a pas fait quand même que du bien. » « Mais je sais qu'c'est une vieille conséquence, c'est évident, de...d'une vie un p'tit peu...voilà »

13^{ème} patient

« Vous savez euh...que je mangeais pas, enfin si, j'mangeais un gâteau d'temps en temps, enfin si l'dimanche tout ça. Mais alors là euh, c'était euh, tous les jours, alors quand j'suis revenue, là euh, l'Docteur X. m'a dit ben écoutez vous faites du diabète. » 20^{ème} patient

« On m'a tout le temps dit que le, le diabète peut quelque fois provenir de, le, du, d'l'obésité, du surpoids, et c'est c'qui m'est arrivé personnellement. » 21^{ème} patient

Ils évoquaient leur réussite à perdre des kilos ou des centimètres de tour de taille.

« J'ai fait mesurer mon tour de ventre qu'était à 114, le tour de ventre vous imaginez ? Et là j'suis à 108 ! » 15^{ème} patient

« J'étais presque arrivé à 89-90 kilos donc j'essaie de stabiliser. » 8^{ème} patient

Ils ont également parlé de l'alcool, surtout la réduction de leur consommation.

« Pis plus d'bière, plus d'vin, rien du tout. » 7^{ème} patient

« Tout ce qui est manger maintenant je fais très attention parce-que les fiestas, l'alcool et j'ai rien à cacher...et tout ça j'ai tout arrêté, j'ai mis un stop, un frein. »

15^{ème} patient

b) L'activité physique

Les patients évoquaient l'activité physique mais admettaient qu'ils n'étaient pas sportifs ou qu'ils n'en faisaient pas parce que cela ne les intéressait pas.

« J'ai jamais été un grand sportif. » « Je fais de la marche régulièrement, une heure de marche quand même pour m'entretenir. » 8^{ème} patient

« Pour ça j'dois faire d'la marche aussi alors. » « Ca fait partie d'hygiène, je l'sais mais je l'fais pas ! » « J'le fais une fois pis après on oublie ! » « Voilà marcher pffff. »

18^{ème} patient

Des patients étaient sportifs avant d'être diabétique, mais ont arrêté pour divers raisons.

«Après on prend de l'âge et j'ai arrêté donc voilà, bon maintenant je ne fais plus de sport, ce qui n'est pas bien je devrais en faire tous les jours (rires). » 16^{ème} patient

Des patients en faisaient avec un but précis : perdre du poids ou dans le cadre d'une réadaptation cardio-vasculaire.

« J'viens d'faire une heure de balnéo et une demi-heure de vélo ! » 15^{ème} patient

« On va essayer de se remettre à la marche, on se remet à la marche ben pour perdre du poids. » 4^{ème} patient

2. Traitement et suivi

a) Le traitement

Les patients nous parlaient de leur traitement, que ce soit les ADO ou l'insulinothérapie.

« Un cachet trois fois par jour. Le, et puis ça m'convient bien puisqu'à ma dernière prise de sang, j'étais encore à 5,9. » 21^{ème} patient

« On l'a soigné par des médicaments et on a vu qu'avec ces médicaments euh ça n'allait pas donc on est, on est partis sur l'insuline et depuis que j'prends l'insuline je fais une piqûre tous les jours au matin à jeun. » 25^{ème} patient

Les patients sous ADO disaient que le passage à l'insuline était quelque chose d'inenvisageable. Le traitement par insuline marquait un tournant dans la maladie diabétique.

« C'était un taux quand même qui était euh, qui était quand même assez important, donc euh il a fallu tout de suite faire des tests etcetera [...] pour l'instant je ne me fais pas encore d'insuline, enfin je ne fais pas encore de piqûre euh on teste d'abord avec les médicaments euh voir comment ça évolue. » 12^{ème} patient

« J'ferai tout pour éviter d'me faire piquer ! » 15^{ème} patient

En revanche les patients sous insuline vivaient bien leur traitement.

« Je contrôle mon taux d'insuline et tout va bien, ça va comme ça. » 25^{ème} patient

b) Suivi et surveillance

Le suivi clinique par le médecin généraliste et par les médecins spécialistes était un thème abordé par les patients.

« *Et pis le cœur, la vue. Tous les ans je passe pour tout ça quoi.* » 10^{ème} patient

« *Et tous les trois mois, comme j'vois l'Docteur X. pour le renouvellement de mes médicaments.* » 21^{ème} patient

Les patients parlaient de leur suivi biologique avec la réalisation d'une prise de sang tous les trois mois. Ils connaissaient souvent leur chiffre d'hémoglobine glyquée (HbA1c) sans savoir ni la nommer ni à quoi elle correspondait. C'était pour eux un défi d'atteindre des chiffres dans la norme et ils se félicitaient quand ils y parvenaient.

« *J'arrive jamais à r'tenir le nom. Le machin glyco trucmuche. Y'a glyco certainement.* » 13^{ème} patient

« *J'fais des prises de sang tous les trois mois et pis j'vais voir Docteur X.* » 16^{ème} patient

« *Ouais, bon j'suis à 8, bon sur un mois, sur trois mois de temps j'suis baissé j'suis à 7,5, j'ai baissé de 5, c'est d'jà pas mal sur trois mois !* » 15^{ème} patient

3. La découverte du diabète

Les patients parlaient des circonstances de découverte du diabète et de l'annonce de la maladie par leur médecin traitant.

« *J'étais pas bien dans ma peau, j'avais des suées tout ça, mais bon j'avais du cholestérol...* » 11^{ème} patient

« *Moi je m'en suis pas rendu compte. C'est X. qui m'a dit voilà E. t'es diabétique.* » 13^{ème} patient

Ils évoquaient le fait que la maladie était apparue subitement, et qu'ils ne s'étaient pas rendu compte de l'évolution. Un patient évoquait même un choc émotionnel comme déclencheur.

« *Moi ça m'est tombé dessus euh comme ça d'ailleurs ça fait un an et demi.* » 4^{ème} patient

« J'ai perdu ma mère, du jour au lendemain j'étais diabétique. C'est des choses qui se déclenchent du jour au lendemain. On est en bonne santé, on va voir son médecin, il fait une prise de sang. » 6^{ème} patient

4. Famille et diabète

Les patients parlaient du rôle de l'hérédité dans l'apparition de leur maladie.

« Ma mère elle faisait du diabète alors tout de suite il m'a fait faire une prise de sang. » 9^{ème} patient

« Mes parents étaient diabétiques mais voilà quoi j'ai un de mes frères qui est fort...ben mes deux plus vieux frères sont diabétiques aussi. » 16^{ème} patient

Des patients ne comprenaient pas pourquoi ils étaient diabétiques car ils n'avaient pas d'antécédents familiaux connus. Ils évoquaient même le hasard.

« Bon moi ça m'est tombé d'ssus par hasard. C'est parce que j'ai pas de diabétiques dans ma famille. » 23^{ème} patient

Ils citaient des exemples de personnes diabétiques dans leur entourage, plus atteints qu'eux par la maladie.

« Ben quand j'vois mon frère euh ouais quoi il a des gros problèmes pour lui marcher, il a des jambes qui sont noires. » « Mais il a déjà buté, le peu qui bute boum ! Et il a déjà tombé, il sait plus se retenir, y'a plus machin c'est grave hein quand même c'est grave ! » 16^{ème} patient

5. Connaissances du diabète de type 2

a) Définition

Les patients parlaient de sucre dans le sang lorsqu'on leur demandait une définition du diabète.

