



Étude mixte sur l'impact du diagnostic de diabète de type 1 sur la qualité de vie et la santé mentale

Arnaud Bubeck¹, Marie Barroyer^{1,2}, Coline Hehn¹, Jean-François Thébaut¹

Disponible sur internet le :
21 juillet 2026

1. Fédération française des diabétiques, diabète LAB, 88, rue de la Roquette, 75011 Paris, France
2. Laboratoire Tetras, Nancy, France

Correspondance :

Arnaud Bubeck, Fédération française des diabétiques, diabète LAB, 88, rue de la Roquette, 75011 Paris, France.
a.bubeck@federationdesdiabetiques.org, arnaud.bubeck@gmail.com

Mots clés

Diabète
Diagnostic
Santé mentale

Keywords

Diabetes
Diagnosis
Mental health

Résumé

Le diagnostic d'un diabète de type 1 (DT1) est une étape importante qui marque l'entrée dans le parcours de soins pour les personnes concernées. Afin de mieux comprendre les enjeux de ce passage, une étude mixte a été réalisée. Elle a mis en exergue les effets du diagnostic sur la qualité de vie, la perception globalement positive d'un diagnostic précoce à travers le dépistage pré-clinique du DT1, et la nécessité d'un accompagnement psychosocial dès l'annonce, incluant notamment un soutien psychologique et l'intervention de patients experts.

Summary

Mixed-methods study on the impact of type 1 diabetes diagnosis on quality of life and mental health

The diagnosis of type 1 (T1D) diabetes is a pivotal milestone in the care pathway for people living with the disease and their relatives. To better understand what is at stake at this moment, we conducted a mixed-methods study with an initial qualitative phase followed by a quantitative survey. The findings highlight the substantial impact of the diagnosis on quality of life, a generally positive perception of earlier diagnosis based on preclinical T1D screening, and the need for psychosocial support and peer support.

Introduction

Le diabète de type 1 (DT1) est une maladie pouvant se diagnostiquer à tous les âges de la vie, et ce dès le plus jeune âge. En France, le DT1 représente 5 à 10 % de l'ensemble des diabètes,

et touche plusieurs millions de personnes dans le monde, avec une incidence en augmentation dans de nombreux pays [1]. Il s'agit d'une maladie auto-immune chronique nécessitant un traitement insulinaire à vie, qui expose à de nombreuses

complications et constitue un important fardeau sur le plan médical, psychologique et social. L'annonce de la maladie peut être vécue de différentes manières, à la fois pour la personne portant la maladie, mais également pour les proches [2]. Cette annonce peut dans certains cas être à l'origine d'une rupture biographique [3,4], amenant la personne à revenir sur son histoire de vie, et réinventer le récit qu'elle porte sur elle-même. Cette rupture de l'image et de la représentation de soi est liée à la découverte de sa propre vulnérabilité, de la perspective de la mort, et du rapport aux traitements comme l'insuline qui modifie les habitudes de vie. C'est tout un processus qui peut s'engager, où des mécanismes profonds liés à l'identité de la personne sont en jeu, tels que notamment les enjeux autour de l'héritage génétique d'une personne dans son rapport à ses proches. Des processus d'identification ou d'opposition à la maladie peuvent aussi se mettre en place, à travers l'identité d'une « personne diabétique » où le diabète occupe une place centrale dans la définition de la personne, ou d'une « personne avec un diabète » où la maladie caractérise la personne mais ne la détermine pas [5]. Le diagnostic d'un DT1 est susceptible d'avoir des conséquences importantes au niveau psychologique, pouvant entraîner chez les enfants des dépressions, ou des troubles du comportement comme de l'agressivité [6]. Une étude qualitative sur l'annonce d'un diabète a notamment montré la diversité des situations d'annonce, et des réactions face à elles allant du choc brutal au soulagement en passant par

l'indifférence [7]. L'expérience vécue de ce moment dépend de la trajectoire de vie des individus, et notamment de l'histoire familiale en lien avec le diabète.

