

**UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS**

ANNÉE 2015

N° 46

**LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DE L'INSTAURATION D'UNE
INSULINOTHÉRAPIE
CHEZ UN PATIENT DIABÉTIQUE DE TYPE II EN MÉDECINE GÉNÉRALE
(Étude qualitative menée auprès de 10 médecins généralistes)**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 22 Mai 2015

Par

Cristina Alexandra FILIP
(épouse SÂRZEA)
Née le 05 Septembre 1984 à Alexandria (Roumanie)

PRÉSIDENT DU JURY :
Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD

MEMBRES DU JURY :
Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE
Monsieur le Professeur Giampiero BIRCCA
Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

DIRECTEUR DE THÈSE :
Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

À

A ma présidente de jury,

Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)

Nous nous sommes rencontrées au cours du quatrième semestre de mon internat, lors d'un stage effectué dans le service d'endocrinologie. Durant ces six mois, vous m'avez fait partager votre expérience clinique et vos connaissances, et je vous en remercie. J'ai apprécié vos conseils au cours de nos échanges qui m'ont beaucoup apportés. Votre dimension humaine m'a beaucoup touché. Mon passage dans votre service m'a fait grandir tant professionnellement qu'humainement. Je garderai un très bon souvenir de ces six mois passés à vos côtés.

Vous me faites l'honneur aujourd'hui de présider le jury de cette thèse,

Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération !

À
Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Rhumatologie)
Responsable du service de Rhumatologie
Pôle "Autonomie"

*Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury,
Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mon profond respect.*

À Monsieur le Professeur Giampiero BRICCA
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
Pharmacologie clinique

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail,
Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mon profond respect.*

À

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Médecine interne

Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury,

Soyez assuré de ma respectueuse gratitude.

À ma directrice de thèse,
Madame le Professeur Catherine BOULNOIS
Professeur Associé de Médecine générale
Département de Médecine générale

Notre rencontre restera un très beau moment de mon internat. Vous m'avez fait découvrir de nouveaux horizons, de nouveaux objectifs.

Vous m'avez marqué par votre disponibilité, votre écoute et votre gentillesse. Je vous remercie de m'avoir fait partager votre plaisir d'exercer la médecine générale et m'avoir transmis les connaissances dont vous disposiez.

Vous avez toujours su me motiver, me pousser vers de nouvelles expériences vers lesquelles je ne serais sûrement pas allée sans vous et je vous en remercie. Je vous suis reconnaissante de m'avoir soutenue tout au long de ce travail et d'avoir porté de l'intérêt pour un sujet qui me tenait à cœur.

J'espère que le temps ne nous séparera pas et que nous continuerons d'échanger nos expériences.

À Vlad ... l'homme sans qui ma vie n'aurait pas le même sens.

Tu as été LA rencontre, l'évidence de ces études de médecine que nous avons vécues presque entièrement ensemble.

Tu es ce que j'ai de plus cher.

Chaque jour de plus vécu à tes côtés est un jour de bonheur supplémentaire dans ma vie.

Tu es mon âme sœur, mon confident et mon plus grand soutien. Tu m'as permis d'avoir davantage confiance en moi.

Je suis fier de toi et de tout ce que nous avons partagé et réalisé ensemble.

Voici bientôt 10 ans que je suis à tes côtés....et nous avons encore toute la vie pour continuer de vivre ces instants magiques que nous partageons chaque jour de notre quotidien ...

À mes chers parents, *sans qui je ne serai pas ce que je suis aujourd'hui.*

Je vous remercie pour votre soutien et pour avoir toujours été présent dans chacune des étapes importantes de ma vie. Je vous aime si fort !

Maman, je serai toujours très reconnaissante des sacrifices que tu as fait pour m'offrir des conditions de vie exceptionnelles durant ces études. Merci pour ton amour, ta tendresse, ton écoute, ta sagesse et tes conseils si précieux. Tu as toujours trouvé les mots justes, aux maux de la vie. J'ai une profonde confiance en toi. Tu pourras toujours compter sur moi ...

