



HAL
open science

Représentations du diabète de type 2 chez les Réunionnais migrants d'Inde en 2016-2017 : étude qualitative réalisée auprès de 9 migrants diabétiques de type 2

Sinthu Arulanantham

► **To cite this version:**

Sinthu Arulanantham. Représentations du diabète de type 2 chez les Réunionnais migrants d'Inde en 2016-2017 : étude qualitative réalisée auprès de 9 migrants diabétiques de type 2 . Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01772531

HAL Id: dumas-01772531

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01772531>

Submitted on 20 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



LES BIBLIOTHÈQUES DE L'UNIVERSITÉ

Ce document est soumis au Code de la Propriété Intellectuelle¹.

Son utilisation implique le respect des règles de citation et de référencement en vigueur (Article L122-5).

Tout usage en violation des droits de son auteur constitue une contrefaçon donnant lieu à des poursuites pénales (Article L335-2 et Article L335-3).

1

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=483DA81744755A8B8693367B094CBB79.tplgfr25s_1?cidTexte=LEGITEXT000006069414&dateTexte=20171108



LES BIBLIOTHÈQUES DE L'UNIVERSITÉ

Les images suivantes ont dû être masquées dans la version diffusée en ligne de cette thèse :

Page 9 : Situation géographique de l'Inde

Page 10 : photo de margoze

Page 11 : photo de jamblon

La version complète n'est disponible que sur l'intranet de l'Université de La Réunion.



UNIVERSITE DE LA RÉUNION
UFR Santé



Année 2017

N°2017LARE001M

**Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Spécialité Médecine Générale**

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 8 septembre 2017 à Saint Pierre
(La Réunion)

Par Sinthu ARULANANTHAM

Née le 31/08/1990 à Aix-en-Provence

**Représentations du diabète de type 2 chez les Réunionnais migrants d'Inde en
2016-2017 :**

Etude qualitative réalisée auprès de 9 migrants diabétiques de type 2

Directeur de thèse : Pr Jean-Marc FRANCO

Membres du jury :

Président du jury : Pr Estelle Nobecourt
Rapporteur : Dr Yogananda Thirapathi
Examineur : Dr Sébastien Leruste
Examineur : Dr Philippe Desmarchelier
Directeur de thèse : Pr Jean-Marc Franco

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier sincèrement tous les membres du jury :

A Madame le Professeur Estelle Nobecourt,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Jean-Marc Franco,

Je vous remercie d'avoir dirigé ce travail.

Je vous suis reconnaissante de l'enthousiasme et de la disponibilité avec laquelle vous m'avez aidée pour ce projet.

A Monsieur le Docteur Yogananda Thirapathi,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, soyez assuré de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Sébastien Leruste,

Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury, soyez assuré de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Philippe Desmarchelier,

Je vous suis très reconnaissante pour les conseils donnés durant ma formation et pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Je tiens à remercier chaleureusement toutes celles et ceux qui m'ont aidée et soutenue lors de l'élaboration de cette thèse.

Un grand merci à ma famille et mes amis pour leur soutien.

Aux personnes interrogées, pour s'être rendues disponibles, et pour m'avoir fait confiance.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS-OI : Agence Régionale de la Santé - Océan Indien
CESER : Conseil Economique, Social et Environnemental Régional
ALD : Affection de Longue Durée
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
ETP : Education Thérapeutique du Patient
DT2 : Diabète de Type 2
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
IMC : Indice de Masse Corporelle
HTA : Hypertension artérielle
ASG : Auto surveillance glycémique
HAS : Haute Autorité de Santé
InVS : Institut national de Veille Sanitaire
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé
Réseau RéuCARE : Réunion Coeur Artères Reins Education
PPS : Plans Personnalisés de Santé
ESPE La Réunion : Ecoles Supérieures du Professorat et de l'Education
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
HbA1c : Hémoglobine glyquée
GLP1 : Glucagon-like peptide-1
Loi HPST : Loi Hôpital, Personne, Santé, Territoires
SFD : Société Francophone du Diabète
ADA : Association Américaine du Diabète
EASD : Association Européenne pour l'Etude du Diabète
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
ONU : Organisation des Nations Unies
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
ADO : Antidiabétiques oraux
DOM : Départements d'Outre-mer
J.C : Jésus Christ

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	7
II.	CONTEXTE	9
	CHAPITRE 1 : L'INDE	9
	1.1 SITUATION GEOGRAPHIQUE	9
	1.2 HISTOIRE	9
	1.3 MEDECINE AYURVEDIQUE	10
	CHAPITRE 2 : LE DIABETE	12
	2.1 EPIDEMIOLOGIE DU DIABÈTE DANS LE MONDE	12
	2.2 PROBLÉMATIQUE DU DIABÈTE DE TYPE 2 A LA RÉUNION	14
	2.2.1 Etude REDIA	14
	2.2.2 Le réseau RéuCARE	15
	2.3 SPECIFICITES DU DIABÈTE EN INDE	15
	CHAPITRE 3 : DEFINITIONS	16
	3.1 LA SANTE	16
	3.2 LA MALADIE CHRONIQUE	16
	3.3 LE DIABETE	16
	3.4 L'EDUCATION THERAPEUTIQUE	18
	3.5 LE MIGRANT	21
	CHAPITRE 4 : CADRE CONCEPTUEL	21
	4.1 CONCEPT DES REPRÉSENTATIONS MENTALES	21
	4.1.1 Définition de la représentation	21
	4.1.2 Modèle ontologique / relationnel	24
	4.1.3 Modèle exogène / endogène	25
	4.1.4 Modèle additif / soustractif	25
	4.1.5 Modèle maléfique / bénéfique	25
	4.1.6 L'anthropologie appliquée aux sciences médicales	26
	4.2 CONCEPT DE SANTE	28
	4.3 CONCEPT DE MALADIE	29
	4.4 L'IMPACT DE LA CULTURE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE	30
	4.5 LE PATIENT ET LA MALADIE CHRONIQUE	31
	4.6 CONCEPTS ANGLO-SAXONS DE ILLNESS / DISEASE / SICKNESS	31
	4.7 RELATION MEDECIN-MALADE	32
	CHAPITRE 5 : REVUE DE LA LITTERATURE	33
	5.1 MEDECINE TRADITIONNELLE EN ASIE	33
	5.2 LE PATIENT DIABETIQUE ET LA NOTION DE MALADIE CHRONIQUE	34
	5.3 PROBLEMATIQUES DU MIGRANT	34
	5.3.1 Les barrières linguistiques et culturelles	34
	5.3.2 Le métissage culturel des migrants	35
	5.3.3 Impact de l'acculturation	35

5.3.4 Vulnérabilité psychologique	35
5.3.5 Soutien de l'entourage	36
5.3.6 Suggestions des patients pour améliorer la prise en charge du diabète	36
5.3.7 Perception du système de soins	36
III. MATERIEL ET METHODES	37
CHAPITRE 1 : TYPE D'ETUDE	37
CHAPITRE 2 : POPULATION ETUDIEE	38
2.1 METHODE D'ECHANTILLONNAGE : L'ECHANTILLONNAGE THEORIQUE	38
2.2 LA TAILLE DE L'ECHANTILLON	38
CHAPITRE 3 : COLLECTE DES DONNÉES	39
3.1 L'ETHIQUE	39
3.2 L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF	39
3.3 ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN	40
3.4 TEST DU GUIDE D'ENTRETIEN	40
3.5 DEROULEMENT DES ENTRETIENS	40
CHAPITRE 4 : ANALYSE DES DONNÉES QUALITATIVES	41
4.1 TRANSCRIPTION INTEGRALE DES DONNEES	41
4.2 CODAGE DES DONNEES	41
4.3 REGROUPEMENT PAR THEMES	41
CHAPITRE 5 : VALIDITE INTERNE ET EXTERNE	42
IV. RÉSULTATS	43
CHAPITRE 1 : CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS	43
CHAPITRE 2 : LES REPRESENTATIONS	45
2.1 LE DIABETE, DEFINITION	45
2.2 MODE DE DECOUVERTE	45
2.3 SYMPTOMES RESSENTIS A TYPE DE FATIGUE ET MALAISE	46
2.4 SYMPTOMES DIVERS	47
2.5 CAUSES DU DIABETE	47
2.6 CONSEQUENCES DU DIABETE	48
2.7 NOTION DE MALADIE CHRONIQUE	50
CHAPITRE 3 : LE VECU	51
3.1 CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE	51
3.2 COMPETENCES DANS LE SUIVI, LA SURVEILLANCE GLYCEMIQUE ET AUTOMEDICATION	52
3.3 REGLES HYGIENO-DIETETIQUES	52
3.4 TRAITEMENTS	57

3.5 REFERENCE AUX HABITUDES DU PAYS D'ORIGINE	58
3.6 VECU DE LA MALADIE	61
3.7 VECU DE LA SURVEILLANCE DU DIABETE	63
3.8 LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE	64
3.9 HOSPITALISATION	65
3.10 COMORBIDITES	66
V. DISCUSSION	68
CHAPITRE 1 : REPRÉSENTATIONS DU DIABÈTE	68
CHAPITRE 2 : VECU DU DIABETE	70
CHAPITRE 3 : FREINS ET MOTIVATIONS POUR UNE BONNE PRISE EN CHARGE	73
CHAPITRE 4 : COMMENT AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DE CES PERSONNES ? ...	74
CHAPITRE 5 : PLACE DU MEDECIN GENERALISTE	75
CHAPITRE 6 : LIMITES DE L'ÉTUDE	77
6.1 BIAIS DE RECRUTEMENT	77
6.2 BIAIS LIES A LA METHODOLOGIE DE L'ENTRETIEN	77
6.3 BIAIS D'INTERPRETATION	78
6.4 BIAIS DE PERTE D'INFORMATION	78
6.5 BIAIS DE MEMORISATION	78
6.7 BIAIS DE DESIRABILITE SOCIALE	78
VI. CONCLUSION	79
BIBLIOGRAPHIE	80
ANNEXES	87
SERMENT D'HIPPOCRATE	119
RESUME	120
ABSTRACT	120

I. INTRODUCTION

Le diabète est une pathologie dont la prévalence est élevée et la morbi-mortalité très sévère à la Réunion. On dénombre 10% de diabétiques à la Réunion représentant 80 000 personnes. Le coût économique lié à la prise en charge de la maladie et des complications est très élevé (prévisions alarmantes avec un nombre croissant d'ALD, amputations, AVC, insuffisance rénale...).

Il existe une prédisposition des populations asiatiques du sud pour le diabète de type 2 : insulino-résistance, adiposité abdominale accrue malgré IMC bas, précocité du déclin des cellules pancréatique, facteurs physiopathologiques, sédentarité, modifications des comportements alimentaires lors des migrations.... L'Inde porte le surnom de capital du diabète avec 40 millions de diabétiques en 2007, et des prévisions annonçant 69 millions de diabétiques en 2025. Aux Etats-Unis, les migrants d'Asie du Sud ont 7 fois plus de risque de développer un diabète de type 2 par rapport à la population générale. Au Royaume-Uni ce chiffre est de 4 et on a constaté que la maladie apparaissait une décennie avant dans ce sous-groupe de population.

La population immigrée indienne choisit souvent des pays anglo-saxons comme pays d'accueil. Cependant, il existe une diaspora indienne à la Réunion qui reste mal connue. Les spécificités de leur parcours migratoire sont ignorées aussi bien des professionnels de santé qui les côtoient que de la population générale.

Plusieurs études ont été menées sur le diabète et ses représentations à la Réunion en population générale (1,2). Des études britanniques et américaines se sont intéressées aux populations immigrées d'Inde, à leurs risques propres de développer un diabète, à leurs perceptions du diabète (3, 4, 5, 6). En France, ce sont surtout les populations originaires d'Afrique qui ont été étudiées. Il n'y a pas d'études réalisées en France et à la Réunion concernant la population diabétique originaire d'Inde.

Les raisons pour lesquelles les personnes pensent être atteintes de diabète peuvent constituer un point d'ancrage du déni de leur maladie et expliquer en partie l'échec de la prise en charge médicale. Le clinicien doit adapter sa prise en charge en fonction du patient qu'il a en face de lui, en intégrant les données socioculturelles et psychoaffectives.

Plusieurs études ont montré l'impact du vécu et des représentations sur l'évolution de la maladie, il semble donc important de chercher à les connaître (15, 16, 19, 20, 21, 22).

C'est pourquoi, nous avons choisi une méthode qualitative pour étudier les représentations du diabète chez la population indienne de 1^{ère} génération. Ce groupe de population est souvent assimilé à tort aux descendants des engagés à la Réunion, ce qui n'est pas le cas dans cette étude.

Je me suis donc intéressée à cette diaspora avec ses particularités culturelles, particulièrement à risque de développer un risque de diabète, originaire de pays où l'accès aux soins est coûteux et difficile, et pouvant donc présenter des représentations du diabète propres.

La technique utilisée est l'entretien semi-directif, ce qui permet de faire ressortir des thèmes récurrents évoqués par les personnes interrogées.

Ce travail a été facilité par le fait que je parle la langue maternelle de ces personnes, permettant aux personnes de se confier plus facilement. Cela m'a permis également de mieux comprendre le sens de leurs propos et de mieux conduire l'entretien.

Initialement, nous nous sommes posés différentes questions :

- Quelles connaissances ont ces personnes sur leur diabète ?
- Comment ces personnes vivent-elles leur maladie ?
- Comment favoriser l'observance chez cette population de personnes?

De ces interrogations naît la question de recherche : **Quelles sont les représentations du diabète chez les personnes diabétiques indiennes ayant migré à la Réunion ?**

Les objectifs de ce travail sont les suivants :

- Objectif principal : explorer les représentations des personnes à propos du diabète de type 2 et du traitement de la maladie
- Objectifs secondaires :
 - o Recueillir leurs connaissances sur le diabète de type 2
 - o Identifier le recours éventuel à la médecine traditionnelle
 - o Recueillir leurs attentes et leurs besoins

Pour répondre à la question de recherche nous avons émis trois hypothèses :

- Les représentations du diabète sont influencées par la médecine traditionnelle asiatique.
- Les personnes utilisent d'autres recours que le système de soin occidental pour la prise en charge de leur diabète.
- Le caractère chronique de la maladie est difficile à comprendre pour la personne, ce qui entraîne parfois une rupture de traitement. Il s'agit d'un élément que l'on retrouve empiriquement mais aussi dans les études quelque soit le type de population ciblée.

Cette étude va donc permettre une meilleure connaissance d'une population dont les caractéristiques sont encore mal connues dans le domaine médical et d'améliorer les pratiques.

En première partie, nous aborderons le diabète et les différents concepts nous permettant de mieux comprendre les notions de « représentations », de maladie chronique, de santé et d'éducation thérapeutique.

Puis nous aborderons les aspects méthodologiques, les résultats issus de l'analyse du verbatim des personnes et la discussion.

II. CONTEXTE

CHAPITRE 1: L'INDE

1.1 SITUATION GEOGRAPHIQUE

Les personnes interrogées dans l'étude sont nées en Inde, dans les états du Tamil Nadu et du Gujarat. L'Inde est le deuxième pays le plus peuplé et le septième pays le plus grand du monde.

Carte 1 : Situation géographique de l'Inde



1.2 HISTOIRE

L'Inde est un foyer de civilisations parmi les plus anciens du monde, la civilisation de la vallée de l'Indus s'y est développée dès 3000 avant J.C. L'Inde est la terre de naissance de quatre religions majeures (l'hindouisme, le jainisme, le bouddhisme et le sikhisme) alors que le zoroastrisme, le christianisme et l'islam s'y sont implantés durant le Ier millénaire.

Le pays a été graduellement annexé par la Compagnie anglaise des Indes avant de passer sous le contrôle du Royaume-Uni au XIX^e siècle. L'Inde devient indépendante en 1947, année de création du Pakistan ; c'est la partition de l'Inde. De cette division naîtra plus tard en 1971 le Bangladesh.

La France a eu une dizaine de comptoirs en Inde dès 1668. Le premier comptoir est installé à Surat (Gujarat) en 1668 par la Compagnie française des Indes orientales, puis Pondichéry en 1673 (Tamil Nadu).

L'éducation, l'administration, les systèmes de mesure suivent un modèle britannique. Il existe 23 langues officielles en Inde, dont l'Anglais. La population était estimée à plus de 1 milliard

300 millions d'habitants en 2016. La pauvreté, l'analphabétisme, la corruption constituent des problèmes importants de la société indienne.

1.3 MEDECINE AYURVEDIQUE

Les soins de santé sont payants en Inde, rendant leur accès difficile à une grande partie de la population. Le recours à la médecine traditionnelle est très fréquent.

La médecine Ayurvédique ainsi que d'autres approches traditionnelles indiennes ont décrit plus de 800 plantes dans le sous-continent indien connues pour posséder des vertus antidiabétiques.

La Margoze et le Jamblon sont des plantes fréquemment utilisées à visée antidiabétique en Inde.



Momordica charantia est une des plantes les plus utilisées à visée hypoglycémiant dans le cadre du diabète, notamment en Asie, en Amérique du Sud, aux Caraïbes, en Afrique de l'Est. Elle appartient à la famille des Cucurbitacées. Elle porte différents noms : margoze à la Réunion, melon amère (bitter melon), bitter gourd en anglais, karela en Inde.

Ainsi de nombreuses études sur les animaux ont montré ses effets antidiabétiques (76) : effet hypoglycémiant, amélioration de la tolérance au glucose et de la lipolyse, protection contre l'insulinorésistance et l'adiposité, stimulation de l'utilisation du glucose par les muscles squelettiques et périphériques, oxydation du glucose dans les érythrocytes et les adipocytes, inhibition de l'absorption intestinale de glucose, inhibition de la différenciation des adipocytes, suppression d'enzymes clés de la néoglucogenèse, stimulation de la fabrication et du stockage du glycogène par le foie, inhibition de l'activité de la disaccharidase (77), préservation des cellules β pancréatiques et de leurs fonctions de sécrétion de l'insuline (79, 80).

L'effet sur la disaccharidase est important pour le traitement des diabètes de type 1 et 2 en prévenant les hyperglycémies postprandiales.

Cette plante est utilisée pour traiter de nombreuses autres pathologies, elle possède plus de 225 constituants pharmacologiques. En ce qui concerne le diabète, les substances suivantes jouent un rôle important : saponine, charantine, insulin-like peptide, extraits mimant les alcaloïdes (81).

Momordica charantia est vendue dans de nombreux pays comme un supplément alimentaire : décoction à base de ses feuilles, jus...

Une étude de Fuangchan (78) en 2010 a en effet montré l'effet hypoglycémiant du melon amère chez des diabétique de type 2 recevant 2000 mg par jour de poudre de melon amère sec (abaissement du taux de fructosamine). Cependant, l'effet hypoglycémiant était quantifié à moins de 1000mg par jour de Metformine.

Mais il existe aussi des effets indésirables pas toujours connus par les personnes. Après consommation d'infusion de feuilles de melon amer, des comas hypoglycémiques et des convulsions ont été rapportés. Des céphalées ont été notées après ingestions de graines de melon amer. Mais aucune grande étude n'a été menée pour souligner les effets indésirables. De plus, toutes les parties du melon amer ne contiennent pas les composants déjà cités : c'est surtout dans l'huile et les graines. Il faut donc cuisiner le melon amer avec ses graines, ce qui n'est pas toujours le cas.

Par ailleurs, la variété de melon amer blanc contient moins de saponine et est donc moins efficace. La variété verte est préférée pour ses propriétés antidiabétiques à condition de conserver ses graines.

Cette plante peut être considérée comme un plus dans le traitement du diabète mais ne remplace pas les traitements antidiabétiques.

Les études sur l'homme ont été réalisées en trop petit nombre et à trop petite échelle pour que l'on puisse préconiser son usage comme antidiabétique sans contrôle médical strict.

Par contre, cette plante peut être indiquée comme complément alimentaire pour le maintien du taux de sucre dans le sang.

Le jambon (*Syzygium cumini*) est une plante avec des propriétés antidiabétiques trouvée dans les régions tropicales et subtropicales.



Elle est très connue au Brésil, en Inde, à Madagascar où cette plante est consommée sous différentes formes : décoction à base de ses feuilles, jus obtenu à partir des graines ou des fruits. Dans le sud de l'Inde, une pâte à base des graines, mélangée aux feuilles de margoze est donnée de façon quotidienne pendant trois mois pour traiter le diabète. Parfois les graines sont séchées pour obtenir une poudre utilisée dans cette même indication. Cette plante est aussi utilisée dans de nombreuses autres indications : diarrhée chronique, dysenterie, asthme, rash cutané, ulcères, aphtes, parasitoses, mycoses...

Dans les années 1960 et 1970, des essais cliniques ont montré les effets antidiabétiques de *Syzygium cumini* sur des animaux diabétiques.

Fruits, feuilles, graines, racines contiennent des composés qui interviennent dans le métabolisme des glucides et dans la modulation de l'insulinorésistance, notamment par l'inhibition de l'alpha amylase pancréatique et des glucosidases (75, 84). Les plantes sont riches en anthocyanine, acide ellagique, isoquercétine, kaemferol, myrecétine. Les graines qui sont commercialisées sous forme de poudre, contiennent de l'alkaloïde, jambosine, glycoside jambosine, antimelline. Les graines ont une action anti-oxydante grâce aux flavonoïdes.

De part l'amélioration de l'insulinorésistance et la diminution de la dysfonction des cellules beta pancréatiques (82, 83), *Syzygium cumini* est une plante intéressante dans le contrôle de

la maladie diabétique, mais les études sur les humains manquent, notamment pour préciser les effets secondaires.

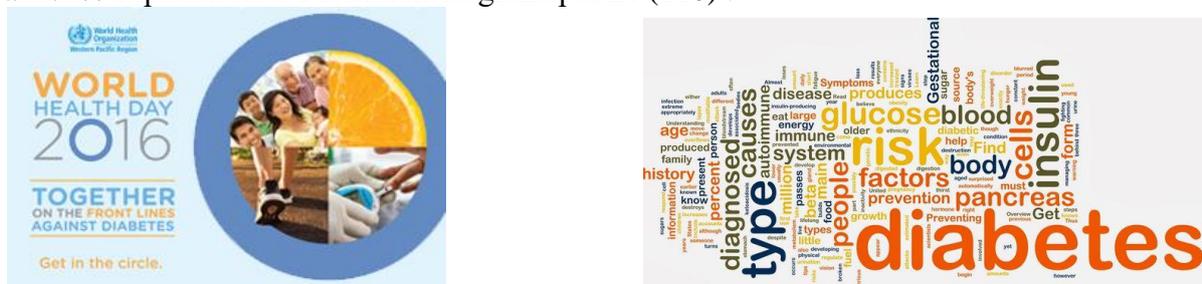
CHAPITRE 2: LE DIABETE

2.1 EPIDEMIOLOGIE DU DIABÈTE DANS LE MONDE

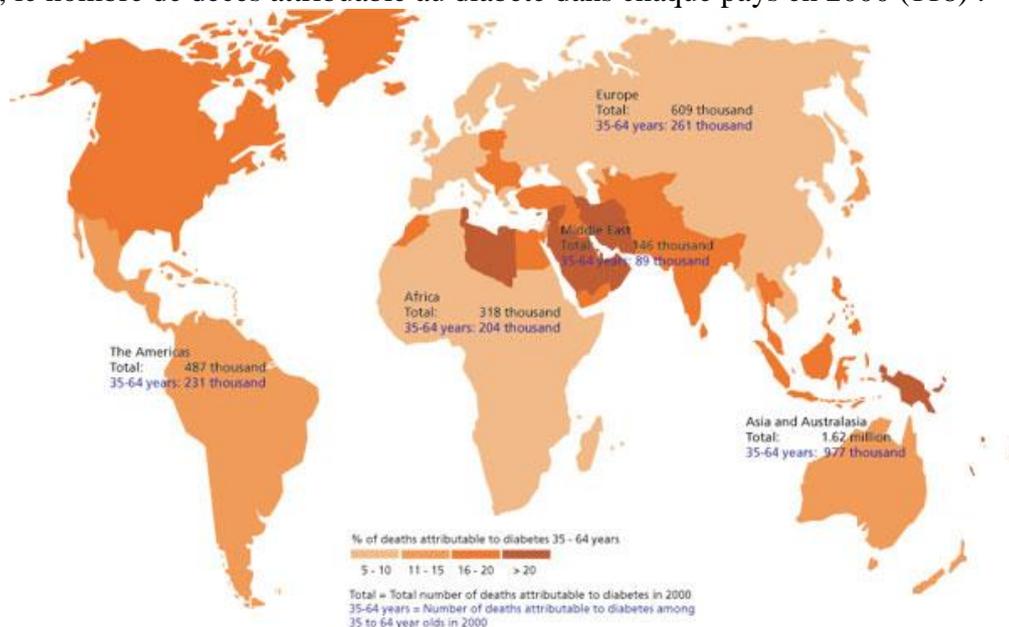
À l'échelle mondiale, on estime que 422 millions d'adultes vivaient avec le diabète en 2014. En 2012, on a estimé que 1,5 million de décès étaient directement dus au diabète et que 2,2 millions de décès supplémentaires devaient être attribués à l'hyperglycémie (7).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 2004, près de 3,4 millions de décès étaient à imputer aux conséquences de l'hyperglycémie. Parmi ces décès, près de 80% ont été enregistrés dans les pays à revenus faibles et moyens.

A l'occasion de la journée mondiale du diabète en novembre 2016, l'OMS a publié plusieurs affiches explicatives à l'attention du grand public (118) :

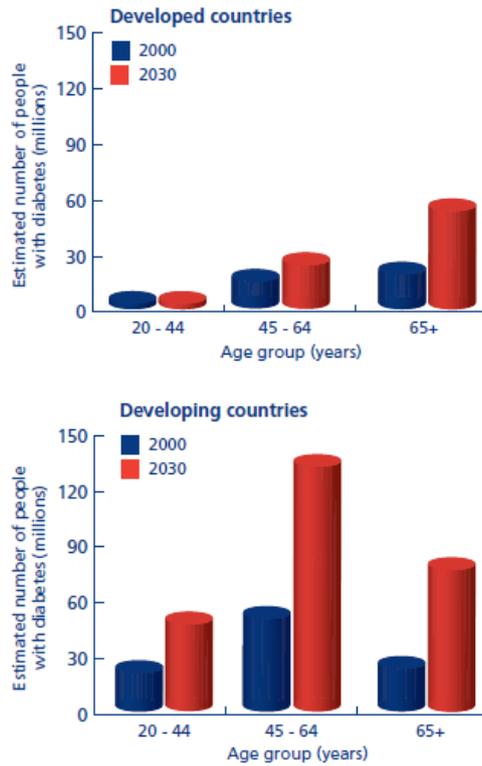


Carte 2, le nombre de décès attribuable au diabète dans chaque pays en 2000 (118) :



En 2016, la première cause de décès en France est le cancer, suivie des maladies cardiovasculaires (maladie coronarienne et AVC) (123).

Diagramme 1, estimation du nombre d'adultes diabétiques dans les pays développés et dans les pays en voie de développement en 2000 et 2030 (118):



Estimated number of adults with diabetes.

Figure 1, explications en anglais sur les types de diabète, les facteurs de risque, les mesures de prévention (OMS) (118) :

DIABETES

DIABETES IS ON THE RISE

3.7 MILLION deaths due to diabetes and high blood glucose

1.5 MILLION deaths caused by diabetes

422 MILLION adults have diabetes

THAT'S 1 PERSON IN 11

Main types of diabetes

- TYPE 1 DIABETES**
Body does not produce enough insulin
- TYPE 2 DIABETES**
Body produces insulin but can't use it well
- GESTATIONAL DIABETES**
A temporary condition in pregnancy

Consequences
Diabetes can lead to complications in many parts of the body and increase the risk of dying prematurely.

- Stroke
- Blindness
- Heart attack
- Kidney failure
- Amputation

DIABETES

Risk factors for type 2 diabetes
Genetics, age and family history of diabetes can increase the likelihood of becoming diabetic and cannot be changed. But some behaviours that increase risk can:

- Unhealthy diet
- Physical inactivity
- 1 in 3 is overweight
- 1 in 10 is obese

KEY ACTIONS

FOR EVERYONE

- Eat healthily
- Be physically active
- Avoid excessive weight gain
- Check blood glucose if in doubt
- Follow medical advice

FOR GOVERNMENTS

Healthy Environments

ENSURE

Better Diagnosis & Treatment Better Data

www.who.int/diabetes/global-report #diabetes World Health Organization

www.who.int/diabetes/global-report #diabetes World Health Organization

2.2 PROBLÉMATIQUE DU DIABÈTE DE TYPE 2 A LA RÉUNION

2.2.1 Etude REDIA

Selon l'Institut de veille sanitaire, la prévalence standardisée du diabète en 2012 sur le département de l'île de la Réunion était de 9,80% soit 57 976 patients suivis (INVS, 2012) (15). Leur âge moyen était de 61,1 ans. Ils étaient composés de 43,7% d'hommes.

L'âge moyen du diagnostic du diabète de type 2, le plus fréquent, est de 45 ans, soit 5 à 10 ans de moins qu'en métropole (12). Dans la tranche d'âge des 18/29 ans c'est un quart des diabètes qui ne sont pas connus.

Enfin, les complications liées au diabète surviennent sur l'île de la Réunion avec 10 ans d'avance par rapport à la métropole.

« L'explosion des anomalies métaboliques et du diabète à la Réunion est survenue trop rapidement pour que l'on puisse incriminer une modification du pool génétique ». (Debussche, Garandeau, Perrichot, & Dalban, 2010) (12) ; (Favier et al.) (119)

La Réunion concentre 10% de diabétiques soit 80 000 personnes, plaçant l'île en tête des régions françaises et au 6e rang mondial. Le diabète représente un coût de 560 millions d'euros pour l'île sur un total national de 14 milliards d'euros. Chaque jour à la Réunion, il y a 20 diabétiques de plus, et autant d'amputations en plus. La prévalence du diabète à la Réunion est 2 fois plus élevée qu'en France métropolitaine. Il est établi qu'un tiers (33 %) des malades ignorent leur état. Chaque année, environ 3 900 nouvelles admissions pour ALD (Affection Longue Durée) sont recensées pour cause de diabète (13).

Des approches anthropologiques des représentations du diabète chez les Réunionnais ont déjà été étudiées, l'île a même été qualifiée d'île sucrée...(2)

La prévalence du diabète mesurée dans l'étude REDIA correspond à plus du double de celle observée il y a moins de 10 ans dans le département. Cette croissance constante s'explique à la fois par le vieillissement attendu de la population encore jeune (40% de jeunes de moins de 20 ans), et par l'augmentation des facteurs de risque comme l'obésité et le syndrome métabolique. Dans les pays européens et dans le monde, la prévalence du diabète est également en pleine expansion. Mais ce phénomène est plus marqué à la Réunion à cause de l'évolution rapide des modes de vie dans les dernières décennies. L'île a subi des transformations majeures de société depuis la départementalisation en 1946, après la période difficile des années 1940. L'amélioration des transports et des échanges aériens a permis l'implantation des caractéristiques de notre société moderne : développement des grandes surfaces et de la consommation de masse, essor de la voiture et sédentarité.

Les diabètes réunionnais sont dominés par le diabète de type 2 avec obésité, syndrome métabolique et insulino-résistance, dont la survenue est favorisée par l'évolution moderne des modes de vie, plus rapide qu'en France métropolitaine et en Europe, sur un terrain multiethnique (14).

Le diabète de type 2 est à l'origine de la majorité des complications cardiovasculaires, rénales et des coûts de santé induits, malgré une prise en charge qui s'est nettement améliorée depuis une vingtaine d'années, réduisant ainsi l'écart avec la métropole avec des efforts de structuration, de formation, d'éducation et de prévention qui portent leurs fruits.

La prévention du diabète par une correction des comportements à risque paraît capitale pour améliorer l'éducation thérapeutique et retarder ainsi les complications de cette maladie insidieuse (1).

2.2.2 Le réseau RéuCARE

Le réseau RéuCARE (Réunion Cœur Artères Reins Education) est un réseau de prévention du risque cardio-vasculaire et rénale. Il ne s'adresse pas seulement aux diabétiques.

Actuellement, les Agences Régionales de Santé (ARS) mettent l'accent sur la mise en place des Plans Personnalisés de Santé (PPS). Le 9 octobre 2012, le ministère chargé de la santé a publié « *un guide méthodologique qui propose les orientations visant à recentrer les quelques 716 réseaux de santé financés en 2011-à hauteur de 167 millions d'Euros- sur leur mission d'appui à la coordination polyvalente de proximité, au service des médecins généralistes et des équipes de proximité pour la prise en charge des situations complexes* » (Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2012) (Direction générale de l'offre de soins) (93).

Ainsi, le réseau RéuCARE s'est centré sur cette mission de coordination. Le réseau dispose d'un conseil d'administration et travaille avec de nombreux partenaires. Les soignants qui interviennent au sein du réseau comme formateurs sont médecins, pharmaciens, infirmiers, podologues ou diététiciens. Ces intervenants travaillent dans le secteur libéral sauf quelques médecins ou infirmiers qui travaillent dans les services de diabétologie des centres hospitaliers universitaires. Tous les formateurs ont été formés par le réseau aux situations éducatives. Certains d'entre eux ont également suivi d'autres enseignements complémentaires comme le diplôme universitaire « Education et prévention des maladies chroniques » porté par l'Université de La Réunion-ESPE La Réunion.

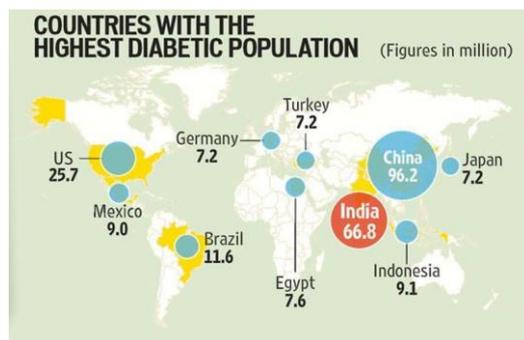
2.3 SPECIFICITES DU DIABÈTE EN INDE

Diverses études ont montré que la prévalence du diabète était plus élevée chez les personnes originaires du sous-continent indien du fait d'une prédisposition génétique avec un déclin précoce des fonctions des cellules Béta pancréatiques, d'une adiposité abdominale et viscérale augmentée dès la naissance entraînant une insulino-résistance accrue, et ce malgré des IMC en général inférieurs aux autres populations (3, 38). Cela contribue à l'apparition d'une insulino-résistance à des âges inférieurs aux autres populations. De même des marqueurs de risque d'apparition du diabète comme la Protéine C Réactive, la Leptine, sont présents à des niveaux plus élevés chez les Indiens (37).

A cela s'ajoutent des comportements alimentaires modifiés en cas de migration, avec un accès facilité aux fast-foods, un apport élevé d'hydrates de carbone et de graisses saturées ; une sédentarité accompagnant l'urbanisation et la modernisation (39, 42, 43, 44).

En Asie du Sud, le risque de développer cette maladie est quatre fois plus élevé par rapport aux individus d'origine européenne (41). Dans le monde entier, 55 millions de personnes originaires d'Asie du Sud sont affectées, et ce nombre ne cesse d'augmenter; l'OMS, prévoit une augmentation devant atteindre les 80 millions d'ici 2030 (7).

Carte 3, les pays avec les chiffres les plus importants de diabète en 2016 (OMS, Journée mondiale du diabète en novembre 2016) (118):



L'Inde porte le surnom de capital du diabète avec 40 millions de diabétiques en 2007, et des prévisions annonçant 69 millions de diabétiques en 2025. En Inde, les soins du diabète englobent jusqu'à 25 % du revenu annuel d'un ménage (45).

Le diabète apparaît dans plus de 50% des cas avant l'âge de 50 ans en Inde, contrairement à 37% aux États-Unis. Cette tendance est retrouvée dans toutes les études s'intéressant aux populations originaires d'Asie du Sud et installées en Amérique du Nord ou en Europe (5).

Aux États-Unis, les migrants d'Asie du Sud ont 7 fois plus de risque de développer un diabète de type 2 par rapport à la population générale (4, 6). Au Royaume-Uni ce chiffre est de 4 et on a constaté que la maladie apparaissait une décennie avant dans ce sous-groupe de population (46, 47, 48).

CHAPITRE 3: DEFINITIONS

3.1 LA SANTE

L'OMS définit la santé en 1946 comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (94).

3.2 LA MALADIE CHRONIQUE

L'OMS définit les maladies chroniques comme « des problèmes de santé qui nécessitent des soins sur le long terme (pendant un certain nombre d'années ou de décennies) et qui « retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade ».

Une autre approche possible de définition des maladies chroniques, est de se baser sur la signification de la maladie et de ses conséquences, pour le malade, pour le médecin et pour la prise en charge thérapeutique, caractéristiques bien décrites par le Pr Jean Philippe Assal, diabétologue (16). Ainsi, la maladie chronique, par son caractère souvent non guérissable, son silence en dehors des crises et son évolution incertaine, va nécessiter pour la personne l'acceptation de la perte de son état de santé antérieur, ainsi qu'une vigilance et une discipline quotidienne, avec souvent la modification de son mode de vie. Il est responsabilisé dans sa prise en charge et devra se former à la gestion de son traitement et des crises, en intégrant le tout à sa vie sociale.

3.3 LE DIABETE

D'après les recommandations de l'OMS (8) :

- glycémie à jeun normale < 1,10 g/L ;
 - hyperglycémie modérée à jeun si la glycémie > 1,10 g/L et inférieure ou égale à 1,26 g/L, seuil d'augmentation du risque vasculaire ;
 - diabète sucré si :
 - glycémie à jeun supérieure ou égale à 1,26 g/L (à 2 reprises), seuil d'apparition de la micro-angiopathie diabétique (rétinopathie),
 - ou glycémie aléatoire supérieure ou égale à 2 g/L et signes cliniques d'hyperglycémie.
- La différenciation des diabètes de type 1 et 2 selon leurs caractéristiques propres est résumée dans le tableau 2.3 (9).

Tableau 1 Caractéristiques respectives des diabètes de type 1 et 2 (9)

	Type 1	Type 2
Antécédents familiaux	Rares	Fréquents
du même type		
Âge de survenue	Plutôt avant 35ans	Plutôt après 35ans
Début	Rapide ou explosif	Lent et insidieux
Facteur déclenchant	Souvent +	Souvent +
Symptomatologie	Bruyante	Pauvre ou absente
Poids	Normal ou maigre	Obésité ou surcharge adipeuse abdominale

	Type 1	Type 2
Hyperglycémie au diagnostic	Majeure >3g/L	Souvent <2g/L
Cétose	Souvent présente	Le plus souvent absente
Complication dégénérative au diagnostic au moment du diagnostic	Absente	Présente dans 50% des cas
Cause principale de mortalité	Insuffisance rénale	Maladie cardiovasculaire

Le diabète de type 2 représente 80 à 90 % des diabètes (9).

Sa prévalence est de 2,78 % de la population dépendant du régime général (traitement par hypoglycémiant oraux et/ou insuline). La prévalence extrapolée à la population générale est de 3,95 % (2007), dont 0,41 % traités par l'insuline seule.

Il existe plus de 2 millions de diabétiques en France, et plus de 200 000 à 300 000 diabétiques sont traités par le régime seul.

La prévalence augmente avec l'âge : près de 10 % de la tranche 65-79 ans. L'accroissement de la prévalence en France est de 5,7 %/an (CNAM 2000-2007).

Les personnes à risque sont les personnes obèses, présentant une anomalie du métabolisme glucidique, ayant des antécédents familiaux de diabète de type 2. Certaines ethnies (Noirs, Hispaniques) sont plus touchées.

Le diabète de type 2 est découvert le plus souvent à l'âge adulte.

L'insulinorésistance, qui prédomine au début de la maladie, permet un traitement oral dans les premières années. Il existe probablement plusieurs causes différentes de ce type de diabète.

Les signes cliniques sont secondaires à l'hyperglycémie. Cette forme de diabète passe souvent inaperçue car l'hyperglycémie se développe graduellement et les personnes, bien qu'asymptomatiques, sont à risque de développer des complications micro et macro vasculaires.

Les objectifs du traitement sont (+++) :

- la normalisation de l'HbA1c (< 6,5 %) ;
- l'amélioration des glycémies et de l'insulinosensibilité ;
- la prise en charge globale des facteurs de risque cardiovasculaire (tabac, HTA, dyslipidémie).

Les moyens pour traiter sont :

- l'activité physique ;
- le régime hypocalorique en cas de surcharge pondérale, sans sucres d'absorption rapide ;
- les traitements oraux ;
- les analogues du GLP1 ;
- l'insuline.

