

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016

2016 TOU3 1013

2016 TOU3 1014

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 23 FEVRIER 2016

Par : LEBON Claire et PLENECASSAGNES Laure

**Les freins au changement des habitudes alimentaires dans le
cadre du diabète de type 2.**

DIRECTRICE DE THÈSE : Docteur Jennifer PHILLIPS

JURY :

Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Docteur Brigitte ESCOURROU	Assesseur
Docteur Serge ANE	Assesseur
Docteur Jennifer PHILLIPS	Assesseur
Docteur Michel LANGLOIS	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie	P.U.	
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROSTAING Lionel (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUI Fabrice	Médecine Légale
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. HAMDI Safouane	Biochimie	M. GASQ David	Physiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	Mme LEOBON Céline	Cytologie et histologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement		
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire		

M.C.U.

M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

Nos remerciements

À Monsieur le professeur OUSTRIC,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse, votre regard de médecin généraliste fervent défenseur de la médecine générale était essentiel pour nous. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU,

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail de thèse, nous vous remercions pour votre aide et votre disponibilité, qui nous ont guidés dans cette thèse qualitative. Veuillez trouver l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

À Monsieur le Docteur Serge ANE,

Nous vous exprimons notre profond respect pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail de thèse. Nous vous remercions pour la valeur de votre enseignement en tant que chef de pôle de l'éducation thérapeutique à la faculté de médecine de Toulouse. Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À notre directrice de thèse, Madame le Docteur Jennifer PHILLIPS,

Merci de nous avoir fait l'honneur de diriger ce travail de thèse. Merci pour ta patience, ta disponibilité, ton ouverture d'esprit et tes nombreux rappels de grammaire et d'orthographe. Tu nous as soutenues, accompagnées et guidées dans ce travail et on en avait bien besoin. Tu es une femme motivée et un médecin à l'écoute, tout ce qu'il faut pour être une maman formidable.

À Monsieur le Docteur Michel LANGLOIS,

Grâce à toi nous avons toutes les deux découvert l'éducation thérapeutique. Merci pour ta disponibilité et pour ton humour. Trouve dans ces quelques lignes l'expression de notre gratitude.

À nos patients,

Merci aux patients qui ont accepté de nous recevoir chez eux, nous avons beaucoup appris grâce à vous. Ces moments de rencontre étaient très enrichissant professionnellement et personnellement. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre reconnaissance.

Aux médecins généralistes et à Chantal BLAIN qui nous ont permis de recruter,

Merci de nous avoir aidées à recruter les patients pour ce travail de thèse. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

Remerciements de Laure

Merci, à toi maman, je ne serais jamais arrivée jusque-là sans toi, tu m'as donné de la force, du courage, tu m'as transmis l'amour des gens. J'aurais toujours besoin de toi, ne l'oublie pas.

Merci à mon papa, merci de m'avoir aidée à arriver jusque-là, de m'avoir toujours soutenue, d'être fier de moi.

Merci à mon frère, la Bobiche et Laurine, mon joker informatique, qui m'ont aidée à combattre mon fluide négatif !

Merci à mes grands-parents, la Gine et son diabète source d'inspiration et de grandes rigolades ! Papi et mamie, merci pour votre soutien et vos attentions.

Merci à pépé Adri, j'aurais aimé que tu sois encore avec nous, tu étais si fier de moi.

Merci à tout le reste de ma famille, oncles, tantes, cousins, cousines.

Merci à toute la famille Tolou, pour votre soutien, vos encouragements toujours dans la discrétion. Merci à Dider pour son humour, à Fanny beaucoup de réussite dans tes études, à Lydia, un modèle pour moi, à Léo pour son petit coup de pouce... Et, enfin, à Sophie qui a été un vrai coach tout au long du parcours !

Merci au CSL, pour les fous rires, c'était tellement agréable de vous retrouver après des semaines à bosser à Limotches. Merci à Justine pour les heures passées au téléphone à se plaindre de nos études, à stresser pour nos partiels, à refaire le monde ! Merci à Boute quand tu saigneras du nez je t'envoie l'hélico, merci à Rico pour les crampes aux zygomatique, les corrections d'orthographe ! Merci à Thédze qui est là depuis le tout début, ma première vraie patiente du CSL, merci à Balou pour nos débats enflammés sur les déserts médicaux, merci à Loulou pour nos discussions et sa confiance avec Léon, merci à Bréfu de plaindre les toubibs ! Merci à Fanny de me changer les idées, l'année prochaine on cartonne à la ronde de Noël ! Merci à Thomas un brin hypochondriaque, merci à Dume qui me comprend toujours, merci à Paul tu vas tout déchirer à ton mémoire je t'attends pour la compta !

Merci à la semi, merci à Agathe et Dason toujours présentes, malgré la distance, à quand le retour en Aveyron ?

Merci à tous les copains de Limoges, Mélodie, Camille, Benoit et les autres...

Merci à tous ceux qui ont croisé ma route pendant l'internat. Merci à la famille de Millau, maman Claire, mamie Camille, grand frère et grande sœur Vlad et Julie, sans oublier Jean Jacques et Rafi rafou pour les 6 mois de « pisse-mémé », de danses et de fous rires, vous m'avez aidée à gérer mon stress du premier stage! Ceux de Villef, La Marre, La Dallet, Seb et ceux qui sont devenus des amis Marion, La Garnier qui me comprend toujours dans mes moments de doutes, je serai heureuse de t'avoir comme collègue, Professeur Darcourt ou papa pour sa légèreté et les infarts ratés !

À mes professeurs, toute l'équipe de Millau (Éric, François, Bernard...), Michmich et Véro la *dream team* diabéto ! À mes maîtres de stages, ceux qui m'ont donné le goût de ce métier, Jean Paul, Josseline mais aussi Motok, Pascal, Domi et bien sûr Patrick !

Merci à Claire, mon poulet, doublon, merci de ta patience, merci pour les coups de pied aux fesses dont j'avais bien besoin parfois, merci pour ton soutien dans ma vie personnelle ! Je te souhaite que du bonheur dans ta vie personnelle comme professionnelle. La route a été longue mais on l'a fait, mon poulet !

Merci à tous ceux que j'oublie et qui m'ont aidé à en arriver là!

Et enfin et surtout, merci à Mathias, ma moitié, qui me supporte dans tous les sens du terme depuis le premier jour. On en a traversé des choses en 10 ans, des moments difficiles, trois P1 à nous deux, la distance, des trajets interminables Vichy, Clermont, Limoges, mais tellement de beaux moments, depuis le parc du Monas, Bandol et ses siestes, val tho, d'innombrables restau et maintenant ce projet d'appartement! Je ne te remercierai jamais assez pour ton soutien sans faille, ta patience quand j'ai douté, quand j'ai stressé, quand j'avais peur, merci d'y croire même quand je n'y crois pas !

Remerciement de Claire

À mon père, malgré ton absence physique, tu restes présent dans mon cœur et dans mes pensées. Merci de ton amour, ta confiance sans faille, merci d'avoir toujours cru en moi.

À ma mère, merci de ton amour et de ta présence. C'est grâce à vous deux que je suis devenue la femme que je suis.

À mon guigui, mon petit frère, je suis fière de toi et de ta réussite. Merci pour les futurs kilos que je vais prendre en dégustant tes merveilleux gâteaux.

À mes grands-parents, mamie Nicole, mamie Henriette et papi Roger, que j'ai la chance d'avoir eu avec moi jusqu'à ce jour, merci de votre gentillesse et de l'esprit de famille que vous avez réussi à créer entre nous.

Merci à ma tatie Sophie et mon oncle Jean-Pierre, pour leur accueil sur Toulouse pendant 6 mois.

Merci à mes oncles Christophe et Jean pour tous les travaux réalisés sur mes vieilles voitures et merci à mes tantes Nathalie et Eliane de les laisser jouer avec la mécanique.

À tous mes petits cousins : Pierrick, Michael, Paul, Lucie, Jeanne, Nathan, Axelle et Alexiane, c'est un plaisir de vous voir grandir.

À ma marraine, merci pour ton soutien sans faille et merci pour le temps passé à relire les entretiens de cette thèse.

À ma famille de Dard, tonton Auguste, Caroline, Alain, Pierre, Isabelle, ma cousine Dédé, Fanny, Flo, Seb, les Durand et toute la famille de Chantepie, merci d'être là, c'est toujours un plaisir de vous retrouver tous les ans dans notre belle Ardèche pour faire la fête en famille.

Merci à tous ceux qui nous ont quittés, tonton René, tata Raymonde et tata Guilberte, merci pour tous ces bons moments passés.

À mes amis de toujours, Claudine, Béné et Jeannot, merci d'être toujours là, malgré les années et l'éloignement géographique.

Aux mecs, Grand, Dritz, Beuzot, Wings, Chalo, Chazaux, Max, Roux, Rom, Julie, Kev, Pef, Sary, Fuch, merci d'être toujours aussi cons, grâce à vous j'ai toujours 18 ans et je viens

d'avoir mon bac. Merci à leur moitié Christophe, Maelle, May-lan, Mélanie, Camille, Marine, Prisca, Justine, Manon et Cath, merci de les rendre heureux et de les aider à grandir un peu. Un merci tout spécial à Cath, merci pour ton aide, sans toi cette thèse serait digne d'un enfant de CP en matière d'orthographe.

A mes poutrelles, Claudus (mais elle est partout!), Marjo, Zaze, Momo, Amel et Dédé cette année de carré n'aurait pas été drôle sans vous (Nooooon de bleu).

À mes fillasses, Marjo, Claudio, Guigout, Lulu, Eve, Julie et Florus, merci pour ces francs moments de rigolade, qui ont rendu ces études bien sympatiques.

À mes maitres de stage, François, Eric, Alain, Philippe, Annabelle, Michèle (allias michmich), la Dalmon, Hélène, Chantal, Valéry, Céline, Rosa et Raymond, merci de votre patience et de votre confiance, j'ai beaucoup appris grâce à vous tous.

À ma famille millavoise, mamie Camille, Vlad le grand frère jumeau, Julie petite sœur jumelle, bébé Laure et tonton Jean Jacques, merci pour ces bons moments passés dans cette internat millavois, merci pour votre bonne humeur.

A ma famille villefranchoise, la Garnier, papa, seb, la Marre et la Dalet.

À ma belle-famille millavoise, Michou, Kinou, Ludo, Anne, Cédric, Sophie, Gégé, Pierre, Camcam et les neveux Dylan, Morgan, Gauthier et Ronan merci pour votre accueil dans cette grande et belle famille très unie, j'ai grand plaisir à en faire partie.

À Laure, ma co-interne, collaboratrice de thèse et amie. Depuis notre rencontre aux urgences de Millau, tes amis m'appellent doublons, ce qui veut tout dire. Merci de ton amitié et de ta patience. Je suis contente d'avoir partagé ce travail de thèse avec toi, on peut dire qu'on est complémentaire...sauf pour l'orthographe... On est médiocre ensemble ! Tu es une personne très intéressante, très douée et une super consœur ne l'oublie jamais.

À mes futurs associés, Amélie et Sébastien, merci de votre confiance et vivement notre future association.

À Raymond, merci pour tout le savoir que tu m'as transmis et pour le cadre de travail que tu me laisses en succession, je ferais du mieux que je peux pour poursuivre ton travail et valoriser la médecine générale.

Et enfin, à mon Anthony, mon amour, merci pour ton soutien sans faille. Hâte de réaliser avec toi tous les beaux projets qui se dessinent à l'horizon. Je t'aime.

« Que ton alimentation soit ta première médecine. » Hippocrate, v^e siècle avant J.-C.

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	1
INTRODUCTION.....	2
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	4
1. Étude qualitative.....	4
2. Échantillonnage.....	4
<u>2.1. Sélection et recrutement.....</u>	<u>4</u>
<u>2.2. Cause de refus.....</u>	<u>4</u>
3. Recueil des données.....	5
<u>3.1. Condition de recueil.....</u>	<u>5</u>
<u>3.2. Le guide d'entretien et ses évolutions.....</u>	<u>5</u>
<u>3.3. Retranscription.....</u>	<u>7</u>
4. Analyse.....	7
<u>4.1. Analyse longitudinale.....</u>	<u>7</u>
<u>4.2. Analyse transversale.....</u>	<u>8</u>
<u>4.3. Saturation des données.....</u>	<u>8</u>
5. Éthique.....	8
6. Réflexivité.....	8
RÉSULTATS.....	10
1. « Le régime c'est dur ».....	10
<u>1.1. Le sucre.....</u>	<u>10</u>
1.1.1 Interdit.....	10
1.1.2 De l'interdiction à l'obsession.....	10
1.1.3 Addiction au sucre.....	11
1.1.4 Les édulcorants pour contrer le mauvais sort.....	11
<u>1.2. Le plaisir de manger.....</u>	<u>11</u>
1.2.1 Plaisir vital.....	11
1.2.2 Importance du goût.....	12
1.2.3 Plaisir de cuisiner.....	12
1.2.4 Perte de l'alimentation plaisir avec le diabète.....	12
1.2.5 Les écarts contre le mauvais sort.....	12
<u>1.3. La restriction.....</u>	<u>13</u>
1.3.1 Régime trop strict.....	13
1.3.2 Impossible de tenir sur le long terme.....	14

1.3.3 Le traitement médicamenteux comme échappatoire	15
1.3.4 Les conduites d'évitement pour déjouer la tentation	15
1.3.5 Nécessite un but.....	15
1.4. Le régime casse-tête	16
1.4.1 Quantité	16
1.4.2 Le choix des aliments	16
1.4.3 Comment s'y prendre ?	17
1.5. Les facteurs indépendants de leurs volontés.....	17
1.5.1 Les moyens financiers	17
1.5.2 Le stress	17
1.5.3 Les changements de vie.....	17
1.5.4 Les racines.....	18
2. Sentiments négatifs.....	18
<u>2.1. L'exclusion.....</u>	19
<u>2.2. Entre culpabilité et frustration</u>	19
<u>2.3. À la suite des résultats</u>	20
2.3.1 Déception.....	20
2.3.2 Injustice	20
2.3.3 Sentiment d'être dans une impasse.....	20
<u>2.4. Lassitude et découragement sur le long terme.....</u>	21
<u>2.5. Peur de la maladie et des hypoglycémies</u>	21
3. Le fardeau du diabète et des contraintes alimentaires.....	22
<u>3.1. Le diagnostic : un mauvais sort.....</u>	22
3.1.1 Avant et au moment du diagnostic	22
3.1.2 Recherche d'explications.....	22
<u>3.2. Un mauvais sort difficile à accepter</u>	22
3.2.1 Maladie asymptomatique.....	22
3.2.2 Maladie banalisée	23
3.2.3 L'acceptation de la maladie.....	23
<u>3.3. Le diabète, une maladie grave</u>	23
3.3.1 Comparé à une addiction	23
3.3.2 Peur de le transmettre à leurs enfants	24
3.3.3 Une maladie terrible	24
<u>3.4. Vécu comme un poids permanent</u>	25

3.4.1 Impact dans tous les domaines de leur vie	25
3.4.2 Maladie d'évolution forcément négative	26
4. La relation avec les professionnels de santé : alliés ou ennemis ?	26
<u>4.1. La relation médecin-patient un dialogue de sourds</u>	26
<u>4.2. La relation autonomiste</u>	28
DISCUSSION	29
1. Représentations de l'alimentation, une aubaine pour l'industrie agro-alimentaire	29
<u>1.1. Vision de l'alimentation par le patient diabétique</u>	29
<u>1.2. Place du sucre</u>	29
1.2.1 Historique	29
1.2.2 La vision du sucre par le patient diabétique	29
1.1.3 Addiction ou trouble du comportement alimentaire	31
<u>1.3. Opportunisme de l'industrie : l'alimentation santé</u>	31
1.3.1 Évolution des représentations	31
1.3.2 Édulcorants et plats allégés : une solution ?	32
a) Rappel des définitions	32
b) Effets sur la perte de poids	32
c) Le fructose ?	33
d) Place dans l'alimentation du diabétique	33
2. Vécu de l'alimentation : un marathon d'émotions négatives	33
<u>2.1. Le départ de la course, comme un coup de sifflet non préparé</u>	33
2.1.1 Annonce vécue comme une mauvaise nouvelle	34
2.1.2 Un bon départ est primordial	34
2.1.3 Diabète vécu comme une maladie grave	34
<u>2.2. Émotions négatives tout au long de la course</u>	35
<u>2.3. Renforcement de la culpabilité par les messages de santé publique</u>	35
<u>2.4. La confiance en soi, déterminante pour se lancer dans une course de fond</u>	36
<u>2.5. Tristesse de l'humeur</u>	36
3. La relation médecin-patient, un dialogue de sourds	36
<u>3.1. Des objectifs différents</u>	36
3.1.1 Le patient	36
a) En attente d'informations	36
b) Gérer sa maladie dans son cadre de vie	37
3.1.2 Le médecin : modèle biomédical vs modèle bio-psycho-social	37

a) Le respect des recommandations, le modèle biomédical	38
b) La formation médicale	38
3.2. Quelles solutions ?	38
3.2.1 Une approche plus positive de l'alimentation.	38
3.2.2 Trouver des objectifs communs : l'Hba1c.....	39
a) Mal connue des patients ?	39
b) Deuil pour le médecin ?	40
3.2.3 Évolution de la relation médecin-patient.....	40
4. L'éducation thérapeutique des patients	41
4.1. Définition et finalités de l'éducation thérapeutique des patients.....	41
4.2. Besoins et objectifs éducatifs à atteindre.....	41
4.3. Quels freins à la mise en place de l'éducation thérapeutique ?	43
4.3.1 Le manque d'information	43
4.3.2 Les ateliers de groupe.....	43
4.3.3 L'éloignement géographique.....	43
4.4 Pratique actuelle de l'éducation thérapeutique.....	43
4.5. Intégrer l'ETP dans la pratique quotidienne.....	44
5. Forces et faiblesses de l'étude	45
5.1. Méthode qualitative	45
5.2. Échantillonnage.....	45
5.3. Recueil des données	45
5.4. Méthode d'analyse	46
CONCLUSION	47
REFERENCES	48
ANNEXES	53
<u>Annexe 1 : Consentement des participants</u>	53
<u>Annexe 2 : Extrait du tableau</u>	54
<u>Annexe 3 : Contexte d'énonciation entretien 3</u>	55
<u>Annexe 4: Extrait entretien n°12</u>	57
<u>Annexe 5: Guides d'entretien</u>	58
<u>Annexe 6 : avis favorable commission d'éthique</u>	63

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ETP : Éducation thérapeutique des patients

Hba1c : Hémoglobine glyquée

Asalée : Action de santé libérale en équipe

INTRODUCTION

Les représentations de l'alimentation dans une société sont avant tout culturelles et varient en fonction de l'époque. En France, nos représentations sont d'influence méditerranéenne. À partir de 1995, la culture alimentaire française a développé de façon très importante la dimension hédoniste, que ce soit par la convivialité, le partage ou le goût (1). À partir de 2007, à la suite des programmes nationaux de prévention, l'alimentation s'oriente vers une alimentation santé, avec perte du plaisir et de la convivialité alimentaire d'origine latine et s'oriente vers un modèle alimentaire d'Europe du Nord (2). Le développement économique (productivité agricole et industrie agro-alimentaire) et l'urbanisation sont à l'origine d'un changement dans nos habitudes alimentaires, même s'il a entraîné la disparition des grandes maladies de carences et l'augmentation de l'espérance de vie, il s'est accompagné d'une augmentation de l'obésité et du diabète de type 2 (3).