La meilleure connaissance des mécanismes à l'origine d'un DT1 permet d'engager un parcours d'accompagnement complet et ouvre des perspectives de prise en charge plus précoce de la maladie. Ces perspectives interrogent la nécessité de mettre en place des mesures de prévention et de dépistage à un stade préclinique, pour un diagnostic précoce aboutissant à une meilleure prise en charge, une meilleure anticipation des complications de la maladie et à une amélioration du vécu avec la maladie à long terme.

Afin de mieux comprendre les enjeux qui sous-tendent ce moment du diagnostic, les impacts qu'il peut avoir selon différents critères, et les pistes d'amélioration pour la prise en charge des personnes atteintes de diabète et leurs proches, le Diabète LAB de la Fédération française des diabétiques (Fédération) a souhaité réaliser une étude mixte dont l'objectif principal était d'étudier et de mieux comprendre les enjeux autour du diagnostic pour les personnes atteintes de DT1 (PaDT1) et leurs proches : l'étude DiagDT1.

Méthodologie

Notre étude comprend une partie qualitative (10 PaDT1 et 5 proches de PaDT1) puis quantitative : questionnaire diffusé en ligne à un grand nombre d'adhérents de notre Fédération (1535 réponses). Les appels à participation ont été diffusés via la newsletter de la Fédération, sur les périodes de juillet et août 2025.

Organisation et objectifs de l'étude

DiagDT1 est une étude mixte composée d'une première enquête qualitative par entretiens semi-directifs réalisée auprès de 10 PaDT1 et de 5 proches de PaDT1, suivie d'une enquête quantitative transversale portant sur 1257 PaDT1 et 278 proches de PaDT1. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact du diagnostic de DT1 sur la qualité de vie. Les objectifs secondaires étaient :

- évaluer les besoins en termes d'accompagnement par des patients experts et des professionnels de santé mentale ;
 - évaluer la perception d'un diagnostic précoce de la maladie, faisant suite au dépistage, et les problématiques associées ;
 - identifier les pistes d'amélioration pour une meilleure prise en charge en amont, au moment du diagnostic et en aval.
- Pour pouvoir participer, les personnes interrogées devaient :
- être âgées d'au moins 18 ans ;
 - vivre en France métropolitaine ou ultramarine ;
 - vivre avec un DT1 ou être un proche d'une personne atteinte de DT1 ;
 - comprendre et accepter les contraintes de l'étude.

Les répondants des enquêtes qualitative et quantitative provenaient de la communauté des Diabète' Acteurs de la

Les points essentiels

- Le diagnostic du diabète de type 1 a un impact très important sur les personnes atteintes de la maladie et leurs proches. Les participants à l'enquête estimaient l'impact du diagnostic sur la qualité de vie avec un très haut score au moment du diagnostic, que ce soit les PaDT1 (5,75/7), mais encore plus les proches (6,36/7). Le moment est vécu très intensément, pouvant induire des états de vulnérabilité qui marquent les trajectoires de vie et de maladie.
- Un manque d'accompagnement psychosocial apparaît dans les résultats, malgré le soutien émotionnel que peuvent apporter des personnes qui connaissent le vécu avec la maladie, comme des patients experts. Seul 27,3 % des PaDT1 et 9,5 % des proches estiment qu'ils n'auraient pas eu besoin d'un accompagnement psychologique après l'annonce du diagnostic.
- L'anticipation de l'arrivée du diabète de type 1 par un test de dépistage préclinique apparaît comme un levier pour améliorer le vécu avec la maladie sur le long terme. Même si des réticences sont exprimées, un consensus émerge sur la nécessité d'informer toutes les personnes concernées de l'existence d'un test de dépistage, avec 93,7 % des PaDT1 et 86 % des proches qui souhaitent que le test de dépistage soit proposé.

