

**Rôle et impact de la situation de précarité
sur l'expérience de la maladie des patients atteints de diabète de type 2**

*Role and impact of the precarious situation on the experience of the disease affected patients with
type 2 diabetes*

Vanessa PEZE ¹, Lionel DANY^{2,3}, Marie-Laure LUMEDILUNA¹, Jean-Claude THILL¹

¹ Association Française des Diabétiques d'Aix Pays de Provence, 13100, Aix-en-Provence, France

² Aix-Marseille Université, LPS EA 849, 13100, Aix-en-Provence, France

³ APHM, Timone, Service d'Oncologie Médicale, 13385, Marseille, France

Correspondance : Pr. Lionel Dany, Laboratoire de Psychologie Sociale, Université d'Aix-Marseille, Maison de la Recherche, 29, avenue Robert-Schuman 13621 Aix-en-Provence cedex 1, France. Courriel : Lionel.Dany@univ-amu.fr

Promoteur : Bénévoles, Patients Experts de l'Association Française des Diabétiques d'Aix-Pays-de Provence, France.

Financement: Cette étude a bénéficié d'un financement de l'Agence Régionale de Santé de Provence Alpe Cote d'Azur (ARS-PACA) dans le cadre des actions innovantes.

Résumé : Notre recherche vise à identifier le lien entre le niveau socioéconomique, la perception de la maladie, la qualité de vie, le contexte social et médical des patients DT2. Nos résultats révèlent que la situation de précarité est liée à une mauvaise qualité de vie, une perception négative de la maladie, un contexte social fragile et limité, et une relation privilégiée avec le généraliste. La situation de précarité influence l'expérience de la maladie et est à considérer dans la prise en charge des patients.

Mots clefs : expérience de la maladie, diabète de type 2, précarité

Abstract: Our research aims to identify the link between socio-economic status, perceived health, quality of life, social and medical context in T2D patients. Our results show that the precarious situation is related to a poor quality of life, a negative perception of the disease, a fragile and limited social context, and a special relationship with the GP. The precarious situation influences the experience of the disease and should be considered in the care of patients.

Keywords : experience of the disease, type 2 diabetes, insecurity

Les points essentiels

- ✓ Une part plus importante de personnes diabétiques en situation de précarité déclare être suivie par leur médecin généraliste et de manière plus fréquente que les non précaires.
- ✓ La situation de précarité influence l'expérience et le vécu de la maladie : qualité de vie, connaissances sur la maladie, soutien social, réseau social, perception négative de la maladie (de nombreuses conséquences perçues de la maladie sur la vie quotidienne, un contrôle personnel perçu comme faible sur la maladie, ...).
- ✓ Des pistes d'intervention pourraient être privilégiées : repérage des personnes diabétiques qui sont hors des circuits de prise en charge (Service de Soins de Suite et de Réadaptation et hôpitaux), actions portant sur le retour des patients à leur domicile après un séjour dans les structures de prise en charge, actions portant sur l'identité sociale des personnes atteintes diabète.

