

Reproduction sur d'autres sites interdite  
mais lien vers le document accepté :

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/299-gerer-sa-sante-avec-un-diabete-de-type-2.pdf>

## Gérer sa santé avec un diabète de type 2 Les apports de la recherche qualitative Diab-quali

Delphine Ballet<sup>a</sup>, Maryvette Balcou-Debussche<sup>a</sup>  
avec la collaboration de Cécile Fournier<sup>b</sup> et Sandrine Fosse-Edorh<sup>c</sup>

Comment les personnes touchées par un diabète de type 2 gèrent-elles leur santé au fil de l'évolution de la maladie, selon leur situation sociale et les ressources dont elles disposent ? Des entretiens ont été menés entre 2020 et 2022 avec 84 personnes atteintes de cette pathologie, dans cinq régions françaises (Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et île de La Réunion), dans un contexte sanitaire instable dû à l'épidémie de Covid-19. Ces personnes, aux profils diversifiés, déclarent pour la plupart adhérer au traitement recommandé pour leur santé. Leurs logiques d'actions sont liées notamment à leur littératie en santé, et à leurs rapports différenciés à l'alimentation, à l'activité physique, ainsi qu'au traitement et au suivi de la maladie. L'importance du soutien social, de l'accès à une éducation thérapeutique et de la qualité des relations entretenues avec les professionnels de santé a également été observée. En soulignant ce qui facilite ou, au contraire, rend plus difficile une gestion de la santé conforme aux recommandations médicales, cette recherche offre des pistes aux pouvoirs publics et aux soignants pour mieux organiser leur accompagnement, en réponse aux besoins diversifiés des personnes vivant avec un diabète.

**M**aladie chronique emblématique des enjeux liés à la transition épidémiologique et aux inégalités sociales de santé, le diabète concerne plus de 3,5 millions de personnes en France (Fosse Edorh *et al.*, 2022). La plupart sont atteintes d'un diabète de type 2, lié à une déficience soit de l'action de l'insuline (insulinorésistance), soit de la sécrétion d'insuline par les cellules endocrines, soit des deux. Les premiers résultats de l'enquête épidémiologique Entred 3 (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) [encadré Repères] mettent en évidence, par rapport aux deux précédentes études de 2001 et 2007, un

vieillissement de la population des personnes vivant avec un diabète de type 2 : l'âge moyen est passé de 65 ans en 2007 à 67 ans en 2019, après une période de stabilité entre 2001 et 2007 ; en parallèle, l'ancienneté médiane du diabète (onze ans) a augmenté de deux ans entre 2007 et 2019, alors qu'elle était stable entre 2001 et 2007. De plus, le niveau socioéconomique des personnes vivant avec un diabète de type 2 a évolué, avec une progression du niveau d'études probablement liée à un effet générationnel. L'enquête souligne toutefois, chez ces personnes, l'absence de progrès dans la maîtrise des facteurs favorisant la survenue de complications liées à la mala-

die, comme le poids (80 % de surpoids et d'obésité chez les personnes ayant un diabète de type 2 en 2019) et une faible diminution du tabagisme (de 14 % à 13 % entre 2007 et 2019) [Fosse-Edorh *et al.*, 2022].

Pour les personnes atteintes d'un diabète de type 2, les recommandations médicales associent une alimentation équilibrée, la pratique d'une activité physique régulière, la prise quotidienne d'un traî-

<sup>a</sup> Laboratoire Icare, Université de La Réunion

<sup>b</sup> Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

<sup>c</sup> Santé publique France

tement médicamenteux, ainsi qu'une surveillance médicale. Cette gestion quotidienne repose sur un ensemble de compétences cognitives (lire, écrire, calculer) et sociales (communiquer) que les personnes mobilisent, à la fois pour accéder aux informations et services nécessaires

## MÉTHODE

### Données recueillies

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés entre 2020 et 2022 avec 84 personnes vivant avec un diabète de type 2, résidant dans quatre régions de France hexagonale (20 personnes en Bretagne, 10 personnes en Ile-de-France, 16 personnes en Auvergne Rhône-Alpes et 14 personnes en Provence-Alpes-Côte d'Azur) et sur l'île de La Réunion (24 personnes). Elles comptent parmi les 4 984 personnes (dont 2 270 dans les départements et régions d'outre-mer et 586 à La Réunion) ayant répondu au questionnaire de l'enquête Entred 3 (Fosse-Edorh *et al.*, 2022). Dans chaque région, l'équipe pilote de l'enquête Entred 3 à Santé publique France a fourni aux enquêtrices une liste de personnes ayant accepté d'être sollicitées pour des enquêtes complémentaires. Cette liste mentionnait certaines informations agrégées, déclarées dans l'enquête par questionnaire, ayant permis de contacter des personnes aux profils variés en termes de caractéristiques sociales (âge, sexe, niveau d'éducation, statut d'emploi, soutien social perçu, aisance financière déclarée, habitudes de vie, conditions de vie) et de ressources liées au système de santé (moyens d'informations en santé, offre de soins et qualité perçue de la relation aux professionnels de santé). Il ne s'agissait pas de constituer un panel représentatif de personnes vivant avec un diabète de type 2, mais de diversifier les profils susceptibles d'être liés à des pratiques variées de gestion de la santé. Ces personnes ont reçu par courrier une lettre d'information leur présentant l'enquête, puis ont été contactées par téléphone pour prendre rendez-vous pour un entretien d'environ deux heures.

### Déroulement de l'enquête

En raison de l'épidémie de Covid-19 et des incertitudes qui ont pesé sur son évolution, 44 entretiens ont été menés par téléphone et 40 entretiens à domicile, par trois enquêtrices (Delphine Ballet, Maryvette Balcou-Debussche et Jessica Caroupin). Avec l'accord des personnes, les entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement. L'anonymat a été garanti et chaque personne s'est vu attribuer un prénom d'emprunt.

### Personnes interrogées

Les personnes ont des profils plutôt socialement favorisés (51 personnes se disant « à l'aise financièrement ») et déclarent pour la majorité un bon suivi de leur maladie (77 personnes). Sur les 84 participants, la moitié sont des femmes (43 personnes), et la moyenne d'âge se situe entre 55 et 75 ans. Les deux tiers vivent à deux, sans enfants et dans une maison. Par ailleurs, la plupart vivent dans des unités urbaines de plus de 6 000 habitants. La majorité d'entre elles est retraitée, avec un niveau scolaire ne dépassant pas le lycée. Un tiers des personnes souligne avoir des difficultés financières. La majorité des personnes a reçu un diagnostic de diabète de type 2 depuis plus de dix ans, est sous traitement anti-diabétique oral (ADO) et effectue (pour 54 personnes qui ont répondu à la question sur le contrôle de la glycémie) une autosurveillance glycémique une à six fois par jour. Une personne sur deux consulte son médecin généraliste tous les trois mois pour renouveler l'ordonnance et parfois pour mesurer son hémoglobine glyquée (le reflet du taux de glucose moyen dans le sang au cours des trois derniers mois). La moitié des personnes n'a jamais consulté de diabétologue.