Fédération, incluant les abonnés à la newsletter et à sa page Facebook. Cette enquête a été enregistrée dans le répertoire public des projets du Health Data Hub (base de données du projet n° 24073489).

Méthodologie de l'enquête qualitative

L'enquête qualitative a été réalisée en conformité avec les Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ) [8], les entretiens ont duré en moyenne 45 minutes. La méthodologie est présentée en [annexe 1](#). Une notice d'information a été envoyée à chaque participant pour informer des conditions de l'entretien, du thème de l'étude et des droits de la personne relatifs au RGPD.

Méthodologie de l'enquête quantitative

Un questionnaire ad hoc a été construit par la Fédération à partir des données de la littérature. Il a été diffusé en ligne entre juillet et août 2025. Les réponses des participants étaient déclaratives. L'impact du diagnostic a été évalué par la variable qualitative ordinaire : « Quel impact l'annonce de votre diagnostic a eu sur votre qualité de vie dans les jours et les semaines qui l'ont suivi ? » ainsi que « Quel impact l'annonce de votre diagnostic a eu sur votre qualité de vie dans l'année qui l'a suivi ? ». Les participants devaient répondre sur une échelle allant de 1 (très peu d'impact) à 7 (impact très important). Le besoin d'accompagnement par des patients experts était évalué par la variable qualitative ordinaire : « Pensez-vous qu'un patient expert aurait pu vous aider dans les jours et les semaines qui ont suivi le diagnostic ? » ainsi que « Pensez-vous qu'un patient expert aurait pu vous aider dans l'année qui a suivi votre diagnostic ? ». La perception d'un diagnostic précoce de la maladie était évaluée par la variable « Pensez-vous qu'un diagnostic plus précoce (avant les premiers symptômes) aurait pu changer votre vécu de la maladie ? » ainsi que « Si un test de dépistage permettait de poser un diagnostic plus précoce du diabète de type 1 (avant les premiers symptômes) chez vos proches, souhaiteriez-vous qu'il soit proposé ? ».

Analyses

La population analysée a été divisée entre les PaDT1 et les proches de PaDT1. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et écart-type (ET). Les variables qualitatives ont été décrites à l'aide de fréquences et de pourcentages. Les variables qualitatives ont été comparées avec un test du Chi². Le lien entre une variable qualitative et une variable quantitative a été mesuré par le test de Mann-Whitney-Wilcoxon. Les tests d'hypothèses étaient bilatéraux et considérés significatifs lorsque la *p*-valeur était inférieure à 0,05.

Résultat – enquête qualitative

Dix PaDT1 ont été interrogées. L'âge moyen était de 55,7 ans ($\pm 12,9$) ; la moyenne d'années de vie avec la maladie était de 30,3 ans ($\pm 16,7$) ; le ratio F/H de 6/4 ; 3 personnes avaient un niveau d'études inférieur ou égal au baccalauréat ; 5 un niveau

d'études compris entre bac + 2 et bac + 3 et 2 un niveau d'études supérieur ou égal à bac + 5.

Cinq proches de PaDT1 ont été interrogés, qui étaient des parents d'enfants atteints de DT1. L'âge moyen des proches était de 53,75 ans ($\pm 7,28$) ; le ratio F/H de 5/0 ; 2 personnes avaient un niveau d'études compris entre bac + 2 et bac + 3 et 3 un niveau d'études supérieur ou égal à bac + 5 ; leurs enfants atteints de DT1 avaient un âge moyen de 15,5 ($\pm 5,6$) et vivaient avec la maladie depuis 6,5 ans en moyenne ($\pm 2,2$).

Thème 1 : le moment de l'annonce

La plupart des PaDT1 interrogées évoquent un moment du diagnostic intense, vécu comme une étape difficile mais cruciale de leur parcours de vie. Plusieurs témoignages évoquent des paroles choquantes prononcées au moment du diagnostic par des professionnels de santé, avec des répercussions importantes sur leur santé mentale, pouvant perdurer pendant des années voire des décennies. Les témoignages des proches sont encore plus forts, renvoyant à l'impuissance ressentie de parents confrontés à l'annonce d'une maladie chronique incurable de leur enfant.

