



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Comment les patients diabétiques de type 2 perçoivent-ils les
recommandations nutritionnelles données par leur médecin traitant ?**

Présentée et soutenue publiquement le 20/10/2022 à 16h00
au Pôle Formation
par **Antoine FOSSE**

JURY

Président :

Madame le Professeur Anne VAMBERGUE

Assesseurs :

Madame le Professeur Anita TILLY-DUFOUR

Monsieur le Docteur Luc DAUCHET

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Alain BARDOUX

Avertissement :

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

LISTE DES ABREVIATIONS

- AUT : aliment ultra transformé
- AVC : accident vasculaire cérébral
- DT2 : diabète/diabétique de type 2
- DT1 : diabète/diabétique de type 1
- ETP : éducation thérapeutique du patient
- HbA1c : hémoglobine glyquée
- HDF : Hauts-de-France
- IDM : infarctus du myocarde
- IMC : indice de masse corporelle
- MT : médecin traitant
- PNNS : programme national nutrition santé
- RHD : règle hygiéno-diététique
- SFD : Société francophone du diabète

TABLE DES MATIÈRES

I INTRODUCTION.....	1
1) Préambule.....	1
2) Le diabète de type 2.....	1
3) Épidémiologie et enjeu de santé publique.....	4
4) Objectif théorique des RHD.....	5
5) Réalité du terrain.....	7
6) Questionnement et Objectif.....	9
II MÉTHODES.....	11
1) Étude qualitative.....	11
2) Méthode par théorisation ancrée.....	11
2.1) Étude de la littérature.....	12
2.2) Collecte des données.....	12
2.2.1) Protocole de recherche.....	12
2.2.2) Population cible.....	12
2.2.3) Population source.....	13
2.2.4) Critères d'inclusion.....	13
2.2.5) Critères de non inclusion.....	13
2.2.6) Inclusion dans l'étude.....	13
2.2.7) Entretiens semi dirigés.....	14
2.2.8) Anonymisation.....	14
2.2.9) Questionnaire.....	15
2.2.10) Saturation des données.....	15
2.3) Analyse des données et rédaction des résultats	15
III RÉSULTATS.....	17
1) Caractéristiques des patients.....	17
2) Le Savoir.....	18
2.1) Le savoir comme base du traitement.....	18
2.2) Les conseils en grandes quantités permettent le savoir.....	19
3) Le Médecin.....	19
3.1) La confiance envers le Médecin comme pilier de prise en charge.....	20
3.2) Le médecin dans son rôle d'élément motivateur.....	20
3.3) Le médecin et le système de santé mis en cause.....	21
3.4) Le médecin vu comme un punisseur.....	22
3.5) Le médecin interlocuteur référent.....	23
4) Le Patient.....	23
4.1) Un état d'esprit positif et motivé pour mieux se soigner.....	24
4.2) Le patient acteur de sa prise en charge.....	24
4.3) Banalisation des conseils.....	25
4.4) La cécité modifie la perception des conseils.....	25
5) La Temporalité.....	26
5.1) Les conseils donnés au fur et à mesure sont appréciés.....	26
5.2) Différentes façons de percevoir les conseils initiaux.....	27
6) Le Contenu.....	28
6.1) Les conseils brefs et en faible quantité sont mieux perçus.....	28
6.2) Les conseils simples et concrets sont efficaces.....	29
6.3) Plus les règles sont restrictives et moins elles sont bien suivies.....	30
7) Le Support.....	31
7.1) L'oral.....	31

7.1.1) L'oral pour échanger simplement et efficacement.....	31
7.1.2) L'oral doit être associé à un autre support.....	31
7.2) L'écrit.....	32
7.2.2) L'écrit permet une meilleur mémorisation.....	32
7.2.3) L'écrit a un impact visuel.....	32
7.3) Internet.....	33
7.3.1) Internet un support gorgé d'informations.....	33
7.3.2) La problématique de l'hyper-information.....	33
7.3.3) L'accès à internet.....	34
7.4) Les supports multiples.....	34
8) La Maladie.....	34
8.1) L'impact sur la santé comme moteur d'implication et de motivation.....	35
8.1.1) Agir pour guérir.....	35
8.1.2) Agir pour éviter les complications.....	35
8.2) Le silence initial du diabète inhibe l'implication.....	36
9) L'Alimentation.....	36
9.1) Le sucre et la malbouffe sont aussi addictifs que les drogues.....	36
9.2) La motivation par la cuisine « naturelle ».....	37
9.2.1) Le naturel et le fait maison.....	37
9.2.2) Le côté appétissant et esthétique.....	37
9.2.3) Les produits industriels ultra-transformés.....	38
10) Le Groupe.....	38
IV DISCUSSION.....	39
1) Analyse des résultats et comparaison avec la littérature.....	39
1.1) Le Savoir.....	39
1.2) Le Médecin.....	40
1.3) Le Patient.....	41
1.4) La Temporalité.....	43
1.5) Le Contenu.....	45
1.6) Le Support.....	46
1.7) La Maladie.....	48
1.8) L'Alimentation.....	49
1.9) Le Groupe.....	50
1.10) Schéma de théorisation.....	50
2) Forces et Limites.....	52
2.1) Forces.....	52
2.2) Limites.....	53
3) Perspectives.....	54
V CONCLUSION.....	57
VI RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	58
VII ANNEXES.....	62
Questionnaire pour l'entretien semi-dirigé.....	62
Lettre d'information et de participation.....	63
Déclaration de conformité de la délégation à la protection des données.....	64

RÉSUMÉ

Comment les patients diabétiques de type 2 perçoivent-ils les recommandations nutritionnelles données par leur médecin traitant ?

Contexte : Actuellement en France, plus de 3,3 millions de personnes sont traitées pour un diabète de type 2. Il s'agit d'une pathologie métabolique grave, sixième cause de décès en France, pouvant être évitée avec des règles hygiéno-diététiques simples. Pourtant l'incidence de cette pathologie continue d'augmenter. Le coût du diabète de type 2 en France est estimé à au moins 10 milliards d'euros par an (12,5 milliards en 2007). Il s'agit d'un enjeu majeur en terme de santé publique. Le médecin traitant est en première ligne pour enseigner aux patients les recommandations nutritionnelles permettant de traiter et guérir le diabète de type 2. Comment expliquer cette absence d'efficacité ? L'objectif de ce travail est donc de comprendre comment les patients diabétiques de type 2 perçoivent les recommandations nutritionnelles données par leur médecin traitant.

Méthode : Pour atteindre cet objectif, une étude qualitative a été réalisée par 15 entretiens semi-dirigés avec des patients diabétiques de type 2. Les données enregistrées étaient ensuite analysées par « méthode par théorisation ancrée » afin d'en faire ressortir des étiquettes regroupées en catégories qui constituaient les résultats de notre étude.

Résultats : 15 entretiens semi-dirigés ont été nécessaires pour atteindre la saturation des données. Les patients diabétiques de type 2 percevaient les conseils nutritionnels donnés par leur médecin traitant au travers de neuf prismes différents. Le Savoir, le Médecin, le Patient (lui-même), la Temporalité, le Contenu, le Support, la Maladie, l'Alimentation et le Groupe. Chaque prisme entraînait des perceptions et ressentis variables qui pouvaient donc chacun modifier l'adhésion du patient aux règles hygiéno-diététiques de façon positive ou négative.

Conclusion : Pour tenir un discours efficace et devenir un guide en nutrition pour le patient DT2, le MT doit donc prendre en compte ces neuf prismes et ajuster son discours en conséquence. Il serait donc intéressant d'être mieux formé au cours des études médicales en éducation thérapeutique du patient (ETP).

I INTRODUCTION

1) Préambule

Dans ce travail de recherche, nous n'aborderons que le diabète de type 2 (DT2) qui représente 90% des patients diabétiques en France. Les 10% restants étant repartis entre le diabète de type 1, les pancréatopathies diverses et les étiologies rares. (1)

Le DT2 représente en effet la majorité des consultations en soins primaires avec 85 à 90% des patients diabétiques.(2)

2) Le diabète de type 2

Le DT2 est une maladie chronique débutant lorsque le pancréas ne produit plus assez d'insuline ou que l'organisme n'utilise plus correctement cette insuline.(3)

L'insuline étant une hormone limitant le taux de sucre dans le sang (glycémie), son insuffisance qualitative ou quantitative, produit une augmentation de la glycémie qui est responsable de différentes complications aiguës ou chroniques sur de multiples organes. (4)

Le diagnostic de diabète est posé suite à deux prises de sang à jeun montrant une glycémie supérieure à 1,26g/l (7,0 mmol/l), ou une glycémie isolée supérieure à 2,0 g/l (11,1mmol/l). (1)

Les principaux facteurs favorisant le DT2 sont : la malnutrition, le manque d'activité physique et la sédentarité avec en conséquence le surpoids et l'obésité. Il existe également une part de prédisposition génétique.(1)

La physiopathologie du DT2 est liée à une sollicitation trop importante et prolongée de la glande pancréatique par une alimentation hypercalorique. Se développent alors progressivement sur plusieurs années, d'une part un hyper-insulinisme, et d'autre part une insulino-résistance au niveau des cellules cibles.

En conséquence l'utilisation du glucose au niveau cellulaire est diminuée, malgré que le taux d'insuline soit initialement de plus en plus élevé.

Enfin une stimulation de la néoglucogenèse hépatique vient compléter cette dérégulation métabolique.

Le cycle d'auto-régulation « insuline-glycémie » n'est plus fonctionnel et la glycémie ne fait alors qu'augmenter progressivement. (1)

Le traitement initial consiste à respecter des règles hygiéno-diététiques (RHD) pendant 3 mois.

Ces règles sont données, dans la grande majorité des cas, par le médecin traitant ayant fait le diagnostic, et cela dès la première consultation. (5)

Je ne détaillerai pas de manière exhaustive ces RHD qui sont accessibles sur le site de l'assurance maladie, de façon complète et didactique.(6)

Rapidement nous retrouvons dans ces règles :

- Une alimentation équilibrée, variée et sans interdit. Axée sur les fruits, légumes, féculents et poissons. En quantité adaptée, de façon régulière et riche en vitamines, oligo-éléments et sels minéraux. (Type régime méditerranéen).
- Une consommation réduite en aliments gras, sucrés ou salés et en alcool.
- Une activité physique régulière et adaptée.

Après 3 mois lors desquels le patient doit respecter ces règles, et en cas d'échec, un traitement médicamenteux par voie orale est instauré pour traiter l'insulinorésistance et l'hyperglycémie.

Si le patient ne modifie toujours pas son style de vie, la glande pancréatique sera irrémédiablement sursollicitée jusqu'à l'insulinopénie. Un traitement par Insuline en injection sous cutanée à vie, devra alors être débuté.(1)

Les principales complications à long terme du DT2 sont :

- Les atteintes des petits vaisseaux sanguins (microangiopathie)
 - Néphropathie avec insuffisance rénale jusqu'à la dialyse.
 - Rétinopathie jusqu'à la cécité.
 - Neuropathie périphérique avec le mal perforant plantaire pouvant aller jusqu'à la gangrène et l'amputation. (4)
- Les atteintes des gros vaisseaux sanguins (macroangiopathie)
 - Les pathologies cardio-vasculaires avec principalement l'accident vasculaire cérébral (AVC) et infarctus du myocarde (IDM).