à la prise de décision concernant leur santé, et pour les comprendre, les retenir, les utiliser et les évaluer (Osborne *et al.*, 2013 ; Kickbusch *et al.*, 2013). Ces compétences renvoient au concept de littératie en santé, dont le niveau influe sur l'état de santé et intervient dans la construction des inégalités de santé (Sørensen *et al.*, 2012). Les principales recherches

sur ce sujet montrent que les personnes ayant des niveaux plus « élevés » de littératie en santé développent des compétences pour rechercher, lire, interpréter et comprendre de manière critique les messages de santé, les options de traitements et les conseils des professionnels de santé (Lambert *et al.*, 2014). Outre les compétences cognitives et sociales nécessaires

### Analyse

La construction du guide d'entretien et l'analyse se sont appuyées sur le concept de littératie en santé, concept polysémique et multidimensionnel qui se rapporte à la compréhension et à l'analyse de la langue, de l'information, des concepts et des représentations du monde dans des situations d'interaction et de communication. Si divers outils et types d'analyse quantitatifs et qualitatifs, développés dans différents contextes, permettent d'approcher et de caractériser les compétences des personnes dans le domaine de la littératie en santé (Nutbeam, 2008, Osborne *et al.*, 2013), les travaux francophones menés par M. Balcou-Debussche (2016a) ont permis de déterminer huit variables constitutives de la gestion du diabète en contexte ordinaire, réparties en trois pôles :

- pôle Gestion de la maladie : alimentation, activité physique, traitement et suivi de la maladie
- pôle Savoirs en santé : accès aux savoirs et connaissance de la maladie
- pôle Expertise, réseau et soutien social : relations aux professionnels de santé et soutien social

En prenant appui sur les catégories établies par Don Nutbeam (2008) en littératie en santé, trois types de rapports à la maladie ont été déterminés en fonction des trois pôles et des huit variables (Balcou-Debussche, 2016) :

- Un rapport « instrumental/fonctionnel » : la maladie est plutôt positionnée en situation d'extériorité par rapport à la personne malade et celle-ci suit les conseils qui lui sont donnés par la ou les personnes de référence. Les tâches sont généralement exercées sans regard critique et de façon identique et/ou répétitive, dans les situations de vie quotidienne.
- Un rapport « interactif » : la personne a conscience de la possibilité d'agir sur sa maladie et s'engage généralement à intervenir, ponctuellement ou de façon plus durable, sur certains éléments contributifs de la gestion ordinaire de la maladie. La personne engage alors des compétences cognitives et sociales pour adapter certaines pratiques à quelques situations changeantes, liées à l'évolution de la maladie et /ou à de nouveaux environnements.
- Un rapport « critique » où la gestion de la maladie est plus active et étendue, en interaction avec son environnement, aussi complexe et fluctuant soit-il. La personne mobilise alors des compétences cognitives et sociales complexes qui permettent de développer des stratégies adaptées aux changements et aux imprévus qui interviennent dans la maladie elle-même ou dans les contextes de référence de la personne (Balcou- Debussche, 2016).

Ces rapports différenciés à plusieurs dimensions de la gestion du diabète se réfèrent ainsi à la capacité des personnes à mettre en œuvre des pratiques appropriées pour se maintenir en santé, à en comprendre le sens et à adapter celles-ci en tenant compte de leurs besoins et des ressources liées au système de santé.

Le codage des entretiens a été effectué par deux chercheuses, qui ont croisé leurs analyses, pour identifier les rapports des personnes vivant avec un diabète de type 2 à la gestion de la maladie autour des quatre objets cités, tout en cherchant à comprendre ce qui les aide à prendre des décisions conformes aux recommandations, ou au contraire rend la gestion de leur santé plus difficile. Des portraits individuels ont été élaborés pour chaque personne enquêtée (encadrés pages 4, 5 et 6), avant de mener une analyse comparative des aspects étudiés. Pour chaque personne, les résultats sont différenciés et ne s'appuient pas toujours sur les mêmes variables.

pour prendre des décisions en matière de santé, plusieurs caractéristiques sont associées à un faible niveau de littératie en santé telles que le vieillissement, la langue maternelle (autre que celle parlée dans le pays), le niveau scolaire ou encore le niveau socioéconomique (Rootman, 2008). Dans le cadre du diabète, la littératie en santé influence les prises de décision concernant la gestion de l'alimentation, de l'activité physique et du contrôle glycémique (Laranjo *et al.*, 2015). Si un niveau satisfaisant de littératie en santé va de pair avec le maintien en « bonne » santé (Baker *et al.*, 2007), la littératie reste une compétence multidimensionnelle fluctuante, qui peut se renforcer ou s'affaiblir avec le temps. De ce fait, lorsqu'on se préoccupe de la littératie en santé, l'approche d'une population par une investigation fine de ses pratiques de santé se révèle pertinente (Balcou-Debussche, 2016).

Dans un environnement social en mutation et un système de santé traversé par de nombreuses transformations (épidémiologiques, thérapeutiques, disponibilité de ressources éducatives, nouvelles technologies...), dont les effets sur la qualité des prises en charge proposées aux personnes malades chroniques ne sont pas connus ou sont ambivalents, il importe de mieux comprendre l'expérience qu'ont les personnes concernées de la maladie et de sa prise en charge : qu'est-ce qui, selon elles, facilite ou au contraire rend plus difficile leur gestion du diabète, et quelles ressources mobilisent-elles ?

## REPÈRES

L'enquête Diab-quali est une recherche socio-anthropologique qualitative adossée à l'enquête épidémiologique Entred 3 (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) mise en œuvre en 2019-2020 par Santé publique France (SpF). Elle est le fruit d'un partenariat scientifique entre SpF, le laboratoire Icare de l'Université de La Réunion, chargé de la réalisation de l'enquête, et l'Irdes, qui a contribué avec SpF aux réflexions sur la mise en œuvre de l'enquête et sur l'analyse des données recueillies, au sein d'un comité de suivi du projet.

Cette recherche est intégrée dans l'étude Entred 3, qui a reçu l'avis favorable du Comité de protection des personnes Sud-Est 1 (n° 2017-43) et de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil, n° 918004).