Selon l'étude ENTRED et l'institut de veille sanitaire, en plus de facteurs de prédispositions héréditaires, la prévalence du diabète augmente mécaniquement du fait du vieillissement de la population, du dépistage précoce et de l'amélioration de l'espérance de vie des personnes traitées contre le diabète (4,5). Mais ce sont les facteurs sociaux et environnementaux qui expliquent cet accroissement constant : avec en première ligne, le surpoids et l'obésité, puis le manque d'activité physique et la sédentarité. Certains de ces facteurs sont modifiables par une prise en charge, une prévention et un accompagnement adapté du patient. L'alimentation joue un rôle important dans la survenue et l'équilibre du diabète de type 2. La mise en place des règles hygiéno-diététiques, en permettant d'obtenir un amaigrissement est une étape essentielle du traitement (6). Le changement de comportement alimentaire nécessite des compétences diverses (des connaissances à la mise en pratique, avec la gestion des émotions, la relation avec l'entourage, l'intégration des sensations, de la notion de plaisir) (7).

Les médecins connaissent bien les références relatives au suivi du diabète et sont plutôt d'accord avec elles, mais leur application systématique se heurte aux conditions concrètes de l'exercice quotidien en particulier en ce qui concerne l'éducation thérapeutique. Les médecins généralistes se sentent en difficulté dans la prise en charge des personnes ayant un diabète, principalement en lien avec le « régime alimentaire ». Ils pensent également que leurs patients rencontrent davantage de difficultés dans la prise en charge de leur diabète que les patients eux-mêmes. Non exprimées, les discordances entre les

représentations des soignants et des soignés constituent un frein pour une collaboration constructive et pour une véritable éducation thérapeutique (4).

Il paraît indispensable de comprendre quelles sont les difficultés au changement des habitudes alimentaires à travers les pratiques et le vécu de l'alimentation des patients ayant un diabète de type 2, ainsi que leurs attentes vis-à-vis des professionnels de santé afin de pouvoir adapter notre prise en charge.

L'objectif de cette thèse est d'identifier les freins au changement des habitudes alimentaires dans le cadre du diabète de type 2.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Étude qualitative

La recherche qualitative (8) est la méthode la plus adaptée pour ce travail car elle permet d'explorer le vécu, le ressenti, les sentiments des patients et d'étudier leurs expériences personnelles et leurs comportements.

2. Échantillonnage

2.1. Sélection et recrutement

Les critères d'inclusion étaient : être adulte (> 18 ans) non dément, diabétique de type 2 non insulino-dépendant, dont le médecin traitant ressentait des difficultés à la mise en place d'une alimentation équilibrée.

Les participants ont été recrutés par leur médecin traitant selon le critère de difficultés ressenties dans la prise en charge du diabète, en lien avec la mise en place des règles hygiéno-diététiques alimentaires. Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone ou rencontrés au cabinet. Les participants qui ont donné leur accord au médecin traitant, ont été contactés par le chercheur pour fixer un horaire et un lieu de rendez-vous.

Les participants savaient que les chercheurs étaient internes en médecine générale. Il a été tenté de ne pas communiquer cette information pour limiter les biais mais les participants demandaient à savoir ce que faisaient les interviewers avant de les accueillir chez eux.

Pour l'échantillonnage, une méthode raisonnée en recherche de variation maximale a été choisie. La variation a été recherchée pour : l'âge, le sexe, la profession, le niveau socioéconomique, la situation maritale, la présence d'enfant, le lieu de vie et l'origine culturelle. Ces caractéristiques ont été recueillies en fin d'entretien pour les entretiens individuels, afin de ne pas lancer l'entretien sur des questions fermées. Pour le focus groupe, les caractéristiques ont été recueillies de manière anonyme en début d'entretien.

La taille de l'échantillon n'a pas été fixée à l'avance car elle dépendait de la saturation des données.

2.2. Cause de refus

Pour le focus groupe, 26 participants ont été contactés, 6 ont accepté de participer à la discussion de groupe. Les principales raisons des refus étaient : « ne veulent pas parler en

groupe », « X est une petite ville où tout se sait » et le manque de temps pour les personnes plus jeunes.

3. Recueil des données

3.1. Condition de recueil

12 entretiens individuels et un focus groupe de 6 personnes ont été réalisés entre le 16 juillet 2014 et le 05 novembre 2015. Les entretiens individuels ont duré entre 26 et 57 minutes. Le focus groupe a duré 1h22.

Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone après information orale et écrite au participant et signature d'un consentement écrit (annexe 1).

Les caractéristiques des participants sont disponibles dans le tableau 1.

3.2. Le guide d'entretien et ses évolutions

La guide d'entretien a été réalisé au préalable afin d'explorer plusieurs grands thèmes : les habitudes alimentaires, le parcours du patient dans la maladie, son vécu de la maladie, sa connaissance de la maladie et ses objectifs.

Un premier guide d'entretien a été réalisé et testé au cours d'un premier entretien. Celui-ci a révélé qu'il était trop vaste, et qu'il comprenait trop de questions fermées qui ne permettaient pas la totale expression du participant.

Quatre grandes questions ouvertes ont alors été choisies pour laisser la porte ouverte à l'expression du participant. Les questions ont été orientées sur les représentations de l'alimentation et les difficultés aux changements (annexe 5).

Après le deuxième entretien, nous avons décidé de recentrer le sujet sur un point essentiel des représentations alimentaires du diabétique : ce que le diabète a changé dans leurs habitudes et les difficultés aux changements. Le guide d'entretien a été réalisé en posant des questions ouvertes permettant les échanges et des questions de relance pour aider si nécessaire la prise de parole.

Après le codage du cinquième entretien, un tri et classement de toutes les informations reçues, ont été réalisés permettant de modifier le guide d'entretien pour approfondir certains points : quel serait l'intérêt à changer, qui pourrait les aider, comment éviter que le diabète ne s'aggrave.

Tableau 1 : Talon sociologique

	AGE	SEXE	SITUATION MARITALE	ENFANTS	LIEU DE VIE	SITUATION PROFESSIONNELLE
P1	67	H	En couple	3 enfants dont 1 vivant avec le couple	Ville	Retraité mais a conservé une activité professionnelle
P2	75	H	En couple	1 enfant	Rural	Retraité du bâtiment
P3	72	F	Divorcée, vivant en concubinage	1 enfant	Rural	Retraitée
P4	76	F	Divorcée, vivant en concubinage	non	Semi-rural	Retraitée factrice
P5	73	H	Divorcé, vivant en concubinage	non	Semi-rural	Retraité ambulancier
P6	53	F	Mariée	2 enfants dont 1 vivant avec le couple	Ville	Métreuse
P7	46	F	Mariée	4 enfants dont 3 vivent avec le couple	Ville	Assistante maternelle
P8	47	H	Marié	2 enfants	Ville	Maraicher
P9	67	H	Marié	2 enfants	Ville	Retraité professeur d'histoire
P10	63	H	Marié	2 enfants	Semi-rural	Retraité informaticien
P11	60	F	Divorcée	4 enfants	Ville	Femme de ménage
P12	50	F	Divorcée	2 enfants	Rural	Assistante maternelle
FG-P1	48	F	Mariée	3 enfants	Ville	Femme de ménage en arrêt maladie
FG-P2	53	F	Mariée	2 enfants	Ville	Commerçante
FG-P3	52	F	Célibataire	non	Ville	Educatrice spécialisée
FG-P4	68	F	Mariée	2 enfants	Semi-rural	Retraitée professeur d'anglais
FG-P5	74	F	Mariée	3 enfants	Ville	Femme au foyer
FG-P6	48	H	En couple	non	Ville	Aide à domicile

Après la réalisation du sixième entretien, le guide a été modifié pour supprimer dans les questions le terme « changer » et le remplacer par « adapter », pour mettre le chercheur dans une position plus favorable à la discussion avec moins de critiques sous-entendues.

Après le huitième entretien, nous avons réalisé deux entretiens individuels chez des patients qui n'avaient pas de traitement médicamenteux de leur diabète, pour voir si cela apportait des nouvelles idées.

Au bout de dix entretiens individuels, nous étions arrivées à saturation des données. Nous avons décidé de réaliser un entretien par focus groupe, pour étudier le sujet avec un effet groupe (9).

Le focus groupe a permis de soulever d'autres questions : refus de parler de l'alimentation en groupe et l'impact de la précarité dans l'alimentation. Aucun des dix premiers entretiens n'ayant apporté d'avis sur la question, il a été décidé de réaliser deux nouveaux entretiens.

3.3. Retranscription

La retranscription de tous les entretiens a été réalisée par un chercheur et vérifiée par le deuxième. Les enregistrements ont été retranscrits dans leur intégralité avec les silences, le non-verbal. De façon à rendre les entretiens anonymes, la lettre X a été utilisée pour tout ce qui est identité de personne ou de lieu avec entre parenthèses si c'est une ville ou une personne. Les interventions des chercheurs ont été retranscrites en gras, en non gras le discours du patient et en italique le discours d'une tierce personne intervenant dans l'entretien.

4. Analyse

Les entretiens ont eu deux types d'analyse : l'analyse longitudinale entretien par entretien et l'analyse transversale sur le mode d'analyse thématique (10).

4.1. Analyse longitudinale

L'analyse a été d'abord longitudinale, entretien par entretien avec description du contexte, du ressenti, des idées principales et des idées nouvelles. Cette analyse a été faite au fur et à mesure dès la fin de l'entretien, récapitulée par une synthèse de l'entretien et approfondie au cours de la retranscription pour en sortir tous les points remarquables et les éléments nouveaux.

4.2. Analyse transversale

L'analyse a été réalisée de façon thématique avec codage axial du verbatim (3) et émergence des catégories puis des thèmes de manière inductive. Le mode de découpage reste stable d'un entretien à l'autre. On défait la singularité du discours et on découpe transversalement ce qui d'un entretien à l'autre se réfère à la même unité de sens. Puis on organise les codes en sous catégories, puis catégories, puis thèmes. Les thèmes constituent le cadre de la grille d'analyse de tous les entretiens. La grille d'analyse n'est pas définie à l'avance.

Une triangulation a été réalisée avec analyse indépendante par les deux chercheurs, et l'accord de notre directrice de thèse, qui a réalisé une triple lecture afin de valider les données et de départager nos désaccords de codage.

Cette analyse thématique a été réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Corporation, Microsoft Office Excel® 2010.

Un extrait du tableau d'analyse thématique peut être consulté en annexe 6.

4.3. Saturation des données

Le nombre de participants n'était pas défini à l'avance car il dépendait de la saturation théorique des données (11).

Les derniers entretiens n'ont pas apporté de nouveaux thèmes, mais ont permis de compléter et d'approfondir les thèmes déjà trouvés par les autres entretiens. Une analyse des caractéristiques des participants n'a pas permis d'identifier de caractéristique manquante qui aurait pu apporter d'autres informations. La saturation des données a donc été atteinte.

5. Éthique

Le comité d'éthique du département universitaire de médecine générale a confirmé que l'étude était conforme aux critères éthiques et qu'aucune autre autorisation n'était nécessaire. L'avis favorable a été reçu le 08/02/2015 (annexe 2).

6. Réflexivité

Notre position de médecin a pu influencer les entretiens et l'analyse. Avant de débiter l'étude, nous nous sommes posé des questions et avons partagé nos idées préconçues sur le

sujet afin de minimiser son impact. Nous avons conscience que la connaissance de notre profession par le participant peut être un biais à leur pleine expression.

RÉSULTATS

L'exploration des freins au changement des habitudes alimentaires des personnes diabétiques de type 2 a mis en évidence quatre thèmes : la difficulté du régime, l'importance des sentiments négatifs, le fardeau lié au diabète et aux contraintes alimentaires, et la relation médecin-patient.

1. « Le régime c'est dur »

La difficulté du régime est l'un des freins principaux à la mise en place d'une alimentation équilibrée. Elle comporte une suppression du sucre et une perte du plaisir de manger. Ce régime trop restrictif devient un casse-tête pour les participants d'autant plus qu'ils n'en maîtrisent pas tous les facteurs.

1.1. Le sucre

Le sucre a été décrit par l'ensemble des participants comme l'aliment interdit. Parfois cette interdiction virait à l'obsession. Pour certains, la suppression était d'autant plus difficile qu'ils se décrivaient comme addict au sucre. Pour d'autres, une solution a été trouvée avec les édulcorants.

1.1.1 Interdit

La consommation de sucre était décrite comme interdite avec le diabète, c'était la première chose à surveiller ou à supprimer.

« Il ne faut pas manger des choses sucrées. » (P7-L82)

« J'ai l'impression que pour moi c'est le sucre en premier qu'il faut enlever. » (P6-L213)

C'est un aliment dont il faut se méfier car selon eux, il influence de façon importante la glycémie.

« C'est vrai qu'une fois j'avais 3.80 (...) Ça devait être la tablette de chocolat (Rires). » (P2-L704)

1.1.2 De l'interdiction à l'obsession

Une omniprésence du sucre dans tous les aliments consommés a été décrite, ce qui en a surpris certains. Ils le décrivaient comme caché, en très grandes quantités, ce qui rendait difficile le choix des aliments.

« Je m'attendais à ce qu'il n'y ait du sucre que dans les pâtisseries, ou dans les morceaux de sucre et en fait il y a du sucre caché un peu partout. » (P10-L35)

« Maintenant, quand je vais dans un magasin, qu'est-ce que je vais regarder, toujours les glucides. » (P4-L166)

Cette traque au sucre accentuée par les médias venait renforcer cette obsession.

« Et je trouve que les médias aussi font que les gens peuvent avoir peur du sucre ! » (FG-L723)

1.1.3 Addiction au sucre

Certains participants se décrivaient comme addict au sucre, en utilisant les mots de manque, de besoin, et d'overdose.

« On est accro au sucre quand même, nous les diabétiques. » (P12-L190)

« Je me dis que le tabac, c'est pareil que le sucre, quand on est en manque on fait n'importe quoi ! Je n'aime pas la confiture, je me suis vue manger la confiture à la petite cuillère. » (P12-L204)

« Le problème c'est que c'est très très sucré donc si vous faites, j'allais dire une overdose, si je mange des grosses grappes de raisin automatiquement ça va monter. » (P12-L173)

1.1.4 Les édulcorants pour contrer le mauvais sort

Pour ne pas se priver du goût sucré, certains ont dit utiliser des édulcorants de synthèse. Malgré leurs prix plus élevés, ils décrivaient l'effort d'acheter des produits sans sucre ou allégés, qu'ils considéraient comme conçus pour eux.

« D'un seul coup, enlever le sucre comme ça du jour au lendemain, ce n'était pas possible au début. Il fallait faire petit à petit. Je ne pouvais pas. Alors là, comme je vois le coca zéro, y a pas de sucre dedans le coca zéro. » (P11-L20)

« J'ai le Banania aussi, là il est à... à combien... à 70 % moins de sucre, c'était un banania fait exprès pour les diabétiques. » (P11-L299)

« Mais le prix n'est pas le même par contre, il est plus cher. » (P11-L282)

1.2. Le plaisir de manger

L'alimentation était décrite comme associée à un plaisir vital, avec l'importance du goût et le plaisir de cuisiner. Certains décrivaient une perte de ce plaisir avec le diabète, d'autres faisaient des écarts pour mieux le vivre.

1.2.1 Plaisir vital

L'alimentation était décrite comme un plaisir, certains préféreraient mourir plutôt que de s'en passer, d'autres préféreraient ne plus manger.

« C'est vrai, pour moi, la bouffe c'est un plaisir. » (P2-L378)

« Si tu n’as pas un petit peu de plaisir, ce n’est pas la peine de rester sur terre, ce n’est pas la peine. » (P5-L79)

« Si vous me supprimez le pain, c’est plus la peine de me mettre à table. » (P2-L538)

Ne pas boire et ne pas fumer étaient des arguments de bonne santé, cités comme des points positifs de leur vie. L’alimentation représentait pour certains leur dernier plaisir.