L'HbA1c est la fraction de l'hémoglobine susceptible de se glyquer de façon stable ; elle permet d'estimer l'équilibre glycémique des 2 à 3 mois précédant le prélèvement.

Les recommandations concernent le dosage à faire tous les 3 mois.

Suivant le taux de l'HbA1c, le contrôle sera qualifié de la façon suivante :

- si < 6,5-7 %, le contrôle est bon ;
- si 7 à 8 %, la qualité du contrôle est à interpréter selon le contexte clinique ;
- si > 8 %, le contrôle est mauvais, d'où une modification thérapeutique indispensable.

Le diabète de type 2 correspond à la forme la plus fréquente d'hyperglycémie chronique.

La physiopathologie associe une anomalie de l'insulinosécrétion et de l'insulinosensibilité.

L'objectif du traitement repose sur des objectifs glycémiques (HbA1c <6,5%), mais également tensionnels, lipidiques et pondéraux; le diabète de type 2 nécessite une prise en charge globale de la pathologie et de ses complications (9).

À long terme, l'objectif est de limiter les complications qui sont l'enjeu de cette pathologie chronique.

L'évolution naturelle de la maladie se fait vers une insulino-pénie qui nécessitera à moyen ou long terme le recours à une insulinothérapie.

On distingue classiquement les complications micro-angiopathiques (néphropathie, rétinopathie, neuropathie) des complications macro-angiopathiques, qui consistent en une athérosclérose accélérée, avec certaines spécificités. Le pied diabétique peut résulter de la conjonction de la micro-angiopathie et de la macro-angiopathie.

Le diabète est un facteur de risque des maladies cardiovasculaires. Il augmente le risque d'accident vasculaire cérébral, de maladie coronaire, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance rénale. Sa prise en charge permet de diminuer la morbi-mortalité cardiovasculaire (9).

3.4 L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'est formalisée en 1996 avec la publication par l'OMS d'une définition, de recommandations et des ambitions allouées à cette prise en charge du patient (OMS, Bureau régional pour l'Europe) (92). L'acte de soin s'enrichit alors d'une valeur nouvelle, une approche éducative, qui tend à le globaliser.

L'éducation thérapeutique naît au début des années 70 pour les patients diabétiques des milieux défavorisés de Los Angeles pour Chambouleyron (19). En 1975, Assal, crée au sein de l'hôpital universitaire de Genève une unité de traitement et d'enseignement du diabète. Cette pratique s'ancre sur un engagement du thérapeute et sur une refondation de la relation qu'il entretient avec le patient vers une « *approche humaniste* » d'après Lagger (19).

Le rapport technique de l'OMS donne la définition suivante de l'éducation thérapeutique:
« *L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur la personne. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie* » (92).

La lecture de cette définition nous montre que l'éducation thérapeutique ne se réduit pas à l'instruction et au « *formatage culturel et social* » du patient (Eymard) (95). La Haute Autorité de Santé (HAS), a publié des recommandations liées à l'éducation thérapeutique en juin 2007 (66). Elle indique que l'éducation thérapeutique « *comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie* ».

L'HAS précise que l'ETP a pour objectif d'aider les personnes, mais également leur famille, à comprendre la maladie et son traitement, les rendre acteurs et responsables de leur prise en charge dans le but de les aider à maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

C'est le 21 juillet 2009 (article 1161-1&2), qu'intervient la reconnaissance officielle de l'éducation thérapeutique en France par la loi HPST (hôpital, patient, santé, territoires) (Ministère de la santé et des sports) (67). On y retrouve les recommandations de l'OMS et de l'HAS quant aux objectifs qui visent à rendre le patient autonome et améliorer sa qualité de vie. Des nuances apparaissent, comme par exemple « *faciliter l'adhésion du patient aux traitements prescrits* ». Dans ce cas, le patient est moins au centre des apprentissages. De la même façon, certaines mises en œuvre semblent compliquées. Le médecin prescripteur doit proposer au malade un programme personnalisé qui doit être conforme à un cahier des charges national. D'un point de vue politique, l'encadrement national par un cahier des charges est rassurant car il assure une équité géographique et un niveau scientifique vérifié. Mais la mise en place d'une ETP spécifique au patient devient plus complexe si les programmes nationaux sont trop encadrant (21).

En 2012, la Société Francophone du Diabète (SFD) a traduit la prise de position de l'Association Américaine du Diabète (ADA) et de l'Association Européenne pour l'Etude du Diabète (EASD) (11). Ces deux entités sont reconnues par les professionnels de santé comme guide et référence dans la prise en charge thérapeutique des diabétiques. Un abord historique montre des évolutions tangibles dans la façon d'aborder la prise en charge du diabète de ces deux instances scientifiques. En effet, en 2008, l'ADA publiait un document dont le titre était: « *Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes : a consensus algorithm for initiation and adjustment of therapy. A consensus statement of the ADA and EASD for the study of diabetes* ». (11)

En 2012, l'ADA publie de nouveau avec le titre suivant :

« *Management of hyperglycemia in type 2 diabetes : a person-centered approach. Position statement of the ADA and the EASD for the study of diabetes* ». (96)

On remarque une nette évolution entre ces deux titres et donc dans le positionnement de cette référence en médecine. Il est maintenant clairement indiqué que l'approche est centrée sur la personne. Dans le même ordre d'idée, le terme de « *medical* » a disparu dans la qualification de la prise en charge, ce qui exprime un changement de positionnement des experts médicaux devant la maladie. Enfin, nous sommes passés d'un consensus d'experts en 2008 à une véritable prise de position des deux associations. Ceci marque la reconnaissance par « *l'autorité scientifique médicale* », qui n'était pas officielle jusqu'en 2012, de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du patient diabétique.

En juin 2013 l'INPES a publié un référentiel de compétences pour dispenser et coordonner les programmes d'ETP. Il stipule que l'ETP s'appuie sur les valeurs propres à l'éducation pour la santé et à la promotion de la santé telles qu'elles sont définies dans la charte d'Ottawa et de Jakarta (21). L'éducation thérapeutique renvoie à différents principes dont les trois principaux sont :

- l'éducabilité de tous les patients,
- une approche centrée sur la personne qui est à entendre comme la prise en compte de l'ensemble des éléments qui affectent la santé du patient,
- le respect de la personne, y compris la liberté de choix des individus.

Ce référentiel concerne directement les soignants qui réalisent des activités liées à l'éducation thérapeutique en lien avec les personnes et leur entourage. Une de ses trois parties s'articule autour de six situations caractéristiques de la pratique de l'ETP d'après Foucaud (22) :

- créer un climat favorable à l'ETP ;
- analyser avec le patient, sa situation, ses pratiques de santé et convenir de ses besoins en ETP. Cette étape est souvent qualifiée de diagnostic éducatif ;
- s'accorder, avec le patient et son entourage, sur les ressources nécessaires pour s'engager dans un projet et construire avec lui un plan d'action ;
- mettre en œuvre le plan d'action avec le patient et son entourage ;
- co-évaluer avec le patient les pratiques et les résultats de la démarche d'ETP.

L'ETP est une démarche qui va impliquer les soignants, les patients et leur entourage. Cette démarche va être structurée autour de l'objectif qui est de permettre au patient « *d'augmenter ses connaissances, ses compétences, de lui faire prendre conscience de son diagnostic et de ses facteurs de risque* » (Deccache) (20). Nous voyons apparaître ici deux des objectifs de l'ETP : améliorer l'observance thérapeutique et diminuer les complications de la maladie (Assal) (16). Mais Lager va plus loin que ces objectifs que nous pourrions qualifier de biomédicaux ; il indique que l'ETP vise à ce que les patients portent « *un regard plus clément sur eux-mêmes, qu'ils puissent se reconstruire un parcours de vie, une identité* » (97).

L'ETP se situe à la confluence de deux mondes, celui du patient et celui de son soignant. La difficulté repose peut-être sur les différences qui peuvent exister entre ces deux milieux (au sens anthropologique du terme).

Le diabète de type 2, en augmentation croissante, de par son caractère insidieux, tant clinique que biologique, fait le lit d'une morbi-mortalité sévère. De plus on constate un manque d'adhésion des patients aux mesures d'éducation préconisées.

La mise en place d'une éducation thérapeutique a fait apparaître la nécessité d'une approche centrée sur le patient, avec le passage d'un modèle bio-médical à un modèle plus global,

biotechnique, pédagogique et psycho-social. Les sciences humaines comme la sociologie, la psychologie de la santé ont mis en évidence l'importance de prendre les représentations et le vécu des patients pour influencer sur les comportements de santé (51).

Connaître les représentations du patient va permettre au soignant de mieux identifier les difficultés et les ressources internes et externes des patients dans le suivi de leur maladie (90). Cela permettra également au soignant de mettre en évidence les représentations qui constituent un frein à l'adhésion du malade à son traitement et ainsi, de cibler ses messages de façon à les déstabiliser et essayer de provoquer le changement (91).

3.5 LE MIGRANT

Par définition, le migrant est d'après l'Organisation des Nations Unies (ONU), quelqu'un "qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays." (64, 10)

CHAPITRE 4: CADRE CONCEPTUEL

Le cadre théorique de cette étude est basé sur la théorie des représentations sociales. Le diabète a déjà été considéré comme un objet de représentation sociale dans des études menées auprès de diabétiques (98, 99).

4.1. CONCEPT DES REPRÉSENTATIONS MENTALES

Pour poser la question de départ, nous nous sommes intéressés à l'apport anthropologique et sociologique des représentations de la maladie. Les auteurs de ces spécialités ont développé plusieurs théories en rapport avec ce sujet. Dans un premier temps, nous en présenterons certaines.

4.1.1 Définition de la représentation

Il s'agit d'une "entité de nature cognitive reflétant, dans le système mental d'un individu, une fraction de l'univers extérieur à ce système." (17). Il est nécessaire que l'individu fasse sien cette fraction, cet élément, qu'il l'assimile pour mieux le connaître. Les représentations vont réexprimer un élément ou un ensemble d'éléments de façon à faire correspondre à des éléments de départ des éléments d'arrivée. Cela nécessite deux actions: une "transformation" et une "conservation". Les éléments de départ sont bien évidemment transformés pour arriver à une représentation." La représentation renvoie donc à un objet ou à un événement différent mais auquel elle est associée et qu'elle peut parfois remplacer (53).

On distingue deux phénomènes dans le concept de représentation: le processus de la représentation (la mise en correspondance entre les deux éléments) et le résultat de ce processus.

La psychologie cognitive considère les représentations comme des "modèles intériorisés que le sujet construit de son environnement et de ces actions sur cet environnement." L'individu peut ensuite utiliser ses représentations mentales dans certaines situations avec une certaine finalité.

La psychologie cherche à établir la façon dont les individus construisent des représentations internes et les utilisent pour s'adapter à leur environnement. Parmi ces représentations, on différencie les "représentations-types" et les "représentations-occurrences". Les "représentations-types" désignent les informations permanentes que possède un individu, informations qui lui sont propres. Les "représentations-occurrences" désignent les "évoqueries singulières temporaires de ces informations". Le chercheur, à partir de l'observation du comportement d'un individu repère différentes "représentations-occurrences" et à partir de celles-ci établit des "représentations-types" (53).

Le concept de représentation sociale a d'abord été introduit en sciences sociales par Émile Durkheim, un sociologue français, qui en 1898, nomma ce concept «représentations collectives» (26).

Il a fallu attendre jusqu'en 1961 pour que Serge Moscovici, un psychosociologue d'origine roumaine, fasse valoir auprès de ses collègues et de l'ensemble des sciences humaines le riche potentiel de ce concept en publiant son ouvrage intitulé «La psychanalyse» (60). Selon lui, les représentations sociales sont des «univers d'opinions» propres à une culture, une classe sociale ou un groupe et relatives à des objets de l'environnement social (60). De plus, pour lui, la représentation sociale est «un outil de pensée pour l'individu qui lui sert dans sa vie quotidienne» et qu'il définit comme «une modalité de connaissance particulière ayant pour fonction l'élaboration des comportements et la communication entre les individus» (69).

D'autres chercheurs ont également tenté de définir le concept des représentations sociales. C'est le cas de Jodelet (1989) qui définit la représentation sociale comme étant «une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la constitution d'une réalité commune à un ensemble social» (17). Cette définition montre à quel point le social est à l'origine de toute représentation. Dans cette perspective, la communication semble être au cœur de la représentation sociale. En effet, l'élaboration et le partage de la représentation par le groupe social se fait nécessairement par la communication. Les membres au sein d'un ensemble social partagent un langage commun, pouvant ainsi échanger à propos d'un objet de la vie de tous les jours.

Abric, pour sa part, décrit la représentation sociale comme «un ensemble organisé d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations se référant à un objet ou une situation». Elle est déterminée à la fois par le sujet lui-même (son histoire, son vécu), par le système social dans lequel il est inséré, et par la nature des liens que le sujet entretient avec ce système social (18). Pour lui, la représentation sociale est donc le fruit d'une interaction entre l'individu, le monde social qui l'entoure et la position qu'il occupe dans ce monde.

Selon Abric, une représentation sociale est composée de deux parties en interaction :

- 1) éléments centraux ou noyau central (opinions, attitudes, croyances partagées par un groupe) et
- 2) éléments périphériques (opinions, attitudes, croyances sensibles au contexte immédiat avec une dimension individuelle). Les informations, opinions, croyances du noyau central sont fonction du contexte dans lequel se situe le groupe et il y a homogénéité du groupe. Les éléments périphériques viennent s'organiser autour du noyau. Ces éléments peuvent changer et il y a hétérogénéité du groupe. Si les éléments périphériques persistent, un changement au niveau du noyau s'effectue et vient transformer la représentation.

Doise décrit plutôt les représentations sociales comme «des principes générateurs de prises de position qui sont liées à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux»

(25). Il souligne comment la représentation sociale amène les groupes sociaux à prendre position face à certains thèmes organisateurs de façon étroitement liée à la place qu'ils occupent dans l'ensemble social dont ils sont issus.

En résumé, les représentations sociales sont une «représentation de quelque chose et de quelqu'un» (Jodelet) (17). Une représentation sociale est l'idée qu'on se fait de quelque chose (ex.: de la maladie, du traitement). Si on n'a pas d'idée de ce qu'est ledit objet, on ne sait pas comment se comporter; les représentations étant un système de référence (17). Les représentations sociales présentent plusieurs fonctions.

Pour Moscovici, elles permettent aux individus de partager des croyances communes à propos d'un objet de représentation qui sont nécessaires à leur compréhension mutuelle lors de leurs interactions. Les représentations permettent également de se retrouver dans la réalité (Abric). Elles servent en quelque sorte à guider l'interaction d'un individu avec son environnement physique et social et permettent d'agir de manière adaptée à la situation. Les représentations sociales servent aussi à guider les conduites et les attitudes des individus appartenant à un groupe donné. Elles permettent aux individus d'expliquer et de justifier leurs conduites dans une situation ou à l'égard de leurs partenaires. Enfin, les représentations sociales permettent à un groupe d'acquérir une identité sociale et personnelle et de sauvegarder cette identité.

Le concept de représentations sociales est issu des travaux de Durkheim et a par la suite été développé par la recherche en psychologie sociale (26). Durkheim, qui refusait une explication uniquement physiologique pour expliquer des faits sociaux, s'est intéressé aux représentations collectives par opposition aux représentations individuelles. Ces représentations sont générales, anonymes, permanentes et partagées. Elles sont liées à des attitudes intellectuelles du groupe et non à des "dispositions mentales individuelles". Elles ont une identité propre qui ne consiste pas uniquement en une addition des représentations des individus au sein de la société.

Les représentations sociales correspondent à un domaine particulier des représentations collectives. Elles ne sont pas spécifiques à une société dans son ensemble, contrairement aux représentations collectives, car des groupes sociaux peuvent avoir des représentations différentes d'un même élément. Elles présentent des aspects à la fois collectifs et individualisés.

Il s'agit donc d'un ensemble de valeurs, de conceptions et de croyances conçues par un groupe, mises en commun et transmises lors d'échanges, valeurs qui interviennent également dans la construction de la pensée de l'individu. Les représentations sociales sont construites collectivement et vont aboutir à un consensus au sein de la société. À l'opposé des théories scientifiques, elles ne sont pas issues des travaux ou de la conviction d'une minorité d'individus. Elles n'ont pas besoin de preuves, de justifications autres que celles de la société qui les construit. Elles permettent ainsi de définir certains types de conduites et favorisent la communication entre les individus.

Pour décrire le processus de formation des représentations sociales, on peut définir deux entités: l'objectivation et l'ancrage. L'objectivation va transformer un concept abstrait en un objet du monde réel par principe d'analogie. L'ancrage a pour but de donner du sens à l'élément de représentation, de permettre au groupe de se familiariser avec. Moliner l'a défini comme "le processus par lequel l'objet de représentation devient un instrument familier inséré dans des catégories de savoirs préexistants" (63).

Les représentations pourraient se définir comme une idée que l'on se fait d'une maladie. Elles relèvent d'influences diverses : culturelles, familiales, sociodémographiques, de la personnalité et du parcours de vie de la personne, de sa perception et de ses ressentis. Ce sont donc de véritables constructions personnelles, reflets d'une réalité propre à l'individu et vecteurs de sens à son existence.

Pour comprendre sa maladie, le malade va se poser plusieurs questions pour déterminer les causes et même le sens. "Pourquoi moi?", " Pourquoi maintenant?", "Pourquoi lui?" "Pourquoi ici?"

Les représentations qu'il va construire vont l'aider à y répondre.

L'objectif de cette quête revêt plusieurs aspects:

- pouvoir déterminer de quelle maladie il s'agit
- trouver son mode de survenue
- comprendre qui en est à l'origine
- déterminer pourquoi la maladie s'est développée à ce moment, sous cette forme et chez cette personne.

Pour interpréter sa maladie, l'individu cherche des réponses qui vont au delà de celles données par le corps médical. Encore une fois, l'individu cherche à retrouver sa place dans la société.

Comme l'ont fait remarquer Herzlich et Pierret (50), les représentations qu'aura un individu de la maladie ne sont pas liées à une mauvaise information du patient ou à un manque de connaissances de celui-ci. Elles sont liées à son vécu et à son expérience.

Plusieurs classifications ont été avancées pour décrire l'origine des maladies à travers différentes représentations. Dans son ouvrage "Anthropologie de la maladie", Laplantine a exposé une classification selon quatre modèles: le modèle ontologique/ relationnel, le modèle exogène/ endogène, le modèle additif/ soustractif et le modèle maléfique/ bénéfique (62).

4.1.2 Modèle ontologique / relationnel

Ce modèle oppose "les médecines centrées sur la maladie et dont les systèmes de représentations sont commandées par un modèle ontologique de nature le plus souvent physique et les médecines centrées sur l'homme malade et dont les systèmes de représentations sont commandées par un modèle relationnel qui peut être pensé en termes physiologique, psychologique, cosmologique ou social."

Le modèle ontologique est centré sur une approche qualitative, et s'attache à la localisation de la cause chez l'individu malade, localisation qui peut être d'ordre anatomique ou qui cherche à déterminer "l'espèce" de la maladie.

Le modèle relationnel correspond à une atteinte fonctionnelle ou quantitative. Il se traduit en terme "d'harmonie et de dysharmonie, d'équilibre et de déséquilibre". La maladie est considérée comme un dérèglement par excès ou par défaut. Ce déséquilibre peut être entre l'homme et lui-même. Cela rappelle la "médecine humorale" avec la recherche de l'équilibre entre les quatre humeurs: le sang, le phlegme, la bile jaune et la bile noire. On retrouve la volonté de prendre en charge ce déséquilibre à l'intérieur de l'individu dans des thérapies comme la psychanalyse et l'homéopathie. La rupture peut être entre l'équilibre de l'homme et celui du "cosmos". Cette représentation est présente dans l'ensemble des "médecines populaires des traditions orales". Enfin, la rupture peut être celle de l'équilibre entre l'homme et son milieu social, ce que l'on retrouve dans différentes actions religieuses et/ou magiques.

4.1.3 Modèle exogène / endogène

Modèle exogène : intervention extérieure. Le malade est victime d'une puissance malveillante (sorcier, esprit) ou agent nocif naturel du milieu extérieur.

Le terme exogène désigne une origine extérieure de la maladie. Dans ce cas, celle-ci est causée par un élément étranger au malade. L'individu n'est pas responsable de son état. Il est considéré comme sain. On peut appliquer ce modèle pour expliquer les maladies causées par des éléments naturels (par exemple, un agent infectieux ou chimique, un mauvais équilibre alimentaire, la pollution, un traumatisme physique), des difficultés socioprofessionnelles et des événements traumatiques. On peut aussi introduire des notions surnaturelles (sort, génie, mauvais esprit...).

Le but du traitement est de chasser l'intrus. La guérison vient donc de l'extérieur. Dans le corps, il y a quelque chose en trop qui rend malade et qu'il faut enlever. Ce concept est à la base de nombreux traitements présents aussi bien dans la médecine occidentale que dans les médecines dites traditionnelles avec, par exemple, des ablations chirurgicales, des lavements, des saignées et différents rituels magiques.

Modèle endogène : notion de terrain, d'hérédité, de tempérament, de prédisposition.

Dans le cas endogène, la maladie vient ou se développe de l'intérieur de l'organisme. Il ne s'agit plus alors de chasser un élément externe, puisque la maladie se développe à partir de l'individu lui-même. On retrouve dans ce cas la notion de transmission familiale héréditaire où le sujet est victime de son hérédité. On peut également différencier la part psychologique où le sujet va inconsciemment provoquer sa maladie en raison de troubles émotionnels. Ce modèle prend donc en compte le terrain, l'hérédité, les tempéraments et les prédispositions.

Cependant dans un certain nombre de cas, on retrouve des facteurs à la fois exogènes et endogènes.

4.1.4 Modèle additif / soustractif

Suivant le modèle additif, la maladie est vécue comme l'intrusion de quelque chose dans le corps (objet, microbe, démon), de quelque chose de trop qui pénètre dans le corps de la personne innocente. Avec cette conception, on refuse que la maladie vienne de l'intérieur et implique la personnalité du malade.

Dans le modèle soustractif, le malade a perdu quelque chose qu'il faudra lui restituer. La guérison passe donc par l'ajout de quelque chose.

Ainsi pour les personnes dont les représentations suivent le modèle additif, une intervention chirurgicale, une prise de sang et d'autres traitements ne poseront pas de problèmes. À l'inverse, les individus suivant le modèle soustractif chercheront à recevoir (injections, médicaments...).

4.1.5 Modèle maléfique / bénéfique

Le dernier modèle décrit par Laplantine est le modèle maléfique/bénéfique. La maladie est considérée comme maléfique lorsqu'elle est perçue comme "nuisible, nocive, indésirable et privative". Ses conséquences ne sont pas uniquement au niveau de l'individu mais elle entraîne une dévalorisation sociale qui peut être la cause d'une exclusion de la société.

La maladie suit, au contraire, le modèle bénéfique lorsque ces "symptômes sont considérés comme un message à écouter". La maladie est alors pleine de sens. Elle peut enrichir. La

maladie peut également procurer des bénéfices secondaires. Le malade a un statut privilégié unique qui lui permet de se soustraire à différentes contraintes de la société et d'attirer l'attention sur soi. On parle de "médecine-gratification". Dans certains cas, le malade se dépasse grâce à sa maladie. Il transforme son handicap en une force qui lui permet d'accomplir quelque chose qu'il n'aurait pas fait sans cette maladie.

Ces différents modèles décrits par Laplantine ne s'opposent pas les uns aux autres mais sont complémentaires pour rendre compte des représentations de la maladie.

4.1.6 L'anthropologie appliquée aux sciences médicales

Dans le domaine médical, chaque acteur est animé par sa culture, consciemment ou inconsciemment. Comme nous l'avons vu ci-dessus, elle va configurer nos comportements à travers des valeurs, des usages et des représentations qui nous sont propres. L'anthropologie médicale est une discipline qui va attirer l'attention sur le fait que la culture du soignant et du soigné peut jouer un rôle essentiel et pointer du doigt le piège qui consiste à s'enfermer dans un ethnocentrisme réducteur pour s'efforcer à comprendre le point de vue de l'autre sans le juger (55).

Le Larousse la définit comme une « étude de l'homme et des groupes humains » ou encore une « théorie philosophique qui met l'homme au centre de ses préoccupations » (10). Elle se décline en plusieurs sous-groupes, parmi eux l'anthropologie culturelle qui est « l'étude des croyances et des institutions d'un groupe, conçues comme fondement des structures sociales et envisagées dans leurs rapports avec la personnalité » (10).

Dans le champ de la santé, elle concerne l'étude des représentations s'extériorisant ou non chez le malade et le médecin.

Pour Epelboin, le rôle de l'anthropologue est alors de « décaler le regard, de penser la culture des soignés autant que celles des soignants, d'amener ces derniers à comprendre (ce qui ne signifie pas approuver) le point de vue de l'autre, à s'imaginer à sa place » (27). L'anthropologue est un « traducteur culturel, un transporteur de la parole de l'autre ». L'autre est « cet étrange étranger » qui va à certains moments révéler des émotions et des angoisses latentes du personnel médical, verbalisées ou non, et des dysfonctionnements de l'institution médico-sociale qui passent inaperçus en cas de proximité sociale et culturelle (56). Lorsque le comportement de l'autre semble faire problème, il faut essayer de réfléchir sur ce que cela interpelle en nous par rapport à nos propres représentations sociales et culturelles, c'est-à-dire toute une série de théories et de pratiques qui nous habitent et nous imposent des normes relatives à des domaines variés de notre vie. Quand des situations sont sources de souffrance pour la personne, quand la perte de contrôle est imminente, il est important d'en prendre conscience et il convient de faire appel à des spécialistes de la traduction culturelle (ethnopsychiatres, anthropologues), qui pourront donner du sens à des comportements jugés aberrants par une logique médicale classique.

Le thème de cette thèse consiste à s'intéresser aux représentations du diabète chez des personnes diabétiques nées en Inde et ayant migré à la Réunion. La représentation que va développer un individu de sa maladie lui permet d'assimiler une réalité et de la faire sienne. Ainsi, il pourra trouver des repères à travers son propre système de références. La façon dont il va comprendre et intégrer sa maladie a un lien avec son histoire, ses connaissances, son vécu et sa culture propre.

L'homme utilise des représentations pour comprendre et gérer différentes informations. Il simplifie des données, se les approprie pour comprendre, retenir et vivre avec sa maladie. Ces représentations sont en parties conscientes et en partie inconscientes. Ce que nous avons appris des anthropologues, des sociologues et des psychologues, c'est que la maladie est un phénomène qui dépasse largement la médecine.

Prendre en compte les représentations du patient permet d'améliorer sa prise en charge, en ayant une vue plus générale de celui-ci. Le but n'est évidemment pas d'associer systématiquement une personne à une représentation ou à une culture mais plutôt de se familiariser avec différentes conceptions. En effet, les représentations que peut avoir une personne de sa maladie peuvent influencer sur la prise en charge et constituer un obstacle à celle-ci.

De plus, en médecine générale, le médecin est amené à revoir régulièrement son patient dans le cadre du suivi mais également pour différents problèmes aigus. Il peut ainsi avoir l'occasion de voir la personne dans son environnement (visites à domicile, famille du patient...), ce qui l'aide à mieux cerner ses représentations et l'évolution de celles-ci.

A travers notre métier de médecin, nous sommes invités à rencontrer des personnes aux origines sociales, culturelles, aux modes de pensées très variés. Le rôle de médecin est selon moi d'acquérir un niveau de connaissance minimal afin d'éviter le dogme qui parle de « deux mondes qui cohabitent sans jamais se rencontrer » (89). Ceci répond aux principes fondamentaux de la relation médecin-malade qui nous invitent à nous interroger sur « l'autre », le soigné, que l'on rencontre, car des informations sur lui vont se révéler indispensables dans le sens où ses réactions et ses attitudes seront conditionnées par son histoire et sa culture.

On ne soignera pas un homme contre son gré en lui imposant des soins qui heurtent sa conscience, bouleversant ses traditions et détruisant l'idée qu'il se fait des choses qui l'entourent. N'imposons surtout pas au patient de nous ressembler pour le soigner.

Kleinman a développé dans l'anthropologie médicale, la notion de système de soins (29, 30, 31). Il s'agit d'après Taïeb "de systèmes sociaux et culturels qui construisent la réalité clinique de la maladie". Ils rassemblent le réseau des réponses aux problèmes humains entraînés par la maladie: croyances étiologiques, choix des traitements, statuts et rôles légitimés socialement lors des actions sur le malade, relations de pouvoir qui les accompagnent." (65).

Les systèmes de soins sont composés de trois secteurs vers lesquels les patients peuvent se tourner : le "secteur populaire", le "secteur professionnel" et le "secteur traditionnel".

Différents facteurs pousseront chaque individu à faire confiance à tel ou tel système de soins: ses croyances par rapport à la cause d'une maladie, le ou les traitements qu'il voudra utiliser, sa perception de la place du malade et la notion de pouvoir dans la société, l'accessibilité des soins.

– Le "secteur populaire" englobe l'entourage du patient: famille, amis, voisinage, environnement professionnel. C'est le secteur le moins étudié, mais le plus important car c'est à partir de ce secteur que commence la prise en charge. L'automédication y est importante, tout comme la prévention. La préoccupation pour le maintien de la santé a une importance plus grande que la lutte contre la maladie. Ce secteur influence beaucoup la personne par rapport à son adhésion aux autres secteurs. Ainsi, la vision de la collectivité est primordiale dans la prise en charge d'une maladie.

– Le "secteur professionnel" est composé des professions de santé organisées et reconnues, notamment la médecine scientifique moderne.

– Le "secteur traditionnel", lui, regroupe des spécialistes non professionnels qui peuvent se rapprocher du secteur populaire ou du secteur professionnel. L'usage de la religion et du sacré y est fréquent. En Asie, l'usage de thérapeutique à base de plantes et d'huiles essentielles (médecine Ayurvédique) est courant.

Le malade utilise donc ces trois secteurs pour se soigner, à des degrés divers. Chacun de ses secteurs a des interprétations différentes de la maladie; les soins mis en place y seront donc différents.

Kleinman a également défini dans chacun de ces secteurs des "modèles explicatifs" de la maladie. Ceux-ci "cherchent à expliquer la maladie selon cinq axes: l'étiologie, le moment et le mode d'apparition des symptômes, la physiopathologie, l'évolution du trouble (avec le degré de sévérité, le type d'évolution aiguë, chronique...) et le traitement". Ils ne sont qu'en partie conscients. Ils sont liés à l'expérience du patient, à ses représentations ainsi qu'à celle des soignants et de l'entourage du patient. Ces modèles sont liés au patient et ne sont pas figés mais peuvent évoluer et se modifier complètement. Ce n'est pas la culture du patient qui les détermine (29).

Au cours des différentes consultations et de la prise en charge, le modèle explicatif du malade sera confronté à celui de son praticien. La personne va donc, à travers son analyse, pouvoir modifier son modèle. Ainsi, il pourra:

- adopter le modèle de son médecin, tout en conservant le sien
- attribuer plus d'importance à son modèle qu'à celui de son médecin
- ne garder qu'un des deux modèles
- construire un nouveau modèle grâce à d'autres informations

4.2 CONCEPT DE SANTE

La notion de santé est plus difficile à définir que celle de maladie. On sait quand on est malade. Peut-on affirmer que l'on est en bonne santé?

Canguilhem, philosophe et médecin, pose la question : "Ne parle-t-on pas de santé que parce qu'il existe des maladies?" (57). Il ajoute: "La santé, c'est la vie dans le silence des organes, que par suite le normal biologique n'est révélé que par les infractions à la norme et qu'il n'y a de conscience concrète ou scientifique de la vie que par la maladie".

L'OMS a établi la définition suivante: "La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité."

La santé ne peut pas uniquement être perçue comme une absence de maladie. D'autres facteurs interviennent. Les conditions de vie et la société dans laquelle chacun évolue doivent être prises en compte.

Lebigre précise: "La demande de santé n'est plus de réparer un dysfonctionnement mais d'aider à 'gérer la vie' sous toutes ses formes et à tout moment" (28). Ainsi, des critères culturels sociaux et individuels entrent en jeu et en fonction des modes de vie, les objectifs sont différents.

Pour ne pas tomber malade, pour garder une harmonie intérieure et rester en bonne santé, le mode de vie doit être en accord avec les normes sociales et l'environnement. Par exemple, dans certains pays du tiers monde, la notion de santé se rapproche de celle de la survie. À l'opposé, dans certains pays industrialisés, la société encourage à adopter certaines conduites en matière d'alimentation et de sport (Herzlich) (50). S'occuper de sa santé variera donc en fonction des ressources, du revenu, de l'activité professionnelle ou de la vie de famille.

La santé ne se limite donc pas au corps, mais se définit par rapport à une situation sociale donnée.

La notion de santé a été définie comme la réaction, l'adaptation d'un organisme face à différents accidents pour conserver son équilibre. Elle est ainsi associée à la capacité de l'organisme d'instituer de nouvelles normes en réaction à une situation donnée.

D'après Canguilhem, "la santé c'est une marge de tolérance des infidélités du milieu" et "être en bonne santé, c'est pouvoir tomber malade et s'en relever, c'est un luxe biologique". L'être humain se considère donc en bonne santé lorsqu'il est "adapté au milieu et à ses exigences". Il a la possibilité de surmonter les bouleversements qui se présentent à lui pour instaurer de nouvelles normes et garder sa place dans la société (57).

La santé absolue, une santé parfaite sans interruption de bien-être n'existe pas. La notion d'adaptation est donc primordiale, ce qui a été décrit par Canguilhem: "la santé est une façon d'aborder l'existence en se sentant non seulement possesseur ou porteur mais aussi au besoin créateur de valeurs, instaurateur de normes vitales". Chacun cherche à préserver sa vie, "une vie longue, la capacité de travail physique, la force, la résistance à la fatigue, l'absence de douleur, un état dans lequel on remarque le corps le moins possible en dehors du sentiment joyeux d'existence."

4.3 CONCEPT DE MALADIE

La notion de maladie, elle aussi, peut être nuancée. On ne peut définir la maladie comme une anomalie. Il existe des variations individuelles qui font que toutes les anomalies ne sont pas pathologiques. La pathologie implique "un sentiment direct et concret de souffrance et d'impuissance, sentiment de vie contrariée". Ainsi, la maladie est "un état contre lequel il faut lutter pour pouvoir continuer de vivre" (52).

La maladie marque une rupture avec un état antérieur, ce qui est d'autant plus marqué s'il s'agit d'une maladie chronique. Cette rupture ne se conçoit encore une fois que par rapport à un milieu social défini. Plus qu'un symptôme, la maladie renvoie la personne à sa place dans la société. La santé étant nécessaire pour le rendement, la personne malade ne peut plus remplir ses obligations sociales et la notion d'incapacité entre en jeu. Ce qui définit la maladie dépend donc en partie du jugement du patient et des idées de son environnement social. La culture influe beaucoup sur ce que les individus reconnaissent comme maladie. En fonction du groupe, un même état peut être considéré comme signe de bonne santé ou de maladie (par exemple, avoir des vers intestinaux) et certaines maladies n'existent que dans certaines cultures (52).

Herzlich développe elle aussi l'aspect social de la maladie. Elle parle de celle-ci comme de "l'évènement malheureux qui menace ou modifie, parfois irrémédiablement, notre vie individuelle, notre insertion sociale et donc l'équilibre collectif" (59). La maladie va donc susciter un questionnement qui va plus loin que l'individu et que la prise en charge médicale. Une personne, par sa maladie, perd sa capacité à évoluer et à s'adapter à son milieu. D'après

Canguilhem, " le propre de la maladie, c'est d'être une réduction de la marge de tolérance des infidélités du milieu." Il ajoute que "la maladie est encore une norme de vie, mais c'est une norme inférieure en ce sens qu'elle ne tolère aucun écart des conditions dans lesquelles elle vaut, incapable de se changer en une autre norme." (57).

4.4 L'IMPACT DE LA CULTURE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

« La culture, c'est ce qui demeure dans l'homme lorsqu'il a tout oublié », Edouard Herriot (100).

La notion de culture est l'une des plus vastes qui soient dans le domaine des sciences sociales et l'une des moins bien définies. Tylor est un des premiers à la définir en 1871, comme étant «l'ensemble complexe incluant les savoirs, les croyances, les arts, la morale, les lois, les coutumes, ainsi que les autres capacités et habitudes acquises par l'Homme en tant que membre d'une société » (101).

Beaucoup de sociologues admettent la définition proposée par Fischer en 1990 (23) : «La culture est l'ensemble des modalités de l'expérience sociale, construites sur des savoirs appris et organisés comme des systèmes de signes à l'intérieur d'une communication sociale qui fournit aux membres d'un groupe un répertoire et constitue un modèle de significations socialement partagées, leur permettant de se comporter et d'agir de façon adaptée au sein d'une société ».

La culture est donc un véritable système « constitué d'une langue, d'un système de parenté, d'un corpus de techniques et de manières de faire ». Il faut garder en tête qu'elle est un ensemble dynamique de représentations en continuelle transformation et que rien n'est figé. Elle s'oppose au naturel car cette culture est en fait un ensemble de transformations par l'homme de la nature. Certains défendent l'idée de l'existence d'une culture universelle qui représenterait l'ensemble des transformations de la nature par l'homme, et d'une culture particulière qui correspondrait au mode de vie global d'un peuple où l'homme doit s'adapter et trouver des solutions pour son espace et son époque. Cette universalité doit être pensée comme riche des singularités qu'elle englobe et qu'elle met en interaction.

La culture remplit plusieurs fonctions : collectivement, elle permet d'identifier les membres d'une société à travers leurs manières de penser, de vivre, qui leur sont communes et qui leur confère une identité collective. Individuellement, elle donne une cohérence à nos conduites, en nous « conférant une personnalité de base constituée par l'ensemble des éléments culturels qui vont façonner les traits de personnalité de chacun » (23). Ainsi, elle est composée de systèmes de pensées en vertu desquels nous agissons sur la réalité et permet le codage de l'ensemble de l'expérience vécue par un individu : selon Moro et Baubet (24), elle « met à disposition de l'individu une grille de lecture du monde qui lui permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc de maîtriser la violence de l'imprévu ». Elle dynamise les conduites de l'homme et lui permet de résister à certaines angoisses.

Ce qui est dans tous les cas généralement admis est : « qu'il n'existe pas d'homme sans culture, c'est cela qui fonde son humanité, sa singularité et son universalité de même que le langage et le fonctionnement psychique ». Les différentes fonctions qu'elle endosse la rendent inéluctablement indispensable et l'absence de culture plongerait notre société dans un gouffre dénué de sens qui serait composé de clones identiques et ennuyeux.

L'influence de la culture porte sur tous les aspects de l'expérience personnelle de la maladie.

La perception des symptômes, la façon d'y réagir, la manière de nommer, décrire et gérer les changements physiques. La culture influe également sur le moment où l'aide médicale doit être sollicitée, la durée souhaitable de la prise en charge et les critères d'évaluation des soins reçus (58).

4.5 LE PATIENT ET LA MALADIE CHRONIQUE

Le patient se trouve confronté à une nouvelle situation qui va bouleverser sa vie tant sur le plan physique que psychologique, et socioprofessionnel et qu'il devra réorganiser en fonction. Accepter la perte de son équilibre antérieur, c'est faire le deuil de cet équilibre, ce qui est générateur d'angoisse et nécessite « un processus complexe et lent de maturation psychologique », qui passe par plusieurs étapes, décrites entre autres par Elisabeth Kübler Ross dans les domaines de personnes en fin de vie (32) :

- le choc initial
- la dénégation, le déni
- la révolte
- le marchandage
- la tristesse, le retour sur soi
- l'acceptation

Ces étapes sont importantes à connaître pour la compréhension du vécu et du comportement du malade vis-à-vis de la maladie et pour l'adaptation de l'attitude des soignants. Ce cheminement n'est pas linéaire ; la personne pouvant passer par exemple d'une phase d'acceptation à une phase de révolte.

4.6 CONCEPTS ANGLO-SAXONS DE ILLNESS / DISEASE / SICKNESS

Alors qu'en français on utilise un terme unique "maladie", la langue anglaise a trois mots pour définir les nuances de ce concept, comme le fait remarquer Kleinman: "illness", "disease" et "sickness" (31).

Le terme "illness" désigne la maladie à travers la perception du patient, ses sensations, sa subjectivité propre. Il s'agit du ressenti du patient, à travers son propre corps, qui va être influencé par ses propres représentations individuelles et culturelles.