Des résultats détaillés sont publiés dans deux ouvrages : Balcou-Debussche, 2024 et Balcou-Debussche et Ballet (*à paraître*).

La recherche Diab-quali s'appuie sur une méthode qualitative, fondée sur des entretiens auprès de personnes vivant avec un diabète et résidant dans cinq régions de France (encadré Méthode). Les profils de ces personnes sont diversifiés en termes de caractéristiques personnelles (âge, sexe, niveau d'éducation, statut d'emploi, soutien social perçu, aisance financière déclarée, habitudes de vie, conditions de vie) et de ressources liées au système de santé (moyens d'information en santé, offre de soins et qualité perçue de la relation aux professionnels de santé). Mais du fait du mode de recrutement des personnes interrogées, déjà répondantes à l'enquête Entred et d'accord pour être recontactées, l'échantillon est particulier, car la majorité des enquêtés déclarent un suivi de leur maladie conforme aux recommandations médicales. Les entretiens ont mobilisé la grille « Diabète, littératie, santé » (Balcou-Debussche, 2016) qui identifie quatre dimensions constitutives de la gestion de la maladie, sans hiérarchie entre elles : l'alimentation, l'activité physique, la gestion du traitement et le suivi de la maladie.

L'objectif de l'étude consiste à analyser les variations des « rapports » des personnes à ces quatre dimensions de la gestion de la maladie, permettant d'apprécier leur littératie en santé (encadré Méthode). Ces « rapports à » identifient la relation cognitive et socioaffective que les personnes entretiennent à leur maladie, aux autres et à leurs contextes de vie. En fonction de cette relation et du type de rapport pouvant s'exprimer selon trois modalités, allant d'une simple application des consignes (« fonctionnel ») à une capacité à adapter ces consignes (« interactif ») ou même à développer un esprit critique permettant une gestion active de la maladie (« critique »), l'individu sera en capacité de développer des apprentissages différents, et plus ou moins approfondis, relatifs aux quatre dimensions concernées, et d'ajuster en conséquence ses pratiques de santé.

Que nous enseigne l'expérience des personnes vivant avec un diabète sur la manière dont leurs décisions de santé sont influencées par leur situation sociale, les ressources liées au système de santé, et leurs rapports à la gestion de leur santé ? Trois portraits de patients (encadrés Portraits pages 4, 5 et 6) illustrent l'intégration de différents éléments dans

la manière dont ils et elles appréhendent et gèrent leur santé. Nous nous intéressons également à la manière dont ces différents éléments s'articulent, dans les quatre dimensions de la gestion de la santé : l'alimentation, l'activité physique, le traitement médicamenteux et le suivi de la maladie (autosurveillance glycémique et consultations régulières auprès des professionnels de santé).

## L'accompagnement des professionnels de santé et le soutien social perçu favorisent l'ajustement et le maintien dans le temps de pratiques alimentaires conformes aux recommandations

La moitié des personnes interrogées (soit 42 personnes) exprime un rapport « fonctionnel » à l'alimentation. Dans ce type de rapport, la personne suit les conseils qui lui sont donnés par la ou les personne(s) de référence. Les pratiques sont généralement mises en œuvre sans regard critique et de façon identique et/ou répétitive, dans les situations de la vie quotidienne. En d'autres termes, les personnes disent essayer de suivre au plus près les conseils donnés par les professionnels de santé en ajustant leurs pratiques *via* différentes actions : la limitation de certains aliments (viande, charcuterie, féculents), l'ajout ou le remplacement par d'autres (légumes et fruits), la diminution des quantités, voire la suppression, pour un tiers d'entre elles, d'aliments contenant du sucre (encadrés Portraits).

*« Je fais attention à ce que je mange (...) pas trop salé et puis ne pas reprendre deux fois la même chose (...) Voilà, une certaine limite. Il y a des choses que je ne mange pas. »*

**Catherine, 73 ans**, ancien(ne) du diabète > vingt ans, rapport « fonctionnel » à l'alimentation, niveau d'études secondaire (collège)

L'autre moitié des personnes enquêtées est dans un rapport « interactif » ou « critique » à l'alimentation. Concernant tout d'abord le rapport « interactif », les personnes ont conscience de la possibilité d'agir sur la maladie et s'engagent généralement à intervenir, ponctuellement ou de façon plus durable, sur certains éléments associés à la gestion ordinaire de la maladie. Elles engagent alors des compétences cognitives et sociales pour adapter certaines pratiques à des situations changeantes, liées à l'évolution de la maladie et/ou à de nouveaux environnements.

Elles ont pris conscience du fait que l'alimentation devait être variée et équilibrée et ne remettent pas en cause leurs pratiques alimentaires de référence.

**« On essaie de manger un peu de tout, modérément, plutôt que de se priver. »**

**Adrien, 66 ans**, ancien du diabète entre onze et vingt ans, rapport « interactif » à l'alimentation, niveau d'études secondaire (lycée)

Pour les personnes exprimant un rapport « critique » à l'alimentation, la gestion active de la maladie s'accompagne du développement d'un esprit critique, qui permet de se construire une façon singulière de vivre avec la maladie, en interaction avec son environnement, aussi complexe et fluctuant soit-il. En d'autres termes, ces personnes ont intégré la présence de la maladie dans les pratiques alimentaires quotidiennes et adaptent celles-ci selon les circonstances.

**« Ça a été dur, mais on va dire que maintenant j'arrive quand même à me contrôler et donc je fais en sorte [...] que mon repas soit équilibré, c'est-à-dire mon féculent, mon légume, voilà. »**

**Diane, 42 ans**, ancien du diabète entre onze et vingt ans, rapport « critique » à l'alimentation, niveau d'études secondaire (lycée)

Pour une grande partie des personnes interrogées, ces différents ajustements alimentaires sont décrits comme ayant été adoptés à la suite de recommandations émanant de professionnels de santé, principalement un médecin généraliste ou une diététicienne. Plusieurs personnes interviewées mentionnent également le dispositif d'accompagnement des maladies chroniques de l'Assurance maladie (Sophia), décliné sous la forme d'appels téléphoniques par des infirmières ou par l'envoi de brochures au domicile des personnes vivant avec un diabète. Enfin, un quart des personnes enquêtées disent avoir bénéficié de séances d'éducation thérapeutique dispensées par des diététiciennes, généralement lors d'hospitalisations.

**« On a des exemples de menus que j'ai retirés quand j'étais hospitalisé pour le diabète. Donc on suit ce type de menu, voilà, avec les dosages qu'il faut. »**

**Patrick, 69 ans**, ancien du diabète < cinq ans, rapport « interactif » à l'alimentation, niveau d'études supérieur

Certaines personnes évoquent cependant la difficulté à mettre en pratique les conseils.