À ma sœur, Raluca

Tu es un exemple que j'observe avec les yeux admiratifs de la petite sœur. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi. Tu es une battante et je suis fière de toi! J'espère être à tes côtés pour chacune des étapes de ta vie. Je t'aime

À mes neveux, Darys et Eryvn

Mes deux adorables terreurs!

À Andrei, mon petit cousin chéri.

Mon chouchou, je suis fière du petit homme que tu es devenu. J'ai confiance en toi ... Je te souhaite un très bel avenir et une douce vie.

À ma Mamie,

Tu es partie trop tôt...

Il n'y a pas un seul jour de ma vie où je ne pense pas à toi. Tu continues de vivre en moi. Je sais que tu es là tout près de moi et que tu veilles sur moi ... je t'aime tant.

À mon Papy,

Pour ta confiance et ton affection.

À ma tante Lili,

Merci pour ton affection et toute la tendresse que tu me portes.

À mon oncle Marcel,

Tu as toujours été présent pour moi et je t'en remercie.

J'ai le regret de te voir si peu, mais tu es dans mon cœur.

À ma belle-mère,

Merci d'avoir été présente dans chacune des étapes de ma vie, au cours de ces 10 dernières années. Vous vous êtes toujours montrée disponible et de bons conseils à mon égard. A l'avenir, vous pourrez toujours compter sur moi !

À tous les amis rencontrés en médecine, *avec lesquels j'ai partagé des stages, des soirées, des rires, des difficultés parfois.*

Jo et Elahe, Cédric et Claire, Matthias et Marine, Nicolas, Eléonore et Mathieu, Fred et Eléonore, Audrey

Mon seul regret est de ne pas vous voir plus souvent. Je vous adore mes amis.

À Elife,

MA rencontre amiénoise. Tu m'as ouvert ton cœur et je t'ai offert le mien. Ton amitié m'est précieuse. Je pense fort à toi.

À Liana et Bobby, Lumi et J

Notre amitié est si chère à mes yeux. J'aime tous les moments que nous avons partagés ensemble.

Je vous aime mes amis roumains !

À Mireille,

Merci pour ton aide et ta disponibilité.

Aux médecins hospitaliers que j'ai rencontrés au cours de mon internat et qui m'ont tant appris.

Aux équipes des services qui m'ont accueillie durant mon internat.

À mes maîtres de stage *qui sont des exemples et qui m'ont beaucoup apporté :*

Madame le Dr Marie-Claude Leleux, Monsieur le Dr Jean-Louis Boudérique.

À tous les médecins *qui ont participé à mes entretiens, sans qui ce travail n'aurait jamais existé.*

Et ... merci à tous les gens que j'ai oubliés.

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	25
2. MATERIEL ET METHODE	29
2.1 Méthodologie de l'étude	29
2.2 Population étudiée	29
2.3 Le guide d'entretien	30
2.4 Entretien test.....	30
2.5 Le déroulement des entretiens	30
2.6 Transcriptions des entretiens.....	31
2.7 Analyse des entretiens.....	31
2.8 Saturation des données	32
3. RESULTATS	33
3.1 Présentation de l'échantillon.....	33
3.2 Déroulement des entretiens	33
3.3 Analyse des entretiens.....	34
3.3.1 Le vécu et le positionnement du médecin généraliste.....	34
3.3.2 Les difficultés du médecin généraliste face à l'insuline	49
3.3.3 Propositions d'amélioration	69
4. DISCUSSION	73
4.1 En ce qui concerne l'échantillon	73
4.2 Forces et limites de l'étude.....	73
4.2.1 Les forces de l'étude	73
4.2.2 Les limites de l'étude	74
4.3 Discussion des résultats.....	75
4.3.1 Le vécu et le positionnement du médecin généraliste.....	75
4.3.2 Les difficultés du médecin généraliste face à l'insuline	79
4.3.3 Les propositions d'amélioration	83
5. CONCLUSION	85
6. BIBLIOGRAPHIE	86
ANNEXES	89

1. INTRODUCTION

Le terme diabète désigne de façon générale un groupe de maladies métaboliques caractérisées par une hyperglycémie chronique liée à une déficience soit de la sécrétion de l'insuline, soit de l'action de l'insuline, soit des deux (1). Cette hyperglycémie contribue à long terme à l'apparition de complications micro et macro-vasculaires. Ces dernières représentent l'essentiel de la gravité de cette pathologie. Toutefois, un bon contrôle de la maladie peut permettre de réduire considérablement les risques de complications. Le dépistage du diabète est réalisé à jeun par une prise de sang qui permet de mesurer la glycémie (2). Une glycémie à jeun faisant suspecter un diabète se situe à partir de 7 mmol/l (1,26 g/l). Une valeur anormale exige confirmation.