Illness : Vécu subjectif de la maladie, altération psychosomatique, déplaisante, incapacitante. Maladie telle qu'elle est éprouvée par le malade (Laplantine) (62), l'expérience subjective de quelque chose d'anormal (Zempleni) (34) ;

« Etre Diabétique »

La maladie est un événement concret affectant un individu.

Le terme "disease" se rapporte à la vision du médecin qui détecte un dysfonctionnement physiologique ou biologique. Les termes disease et illness ne désignent pas deux entités opposées mais plutôt complémentaires.

Disease renvoie au médecin, au diagnostic, à la biomédecine pour laquelle la maladie est un « état d'altération biophysique objectivement attestable de l'organisme » (Zempleni).

C'est un événement « scientifiquement observé et objectivé » (Laplantine).

Disease correspond à une entité taxonomique, c'est-à-dire aux nosologies populaires et savantes.

Diabète: hyperglycémie chronique.

« They have a disease but are not ill. »

Pour le diabète « Disease » correspond à un seuil supérieur à 1,26 g/L (une norme). « J'avais un diabète il y a 2 ans mais plus maintenant ».

Le terme "sickness", lui, prend en compte la dimension culturelle, la façon dont une société pense et organise socialement la maladie. Cette vision de la maladie correspond à la rupture d'équilibre entre une personne et son environnement.

Sickness : processus de socialisation de disease et de illness (34), étiquette sociale.

Cheminement de l'individu depuis l'interprétation de ses premiers symptômes jusqu'à la mise en pratique d'un traitement.

La maladie donne un rôle social au malade avec des implications diverses selon les cultures et le contexte du sujet : solidarité, marginalisation, nouveau statut social.

Ces différents termes permettent de rendre compte de la différence et en même temps de la complémentarité qui existent entre la subjectivité ressentie par la personne et l'objectivité mesurée par le médecin. De ce fait, la guérison de la maladie dite "disease" correspond à "l'établissement d'un contrôle effectif sur le trouble biologique et/ou psychologique", tandis que la guérison de la maladie dite "illness" correspond au fait d'apporter une "signification individuelle et sociale aux problèmes entraînés par la maladie."

4.7 RELATION MEDECIN-MALADE

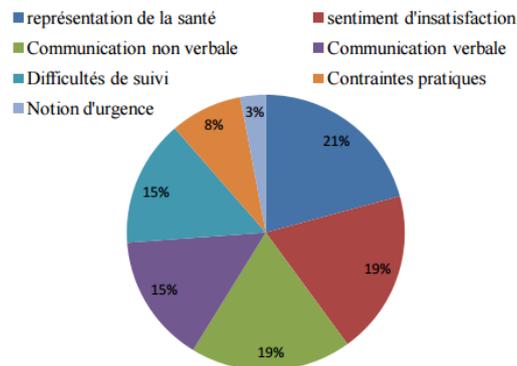
Le médecin généraliste, fort de la relation de confiance qu'il a construit avec son patient, doit développer un environnement propice à une prise en charge sanitaire optimale (68). Or, la prise en charge des patients migrants est délicate. Travailler avec des personnes de cultures diverses requiert des compétences et un savoir-faire appropriés. Plusieurs études ont interrogé les médecins généralistes sur leur ressenti, visant à documenter et analyser leurs difficultés dans le but d'améliorer la santé de cette population désavantagée.

Au cours des Journées de médecine générales en 2011, un débat avait été proposé lors d'un atelier : chaque participant devait écrire sur un papier les difficultés qu'il rencontrait dans son exercice à propos de la prise en charge d'une personne migrante. Il en ressortait que les médecins étaient souvent déstabilisés par l'incompréhension et le manque de repères face à ces personnes qui possèdent des référentiels souvent éloignés des nôtres. Le manque de temps a aussi été cité à plusieurs reprises tout comme le sentiment d'être contraint à effectuer un suivi fragmenté chez ces personnes dont l'assiduité était décrite comme bancal.

C.Matz (2011), dans le cadre de sa thèse, a représenté par un graphique la répartition des différentes contraintes citées par les médecins généralistes lors de la prise en charge d'une personne précaire : on remarque que les problèmes relatifs aux représentations de santé arrivent au premier plan (35).

Diagramme 2 Principales difficultés rencontrées par le médecin généraliste lors de la prise en charge d'une personne migrante précaire (35)

Répartition des types de difficultés de prise en charge perçues par les médecins (selon le nombre de termes cités)



La relation médecin-patient, en l'occurrence ici médecin-patient migrant, est particulière. Ce sont ses spécificités qui la rendent complexe mais aussi génératrice de potentiels intellectuels très enrichissants. Elle requiert de la part du médecin des compétences qui lui permettront de réaliser une analyse profonde de la situation et d'adopter une attitude empathique, adaptée à son patient (114).

Dans le domaine de la santé la prise en charge du migrant peut paraître plus difficile en raison de plusieurs facteurs liés à la différence (représentations de la maladie, langues, modes de vie, croyances...). Lors d'une consultation, les acquis du médecin, plus ou moins objectifs, sont confrontés au savoir, considéré comme subjectif, du patient. En règle générale, le médecin n'évoque pas les représentations que peut avoir le patient de telle ou telle maladie. En consultation, ce dernier les exprime rarement et le médecin l'interroge peu à ce sujet.

Néanmoins, une méconnaissance réciproque entre le patient et le médecin peut entraîner des désaccords ayant des conséquences qui peuvent s'avérer graves pour le patient: une rupture de suivi, une mauvaise observance thérapeutique ou une fuite du patient (113).

CHAPITRE 5 : REVUE DE LA LITTERATURE

5.1 MEDECINE TRADITIONNELLE EN ASIE

La médecine dite traditionnelle a été définie comme "l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques explicables ou non pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer, un déséquilibre physique, mental ou social, en s'appuyant sur l'expérience vécue et l'observation transmise de génération en génération oralement ou par écrit" (61). Elle regroupe ainsi un certain nombre de pratiques diagnostiques et thérapeutiques, ce qui amène certains à utiliser cette expression au pluriel.

Les différents secteurs vers lesquels peut se tourner le malade ont été précédemment abordés. Celui-ci commence par se rapprocher de ce qu'il connaît, de ce en quoi il croit. Ainsi, le recours à la médecine traditionnelle en Asie fait partie de la vie quotidienne. Le malade fait donc confiance à cette médecine à travers laquelle il peut retrouver ses propres représentations (80).

C'est pourquoi, il m'a semblé important de traiter de la médecine traditionnelle, même si le diabète est une maladie ayant un modèle typiquement occidental. On pourrait, en effet, la définir comme une maladie à travers les chiffres et non les symptômes. Des études ont estimé l'utilisation des médecines alternatives de 20 à 80% entre les différentes régions du monde

(102, 103). Une étude a d'ailleurs évalué à 40 % l'utilisation d'une médecine à base de plantes dans la population générale aux États-Unis (104).

L'exemple du recours à la médecine traditionnelle est éloquent : il s'explique par le fait que les explications scientifiques (biomédicales, statistiques, génétiques, psychologiques) ne répondent pas de façon satisfaisante à toutes les questions que se pose l'individu confronté à la maladie : pourquoi moi ? Quel est le sens de ce mal ? (56).

Ces formes de médecines peuvent alors offrir aux personnes d'autres modèles explicatifs et sont souvent sources d'apaisement et de réassurance pour la personne. Il est donc intéressant de ne pas opposer ces pratiques et de les intégrer dans l'itinéraire thérapeutique du patient.

5.2 LE PATIENT DIABETIQUE ET LA NOTION DE MALADIE CHRONIQUE

Le point de vue sur le caractère chronique du diabète était variable selon les études anglo-saxonnes s'intéressant aux migrants indiens (71, 73, 90, 91). Le diabète pouvait être lié à une consommation excessive de sucre, avec un héritage génétique défavorable (89). Certains malades avaient des doutes sur la nécessité de la prise quotidienne du médicament, notamment parce que, lors des visites chez le médecin traitant, la glycémie mesurée était normale. Certains envisageaient alors une prise de leurs médicaments de façon épisodique; cela était en lien avec leurs croyances sur le mécanisme du diabète (86, 88, 87). Le coût pouvait constituer un obstacle (71, 73). Les craintes des patients par rapport à leurs traitements concernaient les effets secondaires, une éventuelle dépendance au médicament ou une possible expérimentation médicale.

Dans l'enquête EDUDORA étudiant les représentations des patients et des médecins généralistes, les patients considéraient les médicaments comme un pilier du traitement du diabète (90, 91).

5.3 PROBLEMATIQUE DU MIGRANT

5.3.1 Les barrières linguistiques et culturelles

La barrière de la langue constitue l'un des premiers obstacles à la relation médecin-malade. Au-delà des difficultés de communication, le manque de sensibilité des professionnels de la santé à l'influence de la culture constitue également une des principales barrières à l'utilisation des services par les migrants (111). En effet, pour les minorités ethniques, le problème d'accès aux services de santé ne se résume pas à un simple problème de traduction d'une langue à l'autre. Sans nier ce problème initial de communication, il faut reconnaître que le véritable défi posé aux professionnels de la santé réside dans la traduction culturelle, c'est à dire dans la compréhension de la signification attribuée à des problèmes de santé dans une culture autre et la prise en compte des différences dans les conceptions de la santé (70).

Les personnes migrantes n'ont pas forcément la même définition de la maladie, et ne réalisent pas parfois les conséquences que cela peut avoir sur eux. Cette situation peut être à l'origine de malentendus et de difficultés dans la mise en place d'un projet de soin adapté et accepté par la personne (107).

Les migrants d'Inde restent pour une grande majorité une population essentiellement originaire de zones rurales ayant un faible niveau d'éducation.

5.3.2 Le métissage culturel des migrants

Il est essentiel d'intégrer la dimension culturelle à notre pratique médicale. Nier son implication revient à nier l'altérité et ne permet pas de laisser libre cours à l'échange et la communication (106).

La personne migrante a la particularité de vivre entre deux mondes : celui de « dedans » qu'il a quitté mais au sein duquel il s'est construit et celui de « dehors » au sein duquel il vit et auquel il doit s'habituer. La migration entraîne une nécessité de changement et investir le monde extérieur n'est pas toujours facile (112). Moro parle de « clivage », présent également chez les enfants des migrants : le contact avec le monde extérieur, de l'école, se fait parfois de manière brutale et traumatique si l'enfant, initialement protégé par le monde maternel, n'est pas préalablement préparé à ce contact (24). Ce métissage culturel impacte de manière certaine dans la vie des personnes et est à ne pas méconnaître (105).

La migration constitue toujours une épreuve qu'elle soit volontaire ou forcée. Ce tournant dans la vie est souvent idéalisé, synonyme d'espoir et de renouveau. Cependant, la migration entraîne de nombreux changements liés à l'environnement, à la langue, à la culture, aux lois du pays d'accueil et aux règles de vie (115). Les migrants sont alors confrontés aux dures réalités du pays d'accueil et aux conséquences de la migration (éloignement familial, barrière linguistique et culturelle, difficultés économiques, et administratives...) (110).

La prise en charge du diabète peut paraître d'autant plus difficile dans certaines populations. Les sujets choisis pour ce travail sont des personnes nées en Inde et résidant actuellement à la Réunion. Le diabète est une affection qui touche particulièrement cette population en termes de fréquence et de gravité. Cette population migrante est également plus vulnérable (45).

5.3.3 Impact de l'acculturation

Il existe une intrication sociale, culturelle et ethnique particulièrement forte avec les déterminants de cette maladie. Les habitudes de vie, en particulier l'alimentation et le niveau d'activité physique jouent un rôle clé tant dans la prévention du diabète de type 2 que dans le déclenchement et la prise en charge de la maladie.

Or, on sait que la migration et l'acculturation sont associées à des modifications significatives des habitudes de vie.

L'acculturation se définit comme un processus complexe et multidirectionnel, résultant du contact continu et direct par lequel un groupe d'individus adopte les attitudes, les valeurs, les croyances et les comportements d'autres individus de la culture dominante pour Redfield (33). Des études ont montré les effets délétères de l'acculturation sur l'hygiène de vie et l'état de santé des migrants (109). Ces effets peuvent être hétérogènes, notamment concernant l'alimentation des migrants. On retrouve des résultats différents selon les études, en fonction de l'origine des migrants, selon qu'il s'agisse de migrants ou de descendants de migrants.

5.3.4 Vulnérabilité psychologique

L'acte de migration en lui-même peut être vécu comme un déracinement et entraîner un choc culturel. Les raisons de la migration sont déterminantes pour son vécu : en cas de migration contrainte, l'exil génère une vulnérabilité particulière avec une diminution des défenses psychologiques et une souffrance sur laquelle d'autres viendront se révéler ou s'amplifier.

Quoiqu'il en soit, on peut retrouver dans toute migration une sensation de rupture, source de déséquilibre de tout ordre (115). Elle peut, sur certains points, s'apparenter à un deuil. Le migrant a perdu sa famille, ses relations, son environnement familial, ses activités (111).

La reconnaissance de la souffrance passe par l'incorporation progressive d'éléments de la nouvelle culture et d'une levée du clivage entre les deux univers : est alors introduit la notion de « métissage culturel » qui permet à l'individu de fonctionner dans plusieurs logiques culturelles sans avoir besoin de renoncer à l'une d'entre elles (112).

En raison des phénomènes liés à leur situation économique souvent défavorable et à l'acte de migration, la population immigrée présente donc un état de santé et un recours aux soins différents de ceux de la population autochtone (113). L'expérience de l'exil et de la violence consécutifs à l'acte de migration modifient la perception des risques de santé et peut diminuer la réceptivité aux messages sanitaires, notamment de prévention, ce d'autant plus que l'information est délivrée dans une langue qui n'est pas familière. Il convient donc de s'intéresser à la santé des migrants en termes de représentation des maladies (114).

5.3.5 Soutien de l'entourage

La famille est une force importante dans la culture asiatique. La famille peut être constituée de personnes liées les unes aux autres par le sang, le mariage, l'adoption. Une étude britannique a révélé qu'un soutien familial avait une influence positive sur la santé (87).

5.3.6 Suggestion des patients pour améliorer la prise en charge du diabète

Les études britanniques s'intéressant aux migrants indiens montrent que pour les patients, une surveillance plus fréquente de la glycémie au domicile et /ou par le médecin traitant aurait été bénéfique. Les patients suggéraient que le médecin les félicite davantage lorsqu'ils étaient observant ou quand ils mettaient en place des modifications dans leur mode de vie (84, 85, 86).

5.3.7 Perception du système de soins

Les études anglo-saxonnes ont montré que les relations avec le système de soin étaient difficiles pour les patients. Leurs attentes quant à la prise en charge du diabète n'étaient pas satisfaites. Ils insistaient sur la nécessité d'une bonne relation médecin-malade, dans un climat de respect et de confiance mutuels, sans que le médecin ne prenne un air de supériorité. Ils attendaient des professionnels de santé que ceux-ci prennent le temps de les écouter attentivement, qu'ils tiennent compte de leurs opinions et répondent à leurs interrogations (89, 90, 91).

III. MATERIEL ET METHODES

CHAPITRE 1: TYPE D'ETUDE

Pour ce travail, nous nous intéresserons aux dimensions culturelles et sociales des représentations du diabète.

C'est pourquoi nous avons choisi une méthode qualitative.

En effet, les études quantitatives donnent des tendances générales, mais ne permettent pas de comprendre de façon approfondie les pratiques et les habitudes. Le choix d'une méthode qualitative semblait approprié pour répondre à la question de recherche et aux objectifs de l'étude. L'analyse des perceptions, des pratiques individuelles et des attentes des personnes avec des questionnaires anonymes envoyés par courrier aurait été difficile voire impossible.

La technique de recueil de données a consisté en des entretiens individuels semi-structurés.

L'échantillonnage n'est pas ciblé. Les personnes ont été recrutées par le biais de connaissances et d'associations.

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire, élaboré en collaboration avec le Dr Thirapathi et le Pr Franco. Nous nous sommes appuyés sur des enquêtes médico-sociales.

Le questionnaire semi-structuré se trouve en annexe 5.

Les éléments que nous allons analyser sont

- Les connaissances qu'ont les personnes de cette affection (définition, causes, conséquences)
- Leur capacité à gérer le diabète (retentissement de la maladie, retentissement du traitement)
- Leurs habitudes en matière de suivi et de traitement.
- La place des aspects culturels dans la représentation du diabète de type 2 et au niveau du traitement de la maladie
- Le recours éventuel à la médecine traditionnelle
- Le vécu de leur maladie
- Leurs attentes et leurs besoins

Pour répondre à la question de recherche nous avons émis trois hypothèses :

- Les représentations du diabète sont influencées par la médecine traditionnelle asiatique.
- Les personnes utilisent d'autres recours que le système de soin occidental pour la prise en charge de leur diabète.
- Le caractère chronique de la maladie est difficile à comprendre pour la personne, ce qui entraîne parfois une rupture de traitement. Il s'agit d'un élément que l'on retrouve empiriquement mais aussi dans les études quelque soit le type de population ciblée.

Pour cela, nous nous attacherons à trois types d'indicateurs:

- Le verbal: le discours oral de la personne, les questions posées par la personne au cours des entrevues
- Le para-verbal: rires, silences, ton de la voix
- Le non verbal: expression du visage, attitude de la personne

Les échanges ont été enregistrés mais n'ont pas été filmés.

CHAPITRE 2 : POPULATION ETUDIEE

Il s'agit d'adultes diabétiques vivant à la Réunion et nés en Inde. Cette étude va permettre de mieux connaître cette population qui est souvent assimilée à la communauté « Malbar » qui elle est établie à la Réunion depuis plusieurs générations, et qui est parfaitement intégrée au système administratif français et qui ne rencontre pas de difficultés liées à la barrière de la langue.

2.1 METHODE D'ECHANTILLONNAGE : L'ECHANTILLONNAGE THEORIQUE

Dans une étude qualitative, le but n'est pas d'obtenir la représentativité statistique (116). L'échantillonnage théorique est un type particulier d'échantillonnage non probabiliste. Il est guidé par des réflexions théoriques et la recherche d'explications. L'échantillonnage théorique permet de choisir les personnes qui feront l'objet de l'étude de façon à représenter toute la gamme de variations des caractéristiques qui semblent significatives pour le sujet étudié.

Comme pour toute étude, il faut s'assurer de la validité interne de l'étude c'est-à-dire vérifier si les observations sont effectivement fidèles à la réalité ou crédibles et de la validité externe c'est-à-dire la possibilité de pouvoir généraliser les observations à d'autres objets ou contextes. L'échantillonnage a été non orienté (non-purposive sampling). La triangulation des données a été faite avec un autre interne.

Le recrutement a été fait au sein d'associations, de connaissances, de médecins. Une personne a été informée et recrutée par son médecin traitant. Les personnes ne se connaissaient pas.

2.2 LA TAILLE DE L'ECHANTILLON

L'étude qualitative a une vocation exploratoire. Il n'y a pas de règle stricte quant à la taille de l'échantillon. Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence.

Le choix d'un échantillon de petite taille s'explique par la nécessité d'une étude en profondeur.

C'est la qualité de l'échange qui prime sur la quantité. Le nombre d'entretiens nécessaires à la réalisation de l'étude a été fixé à une dizaine. Ce choix a été déterminé par la diversité des attitudes supposées par rapport au sujet de l'étude, le type d'entretien (semi-directif), la durée des entretiens, et la faisabilité pour un seul interviewer.

La sélection des répondants s'est poursuivie jusqu'au point de redondance, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle information ne semble plus pouvoir être obtenue, et que la totalité des sources de variations potentielles ait été convenablement explorée. Cette saturation a été atteinte après 9 entretiens. Les réponses commençaient à être redondantes et les entretiens à se ressembler d'une personne à l'autre. Ces récurrences concernaient un large éventail des thèmes de la grille de lecture finale.

L'entretien est apparu plus adapté que l'enquête par questionnaire qui peut suggérer des opinions non spontanées, n'apporte que des données superficielles, et ne permet pas d'explorer les perceptions. De plus, l'enquête par questionnaire suppose une bonne connaissance ou une exploration préalable du sujet de l'étude. L'entretien se distingue de l'enquête par questionnaire dans la mesure où il structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours. Il laisse l'interviewé s'exprimer sans l'enfermer dans une grille de réponses figée. Des thèmes bien précis et définis à l'avance devaient être abordés lors de l'unique entretien avec l'interviewé.

CHAPITRE 3 : COLLECTE DES DONNÉES

L'échantillonnage a été réalisé de façon non probabiliste, basé sur la disponibilité des personnes.

3.1 L'ETHIQUE

Au début des entrevues, j'ai expliqué aux personnes le caractère anonyme et confidentiel de leurs déclarations et l'utilisation des résultats de l'étude pour rédiger une thèse de médecine générale. Ils étaient informés de la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude. Le consentement de la personne a été recueilli oralement et par écrit. Les entrevues étaient enregistrées avec l'accord oral de la personne.

Une de nos préoccupations principales a été de ne pas rendre ce questionnaire intrusif et stigmatisant pour les personnes. Nous ne voulions pas qu'ils ressentent un sentiment d'insécurité. La clause de confidentialité était rappelée par écrit sur chaque questionnaire.

3.2 L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

L'entretien semi-directif permet, tout en étant centré sur le sujet interrogé, de garantir l'étude de l'ensemble des thèmes qui intéressent l'enquêteur. Il est basé sur un questionnaire semi-structuré, ordonné, mais intégrant des questions ouvertes. L'enquêté répond aussi longuement et librement qu'il le souhaite. L'entretien semi-directif s'est donc imposé dans un souci de standardisation de la situation de recueil de données. Il permet à la fois d'obtenir un discours librement formé par l'interviewé, et un discours répondant au questionnement de l'enquêteur (54).

L'entrevue semi-directive était basée sur un guide déterminant les thèmes à aborder. Le but du guide était de faire ressortir les représentations des personnes concernant leur diabète. Ce guide a été construit à partir des résultats de la recherche bibliographique. Puis, au fur et à mesure des entrevues et en fonction des personnes interviewées, j'ai pu m'adapter.

Les différentes parties du questionnaire, élaborées en vue des objectifs de l'étude, sont les suivantes :

- Caractéristiques sociales, culturelles et démographiques de la personne.
- Caractéristiques sanitaires : état de santé, itinéraire thérapeutique, suivi.
- Evaluation des connaissances et des craintes vis-à-vis du diabète.

3.3 ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

La rédaction du questionnaire s'est faite sur le modèle de l'entonnoir, avec une question générale au départ pour finir avec une ou des questions fermées portant sur des points précis. Le guide d'entretien était le même pour tous. Mais, pour éviter d'induire les réponses, la technique était de proposer une consigne de départ, et de ne proposer les autres thèmes que si les personnes interviewées ne les abordent pas spontanément. En fonction des connaissances des personnes, le nombre de questions posées pouvait donc varier.

3.4 TEST DU GUIDE D'ENTRETIEN

Avant de débiter les entretiens, le guide a été testé de manière informelle auprès de personnes de l'entourage amical ou professionnel. Puis, deux entretiens ont été effectués et enregistrés dans les conditions de l'étude. Ces entretiens ont permis de tester la réceptivité des personnes au sujet. Ils ont été analysés et conservés pour notre étude. Ils ont permis de modifier certaines questions, afin d'obtenir le guide d'entretien définitif.

3.5 DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens ont été réalisés en face à face, de manière individuelle, au domicile des personnes. Ils étaient enregistrés avec un dictaphone numérique. Ils se sont déroulés de janvier 2016 à mai 2016.

Le but des entretiens était expliqué par téléphone avant de prendre rendez-vous et rappelé lors de la rencontre. La personne était encouragée à s'exprimer, à parler de son ressenti et de son vécu, car l'objectif de l'étude était de pouvoir comprendre ses représentations. Le but n'était surtout pas que la personne se retrouve dans la position médecin-malade au cours de l'entretien.

Lorsque j'ai contacté les personnes par téléphone, je les ai prévenues qu'il fallait prévoir environ une heure.

J'ai précisé au début de chaque entretien que l'enregistrement ne serait écouté que par moi-même et que tous les entretiens sont anonymes et confidentiels.

Dans l'ensemble, les questions ont été posées dans l'ordre défini par le guide. Cependant, un ajustement a été effectué en fonction des thèmes librement abordés par les interviewés, afin de respecter la dynamique de leur élaboration et de leur discours. Au début de l'entretien, les données socio-démographiques de la personne étaient précisées.

La personne pouvait s'exprimer librement après une question d'introduction ouverte, développer ce qui était important pour elle, ce qu'elle pensait et ressentait, et en fonction de son discours les thèmes préalablement définis étaient abordés dans un ordre qui n'était pas forcément celui préparé. Le but était de favoriser le discours spontané grâce à des questions ouvertes, puis lorsque c'était nécessaire de faire des relances ou d'orienter l'entretien sur des sujets que la personne n'avait pas abordé spontanément.

CHAPITRE 4 : ANALYSE DES DONNÉES QUALITATIVES

4.1 TRANSCRIPTION INTEGRALE DES DONNEES

L'enregistrement a permis de retranscrire complètement les entretiens en conservant les silences, les rires, les hésitations des personnes.

Certains s'exprimaient peu et les relances étaient parfois difficiles pour les amener à préciser leurs idées. D'autres me demandaient mon avis; or il était important de rester neutre. Il était en effet indispensable de rester le plus neutre possible, quelque soit les attitudes des personnes. Il est important de souligner que j'étais seule face à la personne pour poser les questions, prendre des notes et observer ses réactions.

L'exploitation des données est anonyme. La transcription des données s'est faite au fur et à mesure, immédiatement après chaque entretien, à partir des enregistrements. Chaque transcription devait être fidèle au discours, tout en étant lisible pour tous. La transcription de chaque entretien prenait deux à trois heures suivant la loquacité de l'interviewé, et la durée de l'entretien.

4.2 CODAGE DES DONNEES

La première étape consistait à se familiariser avec le contenu des entretiens. La lecture devenait de plus en plus précise en fonction des orientations et des hypothèses émergentes.

Processus de catégorisation et de classification: Il s'agit ici de regrouper les unités de sens identifiées que l'on pourra regrouper dans un deuxième temps en catégories.

Cette première étape correspond au codage ouvert.

4.3 REGROUPEMENT PAR THEMES

L'analyse thématique est une technique d'analyse de contenu qui consiste à extraire transversalement le corpus des entretiens. Cette technique permet de mettre à jour les représentations des enquêtés à partir de certains éléments constitutifs de leur discours.

Il s'agissait de repérer les thèmes et les sous thèmes importants. Certains thèmes étaient spontanément abordés par les personnes. L'attention s'est donc portée sur les diverses déclinaisons de ces thèmes, et les éléments argumentatifs s'y rapportant.

Les thèmes ont été regroupés en catégories. Les catégories devaient correspondre aux objectifs de l'étude, et répondre à des critères d'objectivité. Certaines catégories ont été déterminées à l'avance en fonction des objectifs de l'étude, et d'autres ont été établies d'après des informations recueillies inattendues.

L'analyse thématique a permis de répartir les entretiens dans une grille de lecture (disponible en annexe 6). La grille de lecture a été hiérarchisée en thèmes abordés spontanément par les personnes et en thèmes induits.

L'attention s'est portée sur l'ordre d'apparition des thèmes, puis sur les thèmes les plus souvent évoqués ou omis par le répondant. Elle a permis de dégager des profils de réponse. Cette deuxième étape correspond au codage axial.

CHAPITRE 5 : VALIDITE INTERNE ET EXTERNE

La fiabilité se définit généralement par la reproductibilité des résultats dans des conditions similaires (Patton) (120). C'est la capacité de reproduire une recherche en obtenant les mêmes résultats (Deslauriers) (121).

Dans la présente étude, cette condition est respectée car les entretiens ont été retranscrits intégralement sans aucune modification.

La fiabilité concerne aussi le processus de codification des données (Harris) (122). Pour ce faire, la totalité des codages a été révisé par un autre interne. La validité interne de l'étude est garantie par la reproductibilité des résultats.

Dans notre étude, deux chercheurs ont analysé les données chacun de leur côté, puis ont trouvé un consensus sur les résultats. Cela a contribué à la validité interne de l'étude.

Une attention particulière a été portée sur l'obtention d'une saturation des données. Celle-ci permet d'obtenir une validité externe, et donc la possibilité d'extrapolation avec d'autres études.

IV. RÉSULTATS

CHAPITRE 1 : CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS

Tableau 2 Caractéristiques de l'échantillon

Personne	Sexe	Nombre d'années de vie à la Réunion et date d'arrivée	Age	Profession	Date de découverte du diabète	Traitement	Langues utilisées lors de l'entretien
1	H	37 (1980)	56	Pupitreur assistant utilisateur	2000	ADO + Insuline	Français
2	F	40 (1977)	77	Femme au foyer	1989	ADO	Tamoul
3	F	19 (1998)	48	Femme au foyer	2008	ADO	Tamoul
4	H	47 (1970)	88	Retraité	1974	Insuline	Français
5	H	22 (1995)	59	Réceptionniste	2013	ADO	Tamoul, Anglais
6	F	34 (1983)	76	Retraîtée	2006	ADO	Tamoul
7	H	35 (1982)	79	Commerçant	2006	ADO + Insuline	Tamoul, Créole
8	H	49 (1968)	56	Enseignant	2008	ADO	Français
9	F	38 (1979)	71	Femme au foyer	2014	ADO	Créole, Gujarati, Hindi

L'échantillon retenu comprenait 9 personnes, 5 hommes et 4 femmes âgés de 47 à 87 ans.

La moyenne d'âge est de 68 ans.

4 avaient moins de 65 ans, 5 avaient plus de 65 ans.

3 ont étudié jusqu'au secondaire, 6 au-delà du lycée.

5 avaient plus de 4 enfants.

4 étaient encore en activité.

Les langues maternelles étaient le Tamoul pour 8 personnes, le Gujarati pour une personne.

Sur les 4 femmes interrogées, 3 étaient mères au foyer et avaient suivi leur époux lors de leur migration.

Une personne est arrivée étant enfant avec ses parents.

Hormis le rapprochement familial, le principal motif de migration était l'emploi.

Un seul entretien a été fait en Créole, 4 dans la langue maternelle de la personne à sa demande (3 femmes), un entretien a été fait en Tamoul et en Anglais. Le Gujarati et le Hindi ont été utilisés lors d'un entretien. Les personnes en activité maîtrisaient toutes le Français.

5 personnes déclaraient parler couramment le Français, 4 le Créole.

7 personnes résidaient à la Réunion depuis plus de 30 ans.

5 avaient un diabète évoluant depuis plus de 10 ans.

Les personnes interrogées étaient originaires des zones côtières du Tamil Nadu (Sud-Est) et du Gujarat (Nord-Ouest) (Carte 4).



Participation

Sur 14 personnes appelées, 9 ont accepté l'entretien, soit un taux de réponse de 64%. Une personne a refusé l'entretien, même après information de son médecin traitant. 5 personnes ont refusé de participer à l'étude.

Durée des entretiens

La durée des entretiens a varié en fonction des personnes, de leur facilité ou de leur spontanéité à s'exprimer, entre 17 et 47 minutes (en moyenne 27 minutes).

Nous allons maintenant aborder les principaux thèmes retrouvés :

- définition, causes et conséquences du diabète
- circonstances de découverte du diabète
- retentissement du diabète dans la vie quotidienne
- rôle de l'entourage dans la prise en charge
- traitements existants
- retentissement du traitement dans la vie quotidienne
- soutiens pour la gestion du diabète
- provenance des conseils reçus sur le diabète

– rôle du médecin traitant dans le suivi médical

CHAPITRE 2 : LES REPRESENTATIONS

Nous nous sommes attachés dans le chapitre « Représentations » d'extraire à partir du verbatim et donc de l'histoire personnelle vécue par ces patients, des éléments relatifs à leur représentation de leur maladie.

Dans une deuxième partie, nous nous intéresserons plus précisément au vécu du patient vis-à-vis de la maladie.

2.1 LE DIABETE, DEFINITION

Maladie liée au métabolisme du sucre

5 personnes sur 9 employaient le terme sucre au lieu du mot diabète. En Inde, la médecine s'enseigne en anglais, il est d'usage courant pour les médecins et les personnes de parler de « sugar » et non de « diabetes ». Les personnes disent ainsi « I have sugar », que l'on traduit littéralement par « J'ai du sucre ».

Personne 6 (traduction de la langue Tamoul)

« *Mon papa avait du sucre, il est décédé à l'âge de 83 ans.* »

« *Avant l'âge de 65 ans, je n'ai jamais pris aucun médicament. Depuis j'ai le sucre, et les médicaments.* »

L'idée d'un taux de sucre élevé est présente chez toutes les personnes interrogées.

Personne 8

« *Le diabète en réalité, à part le taux de sucre des fois, parfois qui grimpe,* »

Maladie liée à une dysfonction du pancréas

Une seule personne a évoqué le rôle du pancréas dans la maladie. Il s'agit d'une personne instruite, qui a été hospitalisée à cause de son diabète.

Personne 1

« *J'ai été un peu négligé quand même au niveau du diabète : en août 2015, j'ai été obligé de passer à l'insuline, les médicaments passaient mal. Le pancréas fonctionnait mal. Bon, ben j'ai accepté (...) Le pancréas ne fonctionnait pas trop, décision de mettre de l'insuline, pas trop, 5 unités.* »

La même personne décrit de façon ironique le diabète « *Le diabète je pense que c'est diable bête ! Rires. C'est le diable quand même !* »

2.2 MODE DE DECOUVERTE

Le diabète a été découvert sur une prise de sang fortuite pour 6 personnes.

Personne 6

« *Je fais les contrôles du sang. C'est comme ça qu'il a découvert le diabète.* »
(traduction de la langue Tamoul)

Personne 9

« Depuis 2 ans j'ai le diabète. On a vu avec la prise de sang. »

Personne 3

« C'est le médecin traitant qui a découvert le diabète. Lors d'un contrôle, comme ça. Je ne sais même plus pourquoi j'avais consulté le docteur à ce moment là. C'était il y a 8 ans. Lors d'une prise de sang, il m'a dit qu'il y avait un peu trop de sucre, que c'était le début d'un diabète. C'était pas trop élevé. Il a confirmé ça trois mois plus tard. »
(traduction de la langue Tamoul)

Le diabète a été découvert sur une analyse d'urine pour la personne 1 :

« Mon diabète a été découvert en juin 2000 sur des analyses d'urines. »

La personne 8 a présenté les symptômes cardinaux de diabète : « Je maigrissais, je perdais du poids et donc j'urinais souvent à un moment donné. Donc c'est dû à ces deux facteurs (perte de poids + machin) qu'on a découvert qu'il y avait un diabète. C'était en 2007 ou 2008. 2008. Donc c'est assez récent. Si on peut dire ça. »

2.3 SYMPTOMES RESENTIS A TYPE DE FATIGUE ET MALAISE

8 personnes sur 9 ont évoqué les symptômes liés à l'hypoglycémie (malaise, évanouissement, étourdissement, fatigue).

Personne 7 : « Si je ne mange pas, j'ai un coup de fatigue. La tête tourne un peu. Un peu de fatigue... Juste la fatigue parfois. »

C'est surtout la fatigue et la faiblesse qui préoccupaient les personnes âgées.

Personne 2

« La fatigue, à part ça, ça va »

La personne 9 est gênée par les hypo et les hyperglycémies, ainsi que par la fatigue :

« Santé ça va. Diabète ça va. Parfois lé bon, parfois lé bas. »

« La santé, ça va. Quand le diabète la baissé, le corps lé faible. »

« corps lé baissé, parfois on n'est pas en forme. Le corps lé faille faille. Mais pas des gros problèmes. »

Personne 8

« Le diabète en réalité, à part le taux de sucre des fois, parfois qui grimpe, je ne trouve pas de conséquences en particulier. Je ne m'évanouis pas, il n'y a pas les symptômes classiques du diabète, ni les sauts d'humeur. Rien de ce qui est précisé au niveau du diabète pour le moment, je ne l'ai pas. »

La personne 6 rapporte des symptômes d'hyperglycémie : « Si je mange les choses que j'aime, après ça pose problème. Donc je ne les mange pas. Sinon j'ai mal à la tête et après je ne me sens pas bien. » (traduction de la langue Tamoul)

Personne 4

« Le lendemain au collège, j'étais en train d'enseigner j'ai voulu m'asseoir pour noter quelque chose, je ne pouvais pas. Je ne pouvais pas fléchir les genoux. Alors j'ai pris un élève pour guide et le lui ai demandé de m'emmener chez le vice-principal. Le principal m'a dit :

« rentrez voir un médecin et il vous dira ». Alors je n'étais pas capable de me mettre au volant et malgré ça j'ai accepté d'aller jusqu'à la voiture et j'ai pris la pomme que j'avais gardé. J'ai mangé et petit à petit la force me revenait ; mais j'étais à 28km d'ici. De 28 km il fallait faire la distance en voiture. J'ai pris le volant et je suis arrivé chez le médecin. »
« Le lendemain, je me mets au lit, je n'arrive pas à me coucher. Alors j'étais assis sans pouvoir me coucher. Qu'est-ce que c'est que ça... ? Alors j'ai pris une orange et la force me revenait. »

2.4 SYMPTOMES DIVERS

La personne 4 est gênée par la modification du goût : « En principe, je mange à peu près cette quantité à midi. Il me montre l'équivalent d'une tasse. Pas plus. Mais j'ai toujours faim, j'ai envie de manger, mais vous savez, ça présente un tel dégoût, que je repousse le repas. »

Personne 6

« Je n'arrive pas à bien manger, il me manque le goût. »
(traduction de la langue Tamoul)

Personne 5

« Quand mon diabète s'est manifesté, j'ai eu un problème de gencives. Mes gencives étaient enflées et j'avais très soif. Quand j'avais fait le test, mon diabète était fort. Je buvais de l'eau glacée. Ma gorge était sèche. C'était en Inde en vacances en période fraîche là-bas. Au retour de vacances, ma femme voulait faire une prise de sang donc je suis allé avec elle. En fait, j'aurais du aller avant de partir en vacances. Quelle chance quand même. Qu'est-ce qu'il se serait passé si j'étais allé plus tard ? Grâce à Dieu j'ai fait cette prise de sang. Quand je ressens ces deux symptômes, gonflement des gencives et soif, je sais que mon diabète monte et je renforce le contrôle. Et donc ça revient automatiquement normal. »
(traduction de l'Anglais)

2.5 CAUSES DU DIABETE

Concernant les origines du diabète, 2 personnes incriminaient le stress, 5 l'hérédité, 2 la consommation importante de sucre. Une personne a évoqué la dysfonction du pancréas. Aucune n'a évoqué le manque d'insuline.

Causes exogènes : le stress et la consommation de sucre

La personne 2 évoque plutôt le stress :

« Tous mes problèmes de santé ont commencé après le décès d'un de mes fils dans un accident de la route. C'est là qu'on m'a découvert le diabète, la tension. Mon fils est décédé en mai 1989. J'avais 50 ans. »
(traduction de la langue Tamoul)

Personne 6

« Avec l'âge et les problèmes, j'ai eu la tension. Le diabète aussi c'est à cause de tout ça. »
(traduction de la langue Tamoul)

La personne 4 incrimine sa consommation excessive de sucre dans le passé : « Mais moi, j'ai fait des bêtises, j'ai mangé beaucoup de sucreries quand j'étais jeune. Je comprends pourquoi je suis devenu diabétique alors que dans la famille il n'y a personne. »

Causes endogènes : l'hérédité, l'âge, la dysfonction du pancréas

On remarque au travers des verbatims que le poids de l'hérédité est important.

Personne 1

« Ah oui oui, pour moi c'est héréditaire. On est combien d'enfants au total...Sept enfants, un qui est mort, six enfants. Mon père est diabétique, ma mère aussi, sauf mon frère tous les autres sont diabétiques. Deux sœurs sont décédées à cause du cancer du sein. Une autre sœur, elle aussi diabétique. »

Personne 6

« Dans ma famille, personne sauf mon papa. C'est pour ça que j'ai du diabète. Mon papa avait du sucre, il est décédé à l'âge de 83 ans. Mes frères et sœurs (nous sommes 5, un frère est décédé) n'ont pas de diabète. Seulement mon papa et puis moi. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 2

« Une de mes sœurs a le diabète. Même mon papa n'avait pas de diabète. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 3

« Est-ce qu'il y a des diabétiques dans votre famille ?

Oui, mon papa et ma maman. Personne d'autre. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 5

« Oui. Mon grand-père avait un diabète grave. Mon papa et ma maman n'ont pas de diabète mais ils ont de la tension. Mon grand-père était gravement malade du diabète. Mes oncles et tantes paternels n'ont pas de diabète. Par contre à partir de ma génération, il y a du diabète : mon frère et ma sœur. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 8

« Oui, ma mère. A ma connaissance, il n'y a personne d'autre. »

(traduction de la langue Tamoul)

2.6 CONSEQUENCES DU DIABETE

La personne 4, la plus âgée, profondément malade avec un diabète ancien et de multiples pathologies est la seule à dire attendre la mort.