« Trop de sucre dans le sang, faut pas dépasser un certain seuil autrement c'est pas bon. » 10^{ème} patient

« Parce que par définition c'est le sucre. » 13^{ème} patient

Pour un patient, le diabète était le gras dans le sang.

Ils évoquaient également la dysfonction pancréatique pour expliquer l'hyperglycémie.

« Ben l'diabète c'est le pancréas qui comme moi par exemple, l'pancréas qui en trois mois d'temps euh n'a plus fonctionné à plus de 90% c'qui fait euh qu'j'ai eu un coma hyperglycémique. » 24^{ème} patient

Les patients mentionnaient l'existence de deux types de diabète.

« Mais après moi j'ai un copain qu'est diabétique mais lui c'est...ben c'est pas d'manger du sucre parce qu'il est pas gâteau. » « Mais lui il a une pompe, lui il s'est fait mettre une pompe. » « Moi encore j'ai un terrain diabétique. » 16^{ème} patient

Des patients disaient qu'ils ne connaissaient pas exactement la définition du diabète, et en avaient seulement des notions très vagues.

« Ben c'est des cochonneries qui se euh qui se gardent dans le corps euh j'sais pas quoi. » 16^{ème} patient

b) Complications

Les connaissances des complications du diabète variaient. Certains savaient en citer quelques-unes, souvent les complications cardio-vasculaires. D'autres n'en ont cité aucune.

(1) Cardio-vasculaires

Les patients parlaient des complications cardio-vasculaires de manière générale.

« Les artères qui se bouchent. » 10^{ème} patient

« Ben faire un arrêt enfin une crise cardiaque, un arrêt cardiaque euh...un AVC aussi y'a des risques cardio-vasculaires. » 12^{ème} patient

Ils citaient de manière plus précise, les complications ophtalmologiques et les amputations. Les complications infectieuses et dermatologiques ressortaient également dans les propos des patients.

« *En attaque directe il y a juste à la longue le risque de devenir aveugle quoi. La vraie attaque.* » 3^{ème} patient

« *J'ai attrapé une plaie en dessous quoi et après ça s'est infecté ben ils ont dû amputer.* » 10^{ème} patient

Un seul patient connaissait le retentissement rénal.

« *Les reins qui peuvent avoir une dysfonction.* » 23^{ème} patient

(2) Variation de la glycémie

Les patients parlaient de périodes d'hyperglycémies ou d'hypoglycémies qui pouvaient entraîner un malaise ou un coma.

« *Etant donné que je suis diabétique insulino-dépendant, le danger c'est de ne pas en avoir assez.* » 3^{ème} patient

« *Tomber dans un coma, un coma diabétique quoi. Des fois c'est un manque de sucre ou un surcroît de sucre.* » 5^{ème} patient

(3) Dysfonction pancréatique

Certains savaient que le pancréas était impliqué dans le diabète.

« *Donc ça fatigue euh, les organes tels que l'pancréas. Le pancréas à force de fatiguer n'arrive plus à filtrer.* » 23^{ème} patient

(4) Neurologiques

Des patients parlaient du risque d'avoir des troubles de la sensibilité.

« *Il sent plus ses jambes, enfin ses pieds il les sent plus tout ça quoi.* » 16^{ème} patient

(5) Asthénie

Les patients insistaient sur le fait que le diabète influe sur leur état général.

« *Je veux dire c'est général en fait, c'est l'état général je pense qui en souffre.* » 12^{ème} patient

(6) La mort

Des patients disaient que le diabète pouvait entraîner la mort.

« *On peut, bon au pire, on peut carrément mourir en fait du diabète.* » 12^{ème} patient

(7) Ne sait pas et ne veut pas savoir

Des patients ne connaissaient pas, ou très peu, les complications du diabète et surtout ne voulaient pas les connaître.

« *A la limite je vais vous dire, je veux pas les connaître quoi, ça m'arrivera c'qui m'arrivera plus tard mais pour l'instant moi j'suis bien comme ça !* » 16^{ème} patient

(8) Autres

Les patients ont parlé de problèmes respiratoires ou dentaires.

« *Bon après forcément si on a un surpoids on peut avoir aussi des difficultés au niveau respiratoire.* » 23^{ème} patient

6. Niveau d'implication

Les patients parlaient d'autogestion de leur maladie ou au contraire de leur négligence.

« *Je suis pas vraiment, j'ai pas approfondi la chose quoi.* » « *Alors c'est des documents sur tel type, tel type de diabète. J'regardais ça en diagonale honnêtement. J'me suis pas plongé à fond dedans.* » 13^{ème} patient

« *Pendant 20 ans j'me suis quasiment pas occupé moi hein.* » « *Jusqu'au moment où j'ai eu mes problèmes. Ça a commencé par les yeux d'ailleurs.* » 24^{ème} patient

« *Bon ben ça baisse, ça baisse mais c'est à moi de faire gaffe.* » 15^{ème} patient

7. Relation médecin / malade

Les patients parlaient de la relation qu'ils avaient avec leur médecin traitant.

« *J'suis suivie avec lui, j'parle et tout.* » 11^{ème} patient

« *Oui, tout de suite on a vu ensemble, bon elle euh c'est sûr qu'elle m'a déconseillé de fumer.* » 12^{ème} patient

8. Perceptions de la maladie

Le diabète était plus ou moins bien vécu selon les patients.

« *J'suis en bonne santé extérieurement, intérieurement peut-être pas mais voilà.* »

« *Ca m'inquiète pas plus pour l'instant.* » 16^{ème} patient

« *Oui ça m'a travaillé. Même jusqu'à maintenant ça me travaille.* » 2^{ème} patient

« *Au fur et à mesure que je vieillis ça me pèse.* » 19^{ème} patient

« *J'vous en prie c'est une saloperie de maladie c'est tout !* » 27^{ème} patient

Ils parlaient du diabète comme d'une maladie insidieuse et inéluctable.

« *Pour moi c'est une maladie silencieuse qui touche un peu, qui peut toucher beaucoup d'organes mais euh. Une maladie vicieuse j'en envie d'dire.* » 23^{ème} patient

« *J'estime que c'était inéluctable d'toute manière.* » 13^{ème} patient

Ils évoquaient également le caractère chronique et expansif de la maladie.

« *Le diabète en lui-même n'a rien de mauvais. C'est dans le temps qu'il attaque certains organes.* » 3^{ème} patient

« *Le médecin m'a dit d'ici quelques années 80% de la population de mon âge euh sera diabétique de type 2.* » 4^{ème} patient

Un patient parlait de son caractère définitif.

« *C'qui est embêtant avec ces médicaments, c'est qu'ils sont à vie donc euh...Pas d'marche arrière.* » 13^{ème} patient

9. Retentissement psychologique

Les patients disaient que la gestion du diabète était difficile et que parfois cela retentissait sur leur moral.

« On peut faire des dépressions aussi. Quand j'ai su que j'avais du diabète, j'ai fait une dépression. » 2^{ème} patient

« J'me maintiens, j'prends des cachets c'qui me saoule parce que j'en n'ai jamais pris de cachets et là j'les prends matin midi et soir. » 16^{ème} patient

10. Minimisation / Incompréhension du diabète

a) Minimisation

Les patients disaient que, avant la découverte du diabète, leur consommation de produits sucrés et gras ne leur semblait pas excessive.