Introduction

Le diabète de type 2 (DT2) est une pathologie pour laquelle l'implication du patient dans la gestion de sa maladie est indispensable. La surveillance médicale doit s'accompagner de la prise quotidienne du traitement **médicamenteux** et de l'adoption de règles hygiéno-diététiques. Pour favoriser cette implication, l'éducation et l'accompagnement sont des moyens mis en œuvre par les structures médicales et associatives, afin d'améliorer l'autonomie et la qualité de vie des patients. Néanmoins, les études actuelles montrent que les patients éprouvent toujours de nombreuses difficultés d'observances (e.g., prise irrégulière du traitement, absence de suivi d'une alimentation équilibrée, ...). Elles montrent également que les patients DT2 issu d'un milieu socioéconomique défavorisé éprouvent plus de difficultés que les autres dans la gestion de leur maladie. Ces personnes sont plus souvent obèses, ont un moins bon contrôle glycémique ($HbA1c > 7\%$) et ont plus de complications macro-vasculaires (e.g., infarctus du myocarde, revascularisation coronaire...). D'autres recherches, réalisées dans le contexte de la prise en charge hospitalière, soulignent que les patients diabétiques ayant un score de précarité élevé présentent un risque plus élevé de mauvais contrôle glycémique ($HbA1c > 8\%$) et de complications (rétinopathie, neuropathie) [1]. Ces études mettent également en évidence des liens entre le diabète, la précarité, l'état nutritionnel et l'état de santé. Les patients en précarité sont plus souvent sans régime, ont des repas plus irréguliers et le grignotage est fréquent. Le ressenti de la maladie est défavorable, et les niveaux d'anxiété et de dépression sont plus importants [2]. Pour expliquer ces constats, des études mettent en avant qu'un niveau socioéconomique faible freine la gestion du diabète à plusieurs niveaux : difficultés du quotidien (se nourrir, se loger), difficultés à se projeter dans l'avenir, priorité donnée aux préoccupations les plus « urgentes », niveau d'éducation plus faible, faibles ressources (économiques et sociales). En outre, certaines recherches montrent que les préoccupations des patients en précarité diffèrent de celles des non précaires. Par exemple, une étude comparant l'équilibre du diabète entre patients précaires et non

précaires a montré que les patients les plus précaires jugeaient leur diabète plus équilibré mais insistaient davantage sur leurs difficultés financières à suivre les recommandations alimentaires et sur l'impact de leurs soucis au quotidien concernant la gestion de leur maladie [3].

Le niveau socio-économique a un impact sur la manière dont les patients appréhendent et gèrent leur maladie. Les études actuelles en France sont encore peu nombreuses à prendre en compte l'impact du niveau socio-économique des patients diabétiques sur leur vécu, leur perception de leur maladie ou sur leur qualité de vie. Notre étude avait pour objectif d'identifier le lien entre le niveau socio-économique de patients DT2, leurs caractéristiques sociodémographiques, leur parcours médical, leur qualité de vie, leur perception de la maladie, leur environnement social et les relations à l'entourage et aux structures d'accompagnement (i.e. association, réseau).

Méthode

Nous avons administré un questionnaire en hétéro-passation à des personnes atteintes de DT2. La passation s'est effectuée dans treize établissements de santé du département des Bouches-du-Rhône et du Var qui représentaient huit contextes de prise en charge différents (hospitalisations de jour, hospitalisations complètes, consultations hospitalières de suivi, centres de rééducation et de réadaptation, centres de diététiques, consultations de villes, structures associatives destinées aux diabétiques, patients sans structure médicale). Le recrutement et la passation du questionnaire se sont effectués, auprès de personnes diabétiques tout-venant, directement sur les structures, sans prise de rendez-vous, après accord des structures et recueil du consentement des personnes interrogées. Le choix des structures et le mode de passation visaient à garantir une hétérogénéité qualitative de l'échantillon et l'accès à des personnes en situation de précarité.

Le questionnaire comprenait différentes parties permettant de recueillir des informations du profil sociodémographique et socioéconomique, la qualité de vie, la durée de la maladie, les connaissances réelles et perçues du diabète, le suivi médical, les perceptions/représentations de la maladie, la relation à l'entourage et aux structures d'accompagnements (associations, réseaux).

Le niveau de précarité a été évalué avec le questionnaire d'Évaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé (EPICES) [4]. Ce questionnaire comprend 11 items dichotomiques (oui/non) et permet une mesure individuelle et multidimensionnelle du niveau de précarité. Chaque question est pondérée en fonction de sa contribution dans la prédiction du niveau global de précarité. Le score de précarité varie de 0 (faible précarité) à 100 (forte précarité), une valeur seuil de 30,17 permet de distinguer les personnes les « moins précaires » des plus « précaires ». La qualité de vie (QDV) a été évaluée à l'aide de la version abrégée (SF-12) du Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey (SF-36) [5]. Cette échelle générique de QDV est composée de 12 items évaluant huit dimensions (activité physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physiques, santé perçue, vitalité, vie et relations avec les autres, limitations dues à l'état psychique et santé psychique). Ces différentes dimensions permettent d'obtenir deux scores agrégés de qualité de vie physique et psychique. Les perceptions/représentations associées à la maladie ont été mesurées à l'aide du Brief-Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ) [6]. Cet outil comprend 9 items qui permettent d'évaluer différentes composantes de la « perception de la maladie » : l'identité (perception du diagnostic et des symptômes), les conséquences perçues (sociales, économiques, physiques), le contrôle perçu (du traitement et de soi sur la maladie), la temporalité (aiguë, cyclique, chronique), la préoccupation vis-à-vis de la maladie, la cohérence (compréhension de la maladie), la représentation émotionnelle (émotions associées à la maladie) et les causes perçues. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS®.