3) Épidémiologie et enjeu de santé publique

Au total, en France, en 2016, plus de 3,3 millions de personnes sont traitées pour un diabète, soit 5% de la population. Ce chiffre est largement sous-estimé car il ne tient pas compte des personnes non traitées ou non diagnostiquées.(7)

On sait qu'un niveau socio-économique et éducationnel bas induisent une moins bonne éducation alimentaire, favorisant le surpoids et l'obésité et donc le risque de DT2.(7)

En conséquence, la prévalence du DT2 augmente dans les zones socio-économiquement défavorisées.(8)

On constate également que le DT2 touche de plus en plus les jeunes adultes, adolescents voire même les enfants, dans les âges où s'acquièrent les habitudes alimentaires principales.(9)

Parmi les 3,3 Millions de patients DT2 en 2016 on dénombre 8.100 hospitalisations pour IDM, 19.800 pour AVC, 26.700 pour plaie des pieds, 8.400 pour amputation et 4.000 pour greffe rénale ou dialyse. La néphropathie diabétique est d'ailleurs la première cause d'insuffisance rénale terminale et de dialyse.(10)

En ce qui concerne notre région, les Hauts de France ont un taux d'incidence très élevé concernant l'amputation de membre inférieur (130 % du taux national) et la plaie du pied (140 % du taux national).(3)

Les départements « Nord » et « Pas-de-calais » sont dans les cinq départements de

métropole avec le plus haut taux de prévalence de diabète.

Entre 2006 et 2013 notre région Hauts-de-France (HDF) a présenté une surmortalité liée au diabète de +35% comparé à la moyenne française. Le différentiel est de +44% chez les femmes et de +27% chez les hommes, et cette différence se creuse par rapport à la période 2000-2007.

Les patients DT2 des HDF sont globalement atteints de façon plus précoce et de façon plus grave que dans le reste de la France.(11)

Finalement au niveau national, le coût de la prise en charge du diabète et de ses complications en 2007 est estimé à 12,5 Milliards d'euros par l'étude ENTRED.(2)

Toutes ces données nous confortent dans l'idée que combattre le développement du diabète en France, et dans notre région, est un enjeu majeur de santé publique.

4) Objectif théorique des RHD

Les RHD sont la base et la pierre angulaire du traitement du DT2. (12)

En théorie les RHD seules, si elles sont appliquées assez précocement, sont sensées permettre une guérison du DT2 même sans traitement médicamenteux.

On retrouve cela dans plusieurs études montrant que le DT2 est réversible totalement ou en partie après une application correcte des RHD. Cela concerne les DT2 plutôt récents, non-complicés et avec sécrétion d'insuline endogène au moins partiellement conservée. (13)

Une étude publiée dans « *Cell Metabolism* » montre que, chez une partie des patients DT2 qui appliquent les RHD et perdent du poids, les cellules pancréatiques bêta peuvent se réactiver et reprendre une production d'insuline accrue. (14)

Une deuxième étude retrouve à la suite d'une perte de poids chez des patients DT2, une normalisation de la fonction des cellules bêta et de la sensibilité hépatique à l'insuline. Les auteurs concluent à une réversibilité des anomalies métaboliques du DT2 après une diète énergétique et donc une perte de poids. (15)

Le Professeur M. Pinget fondateur du Centre Européen du Diabète à Strasbourg, est même optimiste concernant ces résultats et ne considère plus comme inexorable, l'évolution du DT2. Pour lui, une des réponses à cette pandémie de DT2 sera la réversibilité d'une grande partie des diabètes installés. (16)

Les RHD sont également sensées éviter la consommation d'Aliments Ultra-Transformés (AUT).

En 2018, un lien direct a été retrouvé entre, la part des aliments ultra transformés (AUT) dans l'alimentation des français qui est en constante augmentation et la majoration de l'IMC avec un risque plus élevé de surpoids et d'obésité, et donc de diabète. (17)

En effet de part leur prix bas, leur palatabilité « marketing », et leur facilité d'utilisation, ils

sont bien souvent préférés aux « produits bruts » plus chers. (18)

On sait également d'après les études basées sur la cohorte française « NutriNet Santé » que 18,4 % de l'alimentation des français est composée d' AUT en terme de quantité. Cela monte à 35,9 % en terme de calories ingérées.(19)

Les recommandations sont pourtant d'apporter au maximum 15 % des calories totales par les AUT.(20)

Le PNNS (Programme national nutrition santé) N°4 2019-2023, a d'ailleurs pour objectif d'interrompre la croissance de consommation des AUT et de la réduire de 20 %.(21)

Les AUT sont plus hyperglycémiantes, moins satiétogènes et de profil nutritionnel dégradé.
(22)

Ces produits sont en effet souvent hyper-caloriques et composés de sucres rapides avec un index glycémique élevé favorisant le développement du DT2.(23)

5) Réalité du terrain

L'un des piliers de la prise en charge du DT2 est le médecin traitant, via la prévention primaire, le diagnostic, le traitement et la prévention secondaire.

Il aura pour but d'éduquer le patient aux RHD en lui fournissant des recommandations nutritionnelles adaptées, de façon à ce que le patient puisse les assimiler et les réutiliser

facilement.(24)

Une étude nous montre que la grande majorité des patients (plus de 90%) souhaite se faire peser au cabinet et recevoir des conseils alimentaires. Et une minorité (seulement 10 % des patients) avait peur d'être jugée en ce qui concerne l'alimentation et le poids.

(25)

Dans une autre étude, on apprend que 77 % des patients diabétiques souhaiteraient des informations supplémentaires concernant l'alimentation.

De l'autre côté du miroir, on retrouve 68 % des médecins qui ont des difficultés avec l'adhésion de leurs patients aux recommandations alimentaires.(26)

Malheureusement, on sait que pour le MT, il existe une forte incapacité à résoudre les problèmes de communication avec le patient en ce qui concerne le régime alimentaire et l'activité physique. La relation médecin-patient devrait pourtant pouvoir favoriser l'appropriation des stratégies thérapeutiques par le patient pour qu'il devienne acteur de son traitement.(27)

On sait d'ailleurs, par des travaux antérieurs, que 65 % des patients ont un manque d'adhésion aux RHD, avec 35 % de refus de compréhension et 30 % de réticence à adhérer à l'éducation.(28)

Il existe pourtant des documents très complets dédiés aux MT qui résument l'ensemble des pratiques alimentaires à privilégier ou à éviter comme le PNNS 4, remis à jour en 2019.(21)

Ou encore le site de l'Assurance Maladie qui propose une synthèse, remise à jour en 2021, des principaux conseils nutritionnels.(6)

Les sources et les outils sont nombreux, mais le plus important ici semble être la façon dont le message est transmis puis perçu par le patient afin de l'assimiler.

Ces informations sont toujours reçues par le patient de façon intriquée avec des ressentis, des émotions, des perceptions qui vont venir inhiber ou stimuler l'apprentissage et donc le changement de comportement.(29)

On sait que le DT2 est fortement associé à un sentiment de perte ou de restriction notamment au niveau alimentaire.(30)

Un outil intéressant est l'ETP (éducation thérapeutique du patient), inscrite dans la loi HPST (hôpital patients santé territoires) qui est incontournable dans la prise en charge et le suivi des patients DT2. (31)

L'ETP aide à acquérir ou renforcer des connaissances dont les patients DT2 ont besoin pour vivre avec cette maladie chronique et s'auto-soigner.(32)

Pourtant malgré tous ces outils à disposition et la simplicité apparente des RHD à suivre, on constate dans la plupart des cas une chronicisation et une aggravation de la pathologie.(33)

6) Questionnement et Objectif

Il semble paradoxal que cette pathologie en théorie facilement curable par de simples RHD, soit responsable d'une réelle pandémie avec ses lourdes conséquences humaines, sanitaires et financières.

On peut donc penser qu'il existe des difficultés dans la perception de ces RHD par le patient. En effet on sait que 80 % des personnes DT2 ne les respectent pas. (34)

On sait également que 50 % des patients DT2 ne modifient pas leurs habitudes alimentaires. (35)

L'hypothèse principale, qui nous a amenés à effectuer ce travail de recherche, est que la façon de percevoir les conseils nutritionnels donnés par le MT pourrait, à travers un prisme émotionnel, expérientiel et biographique, être à l'origine d'une difficulté dans la compréhension, l'adhésion ou la mise en pratique de ces conseils.

L'objectif principal de cette thèse est donc de s'entretenir avec des patients DT2 afin d'identifier leurs perceptions, et ressentis, vis à vis des recommandations nutritionnelles donnés par leur MT lors des différentes consultations.

L'objectif secondaire sera de chercher à identifier, par des questions plus orientées, différents facteurs lors de la consultation, pouvant influencer ces ressentis et perceptions (timing et durée de la consultation, quantité d'information, support utilisé ...).

II MÉTHODES

1) Étude qualitative

Pour réaliser cette étude, une méthodologie qualitative a été utilisée. Il s'agit d'une méthode de recherche amenant à produire des résultats en excluant toute quantification ou statistique.(36)

Les études qualitatives permettent de mettre en évidence des éléments subjectifs, de façon objective, scientifique et reproductible.(37)

2) Méthode par théorisation ancrée

De façon plus précise, ce travail a été mené en suivant les principes de la « Méthode par théorisation ancrée ».

Celle ci permet à partir des données récoltées lors de la recherche, d'élaborer de nouvelles théories. Comme son nom l'indique, les conclusions doivent être basées sur des données avec un réel ancrage dans la réalité vécue et décrite par les sujets.

Il ne s'agit pas de forcer à faire rentrer les propos des acteurs dans des « cases » préconçues.(36)

Lors de ce travail, quatre grandes étapes ont été nécessaires, elles seront détaillées ci dessous :

- Une étude de la littérature.
- Une collecte des données.
- Une analyse de données.
- Et enfin, une rédaction des résultats.

2.1) Étude de la littérature

Une étude de la littérature a été réalisée afin de situer mon travail dans un contexte scientifique et de comprendre le connu et l'inconnu liés à mon sujet, on retrouve cela principalement dans l'introduction.

2.2) Collecte des données

2.2.1) Protocole de recherche

Le protocole de recherche décrit ci dessous, a fait l'objet d'une déclaration et d'une validation par la délégation à la protection des données personnelles de l'Université de Lille. Le récépissé de déclaration de conformité 2021/320 étant publié dans les documents annexes.

2.2.2) Population cible

La population cible de cette étude est constituée de l'ensemble des patients DT2 du Pays de Saint-Omer soit une estimation de 8200 patients en extrapolant la prévalence du DT2 dans les Hauts-de-France qui est de 6,3 %, aux 130,000 habitants du pays de Saint-Omer).(38)

2.2.3) Population source

La population source de cette étude est la patientèle DT2 des médecins généralistes de l'Audomarois tirés au sort. Cette patientèle semi-rurale est globalement représentative de la population du Pays de Saint-Omer (population cible), ces cabinets n'ayant pas d'orientation spécifique ni spécialisée.

2.2.4) Critères d'inclusion

- Patient diagnostiqué DT2 et ayant eu au moins deux consultations de médecine générale à ce sujet avec son MT exerçant dans la région Audomaroise.

2.2.5) Critères de non inclusion

- Diabète d'autre origine que le type 2.
- Patient présentant des troubles cognitifs ou neurologiques rendant impossible la tenue d'un entretien.
- Diagnostic de DT2 récent n'ayant pas bénéficié d'un minimum de deux consultations à ce sujet avec son MT.
- Patient ayant été suivi par un médecin autre que le MT (remplaçant, étudiant ..)
- Patient ayant un MT à orientation spécifique de diabétologie, endocrinologie ou nutrition.