« Parce que malgré tout, des fois on dit qu'ils ont du diabète parce qu'ils mangent beaucoup de sucré tandis que moi j'ai jamais été sucré, des gâteaux, des biscuits tout ça j'en n'ai jamais mangé parce que j'aime pas même en étant enfant. » 26^{ème} patient

Ils considéraient que l'insulinothérapie signait un diabète grave. Ils exprimaient leur peur de l'insuline et se reconfortaient dans le fait de n'être traités « que » par des médicaments par voie orale.

« Tant qu'on m'augmente pas mes cachets et qu'j'ai pas de piqûre euh tout ça ben voilà. » 16^{ème} patient

Les patients minimisaient également leur diabète lorsqu'il n'y avait pas de complication connue.

b) Incompréhension

Les patients évoquaient l'incompréhension globale concernant le diabète. Le caractère asymptomatique de la maladie, la consommation actuelle de produits sucrés et gras jugée non excessive et l'absence d'antécédents familiaux en étaient les raisons.

« On s'demande pourquoi on prend des médicaments. Ça c'est une chose qui est sûre parce qu'on s'sent bien. » 6^{ème} patient

« J'prends pas d'sucre même au matin tout ça. » 27^{ème} patient

Ils parlaient même d'accident dans leur parcours de vie.

« C'est un accident quoi, je l'ai tellement peu connu hein quand vous avez 80 ans et pis que le diabète arrive à 75 ans vous, vous ne comptez pas faire des réunions et tout ça, vous vous soignez et pis c'est tout. » 25^{ème} patient

D. VECU DU TABAGISME

1. Aspects positifs

Les patients parlaient du tabac comme d'un anti-stress notamment dans le cadre du travail.

« Après le repas j'sens que j'ai besoin d'une cigarette, euh le matin avant d'aller au travail parce que j'ai besoin de ça pour un petit peu décompresser. » 12^{ème} patient

La cigarette avait un aspect festif et convivial.

« Bon faut dire qu'les études ça arrange pas non plus. Quand on a commencé on sait bien en général, ça va pas nous arrêter. Hein, ce ne sont pas les zinzins qui font qu'on arrête les clopes j'ai envie d'dire. » 13^{ème} patient

Des patients trouvaient un intérêt médical au tabac. Ils étaient moins malades lorsqu'ils fumaient.

« J'travail dans une école, j'travail pus à l'extérieur, ben j'suis toujours souvent enrhumé des trucs comme ça vous voyez et pis j'ai arrêté de fumer ça fait six ans. » 16^{ème} patient

Le tabagisme était considéré comme un rite de passage pour devenir un homme. Certains patients faisaient un parallèle avec la religion.

« La première cigarette c'est la communion solennelle ! C'était presque, voyez c'était un passage. C'est vrai, c'est idiot... » 13^{ème} patient

« Mon père m'a toujours dit tu seras un homme quand tu fumeras ta première cigarette et mon père m'a donné une cigarette à l'âge de douze ans, vous vous rendez compte ? » 25^{ème} patient

« C'est que travaillant avec des anciens, étant formé sur le tas, ils disaient quand on travaille si on n'fume pas une cigarette on n'est pas un homme. » 21^{ème} patient

2. Aspects négatifs

Le tabagisme était relié à l'ennui et l'inactivité.

« Et en fin de compte il faut que je travaille. C'est-à-dire qu'au mois de septembre je vais faire un stage et je ne vais plus penser à la cigarette. » 2^{ème} patient

Ils avaient la notion que le tabac n'était pas conseillé et qu'il avait une répercussion sur leur santé.

« A part ça c'est du poison c'est tout. » 9^{ème} patient

Ils parlaient de l'évolution du prix du tabac depuis quelques années.

« Avant je n'y pensais pas mais maintenant quand je vois le prix des paquets de cigarettes euh, c'est vrai ça commence à faire. » 8^{ème} patient

Les patients allaient jusqu'à proposer l'interdiction pure et simple de la vente de tabac.

« Il faudrait qu'ils interdisent carrément la cigarette c'est tout, ne plus en trouver nulle part. » 4^{ème} patient

Fumer était clairement une dépendance, une addiction.

« Je fume, je jette, je finis même pas quoi ! C'est pour la cigarette c'est tout. » 10^{ème} patient

E. VECU DE L'ASSOCIATION DIABETE ET TABAC

1. Connaissances des risques de l'association

Certains patients ne savaient pas quoi dire à propos de leur tabagisme. Ils ne s'étaient jamais posé de questions sur l'association diabète et tabac.

« *L'association des deux je n'sais pas exactement, bon est-ce-que le tabac a une incidence avec le diabète justement ? Ca vraiment je n'sais pas.* » 8^{ème} patient

« *L'équation là j'la connais pas vraiment.* » 13^{ème} patient

Parmi les patients qui avaient quelques notions des risques, leur vision de l'association variait.

Quelques-uns parlaient du tabac comme potentialisateur des effets du diabète au niveau cardio-vasculaire. Le diabète pouvait aussi être déséquilibré par le tabac.

« *Ca augmente les risques de problèmes cardio-vasculaires.* » 12^{ème} patient

« *Ben ça fait monter l'diabète un peu.* » 14^{ème} patient

D'autres savaient que ce n'était pas bon mais ils ne savaient pas pourquoi.

« *C'est un cumul de points négatifs quoi.* » 3^{ème} patient

« *Le tabac ben c'est pas conseillé ! (rires) En principe il faudrait s'en passer mais enfin je réduis quoi. Ouais c'est pas conseillé mais vraiment pourquoi non.* » 10^{ème} patient

Enfin, des patients avaient une connaissance très vague de l'association.

« *J'pense que tout est lié. J'pense que l'un, l'un comme l'autre euh... On ne peut pas fumer et bien vivre.* » 6^{ème} patient

2. Ressenti de l'association

Des patients disaient qu'ils n'avaient aucune envie de se pencher sur la question, que cela ne les inquiétait pas.

« *Et en fait, mais c'est moi, c'est...J'me suis jamais vraiment inquiété.* » 13^{ème} patient

Les patients évoquaient même la mort avec parfois un trait d'humour.

« *C'est la porte de sortie bientôt hein... (rires) Ça ramène rien d'bon* » 6^{ème} patient

Les patients disaient que l'arrêt du tabac leur apparaissait comme une interdiction supplémentaire.

« *C'est un peu rébarbatif aussi tous ces trucs. Euh...pis surtout que j'avais dire, à un moment, ça fait pas plaisir et qu'après on est obligés de...ah ben des restrictions supplémentaires !* » 13^{ème} patient

« *Faut pas manger, faut pas boire, y faut pas...* » 14^{ème} patient

Un patient repoussait le moment d'arrêter de fumer car son cardiologue lui avait dit perdre du poids en premier.

« *Il m'a dit dans un second temps on verra pour arrêter de fumer mais il m'a dit que si j'arrête de fumer je risquerai de craquer et puis euh de reprendre du poids.* » 12^{ème} patient

La cigarette était pour certains un défouloir. Ils fumaient une cigarette pour remplacer une sucrerie.

