



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Aurélie SIMON

Le 3 juillet 2017

**LES CROYANCES ET LES REPRESENTATIONS DES PATIENTS DIABETIQUES
DE TYPE 2 : UNE REVUE DE LA LITTERATURE.**

Membres du jury :

M. le Professeur Marc Klein

Président

M. le Professeur Bernard Kabuth

Juge

M. le Professeur Nicolas Jay

Juge

M. le Docteur Philippe Jan

Directeur et Juge

UNIVERSITE DE LORRAINE
FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens : Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs : **Premier cycle :** Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE
Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD
Hubert GERARD

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI
Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER
François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL
Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT
Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇON
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle
KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ -
Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN -
Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre
NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC -
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel
CLAUDON - Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : *(Physiologie)*

Professeur Christian BÉYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Évelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric
MARCHAL

3^{ème} sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : *(Génétique)*

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER - Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY - Professeure Christine PERRET-GUILLAUME - Professeur Roland JAUSSAUD -

Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle

AIMONE-GASTIN - Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN -

Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIERE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4 sous-section: (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON -

Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>	<i>Université de Montréal (Canada)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeure Maria DELIVORIA- PAPADOPOULOS (1996)	Professeur Marc LEVENSTON (2005) <i>Institute of Technology, Atlanta (USA)</i>
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>	Professeur Brian BURCHELL (2007) <i>Université de Dundee (Royaume- Uni)</i>
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)</i>	Professeur Yunfeng ZHOU (2009) <i>Université de Wuhan (CHINE)</i>
<i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>	Professeur Daniel G. BICHET (2001)	Professeur David ALPERS (2011) <i>Université de Washington (U.S.A)</i> Professeur Martin EXNER (2012) <i>Université de Bonn (ALLEMAGNE)</i>

REMERCIEMENTS

A NOTRE PRESIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur Marc KLEIN
Professeur d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté la présidence de cette thèse.
Nous vous sommes profondément reconnaissants pour la disponibilité dont vous avez fait preuve.
Veuillez trouver dans ce modeste travail l'expression de notre haute considération et de notre profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH
Professeur de Pédopsychiatrie

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

Soyez assuré de notre profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Nicolas JAY

Professeur de Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

A NOTRE DIRECTEUR ET JUGE

Monsieur le Docteur Philippe Jan
Diabétologue

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse.

Je vous remercie pour votre soutien indéfectible, votre disponibilité et votre accompagnement lors de l'élaboration de ce travail.

Veillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude et de mes sincères remerciements.

A TOUS MES MAITRES DE STAGE

Merci d'avoir pris le temps de me transmettre vos connaissances, j'espère pouvoir me montrer digne de votre enseignement tout au long de ma carrière.

A MA FAMILLE

A mes parents, sans qui rien n'aurait été possible. Je vous remercie de votre soutien, votre patience et de votre amour pendant ce long chemin. Merci de m'avoir toujours permis de réaliser mes rêves.

Je vous dédie mon travail.

A Thomas, pour être à mes côtés chaque jour et pour l'immense soutien que tu m'apportes. Merci pour ton amour et ta patience lors des moments difficiles qui ont pu ponctuer l'élaboration de ce travail. Merci pour la famille que nous avons formé. Le meilleur est à venir.

A Arthur, mon bébé d'amour. Tu es mon rayon de soleil et mon plus précieux trésor. Je t'aime plus que tout au monde.

A ma petite sœur Charlène, tu es toujours présente pour moi, tu sais trouver les mots pour me soutenir, me réconforter et parfois me secouer. Merci pour ton travail de relecture. Merci d'être la petite sœur que tu es. Je suis fière de toi.

A Alexis, merci pour ta sympathie. Merci de rendre ma sœur heureuse.

A toute ma famille, pour tous les bons moments passés ensemble, tous les souvenirs. J'espère que nous pourrons toujours nous réunir de temps en temps et nous soutenir mutuellement.

A Ma belle-mère, merci pour votre disponibilité auprès de nous, et votre gentillesse.

A ma belle-famille, merci de m'avoir accueilli chaleureusement et merci pour les bons moments passés ensemble.

A MES AMIS

Aux copains, Charlène, Cédric, Edith, Steven, Jess, Feluch, Tiph et Bidou qui m'offrent régulièrement des bons moments de détente ! Merci pour tous les samedi soirs passés ensemble, les soirées terroirs, les barbecues, les Nouvel An ratés ...

Merci à *Edith* pour ta relecture et à *Bidou* pour ton aide dans la traduction.

A Marie, pour ton amitié, les bons souvenirs partagés durant nos voyages. J'espère que nous arriverons à trouver le temps de nous voir plus souvent.

A Anne-Elise, une belle rencontre en pédiatrie, puis d'heureuses retrouvailles en dernier semestre... Ton aide et ton écoute m'ont été très précieuses ces dernières semaines.

A Maud et Yvan, les premières années de médecine auraient été tellement plus difficiles sans vous...

Et merci à tous ceux que j'oublie et ne cite pas et qui m'ont aidé ou soutenu tout au long de mes études et à finaliser ce travail.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS	17
ABREVIATIONS	18
INTRODUCTION	19
MATERIEL ET METHODE	21
A. Sources d'information et stratégie de recherche	21
B. Critères d'inclusion	22
C. Sélection des études	23
D. Processus de recueil des données et données recherchées	23
E. Analyse des données	23
RESULTATS	24
A. Sélection des articles	24
B. Articles inclus dans la revue et principaux résultats	24
DISCUSSION	40
A. Remarques générales	40
B. Les causes	40
C. Les conséquences	41
D. Le calendrier	42
E. Le contrôle	43
F. L'identité	45
G. Données complémentaires	45
H. Réflexion personnelle	46
I. Les limites de l'étude	46
CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE	49

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figures

Figure 1. Prévalence (%) du diabète chez les adultes (20-79 ans), 2013	page 19
Figure 2. Diagramme de flux de sélection et inclusion des articles	page 25

Tableaux

Tableau 1. Equations de recherche utilisées	page 22
Tableau 2. Résultats des articles tirés de PubMed	page 26
Tableau 3. Résultats des articles tirés de ScienceDirect	page 33
Tableau 4. Résultats des articles tirés de la bibliographie	page 36
Tableau 5. Résultats des thèses tirés du SUDOC	page 39

ABREVIATIONS

ADA : American Diabetes Association

ADO : antidiabétiques oraux

AVC : accident vasculaire cérébral

DT2 : diabétiques de type 2

EU : Etats-Unis

IMC : indice de masse corporelle

INVS : institut national de veille sanitaire

OMS : organisation mondiale de la santé

RHD : règles hygiéno-diététiques

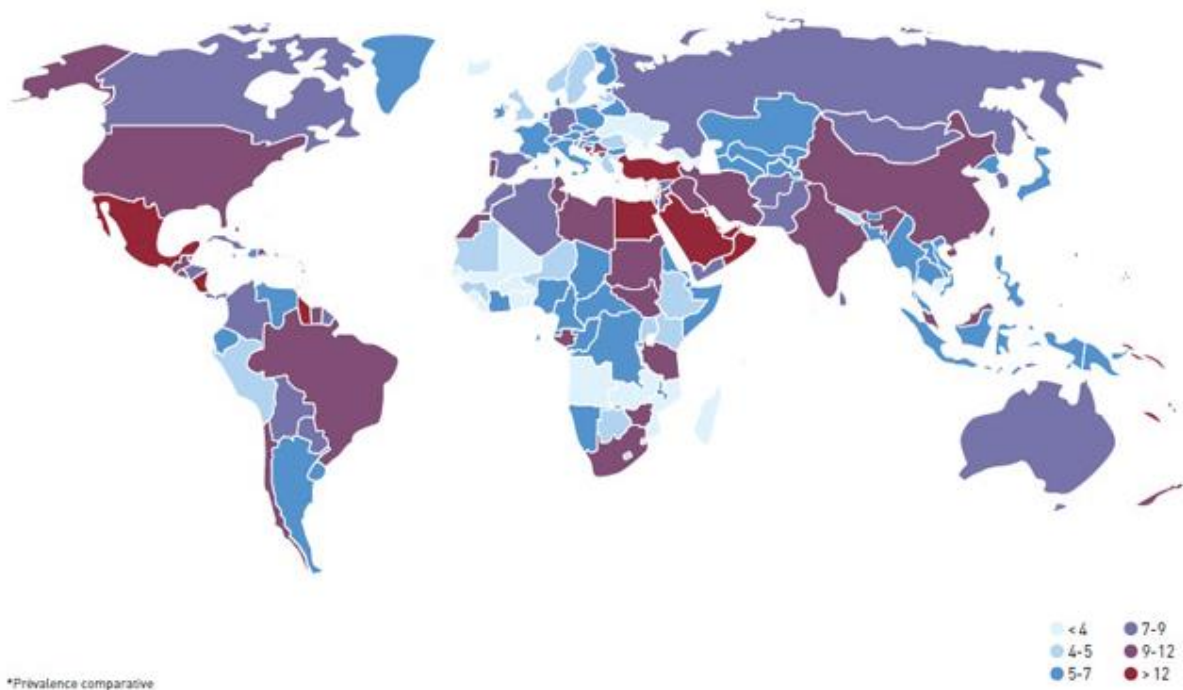
USA : United States of America

INTRODUCTION

Le nombre de personnes atteintes de diabète est passé de 108 millions en 1980 à 422 millions en 2014, avec une prévalence mondiale de 8,5% dont 90% sont des diabètes de type 2. L'OMS prévoit qu'en 2030, le diabète sera la 7^{ème} cause de décès dans le monde (1).

Selon Santé Publique France la prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France est estimée à 5% en 2015 soit plus de 3.3 millions de personnes (2). Le diabète n'est plus, aujourd'hui, une maladie des pays riches. En effet, 80% des personnes atteintes de diabète vivent dans des pays à faibles ou moyens revenus (3).

Figure 1 : Prévalence* (%) du diabète chez les adultes (20-79 ans), 2013



Le diabète est une pathologie chronique grave de par la sévérité de ses complications. Ces dernières sont à l'origine de handicaps pour les patients et ont des conséquences économiques sur la société. La mortalité, toutes causes confondues, et à âge égal est 1.5 à 2 fois plus élevée chez les personnes diabétiques que chez les non diabétiques (4). Le coût directement lié au diabète et à ses complications a été estimé à 9 milliards d'euros en France en 2013 (5). On estime que 12% des dépenses de santé mondiales sont consacrées au diabète (6).

L'approche médicale du diabète est multifactorielle. Il faut s'intéresser tant au contrôle tensionnel qu'au bilan lipidique, et lutter contre la sédentarité et l'obésité. Dès lors, le patient est un acteur majeur dans la prise en charge. En plus de la compliance aux médicaments prescrits, les mesures hygiéno-diététiques font partie intégrante du traitement : il doit s'appliquer à contrôler au mieux son régime alimentaire et pratiquer une activité physique régulière. La prise en charge du diabète reste donc complexe et impacte sur les différents

champs de la vie quotidienne du patient, lui demandant souvent de modifier son mode de vie sur le long terme.

Au cours des dernières décennies, de nombreuses avancées technologiques et médicamenteuses ont été faites permettant une diminution des complications liées au diabète (7). Des recommandations ont été diffusées par les sociétés savantes et l'éducation thérapeutique s'est développée. Cette éducation thérapeutique du patient se définit (selon le rapport OMS-Europe publié en 1996) comme un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (8). L'éducation thérapeutique comporte deux éléments indissociables : c'est d'abord une transmission de savoirs et du savoir-faire, et ensuite une aide aux changements de comportement. Pour que les patients apprennent, il ne suffit pas de leur expliquer, et de leur répéter sans cesse les choses. Il est aussi intéressant de partir de leurs connaissances, de leurs croyances, de leurs expériences, et des représentations qu'ils se font de la maladie pour les amener à acquérir d'authentiques compétences personnalisées.

Les représentations pourraient être définies de façon générale comme « l'idée que l'on se fait de ... ». Etymologiquement le terme vient du mot latin *repraesentare* qui signifie rendre présente une chose absente de notre champ perceptif.

La sociologue Denise Jodelet définit les représentations sociales comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Egalement désigné comme savoir de sens commun ou encore naïf, cette forme de connaissance est distinguée, entre autre, de la connaissance scientifique. » (9).

La définition la plus souvent reprise des représentations de la maladie est celle de Leventhal, Meyer et Nerenz : « les croyances personnelles implicites de bon sens d'un individu au sujet de la maladie ». Selon ces auteurs, les individus créent des représentations mentales de leur maladie à partir des sources d'informations concrètes et abstraites qui sont disponibles (personnalité, enfance, expérience, culture environnante). Le but étant de donner du sens à l'événement et de gérer la situation (10). Ces représentations se mettent en œuvre dès l'entrée dans la maladie et vont évoluer au cours du temps (11).