**« Écoutez, j'essaie de faire des repas normaux, c'est-à-dire équilibrés (...) je sais que c'est pas toujours évident, ça n'a rien à voir avec l'hôpital. Parce que bon, l'hôpital, c'est tout prêt,**

*on nous amène les plateaux. Que là, chez soi, faut préparer les repas, faut bien faire. »*

**Annie, 65 ans**, ancien du diabète > vingt ans, rapport « interactif » à l'alimentation, niveau d'études secondaire (collège)

Dans le suivi des recommandations et le maintien de pratiques alimentaires à long terme, l'entourage proche constitue également un soutien. Les personnes évoquent notamment une forme de solidarité de la part de l'entourage, qui adopte parfois certaines habitudes ou recommandations alimentaires. Enfin, quelques personnes soulignent la place du conjoint, qui s'implique également dans la conception des repas en essayant d'être au plus près des recommandations, parfois après avoir suivi des séances d'éducation portant sur l'alimentation.

**« J'ai une femme qui est extraordinaire. Donc elle a fait un stage culinaire pour les diabétiques de type 2, elle s'est renseignée sur internet (...). Je ne mange que des plats qu'elle me prépare. »**

**Maël, 50 ans**, ancien du diabète entre six et onze ans, rapport « critique » à l'alimentation, niveau d'études supérieur

## Un faible niveau de revenu et le fait de vivre seul rendent plus difficile l'adoption d'une alimentation équilibrée et variée

Le lien entre un faible revenu et une alimentation peu diversifiée, caractérisée par une consommation de produits sucrés et ultra-transformés et une faible consommation de fruits, de légumes et de poisson entre autres, a été démontré (Darmon *et al.*, 2010). Parmi les personnes enquêtées ici, un tiers ont indiqué des contraintes financières et rapportent des difficultés pour accéder à une alimentation de qualité en lien avec les recommandations, comme celles de consommer des aliments biologiques, du pain complet, des aliments produits localement, etc. C'est ce qu'explique Djénéba (encadré Portrait ci-dessous), mais aussi Patrick qui a suivi des séances d'éducation thérapeutique à l'hôpital. Des exemples de menus à suivre lui ont été proposés, sans prendre en considération sa situation sociale.

## PORTRAIT DE Djénéba

Djénéba indique un rapport « majoritairement interactif » aux dimensions constitutives de la gestion du diabète, favorisé par les ressources liées au système de santé.

Djénéba est une intérimaire technicienne de surface, âgée de 45 ans. Elle vit dans un appartement social dans une grande ville de l'Isère de 544 000 habitants (avec une offre de soins de premier recours diversifiée mais parfois limitée pour certaines spécialités comme l'ophtalmologie, selon l'ARS Auvergne-Rhône Alpes), avec ses deux enfants et de temps à autre avec son compagnon, saisonnier dans les stations de ski. Son diabète a été détecté à son arrivée en France en 2011 (Djénéba est angolaise). Djénéba est majoritairement dans un rapport « interactif » à la maladie. En d'autres termes, elle a pris conscience qu'elle pouvait agir sur sa maladie et intervient de façon continue sur les dimensions constitutives de la gestion de son diabète. Grâce aux séances d'éducation thérapeutique suivies lors de nombreuses hospitalisations et de la documentation du programme Sophia, Djénéba sait qu'une alimentation saine et équilibrée joue sur son diabète : « *J'étais trop, tout le temps internée [hospitalisée]. Après, là, j'ai compris c'est pour ma santé il faut faire des efforts* ». Elle essaie de faire attention en fonction de ses revenus, faibles et irréguliers : « *Du pain, j'achète du pain complet. Si j'ai pas l'argent, je mange le pain normal* ». De même, pour l'activité physique, Djénéba reconnaît ses bienfaits sur son mental et sa glycémie : « *Ça fait du bien parce qu'après (...), dès que j'ai, je me sens mieux. Parce que des fois j'ai mal aujourd'hui je regarde le taux haut. Dès que je marche au retour là, c'est bon, 40, 50* ». En termes de traitement et de suivi de la maladie, Djénéba, qui réside dans une grande ville, dispose d'une offre de soins conséquente (elle consulte régulièrement les professionnels de santé avec qui elle dit avoir de bonnes relations), ce qui facilite le suivi thérapeutique : « *Non j'oublie pas [les médicaments], c'est comme, c'est comme de l'eau tout le temps (...). Je peux partir faire un voyage mais j'ai toujours dans mon petit coin mes médicaments* ». Dans le cas de Djénéba, les ressources liées au système de santé (séances d'ETP, documentation du programme Sophia et offre de soins accessible) constituent les principaux soutiens dans le maintien de sa santé. Elle identifie sa situation socioéconomique comme un frein dans l'accès à une alimentation de qualité. ■

« En choisissant ma nourriture, ça me revenait un peu cher. Ils donnent [l'hôpital] des produits qu'on ne reçoit pas, qu'on n'a que dans des magasins Biocoop (...) ça fait cher le repas diabétique. »

**Patrick, 69 ans**, ancien du diabète < cinq ans, rapport « interactif » à l'alimentation, niveau d'études supérieur

Par ailleurs, la composition du foyer joue sur la facilité à suivre les recommandations en termes d'équilibre alimentaire. Ainsi, 8 sur 17 personnes vivant seules disent que l'absence de soutien impacte parfois leurs pratiques alimentaires.

« Bon je suis seule maintenant. J'ai perdu mon mari. En plus c'est pareil, on mange mal. Il y a des jours, on saute un repas et on prend ce qui n'est pas bien. (...) Faut apprendre toute seule, faut cuisiner aussi. »

**Romy, 71 ans**, ancien du diabète entre onze et vingt ans, rapport « fonctionnel » à l'alimentation, niveau d'études primaire

### La pratique d'une activité physique régulière est facilitée par l'environnement de vie et le soutien social

Les personnes interviewées ont, pour une majorité, un rapport « interactif » (31 sur 84 personnes enquêtées) ou « critique » (27 sur 84) à l'activité physique (encadré Portrait ci-contre). Elles indiquent que cette dernière contribuait déjà le plus souvent, avant le diagnostic du diabète, à leur qualité de vie et à leur bien-être.

« J'avais un gros avantage, c'est que j'adore faire du sport. C'est pas une contrainte pour moi, c'est un plaisir, ça devient presque une drogue. »

**Alain, 59 ans**, ancien du diabète entre onze et vingt ans, rapport « critique » à l'activité physique, niveau d'études supérieur

L'activité physique est également pratiquée parce qu'elle est susceptible d'apporter un bénéfice, notamment sur l'équilibre de la glycémie.