« Je ne fume pas, je ne bois pas, donc déjà c’est une bonne chose. » (P4-L11)

« Mais dans la vie, si tu supprimes déjà, comme je vous ai dit, je voudrais que... je ne fume pas (montre le dictaphone), je ne bois pas (remontre le dictaphone), je ne baise pas (le dit en murmurant et en riant), je ne fais rien (rires). Qu’est-ce que vous voulez que j’aie, dans la vie il faut quelque chose quand même. » (P4-L170)

1.2.2 Importance du goût

Le gras et le sel donnaient le goût, capital pour le plaisir.

« Si il est encore à l’eau salé, ça ira, il aura encore un peu de goût. Sinon ça n’a pas de goût. » (P4-L339)

« Mais là quand je vois que je fais du pot-au-feu et que le bouillon est gras, je fais “putain tu vas te faire les vermicelles avec pleins d’œil là-dessus, con”. » (P2-L512)

1.2.3 Plaisir de cuisiner

La fierté exprimée pour la cuisine faite pour leur famille était parfois atténuée par le diabète.

« J’en ai eu fait de la cuisine, quand je n’avais pas mon diabète, on mangeait bien à la maison. » (P4-L130)

1.2.4 Perte de l’alimentation plaisir avec le diabète

Les aliments qu’ils aimaient étaient ceux considérés comme interdits. Le diabète est décrit comme une perte de plaisir, voire comme une punition.

« Parce que c’est souvent ce qu’on aime, qu’il ne faut pas qu’on mange. » (P6-L86)

« Avant je mangeais par plaisir, maintenant je mange le nécessaire et c’est tout. » (P9-L225)

« Le plaisir de la table tu ne l’as plus ! » (Femme de P10-L173)

« Après c’est une punition. » (FG-L253)

1.2.5 Les écarts contre le mauvais sort

Pour se faire plaisir, ils décrivaient des écarts, certains se disaient qu’ils feraient mieux le lendemain, ou au repas suivant.

« De temps en temps si je mange des... des viennoiseries, des chocolaines tout ça, le week-end, ou comme ça, mais pas tout le temps quoi. » (P7-L179)

« Je ferais mieux demain. » (P3-L179)

« Si j'ai goûté par exemple, le soir j'essaye de moins manger. » (P7-L170)

1.3. La restriction

Une restriction en matière d'aliments, de goût et de quantités a été décrite par certains, rendant l'alimentation conseillée aux diabétiques impossible à tenir sur le long terme. Le traitement médicamenteux était alors envisagé comme une échappatoire. Pour y arriver, certains avaient besoin d'objectifs, d'autres mettaient en place des conduites d'évitement.

1.3.1 Régime trop strict

Le régime était tellement restrictif pour certains qu'ils étaient nostalgiques de leur alimentation passée et préféraient vivre moins longtemps.

« Bien plus avant que maintenant. Tiens, quand je pense aux gueuletons que j'ai fait, con. » (P2-L378)

« Je vous dis franchement je préfère rester comme ça vivre 20 ans de moins que de me mettre au régime à la salade tous les jours. » (P8-L258)

L'image qu'ils avaient de leur alimentation était parfois très restrictive, avec **beaucoup d'aliments interdits et peu d'aliments autorisés**. Une survalorisation des légumes ainsi qu'une sous valorisation des céréales et des féculents étaient décrites. L'alimentation conseillée aux diabétiques était décrite comme monotone, où tout est interdit.

« Bon si je l'écoute elle, ce serait le régime, je serai végétarien. » (P2-L64)

« Maintenant, on bouffe que des légumes. » (P2-L405)

« On ne peut pas manger tous les jours des pâtes. » (P5-L245)

« Oui j'ai fait beaucoup de régimes, pendant tout ça, tout est proscrit. » (P9-L55)

Pour la plupart des catégories d'aliments, le discours des participants était clair, soit c'était autorisé, soit c'était interdit. Pour **les fruits, on retrouvait une ambivalence** et des questionnements. Ils les classaient selon une échelle, certains étant moins préconisés que d'autres.

« Après, par exemple, sur les fruits, il faut faire attention à quel fruit, pas de cerises pas de raisins voilà. Mais après il y a des pommes, on a le droit de manger des pommes. » (P8-L149)

« Les cerises, les cerises c'est le pire (rires). » (P8-L121)

« Je veux dire les pommes, les vertes là ça c'est bon pour le diabète, les granny's ! » (P7-L421)

D'autres différenciaient les fruits naturels et les fruits en conserve en fonction de leur teneur en sucre.

« Ou si le fruit naturel peut se manger, alors que les fruits genre conserve ou autres ou préparés, non, car il doit y avoir automatiquement du sucre en plus. » (P6-L65)

Nature et sans goût, l'alimentation conseillée aux diabétiques était parfois décrite comme déprimante.

« On va faire un chou-fleur, on va mettre quoi avec ? Nature, alors là hein, dur, dur. » (P4-L337)

« Déjà sans saveur, alors c'est dépressif plutôt qu'autre chose. » (P4-L345)

Pour certains, cette alimentation était **trop restrictive en terme de quantités**, ils se sentaient constamment privés et avaient faim après le repas.

« Non. Mais là, par rapport, aux gueuletons que j'ai fait là, là je suis à la diète là vraiment, je suis à la diète. » (P2-L381)

« Parce que le régime seul, il faudrait être strict. Il faudrait rien bouffer, rien manger et se priver, priver, priver, là vous arriverez à faire des résultats. » (P5-L224)

1.3.2 Impossible de tenir sur le long terme

L'alimentation était une préoccupation quotidienne.

« C'est de jour en jour, c'est tous les jours, c'est pas que pendant une semaine ! Ce n'est pas un régime de quinze jours un mois, non c'est vraiment tous les jours. » (P8-L219)

Pour certains participants, les efforts étaient tellement difficiles qu'il était impossible de les maintenir toute une vie, ils finissaient par se décourager, d'autant plus en avançant dans l'âge.

« Mais c'est dur de faire le régime à vie quoi ! Je ne peux pas faire le régime à vie. » (P7-L36)

« Après on lâche, au bout de quelques temps on abandonne ! » (FG-L549)

« Et donc me priver à 73 ans et que ce n'est pas une vie... voilà c'est ce que je me dis. » (P5-309)

1.3.3 Le traitement médicamenteux comme échappatoire

Le traitement médicamenteux était, pour certains, la meilleure façon d'éviter l'aggravation de la maladie, avant l'activité physique et la modification de l'alimentation. Pour d'autres, c'était une solution de facilité car modifier son alimentation était bien plus difficile.

« J'ai un traitement qui est assez lourd : j'ai 6 comprimés par jour. Et après, peut-être, bouger encore d'avantage, ou aménager le régime encore plus. » (P3-L105)

« Les médicaments permettent de faire les 50% de l'alimentation. » (P6-L146)

« Je pense que c'est après au niveau médical, je pense qu'ils pourraient trouver des médicaments beaucoup plus adaptés pour qu'on puisse manger plus normalement. » (P12-L148)

1.3.4 Les conduites d'évitement pour déjouer la tentation

Ne plus acheter certains produits a été cité comme une solution pour déjouer la tentation.

« Ah ça le chocolat, comme les gâteaux à la chantilly, c'est pour ça qu'on en fait pas, elle en achète pas. » (P2-L709)

« Si je mange chez moi je sais que les cerises il ne m'en faut pas et je ne vais pas en acheter. » (P8-L123)

« Alors qu'ici les sodas il suffit de ne plus en avoir et je bois de l'eau si j'ai soif. » (P12-L278)

Prendre une boisson permettait à certains de pouvoir éviter le grignotage entre les repas ou de couper une sensation de faim débutante.

« Je ne vais pas remanger par exemple vers 10 heures, je prendrais une tisane. » (P4-L99)

« Si parfois on a l'estomac qui est un peu, il est un peu vide mais bon je bois un verre d'eau, je bois pas mal d'eau. » (P10-L131)

Parfois, ils préféraient **s'isoler, travailler le weekend**, afin d'éviter les sorties qui étaient source de trop de tentation.

« Pendant un certain temps le diabète m'a fait refuser toutes les sorties, je me suis coupée de mes amis, même du cercle professionnel parce que je refusais, bon je n'allais pas au pot pour les anniversaires, pour les fins d'année scolaire. » (FG-L213)

« Donc c'est peut-être un petit peu par rapport à ça que j'ai accepté de travailler le dimanche. » (P8-L159)

1.3.5 Nécessite un but

Certains avaient besoin d'un but pour trouver la motivation nécessaire.

La grossesse était une motivation suffisamment importante pour modifier l'alimentation de façon transitoire.

« J'ai essayé quand j'étais enceinte de... de faire ce qu'on m'a dit le médecin, tout, mesurer, peser, mais après j'ai arrêté. Après, j'ai arrêté parce que j'en avais marre ! (rires) » (P7-L391)

Les résultats de l'Hba1c, quand ils n'étaient pas satisfaisants, permettaient pour certains de se remettre en question, de chercher ce qu'ils pourraient modifier. Pour d'autres c'était trop d'efforts pour peu de résultats.

« Et ben disons que j'essaye de me remettre en question, de voir ce que j'ai fait et que je n'aurai pas du. Quand je mange je me dis tiens ben ça dernièrement j'ai exagéré un petit peu sur ça, je me dis non, je fais attention. » (P8-L215)

« Je fais le régime, je suis strict, je ne bois pas, je fais mes analyses, mais j'ai toujours, bon j'ai diminué mais bon enfin pas beaucoup. Il va s'en dégouter et il va remanger, tout ce que vous avez fait, tomber à l'eau. » (P5-L334)

1.4. Le régime casse-tête

La modification de l'alimentation était souvent vécue comme un casse-tête. Ils ne savaient pas toujours comment s'y prendre concrètement, beaucoup se demandaient quels aliments étaient autorisés et en quelles quantités.

1.4.1 Quantité

Pour certains, contrôler les quantités passait obligatoirement par la pesée des aliments, pour d'autres, il ne fallait pas se resservir.

« Ceux qui fait le régime, qui suivent bien le régime, par exemple le diabète, il va faire le régime, ben ils ont une balance, ils pèsent tout ! » (P7-L282)

« Sers-toi une fois du plat, ne te ressers jamais deux fois. » (P5-L378)

1.4.2 Le choix des aliments

Équilibrer les repas était décrit comme contraignant au quotidien. Préparer un légume et un féculent à chaque repas n'était pas toujours facile, d'autant plus pour ceux qui n'aimaient pas cuisiner.

« C'est de trouver, comment dire, d'équilibrer nos repas, c'est ça qui n'est pas facile. » (P4-L55)

« Ce n'est pas tous les jours, tous les jours forcément que je fais un légume et un féculent, parce que c'est un peu contraignant ça par contre. » (P3-L70)

« Oui parce que je ne suis pas intéressé par la cuisine, du coup ça me...je passe. Peut-être que quelqu'un qui est plus intéressé par la cuisine, regardera à faire ses plats, plus adaptés. » (P6-L47)

1.4.3 Comment s'y prendre ?

Les participants s'interrogeaient sur les changements à instaurer, ils ne savaient pas toujours ce qu'ils devaient modifier concrètement pour adapter leur alimentation.

« Je sais pas moi, si réellement il y a des régimes précis pour les gens qui ont le diabète. » (P1-L180)

« Je suis prête à changer mes habitudes, si y a quelque chose de plus à faire. Mais encore, faut-il qu'on me dise quoi ! Parce que là, je ne vois pas trop ce que je peux changer actuellement. » (P3-L271)

1.5. Les facteurs indépendants de leurs volontés

1.5.1 Les moyens financiers

Certains participants expliquaient leur difficulté à manger équilibré par les problèmes financiers. Ils ne pouvaient pas s'acheter de fruits ou de légumes, n'avaient pas de voiture et ne pouvaient pas faire leurs courses comme ils l'entendaient.

« Ça change tout ça. Les finances changent tout ! » (P12-L49)

« Moi je pense que le régime, quand on n'a pas les moyens de faire par rapport aux saisons, les légumes et tout ça, je ne fais jamais de poisson alors que ça j'en mange. Vu le prix du poisson, non ! » (P12-L279)

« Ben j'irais un peu plus souvent au marché, parce qu'évidemment si on a les moyens ben on a une voiture et je ferais, les tomates, les carottes tout bêtement, les légumes verts, choux de Bruxelles, brocolis alors que là... » (P12-L55)

1.5.2 Le stress

Le stress a été évoqué à plusieurs reprises comme un facteur influençant le diabète.

« J'ai des origines anxieuses, si tu es contrarié, tu peux faire des régimes, mais ton diabète monte et il montera tout le temps. » (P5-L26)

« Mais c'est le stress qui fait monter le diabète, qui fait gonfler et quand on est stressé, on a envie de tout ce qui y a à la maison. » (FG-L198)

1.5.3 Les changements de vie

Le passage à la retraite a parfois été évoqué comme une aide, parfois comme un obstacle en favorisant les sorties.

« Depuis que je suis ici, à la retraite, ça fait 15 ans que j’y suis maintenant, et... on mange moins qu’avant. » (P2-L67)

« Non, ben je suis à la retraite donc déjà c’est moins problématique parce qu’entre nous on peut décider de manger ce que l’on souhaite. » (P9-L272)

« Mais y a eu le fait de ne plus travailler, de changer de vie, parce qu’on était à X (ville) et on est venu ici. Le changement de vie complet quoi. On était souvent invités, on invitait souvent. » (P3-L486)

Pour certains il était plus facile de cuisiner équilibré quand les enfants vivaient encore sous leur toit.

« Tant qu’on était plusieurs à la maison, avec les enfants, c’était peut-être plus facile. » (P3-L73)

1.5.4 Les racines

Les habitudes de l’enfance ont parfois été évoquées comme un frein à la mise en place d’une alimentation équilibrée.

« Oui, y en a qui font attention naturellement, depuis leur jeunesse on va dire (...) Si j’avais peut être vu mes parents faire attention, manger très équilibré, j’aurais peut-être moi fait la continuité. » (P6-L329)

La comparaison entre **les représentations de leur culture d’origine et de celle d’adoption** a parfois été décrite comme un obstacle supplémentaire.

« Oui c’est plus dur, c’est plus dur, parce que nous on a le manger, nous c’est beaucoup de sauces je veux dire euh, oui on a l’alimentation, elle est pas pareille qu’en France. » (P7-L327)

« Mais en Espagne, je suis espagnole et je sais ce qu’on mange, on aime manger et la cuisine espagnole, elle est très riche, calorique, et les gens qui ont tendance à grossir, grossissent ! » (FG-L397)

« On n’est pas habitué à manger gras quoi, contrairement à la région ici, il y a une très nette différence donc euh, à Paris on ne mange pas gras. » (P1-L323)

2. Sentiments négatifs

L’alimentation dans le cadre du diabète est à l’origine de nombreux sentiments négatifs, dont la plupart sont décrits comme la conséquence d’une envie de bien faire.

2.1. L'exclusion

La plupart des participants se sentent différents des autres car ils ne peuvent pas manger ce qu'ils veulent, ce qui génère souvent une forte frustration, parfois même de la jalousie.

« Je pense que, quand tu n'as pas de diabète, tu ne fais pas trop attention à ce que tu manges et tu ne calcules pas, voilà. » (P5-L10)

« Pour une autre personne, elle peut se permettre de manger tout ce qu'elle veut. » (P11-L224)

« On ne peut pas faire comme tout le monde c'est le plus dur. C'est quand on vit en société et que tout le monde mange entre guillemets mange ce qu'ils veulent et bien nous on ne peut pas faire ce que l'on veut. » (P8-L232)

« Je pense que c'est la privation, je pense que quelquefois ils sont, peut être que c'est un grand mot, mais jaloux de ce que les autres peuvent faire, manger. » (P12-L288)

En société, des difficultés pour trouver un plat cohérent avec le diabète ont été évoquées. Ils ne veulent ni imposer leur alimentation aux autres, ni manger différemment.

« Si on va manger quelque part, vous ne trouvez pas forcément, exactement ce que vous voulez. » (P3-L174)

« Ce n'est pas parce que j'ai ça que je vais être obligé de faire subir ça à tout le monde, mettre tout le monde à mon régime. » (P8-L107)

« Si on fait toujours comme ça, entre guillemets on est un petit peu exclu de la société puisque bon tout le monde mange entre eux et moi je mange un régime à part donc on se sent un peu exclu quoi. » (P8-L67)

2.2. Entre culpabilité et frustration

Certains ont évoqué de la culpabilité quand ils mangent quelque chose qu'ils considéraient comme interdit, d'autres ont parlé de frustration quand ils respectaient les règles qu'ils s'étaient fixées.

« Je pense qu'il y a une frustration quelque part de ne pas pouvoir manger certaines choses. » (FG-L198)

« J'aurais envie de quelque chose, mais je me dis : "Hé attention, y a le diabète. Il faut le faire. Ah puis je dis, tant pis." Et puis après je me dis : "Tu vois, tu n'aurais pas dû le manger." » (P5-L20)

La peur du jugement et le regard de l'autre renforcent cette culpabilité, certains ont dit préféré alors manger en cachette, d'autres ont refusé de parler alimentation en groupe.

« La culpabilité aussi ! Dès qu'on ouvre la bouche même pour prendre une bouchée de pain : et pourquoi tu manges ça maintenant ? Tu ne te plaindras pas après. L'entourage proche non pas trop, mais les autres quoi ! » (FG-L473)

« Tandis que là, parler de tout ça en groupe avec des autres personnes, ça me gênerait. Ça me gênerait, parce que bon... (...) De la façon qu'ils réagiraient eux. » (P11-L347)

« On se sent un peu surveillés en fait, enfin je ne sais pas après les autres comment ils le ressentent mais par moment oui moi pareil vers cinq heures (...) mais bon. Si je dis rien, on voit un regard qui traîne, alors je culpabilise. » (FG-L476)

« Puis si y a personne je vais en prendre encore une demi-barre. » (P2-L239)

2.3. À la suite des résultats

2.3.1 Déception

La déception et le découragement ont été évoqués par certains, quand les résultats n'étaient pas à la hauteur de leurs efforts. Certains étaient fatalistes, d'autres cherchaient une autre explication pour comprendre leurs résultats.