2.2.6) Inclusion dans l'étude

Pour inclure un nouveau patient dans l'étude, une démarche était répétée à chaque fois. Un médecin généraliste était tiré au sort dans la liste des praticiens de l'Audomarois, disponible sur le site du Conseil national de l'ordre des médecins.(39)

Les médecins généralistes ayant une orientation axée sur la diabétologie, l'endocrinologie ou la nutrition, n'étaient pas retenus comme source de recrutement de cette étude. Cette information était directement demandée par téléphone au médecin contacté.

L'accès à leur patientèle était également demandé, afin de tirer au sort un patient DT2 dans l'ensemble de ses patients DT2.

Après vérification des critères d'inclusion et de non-inclusion, le tiré au sort était contacté par téléphone par son MT afin de recueillir un premier consentement oral et de convenir d'un rendez-vous dans son cabinet de consultation habituel.

Lors du rendez-vous, la lettre d'information lui était alors remise afin de recueillir son consentement éclairé. Un délai de réflexion pouvait être accordé au participant s'il le demandait.

Les dossiers médicaux des patients n'étaient pas accessibles, comme convenu avec la Direction des données personnelles et archives.

2.2.7) Entretien semi dirigé

Pour chaque patient inclus, un entretien individuel semi-dirigé via un questionnaire pré-établi (cf annexes) a été organisé. Cet entretien était intégralement enregistré sur un dictaphone (OLYMPUS VN-5500), afin de pouvoir ultérieurement retranscrire et analyser les données.

2.2.8) Anonymisation

Les données étaient anonymisées dès l'enregistrement en attribuant un numéro à chaque patient interrogé, dans l'ordre numérique de 1 à x jusqu'à saturation des données.

Les données audiophoniques seront disponibles jusqu'à la soutenance de thèse puis effacées.

2.2.9) Questionnaire

Le questionnaire axé sur les ressentis et les perceptions du patient, permet de recueillir le maximum d'informations utiles pour répondre à notre questionnement initial qui constitue le sujet de cette thèse. Il est fait de questions ouvertes et de relances multiples afin de stimuler la réflexion du patient. En revanche il n'oriente pas le patient pour ne pas influencer ses propos et introduire un biais.

2.2.10) Saturation des données

De nouveaux patients ont été inclus jusqu'à ce qu'une saturation des données soit atteinte. Il s'agit du moment où les entretiens n'apportent plus de théorie nouvelle, ou quand une théorie recherchée reste introuvable. (36)

Le point de saturation dans cette étude a été attribué au 3ème entretien d'affilé qui ne nous apporterait pas de nouvelle théorie.

2.3) Analyse des données et rédaction des résultats

L'analyse des données a été réalisée par un codage du texte brut en cherchant des propriétés (ou étiquettes) portant sur le vécu et le ressenti des patients.

Une propriété (ou étiquette) est une idée, un concept qui émerge du texte brut et qui

caractérise un ressenti ou un vécu du patient. Les étiquettes doivent recouvrir des sentiments, des affects, des perceptions, plutôt que simples mots. Elles doivent donc nous informer sur ce que veut exprimer l'interviewé.(36)

Une fois le texte codé ou étiqueté de façon qualitative, les propriétés ou étiquettes sont articulées entre elles pour constituer des catégories.

Les catégories sont donc les grands concepts qui ressortent des entretiens et qui peuvent donc constituer les résultats de notre étude qualitative.

Il faut également inclure dans les résultats les théories ou idées minoritaires ou atypiques qui sont extrêmement intéressantes. En les écartant, on risque de rendre lisses et prévisibles les résultats de l'étude.(37)

En respectant cette méthode on réalise une théorisation bien ancrée dans les entretiens effectués.

III RÉSULTATS

Les résultats présentés ci-dessous son rendus de façon brute et non interprétative.

L'analyse sera effectuée dans la partie discussion.

1) Caractéristiques des patients

Patient	Age	Sexe	Ancienneté du diabète (années)	Durée de l'entretien (minutes)
P1	54	F	14	12
P2	87	F	34	21
P3	60	H	24	17
P4	70	H	33	19
P5	65	F	7	11
P6	73	H	6	24
P7	62	H	10	21
P8	59	H	19	19
P9	72	F	22	27
P10	79	F	14	28
P11	59	H	26	30
P12	61	H	9	27
P13	64	H	29	22
P14	56	F	12	32
P15	59	H	16	26

Tableau 1 : Caractéristiques des patients interrogés.

15 entretiens semi-dirigés, d'une durée comprise entre 11 et 32 minutes, ont été réalisés afin de remplir les critères de saturation des données pré-établis.

On dénombre 6 femmes et 9 hommes âgés de 54 à 87 ans avec des DT2 anciens de 6 à 34 ans.

L'analyse des scripts des entretiens a permis d'extraire 229 propriétés (ou étiquettes).

Ces propriétés ont été analysées et associées pour créer 9 grandes catégories qui peuvent constituer les grands concepts et donc les résultats de cette étude qualitative.

2) Le Savoir

2.1) Le savoir comme base du traitement

Les patients mentionnaient ressentir l'importance du savoir qui est la base du traitement DT2.

P2 : « *Je ne savais pas du tout, je ne faisais pas du tout attention* »

P12 : « *Le fait de comprendre les choses ça m'a aidé à être motivé, il faut comprendre les choses.* »

L'absence de transmission du savoir par le MT était perçue comme péjorative dans le suivi du DT2.

P13 : « *Je dis qu'avec les conseils et les papiers qu'on aurait pu nous donner, on aurait peut-être pu améliorer le quotidien du diabète.* »

2.2) Les conseils en grande quantité permettent le savoir

Les patients indiquaient qu'une quantité importante d'information était nécessaire dans les conseils donnés par le MT.

P6 : « On a beaucoup de choses à découvrir dans ce domaine là »

P5 : « Il faut plutôt beaucoup d'informations car il faut pas mal de choses à savoir »

P15 : « On m'en avait donné beaucoup d'un coup (des conseils) pour mettre en place (...) Je pense que c'est ce qu'il faut parce que si (...) vous prenez une mauvaise habitude ... »

En écho à cela, ne pas avoir reçu assez d'informations de la part de leur MT était défavorable.

P7 : « Non il n'y en avait pas assez, j'ai pas du tout été noyé sous les informations »

P10 : « J'ai ressenti que j'étais pas assez informée »

P13 : « Je trouve qu'il y avait pas assez d'information et pas assez de papiers »

3) Le Médecin

Concernant la relation avec le médecin traitant, on retrouve plusieurs aspects contradictoires allant de la confiance totale à la contrariété et la notion de punition.

3.1) La confiance envers le Médecin comme pilier de prise en charge :

Le médecin traitant était perçu comme un interlocuteur digne de confiance.

P2 : « *Je me suis fiée à mes docteurs (...) J'avais confiance en mon médecin quand même, si on me dit ça, c'est qu'il faut faire attention. »*

P11 : « *Il m'a bien suivi, je lui fais entièrement confiance.*

P15 : *il y a un rapport de confiance qui se fait (...) On lui confie sa santé et sa vie, si y a pas ce feeling c'est pas évident.*

On pouvait tempérer les propos précédents par les suivants, qui nous relatent une relation de confiance plus modérée ainsi qu'une notion de dépendance au médecin.

P1 : « *On a la chance d'être soigné en France, par des médecins, vous êtes là tous. »*

P7 : « *Sans lui je peux rien faire. Sans suivi il y a personne pour aider, derrière et on lâche tout. »*

P9 : « *Fallait aller voir un médecin qui connaît le diabète quoi. Pas attendre ! »*

3.2) Le médecin dans son rôle d'élément motivateur

Dans les extraits suivants, le patient percevait le médecin traitant et son discours comme un élément motivateur, permettant d'adhérer aux RHD en début de maladie et dans le suivi.

P2 : « Tous ses conseils étaient adaptés et au fur et à mesure ça m'a motivé. »

P7 : « Oui j'étais motivé, c'est lui qui m'aidait à me sortir de ça (...) j'étais motivé avec mon médecin ».

P11 : « Les conseils qu'on m'a donné ça me motive à faire attention »

P12 : « Le médecin m'a bien motivé il a bien fait son travail je trouve, il m'a un peu fais prendre conscience des choses. »

3.3) Le médecin et le système de santé mis en cause

Le patient percevait le médecin traitant comme l'acteur d'un système de santé fait de consultations courtes où le temps est une denrée rare.

Le système de santé dans sa globalité était mis en cause.

P3 : Trop court, ba c'est vite terminé, reçu hop, comme dans la médecine en général, maintenant c'est comme ça (...) le problème c'est que les médecins il ont pas le temps de rien. Il y a trop de monde, trop de patients, pas assez de temps.

P3 : Il a pas le temps de s'amuser avec ça (...) elle va mal cette médecine.

P15 : « Ils ont pas le temps (...) on ne sait plus les trouver, c'est de l'abattage quoi. Faudrait déjà qu'il y ai plus de médecins traitants qu'ils puissent passer du

temps avec vous. Aujourd'hui vous êtes la 10minutes avec eux, c'est le renouvellement. »

Puis le médecin traitant lui même.

P10 : « *C'était trop court, il y avait pas assez d'informations, ils ont jamais le temps »*

P6 : « *Des consultations plus longues en prenant plus de temps ça serait mieux »*

P9 : « *J'aurais dû avoir plus de conseils, c'était pas assez, je vous prescris ça et puis voilà. S'il y avait eu plus de conseils j'aurai pris plus au sérieux tout ça. »*

P13 : « *Ils prennent pas le temps, ils n'ont pas que ça à faire. Le temps qu'ils vous auscultent, qu'il vous fait l'ordonnance, ils travaillent par quart d'heure (...)on a pas le temps de discuter. »*

3.4) Le médecin vu comme un punisseur

Le médecin était ici directement assimilé par le patient à celui qui punit, celui qui supprime le plaisir culinaire. Les conseils alimentaires étaient vus comme une préoccupation, un souci voir une source d'énervement.

P6 : « *J'avais ressenti que ça m'embêtait, (...) C'était un peu une punition »*

P7 : « *Il m'a fait tout supprimé hein ! Ça m'a énervé, il fallait pas me chatouiller ! »*

P8 : « *Je n'étais pas motivé du tout, j'ai pris ça comme un punition. »*

P10 : « Je me suis dit je peux plus manger et boire ce que je veux (...) la c'est tout supprimé. »

Le ressenti du patient était aussi une inquiétude, les conseils alimentaires devenaient une source de danger.

P13 : « Il m'avait dit de faire attention (...) Faire attention à l'alimentation »

3.5) Le médecin interlocuteur référent

Le médecin avait un discours qui faisait référence et le patient ressent une incompréhension si plusieurs interlocuteurs interviennent.

P3 : « Le problème c'est qu'y en a pas un qui dit pareil, un exemple franc : mon médecin m'a dit « le matin au petit déjeuner tu peux prendre un peu de beurre un peu de confiture sur les tartines mais après c'est fini » mais quand j'avais vu un autre médecin il m'avait dit « non non monsieur vous êtes diabétique » . quand tout le monde parlera la même langue la on pourra comprendre quelque chose, c'est comme en politique. »

4) Le Patient :

Le ressenti du patient était influencé par son propre état d'esprit au moment de la réception des conseils. La perception des RHD est également modifiée par ses propres actions et ses connaissances initiales.

4.1) Un état d'esprit positif et motivé pour mieux se soigner

Le fait d'avoir un état d'esprit positif et d'être intrinsèquement motivé était perçu par les patients comme un facteur d'adhérence aux consignes alimentaires.

P1 : « *Dans la vie il faut être positive (...) J'ai ressenti plutôt du positif, j'étais très motivée. (...) je pense que ça m'a aidé pour l'alimentation* »

P9 : « *Mais si on a le droit de manger ! c'est tout de faire attention à ce qu'on mange* »

La réciproque était logiquement retrouvée, le manque de motivation et l'état d'esprit négatif empêchait l'adhérence aux RHD.