« *Pis avec le diabète on ne peut pas manger ce qu'on veut entre deux alors on s'énerve sur la cigarette. Et voilà.* » 2^{ème} patient

A l'inverse, quand ils essayaient d'arrêter de fumer ils mangeaient des sucreries à la place de fumer une cigarette.

« *On me disait bon si t'as envie de fumer une cigarette tu prends un bonbon.* »

« *Mais moi j'associais les deux.* » 8^{ème} patient

Les patients se demandaient si l'un pouvait provoquer l'apparition de l'autre.

« *Mais est-ce-que l'un génère l'autre ? Est-ce-que ?* » 13^{ème} patient

« *Le diabète étant du sucre dans l'sang, le tabac pouvant déposer aussi euh des particules dans les artères, j'pense que ça accélérerait peut-être le diabète.* » 23^{ème} patient

Un patient disait que la cigarette avait un effet positif sur le diabète car elle calmait et donc faisait baisser sa tension artérielle.

« La première chose qu'il fait c'est de vérifier la pression, la tension pardon. C'est pour le diabète c'est pas bon hein. Par contre quand je fume j'deviens calme. Donc la pression, elle est... » 22^{ème} patient

V. DISCUSSION

A. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE

1. Limites

Nous avons choisi de ne pas réaliser de focus group car notre étude recherchait l'expérience et les connaissances de chacun, notamment en évoquant son passé. Nous ne voulions pas que les personnes interviewées soient gênées de ce qu'elles disaient. Il était primordial d'éviter que les patients ne se sentent jugés par d'autres, plus particulièrement les fumeurs par les anciens ou les non-fumeurs. De plus, certains patients auraient pu être influencés par les propos d'autres et occulter leurs véritables ressentis.

2. Forces

Le but de l'étude était de savoir comment le patient diabétique vivait et percevait d'une part sa maladie, et d'autre part l'association diabète et tabac. Pour cela, la méthode qualitative était la méthode de choix car elle a permis de faire émerger les sentiments et les expériences de chacun.

Les entretiens individuels ont permis aux patients de parler de leur vie personnelle et professionnelle plus librement.

Nous ne connaissions aucun des patients interviewés. Ils étaient sélectionnés au hasard des consultations.

La validité de l'étude était représentée par plusieurs critères de scientificité [23], [24] :

- le recrutement des patients : ils étaient issus de zones géographiques différentes et d'âge différents.
- la saturation des données : les données sont saturées lorsqu'un nouvel entretien au minimum n'apporte plus de nouvelles idées. La saturation a été atteinte lors du vingt-cinquième entretien, elle a été confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires.

- la triangulation des chercheurs. Nous avons analysé de façon indépendante les entretiens puis avons regroupé les résultats. Ceci a permis de diminuer la subjectivité de l'étude.
- la confrontation au fur et à mesure des résultats aux données de la littérature. Ceci a permis d'augmenter la crédibilité de l'étude.

Nous avons respecté l'Ethique car la thèse terminée, les retranscriptions via Word® et le codage via NVIVO 10© ont été détruits.

B. ANALYSE DES RESULTATS

1. Contexte d'écriture de la thèse, sélection des patients

Cette étude fait partie intégrante d'une seconde qui, elle, concerne les freins et les motivations des patients diabétiques de type 2 au sevrage tabagique réalisée par Amandine BRUIET [25].

Débuté ensemble, nous avons partagé notre projet en deux parties. Le travail de recherche, de réflexion, le recueil et l'analyse des données ont été réalisés de manière conjointe. En revanche, la rédaction a été personnelle.

Nous avons choisi volontairement de ne recruter que des patients diabétiques de type 2. Nous voulions analyser le vécu de patients dont le diabète a été découvert à l'âge adulte. Chez les patients diabétiques de type 1, la maladie est découverte, le plus souvent, dans l'enfance. Le ressenti et la représentation de la maladie sont alors totalement différents.

2. L'hygiène de vie

Les patients associaient l'hygiène de vie principalement à l'alimentation et à l'alcool. Un seul d'entre eux a fait référence au tabac. Il considérait ne pas prendre soin de lui car il fumait.

Boire occasionnellement ou pas du tout de boissons alcoolisées était gage d'une bonne hygiène de vie, même s'ils fumaient.

La mauvaise hygiène de vie était associée systématiquement à l'alimentation. Ils ne respectaient pas le régime diabétique donc avaient une mauvaise hygiène de vie. Dans tous les cas, l'alimentation était un point central que nous allons développer maintenant.

3. Vécu du diabète de type 2

a) L'alimentation

L'alimentation était un thème abordé par la majorité des patients.

Ils connaissaient les règles à respecter, essayaient de les mettre en pratique mais avec difficultés. Veiller à ce qu'ils mangeaient allait à l'encontre du plaisir qu'ils avaient de se mettre à table. Certains patients de notre étude ont avoué qu'ils n'avaient jamais suivi les recommandations de leur médecin.

« Le Guide médecin ALD 8-Diabète de type 2 » publié par l'Haute Autorité de Santé (HAS) [26] rappelle l'importance de la modification du mode de vie. Pour aider le patient à changer son alimentation, le médecin peut avoir recours à des méthodes individuelles ou collectives. Les acteurs concernés sont médicaux et/ou paramédicaux (infirmier(e), diététicien(ne)). Les changements alimentaires doivent être surtout qualitatifs : diminution des lipides saturés, des sucres raffinés et de la consommation d'alcool.

Dans un travail de thèse mené à Nantes en 2006 [27], l'auteur employait des mots forts : « manger était devenu un plaisir interdit et le régime une véritable perte ». Cette notion était clairement ressentie dans notre étude. Les patients parlaient beaucoup de leur alimentation parce qu'ils devaient être vigilants et cela les dérangeait.

Les patients ont fréquemment évoqué leurs abus alimentaires passés, mais très peu reliaient ces excès à l'apparition du diabète. Concernant le surpoids, parmi les patients conscients de leur problème de poids, seule une patiente a fait le lien avec le diabète. Cependant les patients étaient satisfaits lorsqu'ils perdaient du poids.

On peut se poser la question de la connaissance des patients concernant ce point, d'autant plus qu'en 2007, selon l'étude ENTRED [28], 41% des patients diabétiques de type 2 sont obèses et 39% sont en surpoids.

b) L'activité physique

La majorité d'entre eux ne pratiquait pas ou peu de sport. Ils n'en parlaient pas spontanément mais savaient qu'il était important d'en faire.

L'étude ENTRED 2007-2010 [29] montre que les médecins généralistes ont des difficultés à faire adhérer les patients diabétiques à l'activité physique pour 61% d'entre eux. Notre étude corrobore le fait que les patients diabétiques de type 2 n'ont pas la culture du sport et changent difficilement leurs habitudes, tout comme l'alimentation.

c) Le suivi biologique

La majorité des patients savait qu'ils devaient faire une prise de sang tous les trois mois. Elle coïncidait avec la visite chez leur médecin traitant pour le renouvellement du traitement. Certains connaissaient leur chiffre d'HbA1c sans savoir ni la nommer, ni à quoi elle correspondait. Mais ils avaient conscience que ce chiffre conditionnait la suite du traitement. Cela devenait un réel défi d'améliorer ou de stabiliser leur chiffre.

Les recommandations concernant le suivi de l'HbA1c ont changé.