Le diabète constitue de manière générale un problème de santé croissant qui concerne la plupart des pays du monde, qu'ils soient riches ou émergents. Cette maladie regroupe plusieurs formes de diabète, dont principalement deux grandes pathologies qualifiées sous les termes de diabète de type 1 et de diabète de type 2.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on estimait à 356 millions le nombre de personnes souffrant du diabète dans le monde en 2011. L'OMS prévoit 438 millions de cas de diabète d'ici 2030 soit 7 % de la population mondiale (3). Le diabète de type 2 représente 90% des diabètes rencontrés dans le monde (4).

Le diabète de type 2 est caractérisé par une résistance à l'insuline et une carence relative de sécrétion d'insuline, l'une ou l'autre de ces deux caractéristiques pouvant dominer à un degré variable. Il constitue une pathologie longtemps asymptomatique, qui survient typiquement après la quarantaine. Son dépistage est recommandé en France chez les personnes âgées de 45 ans et plus présentant des facteurs de risque, en particulier un surpoids ou une obésité. Cette forme de diabète survient essentiellement chez les adultes mais peut apparaître également dès l'adolescence. Chez les adultes, le diabète de type 2 représentait un peu plus de 91,9% des cas de diabète traité pharmacologiquement en 2007 en métropole (soit 16% de cas de diabète de type 2 traités par insuline avec ou sans antidiabétique oral et 76 % de cas de diabète de type 2 traité par antidiabétique oral sans insuline) (5).

Le développement du diabète de type 2 peut passer inaperçu pendant de longues années : on estime qu'il s'écoule en moyenne 5 à 10 ans entre l'apparition des premières hyperglycémies et le diagnostic du diabète. Or, c'est souvent à l'occasion des premières complications graves que la personne consulte. Le nombre de diabétiques qui s'ignorent en France est estimé à 700 000 de personnes. (6)

Parmi les causes du diabète, il y a toujours les facteurs de prédisposition (gènes, antécédents familiaux, etc.). Bien sûr, le vieillissement de la population, le dépistage précoce et l'amélioration de l'espérance de vie des personnes traitées pour diabète augmentent mécaniquement les chiffres. Mais ce sont surtout des facteurs sociaux et environnementaux (liés à nos modes de vie) qui expliquent cet accroissement constant : surpoids, obésité, manque d'activité physique, sédentarité constituent les principales causes du diabète en France. (7)

Nous ne sommes pas tous égaux face au diabète et face aux risques de diabète. Une étude réalisée en 2009 confirme des disparités liées au sexe (les hommes sont plus touchés que les femmes), à l'âge (les taux de prévalence sont plus élevés après 60 ans), aux conditions sociales, ainsi que des disparités géographiques. Les taux de prévalence les plus élevés en France sont toujours en outre-mer (Réunion 8,8% et Guadeloupe, par exemple, 8,1%). Fait marquant, à l'inverse de la métropole, les femmes sont plus touchées par le diabète entre outre-mer que les hommes. (8)

L'étude de l'Institut de Veille Sanitaire (INVS) confirme une grande disparité géographique sur le territoire national. Les régions, les départements du nord-est et du sud de la France et les territoires d'outre-mer continuent d'être les plus touchés par cette épidémie. Les régions et les départements de l'ouest de la France métropolitaine quant à eux, les taux de prévalence sont les plus faibles : Bretagne (3,0%), Pays-de-la-Loire (3,6%).(3)