Plusieurs personnes ont évoqué les mots qui leur ont permis de traverser cette épreuve avec davantage de sérénité, et d'autres ont parlé des mots qu'ils auraient voulu entendre. Le discours des équipes soignantes est perçu comme se focalisant trop sur les dimensions biomédicales de la maladie et sur les injonctions sanitaires comme l'importance du traitement et d'un régime alimentaire strict. Certains mots prononcés au moment de l'annonce par les équipes soignantes peuvent induire des chocs importants, si les termes sont inappropriés ou si les risques à long terme sont simplement énumérés sans être proportionnés, pouvant induire un sentiment de peur ([annexe 2](#), 1.1).

Les proches interrogés évoquent le fait qu'ils devaient choisir eux-mêmes les mots pour parler du diabète à leur enfant nouvellement diagnostiqué, alors qu'eux-mêmes étaient dans un état de choc et sidération sans comprendre réellement la maladie ([annexe 2](#), 1.2). Un manque d'accompagnement important a ainsi été mis en avant dans les entretiens, avec le besoin exprimé de pouvoir parler et se confier à des personnes ayant une expérience de la maladie comme des patients experts ([annexe 2](#), 1.3 et 1.4).

Thème 2 : les leviers et les difficultés

Le rôle et l'apport perçu des dispositifs médicaux comme les capteurs de glucose et les pompes à insuline sont ambivalents. Les personnes ayant une longue expérience de vie avec la maladie reconnaissent l'apport de ces nouvelles technologies, en ayant connu les anciennes méthodes de suivi glycémiques comme les bandelettes urinaires beaucoup plus contraignantes. Mais pour les personnes diagnostiquées plus récemment, la perception est susceptible d'être différente, et ces dispositifs peuvent être perçus comme des contraintes supplémentaires à comprendre et à intégrer au quotidien.

Les informations données au moment du diagnostic peuvent également être ambivalentes. Un équilibre difficile à trouver se situe au niveau des informations à donner pour comprendre la maladie, les traitements, et la nécessité de changer les habitudes de vie, tout en n'induisant pas de sentiment de peur excessif en lien avec les complications notamment (*annexe 2*, 2.1). Là aussi, les patients experts peuvent aider à bien mesurer l'impact des informations et à répondre aux questions sur la vie quotidienne (*annexe 2*, 2.2).

Le rôle genré de l'accompagnement des proches a également été mis en avant, notamment par la participation exclusive des mères pour les proches des PaDT1 à notre enquête, et par leurs témoignages qui évoquent une charge mentale associée à la gestion de la maladie principalement portée par elles (*annexe 2*, 2.3).

Thème 3 : le dépistage

Les témoignages montrent l'ambiguïté vis-à-vis du dépistage, entre la volonté de savoir pour se préparer, et de ne pas savoir pour se protéger de mauvaises nouvelles. L'envie d'insouciance sans penser à la maladie tant qu'elle n'est pas là a été relevé par plusieurs personnes, en particulier pour les enfants et les adolescents (*annexe 2*, 3.2). Le dépistage impose de se confronter à la possibilité qu'un proche puisse tomber malade, et de revivre des traumatismes vécus dans la sphère familiale. L'angoisse se situe au niveau d'avoir une information qui paraît inéluctable, sans avoir le sentiment de pouvoir agir dessus. En donnant l'information qu'un dépistage précoce permet d'engager un parcours d'accompagnement complet et ouvre des perspectives

de prise en charge plus précoce de la maladie, l'opinion est susceptible de changer en percevant une forme de prise sur les événements (*annexe 2*, 3.3). D'autres témoignages évoquent également le fait qu'un dépistage négatif permet de soulager la personne et se débarrasser d'une angoisse qui était malgré tout présente (*annexe 2*, 3.1).