« Alors ça par contre c'est très décevant quand tu fais attention et que les résultats n'y sont pas quoi ! » (P8-L209)

« Bon je continuerais mais euh je verrais avec mon médecin généraliste et je pense que c'est qu'il faudrait qu'il cherche quelque chose qui ne va pas dans mon organisme, parce qu'en faisant les efforts que je fais, ce n'est pas normal si ça baisse pas quoi ! » (P10-L143)

2.3.2 Injustice

Un impact insuffisant de leurs efforts alimentaires sur la glycémie est vécu par certains comme une injustice.

« C'est bon de toute façon même des fois le diabète même si on ne mange pas beaucoup ça monte ! C'est ça le problème. » (P7-L30)

« Mais je me rends compte que, même en faisant attention, le diabète il évolue quand même. » (P3-L354)

2.3.3 Sentiment d'être dans une impasse

Certains avaient l'impression d'avoir fait de leur mieux, ils ne voyaient pas ce qu'ils pourraient modifier.

« Je ne vois vraiment pas autre chose que je pourrais faire de plus quand même. Non parce que bon les résultats ne sont peut-être pas très bons mais je fais quand même attention au maximum. » (P8-L238)

« Mais je ne peux pas faire plus sur la nourriture, je ne vois pas hé. » (P2-L662)

2.4. Lassitude et découragement sur le long terme

Au fil du temps, l'installation d'une lassitude, d'une impression de tristesse et de découragement a été décrite par certains.

« Des fois, on a tendance à en avoir marre, de surveiller tout ce qu'on mange » (P7-L125)

« Mais après je rejoins P1, on fait trois quatre mois très bien on est très rigoureux ça marche on est hyper content et à un moment donné il y a une lassitude ! » (FG-L630)

Avec le temps la maladie impacte le moral de certains.

« Le pire c'est la privation, et je pense que les gens diabétiques au bout d'un moment en ont marre de se priver et deviennent bougons c'est bien ce que je dis. » (P12-L301)

« Parce que finalement on survit, mais on n'est pas heureux parce que on ne peut rien faire. » (P4-L223)

2.5. Peur de la maladie et des hypoglycémies

Le terme « diabète » a été décrit comme effrayant, surtout à travers la peur des complications. Pour certains cette peur a été rendue plus concrète à travers les expériences familiales.

« C'est vrai que ça fait peur, ce mot fait peur diabète, c'est vrai. » (FG-L105)

« Moi j'ai vu ma mère, on était prêt à lui couper un pied et je ne voudrais pas en arriver là quoi. » (P3-L90)

« Finalement ça devenait une espèce de... toujours l'épée de Damoclès, alors qu'est-ce que tu vas avoir. » (FG-L110)

Cette peur peut être une source de motivation pour certains, pour d'autres elle n'est pas suffisante.

« C'est pour ça que la peur, moi la peur, jusqu'à présent, jusqu'à y a deux ans, je n'avais pas cette notion de peur, maintenant oui, je commence à l'avoir. Je commence à l'avoir un petit peu, moi j'ai des problèmes de vue, j'ai les pieds qui me font parfois un peu mal. Ça me fait remonter quand même pas mal d'angoisses et ça me fait me poser des questions et ça me permet de me rebooster, de me dire P2 continue, il faut que tu ailles dans le bon sens. » (FG-L173)

« Parce que y a bien la peur des effets secondaires, mais bon... ça ne suffit pas quand même quoi. » (P3-L150)

Le resucrage anticipé et l'arrêt du régime ont été décrits comme des conséquences de la **peur de l'hypoglycémie**.

« Le problème j'ai peur que je fais des hypo, donc je mange. » (P7-L173)

« Si je fais trop le régime après je vais faire beaucoup d'hypo. Si je ne mange pas assez, je vais faire des hypo, c'est ça qui m'inquiète. » (P7-L367)

3. Le fardeau du diabète et des contraintes alimentaires

Le diabète et l'alimentation ont été décrits comme un fardeau. Il commence tel un mauvais sort, et est parfois vécu comme une malédiction.

3.1. Le diagnostic : un mauvais sort

3.1.1 Avant et au moment du diagnostic

Ce diagnostic était impossible pour certains, pour d'autres une surprise ou un choc.

« Quand (son ancien médecin traitant) m'a parlé de diabète, je l'ai regardé euh pfou comme une bête curieuse. » (P1-L327)

« Ça m'a fait un choc oui, donc du coup, je ne mangeais plus. » (P6-L99)

« Moi je l'ai pris comme une espèce de gifle, quand on m'a dit diabète. » (FG-L224)

3.1.2 Recherche d'explications

La génétique a parfois été citée par les participants pour expliquer l'origine du diabète. Cette hérédité conduit à la fatalité de la maladie et donc à l'inutilité des règles hygiéno-diététiques.

« J'ai deux sœurs encore, c'est une famille héréditaire, tous on est diabétiques. » (P1-L314).

« Du coup héréditairement j'ai du diabète, c'est comme ça. » (FG-L58)

3.2. Un mauvais sort difficile à accepter

Pour certains participants la maladie est difficile à accepter d'autant plus qu'elle est asymptomatique.

3.2.1 Maladie asymptomatique

Certains ne se sentent pas malades car, ils n'ont pas de douleurs, pas de symptômes physiques et pas de perte d'indépendance.

« Le seul problème c'est qu'on ne sent rien, quand on a du diabète (tout le monde fait oui de la tête). » (FG-L76)

« Mais pour l'instant je vous dis le diabète je le vis bien dans le sens où j'ai pas de vicissitude particulière au niveau physique voilà. » (P1-L251)

« Moi personnellement rien du tout parce que je ne l'ai pas accepté dès le départ parce que pour moi ce n'était pas palpable, je ne me voyais pas malade. » (FG-L698)

3.2.2 Maladie banalisée

Pour certains, le diabète n'était pas perçu comme une maladie grave. Ils ont opposé leur ressenti aux paroles menaçantes de l'entourage.

« Ça va vous paraître stupide, je pense ce que je dis mais je le prends pas comme une maladie grave. » (P2-L723)

« Moi je ne le prends pas comme une maladie grave, tout le monde me dit, le diabète on peut être infirme, on peut, on peut, tu peux être handicapé, on peut te couper une jambe, c'est vrai j'entends dire mais moi j'y crois pas à ça. Pour moi ce n'est pas, tout le monde me dit que c'est une maladie grave mais moi je ne le prends pas en ce sens. » (P2-L711)

Pour certains, cette maladie ne change pas grand-chose, pour d'autres ce n'est pas une maladie.

« Mais bon après ça ne change pas grand-chose. » (P3-L12)

« J'ai euh entre guillemets une maladie, si on peut appeler ça comme ça. » (P1-L222)

3.2.3 L'acceptation de la maladie

L'acceptation de la maladie a été décrite comme nécessitant du temps. Elle a permis le changement, ou a conduit à prendre soin des proches pour leur éviter ce problème.

« J'ai mis longtemps à accepter le fait que j'étais diabétique. » (FG-L32)

« Moi il m'a fallu longtemps pour l'assumer je vous dis ça fait un an, et du coup j'ai perdu du poids. J'ai perdu dix kilos alors que je n'étais jamais arrivé à en perdre. » (FG-356)

« Et même mes petites filles, quand elles viennent, de temps en temps, je me lève, parce que je vois qu'elle va piquer, si il reste de la mayonnaise ou autres, je l'enlève, je dis rien et puis voilà. Je suis devenu attentionné pour les autres. » (P9-198)

3.3. Le diabète, une maladie grave

3.3.1 Comparé à une addiction

Le diabète a été jugé **pire qu'une addiction au tabac ou à l'alcool** avec une plus grande facilité à arrêter le tabac ou l'alcool car il n'y a qu'une seule chose à supprimer. Une plus grande difficulté à parler en groupe de son alimentation que de problèmes d'alcool a été évoquée.

« Donc voilà c'est, après c'est sûr ce n'est pas évident, c'est ce que je disais, un alcoolique on va lui dire si vous buvez trop, vous êtes malade, c'est simple y a, enfin c'est simple y a quand même qu'un seul produit à diminuer ou à supprimer ! Là il y a X produits à gérer à dire bon, c'est beaucoup plus dur ! » (P10-L239)

« C'est gênant de raconter à quelqu'un d'autre, comme vous m'aviez proposé le groupe, vous savez, c'est pas comme si on avait un problème avec l'alcool. Là je suis d'accord, avec l'alcool. Mais là en groupe en disant telle personne dit ça, d'autres personnes diraient ça. C'est vrai que ça serait gênant... » (P11-L343)

Des modalités d'arrêt similaires ont été décrites avec la loi du « tout ou rien » pour comparer l'arrêt du tabac et l'arrêt d'un aliment qu'ils considèrent comme interdit. C'était une question de volonté et d'arrêt total.

« Voilà tout à fait, pour le tabac je me suis dit, tu arrêtes, pour la charcuterie, j'arrête. » (P9-L251)

« Voilà, quand j'étais sur la cigarette, c'était pareil, je n'arrivais pas à...voilà...c'est tout ou pas du tout. Quand j'ai arrêté la cigarette ça a été d'un coup, je n'ai pas pu diminuer. Du coup je me suis dit, là, je vais arrêter le pain et je vais voir. » (FG-L70)

3.3.2 Peur de le transmettre à leurs enfants

La crainte de transmettre le diabète à leurs enfants a été évoquée.

« J'espère pour eux qu'ils ne l'auront pas, que ça ne vienne pas plus tard. » (P6-L179)

« Mais moi ce que j'ai peur c'est mes enfants, qu'ils l'ont, qu'ils ne l'attrapent pas ! » (P7-L332)

3.3.3 Une maladie terrible

Des termes très forts ont été utilisés pour décrire le diabète. C'est un combat permanent qui a même été comparé à une fin de vie. Pour certains c'était pire qu'un cancer.

« Parce que bon... c'est pas une vie d'être diabétique non plus, ce n'est pas marrant, hein. » (P4-L222)

« Moi, je pense qu'il faut, c'est une fin de vie, parce le diabète, je l'ai pris à 60 ans, pile, donc tu le prends jusqu'à la fin. » (P5-L22)

« Je crois que le pire de tout c'est le diabète. C'est une catastrophe, ça se porte sur la vue, ça se porte... » (P9-L64)

« Le diabète, c'est une maladie, la plus mauvaise, je crois qu'il y a dans la vie. Oh le cancer bon voilà y a des cancers, y a des trucs mais le diabète... » (P5-L324)

3.4. Vécu comme un poids permanent

L'alimentation et le diabète ont été considérés comme un poids permanent qui impacte tous les domaines de leurs vies. Selon eux, cette maladie évolue forcément de façon négative.

3.4.1 Impact dans tous les domaines de leur vie.

Des **difficultés dans leur vie sociale** ont été décrites, lors des sorties, pour résister à la tentation ou pour dire non sans vexer leurs hôtes.

« C'est quand même ce côté festif que... Après je pense enfin pour moi je pense que c'est le plus dur quand même. » (P8-L193)

« Si on est invité chez quelqu'un ce n'est pas évident de dire non moi je ne mange pas de pâtisseries ou alors on peut dire je vais en prendre un petit peu pour ne pas fâcher non plus les gens mais ce n'est pas toujours évident quand on est en société. » (P10-L175)

Une **incompatibilité avec leur vie professionnelle** a été retrouvée. Le manque de temps, les horaires, l'accessibilité des aliments et la facilité de consommation, ont été cités comme des freins à une alimentation équilibrée au travail.

« Par exemple, le matin quand je mange au marché, sur le marché à 9 heures ce n'est pas évident de faire des légumes (rires). » (P8-L46)

« Donc, pour aller plus vite, on prenait ce qui était facile, et le facile nous a amené là. » (P4-L135)

Des **modifications dans leur vie familiale** ont été décrites. Vivre avec le diabète au quotidien a été présenté comme source de conflits entre les participants et leur entourage. Certains ont dit se laisser guider pour éviter la dispute, d'autres vivent mal les conseils donnés. Parfois, cela oblige à la réalisation de deux repas différents pour satisfaire tout le monde.

« Au début, elle me sautait dessus avant, tu manges trop de pain, tu manges trop ceci, tu manges trop cela, et tu ne devrais pas manger la charcuterie. » (P2-L68)

« J'ai suivi le régime que m'a fait mon épouse. À force de me faire engueuler, à chaque fois que je mange un peu. » (P2-L117)

« Alors, presque il faudrait faire deux cuisines, vous comprenez ? Il faut faire pour l'un et, faut faire pour l'autre. Alors des fois, moi vous comprenez... (sifflement de ras le bol). » (P4-L126)

3.4.2 Maladie d'évolution forcément négative

Un sentiment d'impuissance sur le contrôle du diabète **avec l'âge** a été relevé par certains participants. Pour certains, il s'agit d'une fatalité, d'autres l'ont expliqué par une diminution de l'activité physique.

« Plus je vais vieillir, plus ça va, ça va s'empirer. » (P5-L295)

« Alors je ne sais pas, si on peut vraiment éviter que les ennuis arrivent après. De toute façon, ça doit arriver tôt ou tard. » (P3-L360)

« Et les personnes âgées que vous allez rencontrer, ils n'ont pas cette volonté, ils n'ont pas ce courage, cette envie, c'est plus facile d'être dans un fauteuil que d'aller marcher et de se faire mal aux articulations, surtout quand tu arrives à un certain âge. » (P5-L274)

Le diabète serait **responsable de tous leurs maux** car beaucoup de symptômes différents ont été mis en lien direct avec le diabète.

« Ce diabète de type 2, vous amène une flemme, un truc, je n'ai pas, je n'ai pas la pêche, je n'ai pas le tonus, je n'ai pas... » (P5-L96)

« Après ; c'est surtout le niveau de fatigue. » (P3-L12)

« Moi, je pense que tout est lié au diabète, tout, tout, tout. » (P5-L294)

4. La relation avec les professionnels de santé : alliés ou ennemis ?

4.1. La relation médecin-patient un dialogue de sourds

Certains ont regretté le manque d'information sur l'alimentation.

« Mais après les explications et tout ça, il faut se les chercher soit même, sinon on n'a pas grand-chose. » (P3-L224)

Selon eux, le médecin parle de régime, mais les informations données sont succinctes, non concrètes et parfois ils se sont demandé comment les appliquer.

« Ben, les médecins ils disent de faire le régime. » (P7-L37)

« Qu'il y a des choses qu'il faudrait éviter et qu'on mange ça euh on nous l'a pas encore bien bien expliqué. » (P2-L410)

« Mais bon, c'est pareil : pas de sucre, pas de pain. Mais bon, on vous explique pas que le pain, il remplace ça ou ça, ou vous pouvez le remplacer par ça, ou le pain, ou un légume ou autre chose... » (P3-L343)

Certains trouvaient que les médecins donnaient des conseils trop généraux, parfois non adaptés à leurs situations. Ces conseils étaient parfois perçus comme un ensemble d'interdictions et avaient un effet contraire.

« Ben quand on voit les listes que les toubibs nous donnent, j'en ai pleins d'ailleurs je les ai rangées parce que ça ne me sert à rien, ben faudrait avoir un peu plus de moyens pour faire le marché tout bêtement. » (P12-L43)

« C'est interdiction quand vous allez chez eux et c'est tout, et après débrouillez-vous ! » (P3-L344)

« J'ai le droit à perdre du poids à chaque fois que je vais les voir là et, et puis oui oui et avoir du doliprane quand je suis malade bon c'est tout ! (rires) » (P2-L264)

« Il ne m'a pas dit grand-chose vous savez. Il m'a dit que j'avais de mauvais résultats et bon, pas grand-chose non. » (P4-L202)

Pour certains participants le médecin était seulement préoccupé par le traitement médicamenteux.

« On vous donne un traitement, mais après les explications et tout ça, il faut se les chercher soi-même, sinon on n'a pas grand-chose. » (P3-238)

Une relation de professeur à élève a parfois été décrite entre le médecin et le patient. Celle-ci a été responsable d'une certaine appréhension quand les résultats n'étaient pas satisfaisants.

« Moi, je faisais ce que me disait le médecin, comme les comprimés suffisait, tout allait bien. » (P9-L262)

« Ben oui si j'ai 8, après le médecin, il n'est pas content. » (P7-L73)

« Si un jour il me le demande (parle du relevé glycémique) je ne suis pas dans la gadoue. » (P2-L786)

Certains finissaient par se sentir délaissés et s'interrogeaient sur le rôle du médecin dans l'information sur l'alimentation. Ils se demandaient parfois s'ils n'en attendaient pas trop.

« Puis, on est un peu, les diabétiques, on est un peu laissé, vous êtes diabétique pour le médecin. » (P3-L223)

« Mais il a peut-être pas le temps d'expliquer, de rentrer dans le vif du sujet, de vous dire comment manger ou quoi manger. » (P3-L301)

« Je reconnais que ce n'est pas à mon médecin de faire ça, parce que ce n'est pas son rôle vraiment, l'alimentation. » (P3-L292)

« Maintenant, on attend peut être trop du médecin (rire). » (P3-L327)

4.2. La relation autonomiste

Quand ils se sentaient en accord avec leurs médecins, les participants pouvaient expliquer leurs besoins, leurs attentes, mais aussi leurs écarts. Ils prenaient des décisions ensemble et se sentaient encouragés.