« N'importe comment, ça c'est sûr que la marche, ça fait du bien sur le diabète. Même s'il ne tombe pas, ça le régule. »

**Hélène, 66 ans**, ancien du diabète entre onze et vingt ans, rapport « interactif » à l'activité physique, niveau d'études secondaire (lycée)

La régularité de la pratique est dite facilitée par l'entourage familial ou amical, qui peut être perçu comme une source de motivation.

« J'ai rencontré une copine qui, elle, est une grande sportive, une grande marcheuse (...) »

## Portrait de Lucie

Lucie exprime un rapport « interactif » et « critique » aux dimensions constitutives de la gestion du diabète, favorisé par sa situation sociale et les ressources liées au système de santé.

Lucie, 43 ans, a été diagnostiquée diabétique en 2015, après la découverte d'une prédisposition génétique lors de ses deux grossesses, marquées par un diabète gestationnel. Elle est mariée, a deux enfants, a fait des études supérieures, n'a pas de difficultés financières et vit dans un appartement dans une grande ville des Bouches-du-Rhône de plus d'un million d'habitants (avec une offre de soins conséquente en matière de professionnels de santé et de structures de santé, selon l'ARS Paca). Lucie est majoritairement dans un rapport « interactif » et « critique » aux dimensions constitutives de la maladie. Elle gère sa maladie de manière active et avec un esprit critique. Son diabète diagnostiqué, Lucie s'est renseignée sur cette pathologie, essentiellement dans des ouvrages et sur internet. Lorsqu'elle trouve des informations fiables issues de données scientifiques, elle essaie d'appliquer les conseils donnés : « J'ai complètement changé ma façon de m'alimenter (...) j'ai complètement réorienté mon alimentation (...), je regardais l'index glycémique et j'en tenais compte ». Elle s'est mise à la course à pied : « Mon médecin m'a dit (...) vous perdez du poids ou alors je vous mets sous comprimés. J'ai dit, bon, allez, allez, je vais faire du sport, je vais me bouger (...) du coup je me suis mise à courir ». Elle n'a jamais consulté de diabétologue car son médecin lui a dit qu'ayant un « petit diabète », ce n'était pas nécessaire. Lucie peut compter sur le soutien de son mari et de ses enfants « Ils m'encouragent beaucoup, même mes enfants (...) Mon mari me soutient beaucoup dans mon régime alimentaire (...), il est le premier à dire de manger des légumes ». Dans le cas de Lucie, sa situation sociale (niveau de scolarité supérieur, soutien social perçu) et les ressources liées au système de santé (principalement les moyens d'information cités ci-dessus, ainsi que la relation avec son médecin généraliste) facilitent la gestion optimale de sa maladie au quotidien. ■

On aime bien ça tous les deux de marcher dans la nature. »

**Hugo, 78 ans**, ancien du diabète entre onze et vingt ans, rapport « interactif » à l'activité physique, niveau d'études secondaire (collège)

cheveux, je fais du jardinage (...). Je fais de la lecture, il y a la télé, je vais marcher (...) et puis il y a le ménage, la maison à entretenir. »

**Jeanne, 71 ans**, ancien du diabète < cinq ans, rapport « interactif » à l'activité physique, région Rhône-Alpes, niveau d'études primaire

### Les problèmes physiques liés au vieillissement et aux pathologies associées sont décrits comme un frein à une pratique régulière de l'activité physique

Les lieux de pratique de l'activité physique se situent le plus souvent en proximité des lieux de résidence des personnes enquêtées. L'environnement naturel est d'autant plus stimulant quand la région d'habitation permet une diversité d'activités physiques, comme c'est le cas dans quatre des cinq régions étudiées – Bretagne, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Paca) et La Réunion – et dans certaines zones d'Île-de-France. Pour autant, la marche à pied est l'activité physique la plus pratiquée dans le cadre de cette étude.

« Je marche et j'ai de la chance d'être au pied de la chaîne de l'Étoile. Donc de chez moi, je peux y aller à pied en une demi-heure. »

**Luc, 64 ans**, ancien du diabète < cinq ans, rapport « critique » à l'activité physique, région Paca, niveau d'études supérieur

Les entretiens mettent également en exergue les conditions de logement (dans le cas présent, habiter une maison avec parfois un jardin) qui favorisent la pratique d'une activité physique.

« Moi je fais plein d'activités chez moi, à la maison. Je fais de la couture, je me coupe les

Parfois, la pratique de l'activité physique peut être véritablement « empêchée » de façon plus ou moins durable, par des problèmes physiques liés au vieillissement (parmi ceux évoqués : arthrose, problèmes de dos, problèmes de genoux). Les pathologies associées au diabète de type 2, principalement le surpoids mentionné dans les entretiens, peuvent également rendre difficile la pratique d'une activité physique. C'est le cas de Camille et d'Alice qui ont un rapport « fonctionnel » à celle-ci. Si elles se sont mises à pratiquer une activité physique à la suite des recommandations de leur médecin généraliste, leurs problèmes de surpoids les freinent cependant.

**« Malgré que mes jambes ne suivent pas, parce qu'en plus je suis en surpoids. »**

**Camille, 65 ans**, ancien(ne) du diabète < cinq ans, niveau d'études primaire

**« Je peux pas trop faire de sport parce que j'ai encore un petit peu de surpoids »**

**Alice, 74 ans**, ancien(ne) du diabète < cinq ans, niveau d'études primaire

Les bienfaits de l'activité physique, dont la pratique régulière permet d'équilibrer la glycémie et notamment de réduire les complications, sont reconnus (HAS, 2022) et recommandés comme traitement de première intention (HAS, 2024). Depuis 2016, les médecins sont autorisés à prescrire une Activité physique adaptée (APA). Cependant, parmi les personnes interrogées, seule une dizaine évoque le fait d'avoir reçu les conseils d'un médecin sur ce point, et les recommandations restent floues quant au choix de l'activité physique adaptée à la personne.

**« Mon toubib personnel me disait : "Oui il faut vous activer" »**

**Hugo, 78 ans**, ancien(ne) du diabète entre onze et vingt ans, rapport « interactif » à l'activité physique, niveau d'études secondaire (collège)

**« Ils m'ont dit de faire une activité sportive. »**

**Colette, 59 ans**, ancien(ne) du diabète entre six et dix ans, rapport « critique » à l'activité physique, niveau d'études secondaire (lycée)

Et lorsqu'une activité physique est proposée, elle s'avère parfois peu compatible avec la situation sociale de la personne.