En Picardie, en 2007, le taux de prévalence du diabète traité est de 4,7 % (4,9 % dans l'Aisne, 4,6 % dans l'Oise et 4,6 % dans la Somme). C'est le deuxième taux le plus élevé de France métropolitaine après celui observé dans le Nord – Pas de Calais (4.8 %). Ces fréquences sont nettement plus élevées qu'au niveau métropolitain. (Chiffres ORS Picardie). (9)

Cette disparité géographique n'est pas sans traduire des différences sociales. La prévalence du diabète est corrélée par la pauvreté. Sur un périmètre limité, les chiffres sont

sans appel : en Seine-Saint Denis, le taux de prévalence en 2009 est de 5.8% alors qu'à Paris, il est de 3,2%. (10)

En France, la population diabétique est estimée à environ 4 millions de personnes. Selon les prévisions, un français sur dix sera touché par le diabète d'ici 10 ans si l'on ne fait rien. (6)

Certes, le nombre de malades continue d'augmenter, dépassant désormais les 3 millions de patients sous traitement en France, mais l'épidémie donne pour la première fois des signes de ralentissement, comme le révèle le numéro de novembre 2014 du Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'INVS. Le taux de croissance annuel de la maladie est ainsi passé de 5,1 % sur la période 2006-2009 à 2,4 % sur la période 2009-2013 (11).

Le diabète ne doit pas être pris à la légère et se place dans la catégorie des « maladies graves ».

Mal traité ou diagnostiqué tardivement, le diabète engendre des complications qui peuvent s'avérer dramatiques.

Les conséquences du diabète sont sévères : elles représentent la première cause de cécité avant 65 ans et d'amputation non traumatique, c'est la principale cause de dialyse rénale et une source importante de complications cardio-vasculaires (12). Selon la Fédération Internationale du Diabète une personne meurt du diabète dans le monde toutes les 7 secondes (13).

Le diabète est une pathologie fréquente en médecine générale. Selon l'étude ENTRED, les médecins généralistes suivent en moyenne 25 à 30 patients diabétiques de type 2 ; c'est un motif de consultation fréquent (entre 10 et 20 par mois) et les consultations sont plus longues (14).

Le médecin généraliste a un rôle important dans le dépistage du diabète mais également dans la prévention de ses complications. Pour cela, il adapte le traitement à mesure de l'évolution du diabète afin d'obtenir un équilibre le plus satisfaisant possible.

En 2013, de nouvelles recommandations de bonnes pratiques concernant le traitement médicamenteux et la prise en charge du diabète de type 2 ont été publiées par la Haute

autorité de santé (HAS), l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Ces nouvelles recommandations poussent à agir « plus vite et plus fort ». Elles préconisent une escalade thérapeutique plus rapide avec la mise en place initiale de règles hygiéno-diététiques puis la prise d'antidiabétiques oraux (ADO) en mono, puis en pluri-thérapie et enfin l'ajout quasi inéluctable de l'insuline dès que l'écart à l'objectif glycémique est supérieur à 1% d'HbA1c, selon le contexte clinique et malgré une thérapie orale bien conduite.

En particulier, un passage à l'insulinothérapie est recommandé pour les diabétiques de type 2 dès que le traitement oral n'est plus suffisant à assurer un équilibre glycémique suffisant. En outre, les nouvelles recommandations de traitement médicamenteux du diabète de type 2 de la HAS souligne qu'un traitement par insuline NPH ou par insuline lente peut être proposé lorsque les traitements oraux et non insuliniques ne permettent pas d'atteindre l'objectif glycémique. (15)

Dans l'étude INSTIGATE (étude observationnelle européenne, menée en 2006 - 2007), 49% des patients étaient hospitalisés pour la mise en place de l'insulinothérapie (10). En 2010, une étude de l'assurance maladie, n'estimait plus ce pourcentage qu'à 20%, avec une grande disparité selon les régions. Cette baisse des patients hospitalisés, pourrait être en partie expliquée par la mise sur le marché, des analogues de l'insuline humaine d'action prolongée, et l'augmentation de l'instauration de l'insulinothérapie, par les médecins généralistes (16).