P3 : « *J'ai zappé le livre, j'étais pas motivé* »

P11 : « *Je ne culpabilisais pas vraiment, mais souvent je m'en foutais un peu* »

4.2) Le patient acteur de sa prise en charge

Le patient percevait bien qu'il est acteur dans sa pathologie, il n'est pas juste spectateur de la consultation. C'est à lui également d'entrer dans la discussion et de questionner le médecin. Il doit s'impliquer également dans l'application des conseils alimentaires une fois rentré chez lui.

P12 : « *C'était à moi à suivre toute la documentation.* »

P15 : « Mais on peut toujours poser une question ou deux, si à chaque consult' on pose une question et on a une réponse c'est déjà ça. »

P11 : « Si je voulais en savoir plus, je lui aurais demandé. »

En écho à cela, le patient ressent le besoin de bénéficier d'une consultation lui permettant de s'impliquer. Il souhaite pouvoir être acteur.

P6 : « Ça permettait pas de développer beaucoup, et de poser beaucoup de questions, par ce que les questions ne viennent pas immédiatement. Donc ça revenait trop court. »

4.3) Banalisation des conseils

Le patient peut également percevoir les conseils comme des banalités qu'il maîtrise déjà. Il aurait déjà les connaissances ou les pratiques nécessaires.

P3 : « Tout le monde le sait, manger du gras et des frites c'est pas si bon que manger des légumes. »

P9 : « Ça m'a pas embêté, non car je mangeais pas de sucre. »

P15 : « De base je suis assez fruits et légumes, donc ça n'a pas été une contrainte pour moi ça. »

4.4) La cécité modifie la perception des conseils

Un patient aveugle décrivait être peu impacté par son handicap dans sa perception des conseils alimentaires. Il ne relatait pas dans son discours de perte de chance.

***P4** : « Je lis avec une machine à lire et en braille (...) Donc plutôt à l'oral et des fiches en braille (...) J'ai une Dactybraille et une machine à lire. (...) J'ai aussi un agrandisseur mais il ne sert plus à grand-chose car je ne vois plus rien du tout. »*

5) La Temporalité

Lors des entretiens réalisés, une grande partie des conversations tournait autour du ressenti à propos du moment et de la fréquence où les patients recevaient les conseils alimentaires.

5.1) Les conseils donnés au fur et à mesure sont appréciés

Le patient ressentait un intérêt pour les consultations répétées avec des conseils distillés au fur et à mesure.

***P1** : « Je devais revenir plusieurs fois, c'est mieux pour l'esprit, car tout d'un seul coup c'est de trop. C'est mieux d'avoir plusieurs conseils simples à différents moments, en plusieurs étapes, en plusieurs fois, pour bien assimiler. »*

***P5** : « La façon qu'on m'a donné les conseils petit à petit c'est mieux pour les apprendre et mieux manger. »*

***P13** : « On rajoutait l'acquis avec un autre acquis, et ainsi de suite dans le long terme quoi. Il faut aller petit bout par petit bout sinon on va pas intégrer le tout. »*

C'était l'occasion de répéter également certains conseils pour effectuer des rappels ; chose appréciée.

P6 : « Avec des rappels (...) au fur et à mesure quand même c'est plus intéressant.

Les conseils ultérieurs, c'est comme un rappel, comme quelque chose que j'ajoutais, une chose à la fois. »

P8 : « Je préfère des trucs à chaque consultation, des piqûres de rappel quoi. »

Ce système de fonctionnement permettait également au patient de garder une certaine rigueur et une motivation.

P14 : « Ça permet de maintenir le cap, parce que (...) à un moment donné tu flanches. »

5.2) Différentes façons de percevoir les conseils initiaux

Les patients pouvaient percevoir les conseils initiaux comme une charge trop importante d'information.

P1 : « Les conseils donnés en grandes quantité d'un seul coup au début ça sert à rien, on retient pas tout. »

Initialement, le patient pouvait ne pas être impliqué dans la prise en charge de sa pathologie. Les conseils délivrés à ce moment n'étaient pas intégrés.

P6 : « Les conseils donnés au début disons que je les ai pas bien retenu, je me suis pas assez intéressé au départ. »

P12 : « J'ai pas pris ça sérieusement. »

Les conseils alimentaires donnés initialement pouvaient être un choc pour le patient.

P10 : « Ça aurait pu être moins brutal. »

A l'inverse, le patient pouvait ressentir le besoin d'être informé de façon claire dès le diagnostic afin d'acquiescer d'emblée les ficelles de la guérison.

P15 : « On m'en avait donné beaucoup d'un coup (des conseils) pour mettre en place. Je pense que c'est ce qu'il faut parce que si vous prenez une mauvaise habitude ... Autant avoir tout. Avoir une vue globale de ce qu'on peut manger. »

6) Le Contenu

Le ressenti du patient était influencé largement par le contenu du discours du médecin sur le plan qualitatif mais également quantitatif.

6.1) Les conseils brefs et en faible quantité sont mieux perçus

Les conseils devaient être courts et délivrés sur un temps limité pour ne pas submerger d'informations le patient.

P1 : « *Il faut que les conseils soient donnés sur des moments courts* »

P4 : « *Je préfère les consultations courtes, des petites, c'est pas mal.* »

Le but était pour le patient d'intégrer l'information reçue.

P5 : « *Si on me donne trop de conseil je suis perdue.* »

P13 : « *Il faut aller petit bout par petit bout sinon je vais pas intégrer le tout, et je ferai n'importe quoi.* »

6.2) Les conseils simples et concrets sont efficaces

Les patients percevaient mieux les conseils simples.

P1 : « *C'est mieux d'avoir plusieurs conseils simples* »

P4 : « *Des petites infos claires et nettes (...) c'est certain que ça joue* »

Les conseils concrets étaient également appréciés.

P6 : « *Avec des cas précis concrets.* »

P8 : « *C'est important que ça soit clair, les conseils que j'ai retenu c'est ceux qui m'ont fait « tilt » (...) on revenait sur les trucs basiques.* »

P10 : « *Je lui donnerai les conseils avec des exemples de vécu.* »

6.3) Plus les règles sont restrictives et moins elles sont bien suivies

Des conseils alimentaires qui étaient perçus comme restrictifs avec de multiples privations étaient moins bien respectés. La conséquence était finalement, des écarts, des excès, liés à de la frustration.

P3 : « *Oui ça m'a semblé négatif, fais pas ceci, fais pas cela, et on m'en remet une couche. »*

P10 : « *J'étais pas motivée du tout c'était comme une punition. C'était une privation, c'était des contraintes. »*

P11 : « *Je me suis senti obligé de suivre un régime. Obligé de se priver quoi (...) quand même c'est une privation, et parfois je faisais des excès. »*

P14 : « *Il y a beaucoup de « il faut pas, il faut pas, des interdits, des interdits ». (...). On ressent ça comme une punition, (...) c'est que du négatif ! A un moment on va flancher (...) et se rabattre sur n'importe quoi en disant « allez que des interdits ».*

Le fait de modifier les habitudes alimentaires était perturbant pour le patient.

P8 : « *Quand on est habitué à manger quelque chose, c'est un peu négatif. (de ne plus en manger). »*

L'écho de tout ceci était que les règles qui semblaient moins restrictives étaient appréciées.

P4 : « Je me sens pas vraiment puni, car je mange un peu ce que j'ai envie. »

P14 : « On parle pas de ce qui est permis, rien n'est interdit formellement, c'est la quantité. Quand on sait qu'on a le droit ; c'est sans culpabiliser, ça permet de rebondir. »

7) Le Support

Le support utilisé par le médecin traitant lors des consultations et celui qu'il recommandait aux patients d'utiliser à domicile, donnait lieu à des différences de perception de ces conseils.

7.1) L'oral

7.1.1) L'oral pour échanger simplement et efficacement

C'était le plus simple des supports car il ne reposait que sur la discussion entre le médecin et le patient. Il était apprécié car il était associé à un échange avec le praticien.

P1 : « Le mieux et de donner des conseils à l'oral »

P11 : « C'était clair à l'oral, rien sur papier, informatique je sais pas y aller. »

P12 : « Le mieux ça reste à l'oral, on peut bien discuter. »

7.1.2) L'oral doit être associé à un autre support

Les conseils à l'oral étaient perçus comme difficiles à mémoriser et donc difficiles à appliquer. L'association entre l'oral et un autre support permettait une combinaison efficace d'après les patients.

P6 : « Ça aurait été mieux l'oral et un rappel sur papier. »

P10 : « Surtout à l'oral et un petit feuillet, j'ai bien aimé le feuillet pour appliquer ce qui était dit. »

P13 : « C'est pas mal d'avoir l'oral plus les papiers, pour se remémorer ce qu'on nous a dit »

P8 : « L'oral c'est bien mais on perd, on oublie (...) L'ordinateur c'est bien j'y suis allé 2-3 fois pour ça. »

7.2) L'écrit

7.2.2) L'écrit permet une meilleur mémorisation

Le support écrit était perçu comme un support intéressant et efficace car il permettait au patient de consulter plusieurs fois les conseils à domicile et donc de mieux les appliquer. Il n'avait pas l'obligation de les apprendre par cœur.

P1 : « Une liste papier de tout ça avec les bonnes choses à manger (...) on peut la garder et la consulter tout le temps »

P5 : « Je trouve ça intéressant des conseils sur papier, je peux les suivre à la lettre. »

7.2.3) L'écrit a un impact visuel

Grâce à l'écrit les consignes pouvaient être imagées, dessinées, sur des schémas et des fiches, le tout en utilisant des couleurs.

P3 : « *C'était à base de couleurs, c'était bien fait. Vert c'était bien, jaune c'était trop gras, rouge c'était trop gras, et les portions qu'il fallait manger quoi. »*

P4 : « *Vaut mieux avoir un petit listing (...) acheter un classeur, et d'y mettre tous les petits résumés de tous les jours (...) par écrit c'est mieux. »*

P7 : « *Chez mon médecin il y a des fiches, j'en ai déjà pris. »*

7.3) Internet

7.3.1) Internet un support gorgé d'informations

A propos d'internet, le ressenti du patient était positif, cela lui permettait d'être acteur de sa prise en charge, principalement à domicile.

P13 : « *Oui j'y suis souvent sur internet (...) Je lis les revues sur le diabète sur internet, comment agir, comment le comprendre etc. »*

7.3.2) La problématique de l'hyper-information

L'inconvénient de l'abondance de ressources sur internet était la capacité du patient à en extraire le vrai et l'utile.

P3 : « Concernant Internet : « Il y a trop d'info, tu vas chercher un truc, t'as 20 pages, c'est lequel le bon ? »

7.3.3) L'accès à internet

Tous les patients ne pouvaient pas bénéficier d'internet car il s'agissait d'un équipement à la charge du patient.

P9 : « J'ai pas internet »

7.4) Les supports multiples

Certains patients mentionnaient un attrait pour au moins deux à trois supports différents, oral, écrit et internet.

P6 : « Un site avec des explications sur internet, mais aussi à l'oral. Tous les supports en fait. Oralement c'est le plus important quand même. »

P12 : « Les conseils à l'oral faut juste les retenir (...) Si j'ai de la documentation je la donnerai (...) je lui conseillerai d'aller se renseigner sur ordinateur »

8) La Maladie

La maladie diabétique en elle même influençait la perception des conseils donnés par le médecin traitant.

8.1 L'impact sur la santé comme moteur d'implication et de motivation

8.1.1) Agir pour guérir

Se soigner et être en meilleure santé était perçu comme un facteur d'adhérence et de motivation.