Les représentations de la maladie d'un patient vont participer à déterminer son comportement et ses réponses à la maladie et à la prise en charge proposée.

Le mot croyance vient du verbe latin *credere* qui signifie « tenir pour véritable ». Le terme « croyance » fait partie du langage commun. La notion de croyance sert à désigner l'adhésion à des idées, des opinions, des valeurs sans qu'une démonstration rationnelle, empirique ou théorique n'ait conduit à l'élaboration et l'adoption des croyances en question. Classiquement donc, la croyance reposerait sur une parole d'autorité, un ouï-dire, des raisons non vérifiées en elles-mêmes : croire, c'est se fier à quelqu'un ou à quelque chose (texte, récit, mythe, expérience...) indépendamment de faits empiriquement établis ou démontrés (12).

Parfois utilisé indifféremment avec le concept de représentations sociales, parfois mis de côté en raison de sa faiblesse terminologique, le terme de croyance n'est pas consensuel dans le domaine des sciences sociales (13).

Nous n'aurons donc pas la prétention dans cette thèse de pouvoir distinguer très précisément les représentations et les croyances des patients.

MATERIEL ET METHODE

A. Sources d'information et stratégie de recherche

Le travail de recherche des articles a été réalisé de janvier à mars 2017. Après cette date, nous avons mené une veille bibliographique jusqu'au 22 mai 2017. L'accès s'est fait grâce à une connexion via le serveur de l'Université Henri Poincaré, permettant ainsi d'avoir accès à un grand nombre de ressources électroniques.

Nous avons interrogé plusieurs bases de données.

Nous avons recherché dans le SUDOC si un travail similaire avait été fait, nous avons trouvé 2 thèses de médecine générale, des études qualitatives traitant des représentations des patients diabétiques de type 2 (DT2). Une seule a été incluse dans la revue de la littérature, la 2^{ème} datant de 2006.

Dans un premier temps, la recherche a été faite sur PubMed. Les mots clefs anglais ont été tirés du thésaurus MeSh. Les termes « belief » (croyance) et « representation » (représentation) n'existent pas en tant que termes MeSh. Plusieurs équations de recherche ont été testées avec l'aide d'un documentaliste de la bibliothèque universitaire pour retenir finalement l'équation la plus sensible et la plus spécifique.

Définition MeSh des descripteurs utilisés dans l'équation de recherche :

« Diabetes mellitus, type 2 »

A subclass of DIABETES MELLITUS that is not INSULIN-responsive or dependent (NIDDM). It is characterized initially by INSULIN RESISTANCE and HYPERINSULINEMIA; and eventually by GLUCOSE INTOLERANCE; HYPERGLYCEMIA; and overt diabetes. Type II diabetes mellitus is no longer considered a disease exclusively found in adults. Patients seldom develop KETOSIS but often exhibit OBESITY.

« Professional-patient relations »

Interactions between health personnel and patients.

« Social perception »

The perceiving of attributes, characteristics, and behaviors of one's associates or social groups.

« Culture »

A collective expression for all behavior patterns acquired and socially transmitted through symbols. Culture includes customs, traditions, and language.

Avec cette première recherche sur PubMed, nous avons obtenus des articles publiés principalement aux USA. Nous avons alors décidé d'étendre notre recherche afin d'élargir le champ des populations étudiées.

Nous avons complété notre recherche sur ScienceDirect.

Enfin nous avons étudié les références bibliographiques de tous les articles retenus.

Le tableau 1 présente les équations de recherche utilisées.

Tableau 1 : Equations de recherche utilisées

Base de données	Equation de recherche
PubMed	1. diabetes mellitus, type 2[MeSh] AND (culture [MeSh] OR social perception [MeSh]) AND professional-patient relations [MeSh] 2. diabetes mellitus, type 2/psychology [MeSh] AND (culture [MeSh] OR social perception [MeSh]) 3. 1 OR 2
ScienceDirect	(croyances OR représentations) TITLE-ABSTRACT-KEY AND (diabète type 2) TITLE-ABSTRACT-KEY

B. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des articles ont été les suivants :

- date de publication : 2007 à 2017
- langue : anglais ou français
- population étudiée : patients diabétiques de type 2
- lieu de l'étude : n'est pas limité à un ou plusieurs pays
- thème : les croyances et les représentations concernant le diabète.

Les critères d'exclusion des articles ont été les suivants :

- articles non accessibles dans leur intégralité / accès restreint
- articles étudiant des diabétiques de type 1 ou des articles étudiant des diabétiques de type 1 et 2 de manière confondue
- articles s'intéressant aux croyances et représentations des professionnels de santé
- autres langues que français et anglais.

C. Sélection des études

La sélection des études s'est faite en 3 étapes :

- une première analyse par lecture des titres des articles
- une deuxième analyse par lecture des résumés des articles
- puis une troisième analyse par lecture du corps des articles, avec sélection de ceux correspondant aux critères d'inclusion prédéfinis.

D. Processus de recueil des données et données recherchées

Chaque étude sélectionnée pour la revue de la littérature a été lue et analysée dans le but d'extraire les données concernant les croyances et les représentations des patients sur le diabète.

Nous avons extrait les données dans une grille de lecture et les avons classés en différentes catégories :

- titre, auteur(s), année de publication
- pays
- méthodologie
- population étudiée
- objectif principal de l'étude
- principaux résultats.

E. Analyse des données

Nous avons ensuite réalisé une synthèse par comparaison et rapprochement des données recueillies dans les tableaux afin d'analyser les résultats.

RESULTATS

A. Sélection des articles

L'interrogatoire des différentes bases de données a permis d'obtenir 171 articles. 24 articles ont été retenus à l'issue de leur lecture.

La lecture des références des articles inclus nous a permis d'inclure 8 articles en plus.

Nous avons également inclus une thèse.

Au total, nous avons donc sélectionné 33 articles à analyser.

La figure 2 en page 25 décrit le processus de sélection des articles ainsi que les motifs d'exclusion des articles.

B. Articles inclus dans la revue et principaux résultats

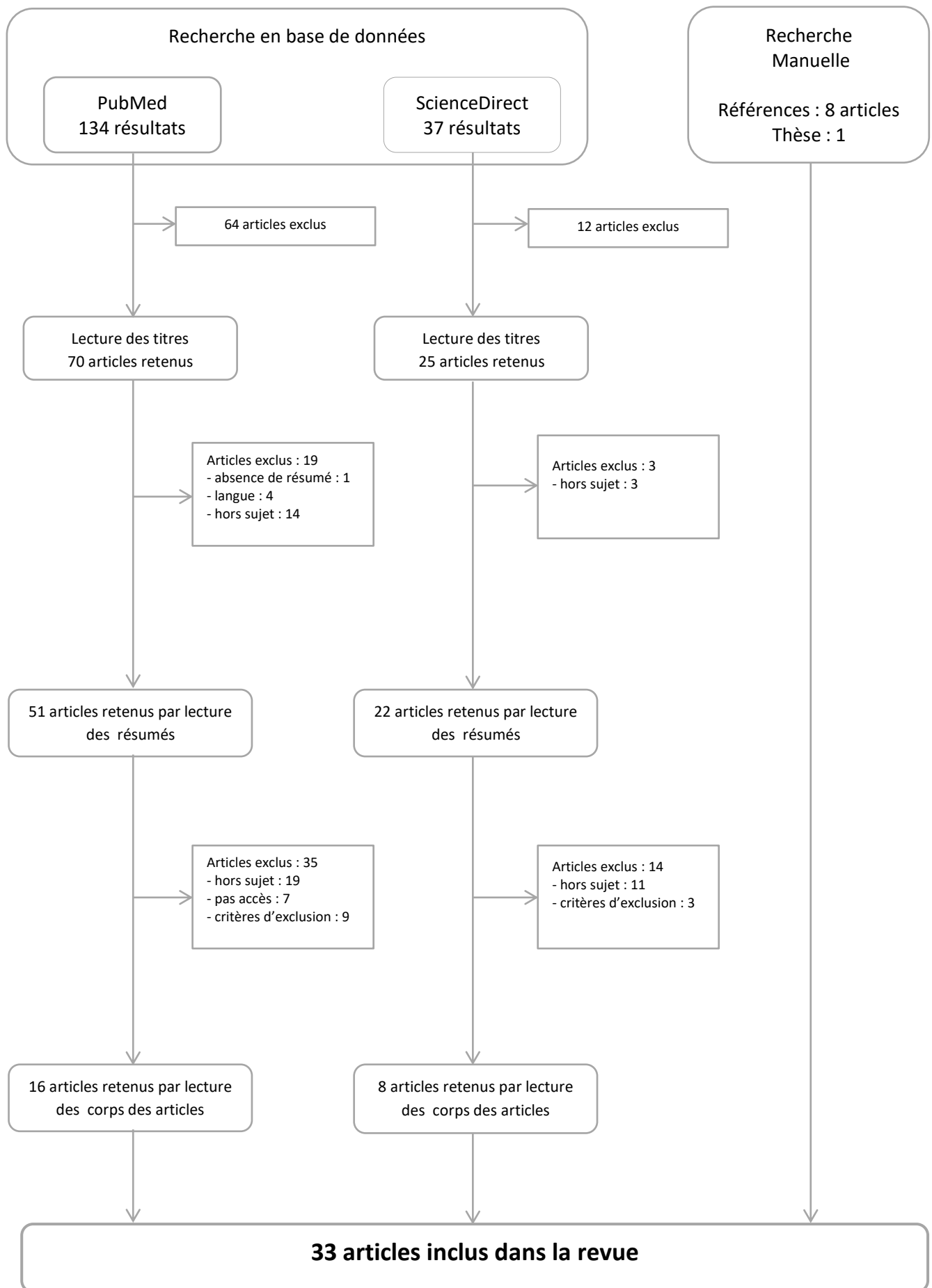


Figure 2 : Diagramme de flux de sélection et inclusion des articles

Tableau 2 : Résultats des articles tirés de PubMed

N° article - titre - auteur(s) - année de publication	Pays	Méthodologie	Population étudiée	Objectif principal	Principaux résultats
(14) Normalizing diabetes in Delhi: a qualitative study of health and health care. Mendenhall E, McMurry HS, Shivashankar R, Narayan KM, Tandon N, Prabhakaran D. Anthropol Med. 2016	Inde	Etude qualitative, entretiens individuels semi-structurés de décembre 2011 à février 2012	53 patients > 20 ans, qui se déclarent DT2 issus de 3 quartiers de niveau socio-économique différents de Delhi, qui ont été inclus dans le programme de réduction du risque cardio-métabolique en Asie du Sud	Etudier les croyances et les expériences à l'échelle individuelle pour élucider comment les individus naviguent entre des pratiques allopathiques et non allopathiques	- banalisation, pathologie commune, tout le monde en a, les enfants l'attrapent dans l'utérus - fatalisme : c'est comme ça, c'est le destin, c'est inévitable - pas de stigmatisation liée à la maladie - pas de conséquences majeures, décrivent le diabète comme un petit problème, ne pensent pas que c'est une grande maladie - les médicaments doivent être pris à vie - état de « bonne santé » atteint avec le traitement, pas de changement dans la vie quotidienne - croyances en l'efficacité des traitements allopathiques mais en parallèle prise de plantes, graines (fenugrec) qui sont reconnues comme des remèdes communs qui aident à faire descendre le diabète
(15) Diabetes Causation Beliefs Among Spanish-Speaking Patients. Concha JB, Mayer SD, Mezuk BR, Avula D. Diabetes Educ. 2016	USA	Mixte, sondage structuré et étude qualitative en focus-group	13 DT2 ≥ 30 ans, hispaniques ou latinos recrutés dans une clinique de santé gratuite qui dessert les résidents de la grande région métropolitaine de Richmond, en Virginie	Identifier les croyances sur les causes du diabète chez un groupe d'hispaniques / latinos diabétiques et explorer comment l'enquête de ces croyances par un professionnel de la santé peut améliorer l'autogestion du patient	- les participants croient que le diabète est dû à plusieurs causes et non à une seule. Les causes citées sont : - la génétique - le comportement (culture alimentaire des EU (sauter des repas, les fast-food)) - les émotions (le stress ++au travail et le stress lié au mode de vie « rapide ») - l'environnement - SUSTO ++= coraje (colère) croyance répandue, cette cause n'est pas abordée spontanément par les participants mais dès que les enquêteurs l'évoquent au moins 6 des 13 participants développent sur le sujet