Durant mes stages hospitaliers, j'ai remarqué qu'il existait de nombreuses hospitalisations programmées pour l'instauration de l'insulinothérapie chez le patient diabétique de type 2.

Je me suis demandée pour quelles raisons les médecins généralistes préféraient adresser le patient à l'hôpital. J'ai donc choisi de mener une étude qualitative sur le vécu des médecins généralistes afin de comprendre les difficultés rencontrées par le médecin généraliste pour l'instauration de l'insulinothérapie en ambulatoire auprès des patients diabétiques de type 2, d'établir les causes qui poussent ces médecins à avoir recours à l'hôpital, enfin de déterminer leurs souhaits afin d'améliorer les pratiques de cette instauration

2. MATHERIEL ET METHODE

2.1 Méthodologie de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée sous la forme d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant en Picardie.

L'approche qualitative fonctionne sur une méthode inductive. Les données induisent les hypothèses. Le chercheur va de l'observation à l'hypothèse grâce à une démarche inductive et interprétative (17). Ce type d'approche est le plus adapté pour analyser le vécu des médecins.

2.2 Population étudiée

La méthode de l'entretien part du principe que «le tout social serait inclus en chaque individu » (18).

Ce n'est pas un échantillon représentatif quantitativement mais qualitativement qui est important dans une étude qualitative (19). Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Ainsi, une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires (20).

Le nombre de médecins interrogé n'a pas été déterminé par avance. En effet, les entretiens ont été arrêtés une fois que « la saturation des données » a été atteinte. Cette notion est obtenue lorsqu'aucune nouvelle information et aucun nouveau code n'apparaissent lors de l'analyse des données (21).

Les médecins interrogés ont été choisis au hasard, en tenant compte de critères spécifiques pour tenter d'équilibrer leurs caractéristiques: genre, âge, lieu et mode d'exercice.

Le contact a été pris avec chacun des médecins par téléphone. Il y a eu plusieurs échecs téléphoniques, les médecins ne souhaitant pas participer à l'enquête par manque de temps.

2.3 Le guide d'entretien

Les entretiens semi-dirigés ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien préalablement établi.

Le guide d'entretien n'est pas un questionnaire (19). Il s'agit d'une liste de thèmes que le chercheur souhaite voir aborder sans ordre prédéfini.

Ce guide d'entretien est constitué de trois parties. La première a permis d'aborder l'expérience personnelle du médecin généraliste quant à l'introduction d'une insulinothérapie chez les patients diabétiques de type 2.

La deuxième partie a traité les démarches et les difficultés rencontrées par le médecin traitant lors de l'instauration du traitement à base. Par ailleurs, une orientation a été essayée vers un questionnement plus large afin de tenter de recueillir leurs habitudes de pratique, ainsi que leur avis sur l'insuline et d'avoir des informations sur leur relation avec les différents spécialistes ambulatoires et hospitaliers.

La troisième partie a permis de recueillir les commentaires libres du médecin traitant concernant l'amélioration de la prise en charge de ces patients.

Le guide d'entretien était modulable en fonction du déroulement de la rencontre. (22). L'intégralité du guide est retrouvée en Annexe 1.

2.4 Entretien Test

Un entretien a été réalisé pour tester et adapter le guide d'entretien initial. Arbitrairement, il a été décidé que le premier médecin interrogé serait le médecin « testeur ». Cet entretien test a ainsi permis d'adapter au mieux la formulation des questions pour obtenir la libre pensée des médecins traitants interrogés.

2.5 Le déroulement des entretiens

Après avoir obtenu le consentement éclairé du médecin généraliste (17), les entretiens ont été enregistrés par l'intermédiaire d'un dictaphone placé au centre du bureau. Ces enregistrements ont permis une meilleure compréhension et observation des médecins interrogés et l'interprétation des données (19).

La suite de l'entretien s'est faite en suivant le guide établi. Au cours de ce dernier, j'ai pris des notes.

Pendant l'entretien, le maximum a été fait afin de libérer l'interviewé pour qu'il se laisse aller à des associations d'idées (18) en l'aidant à soulager ses inquiétudes (20). A ces fins, des questions orientées ouvertes ont été suggérées (22), ce qui leur permettait de se livrer plus facilement.