P2 : « Je ne me suis pas sentie punie, je me rends bien compte que c'est pour mon bien. »

P8 : « Puis après j'ai compris que c'était pour m'aider. »

P12 : « Les conseils m'ont motivés parce que ça concerne ma santé quand même. »

P15 : « Quand vous mangez moins par rapport à avant, c'est assez frustrant, mais ça m'a permis d'adopter une nouvelle hygiène de vie. »

8.1.2) Agir pour éviter les complications

Éviter les complications du diabète était vu comme un élément motivateur pour respecter les RHD.

P2 : « Si je fais pas attention je vais devoir me priver toute ma vie. »

P6 : « J'étais conscient que c'était nécessaire, donc on accepte facilement (...) mais j'étais pas conscient de la gravité de la maladie »

P10 : « Il faut pas juste le faire pour le faire, C'est pour soi, parce que si on respecte pas, ça amène un tas de problèmes. »

P14 : « C'est pas de faire peur, mais parler des complications potentielles (...) On risque d'être amputé, on risque d'être paralysé (...) on creuse nos tombes avec nos dents ! »

8.2) Le silence initial du diabète inhibe l'implication

L'absence de symptômes en début de maladie empêchait d'être impliqué et actif dans la prise en charge.

P2 : « Je ne faisais pas du tout attention, (...) le diabète on ne ressent rien. »

P3 : « J'étais pas plus convaincu que ça, parce qu'on te dis que t'as du diabète (...) et en fait tu sens rien, t'es pas malade. Quand t'as quelque chose que tu ressens pas, tu ressens pas le besoin de (...) faire attention à ceci ou cela. »

P10 : « En allant, ça permet de se rendre compte aussi qu'on l'a le diabète. »

9) L'Alimentation

Le rapport à l'alimentation et aux sucres modifiait la perception des patients concernant les conseils donnés par le médecin traitant.

9.1) Le sucre et la malbouffe sont aussi addictifs que les drogues.

Les conseils étaient perçus à travers un prisme de dépendance alimentaire.

P8 : « *Parce que c'était comme un drogue, donc on m'a privé de quelque chose* »

P14 : « *Il faut arrêter le sucre, et d'ailleurs après un certain temps, on reprend du chocolat et ça t'écoeure.* »

P15 : « *Le sucre, c'est une addiction faut pas se* »

9.2) *La motivation par la cuisine « naturelle ».*

9.2.1) *Le naturel et le fait maison*

Les conseils concernant les produits naturels, les fruits et légumes étaient associés à des conseils majeurs pour retrouver une bonne alimentation.

P14 : « *Tirer le plaisir de la nourriture par les fruits sucrés, tous les légumes (...) tout ce qui sort du sol c'est la nature. Mettre en exergue les vertus de tout ce qui est naturel. Ce que donne la terre. On revient à nos ancêtres.* »

9.2.2) *Le côté appétissant et esthétique*

Les conseils alimentaires ciblant une cuisine colorée et esthétique étaient associés à un facteur d'adhérence aux conseils nutritionnels.

P14 : « *Il faut avoir des couleurs dans nos assiettes (...) il faut que le côté visuel soit là. Il faut avoir des assiettes colorées, des carottes râpées, des poivrons grillés, de la laitue, c'est appétissant (...) en garnissant correctement l'assiette.* »

9.2.3) Les produits industriels ultra-transformés

Les conseils visant à réduire les produits industriels et ultra-transformés étaient vus positivement par les patients.

P14 : « *Tout ce que nous mangeons qui nous pourri la vie et qui nous mène vers les complications, c'est les choses industrielles, le sucre raffiné, transformé, même le pain, tout est transformé. Peut-être se dire que cette société de consommation, basta, c'est bon. »*

P15 (Concernant les AUT) : « *On regarde la composition, plus elle est longue, plus c'est de la m**** (...) De sucre aussi, il y a énormément de sucre ajouté dedans. »*

10) Le Groupe

Les cours de nutrition et de cuisine en groupe étaient appréciés par le patient.

P4 : « *C'est bien de s'y intéresser, c'est intéressant. Je me souviens que j'avais des cours de cuisine. C'était intéressant ce truc la, on mangeait tous ensemble. »*

IV DISCUSSION

1) Analyse des résultats et comparaison avec la littérature

1.1) Le savoir

Les patients percevaient l'importance de la transmission du savoir.

Le savoir permet de comprendre l'intérêt des conseils alimentaires, de les respecter, d'entrer dans un cercle de motivation et donc d'aller vers la guérison. Pour les patients c'était même un impératif de « savoir ».

On retrouve cela dans les interviews de patients diabétiques faites par le Pr N. Messaadi (29)

Les patients ressentait qu'une grande quantité d'informations leur était nécessaire à ce qu'ils soient actifs dans leur prise en charge. A l'inverse une quantité faible d'informations transmise par le MT était associée à une perte de chance de guérison pour le patient.

Il en ressort un désir chez le patient d'être informé et de comprendre sa pathologie pour pouvoir agir et entamer une guérison.

Sans ce processus intellectuel, l'adhésion aux RHD est moins forte un déni peut même s'installer.

On retrouve cela lors de l'enquête DIABASIS, ou 85 % des patients DT2 étaient en demande d'informations dès le diagnostic. (40)

Le discours du MT doit donc comporter une large partie d'explications de physiopathologie et de nutrition plus ou moins vulgarisée, en fonction du niveau de compréhension du patient, afin d'améliorer son adhésion au reste de la prise en charge.

1.2) *Le médecin*

Le médecin était vu par le patient comme un interlocuteur de confiance qui est un pilier dans la prise en charge. Certains le voyaient comme la source d'une vérité absolue, d'autre comme une simple référence scientifique.

L'étude ENTRED le montre bien avec 80 % de patients DT2 qui se disent « bien » à « très bien » informés par leur MT. (26)

Il doit rester pour certains l'unique source des conseils alimentaires pour éviter les incompréhensions et messages contraires qui fragilisent l'implication et la confiance du patient envers le système de santé.

L'étude ENTRED le montrait également avec 82 % des patients DT2 dont le principal interlocuteur était le MT. (26)

Le médecin était vu comme un élément motivateur qui doit permettre d'adhérer aux RHD dès le diagnostic puis lors de l'ensemble du suivi. Cela est cohérent avec les 66 % de patients DT2 qui s'estiment très bien accompagnés par leur médecin, dans une étude quantitative de Consoli. (30)

A contrario, les patients pouvaient ressentir une certaine frustration liée principalement à un manque de temps qui leur serait alloué par leur médecin.

Le système de santé leur semblait inefficace et la recherche de rentabilité et le manque de médecins ternirait la qualité de la consultation.

Pour répondre à cela une étude de Reach proposait d'évaluer l'intérêt d'une consultation type « consultation d'annonce » d'oncologie adaptée au DT2, qui permettrait d'établir un

vrai temps de parole et d'information avec le patient. Il établissait que c'était surtout prendre le temps d'établir une relation de confiance avec le patient qui importait. (41)

Le temps était perçu comme un bien précieux dont les médecins manquent. Il en résultait un ressenti de consultation inachevée et donc de moins bonne qualité qu'escompté.

La faute semblait donc rejetée à la fois sur le médecin par les patients les plus revendicateurs puis sur le système de santé dans sa globalité par les patients les plus tempérés.

Enfin, les patients pouvaient percevoir un sentiment d'infantilisation lié au médecin dans son rôle paternaliste qui les punissait ou les sanctionnait. Le plaisir culinaire leur était retiré comme un enfant qui serait « privé de dessert ».

On retrouve cela dans l'étude de Consoli, où le diabète est principalement associé à un sentiment de perte.(30)

Les conseils alimentaires étaient alors vus comme une source de préoccupation, voire d'énervement.

L'alimentation devenait quant à elle un sujet à l'origine de frustration, de privations, au lieu d'être un simple acte vital lié au plaisir. (30)

1.3) Le patient

Le patient lui même en temps qu'individu avec son vécu antérieur et ses propres expériences de vie, percevait les conseils à sa façon.

Il s'agissait d'une variable individuelle multifactorielle qui comprend l'état d'esprit actuel, l'envie de changement, le fait d'être acteur de sa prise en charge ou pas.

On peut lire dans « *Motiver pour changer* » de A.Golay que le patient entre dans l'éducation thérapeutique avec ses facteurs internes qui vont influencer le processus. Notamment une estime de soi faible ou forte, un bien être ou un mal être, une motivation interne. Cela influait sur la réussite de l'éducation nutritionnelle. (42)

Un état d'esprit optimiste, motivé et positif était associé par les patients à une meilleure adhésion aux RHD et donc à un pas fait vers la guérison.

Les conseils devenaient alors des guides vers la guérison et non pas des restrictions punitives.

Le patient percevait également l'importance d'être acteur de son parcours de soins et de sa prise en charge. Il avait conscience que c'était à lui de mieux cuisiner et d'appliquer les conseils à la maison.

Il ressentait l'intérêt de poser des questions, de discuter avec le médecin traitant.

Cela apporte d'ailleurs une relation de confiance avec le MT d'après S.Girardin. (43)

G.Raymond le dit bien dans son travail, le patient est bénéficiaire et acteur du système de santé, ce qui lui permet de ne pas attendre les consultations avec son MT pour agir. (44)

Pour se faire, le patient éprouvait le besoin d'une consultation qualitative et assez longue lui permettant de s'impliquer.

Certains patients avaient tendance à banaliser les conseils donnés par le MT. Ils ne percevaient pas la différence entre leur alimentation habituelle qu'ils considéraient déjà comme « bonne » et la réalité des conseils qui auraient permis d'améliorer leurs habitudes alimentaires.

Le patient aurait donc déjà les connaissances et les pratiques nécessaires, or il est atteint d'une pathologie métabolique liée à un excès de calories et glucides.

Il s'agissait donc ici d'une sorte de déni, un mécanisme psychologique protecteur, permettant de conserver ses habitudes inchangées et donc d'éviter tout chamboulement. Le changement des habitudes de vie étant considéré comme un événement particulièrement traumatisant sur le plan psychologique.

On retrouve ce phénomène de déni protecteur dans plusieurs études, dont une consacrée à l'échec de l'éducation nutritionnelle chez le patient DT2. (45)

Pour finir le patient atteint de cécité, ne ressentait pas de perte de chance lors de ces consultations. Il était peu impacté car l'oral était un support adapté. De plus le support oral était complété par des fiches en braille ou une liseuse à domicile.

Le support était donc ici capital afin d'éviter au patient une discrimination liée à son handicap.

1.4) La Temporalité

Le patient préférait des conseils alimentaires distillés au fur et à mesure des consultations. Cette distribution des conseils permet de les intégrer petit à petit et de ne pas être surchargé d'informations. Il s'agit d'une démarche scolaire qui aide à intégrer

progressivement les informations sans saturer. (43)

Cela lui permet d'emmagasiner plus sereinement les conseils alimentaires.

Cela permettait également d'effectuer des rappels et de rester dans une certaine dynamique, source de motivation.

On retrouvait également des particularités dans les conseils donnés dès le diagnostic de DT2.

Les patients pouvaient percevoir les conseils initiaux comme violents et brutaux.

Ce résultat est concordant avec l'étude DIABASIS où 43 % des patients étaient inquiets ou effrayés lors de l'annonce. (35)

Cela ne pouvait que les perturber dans la compréhension des conseils initiaux.

Les conseils initiaux étaient également ressentis comme trop lourds et difficiles à intégrer en ce début de maladie.