« Je dois dire la vérité. Ma santé est dérisoire, très médiocre. Ma santé ne tient qu'à un fil de fer. Je pense qu'un moment à l'autre je peux périr. Je traîne ma vie, il me manque rien. Mais je traîne ma vie à cause de ma santé. Ma santé mentale n'étant pas bonne, la santé physique ça va de soi. Alors je ne peux pas... Je vous dis que ma santé n'est pas bonne. »

Toutes les personnes évoquent les complications ophtalmologiques, cardiaques, rénales avec mention de la périodicité des examens et des consultations. Mais ils ne l'évoquent pas toujours lorsque la question « quelles complications du diabète connaissez-vous ? » est posée. Ils abordent les complications en expliquant leur suivi médical.

Personne 2

« *Mmmh, je ne sais pas. Dites moi, comment ça peut se compliquer le diabète ?* »

(traduction de la langue Tamoul)

Je précise : « On a du vous en parler. On vous a peut-être parlé des yeux... ».

« *Ah oui, ça tous les ans je fais les contrôles : les yeux, le cœur, les reins. Tous les ans. Tous les ans. Pour moi pour l'instant tout est bon, j'ai vérifié le cœur il y a deux ans, le rein c'est bon. On fait le bilan une fois par an. Tous les 3 mois je fais la glycémie.* »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 6

« *Le diabète peut tout donner. Certains ont beaucoup de problèmes à cause du diabète.* »

(traduction de la langue Tamoul)

La personne 1 a été hospitalisée à 2 reprises pour un pied diabétique et évoque les autres complications qu'il connaît du diabète :

« *Les problèmes cardiaques, rénal, les yeux, et voilà quoi.* »

Les ulcères au niveau des pieds sont un problème de santé fréquent en Inde et sont souvent synonymes de diabète.

Personne 3

« *Si on ne prend pas bien les médicaments du diabète, on dit que ça attaque les reins, les yeux, que les bobos aux pieds cicatrisent mal, mettent du temps à cicatriser. Après il faut opérer les pieds. (...) Je suis allée chez l'ophtalmologue. Ça c'est bon. Il faut prendre le rendez-vous pour le cœur. Les reins vont bien.* »

Personne 4

« *Tout part du diabète. L'œil, les dents, le cœur. Alors rien ne fonctionne normalement.* »

La neuropathie est exprimée ici : « *Même le toucher pour moi, je ne supporte pas une chemise sur mon corps. Je suis devenu hyperfrileux. Je ne sais pas pourquoi, parce que j'ai perdu le sens de la peau. Parce que normalement quand il fait froid, on doit sentir le froid et puis c'est tout. Mais ici je sens en dehors des limites. Comme par exemple, quand il fait froid je grelotte.* »

L'artériopathie a été évoqué par une seule personne (la personne 8, sujet jeune, éduqué) :

« *Ah ben il y a pas mal de choses. En premier lieu, il y a au niveau des vaisseaux. En suite il y a effectivement les organes sensibles comme le rein... Enfin tous les organes où il y a des vaisseaux sanguins assez fins qui risquent de se boucher. Donc autrement dit, perte de ses fonctions petit à petit. En dehors de ça, si c'est un bon suivi, je pense que le plus tard c'est le mieux. Rires.»*

Personne 5

« *Récemment j'ai eu un problème aux dents et je suis allé voir le docteur. On m'a dit que c'est à cause du diabète. Que le diabète attaquait les dents. Elle m'a donné un traitement et maintenant ça va.... Je sais que le diabète peut tout causer. Il peut attaquer les nerfs.* »

Beaucoup de gens ont des problèmes de circulation des pieds à cause des nerfs. Ça attaque tout, c'est un poison le diabète. Ça peut attaquer les yeux, les dents, le cœur, les reins... C'est ce que j'ai entendu. C'est pour cela que j'essaie de contrôler, faire un peu de marche. Il faut bien prendre les médicaments. »
(traduction de l'Anglais)

Personne 7

« Moi si j'ai une blessure, ça cicatrise vite. Je n'ai pas de problème... Mon cœur va bien »

2.7 NOTION DE MALADIE CHRONIQUE

Toutes les personnes étaient conscientes de la nécessité de prendre le traitement au long cours. Presque toutes ont abordé une possibilité de stabilisation du diabète (8/9). Malgré tout, 3 personnes avaient espoir de pouvoir guérir un jour le diabète. Certains exprimaient ainsi une ambivalence dans la guérison du diabète.

Personne 1

« On peut pas guérir du diabète complètement. On peut contrôler. C'est-à-dire, on peut contrôler avec les médicaments, la surveillance. Mais on ne peut pas guérir complètement du diabète. En Inde certains disent « oui on peut complètement guérir du diabète », ils récupèrent l'argent avec les patients. Publicité fausse. Les gens qui connaissent pas trop le diabète se font avoir. On peut pas guérir ça complètement. Il va rester tout le temps, il faut surveiller et contrôler avec le sang. Avec ça on peut maîtriser la situation. »

La personne 2 est incertaine quant à la guérison du diabète : *« Depuis la découverte du diabète je prends les médicaments. Je ne sais pas si on peut guérir du diabète. Je sais que pour l'instant je n'ai rien de grave à cause du diabète. C'est tout ce que je sais... »*

Personne 3

« Pensez-vous qu'on peut guérir du diabète?

Silence.

J'avais demandé au docteur. Mais il ne m'a pas dit qu'on pouvait guérir le diabète. Il faut prendre toujours les médicaments, contrôler les glaces et les gâteaux... Rires Il faut bien contrôler. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 5

« Si j'avais contrôlé dès le début, j'aurais pu me guérir du diabète. Avec les médicaments ça reste stable. Mais on ne peut pas contrôler plus. Car avec l'âge, le corps vieillit dans tous les cas. On peut stabiliser avec les médicaments. Par exemple si on n'a un problème de vision, en contrôlant, on peut retourner à un stade meilleur avec des lunettes. Mais avec le diabète et la tension, je ne pense pas qu'on peut arriver à prendre le dessus. Une fois que vous êtes touché, vous devez faire avec toute votre vie. Vous pouvez le contrôler c'est tout. Vous ne pouvez pas guérir. C'est le problème de ces deux maladies. C'est mon opinion. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 6

« Si on a le diabète, on l'a jusqu'à la fin. Il n'y a pas de médicaments pour le guérir. Avec l'âge, ça ne fait qu'augmenter. Soit il ne faut pas l'avoir, soit on l'a, et on l'a jusqu'au bout. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 7

« Guérir ? Rires...Le docteur me donne les médicaments matin, midi et soir. Il m'a dit d'aller voir un spécialiste. C'est lui qui m'a mis l'insuline le soir... Je sais qu'on peut soigner le diabète, mais jusqu'à présent on n'a pas guéri mon diabète. On ne fait que diminuer mon diabète avec les médicaments, mais on ne le guéri pas. Légèrement, pas guéri complètement. Si vous trouvez une solution, expliquez moi pour guérir complètement. Dites moi si vous connaissez quelque chose pour guérir. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 8

« Guérir ? On peut guérir de tout je pense. J'ai confiance aux recherches. Mais je crois avant tout que le diabétique se soigne lui en particulier dans un premier temps. Mais maintenant, l'habitude alimentaire, pour certains, c'est très difficile d'en sortir(...) Je ne suis pas sûr que seuls les médicaments peuvent guérir. Il faut associer je pense les médicaments à l'alimentation. C'est une thérapie globale. J'en suis persuadé, on peut guérir du diabète. Sinon, on peut vivre avec, du moins sans les conséquences. C'est-à-dire ce que j'appelle sans conséquences, sans destruction des organes ou des vaisseaux sanguins. »

Personne 9

« Normalement, c'est difficile. Ça arrive normal, monte pas, descende pas. Au-delà difficile. Guérir, non. »

PRINCIPALES REPRESENTATIONS

Les principales causes du diabète identifiées par les personnes interrogées sont une consommation de sucre importante, l'hérédité, le stress.
Pour elles, il s'agit d'une maladie silencieuse, le plus souvent découverte de manière fortuite.
Des symptômes divers sont évoqués : fatigue, malaise, modification du goût et de la soif.
Les principales complications du diabète sont connues (cardiaque, rénale, ophtalmologique).
Le mal perforant plantaire est redouté.
Pour elles, le diabète est une maladie chronique et sa guérison complète est quasi-impossible.
Un contrôle de la maladie peut-être obtenu en suivant les conseils du médecin.

CHAPITRE 3 : LE VECU

3.1 CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

Les personnes se souviennent souvent (8/9) du moment exact de la découverte.

Personne 4

« En 1974, subitement, un ami diabétique a découvert que j'avais les symptômes de diabète. Il m'a conseillé d'aller voir un médecin. En 1974, j'ai été voir un médecin qui s'appelait Dr C. »

Personne 5

« C'est en faisant un test comme ça il y a 5 ans que mon taux de sucre était limite, il dépassait presque la limite. Au lieu d'être à 6%, c'était à 7%. Donc le docteur m'a dit avant de prendre

les médicaments de faire attention. Je fais des exercices, tout ça. Je contrôlais. Et puis il y a 3 ans, je crois en 2013, au retour de vacances en Inde, en janvier je fais ma prise de sang. Je reçois un appel de la clinique qui me dit « viens tout de suite, le docteur doit te parler ». Mon taux de sucre était trop élevé, au lieu de 1,2 ; c'était à 3, quelque chose. « Il faut venir immédiatement, ça peut se terminer en coma ». J'étais au travail quand j'ai eu l'appel. »
(traduction de l'Anglais)

Personne 6

« J'ai eu le diabète à l'âge de 65 ans. Avant 65 ans, je n'avais pas de problème de sucre et je ne connaissais pas les médicaments. Après 65 ans, le sucre, la tension, tout est arrivé. Je prends les médicaments pour la tension, le cholestérol, le diabète. Maintenant j'ai souvent des problèmes de santé. »
(traduction de la langue Tamoul)

3.2 COMPETENCES DANS LE SUIVI, LA SURVEILLANCE GLYCEMIQUE ET AUTOMEDICATION

La personne 1 critique les résultats de l'auto surveillance glycémique :

« Et puis avec la glyquée, et les complications, le médecin spécialiste a décidé de mettre l'insuline, mais pas beaucoup, 5 unités. Je fais les contrôles, parfois ça monte 2h après le déjeuner, mais après ça revient normal. (....) Avant le repas du soir c'est 1g14 ; 1g20 ; 1g40 ; parfois 1g80 aussi. Un peu limite... Limite quand même. »

La personne 6 a refusé de pratiquer l'auto surveillance glycémique :

« Une fois je suis allée voir le spécialiste. Il m'a dit de surveiller le sucre avec les piqûres mais je n'ai pas voulu... ! Je n'aime pas ça. Il m'a donné les choses pour surveiller le sucre mais je ne fais pas ça. »
(traduction de la langue Tamoul)

L'automédication en cas de maladie bénigne est fréquente (6/8).

Personne 1

« Ah on se soigne nous même, un petit spray... »

Personne 2

« Je prends surtout du Doliprane quand je suis malade. Je ne vais pas trop chez le docteur. »
(traduction de la langue Tamoul)

Personne 3

« D'abord on essaie les remèdes à la maison. Les tisanes, tout ça. Quand ça devient plus grave, là on va chez le docteur. »
(traduction de la langue Tamoul)

Personne 8

« J'essaie de me soigner, sans plus. Des fois ça traîne une semaine, et si ça passe pas au bout d'une semaine, je vais voir le docteur. »
(traduction de la langue Tamoul)

3.3 REGLES HYGIENO-DIETETIQUES

Les habitudes alimentaires sont détaillées par toutes les personnes. Aucune des personnes n'a admis grignoter entre les repas. Les horaires des repas sont précisés par 4 personnes.

Personne 2

« A 10h je prends du yaourt avec des épices (gingembre, caloupile). Le matin, un café avec deux morceaux de pain demi. Après à midi le déjeuner. Le soir, du pain ou autre chose, une banane et une mangue quand c'est la saison. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 7

« Je contrôle mon manger. Le matin, du pain et parfois des céréales. Le midi, un peu de riz. Asoir, idly, dosai (des plats indiens). »

Personne 8

« Bon j'essaie d'éviter le riz, tout ce qui est féculent. Je mange un petit peu moins. Voire des fois, j'ai pas trop envie de manger. Mais bon, de ce côté-là, je pense qu'il n'y a pas trop de problèmes. Je mange de tout mais je me limite. C'est-à-dire je ne me prive pas de quoi que ce soit. Même les trucs sucrés, il n'y a pas de problème. Aujourd'hui, ben si j'en prends deux, dans la semaine, je prends pas quoi. Y compris, par exemple, si j'ai envie de me faire une omelette, ou un truc comme ça, je fais sans restriction. Sauf que, comme c'est pas tous les jours. Voilà, mais je mange de tout, pour éviter justement d'avoir une monotonie dans l'alimentation. »

Globalement, la notion de contrôle est présente, avec une surveillance de la qualité et de la quantité de l'alimentation.

La consommation de sucre est toujours réduite par les personnes.

Personne 4

« Je ne mange pas beaucoup de sucre. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 6

« Je prends juste un peu de sucre dans le café. Pas trop. Pour le goût. Je ne mange pas de sucreries. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 5

« Il y a des choses que je ne prends plus. Comme le chocolat et tout ça, mais je prends quand même du chocolat, mais pas comme avant. J'ai abusé trop avant. Maintenant je mets des restrictions. Je contrôle maintenant, je contrôle les yeux et le cœur. Tout est sous contrôle. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 6

« Il ne faut pas manger n'importe comment. Il faut diminuer le sucre. Si je mange les choses que j'aime, après ça pose problème. Donc je ne les mange pas. »

(traduction de la langue Tamoul)

2 ont essayé les substituts du sucre puis ont arrêté comme la personne 8 :

« A part à un moment donné, je prenais l'Aspartame. Après c'était du Stevia. Mais là du coup, depuis 2 mois, 3 mois, j'ai laissé tombé parce que ça me donnait toujours en bouche un arrière goût sucré, et c'est désagréable. Et puis surtout ça incite peut-être d'une certaine

manière à préférer un goût sucré. Donc par la suite je prends du sucre normal. Sucre de canne. Rires. A un moment donné, je ne sucrais pas non plus le café. Mais bon maintenant je remets un peu le sucre. »

La personne 6 ne mange pas comme les autres :

« Je mange de tout. En ce moment, je n'arrive pas à manger le poisson et les viandes. Seulement les légumes maintenant. Je n'ai pas de goût pour le reste. ... Si je mange le matin, je n'ai pas faim le midi. Alors je mange tard. Et puis si je ne mets pas de sucre dans le café, ça n'a aucun goût pour moi. Donc je mets un peu de sucre. Je ne mange pas beaucoup de sucre. Juste un peu. Si je bois un thé, je mets un peu de sucre. Pour le café aussi. »
(traduction de la langue Tamoul)

2 personnes ont aussi réduit la consommation de sel.

Personne 7

« Je n'utilise pas de sucre dans le café. Pas du tout. Et le sel, je n'utilise qu'un peu de sel. Sans sucre, café, thé. »
(traduction de la langue Tamoul)

Personne 9

« Un petit peu baissé le sel et le sucre. »

Seulement 2 personnes, 2 des plus instruits, ont critiqué la consommation de graisses.

La personne 8 critique les habitudes alimentaires réunionnaises et indiennes : « Mais je crois avant tout que le diabétique se soigne lui en particulier dans un premier temps. Mais maintenant, l'habitude alimentaire, pour certains, c'est très difficile d'en sortir. Moi ça me pose aucun problème, mais comme j'ai vécu quand même à l'européenne pendant un certain temps, manger indien, c'était pas une nécessité. Alors que je vois par contre à la Réunion, dès qu'ils sortent de leur riz et de leur rougail, ils ne s'y retrouvent pas. Ça c'est clair. Mais moi ce n'est pas le cas. Je peux m'adapter sans problème.»

2 personnes seulement rapportent une activité physique régulière : « Je marche tous les jours, tous les matins, mi marche 45 minutes. Parfois plus. »

6 ont affirmé spontanément ne pas consommer d'alcool alors que seule la consommation de tabac était demandée. Toutes les femmes ont déclaré ne pas consommer de tabac ou d'alcool, ce qui est retrouvé en Inde de manière générale.

Personne 6

« ah non, je n'ai pas cette habitude. L'alcool non plus. Ici ils boivent de la bière, du vin. Moi non. »
(traduction de la langue Tamoul)

Personne 2

« ah non, pas de tabac, pas d'alcool. Rien. Même pas le vin. »
(traduction de la langue Tamoul)

Seulement 2 hommes interrogés déclaraient fumer du tabac.

Les personnes ont globalement une hygiène alimentaire saine : la diminution de la consommation de sucre, l'absence de grignotage, la consommation fréquente de fruits et légumes, la diminution de la quantité de riz.

Mais la pratique de l'activité physique ne fait pas partie des habitudes de la majorité des personnes interrogées. Cela est généralement retrouvé en Inde dans les villes.

La personne 1 a découvert lors d'une hospitalisation en diabétologie l'utilité de la pratique sportive, mais admet néanmoins ne pas en pratiquer régulièrement :

« J'ai découvert que le sport aide pour faire baisser le truc. On pouvait faire du vélo dans le service. Avant de faire le vélo, je contrôle. Après je contrôle aussi. Il y a une sacrée différence. J'ai remarqué que le taux de sucre diminuait après le vélo. Je fais du sport doucement... Je fais doucement tout ça. Pas trop d'effort quand même. »

La personne 2 déclare aussi ne pas faire beaucoup de sport et n'a pas changé son alimentation.
« Oh non pas du tout. Je marche 5-10 minutes par jour c'est tout. Je ne fais pas de grands exercices. En plus j'habite en hauteur, avec les montées et les descentes je ne marche pas, j'ai peur de tomber. Juste un peu d'exercice à la maison. »

« Je mange toujours pareil, j'aime manger les mangues et les bananes. J'en mange tous les jours. Je ne fais rien de particulier pour améliorer ma santé. Je suis bien non ? Rires »

(traduction de la langue Tamoul)

La personne 7 ne pense pas que le sport est important pour améliorer sa santé :

« Comment pensez-vous améliorer votre santé ?

Je prends les médicaments que le docteur me donne. C'est ça. »

Mais il faisait beaucoup de sport auparavant : « Avant je faisais des exercices, je marchais. Mais avec ma jambe... Quand j'étais petit je faisais du vélo. Jusqu'à 20-30 ans je faisais du vélo. 30km, 50km. Depuis 5 ans, je ne fais plus de vélo. »

(traduction de la langue Tamoul)

La marche est le principal sport pratiqué par les personnes.

Personne 3

« Tous les soirs je fais de la marche avec mon mari pendant une heure. Sinon, les travaux de la maison le reste de la journée. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 5

« De l'exercice, pas de façon permanente. Je fais de la marche une fois par mois avec une association. Une grande marche, du matin au soir. Ce n'est pas régulier. Mais je veux faire de façon régulière. Parfois j'allais à pied au travail et je revenais à pied. J'ai arrêté depuis qu'il fait chaud. Je vais reprendre en hiver. Ça me faisait 20 minutes de marche deux fois par jour tous les jours. »

« Améliorer ma santé... Hhhhm....

La routine, je contrôle un peu l'alimentation. Faire encore plus d'exercices. Mais ici, je crois que tout ça ce n'est pas la peine. Rires. Je ne ressens pas comme une difficulté de contrôler tout ça. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 7

« Je fais des exercices, mais pas trop. Il me montre des mouvements des bras.

Avant je marchais, mais là je ne peux pas à cause de ma jambe. »

(traduction de la langue Tamoul)

La personne 8 décrit ses activités physiques sur son lieu de travail : « *Ça varie. Mais bon déjà le fait d'être debout, de travailler tout le temps quasiment debout au lycée, avec des va et vient etc ; je pense que l'exercice des « 30 min » par jour est largement dépassé. En une heure par exemple, on fait des va et vient partout, dans le laboratoire comme à l'extérieur du laboratoire. Souvent. Là par exemple c'est au deuxième étage. Dans certains lycées, c'est au sixième niveau par rapport au parking. Donc tout de suite on se balade suffisamment. Disons marche à pied. Pas de course (...). Le vélo oui de temps en temps, ça m'arrive. De temps en temps on prend le vélo. Sinon c'est plus des marches dans la nature, genre volcan, que je faisais souvent avant. »*

Il admet ne pas faire d'effort particulier pour améliorer sa santé comme 5 autres personnes : « *Ben je pense que déjà il faut suivre. Prendre les médicaments normalement et éventuellement faire des exercices. Pour le moment, à part le fait que je fasse comme d'habitude, pour améliorer c'est un peu plus difficile. Il faut avoir le temps. »*

La consommation de sucre a été réduite pour toutes les personnes.

Personne 3

« *Nous sommes végétariens, donc le midi nous mangeons du riz avec des légumes. Le soir un petit repas. Avant j'aimais beaucoup les sucreries, maintenant j'ai laissé tombé tout ça(...) Il ne faut pas toucher aux sucreries avec le diabète ! Rires. On m'a dit d'éviter le sucre. Sinon pour le reste, je mange correctement, des quantités correctes. Des fruits et légumes trois à cinq fois par jour... Je fais de la marche tous les soirs. »*

(traduction de la langue Tamoul)

Le poids a été évoqué par la personne 5 comme étant à l'origine de problèmes de santé :

« *Je marche un peu. Avant j'étais plus grosse. Et puis j'ai minci un peu. C'est à cause du poids que je suis tombée. Après j'ai repris un peu de poids. On m'a dit de marcher. En Inde, je ne peux pas marcher. Je fais beaucoup de travaux à la maison. Là je ne peux pas trop. »*

« *Avant je marchais beaucoup, mais maintenant parfois seulement. »*

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 2

« *« Si on suit un régime, pas besoin de médicaments » dit le docteur. Mais moi je ne suis aucun régime ! Rires. »*

(traduction de la langue Tamoul)

Peu ont abordé spontanément la diminution de la consommation de graisse.

Beaucoup ont diminué la consommation de riz, pourtant pilier de l'alimentation en Asie.

Personne 1

« *Notre façon de faire la cuisine, c'est pas très équilibré. Les sauces, les épices, le riz... ça fait augmenter la glycémie le riz. »*

Personne 2

« *On a réduit le riz, surtout le soir. On mange de façon normale sinon. Avant il y avait les gâteaux au chocolat... Maintenant tout ça est contrôlé. »*

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 6

« Je ne mange pas du riz à chaque repas. Le matin je ne mange pas trop. Et puis avec l'âge, on ne mange pas autant. »

(traduction de la langue Tamoul)

2 personnes ont spontanément abordé la diminution de la consommation de sel (HTA comme comorbidité).

Personne 8

« Le seul inconvénient, c'est que quand je mange à la maison, on ne peut pas faire un plat pour les diabétiques et un plat pour les autres. C'est clair que ça ne marche pas comme ça. »

Les freins à la mise en œuvre des mesures hygiéno-diététiques sont multiples. L'environnement professionnel et le manque de temps serait à l'origine de la rareté de l'exercice physique pour quelques personnes.

Le sentiment de nocivité du sucre artificiel et du sucre de manière générale est fréquent.

Une relation médecin-malade de mauvaise qualité est à l'origine d'obstacle dans la mise en œuvre des mesures hygiéno-diététiques.

Parfois c'est un défaut d'information qui serait en cause. (1 personne).

Tous citent en premier le traitement dans le contrôle du diabète. Puis viennent les règles hygiéno-diététiques. Le sport n'est qu'accessoire pour les personnes. Seule 1 personne établit un lien direct entre activité sportive et diminution de la glycémie. Beaucoup éprouvent des difficultés pour pratiquer une activité physique régulière. 2 personnes admettent un manque de compliance dans les domaines du sport et de l'alimentation. Il existe une limitation de l'activité physique par les difficultés d'accès à l'habitat, la fatigue, les douleurs des membres.

3.4 TRAITEMENTS

3 personnes ne connaissent pas le nom de leur traitement antidiabétique.

Personne 5

« Ooh je n'ai pas en tête. Je ne connais pas les noms, je vais vous montrer. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 2

« Ah, je ne les connais pas par cœur. »

(traduction de la langue Tamoul)

L'absence de recours à l'insuline est un marqueur de diabète non avancé pour les personnes.

Personne 9

« Ena une cousine, li fait l'insuline, les piqûres. Boules noires partout, des taches partout sur le corps. Moi non, pas tout ça. »

Le fait de prendre toujours les mêmes médicaments est un signe de bonne santé.

Personne 2

« *Tous les 3 mois je fais la prise de sang et je prends toujours les mêmes médicaments.* »
« *Je n'ai jamais mis d'insuline.* »
(traduction de la langue Tamoul)

La personne 4 éprouve des difficultés pour l'administration des doses d'insuline :
« *Même pour relever le taux de sang, j'éprouve beaucoup de difficultés. Je ne vois pas clairement où est la lancette, où est le sang. Je prends ma femme pour qu'elle m'aide, pour qu'elle m'aide à trouver le résultat. Voilà la situation, voilà ma situation. Vous êtes tombé sur un très mauvais cas(...) La prise de sang tous les matins et la piqure en conséquence.* »

2 personnes avouent parfois sauter des prises de médicaments, comme la personne 8 :
« *Bon de temps en temps c'est vrai que j'oublie de prendre certains médicaments, mais bon c'est pas pour autant que ça affecte l'état général.* »

Toutes les personnes prennent régulièrement le traitement, aucune n'attend de présenter des symptômes d'hyperglycémie.

La personne 9 ne trouve pas son traitement contraignant : « *Un petit comprimé je prends. PETIT.* »

Le passage à l'insuline a été spontanément abordé par 1 personne non insulino-requérante, il constitue un tournant du diabète et est un synonyme de mauvaise santé. L'auto surveillance glycémique a été refusée par une personne.

Personne 3
« *Ma santé va bien. Je prends juste le cachet Metformine. Ça ne me pose pas de problèmes.* »
(traduction de la langue Tamoul)

Les effets secondaires d'un antidiabétique oral sont rapportés par la personne 1 :
« *Avec le Glucophage, j'ai des nausées et des vomissements le matin. Mais le soir comme je mange beaucoup, le Glucophage ça va.* »

La personne 5 rapporte une mauvaise observance du traitement en cas de prise d'alcool.
« *Parfois je saute Metformine, le dimanche par exemple quand je prends un whisky avec un bon repas. Mais le taux est normal. Je me dois de vous dire ça. Dans l'après-midi, le dimanche, parfois je laisse le comprimé de Metformine quand je prends un whisky.* »
(traduction de la langue Tamoul).

3.5 REFERENCES AUX HABITUDES DU PAYS D'ORIGINE

Médecine traditionnelle

Les personnes ont très peu évoqué la médecine traditionnelle. 3 d'entre eux ont abordé ce sujet spontanément. L'usage de la médecine ayurvédique est fréquent dans le pays d'origine, il est plus rare à la Réunion car les personnes ont peur des interactions avec les médicaments prescrits par le médecin traitant et car leur prise en charge actuelle leur convenait. On constate dans notre étude que l'usage des plantes médicinales n'est que très occasionnel, surtout au début de la maladie.

Personne 3

« En Inde on utilise la médecine ayurvédique. Mais ici je n'utilise pas la médecine traditionnelle ayurvédique. Comme ici je prends les médicaments anglais, je ne sais pas si ça peut fonctionner la médecine ayurvédique. Quand on est là-bas, ça peut bien marcher. Mais à la Réunion, je ne sais pas si peut fonctionner aussi bien. Ce n'est pas la même chose quand on est ici. Je prends les médicaments, donc je continue comme ça. »

(traduction de la langue Tamoul)

La personne 1 énumère certains légumes ayant des vertus hypoglycémiantes :

« Les légumes, margoze qui fait descendre le diabète. Endives aussi. Parce que c'est amer. Il faut boire l'eau bouillie des endives. Margoze en salade. Céleri. Courgette. »

Personne 5

« Au début en 2013, je consommait des margozes et tout ça pour contrôler le taux de sucre. J'ai suivi quelques traitements comme ça. Mais après on m'a dit de ne pas consommer tout ça en même temps que les médicaments. Donc j'ai arrêté de manger tout ça. Parfois je consomme ces aliments. Mais pas de façon régulière. Mais ma limite est sous contrôle. Je poursuis simplement avec les médicaments. Je prends les trois médicaments de façon régulière. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 6

« J'utilise des remèdes comme le gingembre, le citron. »

(traduction de la langue Tamoul)

Systeme de santé

D'une manière générale, en Inde, par manque de moyens d'accès aux soins, le traitement de la pathologie existe mais les personnes ne peuvent pas toujours se l'offrir. Certaines personnes sont dupées par leur médecin, notamment en ce qui concerne les chances de guérison complète du diabète. Beaucoup ne consultent pas par peur qu'on leur dise qu'il faut amputer un membre. Il y a une mauvaise information faite aux personnes, voire une publicité mensongère.

La découverte d'un autre système de santé est toujours bien vécue, laissant place à des critiques sur le système de santé indien.

Personne 1

« En Inde certains disent « oui on peut complètement guérir du diabète », ils récupèrent l'argent avec leurs patients. Publicité fausse. Les gens qui connaissent pas trop le diabète se font avoir. On peut pas guérir ça complètement. »

Personne 2

« Une de mes sœurs a le diabète. Même mon papa n'avait pas de diabète. Vous savez, avant on ne vérifiait pas tout ça. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 5

« Sinon, je suis à l'aise, tranquille ici. Avant je n'avais rien en Inde. On était tout le temps dehors, on travaillait. On n'avait pas ces pensées, de faire des analyses. J'avais 30-35 ans là-bas, ce n'était pas pareil. C'est ici qu'on faisait les tests régulièrement, après 50 ans. C'est le système d'ici. »

(traduction de la langue Tamoul)

Certaines personnes se sentent plus respectées par les médecins français et trouvent que ces derniers sont plus disponibles pour les aider.

Une seule personne qui vivait une partie de l'année en Inde, expliquait avoir toujours le même médecin là-bas, et avoir été convaincue de se faire opérer de la cataracte là-bas.

Famille

Lorsqu'on demande aux personnes quelles habitudes de leur pays d'origine leur manquent, 7 sur 9 disent que c'est la famille qui manque.

La persistance des liens familiaux est marquante. Les personnes gardent des liens avec leurs familles, toutes les personnes interrogées avaient leurs familles dans le pays d'origine et y séjournaient régulièrement.

Personne 1

« J'y vais tous les ans, ça me manque. Surtout l'environnement, les relations, la famille. Ma famille me manque beaucoup. J'ai des connaissances de ma communauté ici, des compatriotes, mais ce n'est pas pareil que ma famille. Je suis très attaché à ma famille, à ma sœur. »

Personne 2

« Ici, rien ne me manque. Sauf mes cousins. »
(traduction de la langue Tamoul)

Personne 4

« Une partie de la famille et puis le reste c'est la terre natale. »

Personne 5

« Première chose la famille. La famille, les amis. Les environnements, ce qui nous entoure, les fêtes. Tout ça ça me manque beaucoup. »
(traduction de la langue Tamoul)

Personne 6

« On va souvent en Inde. Il ne manque rien. Juste la famille. »

Personne 9

« La famille, mes frères et sœurs. Les frères sœurs manquent, tous les deux ans nous sa va là-bas. »

Cuisine et alimentation

La personne 1 critique l'alimentation calorique indienne :

« Ah oui les légumes. Je mange adapté : carotte, tomate. Beaucoup de fruits, de légumes, poisson, moins de viande. Notre façon de faire la cuisine, c'est pas très équilibré. Les sauces, les épices, le riz(...) ça fait augmenter la glycémie le riz, le sucre. »

Personne 8

« Il y a peut-être moins de choses sucrées. Pas autant qu'on a accès là-bas. Heureusement d'ailleurs....Rires. Parce que le diabète là-bas ça doit exploser. Ici on a moins de sucré. »

On remarque ainsi une véritable adaptation de la personne dans le nouveau système de santé, ainsi qu'un changement des habitudes alimentaires. L'alimentation indienne est parfois critiquée parce que jugée trop calorique et par conséquent réduite en quantité.

Religion

La religion occupe une place importante, notamment le pouvoir de Dieu dans l'évolution de la maladie. Malgré son diabète, une personne musulmane continue à observer le jeûne du Ramadan tout en suivant les conseils de son médecin traitant.

Personne 9

« J'ai fait le ramadan. J'arrêtais quand j'étais fatiguée. Le docteur a dit d'arrêter si c'est difficile. Mais quand je fais le carême je suis en bonne santé. »

La personne 4 relègue son devenir à Dieu : *« J'ai de l'espoir malgré tant de difficultés, malgré tant de choses. Mais cet espoir là, il est basé sur ma foi en Dieu. Si Dieu le veut, il le pourra. Mais je dois me plier à ses exigences. Mais ceci, ce n'est qu'un rêve. Dieu a donné un corps sain, il faut lui retourner ce corps sain tel qu'il a été. »*

Personne 5

« Parfois j'ai un mal de tête, mais c'est rare, par la grâce de Dieu. »

3.6 VECU DE LA MALADIE

La déception et la résignation envahissent la personne 4, la plus âgée :

« Je ne sais même plus ce que c'est que le diabète...Moi-même je ne comprends pas ce que c'est le diabète. »

« Alors comment je vais survivre ? Que dois-je faire ? Est-ce que vous avez des médicaments miracles ?? On verra bien, dans la vie on commet des erreurs sans le vouloir des fois. Et des erreurs à bon escient. Je ne veux pas que les autres souffrent comme moi. Même si je meurs maintenant, ce n'est pas grave. Mais les jeunes doivent faire attention. »

Le poids de la maladie est très présent dans le discours de cette personne : *« Et puis ça continuait depuis 1974. Depuis 30 ans ? 40 ans ? Je souffre de diabète depuis 40 ans »*

Le diagnostic du diabète marque un tournant dans la vie des personnes.

Personne 6

« Avant l'âge de 65 ans, je n'ai jamais pris aucun médicament. Depuis j'ai le sucre, et les médicaments. »

(traduction de la langue Tamoul)

La personne 4 exprime aussi de la souffrance

« Et avec ça je continue à vivre et il y a quelques années, on m'a fait une opération de la cataracte ici. Au même œil, opération de cataracte, je ne sais pas si c'est réussi ou non, mais petit à petit j'ai commencé à perdre l'acuité visuelle. Ce qui fait que cet œil là non seulement m'aide pas à voir mais gêne beaucoup la vue de l'autre œil. Alors maintenant je vois à peine les choses, les personnes. Même vous maintenant, je ne vous vois pas clairement. Tout est flou. Le matin je ne sais pas si c'est déjà quatre heures, six heures. Et avec ça s'ajoute maintenant, je ne sais pas ce qui me fait ajouter, le vertige continu. Je n'entends pas. J'ai

commencé à avoir des acouphènes qui m'ont amené à la surdité. D'une part l'oeil gauche a perdu de sa visualité et d'autre part les oreilles ont perdu l'acuité et après commencent les dents. Alors comme j'avais des infections dentaires de partout. Ils m'ont arraché les dents. Donc plus de dents et jusqu'à maintenant la gorge est resserrée. Même le médicament que j'avale, ça ne rentre pas, ça ressort. Alors ce qui fait que j'ai perdu le plaisir des cinq sens. Pour moi tout est dégoûtant, aucun repas n'a un goût. Alors dès que je vois le plat à manger, ça me déroute, j'essaye d'éviter. Pourquoi ? Parce que chaque bouchée que je mange ça reste dans la gorge, ça ne descend pas. Même je ne peux pas boire d'affilée un quart de verre. Goutte par goutte, et encore. Et puis, maintenant on me donne au moins dix médicaments pour chaque repas. Le soir, j'ai des antidépresseurs. Disons que ça supprime la dépression alors que les soucis augmentent. Tout ça me donne la tension, la dépression. Je prends un antidépresseur et malgré l'antidépresseur, je me réveille à deux heures ou trois heures.»

La culpabilité a été retrouvée chez 2 personnes.

Personne 5

*« Si j'avais contrôlé dès le début, j'aurais pu me guérir du diabète. »
(traduction de la langue Tamoul)*

Le sentiment d'abandon et de handicap est aussi exprimé par la personne 4 :

« Le médecin, un professeur, lui... Il m'a traité et m'a dit « non, non, non vous avez beaucoup de lésions invalidantes. Donc vous n'allez pas pouvoir reprendre votre service, vous présentez la lettre que je vous donne au comité médical qui va vous accorder six mois de congés. Alors ils m'ont donné six mois de congé, et ils ont prolongé une autre période de six mois et puis j'ai repris le service. En 1988, j'ai été admis à la retraite pour cause d'invalidité. Et maintenant j'ai le diabète et puis le cœur qui ne va pas et la tension ça augmente ça diminue. Et après la tension, quelques années plus tard, j'ai eu le DMLA. Mais on m'a dit que ce n'est pas lié au diabète, que c'est lié à l'âge.»

Il se retrouve isolé : *« Enfin, comme je ne vois pas bien, je n'entends pas bien, je me retranche de la société. Je connais tout ça. J'ai même enseigné tout ça aux enfants. Et maintenant je subis les conséquences.»*

On remarque quand même un optimisme et une impression de bonne santé pour 5 personnes.

Personne 5

*« Comment trouvez-vous votre état de santé ?
Ici, je trouve normal. A part la montée du taux de sucre. »
(traduction de la langue Tamoul)*

A l'inverse, la personne 4 est très pessimiste quant à sa santé.

« Je ne peux pas dire améliorer, ça s'est détérioré. Améliorer c'est quoi ? C'est devenir meilleur. Mais non c'est le cas contraire. Alors je ne pense pas qu'on puisse améliorer. Est-ce qu'il y a des moyens ? Je retiens les pleurs... Tout ce que je demande, c'est d'avoir la paix. Je ne demande rien. Mais la paix, elle est loin. »

Une idée d'obéissance aux ordres du médecin est mise en évidence chez 7 personnes.

Personne 4

« Il m'a prescrit des médicaments. Je l'ai suivi à la lettre. J'ai pris les médicaments et j'ai fait le régime qu'il m'a conseillé(...). Le médecin me dit : « qu'est-ce que vous avez ? ». Je ne

comprends pas, je n'arrivais pas à m'asseoir, je n'arrivais pas à marcher. Il a dit : « qu'est-ce que vous avez pris ? J'ai dit « j'ai pris ce que vous m'avez conseillé ». « Qu'est-ce que vous avez mangé ? ». « Voilà, ce que vous avez dit... Les médicaments... Ce que vous avez prescrit... ». Mais il m'a dit « là, vous avez fait une erreur ». « Quelle erreur ? J'ai fait tout ce que vous avez dit et vous me dites que j'ai fait une erreur. Alors il me dit « Vous savez les gens d'ici, les gens de la Réunion, quand on leur prescrit un certain nombre de médicaments, ils ne prennent que la moitié. Alors, moi j'ai pensé que vous feriez autant, alors que vous avez fait ce que j'ai prescrit. C'est normal, ça s'appelle hypoglycémie. »

3.7 VECU DE LA SURVEILLANCE DU DIABETE

Le rythme de suivi, le renouvellement des ordonnances par le médecin traitant, la périodicité de la mesure de l'HbA1c, les rendez-vous avec le cardiologue et l'ophtalmologue sont par contre très bien compris et effectués par toutes les personnes sans exception.

Personne 1

« Je fais tout. Systématiquement, tous les trois mois, comment ça s'appelle ça, pour trouver la moyenne... J'ai jamais raté ça. Et puis le cardiologue, l'ophtalmologue. Je fais systématiquement. Et puis les médicaments. Je vais pratiquement une fois par mois chez le médecin traitant. »

Le nom d'Hémoglobine glyquée est toujours remplacé par les personnes par « le sucre dans le sang tous les 3 mois ».

La personne 2 ne connaît pas le nom d'Hémoglobine glyquée mais fait correctement le contrôle trimestriel : « Tous les 3 mois je fais cette analyse. C'est bon non, 7,2% ?? »

Personne 3

« Il m'a dit de prendre les cachets. Et tous les trois mois je fais la prise de sang du diabète avec le docteur. »

(traduction de la langue Tamoul)

Plusieurs ont affirmé avoir une bonne fonction rénale vérifiée sur une prise de sang annuelle.