Une stratégie d'intervention par l'intermédiaire des questions de relance du sujet était définie en cas de besoin au cours de l'entretien.

2.6 Transcription des entretiens

L'intégralité des entretiens a été retranscrite à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word[®]. Lors de cette transcription l'anonymat des médecins a été respecté.

2.7 Analyse des entretiens

Après leurs transcriptions, l'analyse des résultats a été réalisée via un logiciel d'analyse qualitative QSR NVivo 10[®]. Ce dernier nous assure une aide technique à l'analyse, mais n'effectue aucune interprétation des données.

Nous avons utilisé la méthode d'analyse par théorisation ancrée (Grounded Theory) (23) décrite par Glaser et Strauss. Cette approche repose sur une analyse stricte phrase par phrase des données. Elle est donc ancrée dans le texte et n'utilise pas de grilles d'analyse ni de thèmes prédéfinis par le chercheur. Au cours d'un processus de comparaison permanent, un ensemble de codes a émergé. Le codage des entretiens consiste à extraire des mots ou phrases et à synthétiser leur signification par un ou plusieurs mots qui deviennent alors un code (21). Il s'agit d'un codage ouvert fractionnant le texte en une série de codes.

L'accumulation de ces codes a fait émerger des concepts plus généraux dans lesquels pouvaient être regroupés les codes ayant la même signification ou les mêmes implications. Au fur et à mesure de l'analyse des entretiens et de ce fait de l'apparition de nouveaux codes, un retour en arrière dans le texte déjà codé était effectué pour vérifier la présence ou non de ces nouveaux éléments (21). La mise en relation des différents concepts entre eux et la mise en évidence de leurs interactions avec la question principale de l'étude permettaient d'établir une théorie concernant les difficultés intervenant dans le rôle du médecin traitant dans l'instauration d'une insulinothérapie.

2.8 Saturation des données

Le nombre des entretiens n'a pas été déterminé par avance. En effet, les entretiens ont été arrêtés dès l'obtention de la saturation des données. Celle-ci était obtenue lorsque, pour le dernier entretien, aucune nouvelle information et aucun nouveau code n'apparaissaient lors de l'analyse.

3. RESULTATS

3.1 Présentation de l'échantillon

La saturation des données a été atteinte au bout de 10 entretiens.

L'échantillon se composait de cinq hommes et cinq femmes, âgés de 35 à 62 ans, installés seuls ou en groupe, trois en milieu rural, trois en milieu semi-rural et quatre en milieu urbain, depuis plus de 17 ans en moyenne. Huit médecins sont installés dans la Somme et deux dans l'Oise.

Médecins	Sexe	Année d'installation	Département	Mode d'exercice	Secteur
M1	homme	1985	Somme	groupe	semi-rural
M2	femme	2004	Somme	groupe	semi-rural
M3	femme		Somme	groupe	rural
M4	femme	2010	Somme	groupe	rural
M5	homme	1990	Somme	seul	rural
M6	homme	1980	Somme	seul	urbain
M7	homme	2004	Oise	seul	urbain
M8	homme	2013	Oise	groupe	urbain
M9	femme	1991	Somme	groupe	urbain
M10	femme	1998	Somme	seul	semi-rural

3.2 Déroulement des entretiens

Neuf entretiens ont été menés aux cabinets des médecins généralistes et un dans les locaux de l'Unité de formation et de recherche (UFR) de Médecine Jules Verne. Les entretiens ont duré de 7 minutes à 19 minutes (la totalité d'entre eux figure en Annexe 2).