Résultats – enquête quantitative

Caractéristiques de la population

Les réponses de 1257 PaDT1 et 278 proches de PaDT1 ont été analysées. Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques détaillées sont présentées dans le *tableau 1*.

Impact du diagnostic sur la qualité de vie

Chez les PaDT1, le score moyen d'impact du diagnostic sur la qualité de vie dans les jours et les semaines qui ont suivi le diagnostic était de 5,75, et de 6,36 pour les proches (1 étant faible, 7 étant fort). L'impact dans l'année qui a suivi le diagnostic était de 5,7 pour les PaDT1 et de 6,11 pour les proches. Les proches exprimaient davantage d'émotions négatives au moment de l'annonce, en se disant inquiets pour 69,3 % d'entre eux, tristes à 59,5 % et choqués à 57,6 %. Les PaDT1 déclaraient s'être sentis d'abord inquiets pour 46,3 % d'entre eux, incertains face à l'avenir pour 38,7 % et non préparés pour 38,2 %. Seuls 38,1 % des proches affirment avoir totalement compris les explications médicales données lors de l'annonce, 47 % en partie, et 14,9 % pas vraiment. Pour les PaDT1, elles étaient 34 % à déclarer avoir totalement compris les explications, 36,4 % en partie, et 29,6 % pas vraiment. 65,1 % des

TABLEAU 1

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des répondants de l'étude quantitative

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques	PaDT1 <i>n</i> = 1257	Proches DT1 <i>n</i> = 278	Total <i>n</i> = 1535
Âge – moyenne (ET)	55,9 (16,0)	47,9 (10,5)	54,4 (15,4)
Genre – <i>n</i> (%)			
Homme	428 (34,0)	64 (23,0)	492 (32,1)
Femmes	826 (65,7)	213 (65,7)	1039 (67,7)
Niveau d'études – <i>n</i> (%)			
< Baccalauréat	292 (23,2)	41 (14,7)	333 (21,7)
Baccalauréat	169 (13,4)	42 (15,1)	211 (13,7)
Baccalauréat +2/3	418 (33,2)	115 (41,3)	533 (34,7)
> Master	333 (26,5)	63 (22,6)	396 (25,8)
Inconnu	45 (3,5)	17 (6,1)	62 (4,0)
Âge diagnostic – moyenne (ET)	28,9 (16,1)		
Âge des proches – moyenne (ET)		19,1 (14,1)	

PaDT1 : personne atteinte d'un diabète de type 1.

PaDT1 étaient seules au moment de l'annonce, tout comme 43 % des proches.

Besoins en termes d'accompagnement par des patients experts et des professionnels de santé mentale

À la question « Pensez-vous qu'un patient expert aurait pu vous aider au moment du diagnostic et dans les jours qui ont suivi ? » les PaDT1 étaient 67,5 % à répondre « Oui, totalement », et les proches étaient 81,7 % à répondre « Oui, totalement ». À la question « Pensez-vous qu'un patient expert aurait pu vous aider dans l'année qui a suivi votre diagnostic ? » les PaDT1 étaient 72,9 % à répondre « Oui, totalement », et les proches étaient 88,5 % à répondre « Oui, totalement ».

Un accompagnement psychologique a été proposé après l'annonce du diagnostic de diabète pour 16,1 % des PaDT1, et 50,7 % des proches. 23,6 % des PaDT1 ont bénéficié d'un accompagnement psychologique depuis l'annonce de leur diabète, tout comme 17,1 % des proches pour eux-mêmes, et 38,7 % pour la personne atteinte de diabète dont ils sont proches. Pour les personnes n'en ayant pas bénéficié, à la question « Avec le recul, pensez-vous que vous auriez eu besoin d'un accompagnement psychologique après l'annonce de votre diagnostic/du diagnostic de votre proche ? », seul 27,3 % et 9,5 % des proches répondent « Non ». Pour les proches, ils sont 14,3 % à répondre « Peut-être », 29,8 % à répondre « Oui, immédiatement après le diagnostic », 34,5 % à répondre « Oui, dans les jours et les semaines qui ont suivi », et 11,9 % « Oui, dans l'année qui a suivi ». Pour les PaDT1, elles sont 20,8 % à répondre « Peut-être », 12,4 % à répondre « Oui, immédiatement après le diagnostic », 22,4 % à répondre « Oui, dans les jours et les semaines qui ont suivi », et 17,1 % « Oui, dans l'année qui a suivi ».