N° article - titre - auteur(s) - année de publication	Pays	Méthodologie	Population étudiée	Objectif principal	Principaux résultats
(16) Barriers and Facilitators for Type-2 Diabetes Management in South Asians: A Systematic Review. Sohal T, Sohal P, King-Shier KM, Khan NA. PLOS One. 2015	Asie du Sud	Revue systématique de la littérature de janvier 1990 à février 2014 (20 études incluses)	DT2 originaire d'Asie du sud : Indiens pakistanais, malaisiens ou bangladais, vivant en Asie ou en occident	Comprendre les facilitateurs et les obstacles perçus ou vécus à la mauvaise gestion du diabète	- le médecin est la source faisant autorité sur la connaissance et la gestion du diabète - croyances fatalistes sur leurs capacités à prévenir les complications du diabète - <i>idées reçues sur l'activité physique</i> : ▪ considérée comme exacerbant la maladie, ▪ l'exercice épuise l'énergie, en particulier les personnes âgées qui doivent se reposer, ▪ la majoration de l'essoufflement avec un niveau accru d'exercice est considérée comme un signe de maladie, ▪ peur des blessures - <i>l'image du corps</i> : une corpulence plus grande est considérée comme plus prospère, plus saine - <i>le régime alimentaire</i> : ▪ les modifications de régime alimentaire sont considérées comme difficiles étant donné le rôle central de l'alimentation dans la culture, ▪ il existe une pression sociale importante à consommer surtout pendant les événements sociaux, ▪ ils croient qu'ils doivent éviter les aliments « forts » (sucre blanc, agneau, bœuf, ghee, graisses solides et épices) et doivent augmenter la consommation d'aliments « faibles » (riz bouillis, céréales) pour améliorer le contrôle glycémique, ▪ les femmes surtout utilisent l'alimentation traditionnelle comme moyen de traitement du diabète (ex : karela, gombo, pamplemousse) - <i>les médicaments</i> : ▪ croyances fatalistes ; ils sont peu efficaces pour réduire la mortalité, ▪ réticence à initier un traitement car ils seraient identifiés comme « malades », ▪ pensent que les médicaments fonctionnent instantanément et que quand ils mangent moins ils n'ont pas besoin d'être pris, ▪ la prise de médicaments à long terme serait nuisible, ▪ les traitements ayurvédiques et phytothérapeutiques sont considérés comme efficaces et plus sûrs que les médicaments occidentaux

N° article - titre - auteur(s) - année de publication	Pays	Méthodologie	Population étudiée	Objectif principal	Principaux résultats
(17) An ethnographic study of diabetes health beliefs and practices in Sri Lankan adults. Amarasekara AA, Fongkaew W, Turale S, Wimalasekara SW, Chanprasit C. Int Nurs Rev. 2014	Sri Lanka	Etude qualitative, entretiens individuels	14 patients, DT2 depuis plus de 6 mois, ≥18 ans, glycémie à jeun contrôlée < 1.26mg/dl ou non, suivis pour le diabète à « Colombo South teaching Hospital/ Family Practice Center »	Explorer qualitativement l'impact du contexte socio-culturel et les comportements de contrôle glycémique chez les adultes DT2 au Sri Lanka	- le mauvais karma provoque le diabète, à cause de mauvaises actions commises dans leur vie actuelle ou passées - <i>la religion</i> : ▪ s'ils sont assidus dans leurs pratiques religieuses, ils auront une vie saine sans complication du diabète ▪ ils prient pour une meilleure santé - <i>l'alimentation</i> : ▪ réduire la consommation de sucre est suffisant pour contrôler le diabète (ex sucre dans thé) ▪ éviter certains aliments, voire ne plus les consommer (riz blanc, pomme de terre, patate douce) ▪ ils mangent herbes (thebu) et des légumes comme le karawila ou le melon amer pour contrôler leur glycémie et guérir le diabète - <i>l'activité physique</i> : ▪ le travail quotidien comme les tâches ménagères est suffisant comme exercice quotidien - <i>idées spécifiques sur la nature et les effets de la médecine occidentale</i> : ▪ selon eux, a plus d'effets secondaires que de bénéfice (metformine → insuffisance rénale) ▪ médecines traditionnelles plus naturelles que la médecine occidentale chimique - ils pensent que si leur glycémie à jeun est normale et qu'ils peuvent entreprendre leur routine de travail quotidienne, leur diabète est guéri et donc ils peuvent arrêter les médicaments
(18) Patient explanations for non-attendance at structured diabetes education sessions for newly diagnosed Type 2 diabetes: a qualitative study. Winkley K, Ewierhoma C, Amiel SA, Lempp HK, Ismail K, Forbes A. Diabet Med. 2015	Royaume-Uni	Etude qualitative, entretiens individuels semi-structurés	30 DT2 participant à une étude de cohorte à Londres	Examiner les thèmes clés de la non-participation à des séances d'éducation structurée chez des personnes ayant un diagnostic récent de diabète de type 2	- le diabète est perçu comme une maladie honteuse, stigmatisée - le patient est responsable de sa maladie - le diabète a un impact sur la fertilité et la virilité (croyance évoquée par 3 des 4 patients d'origine nigérienne inclus dans l'étude)

N° article - titre - auteur(s) - année de publication	Pays	Méthodologie	Population étudiée	Objectif principal	Principaux résultats
(19) Exploring patient values in medical decision making: a qualitative study. Lee YK, Low WY, Ng CJ. PLoS One. 2013	Malaisie	Etude qualitative, entretiens individuels semi-structurés, échantillonnage volontaire non randomisé pour recruter des participants ayant des caractéristiques spécifiques afin d'obtenir une variation maximale basée sur trois facteurs: le milieu de soins, la décision des patients de commencer l'insuline et leur origine ethnique, de janvier 2011 à février 2012	21 DT2 chez qui on envisage d'introduire un traitement par insuline ou qui ont pris une décision sur l'introduction d'insuline ou non dans l'année passée	Explorer les valeurs des patients et proposer de créer un nouveau modèle pour expliquer les valeurs des patients dans le contexte de la prise de décision en utilisant l'insuline comme exemple	- les avantages de l'insuline : ■ aide à contrôler le diabète et donc à prévenir les complications ■ aide à contrôler les pics de glycémie ■ remplace les ADO donc moins de médicaments ■ moins d'effets secondaires ■ n'est injectée qu'une fois par semaine (évoquée par 1 seul patient) - perception négative (majorité des patients) : ■ doutes sur l'origine ■ inquiétudes sur les effets secondaires (hypoglycémie) ■ croient que l'insuline peut entraîner une insuffisance rénale et altérer la fonction pancréatique - inquiétudes sur les injections : ■ douleur ■ peur de l'aiguille, aiguille grosse, risque de casser ■ inquiétudes sur la cicatrisation des sites d'injection (stigmata usage de drogue) - infection des sites - introduction d'insuline : ■ sentiment de frustration ou d'échec ■ insuline perçue comme une punition pour ne pas suffisamment bien contrôler leur diabète ■ pour d'autres, le passage à l'insuline est une progression naturelle de la maladie - le diabète, s'il n'est pas bien contrôlé, entraîne des souffrances ++ et la mort - fatalisme : tout le monde est condamné à mourir d'une façon ou d'une autre - l'utilisation d'insuline pourrait entrer en conflit avec leurs croyances religieuses (ex : pureté de l'insuline pour les musulmans, profaner des lieux saints avec du sang pour les Hindous)
(20) Understanding barriers to glycaemic control from the patient's perspective. Janes R, Titchener J, Pere J, Pere R, Senior J. J Prim Health Care. 2013	Nouvelle-Zélande (NZ)	Etude qualitative, entretiens individuels semi-structurés	15 DT2 recrutés à la clinique locale de Wairoa, d'ethnologie différente (NZ maori ou NZ européen)	Explorer et révéler les obstacles au contrôle de la glycémie du point de vue du patient	- l'escalade du traitement est interprétée comme se rapprochant de l'invalidité et de la mort (insuline ++) - l'hypoglycémie est terrifiante - le diabète est causé par la consommation excessive de sucre - l'alimentation est la clé du contrôle de la maladie, voire de sa guérison - un bon diabétique est celui qui contrôle son diabète par l'alimentation, le diabète impose des changements alimentaires exigeants et inflexibles - seul les diabétiques ont besoin de manger sainement - le diabète est une maladie aiguë qui va disparaître ou peut être gérée en prenant simplement une pilule - pour beaucoup, le fait de ne ressentir aucun symptôme signifie qu'ils sont en bonne santé - pour beaucoup, ce n'est pas la maladie mais les traitements qui provoquent les symptômes (y compris les hypoglycémies) - les drogues occidentales sont considérées comme des produits chimiques à éviter

N° article - titre - auteur(s) - année de publication	Pays	Méthodologie	Population étudiée	Objectif principal	Principaux résultats
(21) Psychological insulin resistance among low-income, U.S. racial minority patients with type 2 diabetes. Machinani S, Bazargan-Hejazi S, Hsia SH. Prim Care Diabetes. 2013	USA	Etude transversale	136 adultes DT2, à faible revenu, sans antécédent de traitement par insuline, américains et afro-américains (AA), recrutés dans une clinique spécialisée dans le diabète à Los Angeles	Evaluer la nature et l'étendue de la résistance psychologique à l'insuline	- l'insuline a des effets secondaires (cécité par ex) - devoir être traité par de l'insuline signifie que le diabète devient une maladie plus grave - l'insuline est un frein dans la vie quotidienne pour voyager, manger à l'extérieur, avoir une vie normale - l'insuline est parfois perçue comme une punition injuste car le patient avait respecté les conseils donnés - c'est douloureux - l'insuline peut entraîner des graves hypoglycémies - l'insuline est un échec personnel (je n'ai pas assez bien travaillé sur mon diabète) - quand on commence l'insuline on ne peut plus jamais l'arrêter
(22) Explanatory models of diabetes in the U.S. and Mexico: the patient-provider gap and cultural competence. Weller SC, Baer RD, Garcia de Alba Garcia J, Salcedo Rocha AL. Soc Sci Med. 2012	USA et Mexique	Etude qualitative, entretiens structurés	97 DT2 > 18 ans, diagnostic > 1 an, habitant à Guadalajara au Mexique (M) ou à McAllen ou Edinburg dans le sud du Texas (T)	Examiner les similitudes concernant les croyances sur le diabète entre les patients, les membres de la communauté et les médecins dans 2 contextes nationaux et également les similitudes entre ces groupes à travers les frontières culturelles et nationales	- causes et facteurs de risque : hérédité (M-T), manque d'insuline (M-T), obésité (M-T), consommation de sucre, sucreries, soda (M-T), mauvaise alimentation (M-T), trop manger (M), émotions fortes/stress/susto (M), nerfs (M), consommation excessive alcool (M) - signes et symptômes : fatigue / apathie / faiblesse (M-T), affecte les reins (M-T), cicatrisation lente des blessures (M-T), plus sensibles à d'autres maladies (M-T), baisse d'acuité visuelle (M-T), mictions fréquentes (M-T), soif excessive (M-T), engourdissements/picotements (M-T), augmentation pression sanguine (M-T), perte de poids (M-T), irritabilité/sautes d'humeur (M-T), vertiges (M-T), pâleur (M), tachycardie (M), œdème chevilles (M-T), douleurs sévères mains et pieds (M-T), brûlures mictionnelles (M), maux de tête (T), douleurs reins/articulaires (M), peut être paralysé (M), peau jaune (M), démangeaisons (T) - traitements et conséquences : nécessité de prendre les médicaments (M-T), aider le corps à traiter le sucre / produire de l'insuline (M-T), les diabétiques doivent manger équilibré (M-T), sans traitement le diabète s'aggrave /entraîne coma/rend aveugle (M-T), si surpoids il faut maigrir pour guérir du diabète (M-T), sans traitement on meurt plus tôt (M-T), les diabétiques doivent faire de l'exercice (M-T), jus de Nopal/cactus/aloe vera sont bon pour le diabète (M), l'hôpital est un endroit important pour traiter le diabète (M-T)
(23) Susto, coraje, and abuse: depression and beliefs about diabetes. Mendenhall E, Fernandez A, Adler N, Jacobs EA. Cult Med Psychiatry. 2012	USA	Etude transversale	404 DT2 ≥ 18ans qui reçoivent des soins pour le diabète dans des cliniques de la sécurité sociale à Chicago et dans la région de la baie de San Francisco et qui s'identifient comme afro-américains, blancs non hispaniques, ou mexicains américains	Etudier les facteurs qui facilitent et entravent l'autogestion du diabète et la façon dont ces facteurs varient selon la race et l'appartenance ethnique	- le susto est à l'origine du diabète (60%) - coraje cause le diabète (73%) - susto et/ou coraje cause le diabète (75%) - la violence verbale, physique ou psychologique peut causer le diabète (28%)