L'absence d'implication dans la prise en charge initiale empêchait également d'adopter le moindre conseil alimentaire donné. Cela peut s'intégrer dans le déni initial, psychologiquement protecteur. (45)

A l'inverse, le patient pouvait percevoir un besoin d'être informé clairement et massivement dès le diagnostic afin de ne pas perdre de temps dans l'acquisition de l'ensemble des conseils alimentaires, et aller vers une guérison au plus vite. C'est un résultat retrouvé chez 33 % des patients dans l'étude DIABASIS. (35)

1.5) Le Contenu

Comme attendu, le contenu du discours du médecin, sur le plan qualitatif mais également quantitatif, était un facteur capital concernant le ressenti et la perception du patient.

Pour les patients les conseils devaient être assez brefs et en quantité modérée. Le but étant de ressentir une certaine clarté dans le discours et de pouvoir comprendre et appliquer cela à la maison.

A l'inverse, des conseils à rallonge et en grand nombre donnaient une impression d'être submergé d'informations difficiles à intégrer.

Les conseils basiques et concrets étaient synonymes d'une compréhension aisée et d'une reproductibilité facilitée à domicile.

En explicitant ainsi les conseils alimentaires cela permettait de faire la transition entre les paroles et les actes rapidement, afin d'appliquer les conseils alimentaires du médecin.

On retrouve ce résultats dans le travail de S.Girardin sur les modalités de conseils à donner au patient en consultation. Les conseils doivent être adaptés au présent et au vécu du patient, et pas sur une hypothétique prise en charge au long terme que le patient n'a peut être pas encore intégrée. (43)

Des règles perçues comme trop restrictives avec de multiples privations étaient associées à une punition, une sanction. La conséquence était une moins bonne adhérence à ces règles.

Finalement cela aboutissait à des écarts, des excès, liés à un excès de frustration.

C'est le principe des régimes restrictifs et du phénomène de « yo-yo ».

On retrouve cela chez Grimaldi, le changement ne semble pas possible s'il induit une perte de bien-être ou une perte d'identité du patient.(46)

Le fait de vouloir trop modifier les habitudes alimentaires du patient était perturbant car cela remettait en cause ses habitudes de vie.

La HAS recommande d'ailleurs des conseils personnalisés et flexibles au patient. (47)

Le corollaire de tout ceci était que les règles qui paraissaient moins restrictives étaient plus appréciées et donc plus appliquées.

Finalement comme le préconise la SFD, tout est dans l'adaptation au patient, pour des conseils « spécifiques et réalistes ».(48)

1.6) Le Support

Le support utilisé par le médecin pour transmettre ses informations lors de la consultation puis lors du retour à domicile était capital dans le ressenti et la perception du patient pour les conseils nutritionnels.

Comme attendu l'oral était le support le plus utilisé.

Ce support immatériel était associé à une vraie base indispensable. Il était le plus simple d'utilisation et perçu comme un vecteur de discussion et d'échange entre médecin et patient. Ceci est également retrouvé dans une étude en population générale. (24)

En revanche, le support oral devait être associé à un autre support pour être perçu comme plus efficient.

En effet l'oral était vu comme un support difficilement mémorisable. L'association entre l'oral et un autre support permettait une combinaison efficace d'après les patients.

Le support écrit permettait une meilleure mémorisation car il pouvait être transporté et reconsulté sans limites, afin d'être efficacement appliqué à domicile.

Le patient ressentait un confort de pouvoir suivre à la lettre les conseils sans avoir à les mémoriser.

D'autre part un support écrit contenant des couleurs, du visuel, des schémas était perçu avec plus d'impact par les patients.

Sans surprise, l'utilisation du support informatique et surtout d'Internet était perçu comme utile et accessible à domicile. Ces résultats sont cohérents avec ceux d'une étude qui s'intéresse à l'autonomisation des patients via l'outil informatique. (49)

Malgré cela, une problématique liée à l'abondance d'informations était soulevée. Cibler un site intéressant semblait être nécessaire pour ne pas s'y « perdre ».

Enfin un problème d'égalité d'accès aux soins se posait pour les patients n'ayant pas ou peu accès à internet.

Dans son travail sur les technologies numériques dans le DT2, F.Régnier retrouve effectivement une plus grande utilisation de cet outil informatique dans les catégories socioprofessionnelles les plus élevées (cadres et professions intermédiaires). (49)

Finalement la combinaison de tous ces supports était associée à un atout dans la transmission des conseils nutritionnels et donc dans leur intégration et application. L'écrit venait combler les désavantages de l'oral et permettait de palier au biais de mémorisation. Internet venait en complément pour les patients qui souhaitaient approfondir à domicile.

Les patients utilisant plusieurs supports semblaient d'ailleurs globalement plus motivés.

1.7) La Maladie

Les rapports que le patient entretenait avec la maladie étaient une source de modification de perception des conseils du médecin.

L'impact du DT2 sur la santé et l'envie d'agir pour guérir était un réel moteur pour s'impliquer dans la prise en charge.

Les conseils étaient alors perçus comme des guides permettant de se soigner et comme une aide permettant d'améliorer son hygiène de vie.

La peur des complications et l'envie de les éviter étaient perçus comme un facteur de motivation à respecter les consignes du médecin. (46)

Il a été mentionné qu'un discours alarmiste et effrayant du médecin à propos des complications du diabète permettait parfois une prise de conscience et une motivation supplémentaire.

C'est une idée plutôt réfutée dans la littérature, l'effet retrouvé était plus néfaste que motivateur. (50)

Le côté silencieux du diabète en phase initiale de la pathologie était associé à une absence de prise de conscience voir un déni. Les consignes étaient alors perçues comme inutiles, et non respectées.

On retrouve cette notion dans la réflexion sur l'éducation thérapeutique du patient diabétique de Grimaldi. (46)

1.8) L'alimentation

Le rapport à l'alimentation des patients pouvait être de l'ordre de l'addiction. Les consignes de réduire l'apport en sucre et en calories étaient alors assimilées à un réel sevrage en drogue. Une vraie privation était ressentie à travers les consignes données par le médecin traitant.

Il s'agit d'un schéma proche de ceux retrouvés en addictologie.

Dans la littérature, il reste encore prématuré de parler de réelle addiction au sucre « en vie réelle » chez l'humain, mais le modèle animal expérimental a effectivement montré des comportements semblables à l'addiction dans la consommation de sucre. (51)

Pour S.Nicklaus, les résultats retrouvés sont comparables, elle ouvre la voie dans sa discussion à d'autres recherches plus ciblées sur les mécanismes pharmacologiques de cette hypothétique dépendance au sucre. (52)

D'un autre côté les patients percevaient un élan de motivation dans l'évocation d'une cuisine maison, faite de bons produits issus de la nature ou « bio ».

Le versant ancestral et « retour aux sources » était perçu comme un vecteur d'implication dans la cuisine et donc dans les conseils alimentaires du médecin traitant.

Les conseils abordant le côté ludique et artistique de la cuisine étaient associés à un facteur de motivation dans l'adhésion aux conseils nutritionnels.

Une étude montrait que la combinaison « atelier cuisine » et « sortie courses en ville » avec les patients permettait une amélioration de leurs connaissances nutritionnelles. (53)

Pour finir, et en écho à cela, l'éviction des produits de faibles qualités, industriels et ultra-transformés était perçue comme nécessaire et motivante afin de retrouver une alimentation saine, dans la ligne de conduite des consignes données par le MT.

1.9) *Le groupe*

Les groupes de patients avec des cours de nutrition et de cuisine étaient perçus comme intéressants de part leur côté ludique avec un facteur de cohésion. Cela permettant de s'instruire en s'amusant.

Le phénomène était assez rare lors de mes entretiens et cela se confirme dans la littérature avec 3 % des DT2 ayant déjà eu des « séances collectives » et 11 % seulement le souhaitant. (26)

En revanche une étude retrouvait de façon significative un impact des ateliers de cuisine thérapeutique collective, avec une amélioration d'un point concernant l'Hba1c. (54)

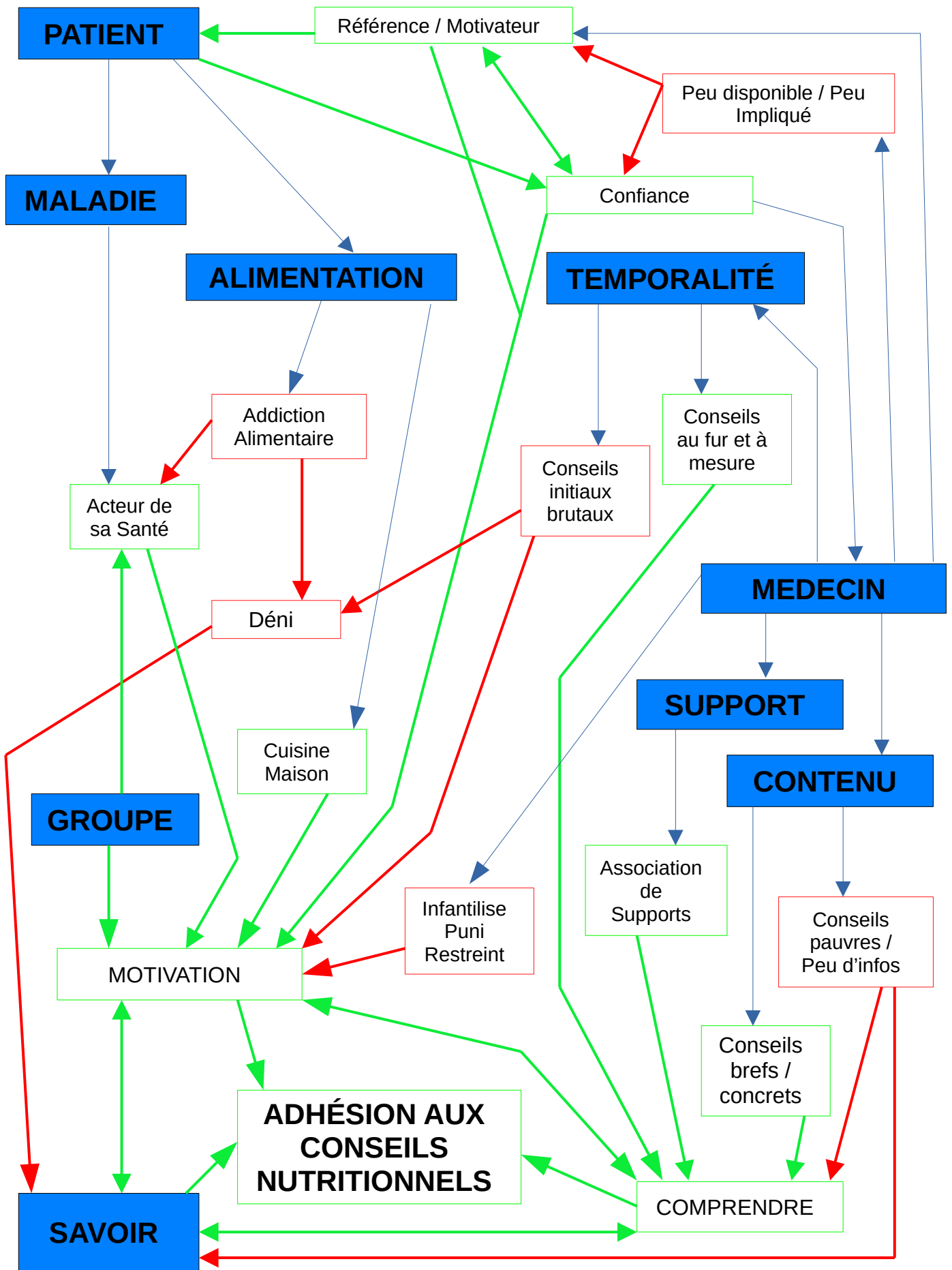
1.10) *Schéma de théorisation*

Prisme de perception :



Lien positif : 

Lien négatif : 



2) Forces et Limites

2.1) Forces

Concernant le recrutement des patients, la principale force de notre étude est le tirage au sort des médecins généralistes de l'audomarois, permettant une variation importante de la provenance des patients.