**« Il m'a dit : "Vous allez à la piscine". Je lui dis : "Payez-moi la piscine". Moi j'ai pas les moyens, je suis en situation de handicap, je touche 800 euros par mois. »**

**Rose, 57 ans**, ancien(ne) du diabète entre six et dix ans, rapport « fonctionnel » à l'activité physique, niveau d'études secondaire (collège)

Ces résultats sont à mettre en lien avec plusieurs études menées récemment (Perwez, 2018 ; Dranebois, 2019) concernant la prescription de l'activité physique par les médecins généralistes dans le cadre du diabète de type 2. Ces études montrent chez les médecins une méconnaissance du métier d'éducateur en APA (Dranebois, 2019) et un manque de temps et de formation pour promouvoir la prescription de l'activité physique (Perwez, 2018).

### La qualité perçue de la relation avec les professionnels de santé et le soutien social perçu facilitent le suivi du traitement et la surveillance de la maladie

Selon une récente étude de la Drees, 74 % des personnes enquêtées considèrent que l'accès aux soins, à la fois géographique et financier, est bon, chacun pouvant être soigné quel que soit son lieu de résidence et son niveau de revenu (Drees, 2021). En revanche, les personnes interrogées

sont plus critiques sur l'offre de soins, qu'il s'agisse de la qualité des soins reçus, de la diversité des professionnels de santé accessibles, et du délai d'attente pour obtenir un rendez-vous. Dans le cadre de la recherche Diab-quali, peu de personnes ont évoqué des difficultés d'accès aux soins. En revanche, les propos d'une dizaine de personnes ayant exprimé des avis négatifs rejoignent les résultats de l'étude de la Drees (2021) sur la qualité des soins, en soulignant notamment le manque de disponibilité du médecin généraliste, et parfois la difficulté d'accès à un diabétologue.

Outre l'alimentation et l'activité physique, le traitement médicamenteux et le suivi de la maladie constituent les troisième et quatrième piliers de la prise en charge thérapeutique du diabète. Celle-ci nécessite une prise quotidienne de médicaments, sous la forme de comprimés ou d'injections d'insuline, ainsi qu'un suivi régulier réalisé par un ensemble de professionnels de santé (médecin généraliste, diabétologue, cardiologue, ophtalmologue, podologue, etc.) et, dans certains cas, par la personne diabétique elle-même (auto-surveillance glycémique). Deux tiers des personnes rencontrées se trouvent dans un rapport « fonctionnel » au traitement (51 sur 84 personnes enquêtées) et un peu plus de la moitié (48 sur 84) dans un rapport également « fonctionnel » au suivi de la maladie. Elles disent essayer de suivre le mieux possible le traitement prescrit, surveiller au jour le jour leur glycémie lorsque cela leur est recommandé, et consulter régulièrement les professionnels de santé.

**« J'ai un appareil (...) Je mesure alors le matin en me réveillant, je mesure à 10h, je mesure avant le repas du midi, à 15h, le soir, à 22h et à minuit (...) C'est par rapport aux taux, c'est le médecin qui m'a dit de faire comme ça. Donc je fais comme il m'avait dit. »**

**Emma, 73 ans**, ancien(ne) du diabète > vingt ans, rapport « fonctionnel » au traitement et à la surveillance de la maladie, niveau d'études secondaire (collège)

Pour les personnes ayant un rapport « interactif » ou « critique », le traitement et la surveillance de la maladie – en plus d'être intégrés dans les habitudes quotidiennes – font parfois l'objet d'adaptations, discutées avec le médecin, en fonction des habitudes de vie des personnes.

**« Je suis habitué à faire des injections [d'insuline]. J'en ai deux, une lente et une rapide. J'en ai parlé au médecin parce que je voyais**

## Portrait de Marin

**Marin décrit un rapport majoritairement « fonctionnel » aux dimensions constitutives de la gestion de son diabète, favorisé par le soutien social perçu.**

Marin, âgé de 63 ans, est retraité et ancien conseiller financier dans une banque. Marié, il vit dans un pavillon d'une ville de Seine-Saint-Denis (avec une offre de soins de premier recours sous-représentée en termes de professionnels de santé). Diagnostiqué diabétique il y a une dizaine d'années, Marin pense que c'est l'abus d'alcool qui a déclenché son diabète : « *J'étais alcoolique, c'est vrai. Tous les midis je prenais l'apéro, puis c'était pas des petits apéros.* ». Il est majoritairement dans un rapport « fonctionnel » aux dimensions constitutives de la maladie. En d'autres termes, il suit les conseils qui lui sont donnés par la ou les personnes de référence sans exercer un regard critique sur ces conseils. Dans le cas présent, il se repose essentiellement sur son épouse qu'il considère comme « *son magnétophone* », puisqu'il dit avoir « *une mémoire de poisson rouge* ». Elle est un véritable soutien thérapeutique et intervient dans toutes les dimensions constitutives de la gestion de la maladie. Elle veille à son alimentation afin « *qu'il ne prenne pas trop de sucre* ». Elle connaît le traitement et son rôle – « *Metformine, (...) ça élimine le sucre (...)* » – et prend part à tous les rendez-vous médicaux de son mari : « *la diabétologue, mais bon, jusqu'à présent, elle lui a fait des examens, les artères* ». Par ailleurs, elle effectue régulièrement des recherches sur internet pour se tenir au courant des solutions alternatives et/ou complémentaires : « *Moi je regarde plus la médecine traditionnelle, les trucs comme le curcuma ou la cannelle, des choses comme ça qu'on prend, des produits naturels qui peuvent aider le corps dans les petits soucis qu'on peut avoir* ». Dans le cas de Marin, le soutien social de son épouse constitue la principale aide qu'il reçoit dans le maintien de sa santé. ■

*bien que je n'avais plus besoin d'autant. Donc j'ai diminué progressivement les doses.*

**Lucas, 60 ans**, ancien du diabète entre onze et vingt ans, rapport « critique » au traitement et à la surveillance de la maladie, niveau d'études supérieur

Pour les personnes interrogées, le médecin généraliste reste de loin le principal référent en termes de surveillance de la maladie, résultat déjà souligné dans l'étude Entred 2007-2010 (Fournier *et al.*, 2014). Dans notre étude, il est surtout reconnu pour ses compétences relationnelles (la qualité des interactions et sa disponibilité), avant ses compétences médicales (connaissance et surveillance de la maladie). Il reste également l'interlocuteur privilégié en matière d'informations sur le diabète pour les personnes enquêtées, cité par une majorité (53 sur 84 personnes enquêtées), devant Internet (36 personnes) et Sophia, le programme de l'Assurance maladie dédié à l'information des patients sur le diabète (35 personnes).