N° article - titre - auteur(s) - année de publication	Pays	Méthodologie	Population étudiée	Objectif principal	Principaux résultats
(24) Perceptions related to diet and exercise among Asians and Pacific Islanders with diabetes. Braginsky N, Inouye J, Wang CY, Arakaki R. Hawaii Med J. 2011	USA Hawaï	Etude qualitative en focus-group	15 asiatiques /insulaires du pacifique, 18-76 ans, faisant partie d'un essai clinique contrôlé : l'étude des interventions comportementales cognitives dans l'autogestion du diabète	Explorer les influences sociales sur les perceptions liées à l'alimentation et l'exercice physique dans la prise en charge de leur diabète	- le diabète est causé par l'alimentation : ■ quantités de nourriture trop importantes ■ quantités de glucide trop importantes (riz, nouilles, pain) - nécessité de parvenir à un régime alimentaire drastique pour être en bonne santé
(25) Living with sugar: influence of cultural beliefs on type 2 diabetes self-management of English-speaking Afro-Caribbean women. Smith CA. J Immigr Minor Health. 2012	USA	Etude qualitative, entretiens individuels semi-structurés	30 femmes DT2 anglophones antillaises d'origine africaine, 35-90 ans, du sud-ouest de la Floride	Etudier les croyances culturelles des femmes afro-caribéennes anglophones sur le diabète de type 2	- <i>croyance en l'efficacité des traitements traditionnels des caraïbes</i> : ■ momordica charantia (melon amer) est le plus populaire ■ ils sont utilisés en complément aux traitements prescrits ■ ils peuvent aider à sevrer les médicaments prescrits - le régime alimentaire caribéen est mauvais pour contrôler le sucre (riche en amidon, sucre, graisses, grandes portions), - nécessité pour les diabétiques de manger plus sain (légumes verts, viande blanche, poisson, riz brun) - la prière est un traitement complémentaire pour contrôler le diabète (90%) - 90% des participants ne mentionnent pas l'activité physique dans la gestion du diabète
(26) Cultural and family challenges to managing type 2 diabetes in immigrant Chinese Americans. Chesla CA, Chun KM, Kwan CM. Diabetes Care. 2009	USA	Etude qualitative (étude d'entrevue comparative interprétative), entretiens semi-structurés en focus-group	20 couples chinois-américains dont l'un a un DT2 depuis >1 an, 35-75 ans, mariés depuis >1 an, ayant immigré de Chine, sans complication majeure du diabète	Détailler les défis culturels et familiaux à la gestion de la maladie identifiés par les patients chinois-américains nés à l'étranger atteints de diabète de type 2 et leurs conjoints	- le diabète entraîne des fluctuations émotionnelles importantes - le régime alimentaire diabétique est perçu comme un défi, drastique - les restrictions alimentaires sont sources de frustrations importantes qui peuvent conduire à un déséquilibre émotionnel et à la dépression
(27) Diabetes self-management in a Latino social environment. Weiler DM, Crist JD. Diabetes Educ. 2009	USA	Etude qualitative, entretiens individuels semi-structurés	10 adultes DT2 d'origine mexicaine vivant aux Etats-Unis	Explorer les influences socioculturelles et le contexte social associé à la vie avec un diabète de type 2 parmi les adultes latinos migrants	- le diabète est la « pire chose », il est comparé à la tuberculose - le diabète est une sentence de mort - les diabétiques sont par définition « malades » et incapables de mener des activités normales - le diabète entraîne des changements dans l'apparence et le niveau d'énergie, et condamne l'individu à des résultats invalidants (perte de membre, maladie cardiaque, AVC et « jambes violettes »), et à la mort précoce - le diabète est une chose honteuse - la gestion du diabète (d'un point de vu alimentaire) est impossible lors de réunions familiales ou sociales, pas accepté

N° article - titre - auteur(s) - année de publication	Pays	Méthodologie	Population étudiée	Objectif principal	Principaux résultats
(28) Misconceptions about diabetes and its management among low-income minorities with diabetes. Mann DM, Poniaman D, Leventhal H, Halm EA. Diabetes Care. 2009	USA	Etude transversale	151 adultes, DT2 traités par médicaments > 6 mois, anglophones ou hispanophones, recrutés dans une clinique de médecine générale à New York (latinos 58% ; afro-américains 34%)	Identifier les maladies sous-optimales, les médicaments et les connaissances de surveillance, les croyances qui peuvent être un obstacle à l'autogestion efficace parmi les patients diabétiques dans les centres urbains	- 12 % croient qu'ils ont du diabète uniquement quand leur taux de glucose est élevé - 36% croient qu'ils n'auront pas toujours du diabète - 56 % croient que la glycémie est élevée si >200 mg/dl - 42 % croient que la glycémie =110 mg/dl est trop faible - 54% pensent qu'ils peuvent ressentir lorsque la glycémie est élevée - 29 % attendent du médecin qu'ils les guérissent - 49 % pensent que les conséquences du diabète sont minimes, que le diabète présente peu de symptômes et qu'ils ont peu de contrôle sur le diabète - 23 % pensent qu'ils n'ont pas besoin de médicaments si la glycémie est normale - 16 % croient qu'il y a un risque de dépendance, risque de toxicomanie aux médicaments - 39 % sont inquiets des effets secondaires des médicaments
(29) Living with Ma'i Suka: individual, familial, cultural, and environmental stress among patients with type 2 diabetes mellitus and their caregivers in American Samoa. Elstad E, Tusiofo C, Rosen RK, McGarvey ST. Prev Chronic Dis. 2008	Iles Samoa américaines	Etude qualitative, en focus-group, de juin à août 2005	35 DT2 >18 ans recrutés au centre de santé de Tanufa (île Tutuila / soins primaires)	Evaluer les perceptions des participants sur le diabète en ce qui concerne son sens, l'étiologie, la gestion et l'expérience de la maladie	- le diabète est défini comme la somme de tous les symptômes ressentis : ▪ somnolence fréquente, ▪ faim permanente, ▪ maux de tête, ▪ étourdissements, ▪ picotements dans les doigts - colère et stress sont source d'augmentation de la glycémie - la sédentarité est la raison de la maladie

Tableau 3 : Résultats des articles tirés de ScienceDirect

N° article - titre - auteur(s) - année de publication	Pays	Méthodologie	Population étudiée	Objectif principal	Principaux résultats
(30) Croyances et pratiques alimentaires chez les diabétiques de type 2 obèses marocains. L. Hallab, A. Chadli, D. Nsime, S. Elaziz, H. El Ghomari, A. Farouqi Médecine des Maladies Métaboliques, 2012	Maroc	Etude transversale	50 patients DT2, traités par ADO, 25-65 ans, obèses (IMC > 30 kg/m2) recrutés à l'hôpital de jour du CHU Ibn Rochd entre octobre 2010 et juin 2011	Evaluer et analyser les caractéristiques socio-culturelles et cliniques, ainsi que les croyances et les pratiques liées au diabète, en vue d'une meilleure prise en charge des patients DT2 obèses, au Maroc	- un diabétique peut manger tous les aliments qu'il désire (6.8%) - un diabétique peut manger des aliments qui contiennent du sucre (6.8%) - un diabétique doit manger moins pour être en bonne santé (36.4%) - un diabétique peut manger à tout moment de la journée (13.6%) - un diabétique peut manger la quantité d'aliment qu'il souhaite (6.8%) - un diabétique peut manger des aliments qui contiennent des matières grasses (6.8%) - le poisson et la volaille sont bons pour les diabétiques (6.8%) - la viande et les œufs ne sont pas bons pour les diabétiques (60.0%) - un diabétique ne peut plus manger les mêmes aliments que les autres membres de la famille (40.9%) - un diabétique ne doit plus manger dans le plat commun (43.2%) - un diabétique ne doit plus manger de fruits, car « c'est sucré » (36.4%) - un diabétique peut tout manger, mais doit d'abord peser ses aliments (36.4%) - si un diabétique prend des médicaments, il n'a pas besoin de faire attention à son alimentation (4.5%)
(31) How patients' attitudes and opinions influence self-care behaviours in type 2 diabetes. Insights from the French DIABASIS H. Mosnier-Pudar, G. Hochberg, E. Eschwege, S. Halimi, M.-L. Virally, P.-J. Guillausseau, C. Touboul, S. Dejager Diabetes & Metabolism, 2010	France	Etude transversale réalisée entre décembre 2007 et janvier 2008, questionnaires envoyés par voie postale	Echantillon de 14 201 personnes âgées ≥ 45 ans représentatif de la population française, dont 1092 DT2	L'objectif de l'étude DIABASIS était de décrire la perception et le vécu du diabète de type 2 par les patients diabétiques eux même. Cette étude utilise les données concernant les patients pour décrire différents modèles de gestion de la maladie (5 typologies)	- De manière générale : ▪ 74 % se considèrent en bonne santé ▪ 51% considèrent la maladie comme grave ▪ 30% pensent que le diabète fait peur ▪ 22% ont un sentiment de culpabilité ▪ 44% pensent que le diabète a un faible impact sur le quotidien - Selon les 5 « typologies » : ▪ <i>patients engagés</i> (25%) : croient que leurs habitudes alimentaires antérieures et leur manque d'exercice ont contribué à l'apparition de leur diabète, sentiment de culpabilité, croient qu'ils supportent la responsabilité principale de leur maladie, ne perçoivent pas la maladie comme un fardeau dans leur vie quotidienne ▪ <i>patients insoucients</i> (23%) : se considèrent plus comme en bonne santé (87%), considèrent moins la maladie comme grave (37%), la maladie n'a pas d'impact sur leur vie familiale ou sociale et n'est pas considérée comme un fardeau, croient qu'ils n'ont pas besoin de modifier leur style de vie car ils prennent leurs médicaments ▪ <i>patients amers</i> (19%) : le diabète est perçu comme un lourd fardeau injuste sur tous les aspects de la vie quotidienne, voit l'autogestion du diabète comme un fardeau immérité qui entrave leur vie quotidienne, les antécédents familiaux et génétiques sont les seuls responsables de la maladie ▪ <i>patients découragés</i> (19%) : considèrent plus que le diabète a un faible impact sur le quotidien ▪ <i>patients accablés</i> (15%) : se considèrent moins en bonne santé, perçoivent le diabète comme un lourd fardeau dans tous les aspects de la vie (vie personnelle et vie professionnelle), peur d'être stigmatisée

N° article - titre - auteur(s) - année de publication	Pays	Méthodologie	Population étudiée	Objectif principal	Principaux résultats
(32) Croyances et pratiques alimentaires chez des diabétiques de type 2 à Bamako (Mali) Aissatou Coulibaly, Huguette Turgeon O'Brien, Isabelle Galibois Cahiers de Nutrition et de Diététique, 2009	Mali	Etude transversale	57 hommes (H) et femmes (F) DT2 âgés de 25 à 75 ans, non traités par insuline, fréquentant le Centre National de Lutte contre le Diabète à Bamako entre mai et octobre 2005	Evaluer les caractéristiques générales, les croyances et les pratiques liées au diabète	- un diabétique peut manger tous les aliments qu'il désire (H 35% ; F 15 %) - un diabétique peut manger des aliments qui contiennent du sucre (H 29% ; F 8%) - un diabétique doit manger moins que les non-diabétiques pour être en bonne santé (H 82% ; F 98 %) - un diabétique peut manger à tout moment de la journée (H 24% ; F 10 %) - un diabétique peut manger la quantité d'aliment qu'il souhaite (H 24% ; F 8%) - un diabétique peut manger des aliments qui contiennent des matières grasses (H 18% ; F 45%) - le poisson et la volaille sont bons pour les diabétiques (H 0% ; F 0%) - la viande et les œufs ne sont pas bons pour les diabétiques (H 12% ; F 23%) - un diabétique ne peut plus manger les mêmes aliments que les autres membres de la famille (H 53% ; F 8%) - un diabétique ne doit plus manger dans le plat commun (H 35% ; F 65%) - un diabétique ne doit plus manger de fruits, car « c'est sucré » (H 35% ; F 67%) - un diabétique peut tout manger, mais doit d'abord peser ses aliments (H 88% ; F 98%) - si un diabétique prend des médicaments, il n'a pas besoin de faire attention à son alimentation (H 6% ; F 0%)
(33) Perception et vécu émotionnel de la maladie et de ses traitements par des patients ayant un diabète de type 2 et en population générale S.-M. Consoli, L. Barthélémy, L. Idtaleb, G. Le Pape, M. Fraysse, N. Dugardin, Y. Kherbachi, A. Grimaldi Médecine des Maladies Métaboliques 2016	France	Etude transversale	252 patients DT2 et 1001 personnes issues de la population générale et 400 professionnels de santé ; échantillon constitué à partir de la base de données de l'enquête Entred pour les diabétiques	Evaluer, en France, les connaissances et représentations associées au DT2, en population générale, ainsi que le vécu émotionnel, celui des traitements, et des indicateurs glycémiques chez les patients.	- le diabète est une maladie qui peut générer des complications graves - la maladie peut être contrôlée pour prévenir l'apparition des complications (96%) - le diabète est toujours lié à une mauvaise alimentation (43%) - les diabétiques ne peuvent pas manger de sucre (40%) - la sédentarité n'est pas un facteur de risque (25%) - la maladie s'apparente à un sentiment de perte - le diabète est associé à des notions de restriction (57%), de contrainte (28%), de nécessité de faire attention (25%), frustrations alimentaires (46%) - les émotions associées au diabète sont majoritairement négatives (68%) mais le diabète peut aussi être source d'expériences positives (pouvoir vivre sa journée comme tout le monde (52%)) - le passage des ADO seuls à l'insulinothérapie est perçu comme un moyen d'améliorer la qualité de vie (31%), un moyen de mieux contrôler le diabète (21%) - pour les patients sous insuline, l'insulinothérapie est vécue comme : ▪ une contrainte (32%) ▪ une routine (31%) ▪ vitale (30%) ▪ rassurante (29%)
(34) Use of Natural Health Products by Adults with Type 2 Diabetes Colleen P. Gobert, Alison Duncan Canadian Journal of Diabetes, 2008	Canada	Etude transversale	200 adultes diabétiques de type 2	Déterminer la prévalence et les prédicteurs de l'utilisation des produits de santé naturels et caractériser les croyances et les attitudes à l'égard de ces produits chez les patients DT2	- les aliments ne peuvent pas répondre adéquatement à leurs besoins nutritionnels (75.2%) - 18.8 % prennent des produits naturels de santé car ils ne sont pas satisfaits de l'efficacité des médicaments pour traiter le diabète - les produits naturels de santé sont plus sûrs que les médicaments (41.4%)