« Je lui ai suffisamment expliqué pour qu'elle puisse le comprendre. » (P1-L131)

« Alors, j'amuse le docteur parce que des fois je lui dis, pas tous les soirs mais certains soirs des fois je mange une ou deux madeleines, mais c'est parce qu'avant j'avais vérifié qu'il n'y a pas grand-chose ! (Rires). Elle me dit vous pouvez y aller. » (P12-L216)

« Le docteur il a dit 6.5 encore 7, 7.5 maximum ça va, ça va encore il a dit, quand j'ai comme ça il me dit c'est très bien. » (P7-L258)

« Je ne pense pas grand-chose (rires) parce que tout ce qu'il y avait à faire elle l'a fait donc après maintenant c'est à moi de gérer, c'est à moi de faire attention. » (P8-L202)

DISCUSSION

1. Représentations de l'alimentation, une aubaine pour l'industrie agro-alimentaire

1.1. Vision de l'alimentation par le patient diabétique

Cette étude a permis de recueillir les représentations de patients diabétiques sur le régime et l'alimentation équilibrée. On observe que ces représentations sont très différentes de celles des professionnels de santé, et des recommandations (voir schéma page 30).

Paquot N rapproche les recommandations nutritionnelles aux patients diabétiques de type 2 de celles préconisées aux personnes non diabétiques (6).

L'incompréhension la plus retrouvée était la place des fruits dans l'alimentation du patient diabétique. Certains pensent que les fruits sont interdits car ils sont sucrés, et pourtant, les messages de santé publique préconisent d'en manger.

1.2. Place du sucre

1.2.1 Historique

Le goût sucré est inné (12) au même titre que le salé, l'acide et l'amer. Les préférences gustatives ont varié au fil du temps. Avant la découverte du sucre au XII^e siècle, le miel et les fruits secs étaient utilisés pour donner ce goût sucré. Cette saveur a été complètement délaissée au moyen âge au profit de l'amer. Les classes aisées ont commencé à s'intéresser au sucre avec l'arrivée du café et du chocolat car il rendait leur consommation plus agréable. Le sucre a connu un développement important au XIX^e siècle avec la culture de la betterave sucrière. Aujourd'hui le sucre est un aliment de base de l'alimentation, favorisé par les produits industriels. Depuis les années 1960, la consommation de sucre se situe entre 25 et 35 kg par an et par français, contre 1 kg de sucre par an en 1850 (13).

1.2.2 La vision du sucre par le patient diabétique

Notre étude montrait que le sucre est sujet d'interrogation sur sa place dans l'alimentation des diabétiques, sa présence dans les aliments et sa quantité. Ils le considèrent comme interdit, comme la première chose à supprimer à la découverte du diabète, ce qui entraîne chez certains une obsession de ce sucre, qu'ils ont l'impression de voir partout.

Alimentation équilibrée versus représentation du patient diabétique

Pains et céréales



Légumes



Eau



Eau



Fruits et légumes



Édulcorants



Fruits ??????????



Le sucre fait actuellement partie de nos codes alimentaires. On le trouve dans beaucoup de préparations industrielles et on mélange sans hésiter le sucré et le salé. Pour les participants, le sucre est ce qui donne le goût agréable aux aliments, ce qui leur procure du plaisir. Ce tiraillement entre frustration de se priver de quelque chose qu'ils aiment et la culpabilité d'en manger est-il justifié ? Les études montrent que le sucre n'a pas de raison spécifique d'être exclu de l'alimentation conseillée aux patients diabétiques (14). Une alimentation normo-glucidique est actuellement proposée (6). En effet sa réduction excessive favorise les régimes hyper lipidiques négatifs sur les comorbidités du diabète.

1.1.3 Addiction ou trouble du comportement alimentaire

Certains mots utilisés, par les participants, pour décrire le comportement alimentaire renvoient au champ lexical de l'addiction. Certaines similitudes sont retrouvées sur la difficulté à l'arrêt du sucre, les répercussions socioprofessionnelles et surtout sur le vécu des participants. De nombreuses études montrent que l'addiction au sucre n'est pas possible scientifiquement parlant (15,16). Les critères de dépendance physique ne sont pas retrouvés, il n'y a pas de tolérance ni de syndrome de sevrage.

Certaines attitudes, comme la perte de contrôle, le remplissage sans faim, ni satiété, ni plaisir évoquent un trouble du comportement alimentaire, type boulimique. Une corrélation significative a été trouvée entre la boulimie, la frénésie alimentaire et le diabète chez 20 % des patients (17), ce trouble du comportement apparaît principalement chez les patients anxieux ou dépressifs. Il est recommandé de le chercher chez les patients pour permettre une prise en charge adaptée (18,19).

1.3. Opportunisme de l'industrie : l'alimentation santé

1.3.1 Évolution des représentations

Le modèle alimentaire français accorde beaucoup d'importance à la tradition, au plaisir et au partage (1). Avant 1985, la peur de manquer et l'aspect quantitatif étaient le principal problème (20). Aujourd'hui, avec la surproduction industrielle, l'aspect quantitatif a fortement diminué, remplacé par l'aspect qualitatif de ce que l'on mange.

En 1995, les termes employés pour décrire l'alimentation tournent autour de la convivialité et de l'hédonisme. En 2007, le vocabulaire est centré sur la santé, la raison et la mesure (21).

Toutes les générations sont marquées par ce changement de discours, ce qui laisse une très grosse part de marché pour le développement par l'industrie agro-alimentaire de l'alimentation santé. L'argument commercial « d'aliment bon pour la santé du

consommateur » s'est montré comme étant le moteur de la croissance sur les marchés alimentaires. La France occupe le deuxième rang européen avec la vente des yaourts probiotiques et les margarines hypocholestérolémiantes. Pour poursuivre leur croissance commerciale les industries agroalimentaires et les entreprises pharmaceutiques ont commencé des regroupements pour pouvoir unir leurs forces et conquérir ce marché (22).

1.3.2 Édulcorants et plats allégés : une solution ?

Les édulcorants et plats allégés sont utilisés par les participants avec la représentation d'une meilleure alimentation et un effort pouvant être important en termes financiers. Jusque-là réservée aux pharmaciens, la vente de ces produits par l'industrie agroalimentaire a été autorisée dans les années 1980 (23).

a) Rappel des définitions

Le mot édulcorer signifie sucrer. On distingue les édulcorants naturels, qui sont : le saccharose, le glucose et le fructose, avec une valeur calorique 4kcal/g. Pour pallier l'augmentation des caries et du surpoids, l'industrie agroalimentaire a développé :

- Les édulcorants de masses : les polyols qui n'ont pas d'effet cariogène. En théorie, ils ont la même valeur énergétique que les édulcorants naturels, mais leur absorption intestinale est très mauvaise ce qui crée une dose absorbée variable et parfois des diarrhées ;
- Les édulcorants de synthèse avec un pouvoir sucrant très fort sont non caloriques (23).

b) Effets sur la perte de poids

Plusieurs études ont mis en évidence que les utilisateurs habituels d'édulcorants ont un IMC supérieur à celui des non-utilisateurs (23,24). Aucune preuve n'existe pour dire que les édulcorants jouent un rôle bénéfique dans le contrôle du poids (25). L'utilisation d'édulcorants de synthèse en quantité infime (du fait de leur pouvoir sucrant très puissant) nécessite de rajouter d'autres matières surtout grasses. Les produits allégés en sucre sont donc souvent autant voire plus caloriques que les produits non allégés. Les édulcorants allègent la conscience, sans permettre à eux seuls de faire perdre du poids (23). Ils sont donc à considérer comme un faux moyen pour conserver le goût sucré en limitant les apports. Mieux vaut ne pas encourager la consommation d'édulcorants en mettant en avant leur vertu santé (25).

c) Le fructose ?

En très faible dose à l'état naturel, surtout présent dans les fruits, le fructose a été introduit dans la fabrication industrielle de façon très importante à partir des années 1960 surtout aux États-Unis. Ceci a participé à une augmentation majeure de l'obésité et des maladies métaboliques. Une consommation importante de fructose entraîne une stimulation de la lipogenèse, une synthèse des triglycérides et une augmentation de la résistance à l'insuline (26,27). Il est déconseillé chez les diabétiques en dehors de celui présent naturellement dans les fruits (26).

d) Place dans l'alimentation du diabétique

Malgré leurs prix plus élevés que ceux des produits traditionnels, certains participants font l'effort d'acheter des produits allégés en sucre, pensant bien faire. De nombreux produits « pour diabétiques », dans lesquels le saccharose est remplacé par le fructose ou les lipides, sont inutiles voire délétères (6). Ces produits appelés sans sucre n'ont pas d'intérêt réel chez les patients diabétiques et ne sont pas à conseiller. Les patients diabétiques peuvent avoir une alimentation palatable, hédonique, sans marginalisation par rapport à la société (28).

La préparation du repas est aujourd'hui considérée comme une corvée et l'industrie agro-alimentaire l'a bien compris. Cette dernière fait partie intégrante de notre société et donc de l'environnement des diabétiques avec toute la tentation et l'énergie développée par les publicitaires pour nous faire consommer. Les priver des produits industriels pourrait aggraver le sentiment déjà présent chez les patients diabétiques de « prise de tête », d'abandon car ils ne savent plus quoi manger et ont toujours l'impression de mal faire. Le changement implique une remise en question des habitudes des personnes et cela passe par la façon d'acheter et de cuisiner.

2. Vécu de l'alimentation : un marathon d'émotions négatives

2.1. Le départ de la course, comme un coup de sifflet non préparé.

Selon les participants, l'annonce du diabète n'a pas été un moment anodin dans le parcours de cette maladie. Certains l'ont vécu comme quelque chose de grave, d'autres comme une condamnation à mal vivre. Le vécu de l'annonce reste cependant subjectif et intimement lié à l'histoire du patient.

2.1.1 Annonce vécue comme une mauvaise nouvelle

Les participants de notre étude comparaient le diabète à un cancer ou à une addiction, il représente pour eux une mauvaise nouvelle. Pour la Haute autorité de santé : une mauvaise nouvelle est une nouvelle qui change radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son être et de son avenir (29). Il n'existe pas de bonnes façons d'annoncer une mauvaise nouvelle, mais certaines sont moins dévastatrices que d'autres. Selon l'HAS, les ingrédients indispensables sont le temps, l'écoute, les mots choisis et la posture du médecin (29). L'annonce du diabète de type 2, est le plus souvent réalisée par le médecin traitant, celui-ci étant au cœur de la prise en charge du diabète de type 2. Souvent il pressent que cela va arriver, essaie d'y préparer son patient, mais arrive toujours le moment de l'annonce.

2.1.2 Un bon départ est primordial

Un bon départ aide le patient à mieux vivre sa maladie et favorise un projet de vie (30). Pour Dr Moley-Massol, psycho-oncologue à l'hôpital Cochin : « L'annonce d'un diabète peut provoquer une véritable crise identitaire. Ce temps des premiers mots énoncés sur la maladie est unique, essentiel et fondateur. Il marque à tout jamais l'imaginaire du patient et sa relation à la maladie. Dans une maladie chronique, il n'y a pas qu'une annonce, mais une succession d'annonces, un continuum d'informations à délivrer, au fil du temps, à travers la relation de chacun des soignants avec le malade et son entourage, relation à construire et à réinventer sans cesse. » (31). Une consultation dédiée à l'annonce du diabète est recommandée (32). Au moment de l'annonce, le médecin a une multitude d'informations à donner au patient. Ces informations ne vont pas toutes être retenues par le patient car trop nombreuses et délivrées dans un contexte défavorable (lié au choc de l'annonce). Il pourrait y avoir un intérêt à prévoir des consultations rapprochées au début de la maladie, ou envisager un programme d'éducation thérapeutique initiale.

2.1.3 Diabète vécu comme une maladie grave

Le diabète a été décrit comme une maladie grave et incurable par les participants. On retrouvait également la peur de le transmettre à leurs enfants. La rétinopathie diabétique reste en France la première cause de cécité avant 50 ans, avec 2% de patients aveugles après 15 ans d'évolution de la maladie (33). Le risque d'amputation en cas de diabète est 14 fois plus élevé que celui encouru par la population générale, malgré l'amélioration des prises en charge et du dépistage (34). Pour le médecin, il paraît évident que, sur l'échelle de gravité, le diabète est moins grave que le cancer, surtout maintenant qu'il existe des prises en charge et un dépistage précoces et efficaces des complications. On s'aperçoit que

l'échelle du patient est différente, elle dépend de la personne, de sa personnalité, de son milieu socio-économique, de la gravité effective et ressentie de la maladie et de la représentation qu'elle s'en fait (35).

2.2. Émotions négatives tout au long de la course

Le vécu du régime, bien décrit par les participants comme étant difficile et contraignant, entraînait chez eux des sentiments extrêmement négatifs. Nous avons remarqué que la délivrance d'informations, de façon trop vague et non personnalisée, ainsi que le martellement de la « bonne conduite » par les professionnels de santé et par les médias, ne font qu'augmenter ces émotions négatives. Ces dernières sont des freins au changement, car elles bloquent le patient dans une ambiance négative, diminuent la confiance en soi. Le médecin devrait connaître et rechercher l'existence de ces émotions pour pouvoir proposer un discours adapté à son patient. Dans certaines maladies chroniques graves, un suivi psychologique est intégré au programme d'éducation ou au traitement. Pour le diabète, certains programmes hospitaliers d'éducation thérapeutique hospitaliers peuvent proposer un suivi par une psychologue, mais en extra-hospitalier l'accompagnement psychologique n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale. Pourtant les thérapies cognitivo-comportementales et la relaxation, ont fait leur preuve sur l'équilibre glycémique (36–38). Le stress, la dépression, l'anxiété et le manque d'estime en soi produisent les plus grandes résistances, d'où l'intérêt de travailler ces éléments comme des compétences transversales, lors d'ateliers en commun avec d'autres pathologies ou de séances individuelles (39,40).

2.3. Renforcement de la culpabilité par les messages de santé publique

Le premier message nutritionnel pour un large public a été diffusé en 1990 (1). Une prise de conscience au niveau politique a permis la création du premier plan nutrition santé en 2001 (1), avec intensification des messages de santé publique : « Ne mangez pas trop gras, trop sucré, trop salé », « mangez cinq fruits et légumes par jour », « pour votre santé pratiquez une activité physique régulière », « mangez trois produits laitier par jour ».

Tous ces messages sont diffusés en boucle à la radio, à la télévision, et dans les différents médias. Depuis 2007, le message doit apparaître dans toutes les publicités qui concernent un aliment gras, sucré ou salé (41). Ainsi, pendant une publicité d'un produit tentant un message culpabilisant y est associé. Face à ces diffusions massives de messages nutritionnels, un sentiment de culpabilité s'installe dans le paysage français avec une vision très restrictive de l'alimentation (1).

2.4. La confiance en soi, déterminante pour se lancer dans une course de fond

Les participants ont exprimé des sentiments de culpabilité et de peur de mal faire, liés aux contraintes ressenties. Le sentiment d'efficacité personnelle (penser être capable d'accomplir une action) est un prérequis majeur pour l'adaptation effective des comportements (42–44). L'importance de l'assurance de réussite est un facteur important du changement (39). Pour pouvoir renforcer la confiance en soi, l'allègement des contraintes pourrait être une priorité. Elle passerait par une stratégie progressive par étapes adaptée aux patients et proposerait des changements réalistes et progressifs pour placer le patient dans une position de réussite plus propice au maintien du changement.

2.5. Tristesse de l'humeur

Les éléments retrouvés dans notre étude comme le sentiment de privation et la diminution du plaisir alimentaire pourraient être considérés comme des éléments qui favorisent l'humeur triste. La dépression touche un patient diabétique sur cinq, soit trois fois plus que dans la population générale (45). La détresse émotionnelle jouerait un rôle clinique sur l'équilibre glycémique (42). Les difficultés émotionnelles troubleraient les procédures de l'autorégulation comportementale et les comportement de soins (37). La relaxation a des effets positifs à long terme chez les patients diabétiques de type 2 (36,38).

3. La relation médecin-patient, un dialogue de sourds

Les conseils donnés par les médecins étaient souvent perçus comme trop généraux, non personnalisés. Ils étaient difficiles à réaliser concrètement et pouvaient même avoir un effet contraire. Selon l'étude ENTRED (4), plus de la moitié des patients diabétiques de type 2 vivent la relation médecin-patient sur un mode prescriptif, alors que les médecins pensent partager les décisions.

3.1. Des objectifs différents

3.1.1 Le patient

a) En attente d'informations

Les participants étaient en attente d'informations que ce soit sur le plan alimentaire ou sur l'offre de soins et ce dès le diagnostic. Les participants parfois sans réponse de leurs médecins, se sentaient délaissés. Dans l'étude ENTRED, on retrouve que la grande majorité (79%) des personnes diabétiques se disent bien informées sur leur diabète, mais souhaiteraient des informations supplémentaires sur leur maladie (76%) (4). Les personnes

diabétiques de type 2, attendent en priorité des informations sur l'alimentation, les complications liées au diabète et sur « comment bien vivre avec son diabète ».

b) Gérer sa maladie dans son cadre de vie

Les participants évoquaient plusieurs facteurs environnementaux comme étant des freins à la mise en place d'une alimentation équilibrée : les contraintes professionnelles, le manque de temps, les difficultés organisationnelles pour cuisiner mais aussi le cadre familial. Souvent plusieurs de ces freins étaient réunis chez un même sujet, rendant les exigences de la maladie secondaire. Nous avons aussi constaté que les difficultés à adapter l'alimentation variaient en fonction des origines culturelles ou du budget. La prise en charge d'un patient diabétique de type 2 ne peut se dissocier de l'environnement dans lequel il évolue et de son cadre de vie, (sa profession, sa famille, ses moyens financiers...). Toute personne est influencée dans un changement par ses intentions, mais aussi par celles des autres, et par les possibilités ou contraintes de son milieu de vie (39).