**« Je préfère parler à mon docteur que, voilà, qu'aller chercher moi-même les infos. »**

**Hélène, 66 ans**, ancien du diabète entre onze et vingt ans, rapport « fonctionnel » au traitement et au suivi de la maladie, niveau d'études secondaire (lycée)

Ce résultat est à mettre en lien avec les connaissances dont rendent compte les personnes enquêtées, qui expliquent les causes de leur diabète de façon peu précise, en citant généralement un seul facteur (le sucre ou l'hérédité).

**« Je sais pas, parce que ma sœur, elle l'a aussi. Et puis donc voilà, je pense que c'est héréditaire »**

**Mireille, 77 ans**, ancien du diabète entre six et dix ans, rapport « fonctionnel » au traitement et à la surveillance de la maladie, niveau d'études secondaire (lycée)

Ces résultats peuvent se comprendre, d'une part, comme un respect et une confiance dans la compétence du professionnel de santé de référence ; d'autre part, comme un souhait – conscient ou non – de ne pas s'encombrer l'esprit avec ces connaissances complexes, en constante évolution.

Parmi les personnes interrogées, la moitié n'a jamais consulté de diabétologue, ce qui fait écho aux résultats de l'étude Entred 3 selon laquelle, au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, 22 % des personnes enquêtées en France hexagonale et 15 % à La Réunion avaient eu recours à un diabétologue (Fosse-Edorh *et al.*, 2023). Les entretiens mettent ainsi surtout en exergue le rôle du médecin

généraliste, à qui les personnes vivant avec un diabète font confiance pour décider, selon les cas, de les orienter ou non vers un spécialiste.

**« Elle [la médecin généraliste] a un point qui est bien, c'est, s'il y a quelque chose qui va pas, elle t'envoie voir un spécialiste. Si elle me dit "Allez faudrait que vous alliez voir un diabétologue", bien j'irai. Du fait qu'elle ne me dit rien, c'est que tout va bien. »**

**Gabriel, 67 ans**, ancien du diabète entre onze et vingt ans, rapport « critique » au traitement et à la surveillance de la maladie, niveau d'études secondaire (collège)

Les personnes ayant suivi des séances d'éducation thérapeutique (ETP) sont peu nombreuses dans l'étude (20 personnes) et pour la majorité d'entre elles, ces séances ont été proposées lors d'une hospitalisation, principalement sur la thématique de l'alimentation.

Si la surveillance de la maladie est, pour les enquêtés, principalement le fait des professionnels de santé, l'entourage proche est toutefois considéré comme un allié, susceptible d'endosser plusieurs rôles dans la gestion du traitement et la surveillance de la maladie. Il peut ainsi s'assurer que les traitements sont pris, prodiguer des soins, ou encore prendre des rendez-vous et accompagner la personne aux rendez-vous médicaux programmés.

**« Dès que j'ai un ongle incarné, c'est ma femme qui s'en occupe. Elle me fait les pieds mais alors mieux qu'un podologue. »**

**Pierre, 72 ans**, ancien du diabète > vingt ans, rapport « fonctionnel » au traitement et à la surveillance de la maladie, niveau d'études secondaire (lycée)

\* \* \*

Cette étude a été conduite auprès de 84 personnes vivant avec un diabète de type 2, déclarant pour la plupart avoir changé leurs habitudes de vie et suivre le traitement prescrit. Chez ces personnes adhérant majoritairement aux normes médicales, vivant dans cinq régions de France, la recherche éclaire les liens entre la gestion de leur pathologie, leur littératie en santé et leur situation sociale, et vient ainsi compléter les analyses quantitatives conduites dans l'étude Entred 3 (Fosse-Edorh *et al.*, 2022 ; Fosse-Edorh *et al.*, 2023).

Cette étude met en exergue la pluralité des profils de personnes vivant avec un diabète de type 2. Celles-ci développent des rapports différenciés – « fonctionnels », « interactifs » ou « critiques » – à la gestion de leur alimentation, leur activité

physique, leur traitement et la surveillance de la maladie. Ces rapports à la gestion de la santé, qui peuvent évoluer dans le temps, ne doivent être appréhendés ni en termes hiérarchiques ni d'objectifs à atteindre (Balcou-Debussche, 2016), mais comme des points de repère intéressants pour les soignants, à la fois pour reconnaître le travail de soins effectué par les personnes, leur fournir le soutien nécessaire, et les accompagner utilement dans leur parcours.

La plupart des personnes dans notre panel, qui comprend une majorité de personnes aux profils socialement favorisés et qui déclarent un bon suivi de leur maladie, se trouvent dans un rapport « interactif » ou « critique » à l'alimentation et à l'activité physique. En d'autres termes, leurs bénéfices sont connus dans la plupart des cas, et les personnes cherchent à les adapter au quotidien en tenant compte de leurs contraintes propres. En revanche, les personnes sont dans un rapport majoritairement « fonctionnel » au traitement et à la surveillance de la maladie. Ainsi, elles appliquent « à la lettre » les prescriptions de leur médecin généraliste, principal référent concernant la gestion du diabète.

Pour toutes les personnes interrogées, le soutien de l'entourage au quotidien et l'accompagnement des professionnels de santé lors des rendez-vous de suivi apparaissent comme des éléments cruciaux pour faciliter la mise en œuvre des recommandations concernant la gestion de leur santé. Ces deux types de soutien mériteraient d'être interrogés davantage à l'échelle individuelle, tout comme d'autres éléments susceptibles de rendre plus difficile le suivi de ces recommandations, tels que de faibles ressources financières, un environnement de vie peu propice à l'activité physique, ou encore des problèmes physiques ou des complications de la maladie, afin de les prendre en compte et de pouvoir réfléchir à la manière de les dépasser.

Comme la littératie en santé, les rapports à la gestion de la santé apparaissent liés au niveau d'études. Nos analyses confirment ainsi que plus le niveau scolaire est élevé, plus les rapports à la gestion de la santé sont « interactifs » et « critiques ». Cependant, ce lien est plus complexe qu'il n'y paraît, car plusieurs personnes ayant été peu scolarisées développent aussi des rapports « interactifs » à la ges-

tion de leur santé. Dans tous les cas, l'enjeu pour les personnes consiste à identifier des sources fiables, à être en mesure de trier des informations contradictoires et à développer un esprit critique en utilisant un large éventail de références sur la gestion quotidienne de leur santé avec une maladie chronique.