N° article - titre - auteur(s) - année de publication	Pays	Méthodologie	Population étudiée	Objectif principal	Principaux résultats
(35) Croyances alimentaires d'un groupe de patients diabétiques type 2 C. Jemai, S. Sellami, R. Ben Mohamed, I. Ksira, S. Chelbi, N. Ben Amor Annales d'Endocrinologie 2016	Tunisie	Etude transversale	65 patients DT2 recrutés lors d'une hospitalisation pour équilibration de leur diabète	Evaluer les croyances alimentaires d'un groupe de patients diabétiques ayant déjà bénéficié d'une éducation diététique depuis la découverte de leur diabète	- il faut quantifier les apports alimentaires - un diabétique est soumis à de nombreuses restrictions alimentaires (90.47%) - ils ne peuvent plus manger au plat familial (80.95%) - les sucreries sont interdites (52.38%) - les fruits sont interdits (57.14%) - un diabétique doit manger moins pour rester en bonne santé (80.95%) - un diabétique traité peut ne plus suivre son régime (14.28%) - un diabétique non hypertendu doit manger sans sel (23.8%) - le pain blanc et les pâtes contiennent du sucre (80.95%) et le pain complet n'en contient pas (79.19%)
(36) Le diabète de type 2 vécu par le patient : résultats de l'enquête EDUDORA2 étudiant les représentations des patients et des médecins généralistes A. Hoge, B. Pétré, S. Streel, N. Dardenne, E. Husson, M. Guillaume, A. Scheen Diabetes & Metabolism 2014	Belgique	Etude transversale	1 764 patients DT2 et 113 médecins généralistes	Ce travail compare les représentations individuelles des patients et les représentations attribuées aux patients par les médecins à propos du diabète de type 2	- patients et médecins citent prioritairement les causes classiques du diabète (âge, hérédité, obésité, alimentation) - mais les patients insistent davantage sur le stress et les traumatismes
(37) Vécu du diabète de type 2 : le dessin comme moyen d'expression N. Masseboeuf, D. Mater, C. Sachon Diabetes & Metabolism, 2008,	France	Etude qualitative (chaque patient réalise un dessin, l'explique et remplit un questionnaire après 24h)	50 DT ont participé à une séance de groupe	« Mettre le diabète en forme et en couleur » a été proposé aux patients DT2 dans l'unité d'éducation thérapeutique. Il s'agit : 1. Évaluer la pertinence de la méthode pédagogique du dessin comme moyen d'expression. 2. Apprécier la cohérence entre les représentations liées à la verbalisation du dessin et le sentiment d'avoir pu les exprimer. 3. Rechercher une incidence entre le vécu exprimé par le dessin et l'équilibre du diabète.	- 92 % expriment la gravité de la maladie - 74 % expriment des inquiétudes - 46 % expriment les contraintes - 52% expriment une résignation - 34 % expriment une « pensée magique » - 25 % représentent directement la mort

Tableau 4 : Résultats des articles tirés de la bibliographie

N° article - titre - auteur(s) - année de publication	Pays	Méthodologie	Population étudiée	Objectif principal	Principaux résultats
(38) Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners: relationships with self-management behaviors A. Searle, P. Norman, R. Thompson, K. Vedhara J PsychoSoc Res 2007	Royaume Uni	Etude transversale	DT2 > 6 mois marié ou vivant avec un partenaire non diabétique, 164 dyades partenaires-patients	Evaluer les représentations de la maladie des patients DT2 et de leur partenaire, examiner l'étendue de l'accord entre les représentations des patients et des partenaires	- le diabète est une maladie à long terme aux conséquences sérieuses - bonne efficacité des traitements
(39) How diabetic patients' ideas of illness course affect non-adherent behaviour: a qualitative study W.A. Lai, W.C. Chie, C.Y. Lew-Ting Br J Gen Pract 2007	Taiwan	Etude qualitative (entrevues individuelles 22 patients et focus-groupes 53 patients)	DT2 > 1an, ville rurale à Taiwan	Mieux comprendre les perceptions des patients atteints de diabète, en particulier les idées sur le cours de la maladie et la gravité perçue, et leurs répercussions sur le comportement de soi-même	- le diabète est causé par des gènes héréditaires et la surconsommation d'aliments sucrés - c'est une maladie incurable, le traitement contrôle uniquement le taux de sucre - le diabète entraîne des complications chroniques : rénales ++ qui peuvent aussi être un effet secondaire des traitements, cécité, amputation de jambe, mauvaise circulation périphérique - le diabète est une maladie triste et tortueuse qui devient de plus en plus sévère - certains jugent de la gravité de la maladie par le taux de glycémie ou les complications, d'autres par la quantité de médicaments prescrits - la prescription d'insuline est un indicateur de maladie très grave, l'augmentation des doses d'insuline un indicateur de progression de la maladie
(40) "I Call it the Blame and Shame Disease": A Qualitative Study about Perceptions of Social Stigma Surrounding Type 2 Diabetes. Browne, J. L., A. Ventura, K. Mosely, and J. Speight. 2013.	Australie	Etude qualitative, entretiens semi-structurés en focus-group	25 adultes ≥ 18 ans DT2 vivant dans l'état de Victoria en Australie recrutés par l'intermédiaire de l'organisme de défense de l'état représentant les personnes DT2	Explorer les expériences sociales des adultes australiens vivant avec un diabète de type 2, avec un accent particulier sur la perception et l'expérience de la stigmatisation liée au diabète	- 84 % pensent qu'il y a une stigmatisation sociale qui entoure le diabète : ▪ maladie liée au style de vie, ▪ gens paresseux, ▪ mangent trop, ont de mauvaises habitudes alimentaires, ▪ et ainsi les diabétiques sont responsables de leur maladie - sentiment distinct parmi les participants que la stigmatisation sociale était spécifique au diabète de type 2 et que ceux avec un diabète de type 1 n'étaient pas jugés si durement
(41) Barriers in initiating insulin therapy in a South Asian Muslim community U. S. Ahmed, B. Junaidi, A. W. Ali, O. Akhter, M. Salahuddin and J. Akhter 2009	Pakistan	Etude transversale	317 adultes > 18 ans DT2, recrutés dans le service d'endocrinologie de l'hôpital universitaire d'Aga Khan à Karachi sur une période de 6 semaines ; 2 groupes de patients : 210 patients jamais traités par insuline, 107 patients traités par insuline	Evaluer et identifier les mythes, les barrières et les préoccupations concernant l'insulinothérapie chez les DT2 n'ayant jamais été traités par insuline ; les sujets recevant déjà une insulinothérapie étaient interrogés pour vérifier si leurs opinions avaient changé après le début de l'utilisation de l'insuline.	- 45,7% croyaient que l'utilisation de l'insuline contribuait à prévenir le développement des complications - 18,1% pensaient que l'utilisation de l'insuline entraînerait une aggravation de la rétinopathie et de la néphropathie - 64,3% ont estimé que l'utilisation d'insuline améliorerait le contrôle glycémique - 55,1% ont associé l'injection d'insuline avec un inconfort significatif - 25,7% pensaient que l'administration d'insuline ne serait pas douloureuse - 72,9% pensaient que l'insuline devrait être utilisée en dernier recours dans le traitement du diabète - 45,2% pensaient que l'arrêt du traitement par insuline, une fois initié, ne serait pas possible - 24,3% pensaient que l'utilisation de l'insuline entraverait l'exécution des obligations religieuses

N° article - titre - auteur(s) - année de publication	Pays	Méthodologie	Population étudiée	Objectif principal	Principaux résultats
(42) Prevalence and reasons for insulin refusal in Bangladeshi patients with poorly controlled Type 2 diabetes in East London H. Khan, S. S. Lasker and T. A. Chowdhury 2008	Royaume-Uni	Etude transversale	212 DT2, > 18 ans, d'origine bangladaise, vivant à Londres diagnostic de diabète > 1 an, mauvais contrôle glycémique (HbA1C ≥8%), insulinothérapie jugée nécessaire par un clinicien	Examiner la prévalence et les raisons du refus d'insuline chez les patients bangladais souffrant d'un diabète de type 2 mal contrôlé.	- perception commune que l'indication d'insuline était un indicateur de stade plus grave de leur état - l'insulinothérapie est perçue comme un événement «pré-terminal», juste avant la mort - stigmatisation sociale associée à l'insulinothérapie - insulinothérapie = risque d'hypoglycémie, gain de poids
(43) Do patients' beliefs about type 2 diabetes differ in accordance with complications: an investigation into diabetic foot ulceration and retinopathy. Searle A, Wetherell MA, Campbell R, Dayan C, Weinman J, Vedhara K Int J Behav Med. 2008	Royaume-Uni	Etude transversale	66 participants ont été tirés d'un programme plus vaste de recherche examinant le rôle des facteurs psychosociaux dans les résultats de la maladie des patients dans le DT2 : 22 patients atteints d'ulcères du pied diabétique, 22 patients atteints de rétinopathie diabétique, 22 patients sans complications graves du diabète	Examiner la question : « comment les expériences des patients diabétiques avec un ulcère de pied ou une rétinopathie affectent leurs croyances concernant la maladie elle-même » en explorant transversalement les croyances auto-déclarées de la maladie de trois groupes de DT2 sexe : patients sans complication, patients atteints de rétinopathie et patients atteints d'ulcération active.	- les croyances sur le diabète de tous les groupes de patients semblaient largement similaires - le diabète était perçu comme une condition chronique, avec des conséquences modérément graves, mais qui pouvaient être contrôlées. - les patients atteints d'ulcères du pied étaient plus susceptibles de croire que l'excès de poids était une cause possible de diabète que les patients atteints de rétinopathie - les patients atteints d'ulcères étaient également plus susceptibles de croire qu'un manque d'exercice causait le diabète que les autres patients

N° article - titre - auteur(s) - année de publication	Pays	Méthodologie	Population étudiée	Objectif principal	Principaux résultats
(44) Health beliefs of African-Caribbean people with type 2 diabetes: a qualitative study. Brown K, Avis M, Hubbard M. Br J Gen Pract. 2007	Royaume-Uni	Etude qualitative, entretiens individuels semi-structurés	17 participants issus de la communauté afro-caribéenne de la ville de Nottingham, DT2, >18 ans	Explorer comment les croyances en matière de santé, les risques associés au diabète et les attentes de traitement influent sur la façon dont les personnes atteintes du diabète d'Afrique-Caraïbes guident leur maladie	- le stress de la migration a contribué à l'apparition du diabète - l'obésité, le manque d'exercice, et les antécédents familiaux prédisposent les personnes au diabète - le diabète était en quelque sorte différent dans l'environnement des Caraïbes - la chaleur, la transpiration aux Caraïbes aident à éliminer le sucre - doutes sur la valeur des conseils alimentaires donnés par les professionnels de santé qui sont en désaccord avec les croyances sur les aliments naturels sains et bons - méfiance envers les médicaments utilisés pour traiter le diabète, inquiets sur la nature chimique des comprimés et de l'insuline - les symptômes sont plus importants que les mesures objectives de la glycémie - le résultat de leur maladie est entre les mains d'une puissance supérieure (participants ayant une forte foi chrétienne) - le diabète, lorsqu'il ne nécessite pas d'insulinothérapie, ne causerait pas de sérieux préjudices à la santé - insuline : ▪ peur des injections ▪ peur de prendre du poids ▪ peur que le diabète entre dans une phase plus sérieuse, avec la menace de complications
(45) Beliefs about health and illness: a comparison between Ugandan men and women living with diabetes mellitus. Hjeltn K1, Nambozi G. Int Nurs Rev. 2008	Ouganda	Etude qualitative, entretiens individuels semi-structurés	15 femmes et 10 hommes âgés de 21 à 70 ans, diabète de type 2 >1 an, recrutés dans une clinique ambulatoire pour le diabète dans un hôpital universitaire	Explorer les croyances sur la santé et la maladie qui pourraient affecter la pratique de l'auto-soin et le comportement de recherche de soins de santé chez les hommes et les femmes DT2 en Ouganda	- « régime alimentaire sain » important pour leur santé (H et F) - causes : ▪ facteurs individuels tels que l'hérédité ▪ l'augmentation du poids ▪ consommation d'aliments « incorrects » (H et F) ▪ les femmes ont ajouté le stress (facteur social) et se sont concentrées davantage sur les pensées surnaturelles, les dieux (ex : le châtiment par Dieu) et la sorcellerie - les femmes ont perçu le diabète comme présent tout au long de la vie alors que les hommes ne savaient pas combien de temps cela durerait - les répondants en général ont vu l'effet principal du traitement comme un bien-être subjectivement perçu - alimentation : ▪ importance de l'alimentation sans sucre ▪ réduite en glucides et en graisse (F) ▪ repas réguliers