Perception d'un diagnostic précoce de la maladie

À la question « Pensez-vous qu'un diagnostic plus précoce (avant les premiers symptômes) aurait pu changer votre vécu de la maladie ? », 35 % des répondants disaient « Oui » et 65 % répondent « Non », sans différence significative entre les PaDT1 et les proches. À la question « Si un test de dépistage permettait de poser un diagnostic plus précoce du diabète de type 1 (avant les premiers symptômes) chez vos proches, souhaiteriez-vous qu'il soit proposé ? », les PaDT1 répondent « Oui » à 93,7 % et les proches à 86 %. À la question « Seriez-vous prêt(e) à informer vos proches à risque de DT1 de l'existence d'un test de dépistage ? », les participants répondent « Oui » à 96,2 %, « Non » à 1,5 %, et « Sans opinion » à 2,3 %.

Discussion

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact du diagnostic sur la qualité de vie. Les répondants de l'enquête quantitative estimaient cet impact avec un très haut score au moment du diagnostic, que ce soit les PaDT1 (5,75/7), mais

encore plus pour les proches (6,36/7). Les entretiens convergent globalement vers ce résultat, avec un état de vulnérabilité très important décrit par de nombreuses personnes, même si le vécu est circonstanciel selon l'histoire de chaque personne, les professionnels de santé qui les ont accompagnés, la gravité de la maladie au moment du diagnostic (avec un état d'acidocétose par exemple), etc.

L'impact de l'annonce

Les résultats des phases qualitatives et quantitatives ont révélé que de nombreuses dimensions de la vie quotidiennes sont bouleversées dès le moment du diagnostic, ce qui nécessite un accompagnement dès le départ. D'autres dimensions peuvent être impactées avec un effet différé, car l'impact dépend des personnes qui doivent collaborer avec les PaDT1 et leurs proches pour gérer la maladie, comme le personnel enseignant pour l'école.

Des besoins plus importants pour les proches

Les résultats des phases qualitatives et quantitatives ont révélé que les proches exprimaient un impact plus important du diagnostic sur leur qualité de vie, davantage d'émotions négatives ressenties au moment du diagnostic, et des besoins plus importants en termes d'accompagnement, que ce soit par des patients experts ou par des professionnels de santé mentale. Cet accompagnement renvoie à des modalités concrètes de prise en charge dès le diagnostic, incluant un temps dédié en consultation pour aborder les dimensions émotionnelles et sociales, l'accès à une information adaptée, et une orientation vers des ressources identifiées (professionnels de santé mentale, associations de patients, pair-aidance). Ces résultats soulignent également le manque de considération de leur condition par les professionnels de santé qui accompagnent ces personnes, car n'étant pas directement perçus comme étant des « patients », bien qu'ils souffrent eux aussi de la maladie, et qu'ils portent une partie importante de la charge et du travail dévolus à la gestion du diabète.

Perception du dépistage

Le dépistage était globalement très bien perçu dans la partie quantitative, même si des doutes apparaissent sur la possibilité de changer le vécu de la maladie. La partie qualitative permet d'apporter plus de nuances sur l'impact perçu qu'un dépistage précoce de la maladie pourrait ou non avoir. Selon les personnes, le dépistage peut mettre une « épée de Damoclès » au-dessus de la tête si le risque est avéré, avec un sentiment de dépossession si la personne ne peut pas agir sur la situation. La littérature en sciences sociales a mis en avant les multiples enjeux du diagnostic sur la trajectoire de vie, la redéfinition de soi, ou encore le travail du malade qui doit être incorporé pour les personnes concernées, que ce soit les proches ou les PaDT1. Les éléments présentés dans cette enquête montrent les difficultés qu'un manque d'accompagnement entraîne pour faire

face à tous ces enjeux, en particulier lorsqu'une focale trop importante est mise sur les dimensions biomédicales de la maladie par les professionnels de santé, et en négligeant toutes les autres dimensions comme l'impact sur les proches ou la santé mentale.