Résultats

Caractéristiques de la population

Notre échantillon comprend 197 personnes atteintes de DT2. Les deux tiers de l'échantillon (n = 131 ; 66,4 %) sont en situation de précarité (score moyen supérieur à la valeur seuil de 30,17). L'échantillon comporte une majorité de femmes (n = 117 ; 59,3 %) et de personnes en inactivité professionnelle (n = 167 ; 85 %). L'âge s'échelonne de 29 à 91 ans (63 ans ; Ecart-Type = 11,05).

La plupart sont en obésité modérée (indice de masse corporelle moyen = 32 ; ET = 6,81). La durée de la maladie s'échelonne de 1 à 41 ans (m = 10 ans ; ET = 9,14). Une majorité de personnes (n = 122 ; 61,9 %) a découvert son diabète lors d'un bilan de contrôle médical. Près de huit personnes sur dix (n = 156 ; 79,2 %) sont traitées par antidiabétiques oraux, une sur deux (n = 84 ; 42 %) bénéficie d'un double suivi médical (médecin généraliste et diabétologue), un peu plus d'un tiers (n = 69 ; 35 %) est uniquement suivi par un médecin généraliste, deux sur dix sont uniquement suivies par un diabétologue (n = 41 ; 20,8 %), enfin seule une minorité (n = 3 ; 1,5 %) ne bénéficie d'aucun suivi médical.

Relation entre précarité et caractéristiques sociodémographiques

Dans un premier temps nous avons réalisé des analyses inférentielles (Test du Chi² de Pearson) afin d'étudier le lien entre le statut précaire/non précaire et les différentes caractéristiques sociodémographiques des personnes atteintes de DT2. Les résultats (Tableau I) montrent une proportion plus importante de femmes parmi les patients en situation de précarité (67,2 % vs. 43,9 % pour les non précaires), une proportion plus importante de personnes de moins de 65 ans (64,1 % vs. 45,5 % pour les non précaires), une proportion plus importante de personnes seules (56,5 % vs. 37,9 %), avec enfants à charge (46,5 % vs. 30,3 %), sans diplôme (31,3 % vs. 12,1 %) ou encore sans emploi (48,8 % vs. 13,6 %).

(Insérer tableau I)

Relation entre précarité, suivi médical, environnement social

D'autres analyses inférentielles ont été effectuées afin d'étudier le lien entre le statut précaire/non précaire et les différentes questions portant sur le suivi médical, les relations à l'entourage et aux structures d'accompagnement (Tableau II). Les résultats indiquent qu'il y a une proportion plus importante de personnes suivies par leur médecin généraliste chez les précaires comparativement aux non précaires (82,4 % vs. 68,2 %). Pour les patients qui sont suivis par leur médecin généraliste, on peut constater qu'une proportion plus importante de précaires déclare des

consultations plus régulières comparativement aux non précaires (58,3% vs. 35,5 %) On peut également observer une proportion plus importante de personnes qui vivent « très mal » et « mal » leur maladie chez les précaires (35,1 % vs. 12,1 %), de personnes qui ne bénéficient pas de l'implication de leur entourage (50,4 % vs. 34,8 %) ou encore qui ont le sentiment d'être une « personne malade » (40,5 % vs. 24,2 %) chez les précaires comparativement aux non précaires. Aucune différence significative n'est observée pour l'évaluation des conseils hygiéno-diététiques. On peut également observer une proportion plus importante de personnes qui déclarent ne pas connaître l'AFD chez les précaires (77,9 % vs. 63,6%), parmi celles qui ne connaissent pas de réseaux de soins (82,4% vs. 69,7 %) et parmi celles qui n'ont pas pris de contact avec de structures d'accompagnement (87,0 % vs. 68,2 %).