Personne 2

« le rein c'est bon. On fait le bilan une fois par an. »

(traduction de la langue Tamoul)

Le recours au diabétologue est rare. Le médecin traitant joue un rôle important dans le suivi.

Personne 1

« C'était la décision d'un spécialiste, comment on appelle ça, un diabétologue. »

Personne 4

« Auparavant j'allais tous les deux ou trois mois comme ça. Pas carrément chez le diabétologue, chez le généraliste. Il m'a dit vous pouvez prendre les traitements avec votre médecin traitant. Vous n'avez pas besoin de vous déranger pour venir me voir. »

La notion de contrainte est parfois présente.

Personne 1

« J'ai été obligé de prendre les médicaments, faire les analyses, systématiquement. Tous les ans par mon médecin traitant, je fais systématiquement les analyses. »

Personne 5

« Je suis allé voir le docteur. Il m'a dit qu'à partir de maintenant il fallait prendre des médicaments, que je ne pouvais pas y échapper. En janvier 2013, j'ai commencé les médicaments. J'ai commencé à prendre les cachets, j'ai les prescriptions, je vais vous montrer. Après ça, pendant 6 mois, c'était difficile d'arriver à la limite. Depuis 2 ans, ma limite était contrôlée. A part ça je fais tout de façon normale, j'ajoute mon sucre et tout. Mais je prends les cachets et ça me maintient stable. »

(traduction de la langue Tamoul)

3.8 LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE

2 personnes étaient très affectées par le départ de leur médecin traitant et ont du aller chez un autre médecin qu'ils trouvent moins compétent mais qui est plus proche de leur domicile.

Personne 2

« Jusqu'à il y a deux ans, j'étais suivie par Dr M. Je l'aimais beaucoup. Il me suivait bien pour mon diabète. Mais il a du être transféré et est parti à Saint Benoît. Donc c'est son collègue qui était à côté qui me suit maintenant. C'est comme ça, je vais chez lui comme il est plus près, je n'ai pas d'autre choix. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 5

« Je peux vous dire une chose. Le docteur que j'avais juste avant, quand j'ai commencé le truc, c'était Dr M. C'était un bon spécialiste des personnes âgées. Un an après la découverte du diabète, il ne travaillait plus dans ce cabinet, il y a eu un autre poste ailleurs. Jusqu'à qu'il soit là, le suivi était excellent, merveilleux. Maintenant je vais chez mon ancien médecin, en face de chez moi. Il ne s'occupe pas particulièrement des personnes diabétiques, je ne le ressens pas comme quelqu'un qui sait bien traiter des diabétiques. Il va juste regarder la prise de sang. Il va dire « ok, la prise de sang est bonne ». Il ne va même pas prendre la tension ou nous peser. C'est nous qui le forçons à prendre la tension. Il va dire, « c'est bon, continuez le médicament ». C'est mon ressenti avec ce médecin. Je voudrais un bon docteur, qui s'occupe bien des personnes âgées. Le ressenti que j'avais avec mon ancien docteur, je ne l'ai pas avec le nouveau. Mais il est juste en face, j'ai juste à traverser, c'est pour ça que je vais là-bas. »

(traduction de la langue Tamoul)

La barrière de la langue lors de la consultation n'a été signalée que par une personne.

Personne 3

« Tous les trois mois je fais la prise de sang. C'est obligatoire tous les trois mois. Il explique bien, un peu en Anglais, un peu en Créole, comme ça je comprends. »

(traduction de la langue Tamoul)

Une personne en voulait au médecin qui a pris en charge initialement son diabète et qui ne l'aurait pas assez sensibilisé. Cette même personne a du séjourner plusieurs fois en service de diabétologie et a trouvé ses séjours très pédagogiques, notamment concernant la pratique d'une activité physique.

Personne 1

« Au début je n'étais pas sensibilisé, mon médecin traitant, excusez-moi, il était un peu con quand même. Il ne m'avait pas donné les conseils pour sensibiliser au diabète. Du coup, quand je suis venu à l'hôpital, il y avait beaucoup de choses à voir dans le service de diabétologie. Je ne savais pas qu'il y avait un service de diabétologie avec 3 unités : diabétologie normale pour contrôler tout tous les 3 mois, pied diabétique(...) Je ne savais pas tout ça, je n'étais pas sensibilisé par mon médecin traitant. »

Il est ressorti des entretiens que le médecin avait une influence importante sur ces personnes, sur leur comportement, notamment sur leur adhésion au traitement médicamenteux.

Par ailleurs, l'annonce du diagnostic et le comportement du médecin à ce moment semblaient avoir un rôle important.

Personne 6

« Il faut que j'aille voir le docteur bientôt. Il va regarder le sucre. »

« Je fais les tests tous les 3 mois, je récupère les médicaments tous les 3 mois avec le médecin traitant. Il prend la tension, et c'est seulement après qu'il me donne les médicaments.

J'ai le même docteur depuis que je suis arrivée ici. Je ne vais pas chez d'autres docteurs. S'il n'est pas là, je vais chez un autre docteur ici. C'est tout. En Inde aussi j'ai le même médecin depuis toujours ! Malgré tous les docteurs qu'il y a en Inde, je vais toujours chez le même. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 3

« Il faut bien prendre les médicaments tous les jours, faire de la marche, bien manger. C'est ce que dit le docteur. »

(traduction de la langue Tamoul)

Toutes les personnes présentent un suivi médical régulier. Le recours aux remèdes « maison » ou à l'automédication sont fréquents avant de consulter le médecin traitant en cas de pathologie bénigne.

Les rôles identifiés par les personnes interrogées des médecins généralistes sont multiples : informer, expliquer, conseiller, être à l'écoute, orienter, déléguer, suivre, surveiller.

3.9 HOSPITALISATION

L'hôpital est spontanément évoqué. Ne pas avoir été hospitalisé ressort comme un synonyme de bonne santé. De même que l'absence de traitement par l'insuline.

Personne 2

« Je ne suis jamais allée à l'hôpital. Même mon mari n'a jamais été admis à l'hôpital, il est mort dans son sommeil à 81 ans. Il était en bonne santé. »

(traduction de la langue Tamoul)

Par contre la personne 1, qui a été hospitalisée à plusieurs reprises pour son diabète, se souvient bien de ses séjours :

« Une fois j'ai été hospitalisé en février 2015, première fois pour le diabète. Pied infecté deuxième orteil pied droit. Le pancréas ne fonctionnait pas trop, décision de mettre de l'insuline, pas trop, 5 unités. A un moment donné, je ne sais pas pourquoi, la plaie s'est

ouverte. Les pansements étaient faits par des infirmières, tous les jours. Il y avait une collection, j'ai eu des antibiotiques...Ils ont téléphoné au bloc, opéré le jour même, pour prélèvement, anesthésie locale, ils ont creusé, ils ont pris l'échantillon. Ils ont trouvé une bactérie, deux bactéries même qui ont causé l'infection...Le repas c'est strictement régime, sans sel, rien. Mais quand même il y a des légumes, des yaourts(...) La prise en charge est très bien. »

La personne 4 aussi a été hospitalisée en raison de son diabète :

« Cela m'a obligé d'être hospitalisé, je suis resté à l'hôpital 21 jours, j'ai eu il me semble deux infarctus. »

« Une dernière fois, avant la veille de l'opération de l'œil, on m'a demandé de prendre l'ambulance pour être admis à l'hôpital ophtalmologique. Mais au moment de prendre l'ambulance, la veille même je tombe malade. On a posé un stent et une dilatation. Et avec tout ça, après ils m'ont trouvé une anomalie dans les électrolytes, il y avait trop de potassium et beaucoup moins de sodium, beaucoup moins de chlore. Alors dans la section d'endocrinologie on m'a traité et c'est là qu'ils ont commencé à me donner les somnifères d'abord, deuxièmement l'antidépresseur. Voilà. »

Personne 6

« Au début je ne prenais pas beaucoup de médicaments. Et puis je me suis faite mal à la jambe et j'ai du aller à l'hôpital. J'ai des fers dans cette jambe. Ils ont bien surveillé le sucre là-bas.(...)

Il m'a dit d'aller voir le docteur des yeux. On m'a opéré de l'œil gauche (la cataracte). L'autre œil, on pourra faire plus tard. Au début j'avais peur de l'opération. Et puis en Inde aussi on m'a dit de faire l'opération, donc j'ai fait. »

(traduction de la langue Tamoul)

3.10 COMORBIDITES

La personne 4 a eu des complications cardiaques de son diabète : « mais en 1980 j'ai fait un infarctus du myocarde. (...) j'ai eu il me semble deux infarctus. »

Cette même personne a été marquée par la succession de pathologies qui lui ont été découvertes.

« Ah oui, et je n'ai pas parlé. On m'a dit subitement. Pendant assez longtemps, on m'a donné pour l'angine de poitrine, Vastarel. Moi je ne dis à personne, je dis à vous seulement, je pense, je pense que la prise de Vastarel pendant tant de temps m'a entraîné le Parkinson. Alors le Parkinson s'ajoute à ces sortes de maladie. »

L'HTA est toujours abordée de manière conjointe avec le diabète, parfois de découverte synchrone.

Personne 2

« Ma tension est à 13, j'ai vérifié il n'y a pas longtemps. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 5

« Un spécialiste du cœur m'a dit de prendre Aprovel, il a dit que c'était bien pour les personnes qui avaient du sucre. J'ai rien au cœur, je crois que c'est pour contrôler la tension. »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 7

« *Maintenant, j'ai le diabète. Deuxièmement tension. C'est tout. J'ai le diabète depuis 10 ans. Je prends une pilule pour le diabète et une pour la tension. Metformine 1000 matin, midi et soir. Je fais de l'insuline le soir.* »

(traduction de la langue Tamoul)

Personne 8

« *Bon, ça va, potable. Je ne souffre pas beaucoup du diabète en particulier. Je souffre plutôt de mal au dos. Plutôt une légère hypertension.* »

Personne 9

« *Tension avec diabète, tous les deux.* »

PRINCIPAUX ELEMENTS DU VECU

Souvenir du moment exact de la découverte du diabète.

L'auto-surveillance glycémique est contraignante.

L'hospitalisation et le recours à l'insuline sont synonymes de diabète grave.

Le nom des traitements n'est pas connu dans la moitié des cas.

La médecine traditionnelle est abandonnée au profit des médicaments.

Désespoir, culpabilité, souffrance sont des émotions rattachées au diabète.

La réduction de la consommation de sucre est constante.

La limitation de la consommation des graisses n'est pas toujours mentionnée.

Rareté de la pratique d'une activité physique régulière.

La différence linguistique ne constitue pas un obstacle dans le parcours de soins.

La famille et la religion sont importantes pour les personnes.

On retrouve une obéissance et un attachement au médecin.

V. DISCUSSION

L'objectif de l'étude était de recueillir des éléments socioculturels qui influencent les représentations, la compréhension du diabète de type 2, l'adhésion au traitement de la maladie.

CHAPITRE 1 : REPRÉSENTATIONS DU DIABÈTE

Chaque individu construit ses propres représentations en fonction de nombreux facteurs sociaux et personnels pour affronter la maladie. Ainsi, les études anthropologiques et ethnologiques apportent des éléments de réflexion par rapport à la culture de la personne.

Ce travail s'est intéressé aux représentations sociales du diabète. Plusieurs personnes provenant de zones géographiques proches ou identiques peuvent avoir des représentations différentes du diabète, ce qui est d'ailleurs ressorti de cette étude. Lorsqu'on prend en charge une personne atteinte de diabète, on ne traite pas uniquement des chiffres, mais un individu.

Concernant les causes du diabète, on retrouve dans notre étude les modèles endogènes et exogènes déjà connus. L'âge et l'hérédité entrent dans un modèle endogène, alors que le stress et la consommation de sucre participent à un modèle exogène. Dans l'étude de Macaden, d'autres facteurs sont aussi mis en cause (85).

L'étude de Macaden (*Perceptions différentes des risques : les Sud-asiatiques résidant au Royaume-Uni et leurs prestataires de soins ; 7 soignants et 20 patients interrogés en 2004-2005*) a révélé qu'un certain nombre d'éléments influençaient la perception du risque de survenue du diabète chez les personnes d'origine sud-asiatique atteintes de diabète : la perception du vieillissement, la dynamique familiale, la culture, l'importance de la nourriture (en particulier en termes d'hospitalité), les croyances relatives aux causes du diabète, la perception de sa gravité et de sa visibilité, le manque de visibilité des risques, la religion et les croyances relatives à un contrôle extérieur sur la durée de la vie. Il a été intéressant de constater dans cette étude qu'il y avait des divergences très spécifiques dans la façon dont les risques associés au diabète de type 2 étaient perçus par les personnes atteintes de diabète et par leurs prestataires de soins. Alors que les professionnels de la santé impliqués dans les soins du diabète citaient un manque d'insuline et les altérations métaboliques comme étant les causes du diabète, les personnes atteintes de la condition pensaient que le destin, le climat froid et le manque de soleil au Royaume-Uni étaient à blâmer, ainsi qu'une prédisposition familiale, l'abus de sucreries, les angoisses ou le fait d'avoir vécu une situation stressante (85).

Il faut préciser que ces personnes vivent au Royaume-Uni et non dans l'Océan Indien, les personnes de notre étude ne pouvaient pas incriminer le froid ni le manque de soleil.

Dans notre étude, les 9 personnes avaient de bonnes connaissances en terme de diabète, même celles avec un faible niveau d'éducation. Nous avons estimé les connaissances des personnes sur leur maladie et ses complications, surtout par des questions ouvertes, pour éviter d'induire les réponses. Ces connaissances apparaissaient satisfaisantes tant sur le plan des complications du diabète que sur les modalités du traitement.

L'étude néozélandaise *Ethnic differences in illness perceptions, self-efficacy and diabetes self-care* de Debbie Bean, Tim Cundy, Keith J. Petrie s'est intéressée aux perceptions et

compétences de personnes de trois groupes ethniques (îles du Pacifique, Européens, Asiatiques du Sud) en matière de diabète en 2005 (86).

L'hypothèse de l'étude était la mise en évidence de différences de perceptions du diabète entre les trois groupes.

Les résultats principaux montraient que le groupe des Européens avait une meilleure compréhension de la notion de maladie chronique par rapport aux personnes originaires des îles du Pacifique et des Asiatiques du Sud.

Dans le groupe des Asiatiques du Sud, ceux qui avaient une meilleure représentation des contrôles glycémiques avaient un contrôle des glycémies capillaires optimal. En d'autres termes, les personnes qui percevaient le diabète comme une maladie contrôlable étaient plus enclin à mesurer leurs glycémies capillaires.

Par ailleurs, les personnes avec un mauvais équilibre métabolique avaient tendance à tester leur glycémie plus régulièrement. Ces mêmes personnes étaient plus affectées émotionnellement. Des recherches avaient montré qu'un stress émotionnel était associé avec un mauvais contrôle métabolique.

Dans notre étude, une seule personne a détaillé ses contrôles glycémiques, qui étaient parfois mauvais ; une personne a, quant à elle, refusé de pratiquer l'auto surveillance glycémique préconisée par son médecin, une autre personne avait de tels problèmes de vision qu'il ne pouvait pas faire ses contrôles seul. On ne peut pas tirer de conclusions comme dans l'étude de Bean.

Dans le cadre de l'étude REDIA (119), une enquête anthropologique a également été menée sur les perceptions de santé des patients diabétiques réunionnais. Cette enquête a mis en évidence le décalage persistant entre les connaissances médicales et les perceptions des patients, avec des lacunes importantes dans la connaissance du diabète et de son contrôle. Selon les patients enquêtés, les causes principales de la survenue du diabète sont l'excès de sucre, l'hérédité, le stress ou événements de vie ; le surpoids et l'obésité n'étant pratiquement pas mis en cause. Nous retrouvons ces mêmes caractéristiques dans notre étude avec cependant de bonnes connaissances sur le contrôle du diabète.

Dans l'étude de l'ORS de 2001 qui s'est intéressée aux amputations des membres inférieurs chez les diabétiques réunionnais, 279 personnes ont été interrogées (125). 42% des patients ne connaissaient aucune des complications du diabète.

Le nombre de complications citées par les patients variait en fonction du niveau d'études : 50% de ceux qui avaient un niveau scolaire primaire ne connaissaient aucune complication du diabète versus 19% de ceux qui avaient atteint le niveau scolaire du collège et 25% pour ceux qui avaient un niveau Bac ou plus.

Mme Muriel Roddier a mené une recherche anthropologique à la Réunion en 1999 (128), portant sur une quarantaine de diabétiques de type 2, réunionnais, interrogés surtout en secteur hospitalier. L'analyse de leur discours permet de saisir le sens de leur itinéraire de soins, déterminé par leurs conceptions étiologiques et leurs choix thérapeutiques. L'analyse des comportements face aux facteurs de risque, comme l'obésité, montre l'écart entre les valeurs des soignants et celles du public, en particulier féminin. Les femmes ont un rôle social prépondérant en tant que médiatrices des messages sanitaires, non exploité par les soignants. Il s'agit d'une maladie parfois perçue comme venant de l'extérieur, une idée de fatalisme est souvent présente, pouvant expliquer une mauvaise observance thérapeutique. Dans notre étude les personnes rapportent le diabète à des causes endogènes (âge, hérédité) et montrent une bonne observance.

CHAPITRE 2 : VECU DU DIABETE

Les raisons de leur venue à la Réunion des personnes interrogées sont diverses : rapprochement familial ou mutation professionnelle principalement. Aucune des personnes interrogées ne présentait de grandes difficultés financières ni de difficultés administratives, ce qui va dans le sens d'une meilleure observance et d'une meilleure adhésion au traitement. Nous ne sommes pas dans le cas de migrants en situation irrégulière ou de demandeur d'asile ayant subi des traumatismes dans leur pays d'origine.

Les personnes les plus âgées sont plus préoccupées par leur santé du fait de la présence de comorbidités. Certaines pathologies n'ont pas été diagnostiquées dans le pays d'origine (diabète et HTA). Les personnes semblent accorder autant d'importance pour le diabète que pour l'HTA lorsqu'elles sont atteintes des deux pathologies.

La barrière de la langue n'est pas un problème, toutes les personnes maîtrisaient au moins en partie le Créole ou le Français. Une seule personne disait avoir besoin d'explication en Anglais de la part de son médecin traitant.

Le suivi, le rythme de la prise en charge est bien compris. Les personnes semblent présenter une bonne observance médicale et ne présentent pas de nomadisme médical.

Le recours à l'insuline est appréhendé par les personnes, et n'est pas toujours bien vécu pour celles qui y ont recours. Un nombre plus important de personnes insulino-dépendantes aurait pu nous renseigner de manière plus précise sur cette tendance. Il est possible également que parmi les 5 personnes ayant refusé de participer à l'étude certaines présentaient de grandes difficultés dans le suivi de leur maladie ou des problèmes d'addiction.

Dans l'étude de Macaden (85), le nombre de comprimés pris et les services utilisés figuraient parmi les facteurs clés déterminant la gravité de la condition (les personnes qui se rendaient dans un centre du diabète étaient considérées comme ayant une « forme de diabète plus grave » que les personnes qui consultaient simplement leur généraliste pour la gestion de leur diabète). La fréquence des rendez-vous à l'hôpital et la prescription ou non d'insuline étaient également des facteurs déterminants.

Il était inquiétant de constater que la sensibilisation aux complications possibles à long terme (hypertension, troubles cardiaques, accident cérébrovasculaire, cécité et néphropathie) et aux moyens de les éviter était très faible. Les risques étaient calculés en termes d'interférence avec les contraintes sociales et religieuses, comme l'incapacité d'assister à des rassemblements sociaux à cause des restrictions alimentaires, l'impossibilité de jeûner et d'observer les pratiques religieuses et les offenses sociales telles que de refuser de la nourriture (en particulier les sucreries) proposée en signe d'hospitalité lors de la visite de membres de la famille ou d'amis (85).

Les personnes interrogées dans notre étude semblaient bien intégrer les modifications de leur alimentation sans interférence notable avec la pratique de leur religion.

Dans notre étude, chez les personnes qui ont un diabète évoluant depuis moins de 10 ans, et uniquement sous un ou deux antidiabétiques oraux, le vécu est optimiste, une impression de bonne santé est dégagée. La pratique sportive n'est pas au centre des préoccupations de ces personnes.

Pour celles avec un diabète ancien, ou ayant été hospitalisé en raison du diabète, le vécu est pessimiste, la maladie est source d'anxiété, de souffrance, de résignation parfois.

La moitié des personnes relèguent leur avenir à Dieu, cela est aussi mis en évidence dans d'autres études (85, 87).

Globalement dans notre étude, les personnes sont compliantes hormis 2 personnes, dont une en surpoids qui refusait l'auto surveillance glycémique et ne pratiquait pas d'activité sportive. Une personne n'avait pas changé son alimentation en disant qu'elle se portait bien.

Dans l'étude de Macaden (85), un certain nombre de facteurs concomitants rendent difficile le respect du traitement, notamment sa complexité et les changements de style de vie requis, les obstacles à l'accès aux services de santé, un environnement social peu encourageant et la difficulté à changer les habitudes de la vie quotidienne. Bien que les professionnels de la santé éprouvent souvent des difficultés à comprendre le non respect du traitement par les personnes atteintes de diabète, ce non respect se base souvent sur des éléments rationnels du point de vue du patient. Par exemple, il est assez fréquent que les personnes atteintes de diabète de type 2 ne se sentent pas vraiment mal (à part une faiblesse et une fatigue généralisées) même lorsque le diagnostic est posé. Lorsqu'elles commencent à prendre un hypoglycémiant, comme la Metformine, elles développent parfois des effets secondaires, notamment des troubles gastro-intestinaux comme la diarrhée, et se sentent donc moins bien. Il est compréhensible que ces personnes associent souvent un médicament à leur manque de bien-être et il n'est donc pas rare qu'elles décident d'interrompre le traitement.

L'importance des comorbidités et la place de la religion sont mises en valeur dans l'étude britannique, *Illness beliefs and the sociocultural context of diabetes self-management in British South Asians: a mixed methods study* de Neesha R Patel, Carolyn Chew-Graham, Christine Bundy, Anne Kennedy, Christian Blickem and David Reeves (87). Cette étude s'est intéressée aux perceptions vis-à-vis du diabète de 67 participants dans les domaines suivants : croyances sur la maladie, fatalité, manifestations de santé, démographie. Des questionnaires et des entrevues semi-directives ont été utilisés. Les 3 questions posées au début de l'étude sont :

- Quels facteurs sociaux sont associés à la maladie et quelles sont les croyances fatalistes ?
- Comment ces croyances sont liées à la gestion de la maladie ?
- Quelles convictions culturelles et sociales modifient les pratiques de gestion de la maladie ?

Une méthodologie mixte quantitative et qualitative a été utilisée.

Un questionnaire explorant les perceptions de la maladie comprenait 9 items :

- Représentations cognitives : conséquences, chronicité, contrôle personnel, contrôle du traitement, identité ;
- Représentation émotionnelle : implication, réponse émotionnelle ;
- Compréhension de la maladie.

Les réponses étaient cotées de 0 à 10. La plupart des personnes pensaient que leur diabète était permanent, mais beaucoup de participants ont avoué un faible contrôle personnel et un manque de compréhension. Ils se sentaient souvent concernés par les complications du diabète.

Pour certains, la cause de la maladie était imputée aux facteurs génétiques, au régime alimentaire et au stress comme dans notre étude.

Deux items additionnels cotés de 0 à 5 évaluent la fatalité :

- Est-ce que les participants pensent que leur diabète est le résultat de la malchance ou de leur destin ?

-Est-ce que les personnes pensent qu'elles ne peuvent quasiment rien faire pour améliorer leur état de santé ?

Les tendances étaient en faveur d'une dépendance du diabète à la malchance et la destinée, d'où un faible contrôle de la maladie par les personnes. Les croyances fatalistes étaient prépondérantes, elles sont influencées par les autres comorbidités.

Les résultats quantitatifs montrent de manière significative l'importance de la détresse émotionnelle engendrée par le diabète. Dans notre étude, la personne la plus âgée est en détresse émotionnelle, liée à son diabète et à ses comorbidités.

Les résultats qualitatifs mettent en exergue trois points de l'analyse quantitative : les attitudes fatalistes et les croyances influencent l'autogestion du diabète de même que les « thérapies » alimentaires et l'importance de la famille dans la gestion de la maladie.

Concernant les thérapies alimentaires, l'usage de la mangoze est le plus fréquent, comme dans notre étude. Sa capacité hypoglycémiante est rapportée à son amertume par la plupart des personnes.

Les graines de jamblon sont aussi évoquées par les participants.

L'étude quantitative incluait des migrants de première et de deuxième génération alors que l'analyse qualitative concernait surtout des migrants de première génération.

L'étude conclut que les croyances sur la maladie et l'autogestion sont façonnées par le contexte socioculturel. La meilleure compréhension de ses facteurs déterminants nécessite la mise en place de programmes adaptés pour cette communauté.

L'étude ENTRED (124) a étudié de 2007 à 2010 les caractéristiques, l'état de santé, la prise en charge et le poids économique des personnes diabétiques. Cette enquête s'est intéressée aux diabétiques en France métropolitaine et dans les DOM.

8 926 adultes diabétiques de plus de 18 ans ont participé à l'étude ENTRED-Métropole.

91,9 % de cet échantillon présentait un diabète de type 2.

Le diabète avait été découvert lors d'un dépistage (bilan, analyse de sang, grossesse) pour plus des deux tiers (67 %) des personnes diabétiques de type 2, à l'occasion de symptômes évocateurs pour 18 % et à l'occasion de la découverte d'une complication pour 15 %. Dans notre étude, le diabète était découvert de manière fortuite dans 2/3 des cas. Dans l'enquête ENTRED (124), l'existence de complications du diabète était liée à une altération de la qualité de vie, en particulier l'existence de complications macrovasculaires. Nous retrouvons aussi cet élément chez 2 personnes interrogées dans notre étude.

Dans l'enquête ENTRED (124), même si près de 80% des personnes diabétiques de type 2 se disent bien ou très informées sur leur diabète, les trois quarts (76%) des personnes diabétiques souhaiteraient des informations supplémentaires. Par ailleurs, les personnes les plus informées sont les plus éduquées et les plus aisées, ce que l'on retrouve aussi dans notre étude.

386 adultes diabétiques vivant à la Réunion ont participé à l'étude ENTRED, constituant une partie de l'échantillon ENTRED-DOM (124).

L'enquête DIABASIS (71) menée en France en 2008 avait pour objet d'étudier la perception et le vécu du diabète chez des français âgés de 45 ans et plus. 14201 questionnaires ont été explorés. L'analyse a porté sur 1092 questionnaires de français diabétiques de type 2. La réaction à l'annonce du diagnostic était négative pour 68% des patients. La majorité (85%) était en demande d'informations au moment du diagnostic, sur la maladie et le traitement. La moitié des patients pensaient qu'il s'agissait d'une maladie grave, mais la majorité s'estimait en bonne santé. Dans notre étude, les personnes avaient un souvenir précis du diagnostic, 1/3

des personnes auraient aimé plus d'informations de leur médecin. Presque toutes les personnes interrogées avaient conscience du caractère chronique et grave du diabète.

Dans l'enquête DIABASIS (71), la mise à l'insuline marquait une étape importante dans la maladie, avec une prise de conscience de sa gravité et une plus grande implication dans sa prise en charge. Le recours à l'insuline était aussi perçu comme un marqueur de gravité de la maladie par les personnes de notre étude.

CHAPITRE 3 : FREINS ET MOTIVATIONS POUR UNE BONNE PRISE EN CHARGE

Le fait d'être en bonne santé n'incite pas à changer ses habitudes (notamment à augmenter la pratique sportive). A l'inverse les multiples comorbidités empêchent la pratique d'une activité physique quand les personnes le souhaitent. L'absence de symptômes hormis la fatigue pourrait minimiser la perception de la gravité de la maladie, pourtant bien comprise par les personnes, probablement du fait des connaissances acquises dans le pays d'origine. En effet, les personnes ont peur de présenter des complications de type ped diabétique, menant souvent à l'amputation en Inde.

Le remboursement des frais médicaux peut être une motivation dans l'observance, ce qui n'est pas le cas dans le pays d'origine où la couverture santé est quasi-inexistante.

Le fait d'être bien observant de son traitement et du régime alimentaire laisse penser que le sport n'est pas indispensable pour presque toutes les personnes. Cela est retrouvé dans les autres études de la littérature (85, 87).

Globalement les personnes semblent bien comprendre qu'un contrôle optimal du diabète permet de réduire le risque de complications, ce qui n'est pas le cas dans les études Anglo-Saxonnes comme nous l'avons évoqué précédemment (85, 86, 87).

Certains de nos résultats sont similaires aux résultats des études de la littérature s'intéressant à la problématique des représentations et du vécu du diabète chez des migrants indiens (hérédité, âge, stress à l'origine du diabète ; maladie liée au métabolisme du sucre). Par contre, les études mentionnées plus haut témoignent d'une moindre observance et d'un manque de sensibilisation aux principales complications du diabète, notamment cardiovasculaires ; l'usage des aliments hypoglycémisants est plus fréquent.

D'une manière générale on retrouve une persistance des liens familiaux :

- Dans les études anglo-saxonnes, l'entourage et la culture jouaient un rôle fondamental dans les perceptions et le vécu de la maladie ;
- Dans notre étude les personnes gardent également des liens avec leurs familles mais toutes les personnes interrogées avaient leur famille dans le pays d'origine.

Dans l'étude de Patel, l'analyse des réseaux sociaux montrait un rôle important des facteurs suivants dans la diminution du stress lié à la maladie : proximité des enfants, taille de la famille, fréquence des contacts, nombre de femmes dans l'entourage. Par conséquent il est démontré que la famille joue un rôle important dans la gestion du diabète, permettant de diminuer le stress lié à la maladie (87, 70).

CHAPITRE 4 : COMMENT AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DE CES PERSONNES?

L'adhésion au traitement semblait correcte, les symptômes liés aux hypoglycémies étaient souvent évoqués et connus.

C'est plutôt la pratique du sport qui est à améliorer, du fait de contraintes (manque de temps, douleurs articulaires, fatigue, habitat difficile d'accès), d'un manque de volonté ou d'un manque de sensibilisation. On pourrait par exemple demander aux personnes de tenir un cahier répertoriant la fréquence, le type et la durée de l'activité physique, ressemblant à la tenue d'un cahier de surveillance glycémique.

La sédentarité et l'alimentation calorique sont deux axes importants mis en évidence par les études Anglo-Saxonnes chez les migrants indiens, avant et après migration (72, 74). Ces deux aspects sont souvent aggravés après la migration du fait de l'isolement social et de l'accès aux fast-food (36).

Dans notre étude, les changements alimentaires depuis le diagnostic de diabète ont été mis en place, notamment la diminution de la consommation de sucre. Une idée de diabolisation de la consommation du sucre est présente, parfois cette consommation est considérée comme à l'origine du diabète.

On ne note pas de consommation abusive de tabac ou d'alcool chez les personnes interrogées. Par contre la nécessité d'avoir une activité sportive régulière n'est pas évoquée de façon prioritaire, la sédentarité ayant été retrouvée dans toutes les études britanniques et américaines (85, 86, 87, 36, 72, 74, 70).

Dans l'enquête DIABASIS (71), parmi les mesures hygiéno-diététiques, ce sont les habitudes alimentaires qui étaient les plus fréquemment et facilement modifiées (50%), alors que la pratique d'une activité physique restait beaucoup plus difficile à implanter (30%). Nous retrouvons des résultats similaires dans notre étude.

Dans l'étude de l'ORS de 2001 (125), 41% des patients répondants suivaient régulièrement leur régime, 44% le suivaient irrégulièrement et 15% ne le suivaient jamais. 93,5% des répondants déclarent prendre quotidiennement le traitement contre le diabète. Les personnes de notre étude semblaient plus observantes.

Dans l'étude de l'ORS de 2001 (125), 15% des répondants étaient sédentaires, c'est-à-dire qu'ils ne faisaient ni sport, ni jardinage, ni marche ou qu'ils faisaient une de ces activités moins de trois fois par semaine. Dans notre étude, moins d'un tiers des personnes avaient une activité physique régulière.

Dans notre étude, la réduction de la consommation de graisses est mentionnée par un tiers des personnes seulement.

Dans l'enquête REDIA (119), les complications sont mal comprises. Une volonté de modification des habitudes alimentaires n'est exprimée que par 33% des hommes et 42% des femmes. Le rôle des lipides est largement sous-estimé (30%), tandis que 90% considèrent l'activité physique comme efficace. Les recommandations médicales sont prises en compte tardivement par les patients.

Dans notre étude, les complications sont bien comprises, une volonté de modification de l'alimentation est constamment exprimée. L'activité physique est considérée comme efficace lorsqu'elle est pratiquée mais n'est que rarement pratiquée.

Selon Macaden, bien que les personnes d'origine sud-asiatique étaient d'accord avec les professionnels de la santé concernant la nécessité d'éviter de consommer trop de sucre et d'éviter les aliments frits, la perte de poids et l'exercice physique n'étaient pas souvent mentionnés. Nous retrouvons ces particularités dans notre étude.

L'étude multicentrique « A controlled trial of the effectiveness of a diabetes education programme in a multi-ethnic community in Glasgow » de Hamid R Baradaran, Robin P Knill-Jones, Sunita Wallia and Alison Rodgers a été menée en 2005 auprès de deux groupes de personnes (59 migrants sud-asiatiques et 27 blancs) avant et après un programme éducatif adapté à la culture des personnes dans le but de mesurer les connaissances, les attitudes, les pratiques concernant le diabète (70).

Les résultats ont montré que les personnes migrantes indo-pakistanaise avaient de moindres connaissances sur le diabète, minimisaient la gravité de la maladie et comprenaient moins la relation entre contrôle thérapeutique et survenue de complications en comparaison à une population blanche. Des différences significatives ont été rapportées dans les deux groupes après intervention éducative, sur les trois paramètres testés, encourageant la mise en place de tels programmes. Les différences n'étaient pas significatives entre les deux groupes.

Au Canada, des programmes d'éducation thérapeutique adaptés à l'environnement socioculturel des patients sont mis en place, permettant aux professionnels de santé de mieux répondre aux besoins de leurs patients et facilitant l'éducation thérapeutique (40, 49, 73).

Nicolas Corbel en 2002 (126), a observé une faille majeure dans les actions de prévention du diabète à la Réunion: celle du manque de communication au sein des familles. Il faudrait d'après elle que les messages de prévention soient discutés et débattus ou expliqués et réexpliqués au sein de chaque cellule familiale, afin de dépister ou d'enrayer des processus de diabète ou de surpoids déjà installés.

Dans notre étude, la famille joue un rôle important dans l'équilibre psychique des personnes interrogées ; des actions de prévention au sein de la famille pourraient être efficaces.

C'est aussi l'avis de Muriel Roddier qui a mené une pré-enquête auprès des acteurs de santé publique et des patients diabétiques à la Réunion (127). Elle fait le constat que les plus jeunes sont plus «manipulables» car moins empreints d'habitudes traditionnelles ; ce sont eux qui font les achats alimentaires dans les petites boutiques du quartier, surtout dans les milieux défavorisés.

CHAPITRE 5 : PLACE DU MEDECIN GENERALISTE

Quand la relation médecin-malade est de mauvaise qualité, cela a un impact non négligeable sur le suivi du patient.

Dans notre étude les personnes sont demandeuses d'un bon médecin, qui examine correctement le malade, qui fournit les explications adéquates et qui sensibilise aux mesures de prévention.

Les personnes montrent une certaine obéissance dans la prise des traitements et la réalisation d'exams complémentaires ou dans le suivi avec les spécialistes.

La moitié des personnes a insisté sur les différences avec la prise en charge médicale dans le pays d'origine.

En effet, le système de soins, les médecins et les traitements sont différents (70, 85). Les personnes évoquent un manque d'explication de la part des médecins voire une publicité mensongère, un manque de connaissance sur le dépistage de la maladie par prise de sang en population générale. Les personnes semblent bien accepter ce nouveau système de santé.

Selon Macaden, tandis que les professionnels de la santé mettaient l'accent sur la prise en charge autonome et la nécessité pour chacun d'assumer la responsabilité de la gestion de son diabète, les participants citaient des facteurs externes : leur médecin, les médicaments, le destin, la chance et Dieu « s'occuperont » de leur diabète.

Les personnes atteintes de diabète regrettaient le manque de professionnels de la santé d'origine sud-asiatique dans les services de soins du diabète, notamment pour discuter de leurs préoccupations en terme d'alimentation. Certains estimaient également que les ressources n'étaient pas réparties de façon égale en matière d'accès aux soins (85).

Dans l'étude ENTRED et dans notre étude, le suivi était principalement assuré par le médecin généraliste.

Comparaison avec la population d'origine indienne dans d'autres pays :

Hypothèses qui expliquent les différences : la vie en communauté n'est pas retrouvée à la Réunion, contrairement en Angleterre par exemple ; l'échantillon étudié ici pourrait être qualifié d'aisé, ayant bénéficié d'une meilleure éducation et semblant bien intégré. Ces éléments peuvent permettre une meilleure compréhension et une meilleure adaptation.

Hypothèses qui expliquent les ressemblances : la culture reste la même, notamment les connaissances sur les propriétés antidiabétiques de la margoze. Les connaissances sur les complications du diabète sont bonnes notamment concernant le pied diabétique. Les amputations sont fréquentes en Inde car il existe souvent un retard dans la prise en charge. L'activité sportive n'est pas reconnue comme efficace sur le contrôle de la maladie.

Comparaison avec la population réunionnaise diabétique :

On note une meilleure observance et une meilleure compréhension par rapport aux études s'intéressant à la population générale réunionnaise. L'importance de la famille est retrouvée dans les deux populations. Le surpoids n'est pas mis en cause dans la genèse de la maladie dans ces deux populations. La population réunionnaise explique parfois le diabète par des causes fatalistes.

Comparaison avec la population française diabétique :

Bonnes connaissances et bonne observance comme dans les études réalisées sur la population métropolitaine.

Toutes ces populations accordent une importance au moment du diagnostic et aimeraient plus d'information au début de la maladie.

CHAPITRE 6 : LIMITES DE L'ÉTUDE

6.1 BIAIS DE RECRUTEMENT

- Lié à la constitution de l'échantillon

L'échantillonnage théorique limite le biais possible de sélectionner un échantillon par simple convenance. Cependant, étant la seule enquêtrice, les personnes ont été choisies préférentiellement dans les régions Nord, Est, Ouest de l'île pour limiter mes déplacements. L'échantillon comprend tout de même des personnes de plusieurs régions, ce qui assure sa diversification.

- Lié au mode de recrutement des personnes ou biais de sélection :

Les personnes ont été recrutées sur la base d'une participation volontaire. Par conséquent les personnes interrogées étaient probablement les plus motivées et les plus concernées par le sujet.

Les refus d'être interviewé ne sont pas sans conséquence sur les résultats de l'enquête. Mais ils sont impossibles à contrôler et à interpréter. Il y a eu 5 refus de la part des personnes. Ces personnes étaient peut-être non observantes ou avaient peut-être de moindres connaissances. Par ailleurs, je n'ai pas pu interroger de personnes obèses ce qui aurait pu apporter des informations supplémentaires. Le taux d'obésité dans cette catégorie de population reste faible mais en augmentation.

Notre étude n'est pas représentative des migrants d'Inde en général, elle ne concerne qu'un échantillon de cette population.

6.2 BIAIS LIES A LA METHODOLOGIE DE L'ENTRETIEN

- Les entretiens ont été conduits par un interviewer interne en médecine, non expérimenté. Etant donné que je faisais la traduction des entretiens moi-même il n'y a pas eu d'obstacle lié à la langue.

C'est plutôt un argument en faveur d'une meilleure validité puisque cela devrait permettre de diminuer les erreurs de traduction. J'ai davantage insisté sur mon intention de recueillir les impressions et les difficultés rencontrées que sur l'évaluation des pratiques avec une notion de jugement. J'ai mis en avant mon statut d'étudiant. Ma position a pu jouer un rôle variable : favoriser la parole ou l'inhiber.

- Le caractère directif de l'entretien.

Le guide d'entretien a été rédigé de manière à induire le moins possible les réponses : déclinaison de questions ouvertes et fermées rédigées sur le modèle de l'entonnoir (cf. chapitre matériel et méthodes). J'ai essayé d'avoir un discours le moins directif possible pour minimiser la projection de mes représentations et de mes opinions sur le sujet. J'ai par exemple ajusté l'ordre prédéfini des questions en fonction des thèmes librement abordés par les personnes pour respecter la dynamique du discours. Mes paroles et les questions posées ont néanmoins pu influencer le discours des personnes.