Cela a permis d'interroger des patients issus de diverses patientèles et donc d'explorer et d'analyser plusieurs pratiques.

Nous évitons ainsi de n'explorer qu'une seule patientèle qui nous aurait apporté des résultats lisses et répétitifs.

Concernant le questionnaire utilisé pour effectuer les entretiens, nous avons procédé à une évolution au cours du recueil des données.

Les questions qui amenaient des réponses trop fermées ont été reléguées au rang de simples relances, et l'entretien a été réalisé, au maximum, sans poser de questions mais en entretenant une discussion avec le patient.

Nous avons donc gardé la même structure mais c'est la technique d'entretien qui a évolué.

En effet grâce à l'analyse en continu des données recueillies, nous avons mis en évidence en début d'étude des réponses trop brèves à certaines questions posées de façon trop fermée.

Cela a permis d'éviter les entretiens hachés avec des réponses elles aussi fermées qui n'apportaient que peu à notre étude.

Finalement la durée des entretiens s'est donc allongée au fur et à mesure, ce qui nous a permis de récolter plus de matériel.

Enfin, comme le veut la théorisation ancrée, les étiquettes et catégories les plus rares et atypiques, voire à contre courant, ont été conservées dans les résultats afin d'être au plus près de la réalité et ne pas obtenir de résultats lisses et prévisibles.

2.2) Limites

Comme déclaré dans les forces de l'étude, le questionnaire s'est trouvé trop pourvoyeur de réponses fermées en début d'étude. Cela a été rapidement modifié grâce à une analyse en continu du matériel récolté lors des entretiens.

Concernant les biais potentiels, on retrouve certainement un biais de mémorisation concernant les conseils nutritionnels donnés lors de la première consultation avec le MT. En effet certains patients ont bénéficié de ces consultations il y a plus de 30 ans. Le souvenir de ces consultations était donc parfois flou.

On peut également penser qu'il existe un biais d'influence de l'enquêteur sur le patient. En effet nous représentons une certaine autorité de santé, sur le patient qui pouvait vouloir nous « plaire » ou s'adapter à un moule en donnant des réponses lisses et attendues. Pour éviter cela, nous lui indiquions d'emblée ne pas attendre de bonne réponse, mais uniquement la réalité de ses ressentis et perceptions.

Pour finir, la méthodologie du tirage au sort des patients dans la patientèle de chaque MT a été difficile à réaliser. Chaque logiciel de soin ne permettait pas un réel tirage au sort sur l'ensemble des patients DT2. Le médecin m'indiquait alors une liste de ses patient DT2 et nous faisons un tirage au sort manuel dans ce lot.

Il existe donc probablement une part de biais de sélection à ce niveau.

3) Perspectives :

Sur le plan de la recherche, il serait intéressant d'approfondir les travaux sur l'ETP en médecine générale, qui semble être une vraie réponse aux problèmes de ressentis et perceptions des patients DT2 vis à vis des conseils nutritionnels donnés par le MT.

En effet peu de médecins y sont formés et l'intérêt pour le patient y est majeur. (55)

L'intérêt pour le médecin est d'ailleurs également reconnu avec une pratique plus confortable et plaisante. En revanche on retrouve, une pratique exigeante en formation et en supervision, ainsi qu'un manque de reconnaissance institutionnelle et financière. (56)

Enfin il serait intéressant d'approfondir les recherches concernant « l'addiction au sucre et aux aliments sucrés » en général qui reste un sujet portant à confusion.

Les conséquences pourraient être majeures en cas de résultats probants avec probablement des programmes de réglementation du Neuromarketing et de l'industrie

agro-alimentaire dans ses pratiques d'adjonction de produits sucrés dans certains plats préparés et AUT.

On pourrait également explorer le versant addictologique alimentaire du DT2 et se poser la question de l'intérêt d'un réel suivi addictologique.

En pratique, nos résultats suggèrent que le médecin doit conserver son statut d'interlocuteur de confiance, et proposer une consultation type consultation d'annonce pour aborder le DT2 et la nutrition.

Dans ces consultations il doit encourager le patient à devenir acteur de son parcours de soins.

Les patients sont avides de savoirs, de connaissances et de compréhension dans leur pathologie, il faut donc leur apporter une quantité suffisante d'explications.

Les conseils devraient être brefs, distillés au fur et à mesure des consultations qui doivent être assez longues pour que le patient se sente écouté et assez informé.

Des conseils concrets, des recettes ou des ateliers de cuisine peuvent être proposés car les patients souhaitent un réel accompagnement ; être guidés par le MT dans cette démarche nutritionnelle.

Les conseils devraient être axés sur la cuisine « plaisir » et ludique pourquoi pas en groupe.

Le côté naturel des aliments doit être vanté, et les AUT et aliments industriels doivent être ciblés comme délétères. Les patients étant sensibles à ce type de discours.

Les interdits et restrictions devraient être évitées au maximum et les habitudes de vie doivent être modifiées sans brutalité.

Concernant les supports, l'oral devrait être privilégié mais accompagné d'un support écrit et visuel et pourquoi pas d'un site internet précis à reconsulter à domicile.

L'impact à long terme du diabète doit être bien expliqué sans chercher à faire peur, le côté silencieux du DT2 initialement doit également être explicité pour éviter de laisser le patient dans le déni initial.

Le MT doit être un référent efficace dans la transmission des RHD et de son savoir. Il devrait s'adapter au vécu et au ressenti du patient tout en le motivant.

Finalement notre étude suggère qu'une formation en ETP pour le médecin traitant semble être une bonne façon d'améliorer la perception des conseils qu'il donne au patient DT2.

V CONCLUSION

Les patients DT2 perçoivent les conseils nutritionnels donnés par leur MT au travers d'au moins neuf prismes différents retrouvés dans notre étude : le savoir, le médecin, le patient, la temporalité, le contenu, le support, la maladie, l'alimentation et le groupe.

Nous avons pu les articuler ensemble dans un schéma de théorisation.

Chacun de ces neuf prismes de perception peut être expérimenté de différentes façons par le patient. Cela entraîne un très grand nombre de possibilités différentes de vécus et de perceptions des conseils nutritionnels donnés par le MT au patient.

Le MT doit être capable de jouer avec ces différents prismes afin d'améliorer la perception des conseils qu'il délivre.

Ce faisant, il améliorera l'adhésion des patients à ces conseils, et donc leur alimentation et leur état de santé.

Nous avons également appris lors de ce travail, le désir des patients d'être accompagnés par le MT à travers une éducation nutritionnelle concrète. Le médecin à l'instar d'un professeur doit enseigner au patient une nouvelle façon de cuisiner et de s'alimenter afin de pouvoir améliorer sa santé.

Pour finir, il serait intéressant de développer une réelle formation en ETP, chez les futurs médecins généralistes, qui reste actuellement discrète.

VI REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Médecine Sorbonne Université. Diabétologie - Questions d'internat [Internet]. [cité 23 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/diabeto/POLY.Chp.1.html>
2. HAS - Epidémiologie et coût du diabète de type 2 en France [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/argumentaire_epidemiologie.pdf
3. Santé Publique France. Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: [/maladies-et-traumatismes/diabeto/le-poids-du-diabeto-en-france-en-2016.-synthese-epidemiologique](http://maladies-et-traumatismes/diabeto/le-poids-du-diabeto-en-france-en-2016.-synthese-epidemiologique)
4. Rapport mondial sur le Diabète - OMS - 2016 [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254648/9789242565256-fre.pdf?sequence=1>
5. Gin H. Nutrition et diabète : diététique pratique. EMC - Médecine. 1 févr 2004;1(1):46-50.
6. Assurance Maladie - Diabète et alimentation au quotidien [Internet]. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/equilibre-alimentaire/diabeto-alimentation-fondamentaux>
7. INSERM - Diabète de type 2 [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/diabeto-type-2>
8. La prise en charge en cas de précarité - Fédération Française des Diabétiques [Internet]. [cité 29 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/aspects-juridiques-sociaux/acces-au-soin>
9. Diabète de type 2 en pédiatrie : diagnostic et prise en charge [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2007/revue-medicale-suisse-107/diabeto-de-type-2-en-pediatrie-diagnostic-et-prise-en-charge>
10. Schlienger JL. Complications du diabète de type 2. Presse Médicale. 1 mai 2013;42(5):839-48.
11. ARS Hauts-de-France - Diagnostic Territorial [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/ORS-Diagnostic_part_1_0.pdf
12. Schlienger JL. La prise en charge hygiéno-diététique du diabète de type 2 : première étape de l'itinéraire. Médecine Mal Métaboliques. 1 mars 2016;10(2):101-6.
13. Guérison du diabète de type 2 et éducation thérapeutique [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 29 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-467/guerison-du-diabeto-de-type-2-et-education-therapeutique>
14. Taylor R, Al-Mrabeh A, Zhyzhneuskaya S, Peters C, Barnes AC, Aribisala BS, et al. Remission of Human Type 2 Diabetes Requires Decrease in Liver and Pancreas Fat Content but Is Dependent upon Capacity for β Cell Recovery. Cell Metab. 2 oct 2018;28(4):547-556.e3.

15. Lim EL, Hollingsworth KG, Aribisala BS, Chen MJ, Mathers JC, Taylor R. Reversal of type 2 diabetes: normalisation of beta cell function in association with decreased pancreas and liver triacylglycerol. *Diabetologia*. 1 oct 2011;54(10):2506-14.
16. L'évolution du diabète de type 2 n'est pas inexorable [Internet]. Centre européen d'étude du Diabète. [cité 29 mars 2022]. Disponible sur: <http://ceed-diabete.org/blog/levolution-du-diabete-de-type-2-nest-pas-inexorable/>
17. Beslay M, Srour B, Méjean C, Allès B, Fiolet T, Debras C, et al. Ultra-processed food intake in association with BMI change and risk of overweight and obesity: A prospective analysis of the French NutriNet-Santé cohort. *PLoS Med*. août 2020;17(8):e1003256.
18. Baudier. Baromètre Santé Nutrition - INPES [Internet]. Édition Marie-Frédérique Cormand; 2008. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/324836/2944288>
19. Julia C, Martinez L, Allès B, Touvier M, Hercberg S, Méjean C, et al. Contribution of ultra-processed foods in the diet of adults from the French NutriNet-Santé study. *Public Health Nutr*. janv 2018;21(1):27-37.
20. Les aliments ultra-transformés en France : la situation en 2021 [Internet]. Siga. 2021 [cité 25 mars 2022]. Disponible sur: <https://siga.care/blog/aliments-ultra-transformes-france-2021/>
21. Ministère de la Santé - Programme National Nutrition Santé 2019-2023.pdf [Internet]. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
22. Touati N(E), Meriem M, Ouhadda S. Les aliments ultra-transformés. 28 sept 2021 [cité 10 sept 2022]; Disponible sur: <http://172.17.1.105:8080/xmlui/handle/123456789/18738>
23. Erika F. Brutsaert. LE MANUEL MSD - Diabète sucré - Troubles endocriniens et métaboliques [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 25 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-endocriniens-et-m%C3%A9taboliques/diab%C3%A8te-sucr%C3%A9-et-troubles-du-m%C3%A9tabolisme-glucidique/diab%C3%A8te-sucr%C3%A9>
24. Spriet M. 2020 - Attentes des patients sur le conseil nutritionnel par le médecin généraliste. :48.
25. Lucie L. 2016 - Conseils nutritionnels par le médecin généraliste, attentes des patients. :63.
26. Santé Publique France. Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007. [Internet]. [cité 1 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/besoins-d-information-et-d-education-des-personnes-diabetiques-pratiques-educatives-des-medecins-etude-entred-france-2007.-numero-thematique.-1>
27. Cogneau J, Lehr-Drylewicz AM, Bachimont J, Letoumy A. Écarts entre le référentiel et la pratique dans le diabète de type 2: Les préjugés des médecins et des patients sont un obstacle à une éducation efficace des patients. *Presse Médicale*. 1 mai 2007;36(5, Part 1):764-70.
28. DEHAUT Eglantine - L'éducation nutritionnelle des patients diabétiques de type 2 par les médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais. Qu'en est-il en 2019 ? [Internet]. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/e61dedfc->