Tableau 5 : Résultats des thèses tirés du SUDOC

N° article - titre - auteur(s) - année de publication	Pays	Méthodologie	Population étudiée	Objectif principal	Principaux résultats
(46) Vécu et représentations des patients pris en charge pour un diabète de type 2 : une étude qualitative C. Champiot, J. Faure 2016	France	Etude qualitative, entretiens individuels semi-directifs	16 DT2 majeurs recrutés au sein d'une Maison de santé pluriprofessionnelle iséroise	Explorer les vécus et les représentations des patients DT2 soignés au sein d'une Maison de santé pluriprofessionnelle iséroise	- ne considèrent pas le diabète comme une « vraie » maladie, l'absence de symptômes la rendant irréaliste, moins dangereuse - peur des complications trouvant ses origines dans le vécu familial ou amical de la maladie - pour certains, la prise en charge médicale et l'équilibre jugé bon du diabète écartent toute menace de complication - le diabète de type 2 est moins grave que le diabète de type 1 - hérédité, histoire familiale et caractère « commun » de la maladie entraînent un sentiment de fatalité - parfois sentiment d'injustice - le poids de la société et de l'entourage autour de leur maladie est souvent douloureux pour les patients avec un sentiment de culpabilité face aux erreurs alimentaires - les patients interrogés faisaient tous un lien direct entre diabète et régime - le régime est vu comme une obligation, il nécessite des efforts soutenus et permanents; certains parlent de « perte de liberté » - les recommandations hygiéno-diététiques sont vues par certains comme une bonne alternative aux traitements médicamenteux, un moyen de contrer, voir même de guérir, le diabète. - l'activité physique spontanément évoquée par les personnes « pratiquantes » était occultée par les plus sédentaires - d'une manière générale, l'activité physique était considérée comme bénéfique pour le diabète - la prise du traitement médicamenteux était souvent vécue comme une contrainte, vision négative dans les effets indésirables qu'il pouvait engendrer, certains doutaient, d'autres étaient convaincus que le traitement était indispensable - l'insuline fait peur, c'est pour certains le point de non-retour, le signe que la maladie devient réelle et dangereuse - la relation de confiance avec leur médecin était indispensable à leur prise en charge - souvent leur diabète était la résultante d'une hérédité chargée, d'un stress émotionnel ou encore lié à une consommation excessive de sucre.

DISCUSSION

A. Remarques générales

Au terme de cette revue sur les 33 articles inclus, on peut noter que 18 sont des études qualitatives. L'étude qualitative est particulièrement appropriée pour étudier la question posée car elle analyse des informations non numériques. Elle explore l'existence et la signification de phénomènes sociaux et elle collecte des informations permettant de comprendre l'attitude et les motivations des individus d'une population.

Elle est d'ailleurs particulièrement adaptée en médecine générale, car elle permet un abord élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins (47).

Nous avons choisi de discuter des résultats en les formulant autour des 5 dimensions des représentations cognitives de la maladie proposées par Leventhal, Meyer et Nerenz et repris par de nombreux auteurs (48) :

- **la cause**, elle s'intéresse aux croyances des patients sur l'étiologie de la maladie et aux facteurs contribuant à son développement
- **les conséquences**, il s'agit de la perception des conséquences physiques, sociales et économiques de la maladie
- **le calendrier**, il se réfère à la compréhension qu'ont les patients de la durée de la maladie et de son mode de progression
- **le contrôle**, il s'agit de l'avis du patient concernant la possibilité de contrôler ou guérir la maladie. Ce contrôle peut concerner l'efficacité du traitement proposé ou les actions du sujet lui-même sur sa maladie
- **l'identité** de la maladie, elle s'intéresse aux symptômes qu'éprouvent les patients mais aussi à l'étiquette donnée à la maladie. Elle détermine la perception de la sévérité de la maladie.

Les auteurs font la distinction entre les représentations cognitives et les représentations émotionnelles qui concernent les émotions que le patient ressent face à sa maladie. La distinction n'étant pas toujours facile entre les deux et les représentations cognitives et émotionnelles étant étroitement liées, nous avons choisi d'intégrer les représentations émotionnelles au fur et à mesure dans chacune des 5 dimensions des représentations cognitives.

B. Les causes

Les causes classiques de diabète sont citées dans de nombreux articles.

L'hérédité (15, 22, 31, 36, 39, 44, 45, 46) et l'alimentation sont les 2 causes que l'on retrouve de manière assez systématique.

En ce qui concerne l'alimentation, l'accent est souvent mis sur la consommation excessive de sucre (20, 22, 39, 46) ou l'abondance de l'alimentation (22, 24, 40). Elle est aussi souvent abordée de manière plus générale comme des « mauvaises habitudes alimentaires » sans précision (22, 31, 33, 40, 45).

L'obésité (22, 36, 43, 44, 45) et la sédentarité (29, 31, 44) sont également souvent citées même si la sédentarité peut aussi ne pas être considérée comme un facteur de risque (33), et l'obésité considérée comme prospère (16).

Les croyances concernant les causes du diabète sont à l'origine de différents sentiments chez les patients. Ceux qui croient que leurs mauvaises habitudes alimentaires sont à l'origine de leur diabète semblent éprouver un sentiment de culpabilité (31, 40, 46). Ceux pour qui l'hérédité est la cause du diabète éprouvent plutôt un sentiment de fatalité parfois d'injustice (31, 46).

Alors que l'âge est un facteur de risque reconnu de diabète de type 2, il ne semble pas être intégré comme tel, il n'est cité que dans une seule étude (36).

A côté des causes reconnues de diabète, on retrouve des causes psychologiques ou fatalistes : c'est le destin dans une étude en Inde (14), le mauvais karma au Sri Lanka (17), le stress (15, 22, 36, 44, 45, 46) ou le SUSTO (15, 22, 23).

La notion de SUSTO semble très marquée dans certaines populations hispaniques, latinos aux USA, au Mexique et chez les afro-américains. Le SUSTO peut être défini comme une souffrance somatique chronique attribuée à un traumatisme émotionnel, qui ferait évader l'âme du corps, suscitant malheur et maladie.

On retrouve également parfois cette notion similaire que le stress ou une expérience traumatisante peut être à l'origine du diabète, dans une étude en France (46) et une étude en Belgique (36).

En Ouganda, les femmes principalement, incriminent le châtiment de Dieu (45).

Si dans quelques articles les patients attribuent l'origine du diabète à des causes irrationnelles, il faut quand même noter que l'hérédité et les causes environnementales comme l'alimentation ou l'activité physique sont les plus souvent citées.

C. Les conséquences

Les croyances et les représentations des patients sur les conséquences de leur maladie sont extrêmement variées. Certains considèrent que le diabète n'entraîne pas de conséquence majeure (14, 28) alors que d'autres ont conscience que le diabète peut être à l'origine de complications graves (33) et peut avoir des conséquences sérieuses (38).

On peut distinguer les conséquences physiques et les conséquences sociales.

Les conséquences physiques sont liées aux complications du diabète. On retrouve les complications chroniques microvasculaires : la baisse d'acuité visuelle voire la cécité (22, 39), l'atteinte rénale (22, 39). Dans les complications macrovasculaires on retrouve l'artérite évoquée par les patients à travers les amputations (27, 39) ou la mauvaise circulation périphérique (27, 39).

On retrouve également les complications aiguës avec la notion de coma en l'absence de traitement (22).

Les cardiopathies ischémiques et l'AVC ne sont cités que dans une seule étude (27). Les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires sont pourtant à l'origine d'une surmortalité chez les diabétiques de respectivement 2.2 fois et 1.8 fois par rapport aux non diabétiques. Elles sont responsables de plus de 50% des décès des personnes diabétiques (49).

La notion de souffrance physique en cas de mauvais contrôle est également abordée dans un article (19). Dans une étude qualitative réalisée au Royaume-Uni, des patients d'origine nigérienne déclarent que le diabète a un impact sur la fertilité et la virilité (18).

Les conséquences sociales : les patients diabétiques expriment fréquemment cette idée qu'ils sont stigmatisés (18, 39), sauf dans une étude en Inde où ils considèrent qu'il n'y a aucune stigmatisation liée au diabète (14). Ils sont perçus comme des gens paresseux, qui mangent

mal et trop (40), des gens qui se laissent aller et qui ne font pas ce qu'il faut pour prévenir ou contrôler la maladie, ils sont donc responsables de leur maladie (18, 40).

Le fait de s'astreindre au régime diabétique a également des conséquences sociales. Cette croyance que les diabétiques ne peuvent plus manger au plat commun car ils ne doivent plus manger les mêmes aliments que les autres membres de la famille est retrouvée à plusieurs reprises (30, 32, 35). Elle peut être source de conflits familiaux pour la préparation des repas ou être à l'origine de mise à l'écart. Quelles que soient les croyances qui entourent le régime diabétique, il semble être perçu de manière quasi constante comme une contrainte importante. Il est synonyme de privations, de restrictions et de frustrations (20, 24, 26, 33, 35, 46). Il est d'autant plus difficile à suivre dans certaines cultures, comme par exemple en Asie du sud, où l'alimentation joue un rôle central dans la culture et où il existe une pression sociale importante à consommer de la nourriture, notamment pendant les événements sociaux (16, 27).

Dans une étude s'intéressant à une population mexicaine vivant aux Etats-Unis, les diabétiques sont considérés comme incapables de mener des activités normales dans la vie de tous les jours du fait de leur maladie (27). Ce sentiment ne semble pas être partagé par tous les patients, dans 2 études françaises, plus de la moitié des patients interrogés considère que le diabète a un faible impact sur leur quotidien (31) et considère pouvoir vivre leur journée comme tout le monde (33). C'est également ce qui ressort d'une étude qualitative réalisée en Inde où les patients ne considèrent pas de changement dans la vie quotidienne (14).

Le diabète peut être perçu comme une maladie grave entraînant des complications organiques importantes et être à l'origine d'une certaine exclusion de la société, mais il peut aussi être considéré comme une maladie relativement banale, sans conséquences majeures.

D. Le calendrier

La notion de maladie chronique n'est pas une évidence acquise. Certains semblent l'avoir bien intégré. Ils qualifient le diabète de maladie à long terme (28), de maladie chronique (43), de maladie incurable (39) ou pensent que les médicaments doivent être pris à vie (14). D'autres semblent ne pas avoir compris ou intégré cette notion. Les croyances sont alors variées : certains attendent de leur médecin qu'ils les guérissent (28), certains pensent qu'ils n'auront pas toujours du diabète (20, 28), d'autres considèrent qu'ils n'ont du diabète que lorsque leur taux de glycémie est élevé (28) ou pensent que si leur glycémie à jeun est normale leur diabète est guéri (17).

Dans une étude qualitative réalisée en Ouganda (45), la distinction est faite au sein d'une même population entre les croyances des femmes et celles des hommes. Les femmes ont compris que le diabète est une maladie chronique alors que les hommes ne savent pas combien de temps va durer la maladie.

Certains définissent le diabète comme une maladie tortueuse qui s'aggrave et devient de plus en plus sévère (22, 39). La notion de progression de la maladie est peu exprimée directement. Les patients l'expriment principalement à travers les modifications de traitement. La majoration de traitement, l'introduction de l'insuline ou l'augmentation des doses est, pour beaucoup, un indicateur d'aggravation de leur diabète (20, 21, 39, 41, 42, 44).