Certaines personnes m'ont posé des questions sur le diabète et m'ont demandé des conseils. Je n'y ai pas répondu pendant l'entretien.

- Les conditions de l'entretien.

Les entretiens se sont déroulés au domicile des personnes. Pour certaines personnes interrogées, le manque de temps et de disponibilité a pu limiter la production du discours. L'enregistrement de l'entretien a pu induire une retenue dans le discours des personnes, même si je leur garantissais un total anonymat. L'utilisation d'un appareil numérique de petite taille, ne nécessitant aucune manipulation après sa mise en route a permis un déroulement le plus naturel possible de la discussion. La vision de l'appareil semble ne pas avoir gêné les personnes.

6.3 BIAIS D' INTERPRETATION

Le codage des verbatims a été effectué par l'auteur, laissant une marge de subjectivité à cette étude. Les entretiens ont été retranscrits intégralement sans aucune modification. Le codage a été relu par une personne externe à ce travail afin de diminuer ce biais. Cela a permis d'obtenir la validité interne de l'étude, permettant la reproductibilité des résultats. La crédibilité et la transférabilité sont meilleures si les données ont été analysées par plus d'un chercheur (triangulation des chercheurs), ce qui a été fait.

La validité interne de l'étude est améliorée par la capacité de l'observateur à éliminer sa subjectivité. J'ai veillé à garder une approche la plus objective possible, en évitant l'interprétation des propos rapportés. Mes représentations et mes opinions ont néanmoins pu interférer avec la neutralité voulue. Ce biais d'interprétation est difficilement quantifiable.

6.4 BIAIS DE PERTE D'INFORMATION

Cette étude représentait ma première expérience d'entretiens semi-dirigés, une personne plus expérimentée aurait probablement recueilli davantage d'informations.

Bien que m'étant documentée sur les méthodes de communication requises pour une étude qualitative, certaines questions n'étaient peut-être pas assez ouvertes ou davantage de relances auraient pu être réalisées.

Une attention particulière a été portée sur l'obtention d'une saturation des données de façon à recueillir le maximum de thématiques abordées par les personnes interrogées. Nous nous sommes arrêtés aux entretiens de 9 personnes car aucun thème nouveau n'apparaissait dans le verbatim des deux dernières personnes. Cela permet d'obtenir une validité externe, et donc la possibilité d'extrapolation avec d'autres études.

6.5 BIAIS DE MEMORISATION

La mémoire sélectionne des faits et des impressions et en écarte d'autres. Chacun retient ce qui est significatif pour lui. Certaines informations importantes ont pu être omises par les personnes.

6.6 BIAIS DE DESIRABILITE SOCIALE

Les personnes ont probablement modulé leur discours dans le but de paraître plus désirables et plus observantes. Toutes semblaient avoir un suivi excellent. Mais presque toutes ont admis des écarts dans le respect des règles hygiéno-diététiques.

VI. CONCLUSION

La population originaire d'Inde n'a pas d'attente très différente de celle de la population générale mais la situation socio-économique ou l'environnement culturel de cette population rendent leur prise en charge plus complexe. Les personnes migrantes n'ont pas forcément la même définition de la maladie, et ne réalisent pas parfois les conséquences que cela peut avoir sur elles. Cette situation peut être à l'origine de malentendus et de difficultés dans la mise en place d'un projet de soin adapté et accepté par la personne.

L'objectif de cette thèse était de s'intéresser aux représentations du diabète chez des personnes diabétiques de type 2 migrantes originaires d'Inde. Il s'agissait d'une étude qualitative exploratoire. L'outil utilisé a été l'entrevue semi-directive. L'analyse des entretiens a permis de faire ressortir différents thèmes par rapport aux représentations des personnes indiennes migrantes sur le diabète.

L'impact de la médecine traditionnelle s'est révélé assez limité dans la population interrogée. Les connaissances des personnes sur le diabète, sa définition et ses causes étaient souvent correctes. Les personnes attribuaient une part prédominante au stress, à l'hérédité ou à une grande consommation de sucre. Cela se retrouvait dans la perception qu'elles avaient de la prise en charge de leur diabète.

Le caractère chronique du diabète était toujours bien compris. La cause biologique du diabète était mal connue par les personnes.

Le rôle du médecin traitant dans le suivi et la prise en charge semblait prédominant pour les personnes. C'est le soutien qu'ils ont le plus souvent évoqué, suivi par le soutien de la famille.

Ainsi le fait de connaître chaque individu et de s'intéresser à ses représentations de la maladie et à ses attentes semble primordial dans la prise en charge du diabète. Cela donne au médecin des éléments supplémentaires pour adapter son éducation thérapeutique. Il ressort de cette étude que ces personnes ne sont pas assez sensibilisées en matière d'éducation sportive. D'où la nécessité de mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique adaptés comme c'est déjà le cas dans les pays anglo-saxons.

Des programmes d'éducation thérapeutique mettant en valeur les conséquences du surpoids et de l'obésité sur le DT2 et expliquant les bénéfices d'une activité physique régulière semblent adaptés à la population étudiée.

Cette étude comporte des limites en raison du recrutement des personnes, du recueil des données. Une étude avec plus de personnes insulino-requérantes pourrait apporter des résultats supplémentaires. D'autres études sur ce thème pourraient être menées à une plus grande échelle. Il serait également intéressant de comparer ces résultats à ceux d'une étude menée uniquement en Inde, pour objectiver l'impact de la migration. Il serait aussi intéressant de comparer les résultats de notre étude à la même population migrante en métropole.

BIBLIOGRAPHIE

1. Balcou-Debussche M, Debussche X. Type 2 diabetes patient education in Réunion Island: Perceptions and needs of professionals in advance of the initiation of a primary care management network. *Diabetes & Metabolism*. sept 2008;34(4):375-81.
2. Benoist J, Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé (Toulouse), Centre de recherches et d'études sur les sociétés de l'Océan Indien (Aix-en-Provence B-R, Association réunionnaise d'étude et de recherche en psychiatrie. Santé, société et cultures à la Réunion anthropologie médicale, psychiatrie. Paris: Karthala; 2001.
3. Weber MB, Oza-Frank R, Staimez LR, Ali MK, Venkat Narayan KM. Type 2 Diabetes in Asians: Prevalence, Risk Factors, and Effectiveness of Behavioral Intervention at Individual and Population Levels. *Annual Review of Nutrition*. 21 août 2012;32(1):417-39.
4. Gujral UP, Pradeepa R, Weber MB, Narayan KV, Mohan V. Type 2 diabetes in South Asians: similarities and differences with white Caucasian and other populations. *Ann N Y Acad Sci*. avr 2013;1281(1):51-63.
5. NYU Center for the study of Asian American health. Diabetes among South Asian Americans. Facts about Diabetes in the South Asian Diaspora, 2010, 3 p.
6. Nguyen TH, Nguyen T-N, Fischer T, Ha W, Tran TV. Type 2 diabetes among Asian Americans: Prevalence and prevention. *World J Diabetes*. 15 mai 2015;6(4):543-7.
7. Organisation Mondiale de la Santé, Rapport mondial sur le diabète. Avril 2016, 4 p. Disponible sur : <http://www.who.int/diabetes/global-report/fr/>. Consulté le 06/05/2016
8. World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. 1999.
9. Young J, Collège des enseignants d'endocrinologie diabète et maladies métaboliques (France). *Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2016.
10. Nimmo C, éditeur. *Le petit Larousse illustré [2016]: 90000 articles, 5000 illustrations, 355 cartes, 160 planches ; chronologie universelle*. Paris: Larousse; 2015. 2044 p.
11. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, et al. Medical Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy: A consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 1 janv 2009;32(1):193-203.
12. Debussche X, Rollot O, Le Pommelet C, Fianu A, Le Moullec N, Régnier C, et al. Quarterly individual outpatients lifestyle counseling after initial inpatients education on type 2 diabetes: The REDIA Prev-2 randomized controlled trial in Réunion Island. *Diabetes & Metabolism*. févr 2012;38(1):46-53.
13. Commission "Affaires sociales, culturelles, sportives, Solidarité et Égalité des chances". *Diabète et santé publique à la Réunion : comment transformer un cercle vicieux en un cercle vertueux ?*...CESER Ile de la Réunion, Mai 2014, 65 p.
14. Balcou-Montserrat M. *L'éducation des malades chroniques: une approche ethnosociologique*. Paris: Éditions des archives contemporaines; 2006.
15. ORS Réunion, Bulletin épidémiologique InVS, 2015.
16. Lacroix A, Assal J-P. *L'éducation thérapeutique des patients, accompagner les patients avec une maladie chronique: nouvelles approches*. Paris: Maloine; 2011.

17. Jodelet D, éditeur. Les représentations sociales. 7. éd. Paris: Presses Univ. de France; 2003. 447 p. (Sociologie d'aujourd'hui).
18. Abric J-C, Observatoire européen des représentations sociales. Représentations sociales. Paris : Montréal ; L'Harmattan; 1999.
19. Chambouleyron M, Joly C, Saget Y, Lataillade L, Golay A. Education Thérapeutique : de quoi parle-t-on? *Diabète & Obésité* 2015;10(93):180-186
20. Deccache A, Lavendhomme E. Information et éducation du patient, des fondements aux méthodes. Bruxelles, De Boeck-Wesmael, coll. avoirs et santé, 1989, 239 p.
21. Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis: INPES; 2013, 414 p.
22. Foucaud J, Hamel E, Deutsch P, Flück C. Référentiels de compétences en éducation thérapeutique du patient : de la pratique au pilotage de politique. Actes de colloque des Unires, Paris, 18 et 19 octobre 2012, Actes du colloque des Unires, Avoine, Presses Numériques de Graphique Rivière, 2014;463-511
23. Fischer G-N. Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. Paris: Dunod; 2015.
24. Baubet T, Moro MR, Bouaziz N, Marcelli D. Psychopathologie transculturelle. 2013 [cité 7 janv 2017]. Disponible sur: <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=1746592>
25. Doise W, Palmonari A. L'étude des représentations sociales. Neuchâtel; Paris: Delachaux & Niestlé; 1996.
26. Durkheim É. Les règles de la méthode sociologique. nouv. éd. Paris: Flammarion; 2010. 254 p. (Champs).
27. Epelboin A, « L'anthropologue dans la réponse aux épidémies : science, savoir-faire ou placebo ? », *Bulletin Amades* [En ligne], 78 | 2009, mis en ligne le 01 septembre 2010, consulté le 06 janvier 2017. URL : <http://amades.revues.org/1060>
28. Amiel-Lebigre F, Gognalons-Nicolet M, *Entre santé et maladie*, Paris, Presses universitaires de France, 1993, 176 p.
29. Kleinman A., « Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems », *Social Science and Medicine* 1978, 12, p. 85-93.
30. Kleinman A., *Personnes and healers in the context of culture : An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, Berkeley, University of California Press, 1980.
31. Kleinman A., « The meaning context of illness and care : Reflexions on a central theme in the anthropology of medicine », *Sociology of the Sciences* 1981, 5, p. 161-176.
32. Kübler-Ross E, Kessler D, Touati J. Sur le chagrin et le deuil trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil. Paris: Lattès; 2009.
33. Redfield R, Linton R, Herskovits MJ. Memorandum for the Study of Acculturation. *American Anthropologist*. janv 1936;38(1):149-52.
34. Zempleni A, *La maladie et ses causes*. Introduction, *L'Ethnologie*, 2 p. 13-44
35. Matz c. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe et Moselle. Thèse de médecine, faculté de médecine de Nancy, université Henri Poincaré Nancy 1. 2011
36. Hu FB. Globalization of Diabetes: The role of diet, lifestyle, and genes. *Diabetes Care*. 1 juin 2011;34(6):1249-57.

37. Chan JCN, Malik V, Jia W, Kadowaki T, Yajnik CS, Yoon K-H, et al. Diabetes in Asia: Epidemiology, Risk Factors, and Pathophysiology. *JAMA*. 27 mai 2009;301(20):2129.
38. Yajnik CS, Lubree HG, Rege SS, Naik SS, Deshpande JA, Deshpande SS, et al. Adiposity and Hyperinsulinemia in Indians Are Present at Birth. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. déc 2002;87(12):5575-80.
39. Zheng Y, Lamoureux EL, Ikram MK, Mitchell P, Wang JJ, Younan C, et al. Impact of Migration and Acculturation on Prevalence of Type 2 Diabetes and Related Eye Complications in Indians Living in a Newly Urbanised Society. *Herder C, éditeur. PLoS ONE*. 10 avr 2012;7(4):e34829.
40. Shrivastava U, Misra A. Intervention Trials for Prevention of Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes: Focus on Asian Indians. *Diabetes Technology & Therapeutics*. août 2014;16(8):531-41.
41. Rajpathak S. Diabetes in Asian Immigrant Populations. *JAMA*. 21 oct 2009;302(15):1646.
42. Pal R, Rekha R, Basu M, Bharati D, Kar S, Yamuna T. Prevalence and determinants of diabetes mellitus in Puducherry, South India. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*. 2011;3(4):513.
43. Ravikumar P, Bhansali A, Ravikiran M, Bhansali S, Walia R, Shanmugasundar G, et al. Prevalence and risk factors of diabetes in a community-based study in North India: The Chandigarh Urban Diabetes Study (CUDS). *Diabetes & Metabolism*. juin 2011;37(3):216-21.
44. Purty A, Vedapriya D, Bazroy J, Gupta S, Cherian J, Vishwanathan M. Prevalence of diagnosed diabetes in an urban area of Puducherry, India: Time for preventive action. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*. 2009;29(1):6.
45. Misra A, Ramchandran A, Jayawardena R, Shrivastava U, Snehalatha C. Diabetes in South Asians. *Diabetic Medicine*. oct 2014;31(10):1153-62.
46. Gupta S, Singh Z, Purty A, Vishwanathan M. Diabetes prevalence and its risk factors in urban Pondicherry. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*. 2009;29(4):166.
47. Abate N, Chandalia M. Ethnicity and type 2 diabetes: focus on Asian Indians. *J Diabetes Complicat*. déc 2001;15(6):320-7.
48. Abate N, Chandalia M. Ethnicity, type 2 diabetes & migrant Asian Indians. *Indian J Med Res*. mars 2007;125(3):251-8.
49. Joseph LM, Berry D, Jessup A. Management of Type 2 Diabetes in Asian Indians: A Review of the Literature. *Clinical Nursing Research*. 1 avr 2015;24(2):188-210.
50. Adam P, Herzlich C. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Nouvelle édition. Paris: Armand Colin, 2008, 127 p.
51. Akoun A, Ansart P, éditeurs. *Dictionnaire de sociologie*. Paris: Robert : Seuil; 1999, 587 p. (Collection Dictionnaires Le Robert/Seuil).
52. Balint M, Valabrega J-P. *Le Médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot; 1996, 422 p.
53. Blanc N. *Le concept de représentation en psychologie*. Paris: In press, 2006, 198 p.
54. Blanchet A, Gotman A. *L'entretien*. Paris: A. Colin; Paris, 2010, 126 p.
55. Bonte P, Izard M, éditeurs. *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. 4. éd., [Nachdr.]. Paris: Presses Univ. de France; 2013. 842 p. (Quadrige / Dicos poche).
56. Bouchaud O. Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants. *La santé de l'homme*, 2007, 392, p. 25-27

57. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. 12e édition. Paris: Puf; 2013. 290 p. (Quadrige).
58. Fourasté R. Introduction à l'ethnopsychiatrie. Toulouse: Privat; 1985. 177 p. (Mésopé).
59. Herzlich C. Médecine, maladie et société: recueil de textes présentés et commentés. Paris: Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales, 1970, 318 p.
60. Herzlich C, Moscovici S. Santé et maladie analyse d'une représentation sociale. Paris: École des hautes études en sciences sociales; 2005, 210 p.
61. Laffon M, Laffon C. Médecines d'ailleurs. Paris: Ed. de la Martinière; 2002, 185 p.
62. Laplantine F. Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine. Paris: Payot; 1992. 411 p. (Bibliothèque scientifique Payot).
63. Moliner P. Images et représentations sociales: de la théorie des représentations à l'étude des images sociales. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble; 1996, 275 p.
64. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. Migrant/ Migration. [en ligne]. Disponible sur <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/internationalmigration/glossary/migrant/> (Page consultée le 05/09/2016)
65. Taïeb O et al. Donner un sens à la maladie: de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. Médecine et maladies infectieuses, 2005, 35, p. 173-185
66. HAS. Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. 2007.
67. Bachelot R. Loi Bachelot Hôpital, Personnes, Santé et Territoire. 2009.
68. Consoli S.M. Relation médecin-malade. La Relation médecin-malade, EMC référence, Elsevier SAS, 2004, p 15-35
69. Moscovici s. « Préface » in Herzlich C. Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale, Paris, Mouton, 1969, p 10
70. Baradaran HR, Knill-Jones RP, Wallia S, Rodgers A. A controlled trial of the effectiveness of a diabetes education programme in a multi-ethnic community in Glasgow [ISRCTN28317455]. BMC Public Health. 2006;6:134.
71. Virally M, Hochberg G, Eschwège E, Dejager S, Mosnier-Pudar H, Pexoto O, et al. Enquête Diabasis : perception et vécu du diabète par les personnes diabétiques. Médecine des Maladies Métaboliques. déc 2009;3(6):620-3.
72. Thaker A, Barton A. Multicultural Handbook of Food, Nutrition and Dietetics. John Wiley & Sons; 2012. 409 p.
73. Shrivastava U, Misra A. Need for Ethnic-Specific Guidelines for Prevention, Diagnosis, and Management of Type 2 Diabetes in South Asians. Diabetes Technology & Therapeutics. juin 2015;17(6):435-9.
74. Joshi SR, Mohan V, Joshi SS, Mechanick JI, Marchetti A. Transcultural Diabetes Nutrition Therapy Algorithm: The Asian Indian Application. Current Diabetes Reports. avr 2012;12(2):204-12.
75. Nair RB, Santhakumari G. Anti - diabetic activity of the seed kernel of *syzygium cumini* linn. Anc Sci Life. oct 1986;6(2):80-4.
76. Joseph B, Jini D. Antidiabetic effects of *Momordica charantia* (bitter melon) and its medicinal potency. Asian Pacific Journal of Tropical Disease. avr 2013;3(2):93-102.

77. Blum A, Loerz C, Martin H-J, Staab-Weijnitz CA, Maser E. Momordica charantia extract, a herbal remedy for type 2 diabetes, contains a specific 11 β -hydroxysteroid dehydrogenase type 1 inhibitor. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*. janv 2012;128(1-2):51-5.
78. Fuangchan A, Sonthisombat P, Seubnukarn T, Chanouan R, Chotchaisuwat P, Sirigulsatien V, et al. Hypoglycemic effect of bitter melon compared with metformin in newly diagnosed type 2 diabetes personnes. *Journal of Ethnopharmacology*. mars 2011;134(2):422-8.
79. Bhat M, Zinjarde SS, Bhargava SY, Kumar AR, Joshi BN. Antidiabetic Indian Plants: A Good Source of Potent Amylase Inhibitors. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2011;2011:1-6.
80. Ponnusamy S, Ravindran R, Zinjarde S, Bhargava S, Ravi Kumar A. Evaluation of Traditional Indian Antidiabetic Medicinal Plants for Human Pancreatic Amylase Inhibitory Effect *In Vitro*. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2011;2011:1-10.
81. Habicht SD, Kind V, Rudloff S, Borsch C, Mueller AS, Pallauf J, et al. Quantification of antidiabetic extracts and compounds in bitter melon varieties. *Food Chemistry*. mai 2011;126(1):172-6.
82. Dusane MB, Joshi BN. Seeds of *Syzygium cumini* (L.) Skeels: potential for islet regeneration in experimental diabetes. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao*. déc 2011;9(12):1380-7.
83. Sharma AK, Bharti S, Kumar R, Krishnamurthy B, Bhatia J, Kumari S, et al. *Syzygium cumini* ameliorates insulin resistance and β -cell dysfunction via modulation of PPAR, dyslipidemia, oxidative stress, and TNF- α in type 2 diabetic rats. *J Pharmacol Sci*. 2012;119(3):205-13.
84. Ayyanar M, Subash-Babu P. *Syzygium cumini* (L.) Skeels: A review of its phytochemical constituents and traditional uses. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*. mars 2012;2(3):240-6.
85. Macaden L, Clarke CL. The influence of locus of control on risk perception in older South Asian people with Type 2 diabetes in the UK: Locus of control on risk perception in Type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*. juin 2010;2(2):144-52.
86. Bean D, Cundy T, Petrie KJ. Ethnic differences in illness perceptions, self-efficacy and diabetes self-care. *Psychology & Health*. oct 2007;22(7):787-811.
87. Patel NR, Chew-Graham C, Bundy C, Kennedy A, Blickem C, Reeves D. Illness beliefs and the sociocultural context of diabetes self-management in British South Asians: a mixed methods study. *BMC Family Practice* [Internet]. déc 2015 [cité 20 déc 2015];16(1). Disponible sur: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/16/58>
88. IFOP, Connaissance et perception du diabète au sein de la population Française âgée de 40 ans et plus, 2011
89. Imbert G. P73 Représentations de la maladie chez les diabétiques de type 2 et compétences culturelles du clinicien. *Diabetes & Metabolism*. mars 2008;34:H64.
90. Hoge A, Pétré B, Strel S, Dardenne N, Husson E, Guillaume M, et al. P80 Le diabète de type 2 vécu par le patient : résultats de l'enquête EDUDORA2 étudiant les représentations des patients et des médecins généralistes. *Diabetes & Metabolism*. mars 2014;40:A49.
91. Degrange S, Legrand C, Pétré B, Scheen A, Guillaume M. P111 Programme EDUDORA2 : quelles leçons tirer de l'étude des représentations au sein de la triade patient/soignant/famille pour la prévention et le traitement du diabète et de l'obésité ? *Diabetes & Metabolism*. mars 2014;40:A56
92. OMS, Education thérapeutique, recommandations d'un groupe de travail de l'OMS, 1998
93. Ministère des Affaires sociales et de la santé, *Améliorer la coordination des soins: comment faire évoluer les réseaux de santé ?* », 2012
94. OMS, Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, 1946

95. Foucaud J., Bury J.A., Balcou-Debussche M., Eymard C., dir. *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation.* Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 412 p.
96. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach: Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care.* 1 juin 2012;35(6):1364-79.
97. Lager, G., Chambouleyron, M., Lasserre Moutet, A. et Giordan, A. (2008). *Éducation thérapeutique. Médecine, (5), 223-226.*
98. Traoré AT. L'expérience dans la production de savoirs profanes sur le diabète chez des patients diabétiques à Bamako (Mali). *Sciences sociales et santé.* 2010;28(4):41.
99. Robin-Quach P. Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif. *Recherche en soins infirmiers.* 2009;98(3):36.
100. Herriot E, *Notes et maximes inédits (1961)*
101. Tylor, E B, *Primitive culture, New York Harper (1958)*
102. Heide L. Traditionelle Arzneipflanzen in der Gesundheitsversorgung der dritten Welt Möglichkeiten und Grenzen. *Zeitschrift für Phytotherapie* 1991;12:1-8.
103. OMS, *Traditional Medicines and Modern Health Care. Progress report by the Director General. Geneva, World Health Organization, 31 October 1990.*
104. OMS, *Research Guidelines for Evaluating the Safety and Efficacy of Herbal Medicines. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1994.*
105. Epelboin A. Cultures des soignants et cultures des soignés : approche anthropologique de situations d'aporie à propos de patients africains dans des services de soins palliatifs parisiens. In : réseau SPES, dir. *Diversité culturelle : les incidences sur les pratiques des soins palliatifs ; 25 novembre 2010 ; Evry. 127* Disponible à : http://www.reseau-spes.com/pdf/annonces_colloques/cultures_des_soignants_cultures_des_soignes.pdf
106. Moro MR, Moro Gomez I et coll. *Avicenne l'andalouse. Devenir thérapeute en situation transculturelle. Grenoble : la pensée sauvage ; 2004*
107. Moro MR, Baubet T. *Psychiatrie et migrations. Paris : Masson ; 2003*
108. Moro M-R, Baubet T. *Un lieu métissé d'accueil et de soins des migrants : le dispositif de psychiatrie transculturelle à l'hôpital Avicenne. Psychiatrie et migration. Masson ; 2003*
109. Rohem G. *Origine et fonction de la culture. Paris : Gallimard ; 1972*
110. Mathieu-Zahzam L. *Étude sur la santé des migrants consultant en médecine générale hospitalière. Thèse de médecine, faculté de médecine Pierre & Marie Curie, université Pierre & Marie Curie Paris 6. 2011*
111. Beauchemin C, Hamelle C, Simon P. *Trajectoires et origines. INED 2008, 168.*
112. Berchet C, Jusot F. Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition. *Économie publique.* 2009;24-25(1-2):73-100.
113. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. *État de santé des populations immigrées en France. Document de travail. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2008. 22 p. Disponible à : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Documents/DeTravail/DT14EtatSantePopuImmigr.France.pdf>*

114. Solé-Auro, Crimmins EM. Health of Immigrants in European countries. *Int Migr Rev*, 2008, 42(4), pp. 861-76
115. Organisation internationale pour la migration (OIM). L'état de la migration dans le monde 2010, l'avenir des migrations. Renforcer les capacités face aux changements. Genève : OIM; 2010. 295 p.
Disponible à : http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR_2010_FRENCH.pdf
116. Dumez H. Méthodologie de la recherche qualitative: les 10 questions clés de la démarche compréhensive. Paris: Vuibert; 2013.
117. Corbin JM, Strauss AL. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Fourth edition. Los Angeles: SAGE; 2015. 431 p.
118. OMS, Journée mondiale du diabète, novembre 2016. Disponible à : <http://www.who.int/diabetes/global-report>
119. Favier F, Jaussent I, Moullec NL, Debussche X, Boyer M-C, Schwager J-C, et al. Prevalence of Type 2 diabetes and central adiposity in La Réunion Island, the REDIA Study. *Diabetes Research and Clinical Practice*. mars 2005;67(3):234-42.
120. Patton MQ, Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. 3 ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2002. 598 p.
121. Deslauriers J-P. Recherche qualitative: guide pratique. Montréal: McGraw-Hill; 1991.
122. Harris IB. Qualitative methods. In : Norman GR, van der Vleuten CP et Newble DI (eds.). *International handbook of research in medical education*. Boston : Kluwer Academic, 2002 :45-93.
123. InVS - Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France » [archive] (consulté le 6 avril 2017)
124. Druet C, Roudier C, Romon I, Assogba F, Bourdel-Marchasson I, et al. Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2010. Caractéristiques, état de santé, prise en charge et poids économique des personnes diabétiques. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2013. 140 p.
Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>
125. ORS, Etude prospective sur les amputations des membres inférieurs chez les diabétiques à l'île de la Réunion, 2001
126. CORBEL M., *Compte rendu d'une enquête ethnologique sur les représentations du diabète, du corps et de la santé chez des diabétiques et des individus «à risque» à l'île de La Réunion*, Saint-Denis, CIRCI, Université de La Réunion, octobre 2002 (rapport de recherche).
127. RODDIER M., *Le diabète sucré à La Réunion: une pré-enquête auprès des acteurs de santé publique et des patients diabétiques*, Saint-Denis, Université de La Réunion (mémoire de DEA de Lettres et sciences sociales, option anthropologie) 1995.
128. RODDIER M., *Le diabète entre culture et santé publique. Approche anthropologique du diabète de type 2 à La Réunion*, Saint-Denis, Université de La Réunion (thèse de doctorat en anthropologie) 1999.

ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation du CPP

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES NORD-OUEST I

Hôpital Charles Nicolle – Pavillon de l'Aubette
1, rue de Germont – 76031 ROUEN cedex
☎ 02 32 88 84 46 – Fax : 02 32 88 80 53
E. mail : CPP.NordOuest1@chu-rouen.fr

Rouen, le 3 mars 2017

Président : Th. DELANGRE
Vice-président : B. GEFFROY
Secrétaire Général : F. BAUER

Projet de recherche enregistré
sous le n° CPP 010/2017

N° RCB : 2017-A00196-47

N° ANSM : Non disponible

Monsieur le Docteur FRANCO
UFR Santé, Site de l'IES
Dpt de Médecine Générale
BP 350
97448 SAINT-PIERRE cedex
LA REUNION

Monsieur,

Le Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest I, agréé par arrêté ministériel en date du 31/05/2012, constitué selon l'arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Haute-Normandie en date du 11/06/2015, a examiné le protocole de recherche mentionnée au 3° de l'article L.1121-1 du CSP (recherche non interventionnelle – Thèse de Madame ARULANANTHAM Sinthu), dont vous êtes le promoteur intitulé :

Réprésentations du diabète de type 2 chez les réunionnais migrants d'Inde en 2016-2017

Ce protocole a été examiné en séance du : **Jeudi 2 mars 2017**

Les membres qui ont délibéré lors de cette séance sont :

Collège I :

- ↳ Mrs BAUER(T), DELANGRE(T), Mmes LEBLANC(T), BRASSEUR-DAUDRUY(S), ROTHARME(S), qualifiés en matière de recherche biomédicale ;
- ↳ Mr LADNER(T), qualifié en matière de biostatistique ou d'épidémiologie ;
- ↳ Mr LAURENT(T), pharmacien ;
- ↳ Mme CASTANET(S), pédiatre ;
- ↳ Mme POIRIER(T), infirmière ;

Collège II :

- ↳ Mme GEFFROY(T), éthique ;
- ↳ Mr YECORA(T), psychologue ;
- ↳ Mme PERSYN(S) travailleur social ;
- ↳ Mmes CHEMTOB-CONCE(T), POULET(S) juriste ;
- ↳ Mmes DUPONT(T), NICOLE(S), Mr SCHAPMAN(S), représentants d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé.

- le Comité émet, lors de sa réunion du jeudi 2 mars 2017, l'avis suivant :

AVIS FAVORABLE

Cet avis rendu le **jeudi 2 mars 2017** est valable pour 2 ans, si la recherche biomédicale n'a pas débutée durant cette période, il devient caduc (article R. 1123-28).

Documents examinés et approuvés :

- Lettre de soumission signée et datée du 10/01/2017 ;
- Formulaire de demande d'avis signé et daté du 10/01/2017 ;
- Protocole, version 1 du 11/01/2017 ;
- Résumé, version 1 du 11/01/2017 ;
- Lettre d'information et formulaire de non opposition daté du 11/01/2017 ;
- Questionnaires (données sociodémographiques)
- CV de Mme ARULANTHAM.

Selon l'article R 1123-25 du Code de la Santé Publique, nous transmettons ce courrier à l'autorité compétente.

Je vous prie de croire, Madame, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Docteur Thierry DELANGRE
Président du CPP NO I

Annexe 2 : Autorisation du CIL

UNIVERSITE DE LA REUNION



ATTESTATION D'INSCRIPTION AU REGISTRE



Conformément à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le traitement n°20170510, concernant « **la représentation du diabète de type 2 chez les Réunionnais migrants d'Inde en 2016/2017** », mis en œuvre par **Mlle Sinthu ARULANANTHAM** Doctorante au Département de médecine générale de l'UFR Santé, a fait l'objet d'une inscription au registre de l'Université de La Réunion à la date du 10 mai 2017.

Fait à Saint-Denis, le 19 mai 2017
Thierry Brugnon
Correspondant informatique et libertés

UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION
Direction des Systèmes d'Information (D.S.I.)
15 avenue René Cassin
CS 92005
97744 SAINT-DENIS CEDEX 9
☎ 02 62 93 81 00

Annexe 3 : Fiche de consentement

Je soussigné(e)déclare avoir été informé(e) clairement sur le projet d'étude de Mme Sinthu Arulanantham et accepte de participer à cette étude. Je suis informé(e) que je peux changer d'avis à tout moment et me retirer de l'étude ou modifier des informations.

Fait à

Le

Signature

Annexe 4 : Fiche d'information

Madame, Monsieur

Je suis interne en médecine générale. Je prépare ma thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine générale.

Mon étude concerne le diabète et ses représentations chez des personnes nées en Inde et ayant migré à la Réunion.

Je vous remercie de m'accorder ce temps pour m'aider dans mes recherches. Ce questionnaire est anonyme et confidentiel. L'enregistrement audio ne sera écouté que par moi-même, et sera retranscrit de manière anonyme. Aucune information ne sera communiquée.

Vous pouvez à tout moment vous retirer de l'étude ou modifier des informations.

Sinthu Arulanantham

Annexe 5 : Guide d'entretien

Explications sur l'anonymat et l'objet de la thèse.
Recueil du consentement oral.

Données socio-démographiques:

- Pouvez-vous me parler de votre venue à la Réunion ?
- âge
- Sexe :
- statut marital :
- Lieu de naissance :
- Scolarité:
- année de départ du pays d'origine :
- année d'arrivée à la Réunion :
- Lieu de vie :
- Situation professionnelle :

Quelles langues parlez-vous ?
Quelles habitudes de votre pays d'origine vous manquent ?

Votre santé, votre diabète

Nous allons maintenant parler de votre santé et du diabète si vous le voulez

Comment trouvez-vous votre état de santé ?

Pratiques

- Comment trouvez-vous le suivi pour le diabète avec le médecin traitant ? Comment vous vivez ça ?
- Quels médicaments prenez-vous ?
- Est-ce que vous faites de l'exercice ?
- Comment pensez-vous améliorer votre santé ?
- Et sinon, vous fumez ?
- Et au niveau de l'alimentation, vous avez des préférences pour le diabète ?
- Vous utilisez des aliments pour faire baisser le sucre ?

Lorsque vous-êtes malade, grippé par exemple, que faites-vous? Vous restez à la maison, vous demandez conseil à votre famille...

Connaissances

- Est-ce qu'il y a des diabétiques dans votre famille ?
- Quelles sont les complications du diabète que vous connaissez ?
- Pensez-vous qu'on peut guérir du diabète?

CE QUESTIONNAIRE EST CONFIDENTIEL.
AUCUNE INFORMATION NE SERA COMMUNIQUEE

Accepteriez-vous que je vous rappelle pour discuter avec vous ? oui
Si oui, numéro de téléphone :

Annexe 6 : Catégories et sous-catégories se rapportant à la notion de diabète

CATEGORIE	SOUS-CATEGORIE
LE DIABETE	<p><u>Nature du diabète</u> maladie maladie qui dure toute la vie insuline pancréas</p> <p><u>Sucre</u> sucre trop pas assez</p> <p><u>Sang</u> trop de sucre dans le sang pas assez de sucre dans le sang sang sucre dans le sang sucre dans le corps contrôle du sucre dans le sang dépisté par une prise de sang</p> <p><u>Urines</u> trop de sucre dans les urines sucre dans les urines contrôle du sucre dans les urines dépisté par une analyse d'urine</p> <p><u>Complications</u> la mort perdre les jambes problèmes de cœur perdre les yeux problèmes de tension problèmes de reins</p> <p><u>Symptômes</u> Fatigue beaucoup de problèmes Faible étourdissement malaise Faim Soif perte de poids bouche sèche</p>

D'AUTRES PERSONNES ATTEINTES DU DIABETE	Famille hérédité
FACTEURS ASSOCIES A L'APPARITION DU DIABETE	<p><u>hérédité</u> la famille pas lié à la famille</p> <p><u>autres facteurs déclenchants</u> parce que j'ai mangé trop de sucre à cause du stress</p> <p><u>Mode de découverte</u> sur une prise de sang sur une analyse d'urine sur un test de sang par hasard</p>
REGLES HYGIENO-DIETETIQUES	<p>Comportements à adopter</p> <p><u>Habitudes alimentaires</u> notion de contrôle surveiller la qualité de l'alimentation surveiller la quantité manger si manque de sucre</p> <p>Régime utiliser les substituts du sucre ne mange pas comme les autres grignotages</p> <p>Sel moins de sel graisses moins de graisses</p> <p><u>Intoxications</u> Tabac pas de tabac jamais fumé Alcool pas d'alcool jamais d'alcool</p> <p>Activité physique pas assez d'activité physique faire de la marche Sport</p> <p>Stress</p>
TRAITEMENTS	médicaments cachets pour la tension cachets pour le cœur

	<p>insuline</p> <p>Piqre</p> <p>contrôle</p> <p>adapter</p>
SUIVI AVEC LES SPECIALITES	<p>prise de sang</p> <p>tous les ans</p> <p>tous les trois mois</p> <p>le sucre dans le sang tous les 3 mois</p> <p>les urines</p> <p>hémoglobine glyquée</p> <p>renouveler l'ordonnance</p> <p>ophtalmo</p> <p>Cardio</p> <p>le rein sur la prise de sang</p> <p>rôle du médecin généraliste</p>
CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE	<p>Quand</p> <p>Où</p> <p>comment</p> <p>état d'esprit</p>
COMORBIDITES	<p>autres pathologies présentées par la personnes</p> <p>les traitements liés à ces pathologies</p>
PATHOLOGIE CHRONIQUE	<p>compréhension du caractère chronique</p> <p>stabilisation et contrôle</p> <p>pas de guérison</p>
PAYS D'ORIGINE	<p>médecine traditionnelle</p> <p>système de santé</p> <p>cuisine et alimentation</p>

Annexe 7 : Livre de codes

CODES	DEFINITION
Adaptation	adaptation de l'hygiène de vie en fonction des conseils médicaux
Age	l'âge est la cause de problèmes de santé
Aide	la personne a besoin d'aide du fait de sa maladie
Alcool	notion de consommation d'alcool
alimentation	notion d'habitudes alimentaires
angoisse de la mort	sensation que la mort est imminente
anxiété	sentiment d'anxiété
autorité médicale	référence à l'autorité médicale
bonne santé	impression de bonne santé
chirurgie	notion d'opérations en lien avec le diabète
cholestérol	notion de dyslipidémie
circonstances de découverte du diabète	comment a été découvert le diabète
Cœur	notion de maladies du cœur
compliance	manque de compliance à l'autorité médicale
compliance en Inde	meilleure compliance à l'autorité médicale en Inde
congé longue maladie	la personne évoque un congé en lien avec la maladie
conséquence du diabète	le diabète évoqué comme une cause
consommation de sel	notion de limitation de la quantité de sel
consommation de sucre	notion de limitation de la quantité de sucre
consultations	notion de consultations dans le suivi du diabète
contrainte	notion de contrainte, d'obligation
contrôle	notion de contrôle du diabète
culpabilité	la personne exprime de la culpabilité
découverte du diabète brutale	moment précis de la découverte du diabète
Dents	notion de problèmes dentaires
dépression	notion de dépression
désobéissance à l'autorité médicale	la personne désobéit au médecin
diabète	référence au diabète
difficultés dans le suivi	la personne rencontre des difficultés dans le suivi du diabète
diminution de la vue	trouble de la vision, maladies des yeux
DMLA	notion de DMLA
douleur	notion de douleur
Durée	notion de durée d'évolution du diabète
dysphagie	notion de difficulté d'alimentation
échanges avec le médecin	le médecin agit sur la santé du patient
espoir de guérison	notion d'espoir concernant la guérison du diabète
Faim	notion de faim ou de diminution de la faim
famille	notion de diabète dans la famille
fatigue	sensation de fatigue
frilosité	notion de frilosité
Goût	notion de goût ou de manque du goût
handicap	il existe un état de handicap

Hospitalisation	l'état de santé a entraîné une hospitalisation
Hypoglycémie	notion de taux de sucre bas et de faiblesse
iatrogénie	idées que les traitements ont des effets négatifs
incapacité	sentiment d'impuissance et d'incapacité
Incompréhension	la personne ne comprend pas
incurabilité	notion qu'on ne peut pas guérir le diabète
infarctus du myocarde	notion d'infarctus du myocarde
infirmiers	notion de soins infirmiers
insomnie	la personne a des troubles du sommeil
insuline	notion d'insuline ou de piqure
isolement	la personne se sent isolée
les reins	notion de maladie des reins
limitation des activités physiques	sentiment d'incapacité du fait de la limitation
malaise	sensation de malaise
mauvais suivi	mauvais vécu du suivi avec le médecin traitant
mauvaise santé	impression de mauvaise santé
Méconnaissance	méconnaissance des traitements, du suivi, de la maladie
médecin	rôle du médecin
médecin	rencontre avec le médecin
médecine traditionnelle	utilisation de remèdes traditionnels
Médicaments	notion de prise de médicaments
message à transmettre	la personne veut partager son expérience
Nerfs	notion de maladie des nerfs liée au diabète
non guérison	notion qu'on ne peut pas guérir le diabète
obéissance à l'autorité médicale	la personne obéit au médecin
pancréas	fonction ou dysfonction du pancréas
perte de plaisir des cinq sens	notion de perte des sens
pessimisme	sentiment pessimiste et de désespoir
Peur	sentiment de peur
Plaies	lien du diabète avec la cicatrisation des plaies
Poids	notion de poids ou de variation du poids
quantité de nourriture	notion de limitation de l'alimentation
Questionnement	la personne est dans le doute
religion	référence à Dieu, à la religion, à une force externe
retraite	la personne évoque une retraite anticipée
réussite	notion de réussite familiale
rythme de la prise en charge	notion de périodicité dans les soins ou les examens
rythme de prise en charge	fréquence de consultations
rythme des repas	horaire et rythme des repas
Sang	notion de sang ou de prise de sang, glycémie, HbA1c
santé dans le pays d'origine	particularités de la prise en charge dans le pays d'origine
sentiment d'aggravation	notion d'aggravation des problèmes de santé
Soif	sensation de soif
souffrance	il existe une souffrance liée au diabète
Sport	notion d'exercice, mention d'un type d'exercice physique
Stress	le stress est à l'origine de problèmes de santé

sucre artificiel	notion de consommation de sucre artificiel
suivi satisfaisant	vécu satisfaisant du suivi par le médecin traitant
surdité	notion de surdité
Survie	la personne survit malgré sa maladie
Tabac	consommation de tabac
Temps	notion de temps ou de manque du temps
Tension artérielle	notion d'hypertension artérielle
traitement de la rétinopathie	divers traitements ophtalmologiques
traitements cardiologiques	traitements de l'infarctus du myocarde
traitements ophtalmologiques	divers traitements ophtalmologiques
tristesse	ce qui manque au patient, ce qui le rend triste
Urine	notion d'analyse d'urine
vaisseaux	notion d'atteinte des vaisseaux sanguins par le diabète
vertiges	notion de vertiges

Annexe 8 : Questionnaire original en anglais utilisé dans l'étude multicentrique « A controlled trial of the effectiveness of a diabetes education programme in a multi-ethnic community in Glasgow » de Hamid R Baradaran, Robin P Knill-Jones, Sunita Wallia and Alison Rodgers (2005)

Knowledge

Can diabetes be cured?