Limites

Malgré l'utilisation d'une méthodologie mixte permettant la triangulation des données, cette étude comporte plusieurs limites. Concernant la partie qualitative, le faible nombre de personnes interrogées ne permet pas de tirer de conclusions fermes, mais il permet de mieux comprendre la perspective des PaDT1 et leurs proches. Concernant la partie quantitative, le nombre de répondants conditionne l'interprétation et la significativité. Il est également important de noter qu'il s'agit d'un questionnaire déclaratif et qu'à ce titre des « erreurs » peuvent exister.

Les participants recrutés via la Fédération ont un niveau d'expertise et d'autonomie dans la gestion de la maladie probablement plus important que la population générale des PaDT1 et de leurs proches. Les répondants à cette enquête ont également une longue durée de vie avec la maladie en moyenne (30 ans), ce qui impacte leur perception du test de dépistage par leur

expérience, qui n'est probablement pas la même dans la population générale. Des analyses complémentaires sur les représentations du dépistage, et sur les freins et les leviers à l'acceptation d'un dépistage précoce, seraient intéressantes.

Conclusion

Cette étude a mis en exergue l'impact important du moment du diagnostic du DT1, et l'état de vulnérabilité qui en découle. Un dépistage précoce de la maladie à travers un test de dépistage préclinique, associé à la possibilité d'agir sur la maladie, permettrait sans doute aux personnes concernées de mieux se préparer, et de diminuer l'impact négatif du diagnostic. Des efforts supplémentaires pourraient être faits pour mieux prendre en compte les dimensions psychosociales de la maladie, et pour orienter les personnes vers les services appropriés comme des associations de patients ou pour un soutien psychologique.

Financement : Cette étude a bénéficié du soutien institutionnel de Sanofi.

Déclaration de liens d'intérêts : Jean-François Thébaud rapporte avoir participé à des interventions ou des expertises non rémunérées pour Sanofi-Aventis, Novo Nordisk, Bayer et Lilly. Les autres auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.



Matériels complémentaires

Les matériels complémentaires accompagnant la version en ligne de cet article sont disponibles sur <http://www.sciencedirect.com> et <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2026.06.012>.

Références

- [1] International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Bruxelles: l'International Diabetes Federation (IDF); 2021.
- [2] Bubeck A. Le diabète et les proches, entre contraintes, soutien et vécus en commun. Soins 2024;69:44–6.
- [3] Bury M. Chronic illness as biographical disruption. Sociol Health Illn 1982;4:167–82.
- [4] Deltand M, Kaddouri M. Les individus face à l'épreuve des transitions biographiques. Orient Scol Prof 2014;43/4:413–34. doi: [10.4000/osp.4469](https://doi.org/10.4000/osp.4469).
- [5] Olshansky E, Sacco D, Fitzgerald K, et al. Living with diabetes: normalizing the process of managing diabetes. Diabetes Educ 2008;34:1004–12.
- [6] Ben Amor A, Essaddam I, Snene H, Ben Becher S. Retentissement psychologique du diabète type 1 sur l'enfant. Expérience d'une unité de diabétologie pédiatrique. Eur Psychiatry 2015;30(8, Supplément):S132.
- [7] Messaadi N, Bayen S, Zéroulou Z, et al. Les effets pluriels de l'annonce d'une maladie chronique. Medecine 2018;14:407–11.
- [8] Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinesither Rev 2015;15:50–4.