Cette revue de la littérature étudie des articles concernant diverses populations qui ont des niveaux socioéconomiques variés et des espérances de vie qui le sont tout autant. Pour nous l'anticipation et la prévention des complications dans le temps sont des enjeux majeurs de la

prise en charge des maladies chroniques. Dans certains pays, comme par exemple en Ouganda et au Mali où le niveau socioéconomique est plus faible, on peut imaginer que les diabétiques se concentrent d'abord sur la gestion du quotidien, et que ensuite seulement ils s'inquiètent de leur maladie. Les notions de chronicité et de projection dans le temps n'ont alors probablement pas la même signification.

E. Le contrôle

On retrouve à travers les différentes études de cette revue de la littérature une certaine ambiguïté vis-à-vis des traitements prescrits. L'importance de prendre des médicaments pour contrôler la glycémie et prévenir l'apparition des complications semble être une notion assez répandue (14, 22, 33, 38, 46). Mais certains expriment aussi un certain fatalisme sur la possibilité de prévenir les complications ou sur le peu de contrôle qu'ils ont face à la maladie (16, 28). Les patients expriment souvent une certaine méfiance à l'égard des médicaments. Ils évoquent leurs inquiétudes face aux effets secondaires (16, 17, 28, 46) ou leur méfiance face à la nature chimique de ces médicaments (17, 20, 44). Ils les opposent aux traitements plus « naturels » proposés par les médecines non allopathiques.

Plusieurs articles portent sur des études réalisées sur des populations où la médecine traditionnelle et les médecines parallèles ont une place importante. On retrouve alors souvent cette croyance avouée ou non que certains aliments ou certaines plantes (notamment des aliments amer comme le melon amer ou le pamplemousse) (16, 17, 22, 25) ou alors des médecines parallèles comme les traitements ayurvédiques (16) sont plus efficaces et plus sûrs que la médecine allopathique. Dans une étude qualitative réalisée en Inde (14), il ressort nettement que même si la médecine allopathique est la source dominante des soins du diabète, le pluralisme médical qui existe dans le pays permet aux patients de naviguer selon leurs croyances et leurs préférences entre médecine allopathique et médecine non allopathique.

Mais ces croyances ne sont pas spécifiques à certaines cultures. Dans une étude transversale réalisée au Canada (34), presque 20% des diabétiques interrogés prennent des produits naturels de santé car ils ne sont pas satisfaits de l'efficacité des médicaments pour traiter le diabète. Un peu plus de 40% pensent que les produits naturels de santé sont plus sûrs que les médicaments.

Des études réalisées aux USA et au Canada montrent un intérêt croissant pour ces produits. La recherche indique que les patients utilisent des thérapies alternatives quand les options allopathiques sont perçues comme apportant des effets secondaires, trop invasives ou traitant seulement les symptômes plutôt que la cause de la maladie.

Concernant les modalités de prise des médicaments, le sujet est peu abordé. Il faut quand même noter que certains patients considèrent que lorsque leur glycémie est normale ils n'ont pas besoin de traitement (17, 28), et d'autres que lorsqu'ils mangent moins ils n'ont pas besoin de traitement (16).

L'insuline est source de nombreuses inquiétudes et de nombreuses représentations la concernant sont retrouvées. Son introduction dans le traitement est synonyme d'aggravation de la maladie. Si les risques et la gravité du diabète sont souvent minimisés par les patients, le passage à l'insuline atteste d'une maladie qui devient sérieuse. Elle est souvent perçue comme un échec, voire une punition (19, 21). Les patients la considèrent comme une sanction pour ne pas avoir réussi à contrôler leur diabète. Ils considèrent parfois qu'une fois initiée l'insulinothérapie ne peut plus être arrêtée (21, 41). Certains y voient des effets positifs considérant qu'elle remplace les ADO (19), qu'elle entraîne moins d'effets secondaires (19), qu'elle aide à mieux contrôler le diabète et prévenir les complications (19, 33, 41). Ils la

qualifient parfois de vitale ou rassurante (33). D'autres se focalisent sur des points négatifs. La notion de doute sur l'origine du produit et la crainte de ses effets secondaires (19, 21, 41, 42, 44) sont souvent retrouvées. La peur de l'injection et de l'aiguille est souvent citée, notamment la peur de la douleur (21, 41, 44). L'insulinothérapie est perçue comme une contrainte, un obstacle dans la vie quotidienne (21, 41). Certains craignent que l'utilisation d'insuline entre en conflit avec leurs croyances religieuses (19).

L'alimentation semble avoir été bien intégrée comme un élément clé du contrôle de la maladie (20), mais les croyances la concernant sont nombreuses. Beaucoup font un lien direct entre diabète et régime alimentaire (46) et perçoivent le régime diabétique comme un régime nécessairement plus sain (22, 25, 45). Ce régime « plus sain » trouve selon les cultures plusieurs interprétations. Certains considèrent que réduire la consommation de sucre (comme le sucre dans le café ou le thé) est suffisante (17), d'autres pensent qu'il faut réduire voire supprimer certains aliments comme le riz blanc ou la pomme de terre (17) ou les aliments forts comme l'agneau, le bœuf ou les épices (16) et d'autres enfin utilisent certains aliments traditionnels comme traitement du diabète (16). Certains diabétiques considèrent que certains aliments sont mauvais pour eux : la viande et les œufs (30, 32), les aliments qui contiennent du sucre (30, 32, 33, 35, 45), les fruits (30, 32, 35); d'autres considèrent qu'ils peuvent manger tous les aliments qu'ils désirent (30, 32). Dans deux études, les patients évoquent le fait que le régime alimentaire du pays est mauvais pour le diabète : des patients hispaniques ou latinos vivant aux USA en parlant des fast-food (15), des femmes afro-caribéennes pour qui le régime caribéen est trop riche en amidon, sucre et graisses et fait de trop grosses portions (25). La notion de quantité est également abordée (30, 32, 35) : pour certains, les diabétiques doivent peser les aliments, pour d'autres, il n'y a pas nécessité de se restreindre.

Un grand nombre de publications atteste de l'intérêt de pratiquer une activité physique régulière, adaptée, chez le diabétique. Cela permet d'améliorer l'équilibre métabolique (baisse moyenne de l'HbA1c de 0,6 %) (50), de réduire les cofacteurs de morbidité du diabète ainsi que ses complications, mais aussi d'améliorer sa qualité de vie. Dans les études incluses dans cette revue de la littérature, le rôle de l'activité physique n'est pas souvent abordé. Si certains ont conscience de son importance et la qualifient de bénéfique (22), ce sont les personnes pratiquantes qui l'évoquent spontanément tandis que les plus sédentaires l'occultent (25, 46). D'autres considèrent que le travail quotidien comme les tâches ménagères constituent une activité physique quotidienne suffisante (17). Là encore, la culture joue un rôle primordial, dans une revue de la littérature étudiant des populations originaires d'Asie du sud (16), les patients considèrent de manière générale que l'exercice physique épuise l'énergie, notamment chez les personnes âgées qui doivent se reposer, et de ce fait, l'activité physique est considérée comme exacerbant le diabète.

Dans certaines populations où la religion tient une place importante, le recours à la prière est aussi perçu comme un moyen de traitement par les patients (17, 25, 44).

Les traitements médicamenteux prescrits en médecine allopathique semblent être souvent la source de nombreuses inquiétudes pour les patients. Quelle que soit la culture, ils semblent avoir moins de réserves vis-à-vis de médecines parallèles qu'ils considèrent comme plus « naturelles ». Ces croyances peuvent être à l'origine de mésusage des traitements prescrits.

Les croyances sur les bienfaits de l'activité physique et les croyances sur l'alimentation sont fortement influencées par la culture. Il est indispensable d'en tenir compte pour la prise en charge.

F. L'identité

Les étiquettes données au diabète sont diverses et variées :

- maladie commune et banale dédramatisant ainsi parfois la situation (14, 19, 46)
- maladie honteuse (18, 27)
- maladie stigmatisante (18, 31, 40, 42), ou non (14)
- maladie inquiétante, qui fait peur (31, 37)

Selon l'INVS, par rapport à la population non diabétique, la mortalité, toutes causes confondues, et à âge égal, est 1,4 fois plus élevée chez les diabétiques (49).

Dans les études incluses dans notre revue de la littérature, certains patients considèrent le diabète comme une maladie sévère. Ils la qualifient de maladie grave (31, 37) ou de sentence de mort (19, 27). D'autres n'y voient aucune gravité (14), se sentent en bonne santé (20, 31). On retrouve à travers cette notion de « bonne santé » toute la complexité de la maladie chronique silencieuse. L'absence de symptôme rend la maladie irréaliste, moins dangereuse (20, 46).

Dans une étude transversale réalisée aux USA (28), 49% des patients interrogés pensent que le diabète présente peu de symptômes et 54% pensent qu'ils peuvent ressentir lorsque leur glycémie est élevée. Les patients font parfois l'amalgame entre les symptômes liés aux complications du diabète et les symptômes de la maladie ; par exemple, les changements d'humeur, les étourdissements, les picotements dans les doigts, la sensation de faim ou la fatigue (22, 26, 29). Cet amalgame est particulièrement flagrant dans une étude qualitative réalisée sur des diabétiques habitant au Mexique ou au Texas (22) où les patients citent un grand nombre de signes qu'ils attribuent à des symptômes du diabète.

Dans une étude qualitative réalisée à Taiwan (39), les patients interrogés citent 3 critères qui permettent de juger la gravité de la maladie : le taux de glycémie, les complications, la quantité de médicaments prescrits. Dans les autres études, c'est uniquement à travers le traitement que les patients jugent la gravité de leur diabète.

L'initiation d'un traitement signe l'entrée dans la maladie (16), l'introduction de l'insuline signe la gravité de la maladie (21, 39, 42, 44, 46).

A travers ces études, il est constaté que le diabète a globalement une connotation négative.

G. Données complémentaires

Dans cette partie nous allons lister l'ensemble des résultats qui n'ont pas été discutés dans les 5 thématiques précédentes.

- le médecin est le gestionnaire référent (16)
- l'hypoglycémie est terrifiante (20)
- l'hôpital est un endroit important pour traiter le diabète (22)
- la glycémie est élevée si > 200 mg/dl (28)
- une glycémie = 110 mg/dl est trop faible (28)
- la stigmatisation sociale ne touche que les diabétiques de type 2 et non les diabétiques de type 1 (40)
- la peur des complications trouve ses origines dans le vécu de l'entourage (familial, amical) (46)
- le diabète de type 2 est moins grave que le diabète de type 1 (46).

H. Réflexion personnelle

Cette revue de la littérature montre qu'il existe de nombreuses croyances et représentations concernant le diabète de type 2. Même si les diabétiques partagent la même maladie, leurs caractéristiques socio-psychologiques, leurs contextes de vie font qu'ils construisent des représentations diverses et variées autour du diabète. Certaines de ces représentations sont partagées par des cultures différentes, d'autres sont propres à chaque culture. Elles varient également d'un individu à l'autre. Chaque diabétique a donc ses propres représentations de la maladie. Elles peuvent toucher tous les aspects de la maladie, les causes, les conséquences, le calendrier, le contrôle, l'identité. Les représentations profanes du diabète se rapprochent parfois des connaissances médicales que l'on a de la maladie, ou bien peuvent être extrêmement différentes. Globalement les représentations et les croyances des diabétiques offrent une vision négative de la maladie et de sa prise en charge, se focalisant sur la gravité et les contraintes de la maladie, en notant toutefois que pour certains la maladie peut paraître plus légère. Elles peuvent parfois nous sembler à nous professionnels de santé irrationnelles et alors nous mettre en difficultés.

Au sein des cabinets de médecine générale, nous sommes amenés à prendre en charge de nombreux patients diabétiques de culture et d'origine différentes.

Lorsqu'un médecin prend en charge un patient diabétique il se base principalement sur ses connaissances scientifiques de la maladie et sur les caractéristiques médicales du patient pour déterminer les modalités de la prise en charge. Le diabétique peut être ainsi séparé de son histoire personnelle et de ses émotions.

Le diabète est une maladie chronique qui évolue dans le temps avec ses risques et ses complications. Dès lors la prise en charge du patient doit être aussi globale et engagée que possible en considérant à la fois le malade et son environnement, son entourage et son contexte de vie. Il est également nécessaire, sinon impératif, d'établir une relation de confiance réciproque entre soignant et soigné, et de faciliter une communication aussi efficace que possible entre les différents partis. Ce sont là des principes de l'alliance thérapeutique. On comprend alors que le temps d'écoute du patient, devient extrêmement important, voir fondamental. Il nous permet d'apprendre à connaître le patient en tant qu'individu et ainsi à identifier ses croyances et ses représentations de la maladie. On pourra distinguer des croyances aidantes, sur lesquelles on pourra sans doute s'appuyer pour la prise en charge, et des croyances limitantes que l'on pourra, avec le temps, essayer de modifier ou qu'il nous faudra parfois respecter.