29. Nassir Messaadi. (2017) Apprentissages en situations informelles et construction de soi, cas des personnes atteintes de diabète.pdf [Internet]. [cité 23 sept 2021]. Disponible sur: <https://pepitedepot.univ-lille.fr/LIBRE/EDSHS/2017/50377-2017-Messaadi.pdf>
30. Consoli SM, 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.
31. Ministère de la Santé - La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre.pdf [Internet]. [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf
32. Bertoglio et Martineau - 2017 - Société Francophone du Diabète - Regard nouveau sur les glucides pour la pratique en Diabétologie.pdf [Internet]. [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/rapport_gtg_glucides_sfd.pdf
33. Diabète de Type 2 - Campus Cerimes - UMVF [Internet]. [cité 17 mars 2021]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/endocrinologie/enseignement/item233b/site/html/2.html#2>
34. Société Francophone du Diabète. Médecine des maladies métaboliques. Référentiel de bonnes pratiques. Nutrition et diététique. DT2 de l'adulte. (2014).pdf [Internet]. [cité 23 déc 2020]. Disponible sur: https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/referentiel_mars2014.pdf
35. Hochberg G, Dejager S, Eschwege E, Virally ML, Peixoto O. P132 DIABASIS : perception et vécu du diabète de type 2 par les patients eux-mêmes en France. Diabetes Metab. 1 mars 2009;35:A59.
36. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer. 2ème Edition. Deboeck; 2014.
37. Jean-pierre LEBEAU. Initiation à la Recherche Qualitative en Santé - Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global média santé-CNGE. 2021.
38. Saint-Omer, un arrondissement dynamique en croissance démographique - Insee Flash Hauts-de-France - 88 [Internet]. [cité 12 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4288622>
39. Trouver un médecin [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 17 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/patient/cherche-medecin/trouver-medecin>
40. 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. 1 déc 2009;3(6):620-3.
41. Reach G. Une consultation d'annonce dans le diabète de type 2 ? Médecine Mal Métaboliques. 1 juin 2014;8(3):335-9.

42. Golay A. Motiver pour changer : un modèle d'éducation thérapeutique pour chaque patient diabétique. :10.
43. Girardin S, Andrey M. Conseils diététiques minutes du médecin en pratique ambulatoire : quelles sont les bonnes pistes à explorer ? Rev Médicale Suisse. 2007;4.
44. Raymond G. Patient diabétique, bénéficiaire ou acteur ? Médecine Mal Métaboliques. 1 févr 2017;11(1):38-41.
45. Vialettes B. « Je sais bien, mais quand même... »: Les échecs de la mise en pratique des messages de l'éducation thérapeutique du patient dans le diabète. Médecine Mal Métaboliques. 1 sept 2009;3(4):416-21.
46. Grimaldi A, Simon D, Sachon C. Réflexion sur l'éducation thérapeutique : l'expérience du diabète. Presse Médicale. 1 déc 2009;38(12):1774-9.
47. Guide parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1735060/fr/guide-parcours-de-soins-diabete-de-type-2-de-l-adulte
48. Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur la prise en charge médicamenteuse de l'hyperglycémie du patient diabétique de type 2 – 2019. Médecine Mal Métaboliques. 2019;13:22.
49. Régnier F, Puerto KLI, Ringard C, Thomas F. Technologies numériques et diabète de type 2 : vers un patient plus autonome ? Cah Nutr Diététique. 1 juin 2020;55(3):127-35.
50. Reach G. Faut-il faire peur aux patients ? : Do we have to frighten patients? Médecine Mal Métaboliques. 1 juin 2009;3(3):303-9.
51. Chapelot D. Addiction au sucre. Médecine Mal Métaboliques. 1 sept 2018;12(5):423-31.
52. Sophie Nicklaus. Addict au sucre : vrai ou faux ?. 21. entretiens de nutrition de l'institut Pasteur, Institut Pasteur de Lille. Labo/service de l'auteur, Paris, FRA., Jun 2019, Lille, France. 6 p. :7.
53. Maspero-Bembaron C, Luciani M, Lévy M. Impact des séances d'éducation thérapeutique de groupe délivrées par un réseau ville-hôpital sur le niveau de connaissance de leur maladie de diabétiques de type 2. Diabetes Metab. 1 mars 2010;36:A66.
54. Romand D, Guillon V, Ander A, Riahi M, Bouche C, Vexiau P. Éducation en ambulatoire de patients diabétiques de type 2 : une approche ciblée sur la culture alimentaire. Diabetes Metab. 1 mars 2008;34:H102.
55. Pernin T, Sahler C, Monotuka S, Trainard PY. Savoir reconnaître le savoir expérientiel des patients : une humilité et une force pour le médecin généraliste. Médecine. 1 janv 2018;14(1):19-22.
56. Drahi eric. ETP séquentielle en médecine générale. 2010;3.

VII ANNEXES

Annexe 1 :

Questionnaire d'entretien semi dirigé :



– Avant d'être diabétique, que saviez-vous des recommandations nutritionnelles pour la population en général (hors diabète) ?

– À partir du diagnostic de diabète, Qu'avez-vous appris par vous même, à propos de l'alimentation dans cette pathologie ?

Relance : Par quels moyens ?

– Des conseils alimentaires vous ont-ils été donnés par votre médecin traitant lors du diagnostic ? Lesquels ?

– Puis lors du suivi ? Lesquels ?

– Qu'avez vous ressenti lorsque votre médecin traitant vous a donné ces conseils ? Pourquoi ?

– Relance :

Avez-vous eu des ressentis positifs ? (curiosité, joie, motivation...) **Pourquoi ?**

Avez-vous eu des ressentis négatifs ? (sanction, punition, honte, énervement, désintérêt, culpabilité, incompréhension...) **Pourquoi ?**

– Les conseils alimentaires donnés à la première consultation et ceux donnés lors du suivi ultérieur, ont-ils été perçus différemment ? Pourquoi ?

– En quoi le temps de consultation alloué à donner ces conseils à pu jouer sur votre ressenti ? (*trop court ? trop long ?*)

– Par quelle manière ou support, ces conseils vous ont-ils été donnés ? (*oral, informatique, papier...*) **Et en quoi ce support utilisé à t-il joué sur votre perception de ces conseils ?**

– En quoi la quantité d'informations délivrées a t-elle joué sur votre ressenti / perception ? (*noyé sous trop d'infos ou pas assez d'infos ?*)

– Finalement, tous ce que vous avez ressenti lors de ces consultations a t-il eu un impact sur le fait de comprendre et d'appliquer les conseils alimentaires ? Pourquoi ?

– Si un diabétique vous demandait des conseils nutritionnels, comment les lui donneriez vous ?

Annexe 2 :

Lettre d'information et de participation :



LETTRE D'INFORMATION DE PARTICIPATION À UNE ÉTUDE SCIENTIFIQUE :

Bonjour, je suis Antoine Fosse, étudiant en Médecine Générale.

Dans le cadre de mon doctorat de médecine générale et de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé avec vous concernant la nutrition dans le diabète de type 2.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier la perception des patients diabétiques de type 2 vis à vis des recommandations nutritionnelles données par leur médecin traitant.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être majeur et suivi par votre médecin traitant pour un diabétique de type 2.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Aussi pour assurer une sécurité optimale ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le N°2021/320 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr

Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci pour votre participation, pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : antoine.fosse.etu@univ-lille.fr

à le

Signature du participant :

Fait en deux exemplaires, dont un remis au participant.

Annexe 3 :

Déclaration de conformité de la délégation à la protection des données :



Direction
Données personnelles
et archives

RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 13 00 23583 00011
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Comment les patients diabétiques de type 2 perçoivent-ils les recommandations nutritionnelles données par leur médecin généraliste ?
Référence Registre DPO : 2021-320
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : M. Antoine FOSSE

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 8 Décembre 2021

Délégué à la Protection des Données

AUTEUR : Nom : FOSSE

Prénom : Antoine

Date de soutenance : 20/10/2022

Titre de la thèse : Comment les patients diabétiques de type 2 perçoivent-ils les recommandations nutritionnelles données par leur médecin traitant ?

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : *Doctorat de médecine générale*

DES + FST/option : *DES de médecine générale*

Mots-clés : Diabète de type 2, médecine générale, recommandations nutritionnelles, éducation thérapeutique, alimentation

Résumé :

Comment les patients diabétiques de type 2 perçoivent-ils les recommandations nutritionnelles données par leur médecin traitant ?

Contexte : Actuellement en France, plus de 3,3 millions de personnes sont traitées pour un diabète de type 2. Il s'agit d'une pathologie métabolique grave, sixième cause de décès en France, pouvant être évitée avec des règles hygiéno-diététiques simples. Pourtant l'incidence de cette pathologie continue d'augmenter. Le coût du diabète de type 2 en France est estimé à au moins 10 milliards d'euros par an (12,5 milliards en 2007). Il s'agit d'un enjeu majeur en terme de santé publique. Le médecin traitant est en première ligne pour enseigner aux patients les recommandations nutritionnelles permettant de traiter et guérir le diabète de type 2. Comment expliquer cette absence d'efficacité ?

L'objectif de ce travail est donc de comprendre comment les patients diabétiques de type 2 perçoivent les recommandations nutritionnelles données par leur médecin traitant.

Méthode : Pour atteindre cet objectif, une étude qualitative a été réalisée par 15 entretiens semi-dirigés avec des patients diabétiques de type 2. Les données enregistrées étaient ensuite analysées par « méthode par théorisation ancrée » afin d'en faire ressortir des étiquettes regroupées en catégories qui constituaient les résultats de notre étude.

Résultats : 15 entretiens semi-dirigés ont été nécessaires pour atteindre la saturation des données. Les patients diabétiques de type 2 percevaient les conseils nutritionnels donnés par leur médecin traitant au travers de neuf prismes différents. Le Savoir, le Médecin, le Patient (lui-même), la Temporalité, le Contenu, le Support, la Maladie, l'Alimentation et le Groupe.

Chaque prisme entraînait des perceptions et ressentis variables qui pouvaient donc chacun modifier l'adhésion du patient aux règles hygiéno-diététiques de façon positive ou négative.

Conclusion : Pour tenir un discours efficace et devenir un guide en nutrition pour le patient DT2, le MT doit donc prendre en compte ces neuf prismes et ajuster son discours en conséquence. Il serait donc intéressant d'être mieux formé au cours des études médicales en éducation thérapeutique du patient (ETP).

Composition du Jury :

Président : Professeur Anne VAMBERGUE

Assesseurs : Professeur Anita TILLY-DUFOUR, Docteur Luc DAUCHET

Directeur de thèse : Docteur Alain BARDOUX