Peu de données sont disponibles sur le surcoût d'une alimentation équilibrée. Selon le rapport de la commission des familles manger équilibré coûte 4 à 5 euros par jour alors que les ménages vivant sous le seuil de pauvreté disposent de 3.70 euros pour leurs dépenses alimentaires, et que le budget moyen en France est de 6.30 euros par personne (46). Des études soulignent qu'il existe un seuil minimal, estimé à 3,5 euros par jour par personne, en dessous duquel il est impossible de descendre si l'on veut respecter l'ensemble des recommandations nutritionnelles (47). Pour les foyers les plus précaires les contraintes et l'irrégularité des rentrées financières se traduisent dans les fréquences et le contenu des prises alimentaires, en particulier à la fin du mois où le nombre de repas, la quantité, la qualité et la variété des aliments diminuent en même temps que les ressources disponibles (48). Cette constatation peut s'expliquer par la relation positive qu'il existe entre prix et qualité de l'alimentation, les aliments dont il est conseillé d'augmenter la consommation pour préserver sa santé (fruits, légumes, poissons) sont chers, alors que les produits gras ou sucrés apportent des calories à bon marché (47). Malgré l'importance budgétaire du poste alimentaire pour les ménages les plus défavorisés, des études montrent que les décisions concernant l'alimentation ne sont pas prioritaires, on assure d'abord le loyer, le paiement des factures liées au logement (gaz, électricité) avant celles des besoins alimentaires bien souvent sous ses formes élémentaires relatives à la quantité plutôt qu'à la qualité (48).

3.1.2 Le médecin : modèle biomédical vs modèle bio-psycho-social.

Pour certains participants le médecin était plus préoccupé par la mise en place du traitement médicamenteux que par la transmission d'informations relatives à

l'alimentation. Quand elles étaient données, les informations étaient pour eux parfois trop succinctes ou peu personnalisées.

a) Le respect des recommandations, le modèle biomédical

Pour le médecin le suivi du diabète de type 2, se situe entre une approche relationnelle et technique du fait des examens de contrôle et des médicaments à prescrire (49). Il doit donc trouver un certain équilibre entre l'approche biomédicale et l'approche éducative. En janvier 2013, l'HAS a publié des recommandations de bonnes pratiques sur les stratégies médicamenteuses du contrôle glycémique chez les diabétiques de type 2 (50). Cette recommandation n'aborde le thème du diabète de type 2 que dans le champ du contrôle glycémique et aborde peu les autres champs de la prise en charge du diabète. Bien que les médecins généralistes ont connaissance des recommandations, ils ont des difficultés à les appliquer scrupuleusement car elles répondent mal à leur pratique quotidienne (49). Cette constatation est à l'origine d'un communiqué du Collège national des généralistes enseignants en 2013, demandant une modification de cette recommandation, qu'il considère comme « limitée et devrait être accompagnée de guides de pratique actualisés concernant les autres champs de la prise en charge globale du patient diabétique, comme les modifications du style de vie, l'éducation thérapeutique et la lutte contre les inégalités sociales de santé » (51).

b) La formation médicale

La formation des étudiants de deuxième cycle des études médicales se fait à partir de cas cliniques standardisés, qui doivent être reproductibles à l'ensemble des patients. Un ou plusieurs symptômes amènent à faire un diagnostic, puis à proposer un traitement. Le modèle biomédical semble encore prédominant dans les facultés de médecine. La formation du troisième cycle des études médicales et la relation médecin-patient se font essentiellement par le compagnonnage, par des médecins plus âgés, plus expérimentés, pour certains issus de la relation paternaliste. La formation du troisième cycle peut donc s'avérer assez inégale en fonction de l'orientation de ces derniers. Il faudrait élargir la formation des professionnels de santé en donnant une place plus importante aux sciences humaines et sociales (52).

3.2. Quelles solutions ?

3.2.1 Une approche plus positive de l'alimentation.

Les conseils donnés par les médecins étaient perçus par les participants comme négatifs et répétitifs « faire du sport, faire le régime » se limitant à un ensemble d'interdictions, « ne

pas manger de sucre, ne pas manger de gras ». Finalement les participants ne se sentaient pas encouragés et ne savaient pas comment s’y prendre concrètement. Dans une étude qualitative réalisée auprès de patients diabétiques de type 2, les patients décrivent la consultation comme répétitive, dont le contenu est toujours le même (53). Sur soixante-dix-huit professionnels de santé interrogés, soixante-deux ne donnaient pas de conseils, douze donnaient des conseils à type de suppression (54). Un abord plus positif de l’alimentation par le médecin généraliste semble être intéressant. Il passerait par des explications plus valorisantes, comment substituer un aliment par un autre, comment s’y prendre pour conserver une alimentation plaisir par exemple. Ceci nécessite un minimum de formation pour les médecins en termes de diététique. En effet dans l’étude citée précédemment soixante professionnels de santé évoquent la non-compétence pour donner des conseils en termes de diététique (54).

3.2.2 Trouver des objectifs communs : l’HbA1c.

L’HbA1c constitue l’outil incontournable du suivi des patients diabétiques, son niveau reflétant l’équilibre glycémique moyen des 2 à 3 mois passés. Les grandes études d’intervention menées dans le diabète de type 1 comme de type 2 ont démontré le lien entre HbA1c et complications du diabète, principalement micro-vasculaires (55). L’HbA1c a une place importante lors de la consultation trimestrielle du patient diabétique de type 2. Depuis 2012 elle fait partie des rémunérations sur objectifs de santé publique (56).

a) Mal connue des patients ?

Une thèse sur les connaissances et les idées reçues d’une cohorte de 130 patients diabétiques de type 2 en Pays de Loire retrouve que le terme d’HbA1c est connu par environ la moitié des patients et sa signification et ses valeurs spécifiques sont maîtrisées par seulement un tiers d’entre eux (57). Parmi les participants certains ne voyaient pas l’intérêt de se priver pour faire peu baisser l’HbA1c, pour d’autres un mauvais résultat de l’HbA1c avait parfois entraîné un arrêt du régime par déception. Pourtant une connaissance de la dernière HbA1c est corrélée à une meilleure compréhension des soins du diabète et du contrôle glycémique (58). Une solution pourrait être d’expliquer simplement à quoi elle correspond, quels sont les résultats attendus et quel est son intérêt afin que la prise en charge ait plus de sens. Un dépliant proposé par Sophia pour expliquer simplement l’HbA1c aux patients diabétiques va dans ce sens (59). Cette idée est à nuancer car pour certains participants le résultat de l’HbA1c n’était pas une motivation suffisante à la mise en place d’une alimentation équilibrée.

b) Deuil pour le médecin ?

Pour améliorer la prise en charge, il faudrait peut-être prendre plus de recul avec les chiffres, notamment avec celui de l'HbA1c, afin de recentrer la consultation sur le vécu du patient, ce qui pourrait permettre d'en comprendre les résultats. D'autant que son intérêt est remis en question par collègue national des généralistes enseignants, et qu'il a été démontré qu'une intensification trop importante du traitement avec un objectif strict d'HbA1c pouvait être délétère et entraîner une augmentation de la mortalité totale et cardiovasculaire (60,61). Pour certains participants l'utilisation de l'HbA1c pouvait leur donner la sensation d'être dans une relation de professeur à élève, ils attendaient le résultat comme une sanction qu'ils ne comprenaient pas vraiment.

3.2.3 Évolution de la relation médecin-patient

Dans notre étude, les participants qui semblaient être dans une relation autonomiste pouvaient expliquer leurs besoins, se sentaient encouragés, nous disaient se fixer des objectifs avec leur médecin. *A contrario* les participants qui étaient dans une relation qui semblait plus verticale, étaient dans l'attente d'informations, de conseils concrets et se sentaient parfois délaissés par le corps médical.

Pour M.BALINT, la relation médecin-patient a traditionnellement suivi ce que l'on pourrait nommer le « modèle paternaliste ». Dans ce modèle, le médecin est persuadé de savoir et d'être objectif. Il se voit comme le gardien de l'intérêt du patient (62). Il prend les décisions pour lui, en respectant simplement un principe de bienfaisance. Avec l'évolution du système de santé et l'augmentation des maladies chroniques, ce modèle tend à évoluer et fait l'objet de beaucoup de recherches de la part des médecins et des chercheurs en sciences humaines. Une revue de littérature récente montre qu'une meilleure communication dans la relation médecin-consultant améliore le suivi des traitements, les résultats cliniques et la qualité de vie des patients. Elle améliore également leur satisfaction ainsi que celle des médecins. En outre, une plus grande participation des patients aux décisions médicales qui les concernent diminue leur anxiété et améliore leur santé (63). La tendance actuelle est donc à l'autonomisation du patient. L'un des sept objectifs du livret blanc du diabète de la société francophone du diabète est de centrer l'organisation des soins sur le malade et non sur la maladie (64). Replacer le patient au centre de la prise en charge, semble plus que jamais d'actualité, à juste titre.

Mais on peut se demander si cette façon de prendre en charge la maladie chronique correspond à tous les patients. Dans notre étude, pour certains participants, on retrouvait une ambivalence entre le côté trop strict du médecin et le besoin de cadre. Si l'observance d'un traitement et de règles dictées par les soignants peut procurer un sentiment

réassurance elle peut aussi être à l'origine d'une mise à distance de la maladie. De même si la réalisation d'un ensemble de gestes que l'on peut qualifier d'auto-soins peut s'accompagner de plus de souplesse, elle peut aussi représenter un poids important pour la personne malade (65). Finalement il apparaît difficile de proposer un modèle unique de relation médecin-patient car la relation résulte d'une interaction entre le soignant, sa formation, ses représentations et un patient qui a lui aussi ses représentations en fonction de sa culture, son entourage, son rapport à la maladie à un moment donné. Cette relation ne peut donc être figée et le soignant doit savoir l'adapter à chaque patient et la faire évoluer avec le temps (4). L'approche négociée de Girard et Grand'Maison décrit quatre niveaux de négociation entre le médecin et le patient. Chaque niveau est approprié à une relation soignant-soigné ils forment un continuum allant d'un pôle centré sur le médecin à un autre centré sur le patient. Le dernier niveau est l'autonomie-facilitation la relation est essentiellement centrée sur le patient qui assume un rôle actif alors que le médecin se limite à celui de facilitateur (66).

4. L'éducation thérapeutique des patients

4.1. Définition et finalités de l'éducation thérapeutique des patients

Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Selon la Haute autorité de santé, l'éducation thérapeutique du patient participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches.

Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont :

- l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins.
- la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation. Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psycho-sociales (7).

4.2. Besoins et objectifs éducatifs à atteindre

Nous avons dégagé les besoins éducatifs perçus ou exprimés chez les participants (voir tableau 2 page 41)

Tableau 2 besoins et objectifs des participants en éducation thérapeutique.

Thématique	Besoins en éducation thérapeutique	Objectifs à atteindre
1- Connaissance de la maladie	Comprendre l'HbA1c, son rôle, son intérêt, ses limites	Citer l'objectif d'HbA1c fixé avec le médecin. Le négocier pour éviter toute déception, frustration en fonction des contraintes.
2- Diététique	<p>Connaître la pyramide des aliments, revoir la place des fruits et des féculents dans leur alimentation.</p> <p>Revoir la place du sucre dans leur alimentation.</p> <p>Connaître les avantages et inconvénients des édulcorants.</p> <p>Comprendre les étiquettes des produits les plus consommés pour guider le choix</p> <p>Trouver ce qui se cache derrière la mention « 0% »</p>	<p>Établir des menus adaptés à une alimentation équilibrée.</p> <p>Reconnaître les aliments riches en sucre, s'autoriser à les intégrer en quantité limitée.</p> <p>Choisir les aliments en fonction de la teneur en nutriments retrouvé sur l'étiquette</p>
3- Éviter la frustration.	<p>Comprendre qu'alimentation équilibrée et bien manger ne sont pas incompatibles.</p> <p>Se faire plaisir sans culpabiliser</p>	<p>Préparer un repas équilibré mais savoureux.</p> <p>S'accorder un ou deux repas par semaine où l'on mange ce que l'on veut.</p>
4- Intégrer une alimentation équilibrée dans le quotidien	<p>Pouvoir cuisiner à petit budget.</p> <p>Pouvoir cuisiner plus facilement un menu équilibré.</p>	<p>Établir un repas équilibré avec un budget limité.</p> <p>Établir un repas équilibré commun à toute la famille.</p>

4.3. Quels freins à la mise en place de l'éducation thérapeutique ?

4.3.1 Le manque d'information

Plusieurs participants ayant assisté à des séances d'ETP ont regretté d'avoir eu à trouver l'information seuls. Ce constat va dans le sens des résultats de l'étude ENTRED, qui évoque une méconnaissance de l'existence et de l'intérêt des approches d'éducation thérapeutique par les diabétiques, de même que l'hypothèse d'une absence de proposition de ces activités de la part des médecins (4).

4.3.2 Les ateliers de groupe

La notion de groupe pour échanger sur le diabète a été rejetée par de nombreuses personnes. L'étude ENTRED montre qu'un tiers des personnes diabétiques de type 2 souhaiteraient bénéficier à l'avenir d'éducation thérapeutique ou d'accompagnement. Le premier souhait des personnes diabétiques de type 2 concerne les entretiens individuels (28% des personnes), loin devant les séances collectives (11%) ou l'accompagnement téléphonique (12%) (4).

4.3.3 L'éloignement géographique

L'éloignement géographique des programmes est un motif qui avait été évoqué par les participants comme un frein à leur participation à l'ETP.

4.4 Pratique actuelle de l'éducation thérapeutique

Actuellement l'éducation thérapeutique des patients est en grande partie hospitalière. Une étude de 2012 sur l'offre d'éducation thérapeutique pour des patients diabétiques adultes en île de France retrouvait que l'ETP se faisait à 68.7% à l'hôpital (67). L'offre d'ETP se développe lentement en extrahospitalier à travers les réseaux et les associations de professionnels, en particulier dans les maisons de santé pluridisciplinaires. Pour Jacquat dans le rapport « Éducation thérapeutique du patient : proposition pour une mise en œuvre rapide et pérenne », l'ETP doit être proposée à tous les patients dont la maladie a été découverte récemment, pour les maladies chroniques les plus fréquentes (68). Il existe actuellement un décalage entre l'offre et la demande, l'ETP doit s'élargir en extrahospitalier afin d'offrir aux patients des programmes dans leurs bassins de vie. Pour cela il faut donner au médecin traitant un rôle central dans l'orientation des patients vers un programme d'ETP de proximité ainsi que dans leur suivi au long cours. Les maisons et les pôles de santé devraient être positionnés comme des structures et lieux de référence de l'ETP. Depuis 2004 les infirmières de l'association Asalée peuvent suivre des patients diabétiques de type 2, rédiger et signer des prescriptions types d'examen, prescrire et faire

des ECG, prescrire et faire l'examen des pieds par dérogation mais aussi assurer un accompagnement sur les règles hygiéno-diététiques. La pratique de l'ETP ne peut être que pluridisciplinaire, la composition de l'équipe dépend de la pathologie du public-cible et de la nature des compétences à acquérir, elle intègre des professionnels de tous horizons (27).

4.5. Intégrer l'ETP dans la pratique quotidienne

Nous avons trouvé intéressant de proposer une liste de questions accessible à tous, faisable en médecine générale, qui pourrait explorer le vécu du patient afin d'améliorer la prise en charge.

Exemple de questions à poser lors de la consultation trimestrielle d'un patient diabétique de type 2 :

Comment se sont passés les 3 derniers mois ? Comment allez-vous depuis la dernière fois ?

Une question très ouverte où le patient a la liberté de choisir de parler de la maladie ou pas, il peut aborder sa vie familiale, sa vie professionnelle, les événements marquants depuis la dernière consultation. (un décès, du stress au travail...)

La dernière fois nous avons parlé de faire (...). Comment ça s'est passé ?

Cette question permettrait de rappeler le micro-objectif fixé lors de la consultation précédente et ainsi d'identifier les éléments positifs à renforcer, les difficultés à surmonter mais aussi les éléments à apprendre.

Comment pourriez-vous poursuivre dans cette bonne voie ? Comment pourrions-nous améliorer [tel point] ?

Cette question permettrait au patient d'être acteur de sa maladie, d'être responsable.

Essayer de conclure la consultation sur un micro-objectif, c'est-à-dire un objectif adapté, précis et réalisable choisi ensemble à remplir pour la prochaine fois.

5. Forces et faiblesses de l'étude

5.1. Méthode qualitative

Chaque étape de la méthode qualitative a été respectée méthodiquement (70). Le guide d'entretien a été établi à partir des données actuelles de la littérature et a évolué plusieurs fois au fil des entretiens.

Il existe un biais lié à l'appropriation progressive de la méthode, car il s'agit de notre première étude menée avec cette méthode.

5.2. Échantillonnage

Nous avons recherché un échantillonnage raisonné, diversifié de patients diabétiques de type 2. Le recrutement du focus groupe a été difficile à réaliser, ce qui a conduit à un recrutement de convenance de patients majoritairement suivis par l'infirmière de l'association Asalée. Après dix entretiens réalisés et un focus groupe de six participants, il n'y avait plus de nouvelle grande catégorie. Cependant une analyse plus poussée de la littérature a mis en évidence le facteur financier comme obstacle à la modification de l'alimentation. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin d'explorer ce domaine. Une saturation des données a donc été obtenue ce qui nous permet d'assurer une validité des données.

5.3. Recueil des données

Il existe un biais d'apprentissage de la méthode de recueil de données et de la façon de mener les entretiens. Les premiers sont plus directifs avec moins de place à la parole du participant. Une discussion entre les chercheurs après chaque entretien individuel a permis d'améliorer cela au fil des entretiens.