(Insérer tableau II)

Relations entre qualité de vie, perception de la maladie et connaissances réelles et perçues du diabète statut précaire/non précaire

Nos résultats soulignent que la situation de précarité est négativement corrélée avec l'âge, la « cohérence de la maladie » et le « contrôle personnel perçu », et qu'elle est positivement corrélée avec les « conséquences perçues ». Autrement dit, plus la situation de précarité est élevée, plus les personnes estiment qu'elles ne comprennent pas clairement leur maladie, qu'elles n'ont pas les capacités d'agir par elles-mêmes sur leur diabète et que la maladie a induit de nombreuses conséquences dans leur vie quotidienne.

De plus, la situation de précarité est négativement corrélée avec les « connaissances perçues », les « connaissances réelles » et les « capacités perçues ». Autrement dit, plus la situation de précarité est élevée, plus les personnes estiment qu'elles ont peu de connaissances sur le diabète, plus la connaissance réelle qu'elles en ont est faible, et moins elles s'estiment capables d'expliquer à un autre diabétique ce qu'est le diabète.

D'autre part, les analyses montrent que la situation de précarité est négativement corrélée avec les deux scores globaux de la qualité de vie physique et psychique. Par conséquent, plus la situation de précarité est élevée, plus la QDV physique et psychique des personnes diminuent.

Pour terminer, la QDV physique et la QDV psychique sont négativement corrélées à « l'identité » de la maladie, aux « conséquences perçues », à la « représentation émotionnelle ». Autrement dit, plus la QDV physique et psychique diminue, plus les personnes perçoivent des symptômes et des conséquences négatives de la maladie dans leur vie et plus elles éprouvent des émotions négatives vis-à-vis de la maladie. On observe également que la QDV psychique est négativement corrélée avec le « contrôle personnel perçu » sur la maladie.

(Insérer tableau III)

Discussion

La présente étude met en évidence que la situation de précarité entretient des liens importants avec l'expérience de la maladie des personnes atteintes de diabète de type 2. Il existe des différences significatives dans la façon de vivre et de penser la maladie entre les personnes confrontées à une situation de précarité et celles qui n'y sont pas confrontées.

Les résultats soulignent que les personnes en situation de précarité ont un suivi médical privilégié avec le médecin généraliste. Pour ces personnes qui déclarent moins connaître les structures d'accompagnement et moins y recourir, le médecin généraliste apparaît être un acteur incontournable de leur suivi médical. Or, un certain nombre d'enquêtes souligne les manques de connaissances sur la précarité des médecins généralistes installés, leurs difficultés à cerner les difficultés sociales et médicales et leur désarroi face à l'addition des problèmes posés [7]. Des travaux de recherche spécifiques aux soins primaires permettraient de renforcer la pratique des médecins généralistes qui sont fortement impliqués sur le terrain de la précarité. En étant au cœur du suivi médical des patients, une pratique adaptée des médecins généralistes dans la prise en charge des personnes diabétiques en situation de précarité pourrait constituer un levier pour améliorer le vécu de la pathologie chez ces personnes.

Nos résultats soulignent que les personnes en situation de précarité ont un réseau social limité et un faible soutien social perçu. De nombreuses études ont montré l'effet bénéfique, sur la santé émotionnelle et physique du réseau social et du soutien social [8-9-10]. Les personnes y trouvent des renseignements sur la maladie, une aide pratique, une écoute, une estime et une intégration sociale qui favorisent un vécu positif de la maladie et un meilleur ajustement à cette dernière. Les personnes diabétiques en situation de précarité expriment également un vécu plus négatif de leur pathologie (capacité perçue basse, perceptions/représentations négatives de la maladie, identité fragilisée « personne malade ») et ont une qualité de vie (physique et psychique) plus altérée que les non précaires. La pauvreté du réseau et du soutien social, la désinsertion, voire la disqualification sociale, sont en mesure de contribuer de façon significative à ce vécu et à cette expérience de la maladie.