Is eating too much sugar, the usual cause of diabetes?

Is the usual cause of diabetes something wrong with insulin or the pancreas?

Do children of diabetics have a higher risk of developing diabetes?

Should diabetic patients eat less fried food?

Should diabetic patients eat grapes?

Can diabetes be controlled with treatment?

Can exercise help you improve or maintain blood sugar control?

Do foot ulcers of diabetic patients take longer time to heal?

Do diabetic patients need a regular eye check?

Does urine sugar testing give as accurate a result as blood sugar testing?

When a diabetic patient feels weak, dizzy and sweaty, does S/he need to take sugar?

When the diabetes is out of control the blood sugar should be either too high or too low

Attitudes

Diabetes can be controlled by just being on a diet and is a mild disease.

Noninsulin-dependent diabetes is a less serious disease than insulin-dependent diabetes.

People with diabetes who have poor blood sugar control are more likely to have diabetes complications than people who have good blood sugar control.

People whose diabetes is treated by just a diet do not have to worry about getting many long-term complications of diabetes.

Good blood sugar control will reduce the long-term complications of diabetes.

There is not much use in trying to have good blood sugar control because the complications of diabetes will happen anyway.

Having high blood sugar over a long period of times is linked to getting long-term diabetes complications.

Practice

Do you have a diet plan at home?

Does your family support you in sticking to your diet?

Do you stick to your diet when you eat out?

In the past 6 months, did you check your urine at home at least once a week?

Do you check your blood sugar at home?

In the past 2 months, did you take any herbal medicine or food remedy for your diabetes?

Annexe 9 : Questionnaire traduit de l'anglais utilisé dans l'étude multicentrique « A controlled trial of the effectiveness of a diabetes education programme in a multi-ethnic community in Glasgow » de Hamid R Baradaran, Robin P Knill-Jones, Sunita Wallia and Alison Rodgers (2005)

Questions posées pour évaluer les connaissances, les attitudes concernant la sévérité et les complications, les pratiques.

Connaissances

- Est-ce que le diabète est curable ?
- Est-ce que le fait de manger trop de sucre est la cause habituelle du diabète ?
- Est-ce que la cause habituelle du diabète est un problème d'insuline ou de pancréas ?
- Est-ce que les enfants de diabétiques ont un risque plus élevé de développer un diabète ?
- Est-ce que les patients diabétiques devraient manger moins d'aliments frits ?
- Est-ce que les patients diabétiques devraient manger des raisins ?
- Est-ce que le diabète peut être contrôlé par un traitement ?
- Est-ce que l'activité physique peut aider à améliorer ou stabiliser le taux de sucre ?
- Est-ce que les ulcères de pieds diabétiques mettent plus de temps pour guérir ?
- Est-ce que les patients diabétiques ont besoin d'un suivi régulier ophtalmologique ?
- Est-ce que le taux de sucre urinaire est plus précis que le taux sanguin ?
- Quand un patient diabétique se sent faible, étourdi, transpirant, a-t-il besoin de prendre du sucre ?
- Quand le diabète n'est pas contrôlé, le taux de sucre devrait être trop haut ou trop bas ?

Attitudes

- Le diabète peut être contrôlé simplement par un régime et est une maladie non grave.
- Un diabète non insulino-dépendant est moins grave qu'un diabète insulino-dépendant.
- Les diabétiques avec un mauvais contrôle sont plus à risque de présenter des complications du diabète par rapport à des patients ayant un bon contrôle.
- Les personnes traitées par règles hygiéno-diététiques seules n'ont pas à se soucier des complications pouvant survenir au long terme.
- Un bon équilibre glycémique peut réduire le risque de complications à long terme.
- Il n'y a pas d'intérêt à maintenir un équilibre glycémique car les complications du diabète surviendront dans tous les cas.
- Une glycémie élevée sur une longue période est liée à la survenue de complications.

Pratiques

- Avez-vous un régime alimentaire à suivre à la maison ?
- Est-ce que votre famille vous encourage dans votre régime alimentaire ?
- Suivez-vous votre régime alimentaire lorsque vous mangez à l'extérieur ?
- Durant les 6 derniers mois avez-vous contrôlé vos urines à la maison à raison d'au moins une fois par semaine ?
- Surveillez-vous vos glycémies à la maison ?
- Durant les 2 derniers mois, avez-vous utilisé des plantes médicinales ou des remèdes à base d'aliments pour traiter votre diabète ?

Annexe 10 : Entretien 1

Homme de 56 ans
Durée de l'entretien : 43min
Entretien fait en Français

Données socio-démographiques:

- Pouvez-vous me parler de votre venue de la Réunion ? professionnelle

Mon père avait la nationalité française et donc ben j'ai fait mes études en anglais là-bas jusqu'à 23 ans. Je suis allé en France à ce moment, j'ai rejoint l'armée. J'ai passé le concours au consulat de France à Pondichéry. Comme j'ai réussi le concours, bon ben, je me suis engagé pour partir en France. Je suis venu, en quelle année... en 1977. Après au bout d'un certain temps, je ne pouvais plus faire avec les autres dans l'armée, donc j'ai quitté l'armée. Je suis parti à Dijon, je me suis installé. J'ai passé des tests psychotechniques et parce que j'étais tellement intéressé pour travailler dans les ordinateurs, comme opérateur dans l'informatique. Je suis parti à Paris pour faire un stage d'un an à Créteil comme pupitreur assistant utilisateur. Après je suis revenu à Dijon, je me suis inscrit à L'ANPE. Un jour j'ai trouvé une annonce qui disait qu'il y avait un poste libre, vacataire en tant qu'agent de traitement. Je suis parti avec ma convocation et je suis donc allé rencontrer le directeur du Trésor Public pour l'emploi. Il fallait passer un autre test avec un programmeur. Quand je suis rentré, il y avait quatre personnes qui attendaient dans le bureau. Rires... Ils m'ont écouté, et finalement j'ai eu le poste. Mais en tant que vacataire, il fallait renouveler le contrat tous les mois. J'avais la boule au ventre tous les mois. Je suis devenu auxiliaire. J'ai passé un concours. Je l'ai eu la deuxième fois. On m'a dit vous avez une place à Chalon sur Champagne car il n'y avait plus de place à Dijon. J'ai commencé le 15 novembre 1980. J'ai travaillé là-bas, mais c'est une ville morte, les magasins ferment à 17h le soir, il n'y a pas d'attraction... Heureusement le directeur d'exploitation avec lequel je m'entendais très bien, m'a demandé si j'étais intéressé pour aller travailler à la Réunion. Je lui ai dit, « mais je ne connais pas la Réunion monsieur » ! Il m'a dit « c'est une île, un département français. Il y a beaucoup d'indiens, des chinois... Vous pourrez vous adapter à cette île ». J'ai accepté la proposition. On m'a dit que j'étais muté dans trois mois. Je suis donc venu à la Réunion en 1985. Je suis venu en tant qu'agent de traitement au Trésor Public. Entre temps je me suis marié en 1996, on a eu seulement deux enfants.

- statut marital : marié, 2 enfants
- Pays de naissance : Inde
- Scolarité: université jusqu'à 23 ans
- année de départ du pays d'origine : 1977 transit par la France
- année d'arrivée à la Réunion : 1980

- Lieu de vie : Sainte Clotilde
- Situation professionnelle : actif, pupitreur assistant utilisateur au Trésor Public

Quelles langues parlez-vous ?

Tamoul, Français, Anglais.

Et le Créole ?

Un peu.

- Quelles habitudes de votre pays d'origine vous manquent ?

J'y vais tous les ans, ça me manque. Surtout l'environnement, les relations, la famille. Ma famille me manque beaucoup. J'ai des connaissances de ma communauté ici, des compatriotes, mais ce n'est pas pareil que ma famille. Je suis très attaché à ma famille, à ma sœur.

Votre santé, votre diabète

Nous allons maintenant parler de votre santé et du diabète si vous le voulez

Comment trouvez-vous votre état de santé ?

Pour l'instant mon état est un peu stable. Mon diabète a été découvert en juin 2000 sur des analyses d'urines. J'ai été obligé de prendre les médicaments, faire les analyses, systématiquement.

Tous les ans par mon médecin traitant, je fais systématiquement les analyses.

Au début je n'étais pas sensibilisé, mon médecin traitant, excusez-moi, il était un peu con quand même. Il ne m'avait pas donné les conseils pour sensibiliser au diabète. Du coup, quand je suis venu à l'hôpital, il y avait

beaucoup de choses à voir dans le service de diabétologie. Je ne savais pas qu'il y avait un service de diabétologie avec 3 unités : diabétologie normale pour contrôler tout tous les 3 mois, pied diabétique... Je ne savais pas tout ça, je n'étais pas sensibilisé par mon médecin traitant. J'ai été un peu négligé quand même au niveau du diabète : en août 2015, j'ai été obligé de passer à l'insuline, les médicaments passaient mal. Le pancréas fonctionnait mal. Bon, ben j'ai accepté. C'était la décision d'un spécialiste, comment on appelle ça, un diabétologue. Une fois j'ai été hospitalisé en février 2015, première fois pour le diabète. Pied infecté deuxième orteil pied droit. Le pancréas ne fonctionnait pas trop, décision de mettre de l'insuline, pas trop, 5 unités. A un moment donné, je ne sais pas pourquoi, la plaie s'est ouverte. Les pansements étaient faits par des infirmières, tous les jours. Il y avait une collection, j'ai eu des antibiotiques.

Ils ont téléphoné au bloc, opéré le jour même, pour prélèvement, anesthésie locale, ils ont creusé, ils ont pris l'échantillon. Ils ont trouvé une bactérie, deux bactéries même qui ont causé l'infection

Au bout du quatrième jour, ils ont enlevé la perfusion, pour passer par voie orale.

Le repas c'est strictement régime, sans sel, rien. Mais quand même il y a des légumes, des yaourts... La prise en charge est très bien.

Le diabète je pense que c'est diable bête ! Rires. C'est le diable quand même !

Pratiques

Comment trouvez-vous le suivi pour le diabète avec le médecin traitant ? Comment vous vivez ça ?

Je fais tout. Systématiquement, tous les trois mois, comment ça s'appelle ça, pour trouver la moyenne... J'ai jamais raté ça. Et puis le cardiologue, l'ophtalmologue. Je fais systématiquement. Et puis les médicaments. Je vais pratiquement une fois par mois chez le médecin traitant. J'ai pris Amarel, au début 1mg, puis 2mg, puis 3mg, maintenant 4mg. Et Glucophage 500, puis 850, maintenant c'est 1000 deux fois par jour, midi et soir ou matin et soir. Et puis avec la glyquée, et les complications, le médecin spécialiste a décidé de mettre l'insuline, mais pas beaucoup, 5 unités. Je fais les contrôles, parfois ça monte 2h après le déjeuner, mais après ça revient normal. Avec le Glucophage, j'ai des nausées et des vomissements le matin. Mais le soir comme je mange beaucoup, le glucophage ça va. Avant le repas du soir c'est 1g14 ; 1g20 ; 1g40 ; parfois 1g80 aussi. Un peu limite... Limite quand même.

Comment pensez-vous améliorer votre santé ?

J'ai découvert que le sport aide pour faire baisser le truc. On pouvait faire du vélo dans le service. Avant de faire le vélo, je contrôle. Après je contrôle aussi. Il y a une sacrée différence. J'ai remarqué que le taux de sucre diminuait après le vélo. Je fais du sport doucement... Je fais doucement tout ça. Pas trop d'effort quand même.

Et sinon, vous fumez ?

Je ne fume pas du tout. Jamais. Et, l'alcool, je prends l'apéritif, comme tout le monde.

Et au niveau de l'alimentation, vous avez des préférences pour le diabète ?

Ah oui les légumes. Je mange adapté : carotte, tomate. Beaucoup de fruits, de légumes, poisson, moins de viande. Notre façon de faire la cuisine, c'est pas très équilibré. Les sauces, les épices, le riz... ça fait augmenter la glycémie le riz, le sucre.

Vous utilisez des aliments pour faire baisser le sucre ?

Les légumes, margoze qui fait descendre le diabète. Endives aussi. Parce que c'est amer. Il faut boire l'eau bouillie des endives. Margoze en salade. Céleri. Courgette.

Lorsque vous-êtes malade, grippé par exemple, que faites-vous? Vous restez à la maison, vous demandez conseil à votre famille...

Ah on se soigne nous même, un petit spray...

Mais pour les enfants, on les amène de suite chez le médecin.

Connaissances

Est-ce qu'il y a des diabétiques dans votre famille ?

Ah oui oui, pour moi c'est héréditaire. On est combien d'enfants au total...Sept enfants, un qui est mort, six enfants. Mon père est diabétique, ma mère aussi, sauf mon frère tous les autres sont diabétiques. Deux sœurs sont décédées à cause du cancer du sein. Une autre sœur, elle aussi diabétique.

Quelles sont les complications du diabète en dehors du pied dont vous m'avez déjà parlé ?

Le cœur. Les problèmes cardiaques, rénal, les yeux, et voilà quoi.

Pensez-vous qu'on peut guérir du diabète?

On peut pas guérir du diabète complètement. On peut contrôler. C'est-à-dire, on peut contrôler avec les médicaments, la surveillance. Mais on ne peut pas guérir complètement du diabète. En Inde certains disent « oui on peut complètement guérir du diabète », ils récupèrent l'argent avec leurs patients. Publicité fausse. Les gens qui connaissent pas trop le diabète se font avoir. On peut pas guérir ça complètement. Il va rester tout le temps, il faut surveiller et contrôler avec le sang. Avec ça on peut maîtriser la situation.

Diabète, comme je vous ai dit c'est diable bête !!

Annexe 11 : Entretien 2

Femme de 77 ans

Durée de l'entretien : 25min

Entretien fait en Tamoul

La patiente me demande avant de commencer si l'entretien peut se faire en Tamoul car elle n'est pas trop à l'aise en Français.

Données socio-démographiques:

- **Pouvez-vous me parler de votre venue de la Réunion ?** rapprochement familial

Mon mari était professeur de français et d'anglais. Quelques mois après notre mariage en 1964, je l'ai suivi au Vietnam (à Saigon) pour son travail. On a habité là-bas de 1965 à 1972. C'est là-bas que sont nés nos enfants. Ensuite nous sommes allés vivre à Paris, de 1973 à 1977. Ensuite nous sommes venus vivre à la Réunion. Nous avons alors 5 enfants, 1 fille et 4 garçons. Mon mari est décédé en 2011.

- statut marital : mariée, veuve, 5 enfants

- Pays de naissance : Inde, Madras

- Scolarité: université jusqu'à 20 ans

- année de départ du pays d'origine : 1965 transit par le Vietnam et la France

- année d'arrivée à la Réunion : 1977

- Lieu de vie : Sainte Clotilde, La Bretagne

- Situation professionnelle : Femme au foyer

Quelles langues parlez-vous ?

Français : pas correct, rires

Tamoul et Anglais. Enfin en Anglais je ne peux pas faire de grands discours, je me débrouille.

Je parle en Tamoul à mes enfants, ils me répondent en Français.

Et le Créole ?

Pas du tout. Je ne peux rien dire dans cette langue !

- **Quelles habitudes de votre pays d'origine vous manquent ?**

Ici, rien ne me manque. Sauf mes cousins. Le climat c'est pareil que là-bas, donc ce n'est pas un problème.

Votre santé, votre diabète

Nous allons maintenant parler de votre santé et du diabète si vous le voulez

Tous mes problèmes de santé ont commencé après le décès d'un de mes fils dans un accident de la route. C'est là qu'on m'a découvert le diabète, la tension. Mon fils est décédé en mai 1989. J'avais 50 ans.

Comment trouvez-vous votre état de santé ?

La fatigue, à part ça, ça va, dit-elle en Français. Je viens juste de faire une prise de sang.

Attendez. Elle va chercher une enveloppe et me demande de lire des analyses biologiques. Je vois une HbA1c à 7,2%.

Tous les 3 mois je fais cette analyse. C'est bon non, 7,2% ??

Pratiques

Comment trouvez-vous le suivi pour le diabète avec le médecin traitant ? Comment vous vivez ça ?

Jusqu'à il y a deux ans, j'étais suivie par Dr M. Je l'aimais beaucoup. Il me suivait bien pour mon diabète. Mais il a du être transféré et est parti à Saint Benoît. Donc c'est son collègue qui était à côté qui me suit maintenant. C'est comme ça, je vais chez lui comme il est plus près, je n'ai pas d'autre choix. Mais ça va, ça me pose pas de problème. Tous les 3 mois je fais la prise de sang et je prends toujours les mêmes médicaments.

Quels médicaments prenez-vous ?

Ah, je ne les connais pas par cœur.

Elle part chercher des boîtes de médicaments et me les montre: Xelevia, Metformine, glibenclamide, et des anti-hypertenseurs Micardis et Bisoprolol.

Ma tension est à 13, j'ai vérifié il n'y a pas longtemps.

Je n'ai jamais mis d'insuline.

Je ne fais pas de régime, pas du tout. Le matin je prends un café avec une demi-cuillère à café de sucre. Avant je prenais le sucre artificiel, après on m'a dit que c'était mauvais pour la santé, donc maintenant je consomme du vrai sucre. Mais une demi-cuillère à café le matin seulement. Le soir je ne mange pas trop.

Est-ce que vous faites de l'exercice ?

Oh non pas du tout. Je marche 5-10 minutes par jour c'est tout. Je ne fais pas de grands exercices. En plus j'habite en hauteur, avec les montées et les descentes je ne marche pas, j'ai peur de tomber. Juste un peu d'exercice à la maison.

Comment pensez-vous améliorer votre santé ?

Je mange toujours pareil, j'aime manger les mangues et les bananes. J'en mange tous les jours. Je ne fais rien de particulier pour améliorer ma santé. Je suis bien non ? Rires

Et sinon, vous fumez ? ah non, pas de tabac, pas d'alcool. Rien. Même pas le vin.

Et au niveau de l'alimentation, vous avez des préférences pour le diabète ?

A 10h je prends du yaourt avec des épices (gingembre, caloupile). Le matin, un café avec deux morceaux de pain demi. Après à midi le déjeuner. Le soir, du pain ou autre chose, une banane et une mangue quand c'est la saison.

Vous utilisez des aliments pour faire baisser le sucre ?

Non pas vraiment.

Lorsque vous-êtes malade, grippé par exemple, que faites-vous? Vous restez à la maison, vous demandez conseil à votre famille...

Je prends surtout du Doliprane quand je suis malade. Je ne vais pas trop chez le docteur. Je suis rentrée de vacances il y a peu, je suis allée en Inde, au Vietnam et au Cambodge avec mes enfants. Là-bas j'ai eu une infection urinaire, j'ai du aller voir le docteur et j'ai eu des antibiotiques. Sinon je vais chez le docteur tout les 3 mois pour la prise de sang. Je ne suis jamais allée à l'hôpital. Même mon mari n'a jamais été admis à l'hôpital, il est mort dans son sommeil à 81 ans. Il était en bonne santé.

On ne mange pas n'importe quoi. Avec lui, on faisait attention. On mangeait à l'heure. L'heure c'était l'heure. Le matin à 7h, puis à 12h, le soir 19h30 ou 20h. On ne mangeait pas trop entre. Il était très strict. Moi je ne suis pas aussi stricte.

Connaissances

Est-ce qu'il y a des diabétiques dans votre famille ?

Une de mes sœurs a le diabète. Même mon papa n'avait pas de diabète. Vous savez, avant on ne vérifiait pas tout ça. Mon papa est mort en priant, à 76 ans. Il n'y a pas de grand malade dans ma famille. Mon frère a 86 ans, il n'a pas de diabète, il a des problèmes de cœur, mais il se porte bien.

Quelles sont les complications du diabète que vous connaissez ?

Mmmh, je ne sais pas. Dites moi, comment ça peut se compliquer le diabète ?

Je précise : « On a du vous en parler. On vous a peut-être parlé des yeux... ».

Ah oui, ça tous les ans je fais les contrôles : les yeux, le cœur, les reins. Tous les ans. Tous les ans. Pour moi pour l'instant tout est bon, j'ai vérifié le cœur il y a deux ans, le rein c'est bon. On fait le bilan une fois par an. Tous les 3 mois je fais la glycémie.

Pensez-vous qu'on peut guérir du diabète?

« Si on suit un régime, pas besoin de médicaments » dit le docteur. Mais moi je ne suis aucun régime ! Rires. Depuis la découverte du diabète je prends les médicaments. Je ne sais pas si on peut guérir du diabète. Je sais que pour l'instant je n'ai rien de grave à cause du diabète. C'est tout ce que je sais...

Annexe 12 : Entretien 3

Femme de 48 ans

Durée de l'entretien : 26 min

Entretien fait en Tamoul

Avant de commencer l'entretien, Mme T me demande si l'entretien peut se faire en Tamoul de préférence.

Données socio-démographiques:

- Pouvez-vous me parler de votre venue de la Réunion ? rapprochement familial

Je suis venue à la Réunion en 1998 avec mon mari, car étant prêtre hindou, il a eu un travail ici. Nous avons aussi habité à l'île Maurice pour les mêmes raisons. Nous avons quitté l'Inde en 1993, pour nous installer à l'île Maurice. Nous sommes restés là-bas jusqu'en 1997. Puis nous sommes venus à la Réunion en 1998. Nous avons deux fils, un qui est né à Maurice en 1995 et un en Inde en 1992.

- statut marital : mariée, 2 enfants

- Pays de naissance : Inde

- Scolarité: 8^{ème} classe en Inde (c'est-à-dire classe de 4^{ème} en France)

- année de départ du pays d'origine : 1993 transit à l'île Maurice jusqu'en 1997 puis retour en Inde en 1997. Départ pour la Réunion en 1998.

- année d'arrivée à la Réunion : 1998

- Lieu de vie : Saint André

- Situation professionnelle : mère au foyer

Quelles langues parlez-vous ?

Tamoul, un peu d'Anglais et un peu de Français.

Et le Créole ? un peu, comme le Français

- Quelles habitudes de votre pays d'origine vous manquent ?

La famille, c'est ce qui manque ici. La famille, les amis.

Votre santé, votre diabète

Nous allons maintenant parler de votre santé et du diabète si vous le voulez

Comment trouvez-vous votre état de santé ?

Comment dire... ça va oui. J'ai juste le diabète. C'est le médecin traitant qui a découvert le diabète. Lors d'un contrôle, comme ça. Je ne sais même plus pourquoi j'avais consulté le docteur à ce moment là. C'était il y a 8 ans. Lors d'une prise de sang, il m'a dit qu'il y avait un peu trop de sucre, que c'était le début d'un diabète. C'était pas trop élevé. Il a confirmé ça trois mois plus tard. Il m'a dit de prendre les cachets. Et tous les trois mois je fais la prise de sang du diabète avec le docteur.

Ma santé va bien. Je prends juste le cachet Metformine. Ça ne me pose pas de problèmes.

Pratiques

Comment trouvez-vous le suivi pour le diabète avec le médecin traitant ? Comment vous vivez ça ?

Tous les trois mois je fais la prise de sang. C'est obligatoire tous les trois mois. Il explique bien, un peu en Anglais, un peu en Créole, comme ça je comprends.
Il faut y aller tous les trois mois, pour la santé. Sinon ça peut poser problème.

Comment pensez-vous améliorer votre santé ?

Tous les soirs je fais de la marche avec mon mari pendant une heure. Après les travaux de la maison le reste de la journée.

Et sinon, vous fumez ? Non, non Rires

Et au niveau de l'alimentation, vous avez des préférences pour le diabète ?

Nous sommes végétariens, donc le midi nous mangeons du riz avec des légumes. Le soir un petit repas. Avant j'aimais beaucoup les sucreries, maintenant j'ai laissé tombé tout ça... Il ne faut pas toucher aux sucreries avec le diabète ! Rires. On m'a dit d'éviter le sucre. Sinon pour le reste, je mange correctement, des quantités correctes. Des fruits et légumes trois à cinq fois par jour.

Je fais de la marche tous les soirs.

Vous utilisez des aliments pour faire baisser le sucre ?

Non. Je mets très peu de sucre dans le café. En Inde on utilise la médecine ayurvédique. Mais ici je n'utilise pas la médecine traditionnelle ayurvédique. Comme ici je prends les médicaments anglais, je ne sais pas si ça peut fonctionner la médecine ayurvédique. Quand on est là-bas, ça peut bien marcher. Mais à la Réunion, je ne sais pas si peut fonctionner aussi bien. Ce n'est pas la même chose quand on est ici. Je prends les médicaments, donc je continue comme ça.

Lorsque vous-êtes malade, grippé par exemple, que faites-vous? Vous restez à la maison, vous demandez conseil à votre famille...

D'abord on essaie les remèdes à la maison. Les tisanes, tout ça. Quand ça devient plus grave, là on va chez le docteur.

Connaissances

Est-ce qu'il y a des diabétiques dans votre famille ?

Oui, mon papa et ma maman. Personne d'autre.

Quelles sont les complications du diabète que vous connaissez ?

Si on ne prend pas bien les médicaments du diabète, on dit que ça attaque les reins, les yeux, que les bobos aux pieds cicatrisent mal, mettent du temps à cicatriser. Après il faut opérer les pieds. Il faut bien prendre les médicaments tous les jours, faire de la marche, bien manger. C'est ce que dit le docteur.

Je suis allée chez l'ophtalmologue. Ça c'est bon. Il faut prendre le rendez-vous pour le cœur. Les reins vont bien.

Pensez-vous qu'on peut guérir du diabète?

Silence.

J'avais demandé au docteur. Mais il ne m'a pas dit qu'on pouvait guérir le diabète. Il faut prendre toujours les médicaments, contrôler les glaces et les gâteaux... Rires Il faut bien contrôler.

Annexe 13 : Entretien 4

Homme de 88 ans

Durée de l'entretien : 47 min

Entretien fait en Français

Données socio-démographiques:

- Pouvez-vous me parler de votre venue de la Réunion ? professionnelle

Je suis venu ici en 1972, non en 1970, avant je travaillais en Algérie. Neuf ans. Et bien avant je travaillais à Pondichéry, j'étais greffier là-bas. Alors, greffier en Inde, puis enseignant, j'étais professeur d'anglais à l'école normale d'instituteurs de Constantine. Après j'ai été muté, je suis arrivé à la Réunion sur ma demande.

J'ai quitté l'Inde en 1962.

-statut marital : marié, 4 enfants, 3 garçons, 1 fille. Le premier enfant est à Tahiti, le deuxième est ici à Saint Paul, le troisième est en Nouvelle Calédonie. Le quatre enfant c'est une fille, elle est en France.

- Pays de naissance : Inde
- Scolarité: □ université. Je n'ai pas fait d'études spéciales en Anglais. Mais en langue secondaire j'ai pris Anglais. Et après je me suis perfectionné et j'ai réussi à être admis dans le cadre du PEGC professeur d'enseignement général au collège.
-année de départ du pays d'origine : 1962 transit par l'Algérie
-année d'arrivée à la Réunion : 1970

- Lieu de vie : Saint Paul
- Situation professionnelle : Retraité

Quelles langues parlez-vous ?

Français, Anglais, Tamoul, Telugu.

Et le Créole ?

Je comprends un tout petit peu mais je ne peux pas parler.

- Quelles habitudes de votre pays d'origine vous manquent ?

Une partie de la famille et puis le reste c'est la terre natale.

Votre santé, votre diabète

Nous allons maintenant parler de votre santé et du diabète si vous le voulez

Comment trouvez-vous votre état de santé ?

Je dois dire la vérité. Ma santé est dérisoire, très médiocre. Ma santé ne tient qu'à un fil de fer. Je pense qu'un moment à l'autre je peux périr. Je traîne ma vie, il me manque rien. Mais je traîne ma vie à cause de ma santé. Ma santé mentale n'étant pas bonne, la santé physique ça va de soi. Alors je ne peux pas... Je vous dis que ma santé n'est pas bonne.

Pratiques

Comment trouvez-vous le suivi pour le diabète avec le médecin traitant ? Comment vous vivez ça ?

En 1974, subitement, un ami diabétique a découvert que j'avais les symptômes de diabète. Il m'a conseillé d'aller voir un médecin. En 1974, j'ai été voir un médecin qui s'appelait Dr C. Il m'a prescrit des médicaments. Je l'ai suivi à la lettre. J'ai pris les médicaments et j'ai fait le régime qu'il m'a conseillé. Le lendemain au collège, j'étais en train d'enseigner j'ai voulu m'asseoir pour noter quelque chose, je ne pouvais pas. Je ne pouvais pas fléchir les genoux. Alors j'ai pris un élève pour guide et le lui ai demandé de m'emmener chez le vice-principal. Le principal m'a dit : « rentrez-voir un médecin » et il vous dira. Alors je n'étais pas capable de me mettre au volant et malgré ça j'ai accepté d'aller jusqu'à la voiture et j'ai pris la pomme que j'avais gardé. J'ai mangé et petit à petit la force me revenait ; mais j'étais à 28km d'ici. De 28 km il fallait faire la distance en voiture. J'ai pris le volant et je suis arrivé chez le médecin. Le médecin me dit : « qu'est-ce que vous avez ? ». Je ne comprends pas, je n'arrivais pas à m'asseoir, je n'arrivais pas à marcher. Il a dit : « qu'est-ce que vous avez pris ? J'ai dit « j'ai pris ce que vous m'avez conseillé ». « Qu'est-ce que vous avez mangé ? ». « Voilà, ce que vous avez dit... Les médicaments... Ce que vous avez prescrit... ». Mais il m'a dit « là, vous avez fait une erreur ». « Quelle erreur ? J'ai fait tout ce que vous avez dit et vous me dites que j'ai fait une erreur. Alors il me dit « Vous savez les gens d'ici, les gens de la Réunion, quand on leur prescrit un certain nombre de médicaments, ils ne prennent que la moitié. Alors, moi j'ai pensé que vous feriez autant, alors que vous avez fait ce que j'ai prescrit. C'est normal, ça s'appelle hypoglycémie. » C'est alors que j'ai compris ce que c'est hypoglycémie. Bon il m'a dit de redire la quantité de médicaments et puis le régime aussi. Le lendemain, je me mets au lit, je n'arrive pas à me coucher. Alors j'étais assis sans pouvoir me coucher. Qu'est-ce que c'est que ça... ? Alors j'ai pris une orange et la force me revenait. Et puis je me suis couché et j'ai dormi. Et le lendemain j'ai commencé à suivre ce qu'il a dit le médecin en deuxième lieu. Et puis ça continuait depuis 1974. Depuis 30 ans ? 40 ans ? Je souffre de diabète depuis 40 ans mais en 1980 j'ai fait un infarctus du myocarde. Cela m'a obligé d'être hospitalisé, je suis resté à l'hôpital 21 jours, j'ai eu il me semble deux infarctus. Ils m'ont traité et renvoyé. On m'a envoyé quelques années plus tard à Montpellier. Le médecin, un professeur, lui... Il m'a traité et m'a dit « non, non, non vous avez beaucoup de lésions invalidantes. Donc vous n'allez pas pouvoir reprendre votre service, vous présentez la lettre que je vous donne au comité médical qui va vous accorder six mois de congés. Alors ils m'ont donné six mois de congé, et ils ont prolongé une autre période de six mois et puis j'ai repris le service. En 1988, j'ai été admis à la retraite pour cause d'invalidité. Et maintenant j'ai le diabète et puis le cœur qui ne va pas et la tension ça augmente ça diminue. Et après la tension, quelques années plus tard, j'ai eu

le DMLA. Mais on m'a dit que ce n'est pas lié au diabète, que c'est lié à l'âge. Je pensais que c'est normal, qu'est-ce que je pouvais faire. J'étais en Inde, c'est là qu'ils ont découvert que j'ai fait un DMLA. Alors ils m'ont dirigé à Madurai. De Pondichéry je suis allé à Madurai pour y subir le thermocoagulation. Après le thermocoagulation, je rentre ici et ici l'ophtalmo m'a fait... pas le thermocoagulation mais la photocoagulation. Et avec ça je continue à vivre et il y a quelques années, on m'a fait une opération de la cataracte ici. Au même œil, opération de cataracte, je ne sais pas si c'est réussi ou non, mais petit à petit j'ai commencé à perdre l'acuité visuelle. Ce qui fait que cet œil là non seulement m'aide pas à voir mais gêne beaucoup la vue de l'autre œil. Alors maintenant je vois à peine les choses, les personnes. Même vous maintenant, je ne vous vois pas clairement. Tout est flou. Le matin je ne sais pas si c'est déjà quatre heures, six heures. Et avec ça s'ajoute maintenant, je ne sais pas ce qui me fait ajouter, le vertige continu. Je n'entends pas. J'ai commencé à avoir des acouphènes qui m'ont amené à la surdité. D'une part l'oeil gauche a perdu de sa visualité et d'autre part les oreilles ont perdu l'acuité et après commencent les dents. Alors comme j'avais des infections dentaires de partout. Ils m'ont arraché les dents. Donc plus de dents et jusqu'à maintenant la gorge est resserrée. Même le médicament que j'avale, ça ne rentre pas, ça ressort. Alors ce qui fait que j'ai perdu le plaisir des cinq sens. Comme par exemple, quand on voit quelque chose, on admire, quand on entend une chanson on admire, on est content, quand on mange on a un goût. Pour moi tout est dégoûtant, aucun repas n'a un goût. Alors dès que je vois le plat à manger, ça me déroute, j'essaye d'éviter. Pourquoi ? Parce que chaque bouchée que je mange ça reste dans la gorge, ça ne descend pas. Même je ne peux pas boire d'affilée un quart de verre. Goutte par goutte, et encore. Et puis, maintenant on me donne au moins dix médicaments pour chaque repas. Le soir, j'ai des antidépresseurs. Disons que ça supprime la dépression alors que les soucis augmentent. Soucis de la maladie, de la famille, d'autres choses de la vie. Tout ça me donne la tension, la dépression. Je prends un antidépresseur et malgré l'antidépresseur, je me réveille à deux heures ou trois heures. A partir de 2h, 3h, 4h, je ne fais qu'imaginer tout ce qui est méchant dans la vie et c'est comme ça. Même pour relever le taux de sang, j'éprouve beaucoup de difficultés. Je ne vois pas clairement où est la lancette, où est le sang. Je prends ma femme pour qu'elle m'aide, pour qu'elle m'aide à trouver le résultat. Voilà la situation, voilà ma situation. Vous êtes tombé sur un très mauvais cas. Ah oui, et je n'ai pas parlé. On m'a dit subitement. Pendant assez longtemps, on m'a donné pour l'angine de poitrine, Vastarel. Moi je ne dis à personne, je dis à vous seulement, je pense, je pense que la prise de Vastarel pendant tant de temps m'a entraîné le Parkinson. Alors le Parkinson s'ajoute à ces sortes de maladie.

Auparavant j'allais tous les deux ou trois mois comme ça. Pas carrément chez le diabétologue, chez le généraliste. Mais le diabétologue était mon élève lui-même. Il m'a dit vous pouvez prendre les traitements avec votre médecin traitant. Vous n'avez pas besoin de vous déranger pour venir me voir.

Une dernière fois, avant la veille de l'opération de l'œil, on m'a demandé de prendre l'ambulance pour être admis à l'hôpital ophtalmologique. Mais au moment de prendre l'ambulance, la veille même je tombe malade. On a posé un stent et une dilatation. Et avec tout ça, après ils m'ont trouvé une anomalie dans les électrolytes, il y avait trop de potassium et beaucoup moins de sodium, beaucoup moins de chlore. Alors dans la section d'endocrinologie on m'a traité et c'est là qu'ils ont commencé à me donner les somnifères d'abord, deuxièmement l'antidépresseur. Voilà.

Quels médicaments prenez-vous ?

Beaucoup de médicaments...

Est-ce que vous faites de l'exercice ?

Ah non je ne peux pas.

Comment pensez-vous améliorer votre santé ?

Je ne peux pas dire améliorer, ça s'est détérioré. Améliorer c'est quoi ? C'est devenir meilleur. Mais non c'est le cas contraire. Alors je ne pense pas qu'on puisse améliorer. Est-ce qu'il y a des moyens ?

Je retiens les pleurs.

Tout ce que je demande, c'est d'avoir la paix. Je ne demande rien. Mais la paix, elle est loin.

Et sinon, vous fumez ?

Non non. Et l'alcool non plus.

Et au niveau de l'alimentation, vous avez des préférences pour le diabète ?

En principe, je mange à peu près cette quantité à midi. Il me montre l'équivalent d'une tasse. Pas plus. Mais j'ai toujours faim, j'ai envie de manger, mais vous savez, ça présente un tel dégoût, que je repousse le repas. Et puis j'ai le tremblement de Parkinson.

Vous utilisez des aliments pour faire baisser le sucre ?

Je ne mange pas assez parce que je n'arrive pas avaler. Je ne mange pas beaucoup de sucre.

Lorsque vous-êtes malade, grippé par exemple, que faites-vous? Vous restez à la maison, vous demandez conseil à votre famille...

En général je n'ai pas de grippe. Je n'ai pas connu les maux de tête jusqu'à l'âge de 60 ans-65ans. Et subitement tout ça arrive. Quand j'étais à Pondichéry, j'avais du personnel. Si quelqu'un me disait « j'ai un maux de tête ». Je disais « qu'est-ce que c'est que ce maux de tête ? ». Et maintenant j'ai tout ça. Je ne comprends pas d'où ça vient. Le médecin vient dès que j'ai la grippe.

Connaissances

Est-ce qu'il y a des diabétiques dans votre famille ?

Non. Sauf moi.

Quelles sont les complications du diabète que vous connaissez ?

Tout part du diabète. L'œil, les dents, le cœur. Alors rien ne fonctionne normalement.

La prise de sang tous les matins et la piqûre en conséquence. C'est tout. Tous les six mois je vais chez le cardiologue.

Pensez-vous qu'on peut guérir du diabète?