Le focus groupe a pu être parasité par les interventions de l'infirmière de l'association Asalée et sa connaissance des participants. Ce focus groupe a été réalisé pour favoriser la diversité des informations via la dynamique de groupe. Dans la plupart des entretiens les participants connaissaient notre statut d'internes en médecine. Cet argument était utilisé pour les rassurer et justifier notre intervention, ce qui peut constituer un biais. Les participants ont tous choisis le lieu de l'entretien, ils se sont tous déroulés au domicile du participant, un seul s'est déroulé sur le lieu de travail d'un participant. De ce fait, certains entretiens ont pu être interrompus par une tierce personne ou un appel téléphonique. Ceci a pu avoir un impact sur ce qui a été dit.

5.4. Méthode d'analyse

Il existe un biais lié à la découverte de la méthode avec la nécessité d'un apprentissage afin de se détacher des idées préconçues et de se rapprocher de la parole des participants. Notre position d'interne en médecine a pu influencer notre analyse. Le travail de réflexivité et la triangulation des chercheurs ont permis de réduire cette subjectivité.

CONCLUSION

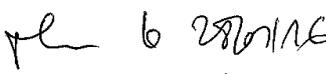
L'alimentation joue un rôle important dans la survenue et l'équilibre du diabète de type 2, pourtant les médecins généralistes se disent souvent en difficulté pour la prise en charge de ces patients sur le plan de l'alimentation. L'objectif de notre étude était d'identifier les freins au changement des habitudes alimentaires chez les diabétiques de type 2. Nous avons réalisé une étude qualitative par entretien individuel et focus group auprès de 18 patients diabétiques de type 2.

L'un des freins principaux était la difficulté ressentie pour « faire le régime ». Le régime était associé à une perte de plaisir, une restriction permanente et devenait un casse-tête dont les participants ne maîtrisaient pas tous les facteurs. La suppression du sucre de leur alimentation semblait la priorité, mais pouvait devenir une obsession. Un ensemble de sentiments négatifs en découlait, les participants se sentaient exclus, étaient tiraillés entre frustration et culpabilité. Ils décrivaient aussi la privation et la restriction, qui entraînaient chez eux, une lassitude avec la sensation de manger toujours la même chose. L'alimentation et le diabète constituaient un fardeau, dès le moment du diagnostic, avec un impact dans tous les domaines de la vie. La relation avec leur médecin ressemblait souvent à un dialogue de sourds où le médecin donnait des conseils généraux qui n'étaient pas toujours très concrets pour les participants. À l'inverse une relation autonomiste semblait leur permettre d'exprimer leurs besoins et d'avancer ensemble.

Désacraliser le régime semble être une étape importante, qui passe par la dédiabolisation du sucre dans l'alimentation. Les édulcorants, décrits comme une solution par les participants, peuvent parfois être délétères. Les messages de santé publique renforcent le sentiment de culpabilité et génèrent une incompréhension. L'éducation thérapeutique des patients permet de travailler sur la place des aliments ainsi que sur la mise en œuvre concrète d'une alimentation équilibrée au quotidien en fonction du cadre de vie et du budget de chacun. Enfin l'ampleur des sentiments négatifs associés à l'alimentation des patients diabétiques de type 2 nous emmène à replacer l'accompagnement psychologique au centre de la prise en charge.

Toulouse, le 29/01/2016
Vu, permis d'imprimer
le Doyen de la Faculté
de Médecine de Purpan


Dida CARRIÉ


Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC

REFERENCES

1. Hébel P, Pilorin T. Comment les discours nutritionnels influencent-ils les représentations de l'alimentation? Cahier de nutrition et de diététique. 2012 Mar;47(1):42-9.
2. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Programme National Nutrition Santé. 2011; DICOM n° S-11-047
3. Mathé T, Pilorin T, Hebel P. Du discours nutritionnel aux représentations de l'alimentation. Cahier de recherche. 2008;(C252).
4. Fournier C, Chabert A, Mosnier-Pudar H, Ajoulat I, Fagot-Campagna A et Gautier A. Rapport étude ENTRED. Groupe d'expert démarche éducative de l'Inpes. 2011 Dec.
5. Ricci P, Blotière PO, Weill A et al. Diabète traité: quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France? BEH. 2010 Nov 9;(42-43):425-31.
6. Paquot N. Le régime alimentaire chez le patient diabétique de type 2. Rev Med Liege. 2005;60(5-6):391-4.
7. Haute autorité de santé. Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. 2007 Juin.
8. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;(84):142-5.
9. Duchesne S, Haegel F. L'entretien collectif. Paris: Armand Collin; 2008.
10. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Exercer. 2009;(88):106-12.
11. Guest G, Bunce A, Johnson L. An experiment with data saturation and variability. Field Methods. 2006 Jan;18(1):59-82.
12. Schlienger JL, Monnier L. Histoire du gout sucré: entre moral et plaisir. Médecine des maladies Métaboliques. 2014 Juin;8(3):346-51.
13. Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle. Etude nationale nutrition santé: Situation nutritionnelle en France en 2006, selon les indicateurs d'objectifs et les repères de Programme Nationale Nutrition Santé. Institut de veille sanitaire, université de Paris 13, conservatoire national des arts et métiers. 2007 Dec; 26.
14. Slama G. NON, le sucre et le sucré n'ont pas de raison spécifique d'être exclus de la diététique conseillée aux patients diabétiques. Médecine des maladies Métaboliques. 2010 Oct;4(5):531-6.
15. Bellon R. L'addiction au sucre n'existe pas chez l'homme. Pratique en nutrition. 2010 Oct-Dec;6(24):5-6.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. 2013.

17. Ben Hammouda A, Jenhani N, Chaari C et al. Prévalence de la boulimie et de la frénésie alimentaire chez des diabétiques de type 2. *Diabetes and Metabolism*. 2013 Mar 29; 39(1):115-6.
18. Mnif F, Derbel C, Akrouf M et al. Les troubles des conduites alimentaires chez le diabétique et leurs retentissements psychologiques. *Diabetes and Metabolism*. 2014 Mar;40 Suppl 1:S32.
19. Zouari H, Farhat I, Abdelhedi J et al. Trouble boulimique, troubles anxiodépressifs et diabète : à travers une étude de 65 patients diabétiques. *Diabetes and Metabolism*. 2012 Mar;38 Suppl 2:S111.
20. Fischler C. Le mangeur du XXème siècle. In: Fischler C. *L'omnivore. Le goût, la cuisine et le corps*. Paris: Odile Jacob;2001.p.181-226.
21. Lahlou S. *Penser Manger. Les représentations sociales de l'alimentation*. [thèse psychologie sociale pour le doctorat nouveau régime]. Ecole hautes études en sciences sociales;1995.
22. Padilla M, Hamimaz R, El dahr H, Zurayk R, Moubarak F. Le développement des produits protégeant la santé et l'environnement en méditerranée. *Centre Internationale de Hautes Etudes Agronomique Méditerranéenne*. 2006 Mar;(5).
23. Clarisse M, Di Vette V, Giusti V. Edulcorants: entre mythe et réalité. *Revue médicale Suisse*. 2009;(196)682-6.
24. Bellisle F, Drewnowski A. Intense sweeteners, energy intake and the control of body weight. *Eur J Clin Nutr*. 2007 Feb 7;61(6):691-700.
25. Monnier L, Colette C. Les édulcorants : effets métaboliques et sur la santé. *Médecine des maladies Métaboliques*. 2010 Oct;4(5):537-42.
26. Halimi S, Studer N, Faure P. Le fructose : effet des régimes riches en fructose sur l'incidence de l'obésité, du syndrome métabolique, du diabète de type 2 et le risque cardiovasculaire et rénal. *Médecine des maladies Métaboliques*. 2010 Oct;4(5)521-9.
27. Faeh D, Minehira K, Schwarz J-M, Periasamy R, Periasami R, Park S. Effect of fructose overfeeding and fish oil administration on hepatic de novo lipogenesis and insulin sensitivity in healthy men. *Diabetes*. 2005 Jul;54(7):1907-13.
28. Schlienger JL. Les édulcorants de masse ou de charge ont-ils leur place dans l'alimentation chez le patient diabétique ? *Médecine des maladies Métaboliques*. 2013 Oct;7(5):483-7.
29. Haute Autorité de santé. Annoncer une mauvaise nouvelle. *Service évaluation des pratiques*. 2008 Fev.
30. Colas C. Les enjeux de l'annonce diagnostique en diabétologie. *Médecine des maladies Métaboliques*. 2014 Dec;8(6):636-8.

31. Moley-Massol I. L'annonce de la maladie, une parole qui engage. Association Française pour le développement de l'Enseignement Technique. 2014 Fev 14.
32. Reach G. Une consultation d'annonce dans le diabète de type 2 ? Médecine des maladies Métaboliques. 2014 Jun;8(3):335-9.
33. Dupas B, Massin P, Gaudric A, Paques M. Épidémiologie et physiopathologie de la rétinopathie diabétique. EMC-Endocrinologie-nutrition. 2012;9(3):1-9.
34. Berthel M, Ehrlér S. Aspects épidémiologiques de l'amputation de membre inférieur en France. Kinésithérapie scientifique. 2010;(512):5-8.
35. Haute Autorité de Santé. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique. 2014 Fev.
36. Padgett D, Mumford E, Hynes M, Carter R. Meta-analysis of the effects of educational and psychosocial interventions on management of diabetes mellitus. J Clin Epidemiol. 1988;41(10):1007-30.
37. Glasgow RE, Fisher EB, Anderson BJ et al. Behavioral science in diabetes. Contributions and opportunities. Diabetes Care. 1999 May;22(5):832-43.
38. Pandey A, Tripathi P, Pandey R, Srivatava R, Goswami S. Alternative therapies useful in the management of diabetes: A systematic review. J Pharm Bioallied Sci. 2011;3(4):504-12.
39. Giordan A. Comment favoriser le changement de comportement? Médecine des Maladies Métaboliques. 2010 Sep;4(4):467.
40. Phillips J, Lagger G, Bourgeois O et al. Propositions pour une éducation thérapeutique en situation de pluripathologie. Educ Thérapeutique Patient. 2015 Dec;7(2):20402.
41. Bertrand X, Bussereau D. Arrêté du 27 février 2007 fixant les conditions relatives aux informations à caractère sanitaire devant accompagner les messages publicitaires ou promotionnels en faveur de certains aliments et boissons. Journal Officiel de la République Française. 2007 Feb 28;50(71)3725.
42. Sultan S, Heurtier-Hartemann A. Coping and distress as predictors of glycemic control in diabetes. J Health Psychol. 2001 Dec;6(6):731-9.
43. Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste CC. Patient Empowerment: Results of a randomized controlled trial. Diabetes Care. 1995 Jan 7;18(7):943-9.
44. Peyrot M, Rubin RR. Structure and Correlates of Diabetes-Specific Locus of Control. Diabetes Care. 1994 Jan 9;17(9):994-1001.
45. Gavard JA, Lustman PJ, Clouse RE. Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. Diabetes Care. 1993 Aug;16(8):1167-78.

46. Bernard b. Bien se nourrir sans trop dépenser : savoir choisir ses aliments. *Alimentation et précarité*. 2015;(31):3-16.
47. Darmon N. Manger équilibré pour 3,5 euros par jour : un véritable défi. *La Santé de l'homme*. 2009 Juill;(402):13-5.
48. Caillavet F, Darmon N, Lhuissier A, Régnier F. L'alimentation des populations défavorisées en France. Synthèse des travaux dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel. In:Les travaux de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion social 2005-2006. Paris: La documentation française;2006;279-322.
49. Bachimont J, Cogneau J, Letourny A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences sociales et santé*. 2006 Juin; 24 (2):75-103.
50. Haute autorité de santé. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. 2013 Jan.
51. Collège national des généralistes enseignants. La recommandation de la HAS intitulée « stratégies médicamenteuses du contrôle glycémique du diabète de type 2 » doit être modifiée. 2013 Avr 11.
52. Fournier C, Attali C. Education (thérapeutique) du patient en médecine générale. *Médecine*. 2012;8(3):123-7.
53. Levasseur G. A propos de la « maladie du malade » diabétique de type 2. *Education du patient et Enjeux de Santé*.2004;22(3):66-72.
54. Garanet F, Besancon S, Mésenge C. Quels conseils diététiques aux personnes atteintes de diabète de type 2 par les professionnels de santé à Ouagadougou et à Bamako ? *Diabetes et Metabolism*. 2015 Mar;41 Suppl1:S35.
55. Darmon P. A la hausse ou à la baisse HbA1c : attention aux pièges. *Le quotidien du médecin*. 2014 Avr 14;(9318):11.
56. Ameli. (page consultée le 24/12/2015). Rémunération sur objectifs de santé publique, [en ligne]. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins:votre-convention/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/rosp-medecins-traitants/les-indicateurs-d-organisation-du-cabinet.php>
57. Bazureau S. Diabète de type 2 : étude sur les connaissances et idées reçues d'une cohorte de 130 patients en pays de Loire. Impact sur la prise en charge éducative en médecine générale. [Thèse de diplôme d'état de docteur en médecine spécialité médecine générale]. Nantes: faculté de médecine; 2013.
58. Heisler M, Piette JD, Spencer M, Kieffer E, Vijan S. The Relationship Between Knowledge of Recent HbA1c Values and Diabetes Care Understanding and Self-Management. *Diabetes Care*. 2005 Apr;28(4):816-22.
59. Sophia. (page consultée le 13/11/2015). Taux d'Hba1c: le chiffre à retenir. [En ligne]. <https://www.ameli-sophia.fr>.

60. Boussageon R, Bejan-Angoulvant T, Saadatian-Elahi M et al. Effect of intensive glucose lowering treatment on all cause mortality, cardiovascular death, and microvascular events in type 2 diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*.2011 Jul 26;343:d4169.
61. Communiqué de presse du conseil scientifique du collège national des généralistes enseignants. Rémunérations sur objectif de santé publique : à quand des critères utiles à la santé des patients diabétiques et à la santé publique? 2015 Mar 4.
62. Lahalle M. Balint Michael, *Le médecin, son malade et la maladie*. In *Revue Française de Sociologie*. 1961;2(1):106-8.
63. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé publique*. 2007 Mai;19:413-25.
64. Diabète - Association Française des Diabétiques. (page consultée le 13/1/2015). Le Livre Blanc du diabète de la Société Francophone du Diabète. [en ligne]. <http://www.afd.asso.fr/actualites/le-livre-blanc-du-diabete-de-la-societe-francophone-du-diabete-001357>
65. Pélicand J, Fournier C, Aujoulat I. Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. *Actualité et dossier en santé publique*. 2009 Mar; (66): 21-3.
66. Girard G, Grand'Maison P. L'approche négociée, modèle de relation patient-médecin. *Médecin du Québec*. 1993;28:29-39.
67. Ducos J. L'offre d'éducation thérapeutique pour diabétiques adultes en Ile-de-France : un défi à l'équité. *Pratiques et organisation des soins*. 2012 Jan-Mars;43(1):1-7.
68. Jacquat D, Morin A. Education thérapeutique des patients : Propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne. *Rapport au premier ministre*. 2010 Juin.p65.
69. Buriel B. L'organisation des programmes d'éducation thérapeutique. *SOiNS*. 2012 Jan-Fev;(762):3-4.
70. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Dec 14 ;19(6):349-57.

ANNEXES

Annexe 1 : Consentement des participants

**Autorisation
pour l'enregistrement audio
et l'exploitation des données enregistrées
HABITUDES ALIMENTAIRES**

Présentation de l'enquête

Nous vous invitons à participer à une étude sur les habitudes alimentaires.

Notre objectif est de recueillir votre opinion pour comprendre quel est le vécu de votre alimentation, quelles sont vos attentes et vos besoins.

Cet entretien sera enregistré, mais il restera anonyme c'est à dire que la transcription de ces données utilisera des pseudonymes et remplacera toute information pouvant porter à l'identification des participants.

Vous pouvez à tout moment mettre fin à l'entretien si vous le souhaitez.

Autorisation

Je soussigné(e) _____

- autorise par la présente Mlle LEBON Claire et Mlle PLENECASSAGNE Laure

à enregistrer en audio l'entretien réalisé le _____.

- autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme transcrite et anonymisée.

Lieu et date : _____

Signature : _____

Annexe 2 : Extrait du tableau

Emotions négatives	Sous thème	Sous sous thème	Code	verbatim		
LASSITUDE			lassitude au bout d'un moment pq le régime est contraignant			
	de surveiller son alimentation en permanence		marre de surveiller tout le temps ce qu'elle mange			
			régime difficile à tenir sur le long terme, qui entraîne une lassitude			
			la lassitude fait que les efforts alimentaires ne tiennent pas sur le long terme, malgré le fait de pouvoir manger de tout et d'avoir des récompenses.			
		doivent tout le temps réfléchir à ce qu'ils peuvent manger	quand on est D on doit réfléchir à chaque fois qu'on mange, c'est une préoccupation quotidienne			
			ne peut plus manger ce qu'il veut quand il veut, doit réfléchir avant de manger une pizza par exemple			
	de manger tjs pareil		lassée de manger tout le temps les mêmes légumes			mais bon les légumes, on en a vite fait le tour. (L1)
	de cuisiner en fonction du D		cuisiner au quotidien entraîne une lassitude			puis une lassitude aussi, à force de cuisiner tout le...
						La fatigue de cuisiner toujours, enfin la fatigue, ce...
" DEVIENT DINGUE"	quand elle pèse les aliments		avait acheté une balance pour faire le régime correctement mais a arrêté ça la rendait dingue			
			ça rend dingue s'il faut peser les aliments			
		se rend compte qu'elle est diabétique	si elle pèse les aliments voit bien qu'elle est D			
DECEPTION	arrêt du régime		est gêné à l'idée de me dire qu'il a échoué en faisant un régime	(rire gêné) (L209)		
			faire le régime n'a pas été encourageant, il a laissé tomber.	c'est plus contraignant que encourageant (L209)		
	quand résultats ne sont pas ceux attendus		Déception car il pense ne jamais pouvoir arriver à un dextro qu'il juge comme normal			Mais je sais que le 1 je n'y arriverais pas, voilà. (L362)
			n'est pas contente quand l'Hba1c monte			
			déçu quand les résultats de l'Hba1c sont mauvais, ce qui entraîne un découragement			
			a la sensation de faire son maximum sans avoir de résultats franc, c'est parfois décourageant			
			parfois fait très attention à son alimentation et l'Hba1c est montée quand même c'est très décevant			
	se fixent des objectifs trop haut		minimise les objectifs qu'elle a atteint			Des petits objectifs (L49)
			satisfait pq hier il a bu un verre avec des radis et non avec des prduits gras mais se dit qu'il n'aurait même pas du boire un verre			
			envisage la possibilité de faire mal au niveau alimentaire			à moins que je fasse mal c'est possible. (L423)
		mauvaise estime de soi	attend du chercheur qu'il valide sa réponse			
ENERVEMENT	du retard au diagnostic		pense qu'on lui a trouvé son diabète trop tard et que ça aurait peut être changer quelque chose si on lui avait toruvé plus tôt.			
			si on avait trouvé le diabète plus tôt, elle aurait pu le retarder ou éviter les complications.			