Nos résultats révèlent que les personnes en situation de précarité expriment une estime d'elles-mêmes fragile (perception d'être considérées comme « des personnes malades ») et pensent ne pas être en mesure de contrôler par elles-mêmes leur maladie. Les études révèlent que les personnes bénéficiant d'un soutien émotionnel suffisant peuvent maintenir et augmenter leur contrôle sur les événements stressants (tel que la maladie) ainsi que leur estime de soi [11]. Ce constat éclaire nos résultats. Un faible soutien social perçu par les personnes en situation de précarité peut avoir pour conséquence une plus grande difficulté pour élaborer une identité positive en lien avec la maladie, et un moindre sentiment de valorisation et de compétence dans la gestion de la maladie. Par ailleurs, et c'est un élément important, la maladie devient un élément de définition de soi plus prégnant dans ce contexte de vulnérabilité sociale.

Pour la pratique, il apparaît primordial de prendre en compte la situation socio-économique (précarité et vulnérabilité sociale) des patients diabétiques. La prise en charge et l'accompagnement des patients en situation de précarité doit se faire dans une démarche réellement intégrative des composantes bio-psycho-sociales. La santé sociale (inscription et participation sociales) des personnes en situation de précarité constitue un axe majeur pour la prise

en charge et l'accompagnement. Un travail sur le bien-être social des patients pourrait améliorer l'expérience et l'ajustement à la maladie et aussi contribuer à une meilleure qualité de vie. L'objectif d'un tel travail serait alors de favoriser le réseau social des patients en les orientant vers les structures d'accompagnement, de favoriser le soutien social des patients en leur proposant un accompagnement psychosocial dans la continuité des prises en charge médicales, d'intervenir sur la perception que les patients ont d'eux-mêmes et de la maladie.

Pour conclure, cette étude met en évidence que la situation de précarité contribue de façon significative à un vécu négatif du diabète. Ce travail souligne la nécessité de dépasser une approche de la précarité sous sa seule dimension socio-économique. En effet, la vulnérabilité psycho-sociale est un élément majeur du vécu délétère de la maladie chez les personnes diabétiques. Le développement d'une prise en charge et d'un accompagnement ciblés sur les difficultés psychosociales des personnes en situation de précarité constitue un réel enjeu de santé publique.

conflits d'intérêts : aucun

Références

1. Bihan H, Laurent S, Sass C, et al. Association among individual deprivation, glycemic control, and diabetes complications. *Diabetes Care* 2005; 28: 2680-85.
2. Jaffiol C, Fontbonne A, Vannereau D, et al. Diabète et précarité: enquête en Languedoc. *Bull Natl Acad Med* 2012;196: 953-76.
3. Pilot P, Laboulaye R, Cohen G, et al. Précarité et traitement chez des patients diabétiques. *Diabetes Metab* 2011; 37: A62.
4. Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *BEH* 2006; 14: 93-100.

Mis en forme: Français

Mis en forme: Français

5. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 1171-78.
6. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, et al. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* 2006; 60: 631-37.
7. Adam C. Santé et vulnérabilités sociales: le point de vue du médecin généraliste. *Humanitaire* 2013; 36: 44-51.
8. Berkman LF. The role of social relations in health promotion. *Psychosom Med* 1985; 57: 245-54.
9. Cohen, S, Syme SL. *Social support and health*. Academic Press, Orlando, 1985.
10. Pearlin LI. The sociological study of stress. *J health Soc Behav* 1989; 30: 241-56.
11. Cohen S, Wills TA. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 1985; 98: 310-57.