Ainsi, l'observation de la pluralité des pratiques et des besoins, qui varient au fil du temps, invite les professionnels de santé à prendre en considération la littératie en santé de chaque personne et les rapports qu'elle entretient à la gestion de sa santé. D'une part, ces résultats invitent à investir davantage la dimension relationnelle des soins, à utiliser un langage clair et adapté au niveau de littératie de chaque personne, à développer une posture éducative s'appuyant sur les ressources des personnes, *via* des techniques de communication favorisant l'écoute active et la reformulation. D'autre part, ces résultats montrent l'importance de proposer un accompagnement personnalisé et une éducation thérapeutique ciblée et adaptée à chaque personne, en tenant compte de ses besoins concernant les différentes dimensions de la gestion de la maladie. Pour l'activité physique par exemple, un accompagnement spécifique pourrait être proposé plus systématiquement afin d'aider à dépasser les freins et les réticences liés à un handicap physique, notamment en conseillant ou en prescrivant une activité physique adaptée. Enfin, même si le médecin généraliste reste le principal référent en matière de diabète, il apparaît nécessaire d'aider les personnes à développer un réseau leur permettant d'accéder à plus de soutien : associations de patients, infirmières en pratique avancée, infirmières Asalée, éducateurs en activité physique adaptée, programmes d'ETP, etc., qui constituent des ressources précieuses pour le maintien d'habitudes de vie favorables à la santé.

Les résultats de cette étude invitent à poursuivre les recherches sur les variations inter- et intra-individuelles des pratiques en santé, dans différents contextes, plus particulièrement auprès des personnes qui connaissent des situations de vulnérabilité plurielles et durables. La formation des professionnels de santé

pourrait mieux intégrer ces notions, afin de permettre des échanges structurants autour des dimensions relationnelles et langagières à prendre en compte dans les interactions avec les personnes malades. Enfin, les structures et organisations de santé pourraient aussi s'appuyer sur ces résultats pour développer des offres d'accompagnement adaptées aux besoins des habitants de leurs territoires, en lien avec les représentants des personnes concernées. Cette triple perspective – de recherche, de formation et

organisationnelle – pourrait contribuer à faire évoluer notre système de santé en développant des offres de prévention et d'accompagnement adaptées aux besoins des personnes vivant avec une maladie chronique. ♦

Les autrices remercient vivement toutes les personnes vivant avec un diabète qui ont participé à cette enquête, les collègues qui ont fait partie de son comité scientifique, ainsi que ses financeurs : Santé publique France et l'Agence régionale de santé de La Réunion.

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Baker D. W., Wolf M. S., Feinglass J., Thompson J. A., Gazmararian J. A., Huang J. (2007). "Health literacy and mortality among elderly persons". *Arch Intern Med*, 23;167(14), 1503-9.
- Balcou-Debussche M. (2016). *De l'éducation thérapeutique à la littératie en santé. Problématisation socio-anthropologique d'objets didactiques contextualisés*. Éditions des archives contemporaines.
- Balcou-Debussche M. (2023). *Littératie en santé et diabète à La Réunion*. Éditions des archives contemporaines.
- Ballet D. et Balcou-Debussche M. (à paraître). *Diabète et littératie en santé. Approche de la maladie chronique en contexte français*. Éditions des archives contemporaines.
- Darmon N., Bocquier A. et Lydié N. (2010). « Nutrition, revenus et insécurité alimentaire ». Dans H. Escalon, C. Bossard et F. Beck (dir.). *Baromètre santé nutrition* (p.273-301). Inpes éditions.
- Dranebois S. (2019). *Prescription de l'activité physique chez les patients diabétiques de type 2 par les médecins généralistes en Guyane : étude descriptive observationnelle*. Thèse en médecine, Université des Antilles.
- Drees (2021). *Causes des problèmes de santé, accès aux soins et assurance maladie : l'opinion des Français selon leur état de santé*. En ligne : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/er\\_1181.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/er_1181.pdf)
- Fosse-Edorh S., Pifaretti C., Saboni L., Mandereau-Bruno L., Bénézét L., Raimond V., Race J.-M. et Rachas A. (2022). « Études Entred : un dispositif pour améliorer la connaissance de l'état de santé des personnes présentant un diabète en France – Premiers résultats de la troisième édition conduite en métropole en 2019 ». *BEH*, 22, 383-392.
- Fosse-Edorh S., Lavalette C., Pifaretti C., Saboni L., Bessonneau P., Mandereau-Bruno L., Bénézét L., Assogba F., Devos S., Thouillo, F., Léon L., Kandel M., Race J.-M. et Rachas A. (2023). « Caractéristiques, état de santé et recours aux soins des personnes présentant un diabète de type 2 résidant en Outre-mer : résultats de l'étude Entred 3 ». *BEH*, 20-21, 412-423.
- Fournier C., Gautier A., Mosnier-Pudar H., Druet C., Fagot-Campagna A. et Aujoulat I. (2014). "Entred 2007 : Results of a French national survey on self-management education to people with diabetes... still a long way to go!" *Edu Ther Patient/Ther Patient Educ*, 6(1), 10102.
- Haute Autorité de santé (2022). *Diabète de type 2. L'activité physique pour votre santé*. En ligne : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/app\\_fiche\\_diabete\\_2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/app_fiche_diabete_2.pdf)
- Haute Autorité de santé (2024). *Stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2*. En ligne : [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3191108/fr/strategie-therapeutique-du-patient-vivant-avec-un-diabete-de-type-2](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3191108/fr/strategie-therapeutique-du-patient-vivant-avec-un-diabete-de-type-2)
- Kickbusch I., Pelikan J. M., Apfel F. et al. (2013). *Health literacy: the solid facts*. World Health Organization.
- Lambert A. J., Eadeh F. R., Peak S. A., Scherer L. D., Schott J. P., Slochower, J. M. (2014). "Toward a greater understanding of the emotional dynamics of the mortality salience manipulation: Revisiting the "affect-free" claim of terror management research". *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(5), 655-678.
- Laranjo L., Neves A.L., Costa A., Ribeiro R.T., Couto L. et Sá A. B. (2015). "Facilitators, barriers and expectations in the self-management of type 2 diabetes—a qualitative study from Portugal". *Eur J Gen Pract*, 21(2), 103-10.
- Nutbeam D. (2008). "The evolving concept of health literacy". *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-8.
- Osborne R. H., Batterham R. W., Elsworth G. R., Hawkins M. et Buchbinder R. (2013). "The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ)". *BMC Public Health*, 13(658).
- Perwez T. (2018). *Prescription de l'activité physique en médecine générale : points de vue des médecins généralistes en Picardie*. Thèse en médecine, Université de Picardie.
- Rootman I. et Gordon-El-Bihbety D. (2008). *Vision d'une culture de la santé au Canada [ressource électronique] : rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé : synthèse*.
- Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J. et al. (2012). "Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models". *BMC Public Health*, 12, 80.