Certaines études ont permis de se rendre compte que faire baisser de façon agressive les valeurs glycémiques pouvait être délétère pour le patient. Les études ACCORD [30] et ADVANCE [31] vont dans ce sens. En revanche, l'étude ADDITION [32], plus récente, montre que faire baisser l'HbA1c en-dessous de 7% n'augmente pas la mortalité.

Selon les dernières recommandations de l'HAS [33], pour la majorité des patients diabétiques de type 2, l'objectif de l'HbA1c est à 7%. Dans certains cas, la limite peut être définie à 6,5%, 8% voire 9%.

d) L'annonce du diagnostic

La maladie s'est développée le plus souvent sans symptôme. La découverte a donc souvent été un choc pour les patients. Il y avait des différences dans la façon de gérer la situation. Ceux qui avaient des antécédents familiaux de diabète de type 2 comprenaient plus facilement l'apparition de la maladie car elle avait une explication génétique logique. Pour ces patients, les facteurs environnementaux, notamment l'alimentation, jouaient un rôle mineur voire aucun rôle.

Or, nous savons que le diabète de type 2 n'a pas une seule cause. Il est d'origine multifactorielle : génétique et environnementale. Le projet « Diabetes Gene Discovery Group » [34] a identifié quatre gènes de prédisposition au diabète de type 2. Une avancée majeure dans la compréhension de cette maladie.

Ceux qui n'avaient pas d'antécédents familiaux ne comprenaient pas pourquoi ils étaient diabétiques.

Cette notion de choc est retrouvée dans une étude qualitative de 2004 [35] qui a posé la question des représentations de la maladie par les patients et du soutien social qu'ils percevaient.

e) Les connaissances

La définition du diabète a été correctement donnée par la plupart des patients. Elle était parfois vague. Un seul patient nous a dit que le diabète était le gras dans le sang.

Les connaissances des complications étaient très variables d'un patient à l'autre. Celles qui ressortaient le plus étaient les pathologies cardio-vasculaires. Elles étaient

bien connues des patients car beaucoup étaient touchés directement ou indirectement par ce type de complications.

Les données de la littérature montrent que le risque cardio-vasculaire des patients diabétiques est multiplié par deux [36].

Parmi les complications cardio-vasculaires, l'amputation et la cécité étaient celles qui étaient le plus citées. Elles sont toutes deux liées à la peur de ne plus pouvoir marcher ou de ne plus voir. Les infections étaient également citées.

Les patients connaissaient beaucoup moins les complications rénales ou neurologiques car elles ne renvoyaient à aucune peur ou aucun symptôme visible.

Nos résultats concordent avec un travail de thèse mené en 2013 à Nantes [37]. Dans cette étude, 74% des patients connaissaient la définition du diabète. Concernant les complications, 79% des patients savaient qu'une mauvaise hygiène des pieds pouvait aboutir à une plaie et à une amputation. Egalement, 79% des patients étaient d'accord avec le fait que les diabétiques étaient plus exposés aux infections.

A noter que très peu de patients n'avaient aucune connaissance sur le sujet.

Dans notre étude, certains patients nous ont dit ne pas vouloir connaître d'avantage les complications du diabète. Ils se laissaient guider par leur médecin traitant et ne voulaient surtout pas en savoir plus. La maladie n'ayant pas de symptôme, pourquoi s'en préoccuper ?

f) L'autonomie

Certains patients ont également parlé de la gestion de leur maladie. Un seul patient pensait que c'était à lui de gérer sa maladie, son avenir était conditionné par son implication dans la prise en charge de son diabète. Son médecin traitant était là pour le guider, l'accompagner dans ses choix. C'était en quelque sorte un contrat fictif entre le patient et le médecin. Le médecin mettait son savoir à la disposition du patient qui, en retour devait être actif dans la prise en charge de sa maladie.

Cette idée rejoint les résultats de l'étude DAWN2 [38]. Les patients diabétiques auront une meilleure qualité de vie s'ils participent activement à leurs soins et si les soignants les aident dans leur démarche.

g) La relation médecin / malade

Dans notre étude, le médecin traitant était considéré par les patients comme un point de repère. Ce résultat rejoint celui de l'étude ENTRED 2007-2010 [29] qui montre que 83% des diabétiques de type 2 trouvent les informations essentiellement auprès de leur médecin traitant.

Si certains patients avouaient à leur médecin leurs écarts diététiques, d'autres craignaient sa réaction et s'abstenaient d'en parler. Ils nous demandaient de ne pas répéter à leur médecin ce qu'ils nous confiaient. Notre étude met en lumière les différentes relations que peut avoir le médecin avec son malade. Dans les maladies chroniques telles que le diabète, la communication est très importante. La réussite de la prise en charge repose en partie sur la capacité du médecin et des autres intervenants à faire adhérer le patient. Pour cela, de nouvelles méthodes se sont développées ces dernières années, notamment l'Education Thérapeutique Patient (ETP).

L'objectif principal et la définition de l'ETP donnés par l'HAS [39] sont « d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique [...] Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psycho-social, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie ».

Cela correspond à un partage des responsabilités et tend à rendre le patient autonome. La mise en place de l'ETP requiert une formation particulière en termes de communication et de pédagogie. Tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du diabète pourraient y participer.

Ce type d'éducation pourrait être une réponse aux difficultés que rencontrent les médecins généralistes à éduquer leurs patients diabétiques. En effet, dans le rapport

de l'étude ENTRED 2007-2010 [29], nous avons vu précédemment qu'ils avaient des difficultés à faire adhérer leurs patients à l'activité physique. Il en est de même pour l'alimentation pour 63% d'entre eux. Malheureusement, des freins existent pour mener à bien l'éducation thérapeutique [29]. Les médecins généralistes évoquent essentiellement le manque de temps (76%), de structures (39%) et d'implication du malade (33%).

L'étude DAWN [40], en plus de recommander une prise en charge psycho-sociale du diabète, préconise une meilleure communication entre les intervenants et une gestion du diabète en équipe centrée sur le patient.

h) Le vécu, des vécus

La maladie diabétique était acceptée de façon différente en fonction du patient. Elle était mal vécue lorsqu'il y avait de grosses difficultés concernant le régime alimentaire, le traitement (ADO ou insuline) ou l'apparition de complications. En revanche, la majorité des patients disaient que le diabète était une maladie insidieuse.

Les patients ne sont pas égaux face à la découverte d'une maladie chronique. La capacité à faire le deuil de l'état de santé antérieur est différent pour chacun. Dans le livre intitulé « Education thérapeutique : Prévention et maladies chroniques » [41], Anne Lacroix décrit ce phénomène. Il y a deux stratégies d'adaptation à la maladie chronique possibles : l'acceptation ou la résignation. L'auteur se base sur le travail de deuil décrit par Sigmund Freud. Dans le premier cas, le patient se confronte à la maladie, il se révolte. S'ensuit une période de tristesse puis d'acceptation. Dans le second cas, le patient évite la maladie, il la refuse. Il est alors dans le déni et la dépression.

Les résultats de notre étude sont en accord avec ceux de l'étude DAWN2 [42]. Les patients étaient partagés quant au vécu de leur maladie. Environ 45% sont en détresse face à leur diabète et 40% pensent avoir une bonne qualité de vie.

i) La minimisation

La notion de minimisation évoquée par les patients, concernait premièrement la consommation de sucre et de gras. Si quelques patients avaient établi un lien entre leur alimentation antérieure et leur diabète, la majorité disait ne pas avoir mangé beaucoup de produits sucrés et gras dans leur vie.