Tableau I : Relation entre précarité et caractéristiques sociodémographiques

| | Précarité ^(a) | | χ^2 ^(b) | <i>p</i> |
|---|--------------------------|--------------|-------------------------|----------|
| | Non n (%) | Oui n (%) | | |
| Sexe | | | | |
| <i>Homme</i> | 37 (56,1%) | 43 (32,8%) | 9,82 | .002 |
| <i>Femme</i> | 29 (43,9%) | 88 (67,2%) | | |
| Age | | | | |
| < 65 ans | 30 (45,5%) | 84 (64,1%) | 6,27 | .015 |
| > 65 ans | 36 (54,5%) | 47 (35,9%) | | |
| Situation de couple | | | | |
| <i>En couple - en cohabitation</i> | 41 (62,1%) | 57 (43,5%) | 8,51 | .014 |
| <i>Seul(e)</i> | 25 (37,9%) | 74 (56,5%) | | |
| Situation familiale | | | | |
| <i>Avec enfant(s) non à charge</i> | 46 (69,7%) | 70 (53,5%) | 6,65 | .010 |
| <i>Avec enfant(s) à charge</i> | 9 (30,3%) | 39 (46,5%) | | |
| Niveau d'étude | | | | |
| <i>Sans diplôme</i> | 8 (12,1%) | 41 (31,3%) | 16,15 | .001 |
| <i>Brevet, CAP, BEP</i> | 28 (42,4%) | 63 (48,1%) | | |
| <i>BAC et plus</i> | 30 (45,5%) | 27 (20,6%) | | |
| Activités professionnelles | | | | |
| <i>Actifs</i> | 15 (22,7%) | 15 (11,5%) | 17,19 | .001 |
| <i>Retraités</i> | 42 (63,7%) | 52 (39,7%) | | |
| <i>Sans emploi (RSA, foyer, invalidité)</i> | 9 (13,6%) | 64 (48,8%) | | |

^(a) Nous avons utilisé la valeur seuil de 30,17 pour distinguer les deux populations.

^(b) Test du Chi2 (χ^2) de Pearson.

Tableau II : Relation entre précarité et le suivi médical, environnement social

| | Précarité ^(a) | | χ^2 ^(b) | p |
|--|---------------------------------------|--|-------------------------|------|
| | Non n (%) | Oui n (%) | | |
| Suivi du diabète par un médecin généraliste <i>Non</i> <i>Oui</i> | 21 (31,8%) 45 (68,2%) | 23 (17,6%) 108 (82,4%) | 5,14 | .023 |
| Fréquence des visites chez le médecin généraliste ^(c) <i>Tous les mois à deux mois</i> <i>Tous les trois mois et plus</i> | 16 (35,5%) 29 (64,5%) | 63 (58,3%) 45 (41,7%) | 6,59 | .010 |
| Vécu par l'entourage du diabète du patient <i>Très mal – mal</i> <i>Ni bien – ni mal</i> <i>Très bien – bien</i> | 8 (12,1%) 26 (39,4%) 32 (48,5%) | 46 (35,1%) 53 (40,5%) 32 (24,4%) | 16,29 | .001 |
| Implication de l'entourage dans la gestion de la maladie <i>Non</i> <i>Oui</i> | 23 (34,8%) 43 (65,2%) | 66 (50,4%) 65 (49,6%) | 4,27 | .039 |
| Sentiment d'être perçu comme étant « une personne malade » <i>Non</i> <i>Oui</i> | 50 (75,8%) 16 (24,2%) | 78 (59,5%) 53 (40,5%) | 5,07 | .024 |
| Perception des conseils hygiéno-diététiques donnés par le médecin généraliste <i>Insuffisante</i> <i>Suffisante</i> | 22 (33,3%) 44 (66,7%) | 42 (32,1%) 89 (67,9%) | 0,03 | .857 |
| Connaissance de l'Association Française des Diabétiques <i>Non</i> <i>Oui</i> | 42 (63,6%) 24 (36,4%) | 102 (77,9%) 29 (22,1%) | 4,51 | .034 |
| Connaissance des réseaux de soins <i>Non</i> <i>Oui</i> | 46 (69,7%) 20 (30,3%) | 108 (82,4%) 23 (17,6%) | 4,17 | .041 |
| Contacts pris avec des structures d'accompagnement (association, réseau...) <i>Non</i> <i>Oui</i> | 45 (68,2%) 21 (31,8%) | 114 (87,0%) 17 (13,0%) | 10,00 | .002 |

^(a) Nous avons utilisé la valeur seuil de 30,17 pour distinguer les deux populations.