Annexe 3 : Contexte d'énonciation entretien 3

PARTICIPANT

Femme de 70 ans vivant avec son second mari dans un village de 2000 habitants, dans une maison.

Femme divorcée ayant eu deux enfants d'un premier mariage. Mari de 83 ans, veuf, trois enfants d'un premier mariage, alcoolique pendant de très nombreuses années dans le déni. Ils n'ont pas eu d'enfant ensemble. Ils ont habité dans une ville de taille moyenne jusqu'à la retraite de monsieur puis sont venus vivre dans ce petit village, où la femme a continué de travailler jusqu'à sa retraite.

LE CONTEXTE

Entretien au domicile de la participante. Présence de son mari dans la pièce devant la télévision avec un casque sur les oreilles. Il n'est pas intervenu dans la discussion. La discussion fut libre et sans complexe. Le chercheur connaissait la participante, d'une consultation avec son maître de stage l'année d'avant, mais ni la participante, ni son mari ne l'ont reconnu, ce qui n'a pas influencé les réponses. La participante ignorait le statut de médecin du chercheur.

POINTS CLES :

Des idées déjà évoquées :

- Le diabète donne peu de symptômes, on vit avec.
- Il faut supprimer totalement le sucre.
- Impression de se priver suffisamment, ne voit pas quoi diminuer.

Des idées nouvelles :

- Les règles alimentaires du diabète sont trop contraignantes au quotidien.
- Modifier son alimentation est difficile à tenir sur le long terme :
 - sentiment de découragement après 20 ans de règles respectées qui ont équilibré le diabète, cette maladie évolue quand même, sentiment de contraintes inutiles.
 - privation permanente, s'autorise quelques écarts pour tenir sur la durée.
- Rien n'est facile avec cette maladie
- Difficile de tout faire en fonction du diabète
- Sentiments négatifs envers les professionnels de santé
 - pense ne pas avoir eu assez d'information au moment du diagnostic.

- le médecin n'est pas là pour discuter alimentation, il n'a pas le temps, mais il doit adresser à quelqu'un qui aura le temps d'expliquer, vécu comme un manque d'informations.

- a découvert l'éducation thérapeutique dans le journal local, aurait aimé que son médecin lui en parle.

- sentiment d'abandon de la part des professionnels de santé.

- Le fait de connaître son médecin depuis longtemps est un frein à la communication= non-dit patient-médecin

- La peur des complications ne suffit pas pour motiver le changement.

- Le manque d'idées de préparations alimentaires au quotidien est un frein.

- Les épreuves de la vie empêchent de consacrer du temps à la prise en charge du diabète.

- Difficile de faire le régime quand on ne mange pas chez soi.

Pour la suite :

- Interroger à nouveau une femme pour voir si trouver quoi manger au quotidien est aussi un frein.

- Explorer la relation médecin-patient qui semblait problématique pour cette participante.

Annexe 4: Extrait entretien n°12

Je m'appelle Laure Plenecassagnes, je viens aujourd'hui pour vous poser quelques questions sur le diabète, surtout sur l'alimentation en fait, donc vous me dites ce qui vous passe par la tête...

(Me coupe la parole) Ah ben quand on n'a pas les moyens il y a beaucoup de choses qui sautent quoi ! Les légumes verts, à part les conserves quand elles sont en promo on ne peut pas. Alors c'est surtout pomme de terre, riz, pâtes, voilà. On n'a pas le choix !

Pour vous, c'est ça qui pose problème ?

Oui parce qu'au niveau des légumes verts, bon des fois à la campagne y en a qui ont des jardins donc bon on me fait passer une salade ou des haricots, une courgette mais quand ce n'est plus la saison... Donc c'est vrai que le marché se limite, pâtes, riz tout ce qui est moins cher quoi, on n'a pas le choix, on n'a pas le choix.

Donc ça c'est quelque chose qui est difficile ?

Euh oui, parce qu'automatiquement, bon déjà pour le poids parce que c'est des féculents quand même et puis un peu de légumes verts ça fait plaisir de temps en temps et puis pour le diabète ça le fait baisser, les féculents ont tendance à le faire monter. Donc bon les Danone, je travaille à l'école je récupère les Danone quand ils ne les mangent pas et que ça arrive en fin de date on n'a plus le droit de leur donner, c'est comme le fromage et tout ça, donc je récupère sinon... En plus j'ai fait le choix de fumer donc euh, mais on va en Espagne le chercher et ça me fait le mois, je prends un seau ça me fait le mois donc après je ne dépense plus d'argent pour ça, ça fait 30 euros de budget en début de mois, mais après, par rapport au prix en France c'est, voilà. Et puis j'ai fait le choix d'adopter il y a quelques années un chat donc ben faut bien le nourrir. Donc c'est vrai que, ben je me prive pour ça, le coiffeur je n'y vais jamais heureusement j'ai une amie son fils est en train de faire ses études de coiffeur donc je sers de modèle. (Rires). Donc on essaie de faire des économies sur tout pour pouvoir ben, le chat et les clopes quoi. Parce qu'après on n'a pas grand-chose, les sorties faut plus compter sur ça, la nourriture ce serait encore plus parce que là on se restreint beaucoup.

Et qu'est-ce que vous pourriez trouver comme solution éventuellement pour pallier à ça ?

Annexe 5: Guides d'entretien

Premier guide, utilisé pour l'entretien zéro

Ce guide nous a permis de nous centrer sur l'alimentation pour notre recherche.

1- QUI ? ENVIRONNEMENT ?

Quel âge avez-vous ?

Où habitez-vous ?

Vous habitez une maison, un appartement ? ville/campagne ?

Vous travaillez ? Quelle profession exercez-vous ? Que faisiez-vous avant d'être à la retraite ?

Est-ce que vous vivez en couple? Avez-vous des enfants ? Combien ? Est ce qu'ils vivent toujours avec vous ?

Qu'avez-vous comme soucis de santé ?

Depuis combien de temps ?

Qu'est-ce que ça implique pour vous au quotidien ? Combien de temps par jour vous consacrez à votre maladie ?

Qu'est ce qui a changé par rapport à avant ?

Qui est ce que vous connaissez qui a les mêmes problèmes de santé ?

Maintenant on va se consacrer un peu plus à la partie alimentation,

2- HABITUDES ALIMENTAIRES

Est-ce que vous pouvez me décrire le déroulement d'une journée sur le plan de l'alimentation ?

Combien de repas faites-vous par jour ?

À quelle heure mangez-vous ?

Où est-ce que vous mangez au petit déjeuner/déjeuner/dîner ?

Qu'est-ce que vous mangez pour tenir jusqu'au repas quand vous avez un creux ?

Qu'est-ce que vous mangez devant la télé ?

Qu'est-ce que vous mangez la nuit quand vous vous relevez ?

Qui fait à manger ?

Qu'est-ce que vous avez toujours en réserve dans votre placard ?

Combien de temps prenez-vous pour chaque repas ?

Où est ce que vous mangez (devant la télé/table...)?

Qui fait les courses ?

Combien de personnes à table ?

Qu'est ce que vous buvez en mangeant ? En dehors des repas ?

Le plus souvent vous mangez au restaurant/seul/en famille ?

Qu'est-ce que vous aimez cuisiner à vos invités ? Vous recevez souvent ?

3- PARCOURS

Qui vous a déjà aidé sur l'alimentation ?

Avez-vous déjà reçu des conseils en termes de nutrition ?

De la part de qui ?

Avez-vous déjà essayé de perdre du poids ? Par quelles méthodes ? (*régime*) ?

Qu'est-ce que ça a donné ?

Quel impact ont-ils eu sur vos habitudes alimentaires ?

(si aucun), qu'est ce qui a fait que ça n'a pas été efficace, ou que vous avez craqué ?

Avez-vous déjà participé à des programmes d'éducation ?

4- VÉCU

Quel regard porte votre entourage sur votre alimentation ?

Vous sentez vous compris ? Est-ce difficile ?

Comment arrivez-vous à concilier vos besoins alimentaires et ceux de votre famille ?

En quoi est-ce contraignant pour vous de faire attention à ce que vous mangez ?

Quel plaisir vous procure un bon repas ?

Que ressentez-vous quand vous allez au restaurant ou pour les repas de fête ?

Que plaisir ressentez-vous à cuisiner ?

5- QUE CONNAÎT-IL ?

Quel impact l'alimentation peut avoir sur votre maladie ?

Comment est-ce qu'on doit manger quand on est diabétique ?

Qu'est-ce que c'est pour vous une alimentation équilibrée ?

Quel sens peut avoir l'amélioration des règles d'hygiène alimentaire ?

Que pensez-vous de votre alimentation actuellement ?

6- OBJECTIFS

Y a-t-il des choses que vous voudriez changer dans votre alimentation ?

Qu'est-ce qui vous paraît le plus difficile à changer ?

Que pourriez-vous améliorer ?

Qu'est-ce qui peut vous motiver pour continuer ses efforts ?

Comment est-ce que vous envisager le « futur » ?

Est-ce qu'une aide à la motivation en groupe vous intéresse ?

Guide pour l'entretien 1 et 2

Qu'est-ce que ça représente pour vous l'alimentation ?

Qu'est-ce qui est ou qui était difficile au changement des habitudes ?

Qu'est-ce que le diabète a changé pour vous ? (du point de vue alimentaire).

Qu'est-ce que vous voudriez changer ?

Guide troisième

Qu'est-ce que le diabète a changé dans vos habitudes ?

Questions de relance : Au niveau alimentaire ?

Qu'est-ce que vous voudriez adapter au niveau alimentaire ?

Qui pourrait vous aider à adapter votre alimentation ?

Qu'est-ce qui était difficile au changement des habitudes ?

Qu'est-ce qui vous ferez changer ?

Quel serait l'intérêt pour vous d'adapter votre alimentation ?

Comment éviter que le diabète s'aggrave ?

Guide focus groupe

Merci d'être venu.

Nous sommes ici aujourd'hui pour vous écouter, et discuter librement avec vous de votre vécu concernant le diabète et l'alimentation. L'avis de chacun de vous, nous intéresse, vous êtes tous différents, vous avez chacun vos idées et votre histoire, le but est de pouvoir parler librement, dans le respect mutuel sans juger ce que dit ou pense l'autre.

Pour que l'on puisse savoir qui parle sur l'enregistrement, je vous demanderais de dire votre prénom, avant de parler.

Quand on parle d'alimentation et de diabète, quelles sont les premières choses qui vous viennent à l'esprit ?

Qu'est-ce que le diabète a changé pour vous ? Dans votre façon de voir l'alimentation ?

Pour vous, quelle différence y-a-t'il entre l'alimentation du diabétique et du non diabétique ?

Comment vivez-vous cette différence (s'il y en a une) ?

Quelles émotions associées vous au diabète ?

Quels sont les impacts de votre alimentation sur votre famille ? Sur le travail ? Sur vos loisirs ?

Qu'est-ce qui est important pour vous dans l'alimentation ? Vivez-vous votre alimentation différemment ?

Qu'attendez-vous de votre médecin sur le plan alimentaire ?

Cinquième guide : il nous a permis de creuser plus sur le côté financier.

Qu'est-ce que le diabète a changé dans vos habitudes alimentaires ?

Qu'est-ce que vous voudriez adapter au niveau alimentaire ?

Qui pourrait vous aider à adapter votre alimentation ?

Qu'est ce qui était difficile au changement des habitudes ?

Qu'est-ce qui vous ferez adapter votre alimentation ?

Quel serait l'intérêt pour vous d'adapter votre alimentation ?

Comment éviter que le diabète s'aggrave ?

D'où vient cette idée que le régime du diabétique est différent de celui du non diabétique ?

Qu'est ce qui fait que c'est dur le diabète ? Le régime ?

Qu'attendez-vous de votre médecin traitant sur le plan alimentaire ?

Qu'est ce qui peut gêner la mise en place d'une alimentation équilibré ? Ou quels peuvent être les freins à la mise en place d'une alimentation équilibrée.

Annexe 6 : avis favorable commission d'éthique

 <p>Département Universitaire Médecine Généraliste</p> <p>Rouille de Médecine de Toulouse 132 rue de l'Espérance 31062 Toulouse Cedex Université Paul Sabatier Toulouse III</p>	<p>Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées Secrétariat : <i>Dr Serge BISMUTH</i> 59 rue de la Providence – 31500 Toulouse Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – dr-bismuth@wanadoo.fr</p>
--	---

Président : Mme Laurencine VIEU

Secrétaire : M Serge BISMUTH

**DEMANDE D'AUTORISATION ET DEMANDE D'AVIS A LA COMMISSION ETHIQUE
DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE NE PORTANT PAS SUR UN ESSAI
THERAPEUTIQUE**

Date de réception de la demande 28.12.2014

Renseignements concernant le demandeur :

Nom : LEBON Claire

Qualité : Interne en médecine générale

Adresse : 7 rue élise Arnal Sabde, 12100 Millau

Courriel : clairelebon12@gmail.com

Numéro de téléphone : 0649339085

Renseignements concernant le promoteur :

Nom : PHILLIPS Jennifer

Qualité : Chef de Clinique Universitaire, département de médecine générale

Adresse : 2 allée Aristide Briand, 12200 Villefranche de Rouergue

Courriel : jennifer.phillips@dumg-toulouse.fr

Numéro de téléphone : 0670093570

IDENTIFICATION E LA RECHERCHE

Titre complet de la recherche : Les freins au changement des habitudes alimentaires dans le cadre du diabète de type 2.

Caractéristiques de la recherche : soins primaires OUI

AVIS DE LA COMMISSION : Avis favorable le 08.02.2014

LES FREINS AU CHANGEMENT DES HABITUDES ALIMENTAIRES DANS LE CADRE DU DIABETE DE TYPE 2.

INTRODUCTION : L'alimentation joue un rôle important dans la survenue et l'équilibre du diabète de type 2. Les médecins généralistes se sentent en difficulté pour la prise en charge des patients diabétiques sur le plan de l'alimentation.

OBJECTIF : Identifier les freins au changement des habitudes alimentaires dans le cadre du diabète de type 2.

METHODE : Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés et focus group a été réalisée auprès de 18 patients diabétiques de type 2 entre juillet 2014 et novembre 2015. Une analyse thématique a été utilisée via une approche inductive avec comparaison constante.

RESULTATS : La difficulté ressentie pour « faire le régime » était associée à une perte de plaisir, une restriction permanente et devenait un casse-tête dominé par l'obsession de la suppression du sucre. Un ensemble de sentiments négatifs en découlaient. L'alimentation et le diabète constituaient un fardeau, avec un impact dans tous les domaines de la vie. La relation avec le médecin ressemblait parfois à un dialogue de sourds. Une relation plus autonomiste semblait leur permettre d'exprimer leurs besoins et d'avancer dans la même direction.

CONCLUSION : Les messages de santé publique sur l'alimentation semblent assez discordants avec les obstacles exprimés par les participants. Des besoins éducatifs sont perçus dans les domaines du savoir, du savoir-faire et du savoir-être. Pour pouvoir mettre en place une alimentation adaptée, il est essentiel de réduire la place des sentiments négatifs.

Mots-clés : Diabète – Régime alimentaire – Etude qualitative - Perception – Habitudes alimentaires

BARRIERS TO THE CHANGE OF EATING HABITS IN TYPE 2 DIABETES.

INTRODUCTION: Food plays an important role in the emergence and control of type 2 diabetes. General practitioners express difficulties with the dietary management of diabetic patients.

AIM: Identify the barriers to changing the eating habits of type 2 diabetic patients.

METHOD: A qualitative study was conducted through in-depth individual interviews and 1 focus group with 18 type 2 diabetic patients between July 2014 and November 2015. A thematic analysis was used via an inductive approach with constant comparison.

RESULTS: The perceived difficulty with “dieting” was associated with loss of pleasure, permanent restriction and became a challenge dominated by the obsession of sugar elimination. This produced a set of negative feelings. Dieting and diabetes became a burden, impacting all aspects of daily life. The relationship with their general practitioner sometimes resembled a dialogue of the deaf. A more autonomous relationship appeared to allow the patients to express their needs and to move forward in the same direction as the doctor.

CONCLUSION: Public health messages concerning dietary guidance seem out of tune with the barriers described by the participants. Educational needs are perceived in areas of knowledge, know-how and social skills. To be able to adopt a healthy diet it seems essential to reduce the space occupied by negative feelings.

Keywords : Diabetes mellitus – Diet – Qualitative research - Perception – Eating habits -

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Ranguel – 133 Route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directrice de thèse : PHILLIPS, Jennifer