Deuxièmement les patients traités par ADO minimisaient leur diabète car ils n'étaient pas traités par insuline. Tant qu'ils ne prennent « que » des comprimés, ils ne sont pas réellement malades...

Cette notion est retrouvée dans plusieurs études et s'apparente à un certain déni de la maladie. Dans l'étude qualitative de 2004 [35], l'auteur parle de « petit diabète » évoqué par les patients traités par ADO, les comprimés sont le traitement qui évite le pire et l'insuline est le traitement pour les vrais malades. Cette idée apparaît également dans un article de la revue « Diabetes Voice » [43] qui liste les croyances concernant l'insulinothérapie.

j) L'incompréhension

Notre étude a montré l'incompréhension des patients face à leur maladie. Elle est principalement due à l'absence de symptôme et d'effet clinique visible des traitements, mais aussi à l'absence d'antécédents familiaux.

4. Vécu de l'association diabète et tabac

a) Manque de connaissances des risques encourus

Alors que les patients étaient plutôt à l'aise sur le sujet du diabète, ils avaient des difficultés à parler de l'association diabète et tabac. Beaucoup d'entre eux n'avaient aucune connaissance sur le sujet. Au fur et à mesure de l'entretien, quelques-uns avaient des idées mais elles restaient vagues et orientées par les questions précédentes. Ils nous disaient alors que le tabac aggravait les problèmes cardio-

vasculaires et d'autres finissaient par dire que l'association était déconseillée sans savoir pourquoi. Une seule patiente nous a parlé de la majoration des complications.

Dans notre étude, un seul patient sur vingt-sept nous a parlé spontanément de son tabagisme. En revanche, presque tous les patients nous ont parlé soit de leur alimentation soit de leur activité physique. Cela montre que l'arrêt du tabagisme n'est pas encore acquis comme faisant partie des RHD du patient diabétique.

L'étude ENTRED 2007-2010 [29] montre que parmi les 26% de patients diabétiques qui ont effectué un changement dans leurs habitudes quotidiennes, seulement 3% ont arrêté de fumer. Pour nous, soignants, ce chiffre est assez étonnant au regard des connaissances que nous avons sur les risques qu'entraîne l'association diabète et tabac.

Nous savons que les personnes diabétiques ont un RCV plus élevé, ainsi que les fumeurs par rapport à la population générale. En effet, les diabétiques ont deux fois plus de risque de développer une maladie coronarienne et plus de deux fois plus de risque de faire un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique [36]. Le taux de mortalité cardio-vasculaire est deux à trois fois plus élevé chez les fumeurs [10].

Il est donc logique de se poser la question concernant l'association diabète et tabac. La « Nurses'Health Study » de 2002 [16] montre que le risque de développer un IDM est en moyenne multiplié par deux chez les patientes diabétiques fumeuses par rapport aux patientes diabétiques non-fumeuses. D'après cette même étude de 2002, le risque de développer une maladie cardio-vasculaire est multiplié par sept par rapport aux personnes non-diabétiques et non-fumeuses. Le problème réside aussi dans l'augmentation du risque de développer des complications, qui est quatorze fois plus élevé [17].

Les patients de notre étude n'intégraient pas les risques du diabète à ceux du tabac.

b) Insouciance des risques encourus

Ils ne s'inquiétaient pas de cette nouvelle connaissance, en parlaient parfois avec humour. Ils nous disaient spontanément qu'ils n'avaient pas envie de savoir. Le diabète est déjà pour eux une maladie avec des contraintes alimentaires, ils ne voulaient pas que de nouvelles interdictions leur soient ajoutées. Ils trouvaient en la cigarette un plaisir qu'ils avaient auparavant avec l'alimentation.

c) Aspect social du tabac

Dans notre étude, les patients disaient que le tabagisme était un anti-stress, avait un aspect festif et qu'à leur époque c'était un « rite de passage ». Le tabac avait, à l'époque, une bonne image.

Aujourd'hui, le tabac en a une toute autre. Ses méfaits sont clairement identifiés. La dernière étude menée en France et publiée en 2013 [10] montre, comme beaucoup d'autres que le tabac augmente le risque de décès par cancers, maladies cardiovasculaires et maladies de l'appareil respiratoire de façon importante.

d) Diabète = interdiction, cigarette = défouloir

La cigarette était utilisée comme défouloir. Comme le grignotage lui était interdit, une patiente préférait fumer une cigarette. Les patients diabétiques fumeurs se sentent interdits de tout. Ils ont un régime alimentaire contraignant, ils doivent pour certains faire des contrôles glycémiques quotidiens, doivent faire du sport alors qu'ils n'ont jamais été sportifs. Ils ont parfois un réel sentiment de persécution.

De plus, nous avons vu précédemment qu'ils avaient tendance à minimiser leur diabète. On retrouve ce point dans le tabagisme. Comme le souligne le travail d'Amandine BRUIET [25], ils connaissent certaines conséquences du tabagisme et savent que « ce n'est pas bon pour la santé ». Ils essaient de se rassurer en se disant qu'ils n'ont jamais beaucoup fumé ou qu'ils sont en train de diminuer progressivement.

La cigarette les aide à mieux vivre la maladie diabétique alors que, sur le plan médical, elle l'aggrave.

Un patient a même trouvé un effet positif du tabac sur le diabète. Il disait que « la cigarette le détendait donc faisait diminuer sa tension artérielle, ce qui est bénéfique pour le diabète ». On peut très bien imaginer la dangerosité de ce genre de pensée.

e) Comparaison des RHD

Il existe une vraie différence entre alimentation/activité physique et tabagisme. Pour les premiers, les patients avaient des connaissances mais les mettaient en pratique avec difficultés. Pour le second, les patients savaient très peu, ou en tout cas, n'étaient pas conscients des risques encourus. Nous devons répéter le message de prévention qu'est l'arrêt du tabac chez ces patients. Et trouver de nouveaux moyens d'éduquer nos patients notamment en développant l'ETP. Dans l'idéal, l'éducation de chaque patient doit être personnalisée. Le médecin doit s'adapter au patient selon son vécu, ses croyances.

f) Observance

Nous avons remarqué qu'un seul patient nous a parlé de l'observance. Il nous disait que parfois il oubliait son traitement le midi, mais que cela ne l'inquiétait pas. Dans une maladie chronique comme le diabète, l'observance des patients est primordiale. Nous sommes étonnés de n'avoir eu qu'une seule remarque à ce sujet.

g) Tabac : cause possible du diabète de type 2 ?

Un patient s'est demandé si le diabète de type 2 et le tabac avaient une relation de cause à effet.

Des études de cohorte se sont intéressées à cette relation. Dans le cadre de la « Cancer Prevention Study I », Will et al. [44] ont montré que les hommes fumeurs (plus de 40 cigarettes par jour) avaient un risque de développer le diabète 45% plus élevé que les hommes n'ayant jamais fumé. Ce chiffre est de 74% pour les femmes.

D'autres grandes cohortes confirment ces chiffres notamment la « Physicians Health Study » et la « Nurses Health Study ».

Plusieurs mécanismes sont avancés [45]. La nicotine provoque une diminution de la sensibilité à l'insuline via la sécrétion de catécholamines, l'augmentation de la lipolyse et du stress oxydatif.