^(b) Test du Chi2 (χ^2) de Pearson.

^(c) L'analyse concerne les patients ayant déclarés être suivis par leur médecin généraliste (n = 45 pour les non précaires ; n = 108 pour les précaires).

Tableau III : Corrélations entre précarité (EPICES), âge, durée de la maladie, perception de la maladie (conséquences perçues, temporalité, contrôle, identité, préoccupation), connaissances du diabète (réelles et perçues), capacités perçues, qualité de vie (physique et psychique)

| | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|---|---------|--------|---------|--------|--------|--------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| EPICES | -,219** | -,083 | ,162* | -,127 | -,141* | -,021 | ,123 | ,092 | -,192** | ,106 | -,389** | -,189** | -,217** | -,339** | -,178* |
| (2) Age ¹ | 1 | ,381** | -,185** | ,078 | -,063 | -,044 | -,185** | -,104 | -,162* | -,227** | -,095 | -,086 | -,061 | ,067 | ,046 |
| (3) Durée de la maladie | | 1 | ,029 | ,212** | -,046 | ,073 | ,158* | ,097 | ,116 | ,034 | ,045 | ,071 | ,057 | ,072 | ,000 |
| (4) Conséquences perçues | | | 1 | ,028 | -,099 | -,143* | ,421** | ,139 | ,070 | ,511** | ,061 | ,058 | -,053 | -,209** | -,337** |
| (5) Temporalité | | | | 1 | ,099 | ,001 | ,087 | ,160* | ,144* | ,012 | ,270** | ,100 | ,032 | ,119 | ,002 |
| (6) Contrôle personnel perçu | | | | | 1 | ,248** | -,035 | ,268** | ,478** | -,051 | ,386** | ,376** | ,367** | ,058 | ,252** |
| (7) Contrôle du traitement perçu | | | | | | 1 | -,056 | ,156* | ,199** | -,177* | ,178* | ,204** | ,151* | ,113 | ,137 |
| (8) Identité (symptômes) | | | | | | | 1 | ,211** | ,088 | ,348** | -,037 | ,008 | -,092 | -,157* | -,169* |
| (9) Préoccupation pour la maladie | | | | | | | | 1 | ,309** | ,059 | ,175* | ,148* | ,046 | ,008 | ,044 |
| (10) Cohérence | | | | | | | | | 1 | -,048 | ,432** | ,502** | ,469** | ,127 | ,070 |
| (11) Représentation émotionnelle | | | | | | | | | | 1 | ,052 | -,025 | -,022 | -,182* | -,402** |
| (12) Connaissances réelles ² | | | | | | | | | | | 1 | ,401** | ,472** | ,196** | ,042 |
| (13) Connaissances perçues | | | | | | | | | | | | 1 | ,516** | ,108 | ,085 |
| (14) Capacités perçues ³ | | | | | | | | | | | | | 1 | ,077 | ,143* |
| (15) Qualité de vie physique | | | | | | | | | | | | | | 1 | -,054 |
| (16) Qualité de vie psychique | | | | | | | | | | | | | | | 1 |

* Résultat significatif $p < 0,05$ ** Résultat très significatif $p < 0,001$

¹ Les modalités de réponses aux questions sont organisées en ordre croissant (ex : 0 « Insuffisantes » à 10 « très bonnes »).

² Le score global de « connaissances réelles » est calculé à partir des réponses aux 15 questions du questionnaire de connaissances sur le diabète. Le score est compris entre 0 (score de connaissance le plus faible) et 15 (score de connaissance le plus élevé).

³ Le score de « capacités perçues » désigne le degré auquel le patient s'estime capable ou non d'expliquer son diabète à une autre personne.