Je ne sais même plus ce que c'est que le diabète...Moi-même je ne comprends pas ce que c'est le diabète. J'ai de l'espoir malgré tant de difficultés, malgré tant de choses. Mais cet espoir là, il est basé sur ma foi en Dieu. Si Dieu le veut, il le pourra. Mais je dois me plier à ses exigences. Mais ceci, ce n'est qu'un rêve. Mais je n'ai pas appris jusqu'ici, que la foi en Dieu est en relation avec les maladies. Dieu a donné un corps sain, il faut lui retourner ce corps sain tel qu'il a été. Mais moi, j'ai fais des bêtises, j'ai mangé beaucoup de sucreries quand j'étais jeune. Je comprends pourquoi je suis devenu diabétique alors que dans la famille il n'y a personne. Enfin, je crois que je serai guéri grâce à Dieu et à côté parallèlement grâce à la médecine. Car la médecine c'est créé par Dieu. Lui il créé l'homme, il créé tous les sens : l'œil, l'odorat, le toucher. Même le toucher pour moi, je ne supporte pas une chemise sur mon corps. Je suis devenu hyperfrileux. Je ne sais pas pourquoi, parce que j'ai perdu le sens de la peau. Parce que normalement quand il fait froid, on doit sentir le froid et puis c'est tout. Mais ici je sens en dehors des limites. Comme par exemple, quand il fait froid je grelotte. Enfin, comme je ne vois pas bien, je n'entends pas bien, je me retranche de la société. Je connais tout ça. J'ai même enseigné tout ça aux enfants. Et maintenant je subis les conséquences. Et je me rends compte que l'enseignement ne sert à rien si on ne s'applique pas. Un professeur de philosophie ne peut pas être philosophie. Il peut être tout le temps un professeur de philosophie et non un philosophe lui-même. Socrate n'était pas un professeur de philosophie et pourtant il était philosophe. Mais s'il était professeur de philosophie, il n'aurait pas été philosophe. La vie pour moi... Mes enfants sont bien placés. Il y a ma femme qui me dépend. Il faut bien que je vive encore quelques années pour elle. Alors comment je vais survivre ? Que dois-je faire ? Est-ce que vous avez des médicaments miracles ?? On verra bien, dans la vie on commet des erreurs sans le vouloir des fois. Et des erreurs à bon escient... Je ne veux pas que les autres souffrent comme moi. Même si je meurs maintenant, ce n'est pas grave. Mais les jeunes doivent faire attention.

Annexe 14 : Entretien 5

Homme de 59 ans

Durée de l'entretien : 19 min

Entretien en Tamoul et en Anglais

Avant de commencer l'entretien, le patient me demande si l'entretien peut se faire en Anglais.

Données socio-démographiques:

- Pouvez-vous me parler de votre venue de la Réunion ? regroupement familial

Je vous donne d'abord ma date de naissance 05.10.1958. Je me suis marié en 1983. On a habité en Inde jusqu'en 1992. Ma femme V. est venue ici en juin 1992. Moi je suis venu en 1995 à la Réunion, le 1^{er} janvier, je m'en souviens très bien. Ma femme vivait à la Réunion avant de se marier. Elle ne voulait plus vivre en Inde, elle voulait retourner à la Réunion et éduquer nos enfants selon le système français et non selon le système indien. Mes deux fils sont nés en Inde. Ils ont commencé leur éducation en Inde et ont terminé leurs études à la Réunion. Ils ont appris le Français quand ils sont arrivés à la Réunion. Ils travaillent maintenant à Paris.

En Inde on avait notre business familial. On travaillait tout le temps du matin au soir, ma femme n'aimait pas ça. Quand on est arrivé ici, on a fait divers emplois. Depuis 2006, je travaille au consulat de l'Inde. Je suis réceptionniste là-bas. Ma femme a passé son bac ici, puis elle a passé sa licence. Elle est professeur d'Anglais maintenant.

-statut marital : marié, 2 enfants
- Pays de naissance : Inde
- Scolarité: étude d'ingénieur
-année de départ du pays d'origine : 1995
-année d'arrivée à la Réunion : 1995

- Lieu de vie : Sainte Clotilde
- Situation professionnelle : actif , réceptionniste au consulat de l'Inde, je m'occupe des visas, passeports.

Quelles langues parlez-vous ?

Français, Anglais, Tamoul

Et le Créole ?
Oui bien sûr.

- Quelles habitudes de votre pays d'origine vous manquent ?

Première chose la famille. La famille, les amis. Les environnements, ce qui nous entoure, les fêtes. Tout ça, ça me manque beaucoup.

Votre santé, votre diabète

Nous allons maintenant parler de votre santé et du diabète si vous le voulez

Comment trouvez-vous votre état de santé ?

Ici, je trouve normal. A part la montée du taux de sucre. Sinon, je suis à l'aise, tranquille ici.

Avant je n'avais rien en Inde. On était tout le temps dehors, on travaillait. On n'avait pas ces pensées, de faire des analyses. J'avais 30-35 ans là-bas, ce n'était pas pareil. C'est ici qu'on faisait les tests régulièrement, après 50 ans. C'est le système d'ici. C'est en faisant un test comme ça il y a 5 ans que mon taux de sucre était limite, il dépassait presque la limite. Au lieu d'être à 6%, c'était à 7%. Donc le docteur m'a dit avant de prendre les médicaments de faire attention. Je fais des exercices, tout ça. Je contrôlais. Et puis il y a 3 ans, je crois en 2013, au retour de vacances en Inde, en janvier je fais ma prise de sang. Je reçois un appel de la clinique qui me dit « viens tout de suite, le docteur doit te parler ». Mon taux de sucre était trop élevé, au lieu de 1,2 ; c'était à 3. quelque chose. « Il faut venir immédiatement, ça peut se terminer en coma ». J'étais au travail quand j'ai eu l'appel. J'ai demandé la permission à mon patron. Je suis allé voir le docteur. Il m'a dit qu'à partir de maintenant il fallait prendre des médicaments, que je ne pouvais pas y échapper. En janvier 2013, j'ai commencé les médicaments. J'ai commencé à prendre les cachets, j'ai les prescriptions, je vais vous montrer. Après ça, pendant 6 mois, c'était difficile d'arriver à la limite. Depuis 2 ans, ma limite était contrôlée. A part ça je fais tout de façon normale, j'ajoute mon sucre et tout. Mes je prends les cachets et ça me maintient stable. Il y a des choses que je ne prends plus. Comme le chocolat et tout ça, mais je prends quand même du chocolat, mais pas comme avant. J'ai abusé trop avant. Maintenant je mets des restrictions. Je contrôle maintenant, je contrôle les yeux et le cœur. Tout est sous contrôle.

Pratiques

Comment trouvez-vous le suivi pour le diabète avec le médecin traitant ? Comment vous vivez ça ?

Je peux vous dire une chose. Le docteur que j'avais juste avant, quand j'ai commencé le truc, c'était Dr M. C'était un bon spécialiste des personnes âgées. Un an après la découverte du diabète, il ne travaillait plus dans ce cabinet, il y a eu un autre poste ailleurs. Il m'a dit, « j'ai eu un travail permanent pour soigner des personnes âgées, donc je ne vais plus travailler ici ». Jusqu'à qu'il soit là, le suivi était excellent, merveilleux. Maintenant je vais chez mon ancien médecin, en face de chez moi. Il ne s'occupe pas particulièrement des patients diabétiques, je ne le ressens pas comme quelqu'un qui sait bien traiter des diabétiques. Il va juste regarder la prise de sang. Il va dire « ok, la prise de sang est bonne ». Il ne va même pas prendre la tension ou nous peser. C'est nous qui le forçons à prendre la tension. Il va dire, « c'est bon, continuer le médicament ». C'est mon ressenti avec ce médecin. Je voudrais un bon docteur, qui s'occupe bien des personnes âgées. Le ressenti que j'avais avec mon ancien docteur, je ne l'ai pas avec le nouveau. Mais il est juste en face, j'ai juste à traverser, c'est pour ça que je vais là-bas.

Quels médicaments prenez-vous ?

Ooh je n'ai pas en tête. Je ne connais pas les noms, je vais vous montrer.

Il revient avec son ordonnance et me la lis.

Metformine 850 trois fois par jour, Diamicron 30 le matin et pour le cœur je crois Aprovel 150. Un spécialiste du cœur m'a dit de prendre Aprovel, il a dit que c'était bien pour les patients qui avaient du sucre. J'ai rien au cœur, je crois que c'est pour contrôler la tension. Je prends ça tous les jours. Parfois je saute Metformine, le dimanche par exemple quand je prends un whisky avec un bon repas. Mais le taux est normal. Je me dois de vous dire ça. Dans l'après-midi, le dimanche, parfois je laisse le comprimé de Metformine quand je prends un whisky.

Est-ce que vous faites de l'exercice ?

De l'exercice, pas de façon permanente. Je fais de la marche une fois par mois avec une association. Une grande marche, du matin au soir. Ce n'est pas régulier. Mais je veux faire de façon régulière. Parfois j'allais à pied au travail et je revenais à pied. J'ai arrêté depuis qu'il fait chaud. Je vais reprendre en hiver. Ça me faisait 20 minutes de marche deux fois par jour tous les jours.

Comment pensez-vous améliorer votre santé ?

Améliorer ma santé... Hhhm....

La routine, je contrôle un peu l'alimentation. Faire encore plus d'exercices. Mais ici, je crois que tout ça ce n'est pas la peine. Rires. Je ne ressens pas comme une difficulté de contrôler tout ça.

Et sinon, vous fumez ?

Il me répond par un hochement de la tête.

4-5 cigarettes par jour depuis les années 1980.

Et au niveau de l'alimentation, vous avez des préférences pour le diabète ?

On a réduit le riz, surtout le soir. On mange de façon normale sinon. Avant il y avait les gâteaux au chocolat...

Maintenant tout ça est contrôlé.

Vous utilisez des aliments pour faire baisser le sucre ?

Au début en 2013, je consommait des margozes et tout ça pour contrôler le taux de sucre. J'ai suivi quelques traitements comme ça. Mais après on m'a dit de ne pas consommer tout ça en même temps que les médicaments. Donc j'ai arrêté de manger tout ça. Parfois je consomme ces aliments. Mais pas de façon régulière. Mais ma limite est sous contrôle. Je poursuis simplement avec les médicaments. Je prends les trois médicaments de façon régulière. La semaine il n'y a pas de problème, le weekend, un peu d'alcool. Ça m'arrive de sauter une ou deux prise. Mais le matin je prends toujours le comprimé. Je ne le saute jamais. Ça c'est sûr. Quand je vais à une fête, j'évite de prendre le médicament avec l'alcool.

Lorsque vous-êtes malade, grippé par exemple, que faites-vous? Vous restez à la maison, vous demandez conseil à votre famille...

Cela arrive rarement. Parfois j'ai un mal de tête, mais c'est rare, par la grâce de Dieu. Si ça arrive, je prends de l'aspirine ou quelque chose que je trouve chez moi. Si je prends le médicament, le lendemain je suis ok.

Connaissances

Est-ce qu'il y a des diabétiques dans votre famille ?

Oui. Mon grand-père avait un diabète grave. Mon papa et ma maman n'ont pas de diabète mais ils ont de la tension. Mon grand-père était gravement malade du diabète. Mes oncles et tantes paternels n'ont pas de diabète. Par contre à partir de ma génération, il y a du diabète : mon frère et ma sœur.

Quelles sont les complications du diabète en dehors du pied dont vous m'avez déjà parlé ?

Quand mon diabète s'est manifesté, j'ai eu un problème de gencives. Mes gencives étaient enflées et j'avais très soif. Quand j'avais fait le test, mon diabète était fort. Je buvais de l'eau glacée. Ma gorge était sèche. C'était en Inde en vacances en période fraîche là-bas. Au retour de vacances, ma femme voulait faire une prise de sang donc je suis allé avec elle. En fait, j'aurais du aller avant de partir en vacances. Quelle chance quand même. Qu'est-ce qu'il se serait passé si j'étais allé plus tard ? Grâce à Dieu j'ai fait cette prise de sang.

Quand je ressens ces deux symptômes, gonflement des gencives et soif, je sais que mon diabète monte et je renforce le contrôle. Et donc ça revient automatiquement normal.

Récemment j'ai eu un problème aux dents et je suis allé voir le docteur. On m'a dit que c'est à cause du diabète. Que le diabète attaquait les dents. Elle m'a donné un traitement et maintenant ça va.

Je sais que le diabète peut tout cause. Il peut attaquer les nerfs... Beaucoup de gens ont des problèmes de circulation des pieds à cause des nerfs. Ça attaque tout, c'est un poison le diabète. Ça peut attaquer les yeux, les dents, le cœur, les reins... C'est ce que j'ai entendu. C'est pour cela que j'essaie de contrôler, faire un peu de marche. Il faut bien prendre les médicaments.

Pensez-vous qu'on peut guérir du diabète?

Pour cela, il faut faire beaucoup de sacrifices. Mais de toute façon, avec l'âge le corps se fatigue. Donc si toutes les parties du corps commencent à s'user, dans tous les cas le corps ne peut pas fonctionner correctement. Si j'avais contrôlé dès le début, j'aurais pu me guérir du diabète. Avec les médicaments ça reste stable. Mais on ne peut pas contrôler plus. Car avec l'âge, le corps vieillit dans tous les cas. On peut stabiliser avec les médicaments. Par exemple si on n'a un problème de vision, en contrôlant, on peut retourner à un stade meilleur avec des lunettes. Mais avec le diabète et la tension, je ne pense pas qu'on peut arriver à prendre le dessus. Une fois que vous êtes touché, vous devez faire avec toute votre vie. Vous pouvez le contrôler c'est tout. Vous ne pouvez pas guérir. C'est le problème de ces deux maladies. C'est mon opinion.

Annexe 15 : Entretien 6

Femme de 76 ans

Durée de l'entretien : 24min

Entretien fait en Tamoul

La patiente me parle seulement en Tamoul.

Données socio-démographiques:

- **Pouvez-vous me parler de votre venue de la Réunion ?** rapprochement familial

- statut marital : mariée, 4 fils, 2 en France, 2 à la Réunion

- Pays de naissance : Inde, Sittamparam

- Scolarité: jusqu'à l'âge de 13 ans, 8^{ème} classe. Je n'ai pas étudié plus, mon papa ne voulait pas que j'étudie plus comme il n'y avait pas d'école de filles.

- année de départ du pays d'origine : 1983 en septembre

- année d'arrivée à la Réunion : 1983

- Lieu de vie : Sainte Suzanne

- Situation professionnelle : Femme au foyer, retraitée, ancienne commerçante

Je suis venue à la Réunion en 1983 avec mes enfants, mon mari était arrivé en 1982. Nous sommes venus pour l'éducation des enfants. J'ai travaillé 10 ans dans le magasin familial. On a 2 magasins.

Quelles langues parlez-vous ?

Seulement le Tamoul. L'Anglais je connais un peu. Mais pas trop. Seulement le Tamoul. Jusqu'à aujourd'hui je ne parle que le Tamoul. Je n'ai pas appris le Français. Je comprends mais je ne peux pas parler. Je m'occupais des enfants.

Et le Créole ? Je comprends mais je ne le parle pas. Je n'ai pas vraiment l'occasion de le parler, je reste à la maison, je cuisine, je m'occupe des enfants. Mon dernier fils est né ici en 1985. Il habite à Paris maintenant, je suis allée le voir il y a pas longtemps. Mes autres enfants ont commencé les études en Inde, puis ils ont continué ici.

- Quelles habitudes de votre pays d'origine vous manquent ?

On va souvent en Inde. Il ne manque rien. Juste la famille. On est venu ici pour les enfants. Avant on allait tous les 3 ans en Inde. Maintenant que les enfants sont grands, on y va chaque année. Donc rien ne nous manque. Quand les enfants étaient petits, ils y allaient pendant les vacances avec leur papa. Moi je n'y allais pas. Il faut payer les billets...

Votre santé, votre diabète

Nous allons maintenant parler de votre santé et du diabète si vous le voulez

Comment trouvez-vous votre état de santé ?

J'ai eu le diabète à l'âge de 65 ans. Avant 65 ans, je n'avais pas de problème de sucre et je ne connaissais pas les médicaments. Après 65 ans, le sucre, la tension, tout est arrivé. Je prends les médicaments pour la tension, le cholestérol, le diabète.

Maintenant j'ai souvent des problèmes de santé. Je suis revenue d'Inde il y a peu. J'étais malade là-bas avec la chaleur. Mon corps ne pouvait pas tolérer le climat. J'ai attrapé le rhume. Il faut que j'aille voir le docteur bientôt. Il va regarder le sucre.

Je n'arrive pas à bien manger, il me manque le goût.

Pratiques**Comment trouvez-vous le suivi pour le diabète avec le médecin traitant ? Comment vous vivez ça ?**

Je fais les tests tous les 3 mois, je récupère les médicaments tous les 3 mois avec le médecin traitant. Il prend la tension, et c'est seulement après qu'il me donne les médicaments.

J'ai le même docteur depuis que je suis arrivée ici. Je ne vais pas chez d'autres docteurs. S'il n'est pas là, je vais chez un autre docteur ici. C'est tout.

En Inde aussi j'ai le même médecin depuis toujours ! Malgré tous les docteurs qu'il y a en Inde, je vais toujours chez le même.

Au début je ne prenais pas beaucoup de médicaments. Et puis je me suis faite mal à la jambe et j'ai du aller à l'hôpital. J'ai des fers dans cette jambe. Ils ont bien surveillé le sucre là-bas.

Il m'a dit d'aller voir le docteur des yeux. On m'a opéré de l'œil gauche (la cataracte). L'autre œil, on pourra faire plus tard. Au début j'avais peur de l'opération. Et puis en Inde aussi on m'a dit de faire l'opération, donc j'ai fait.

Quels médicaments prenez-vous ?

Attendez, je vais les chercher.

Elle ramène les plaquettes de Janumet 50/100 (2 fois par jour, matin et soir, avant je prenais trois fois par jour, maintenant deux fois par jour), Simvastatine, Losartan/ Hydrochlorothiazide.

Est-ce que vous faites de l'exercice ?

Je marche un peu. Avant j'étais plus grosse. Et puis j'ai minci un peu. C'est à cause du poids que je suis tombée. Après j'ai repris un peu de poids.

On m'a dit de marcher. En Inde, je ne peux pas marcher.

Je fais beaucoup de travaux à la maison. Là je ne peux pas trop.

Comment pensez-vous améliorer votre santé ?

Je ne fais pas grand-chose. Je marche un peu. Un petit bout, près de la maison. Je mange de tout. En ce moment, je n'arrive pas à manger le poisson et les viandes. Seulement les légumes maintenant. Je n'ai pas de goût pour le reste. J'ai beaucoup vomi quand je suis rentrée de l'Inde. J'avais du rhume.

Si je mange le matin, je n'ai pas faim le midi. Alors je mange tard. Et puis si je ne mets pas de sucre dans le café, ça n'a aucun goût pour moi. Donc je mets un peu de sucre. Je ne mange pas beaucoup de sucre. Juste un peu. Si je bois un thé, je mets un peu de sucre. Pour le café aussi.

C'est à cause de mon dernier voyage en Inde que mon corps est un peu malade et que je n'arrive pas à bien manger.

Et sinon, vous fumez ? ah non, je n'ai pas cette habitude. L'alcool non plus. Ici ils boivent de la bière, du vin. Moi non.

Et au niveau de l'alimentation, vous avez des préférences pour le diabète ?

Non. Je prends juste un peu de sucre dans le café. Pas trop. Pour le goût. Je ne mange pas de sucreries.

Vous utilisez des aliments pour faire baisser le sucre ?

Non.

Lorsque vous-êtes malade, grippé par exemple, que faites-vous? Vous restez à la maison, vous demandez conseil à votre famille...

Je vais chez le docteur. Parfois j'ai la tête qui tourne. J'ai ça depuis que je suis petite. J'utilise des remèdes comme le gingembre, le citron.

Connaissances

Est-ce qu'il y a des diabétiques dans votre famille ?

Dans ma famille, personne sauf mon papa. C'est pour ça que j'ai du diabète. Mon papa avait du sucre, il est décédé à l'âge de 83 ans. Mes frères et sœurs (nous sommes 5, un frère est décédé) n'ont pas de diabète. Seulement mon papa et puis moi.

Avant l'âge de 65 ans, je n'ai jamais pris aucun médicament. Depuis j'ai le sucre, et les médicaments.

Quelles sont les complications du diabète que vous connaissez ?

Le diabète peut tout donner. Certains ont beaucoup de problèmes à cause du diabète.

Il faut prendre les médicaments. Une fois je suis allée voir le spécialiste. Il m'a dit de surveiller le sucre avec les piqûres mais je n'ai pas voulu... ! Je n'aime pas ça. Il m'a donné les choses pour surveiller le sucre mais je ne fais pas ça. Je prends bien les médicaments et je mange bien. Avec l'âge et les problèmes, j'ai eu la tension. Le diabète aussi c'est à cause de tout ça.

Pensez-vous qu'on peut guérir du diabète?

Si on a le diabète, on l'a jusqu'à la fin. Il n'y a pas de médicaments pour le guérir. Avec l'âge, ça ne fait qu'augmenter. Soit il ne faut pas l'avoir, soit on l'a, et on l'a jusqu'au bout. Il ne faut pas manger n'importe comment. Il faut diminuer le sucre. Si je mange les choses que j'aime, après ça pose problème. Donc je ne les mange pas. Sinon j'ai mal à la tête et après je ne me sens pas bien. Je ne mange pas du riz à chaque repas. Le matin je ne mange pas trop. Et puis avec l'âge, on ne mange pas autant.

Avant je marchais beaucoup, mais maintenant parfois seulement.

Annexe 16 : Entretien 7

Homme de 79 ans

Durée de l'entretien : 19min

Entretien fait en Tamoul et en Créole

Le patient me demande si l'entretien doit se faire en Français ou en Tamoul. Je lui réponds qu'il peut choisir. Il préfère s'exprimer en Tamoul.

Données socio-démographiques:

- **Pouvez-vous me parler de votre venue de la Réunion ?** raisons personnelles (éducation des enfants)

- statut marital : marié, 4 enfants

- Pays de naissance : Inde, Pondichéry

- Scolarité: en Anglais et en Français jusqu'à l'âge de 19 ans (Form 6)

- année de départ du pays d'origine : 1960 Transit par les Seychelles de 1960 à 1982

- année d'arrivée à la Réunion : 1982

- Lieu de vie : Sainte Suzanne

- Situation professionnelle : commerçant

Je suis venu ici en 1982. Avant j'étais aux Seychelles pendant 15 ans. J'ai quitté l'Inde en 1960, je suis allé aux Seychelles. De 1960 à 1982 j'étais là-bas. Après je suis venu ici. De 1982 jusqu'à maintenant. J'habite la même place. J'étais commerçant aux Seychelles, ici aussi. Je me suis marié en 1968 en Inde. J'ai 4 enfants, 2 ici, 2 à Paris et Nantes.

Quelles langues parlez-vous ?

Ma langue maternelle est le Tamoul. Anglais et Français. Je comprends aussi Hindi. Mais pas trop. Et le Créole ? Ah oui, obligé. Si on ne parle pas Créole, on ne peut pas faire de commerce.

- **Quelles habitudes de votre pays d'origine vous manquent ?**

Ici ?

Tout ce qu'il y a en Inde, ici aussi il y a. On peut tout importer de là-bas.

Votre santé, votre diabète

Nous allons maintenant parler de votre santé et du diabète si vous le voulez

Comment trouvez-vous votre état de santé ?

Maintenant, j'ai le diabète. Deuxièmement tension. C'est tout. J'ai le diabète depuis 10 ans. Je prends une pilule pour le diabète et une pour la tension. Metformine 1000 matin, midi et soir. Je fais de l'insuline le soir.

Pratiques

Comment trouvez-vous le suivi pour le diabète avec le médecin traitant ? Comment vous vivez ça ?

C'est équilibré, mais depuis 15 jours la jambe droite fait mal. Je vais tous les mois chez le docteur. C'est une habitude.

Depuis 15 jours, j'ai cette douleur, le docteur m'a donné Doliprane.

Je fais les contrôles du sang.

C'est comme ça qu'il a découvert le diabète.

Est-ce que vous faites de l'exercice ?

Je fais des exercices, mais pas trop. Il me montre des mouvements des bras.

Avant je marchais, mais là je ne peux pas à cause de ma jambe.

Comment pensez-vous améliorer votre santé ?

Je prends les médicaments que le docteur me donne. C'est ça. Quand j'avais fait un contrôle en Inde, il manquait des vitamines et du fer.

Et sinon, vous fumez ? Il hoche de la tête. 5-6 cigarettes par jour. Parfois 7 aussi.

Vous buvez de l'alcool ? Non, non. Du tout.

Et au niveau de l'alimentation, vous avez des préférences pour le diabète ?

Je contrôle mon manger. Le matin, du pain et parfois des céréales. Le midi, un peu de riz. Asoir, idly, dosai (des plats indiens).

Vous utilisez des aliments pour faire baisser le sucre ?

Je n'utilise pas de sucre dans le café. Pas du tout. Et le sel, je n'utilise qu'un peu de sel.

Sans sucre, café, thé.

Lorsque vous-êtes malade, grippé par exemple, que faites-vous? Vous restez à la maison, vous demandez conseil à votre famille...

Je vais chez le docteur traitant.

Connaissances

Est-ce qu'il y a des diabétiques dans votre famille ?

Non. Dans ma famille non. Mon père non. Mon grand-père non.

Quelles sont les complications du diabète que vous connaissez ?

Si je ne mange pas, j'ai un coup de fatigue. La tête tourne un peu. Un peu de fatigue.

Moi si j'ai une blessure, ça cicatrise vite. Je n'ai pas de problème. Juste la fatigue parfois.

Mon cœur va bien.

Il va chercher des radios et me les montre. La conclusion indique « coxarthrose bilatérale ».

Il de demande comment traiter ce problème.

Pensez-vous qu'on peut guérir du diabète?

Guérir ? Rires...

Le docteur me donne les médicaments matin, midi et soir. Il m'a dit d'aller voir un spécialiste. C'est lui qui m'a mis l'insuline le soir. Je prends le médicament pour la tension une fois par jour.

Je sais qu'on peut soigner le diabète, mais jusqu'à présent on n'a pas guéri mon diabète.

On ne fait que diminuer mon diabète avec les médicaments, mais on ne le guéri pas. Légèrement, pas guéri complètement.

Si vous trouvez une solution, expliquez-moi pour guérir complètement.

Dites moi si vous connaissez quelque chose pour guérir.

Avant je faisais des exercices, je marchais. Mais avec ma jambe...

Quand j'étais petit je faisais du vélo. Jusqu'à 20-30 ans je faisais du vélo. 30km, 50km.

Depuis 5 ans, je ne fais plus de vélo.

Annexe 17 : Entretien 8

Homme de 56 ans

Durée de l'entretien : 17 min

Entretien fait en Français

Données socio-démographiques:

- Pouvez-vous me parler de votre venue à la Réunion ? rapprochement familial

Ça remonte à 68, les années 1968, j'avais 8 ans. Donc on est venu, c'est la deuxième vague, il y avait 2 ou 3 familles indiennes. C'est la deuxième ou la troisième vague, parce que mon père est fonctionnaire.

-statut marital : marié, 2 enfants

- Pays de naissance : Inde

- Scolarité: CAPET J'ai fait mes études à Saint Denis. Après le BTS, j'ai passé le concours CAPET.

Certificat d'aptitude au professorat d'enseignement technique. C'est comme le CAPES, mais CAPET.

-année de départ du pays d'origine : 1968

-année d'arrivée à la Réunion : 1968

- Lieu de vie : Cambuston

- Situation professionnelle : professeur

Quelles langues parlez-vous ?

Tamoul et puis Français. Et sinon le reste c'est scolaire. Anglais, tout ça...

Et le Créole ?

Parfois, pas de façon systématique. Mais je comprends le créole. Pour le parler, ça dépend des personnes, ça dépend des circonstances.

- Quelles habitudes de votre pays d'origine vous manquent ?

Rien en particulier puisqu'on trouve tout ici. Il y a peut-être moins de choses sucrées. Pas autant qu'on a accès là-bas. Heureusement d'ailleurs...Rires. Parce que le diabète là-bas ça doit exploser.

Ici on a moins de sucré.

Votre santé, votre diabète

Nous allons maintenant parler de votre santé et du diabète si vous le voulez

Comment trouvez-vous votre état de santé ?

Bon, ça va, potable. Je ne souffre pas beaucoup du diabète en particulier. Je souffre plutôt de mal au dos. Plutôt une légère hypertension. Le diabète en réalité, à part le taux de sucre des fois, parfois qui grimpe, je ne trouve pas de conséquences en particulier. Je ne m'évanouis pas, il n'y a pas les symptômes classiques du diabète, ni les sauts d'humeur. Rien de ce qui est précisé au niveau du diabète pour le moment, je ne l'ai pas. Sauf bien sûr l'hypertension malgré tout qui me concerne, qui n'a rien à voir je pense. Ça ne doit pas être lié.

Pratiques

Comment trouvez-vous le suivi pour le diabète avec le médecin traitant ? Comment vous vivez ça ?

C'est correct. Correct. Tous les mois, renouvellement d'une liste de médicaments, c'est le suivi. Bon de temps en temps c'est vrai que j'oublie de prendre certains médicaments, mais bon c'est pas pour autant que ça affecte l'état général.

Je maigrissais, je perdais du poids et donc j'urinais souvent à un moment donné. Donc c'est dû à ces deux facteurs (perte de poids + machin) que on a découvert qu'il y avait un diabète. C'était en 2007 ou 2008. 2008. Donc c'est assez récent. Si on peut dire ça.

Quels médicaments prenez-vous ?

Metformine, Diamicron, Valsartan.

Est-ce que vous faites de l'exercice ?

Ça varie. Mais bon déjà le fait d'être debout, de travailler tout le temps quasiment debout au lycée, avec des va et vient etc ; je pense que l'exercice des « 30 min » par jour est largement dépassé. En une heure par exemple, on fait des va et vient partout, dans le laboratoire comme à l'extérieur du laboratoire. Souvent. Là par exemple c'est au deuxième étage. Dans certains lycées, c'est au sixième niveau par rapport au parking. Donc tout de suite on se balade suffisamment. Disons marche à pied. Pas de course, pas de machin. Le vélo oui de temps en temps, ça m'arrive. De temps en temps on prend le vélo. Sinon c'est plus des marches dans la nature, genre volcan, que je faisais souvent avant.

Comment pensez-vous améliorer votre santé ?

Ben je pense que déjà il faut suivre. Prendre les médicaments normalement et éventuellement faire des exercices. Pour le moment, à part le fait que je fasse comme d'habitude, pour améliorer c'est un peu plus difficile. Il faut avoir le temps.

Et sinon, vous fumez ? non

Et au niveau de l'alimentation, vous avez des préférences pour le diabète ?

Bon j'essaie d'éviter le riz, tout ce qui est féculent. Je mange un petit peu moins. Voire des fois, j'ai pas trop envie de manger. Mais bon, de ce côté-là, je pense qu'il n'y a pas trop de problèmes. Je mange de tout mais je me limite. C'est-à-dire je ne me prive pas de quoi que ce soit. Même les trucs sucrés, il n'y a pas de problème. Aujourd'hui, ben si j'en prends deux, dans la semaine, je prends pas quoi. Y compris, par exemple, si j'ai envie de me faire une omelette, ou un truc comme ça, je fais sans restriction. Sauf que, comme c'est pas tous les jours. Voilà, mais je mange de tout, pour éviter justement d'avoir une monotonie dans l'alimentation.

Vous utilisez des aliments pour faire baisser le sucre ?

Ben, des aliments, non. A part à un moment donné, je prenais l'Aspartame. Après c'était du Stevia. Mais là du coup, depuis 2 mois, 3 mois, j'ai laissé tombé parce que ça me donnait toujours en bouche un arrière goût sucré, et c'est désagréable. Et puis surtout ça incite peut-être d'une certaine manière à préférer un goût sucré. Donc par la suite je prends du sucre normal. Sucre de canne. Rires.

A un moment donné, je ne suçais pas non plus le café. Mais bon maintenant je remets un peu le sucre.

Lorsque vous-êtes malade, grippé par exemple, que faites-vous? Vous restez à la maison, vous demandez conseil à votre famille...

J'essaie de me soigner, sans plus. Des fois ça traîne une semaine, et si ça passe pas au bout d'une semaine, je vais voir le docteur. Mais je veux dire, disons qu'on est susceptible d'attraper plus facilement ces maladies là au contact avec les élèves. Et je pense d'une certaine manière que je suis immunisé pour pas mal de microbes. Dès que je me sens pas trop bien, je prends Dafalgan. Le Dafalgan c'est prescrit de toute façon pour les douleurs du dos.

Connaissances

Est-ce qu'il y a des diabétiques dans votre famille ?

Oui, ma mère. A ma connaissance, il n'y a personne d'autre.

Quelles sont les complications du diabète que vous connaissez ?

Ah ben il y a pas mal de choses. En premier lieu, il y a au niveau des vaisseaux. En suite il y a effectivement les organes sensibles comme le rein... Enfin tous les organes où il y a des vaisseaux sanguins assez fins qui risquent de se boucher. Donc autrement dit, perte de ses fonctions petit à petit. En dehors de ça, si c'est un bon suivi, je pense que le plus tard c'est le mieux. Rires.

Pensez-vous qu'on peut guérir du diabète?

Guérir ? On peut guérir de tout je pense. J'ai confiance aux recherches. Mais je crois avant tout que le diabétique se soigne lui en particulier dans un premier temps. Mais maintenant, l'habitude alimentaire, pour certains, c'est très difficile d'en sortir. Moi ça me pose aucun problème, mais comme j'ai vécu quand même à l'européenne pendant un certain temps, manger indien, c'était pas une nécessité. Alors que je vois par contre à la Réunion, dès qu'ils sortent de leur riz et de leur rougail, ils ne s'y retrouvent pas. Ça c'est clair. Mais moi ce n'est pas le cas. Je peux m'adapter sans problème. Le seul inconvénient, c'est que quand je mange à la maison, on ne peut pas faire un plat pour les diabétiques et un plat pour les autres. C'est clair que ça ne marche pas comme ça. Je ne suis pas sûr que seuls les médicaments peuvent guérir. Il faut associer je pense les médicaments à l'alimentation. C'est une thérapie globale. J'en suis persuadé, on peut guérir du diabète. Sinon, on peut vivre avec du moins sans les conséquences. C'est-à-dire ce que j'appelle sans conséquences, sans destruction des organes ou les vaisseaux sanguin.

Annexe 18 : Entretien 9

Femme de 71 ans
Durée de l'entretien : 20 min
Entretien fait en Créole, Hindi, Gujarati

Données socio-démographiques:

- Pouvez-vous me parler de votre venue à la Réunion ? rapprochement familial

Je suis venue par rapport au travail de mon mari. Il travaille à la mosquée ici à la Réunion. C'est comme ça qu'il a quitté l'Inde (Surat) en 1976. Je suis venue après trois ans, avec tous les enfants. 5 enfants sont venus avec moi. Un est né ici à la Réunion.

-statut marital : mariée, 6 enfants

- Pays de naissance : Inde

- Scolarité: en Inde jusqu'à l'âge de 9 ans (5^{ème} classe en Inde)

-année de départ du pays d'origine : 1979

-année d'arrivée à la Réunion : 1979

- Lieu de vie : Saint André

- Situation professionnelle : femme au foyer

Quelles langues parlez-vous ?

Gujarati, Urdu un peu, Français, Créole, tout mélangé

- Quelles habitudes de votre pays d'origine vous manquent ?

La famille, mes frères et sœurs. Les frères sœurs manquent, tous les deux ans nous sa va là-bas.

Ici j'ai mes enfants et tout le monde. Je suis habituée ici. Marmailles, zenfants, tout ici.

Votre santé, votre diabète

Nous allons maintenant parler de votre santé et du diabète si vous le voulez

Comment trouvez-vous votre état de santé ?

Santé ça va. Diabète ça va. Parfois lé bon, parfois lé bas.

Pratiques

Comment trouvez-vous le suivi pour le diabète avec le médecin traitant ? Comment vous vivez ça ?

Normalement mon diabète lé normal. Tous les trois mois mi sa va au docteur. Tension avec diabète, tous les deux.

Quels médicaments prenez-vous ?

Attende.
Elle part chercher ses médicaments.
5mg Amlodipine et Acarbose 50mg.
Un petit comprimé je prends. PETIT.

Est-ce que vous faites de l'exercice ?

Non

Comment pensez-vous améliorer votre santé ?

La santé, ça va. Quand le diabète la baissé, le corps lé faible.
Je marche tous les jours, tous les matins, mi marche 45minutes. Parfois plus.

Et sinon, vous fumez ? non

Et au niveau de l'alimentation, vous avez des préférences pour le diabète ?

Un petit peu baissé le sel et le sucre. Depuis 2 ans j'ai le diabète. On a vu avec la prise de sang.
J'ai fait le ramadan. J'arrêtais quand j'étais fatiguée. Le docteur a dit d'arrêter si c'est difficile. Mais quand je fais le carême je suis en bonne santé.

Vous utilisez des aliments pour faire baisser le sucre ?

Non

Lorsque vous-êtes malade, grippé par exemple, que faites-vous? Vous restez à la maison, vous demandez conseil à votre famille...

Mi sa va au docteur. Comme ça fini !

Connaissances

Est-ce qu'il y a des diabétiques dans votre famille ?

Non, pas du tout, personne. Maman, papa non.

Quelles sont les complications du diabète que vous connaissez ?

Le corps lé baissé, parfois on n'est pas en forme. Le corps lé faille faille. Mais pas des gros problèmes.
Ena une cousine, li fait l'insuline, les piqûres. Boules noires partout, des taches partout sur le corps. Moi non, pas tout ça.

Pensez-vous qu'on peut guérir du diabète?

Normalement, c'est difficile. Ça arrive normal, monte pas, descende pas. Au-delà difficile. Guérir, non.

Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination. J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les personnes des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance. Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort. Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Représentations du diabète de type 2 chez les Réunionnais migrants d'Inde en 2016-2017

RESUME

Introduction : Le diabète de type 2 (DT2) est une pathologie dont la prévalence est élevée et la morbi-mortalité sévère à la Réunion. Le coût économique lié à la prise en charge de la maladie et des complications est très élevé. Il existe une prédisposition de la population indienne pour le DT2 (insulino-résistance, adiposité abdominale accrue malgré un indice de masse corporelle bas). Aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, les migrants d'Asie du Sud ont respectivement 7 et 4 fois plus de risque de développer un DT2 par rapport à la population générale. Nous nous sommes intéressés aux représentations du diabète chez cette population à risque à la Réunion.

Méthode : 9 migrants indiens diabétiques résidant à la Réunion ont été interrogés entre janvier et mai 2016 par entretiens semi-dirigés.

Résultats : Les principaux résultats de cette étude qualitative montrent que ces personnes ont abandonné la médecine traditionnelle au profit de la médecine occidentale. La barrière linguistique ne constitue pas un obstacle. Le suivi du diabète, les complications et sa chronicité sont bien compris. Les personnes incriminent la consommation de sucre, l'hérédité, le stress, l'âge dans la genèse du diabète. Elles attendent beaucoup de leur médecin traitant notamment dans l'information et la sensibilisation, ce qui manque en Inde. Par contre la sédentarité est importante et le rôle du sport dans l'équilibre du diabète est peu compris.

Discussion et conclusion : Ces résultats sont probablement liés au fait que la population interrogée a un statut socio-économique relativement élevé. Nous retrouvons néanmoins comme dans les études anglo-saxonnes la méconnaissance du rôle de l'activité sportive. Il en ressort que les médecins généralistes devraient plus insister sur l'importance du sport dans l'éducation thérapeutique. Les besoins de cette population en termes d'information sont similaires à ceux de la population générale atteinte de diabète.

Mots clés : Diabète de type 2, Médecine générale, représentations, migrants, Inde, la Réunion

Type 2 diabetes mellitus representations among Indian migrants living in Reunion Island

ABSTRACT

Background : Diabetes is a disease which has a high prevalence and severe morbidity and mortality in Reunion Island. The economic cost linked to the management of the disease and its complications is very high. There is a predisposition of the Indian population for type 2 diabetes mellitus (insulino-resistance, increased abdominal adiposity in spite of a low body mass index). In the United States and in the United Kingdom, South Asian migrants have respectively 7 and 4 times more risk of developing type 2 diabetes mellitus compared to the general population. We focused on the representations of diabetes in this population at risk in Reunion Island.

Method : 9 Indian migrants with diabetes settled in Reunion Island were interviewed between January and May 2016 through semi-directive interviews.

Results : Main results of this qualitative study showed that patients have abandoned traditional medicine for the benefit of western medicine. Language differences are not an obstacle. The monitoring of diabetes, its complications and its chronicity are well understood. Patients incriminate sugar consumption, heredity, stress, age in the genesis of diabetes. They expect a lot from their family doctor particularly in giving informations and awareness-raising which are lacking in India. On the other hand physical inactivity is important and the role of sport in the balance of diabetes is little known.

Discussion and conclusion : These results are probably related to the relatively high socioeconomic status of the surveyed population. Nevertheless, we also find in Anglo-Saxon studies the lack of knowledge of the role of sport. It emerges from this study that general practitioners should insist more on the importance of sports in therapeutic education. The information needs of this population are similar to those of the general population with diabetes.

Keywords : Type 2 diabetes mellitus, general practice, representations, migrants, India, Reunion island