VI. CONCLUSION

Les patients diabétiques de type 2 sont conscients qu'ils doivent faire des changements au niveau de l'alimentation et de l'activité physique, mais ils ont des difficultés à en être acteur. Ils minimisent leur maladie tant qu'ils sont asymptomatiques ou non insulino-requérants.

Une incompréhension grave encore autour de cette maladie. A nous, soignants, d'intensifier encore plus l'information et l'éducation.

Concernant le tabagisme, les patients diabétiques de type 2 connaissent très peu, et surtout ne sont pas conscients des risques qu'ils encourent. Les RHD qu'ils connaissent, l'alimentation et le sport, sont déjà lourdes pour eux. Au contraire, le tabagisme les aide à mieux vivre leur maladie diabétique.

On considère aujourd'hui le tabagisme comme une maladie chronique à part entière, qu'il faut prendre en charge comme telle. On peut donc se demander quels messages d'information pourraient marquer les patients diabétiques fumeurs.

Pour cela, le travail de thèse d'Amandine BRUIET [25] s'est intéressé aux freins et aux motivations des patients diabétiques de type 2 au sevrage tabagique.

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Aouba A, Eb M, Rey G, Pavillon G, Jouglu E. Données sur la mortalité en France: principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. Bull Épidémiologique Hebd. 7 juin 2011;(22):249-55.
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. 2011;9.
3. Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global. ANAES. juin 2004;24-6.
4. Fagot-Campagna A, Romon I, Fosse S, Roudier C. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France-Synthèse épidémiologique. Inst Veille Sanit. nov 2010;2.
5. Ricci P, Blotière PO, Weill A et al. Diabète traité: quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France. Bull Épidémiologique Hebd. 9 nov 2010;(42-43):425.
6. Romon I, Jouglu E, Weill A, Eschwège E, Simon D, Fagot-Campagna A. Description de la mortalité et des causes de décès dans une cohorte d'adultes diabétiques en France métropolitaine-Etude ENTRED 2001. Bull Épidémiologique Hebd. nov 2009;(42-43):469-72.
7. Preis SR, Hwang SJ, Coady S et al. Trends in all-cause and cardiovascular disease mortality among women and men with and without diabetes mellitus in the Framingham Heart Study, 1950 to 2005. Circulation. 7 avr 2009;119(13):1728-35.
8. Beck F, Guignard R, Richard JB, Wilquin JL, Peretti-Watel P. Augmentation récente du tabagisme en France: principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010. Bull Épidémiologique Hebd. 31 mai 2011;(20-21):230-3.
9. Hill C. Tobacco epidemiology. Rev Prat. mars 2012;62(3):325, 327-9.
10. Licaj I, Romieu I, Clavel-Chapelon F, Boutron-Ruault MC, Ferrari P. Impact du tabac sur la mortalité totale et sur la mortalité par cause dans l'étude européenne EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and nutrition). Bull Épidémiologique Hebd. mai 2013;(20-21):234-8.
11. Thomas D. Bénéfices cardio-vasculaires du sevrage tabagique. Presse Médicale. juin 2009;38(6):946-52.
12. Evin C. LOI no 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. 91-32 janv 10, 1991.

13. Veil S. LOI n°76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. 76-616 juill 9, 1976.
14. Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications. ANAES. mars 2000;74-6.
15. Al-Delaimy WK, Willett WC, Manson JE, Speizer FE, Hu FB. Smoking and mortality among women with type 2 diabetes: The Nurses' Health Study cohort. *Diabetes Care*. déc 2001;24(12):2043-8.
16. Al-Delaimy WK, Willett WC, Manson JE, Solomon CG et al. Smoking and risk of coronary heart disease among women with type 2 diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. févr 2002;162(3):273-9.
17. Haire-Joshu D, Thomas J. Dépendance et croyances sur le tabagisme et le diabète. *Diabetes Voice*. juin 2005;50:15-8.
18. Eliasson B. Les effets du tabac sur les complications du diabète. *Diabetes Voice*. juin 2005;50:27-9.
19. La définition européenne de la Médecine Générale-Médecine de famille. *WONCA Eur*. 2002;7-10.
20. Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications. ANAES. janv 1999;37-40.
21. Hecquard P. L'Education Thérapeutique. *Cons Natl Ordre Médecins*. avr 2009.
22. Sitruk L, Freydt C, Naudin-Rousselle P. Sevrage tabagique: les nouvelles données 2014. *Généraliste FMC*. 10 janv 2014;(2666):21-4.
23. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillart L et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale anglophone: GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-5.
24. Frappé P. Initiation à la recherche. *Association française des jeunes chercheurs en Médecine Générale*. 2011. p. 43-53.
25. Bruet A. Freins et motivations au sevrage tabagique chez les patients diabétiques de type 2. [Thèse pour le doctorat de Médecine Générale]. Lille; 2014.
26. Guide médecin ALD 8 - Diabète de type 2. *Haute Aut Santé*. mai 2006;6.
27. Bernard P. Vécu et représentations mentales de la maladie chez des diabétiques de type 2. Etude préliminaire. [Thèse pour le doctorat de Médecine Générale]. Nantes; 2006.

28. Fagot-Campagna A, Fosse S, Roudier C et al. Caractéristiques, risque vasculaire et complications chez les personnes diabétiques en France métropolitaine: d'importantes évolutions entre Entred 2001 et Entred 2007. Bull Épidémiologique Hebd. 10 nov 2009;(42-43):452.
29. Fournier C, Chabert A, Mosnier-Pudar H, Aujoulat I, Fagot-Campagna A, Gautier A. Rapport concernant: l'information et l'éducation reçues par les personnes diabétiques, les pratiques éducatives des médecins, ainsi que les attentes des personnes diabétiques et des médecins-Etude ENTRED 2007-2010. Inpes. déc 2011;50.
30. Gerstein HC, Miller ME, Byington RP et al, The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effects of intensive glucose in type 2 diabetes. N Engl J Med. 12 juin 2008;358(24):2545-59.
31. Patel A, MacMahon S, Chalmers J, The ADVANCE Collaborative Group. Intensive Blood Glucose Control and Vascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 12 juin 2008;358(24):2560-72.
32. Waugh NR, Shyangdan D, Taylor-Phillips S, Suri G, Hall B. Screening for type 2 diabetes: a short report for the National Screening Committee. Health Technol Assess. aout 2013;17:42.
33. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. Haute Aut Santé. janv 2013;8-10.
34. Farmer Y, Avard D. La composante génétique du diabète de type 2: suivi des progrès scientifiques du projet DGDG. Diabetes Voice. mars 2008;53(1):31-3.
35. Levasseur G. A propos de la « maladie-du-malade » diabétique de type 2. Educ Patient Enjeux Santé. 2004;22(3):67-8.
36. Emerging Risk Factors Collaboration, Sarwar N, Gao P et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. Lancet. sept 2010;376(9745):958.
37. Bazureau S. Diabète de type 2: étude sur les connaissances et idées reçues d'une cohorte de 130 patients en Pays de Loire: impact sur la prise en charge éducative en Médecine Générale [Thèse pour le doctorat de Médecine Générale]. Nantes; 2013.
38. Willaing I. L'étude DAWN2 souligne l'importance de la participation active, de l'engagement et de l'éducation des personnes atteintes de diabète. Diabetes Voice. déc 2013;58(2):25-8.

39. Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. Haute Aut Santé. juin 2007;1.
40. Skovlund S. Attitudes, souhaits et besoins face au diabète. Diabetes Voice. juin 2004;49:6.
41. Lacroix A. Autour du vécu psychique des patients atteints d'une maladie chronique. Education thérapeutique: Prévention et maladies chroniques. Masson. 2009. p. 33-9.
42. Kovacs Burns K. Résultats de l'étude DAWN2 consacrée aux familles: le fardeau caché du diabète. Diabetes Voice. déc 2013;58(2):21-4.
43. Snoek F. Résistance psychologique à l'insuline: quelles sont les principales craintes des patients et des médecins? Diabetes Voice. nov 2001;46(3).
44. Will JC, Galuska DA, Ford ES, Mokdad A, Calle EE. Cigarette smoking and diabetes mellitus: evidence of a positive association from a large prospective cohort study. Int J Epidemiol. juin 2001;30(3):540-6.
45. Targher G. Quel est l'impact du tabac sur la sensibilité à l'insuline? Diabetes Voice. 50:23-5.

VIII. ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

1/ Que pensez-vous de votre hygiène de vie ?

2/ Qu'est-ce que le diabète pour vous ? Pour vous quels peuvent être les effets, les complications du diabète sur la santé ? Comment le vivez-vous ?

3/ Qu'est-ce que vous connaissez du tabac ? Quelle est votre expérience par rapport au tabac ?

4/ Qu'évoque pour vous l'association des deux ? Que savez-vous de l'association diabète et tabac ?

5/ Quelle est votre expérience du sevrage tabagique ?

6/ Parlez-moi des aides au sevrage que vous connaissez ?

7/ Qu'est-ce qui vous a aidé/vous aiderait ou vous a manqué/manquerait pour arrêter de fumer ?

ANNEXE 2 : CONSENTEMENT ECLAIRE

Investigatrice : MAZUR Anne. Faculté Libre de Médecine de Lille.

Je certifie avoir donné mon accord pour participer à une étude qualitative dans le cadre d'une thèse de Médecine Générale sur le diabète. J'accepte volontairement de participer à cette étude et je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux stopper ma participation à tout moment sans avoir ni à me justifier ni encourir aucune responsabilité. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi (loi du 20 décembre 1988 article 15).

Au cours de cette expérience, j'accepte que soient recueillies des données audio sur mes réponses. Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif de l'investigatrice concernée.

J'ai été informé que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle.

Date :

Nom du volontaire :

Signature du volontaire (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Nom de l'expérimentatrice :

Signature de l'expérimentatrice :

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE PRELIMINAIRE A L'ENTRETIEN
INDIVIDUEL

Sexe :

Age :

Lieu de résidence :

Diabétique : ADO insuline les 2

Fumeur	Ancien fumeur
Nombre d'années :	Nombre d'années :
Consommation quotidienne :	
Estimation Paquets-Années :	Estimation Paquets-Années :

ANNEXE 4 : Tableau des caractéristiques des patients interrogés

PATIENT	SEXE	AGE	LIEU DE RESIDENCE	TRAITEMENT	TABAGISME
1	M	68 ans	Rural	ADO	Sevré, 15 PA
2	F	46 ans	Semi-rural	ADO	Actuel, 15 PA
3	M	55 ans	Semi-rural	Insuline	Sevré, 43 PA
4	M	61 ans	Semi-rural	ADO	Actuel, 86 PA
5	M	62 ans	Semi-rural	ADO	Actuel, 37 PA
6	M	58 ans	Urbain	ADO	Actuel, 21 PA
7	M	73 ans	Semi-rural	ADO	Sevré, 27 PA
8	M	62 ans	Semi-rural	ADO	Actuel, 43 PA
9	M	80 ans	Semi-rural	ADO	Sevré, 40 PA
10	M	47 ans	Semi-rural	ADO	Actuel, 30 PA
11	F	59 ans	Semi-rural	ADO	Sevré, 12 PA
12	M	38 ans	Semi-rural	ADO	Actuel, 20 PA
13	M	63 ans	Rural	ADO	Sevré, 42 PA
14	M	72 ans	Semi-rural	ADO	Actuel, 24 PA
15	M	62 ans	Semi-rural	ADO	Sevré, 30 PA
16	M	53 ans	Semi-rural	ADO	Sevré, 37 PA
17	M	62 ans	Semi-rural	ADO	Sevré, 42 PA
18	M	57 ans	Semi-rural	ADO	Sevré, 27 PA
19	F	72 ans	Semi-rural	ADO	Sevré, 80 PA
20	F	68 ans	Semi-rural	Aucun	Non
21	H	70 ans	Semi-rural	ADO	Sevré, 23 PA
22	M	43 ans	Urbain	Insuline	Actuel, 25 PA
23	F	39 ans	Urbain	ADO	Sevré, 12 PA
24	M	63 ans	Urbain	Insuline	Sevré, 31 PA
25	M	80 ans	Urbain	Insuline	Sevré, 20 PA
26	F	73 ans	Urbain	ADO	Non
27	M	57 ans	Urbain	ADO	Sevré, 40 PA

M : sexe masculin et F : sexe féminin.

ADO : antidiabétiques oraux.

PA : paquets-années.

AUTEUR : Nom : MAZUR

Prénom : Anne

Date de Soutenance : 26 Mai 2014

Titre de la Thèse : Vécu des patients diabétiques de type 2 concernant leur diabète et son association au tabac. Recrutement en Médecine Générale dans le Nord-Pas de Calais

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : diabète de type 2, tabac, vécu, étude qualitative, Médecine Générale

Résumé :

Introduction : Le diabète de type 2 et le tabac sont deux facteurs de risque cardio-vasculaire. Le tabagisme chez les patients diabétiques entraîne une augmentation du risque cardio-vasculaire et du risque de développer des complications. L'étude pose la problématique du vécu des patients diabétiques de type 2 concernant le diabète et son association au tabac.

Méthode : La méthode employée était une méthode qualitative avec la réalisation d'entretiens individuels semi-structurés. Les patients recrutés étaient diabétiques de type 2 et fumeurs, anciens fumeurs ou n'ayant jamais fumé.

Résultats : Les patients évoquaient surtout les changements à faire en termes d'alimentation et d'activité physique mais avaient des difficultés à les mettre en pratique. La découverte de la maladie était vécue de façon brutale et différemment selon les patients. La minimisation du diabète par les patients traités par antidiabétiques oraux était omniprésente. Les patients ne comprenaient pas toujours leur maladie car ils étaient asymptomatiques. Les connaissances de l'association diabète et tabac étaient très vagues. Les patients ne voulaient pas connaître les risques qu'ils encouraient. Ils ne trouvaient pas l'association inquiétante et la cigarette était vécue comme un défouloir. Ils retrouvaient en la cigarette le plaisir « perdu » avec le régime diabétique.

Conclusion : Les patients diabétiques de type 2 ont encore des interrogations concernant leur maladie. Les intervenants médicaux et paramédicaux doivent intensifier leur éducation. Les risques de l'association diabète et tabac ne sont pas connus des patients. Ils voient en l'arrêt du tabac une restriction supplémentaire. Le défi est de trouver des motivations qui inciteraient ces patients à cesser de fumer.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre FONTAINE

Asseseurs : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Gabriel HOCEDEZ