Finalement c'est en se basant sur les caractéristiques médicales du patient mais aussi sur « ce qu'il pense de la maladie », sur des objectifs scientifiquement démontrés, sur les connaissances du médecin mais aussi ses propres représentations de la maladie, que le médecin et le patient vont pouvoir déterminer, ensemble, des objectifs thérapeutiques personnalisés avec les moyens d'y parvenir.

I. Les limites de l'étude

Le fait qu'il n'y ait qu'un seul chercheur, l'auteur de cette thèse, constitue une limite. Il peut y avoir eu des biais de sélection des études ou de recueil des données. La traduction de la langue anglaise a parfois été difficile. Nous avons demandé une correction des traductions à un professeur d'anglais en cas de doute.

Nous nous sommes limités aux 10 dernières années de publication. Ce choix a pu constituer un biais de sélection.

Le fait d'avoir sélectionné des articles uniquement en français ou en anglais a pu induire un biais de sélection. Néanmoins, peu d'articles ont été exclus pour ce motif.

CONCLUSION

Les représentations que se font les patients diabétiques de leur maladie vont être l'un des déterminants à leur adhésion à la prise en charge. Chaque diabétique construit ses propres représentations de la maladie. Si certaines de ces représentations sont de véritables obstacles à la prise en charge, d'autres peuvent être utilisées comme des leviers. Il est donc important en tant que professionnel de santé d'établir un réel dialogue avec le patient et de consacrer du temps à les écouter. Nous pourrions alors apprendre à connaître les patients dans leur globalité et pas seulement d'un point de vue médical. Ainsi leurs croyances et leurs représentations de la maladie pourront être identifiées au fil des consultations. Il faudra alors en tenir compte pour optimiser la prise en charge.

Bibliographie

1. World Health Organization. (page consultée le 15/3/2017). Diabetes Fact sheet, [en ligne]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>.
2. Santé Publique France. (page consultée le 25/4/2017). Prévalence et incidence du diabète, [en ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete>.
3. Fédération Internationale du Diabète. (page consultée le 15/5/2017). Atlas du diabète de le FID 6ème édition, [en ligne]. <https://www.idf.org/component/attachments/attachments.html?id=868&task>.
4. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 15/5/2017). Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2012494/fr/prevention-et-depistage-du-diabete-de-type-2-et-des-maladies-liees-au-diabete.
5. Charbonnel B, Simon D, Dallongeville J, Bureau I, Leproust S, Levy-Bachelot L, et al. Coût du diabète de type 2 en France. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2016;64:S299.
6. Simon D. Épidémiologie du diabète. EMC – Endocrinologie–Nutrition. 2016;13(4):1-19.
7. Gregg EW, Li Y, Wang J, Burrows NR, Ali MK, Rolka D, Williams DE, Geiss L. Changes in diabetes-related complications in the United States, 1990-2010. N Engl J Med. 2014;370(16):1514-23.
8. Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, traduit en français en 1998.
9. Jodelet D. Les représentations sociales. Paris : Puf; 1989, 400 p.
10. Villani M, Flahault C, Montel S, Sultan S, Bungener C. Proximité des représentations de la maladie chez le malade et ses proches : revue de littérature et illustration clinique. Bulletin de psychologie. 2014;528(6):477-87.
11. Pucheu S, Consoli SM, Landi B, Lecomte T. Personnalité, représentations et adaptation à la maladie cancéreuse: étude comparative. Rev Francoph Psycho Oncologie. 2005;4(4):268-77.
12. Universalis. (page consultée le 15 mai 2017). Croyances et représentations sociales, [en ligne]. <http://www.universalis.fr/classification/sciences-humaines-et-sociales/psychologie/psychologie-sociale-ou-psychosociologie/croyances-et-representations-sociales/>.
13. Bronner G. L'empire des croyances. Paris : PUF ; 2003, 281p.

14. Mendenhall E, McMurry HS, Shivashankar R, Narayan K MV, Tandon N, Prabhakaran D. Normalizing diabetes in Delhi: a qualitative study of health and health care. *Anthropol Med*. 2016;23(3):295-310.
15. Concha JB, Mayer SD, Mezuk BR, Avula D. Diabetes Causation Beliefs Among Spanish-Speaking Patients. *Diabetes Educ*. 2016;42(1):116-25.
16. Sohal T, Sohal P, King-Shier KM, Khan NA. Barriers and Facilitators for Type-2 Diabetes Management in South Asians: A Systematic Review. *PLoS ONE*. 2015;10(9):e0136202.
17. Amarasekara AA, Fongkaew W, Turale S, Wimalasekara SW, Chanprasit C. An ethnographic study of diabetes health beliefs and practices in Sri Lankan adults. *Int Nurs Rev*. 2014;61(4):507-14.
18. Winkley K, Ewrierhoma C, Amiel SA, Lempp HK, Ismail K, Forbes A. Patient explanations for non-attendance at structured diabetes education sessions for newly diagnosed Type 2 diabetes: a qualitative study. *Diabet Med*. 2015;32(1):120-8.
19. Lee YK, Low WY, Ng CJ. Exploring Patient Values in Medical Decision Making: A Qualitative Study. *PLoS ONE*. 2013; 8(11): e80051.
20. Janes R, Titchener J, Pere J, Pere R, Senior J. Understanding barriers to glycaemic control from the patient's perspective. *J Prim Health Care*. 2013;5(2):114-22.
21. Machinani S, Bazargan-Hejazi S, Hsia SH. Psychological insulin resistance among low-income, U.S. racial minority patients with type 2 diabetes. *Prim Care Diabetes*. 2013;7(1):51-5.
22. Weller SC, Baer RD, Garcia de Alba Garcia J, Salcedo Rocha AL. Explanatory models of diabetes in the U.S. and Mexico: the patient-provider gap and cultural competence. *Soc Sci Med*. 2012;75(6):1088-96.
23. Mendenhall E1, Fernandez A, Adler N, Jacobs EA. Susto, coraje, and abuse: depression and beliefs about diabetes. *Cult Med Psychiatry*. 2012;36(3):480-92.
24. Braginsky N, Inouye J, Wang CY, Arakaki R. Perceptions Related to Diet and Exercise Among Asians and Pacific Islanders with Diabetes. *Hawaii Med J*. 2011;70(9):196-9.
25. Smith CA. Living with sugar: influence of cultural beliefs on type 2 diabetes self-management of English-speaking Afro-Caribbean women. *J Immigr Minor Health*. 2012;14(4):640-7.
26. Chesla CA, Chun KM, Kwan CML. Cultural and family challenges to managing type 2 diabetes in immigrant Chinese Americans. *Diabetes Care*. 2009;32(10):1812-6.
27. Weiler DM, Crist JD. Diabetes self-management in a Latino social environment. *Diabetes Educ*. 2009;35(2):285-92.

28. Mann DM, Ponienman D, Leventhal H, Halm EA. Misconceptions about diabetes and its management among low-income minorities with diabetes. *Diabetes Care*. 2009;32(4):591-3.
29. Elstad E, Tusiofo C, Rosen RK, McGarvey ST. Living with Ma'i Suka: individual, familial, cultural, and environmental stress among patients with type 2 diabetes mellitus and their caregivers in American Samoa. *Prev Chronic Dis*. 2008;5(3):A79.
30. Hallab L, Chadli A, Nsame D, Elaziz S, El Ghomari H, Farouqi A. Croyances et pratiques alimentaires chez les diabétiques de type 2 obèses marocains: Beliefs and food practices of obese type 2 diabetics in Morocco. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2012;6(3):244-8.
31. Mosnier-Pudar H, Hochberg G, Eschwege E, Halimi S, Virally M-L, Guillausseau P-J, Touboul C, Dejager S. How patients' attitudes and opinions influence self-care behaviours in type 2 diabetes. Insights from the French DIABASIS Survey. *Diabetes Metab*. 2010;36(6 Pt 1):476-83.
32. Coulibaly A, Turgeon O'Brien H, Galibois I. Croyances et pratiques alimentaires chez des diabétiques de type 2 à Bamako (Mali). *Cahiers de Nutrition et de Diététique*. 2009;44(3):136-42.
33. Consoli SM, Barthélémy L, Idtaleb L, Le Pape G, Fraysse M, Dugardin N, Kherbachi Y, Grimaldi A. Perception et vécu émotionnel de la maladie et de ses traitements par des patients ayant un diabète de type 2 et en population générale. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2016;10(4):364-75.
34. Gobert CP, Duncan A. Use of Natural Health Products by Adults with Type 2 Diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*. 2008;32(4):260-72.
35. Jemai C, Sellami S, Ben Mohamed R, Ksira I, Chelbi S, Ben Amor N. Croyances alimentaires d'un groupe de patients diabétiques type 2. *Annales d'Endocrinologie*. 2016;77(4):524.
36. Hoge A, Pétré B, Streel S, Dardenne N, Husson E, Guillaume M, Scheen A. 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*. 2014;40 Suppl 1:S49.
37. Masseboeuf N, Mater D, Sachon C. Vécu du diabète de type 2 : le dessin comme moyen d'expression. *Diabetes & Metabolism*. March 2008;34Suppl 3:S103.
38. Searle A, Norman P, Thompson R, Vedhara K. Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners: relationships with self-management behaviors. *J Psychosom Res*. 2007;63(2):175-84.
39. Lai WA, Chie W-C, Lew-Ting C-Y. How diabetic patients' ideas of illness course affect non-adherent behaviour: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2007;57(537):296-302.
40. Browne JL, Ventura A, Mosely K, Speight J. « I call it the blame and shame disease »: a qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes. *BMJ Open*. 2013;3(11):e003384.

41. Ahmed US, Junaidi B, Ali AW, Akhter O, Salahuddin M, Akhter J. Barriers in initiating insulin therapy in a South Asian Muslim community. *Diabet Med.* 2010;27(2):169-74.
42. Khan H, Lasker SS, Chowdhury TA. Prevalence and reasons for insulin refusal in Bangladeshi patients with poorly controlled Type 2 diabetes in East London. *Diabet Med.* 2008;25(9):1108-11.
43. Searle A, Wetherell MA, Campbell R, Dayan C, Weinman J, Vedhara K. Do patients' beliefs about type 2 diabetes differ in accordance with complications: an investigation into diabetic foot ulceration and retinopathy. *Int J Behav Med.* 2008;15(3):173-9.
44. Brown K, Avis M, Hubbard M. Health beliefs of African-Caribbean people with type 2 diabetes: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2007;57(539):461-9.
45. Hjelm K, Nambozi G. Beliefs about health and illness: a comparison between Ugandan men and women living with diabetes mellitus. *Int Nurs Rev.* 2008;55(4):434-41.
46. Champiot C, Faure J. Vécu et représentations des patients pris en charge pour un diabète de type 2: une étude qualitative [Thèse présentée pour l'obtention du diplôme d'Etat Docteur en médecine DES de médecine générale]. Grenoble: Faculté de Médecine; 2016.
47. Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;84:142-5.
48. Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, et al. Illness representations: theoretical foundations. In: Petrie KJ, Weinman JA, editors. *Perceptions of health and illness.* Singapore: Harwood Academic Publishers; 1997. pp. 19–45.
49. Fagot-Campagna A, Romon I, Fosse S, Roudier C. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France. Synthèse épidémiologique. Saint-Maurice: InVS; 2010.
50. Thomas DE, Elliott EJ, Naughton GA. Exercise for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(3):CD002968.

VU

NANCY, le 17 mai 2017
Le Président de Thèse

NANCY, le 19 mai 2017
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc KLEIN

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9854

NANCY, le 23 mai 2017

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

Objectif : Recenser les croyances et les représentations des patients diabétiques de type 2 à propos de leur maladie.

Matériel et méthode : Une revue de la littérature a été réalisée sur des articles publiés entre janvier 2007 et mai 2017. Les bases de données PubMed et ScienceDirect ont été interrogées. 33 articles rédigés en français ou en anglais ont été inclus. Les données concernant les croyances et les représentations des patients diabétiques de type 2 ont été extraites et recueillies dans des grilles de lecture puis analysées.

Résultats : Il existe de nombreuses croyances et représentations chez les diabétiques de type 2 concernant leur maladie. Certaines sont partagées par plusieurs cultures, d'autres sont plus spécifiques à certaines cultures ou certains groupes de patients. Elles se construisent à partir de sources extérieures mais aussi à partir de l'expérience personnelle. Elles sont parfois en accord avec les connaissances médicales de la maladie et parfois en opposition. Elles offrent une vision globalement négative du diabète et de sa prise en charge.

Conclusion : Il est important pour une prise en charge optimale des patients diabétiques de type 2 d'avoir conscience que chaque patient construit ses propres représentations de la maladie et que celles-ci vont être des déterminants pour l'adhésion aux soins.

TITRE EN ANGLAIS : THE BELIEFS AND REPRESENTATIONS OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES : A REVIEW.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2017

MOTS CLEFS : diabète de type 2, patients, croyances, représentations de la maladie

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