3.3 Analyse des entretiens

Trois grandes parties se sont dégagées à la suite de la retranscription des entretiens :

1. Le vécu et le positionnement du médecin généraliste
2. Les difficultés du médecin généraliste face à l'insuline
3. Propositions d'amélioration

3.3.1 Le vécu et le positionnement du médecin généraliste :

- Le rôle du médecin généraliste

Les médecins se donnaient un rôle accompagnant :

M1 : Ils se sentent beaucoup plus malades souvent mais d'un autre côté on les rassure parce qu'on leur dit qu'après on suivra, on corrigera peut être beaucoup mieux le diabète

La plupart des médecins adoptaient une relation de confiance avec leurs patients :

M2 : Je pense qu'au bout d'un certain moment quand on est leur médecin ... les patients ne sont pas dans le refus de se soigner

M5 : et là donc je te dis au bout de 3 mois son hémoglobine glyquée elle a un petit peu baissé ... et la patiente est en confiance

Les médecins se définissaient comme protecteur de la santé de leurs patients :

M7 : et ça m'est arrivé ici devant moi, un diabétique type 2 qui avait bien mangé, qui était pâle, pâle, et je lui ai demandé, je lui ai fait un dextro ici et il était à 0,5 et heureusement qu'il n'a pas pris la voiture avant de partir parce qu'il partait dans l'Oise et un peu loin d'ici, alors je lui ai fait avaler pas mal de chocolats et beaucoup de sucre, et il est parti

Les médecins rencontrés ont exprimé un devoir d'information permanent pour leur patient vis-à-vis de l'évolution de leur pathologie :

M3 : on ne peut pas donner toutes les informations en une consultation ce n'est pas faisable ... ça fait une tonne d'informations ... ça va être un truc sur un peu étalé sur le temps.

M8 : En plusieurs consultations, et en leur réexpliquant, avec des simples termes, de très simples de la physiologie et de la physiopathologie du diabète, et en leur expliquant que l'insuline, c'est eux-mêmes qui la produisaient, qu'il faut juste la remplacer.

Plusieurs médecins proposaient un rapprochement des consultations lors de l'instauration de l'insulinothérapie :

M2 : souvent je les réévalue au bout de quelques jours quand même avec leur carnet de glycémie pour m'assurer que tout va bien et puis qu'il n'y ait pas de soucis

M4 : sans convocation je pense que c'est des gens du coup que je redemanderai à voir de façon un peu rapproché pour faire le point sur les dextro, voir où on en est.

Certains médecins ont considéré qu'un premier pas dans la surveillance est de les rassurer sur leur disponibilité :

M2 : j'explique toujours au patient que vraiment la porte est ouverte et qu'en cas de problème il peut m'appeler ou l'infirmière peut m'appeler enfin j'essaie de me rendre très disponible.

Trois médecins ont estimé que le carnet de suivi était un outil indispensable et ils ont parlé de son importance dans la prise en charge d'un patient diabétique insulinoquant :

M2 : souvent je les réévalue au bout de quelques jours quand même avec leur carnet de glycémie pour m'assurer que tout va bien et puis qu'il n'y ait pas de soucis

M6 : en général je sors d'une petite boîte un carnet de suivi des glycémies ... je pense que les outils indispensables, c'est le lecteur de glycémie et le carnet de suivi.

M9 : je vérifie quand je passe voir le patient ... où ils en sont de la dose je regarde le carnet voir un peu comment ils sont

Une partie des médecins a inclus dans leur suivi une autonomisation du patient par une éducation continue et une vérification des acquis :

M3 : je lui ai dit qu'on allait faire venir une infirmière mais que ça allait être temporaire ... pour qu'il puisse le faire lui-même tout seul après

M3 : petit à petit faire, faire l'auto-surveillance par le patient, faire les injections par le patient pour après qu'il ait son autonomie

Un médecin pensait que c'est son devoir de réaliser l'apprentissage des gestes pour son patient :

M7 : Moi j'explique (l'apprentissage de geste), c'est moi qui explique souvent quand je fais les visites, quand je le vois à domicile

L'hypoglycémie a été un sujet important abordé lors de l'instauration d'une insulinothérapie par tous les médecins généralistes interrogés:

M5 : on peut expliquer ... ce que c'est qu'une hypoglycémie déjà ... et puis après sucrer, sucrer, avoir toujours un sucre rapide dans sa poche ou bien une petite fiole de jus de fruits

M9 : on aborde le sujet quand je prescris une insuline, de toute façon je leur dis que l'hypoglycémie est possible, donc je leur décris les symptômes et je leur demande de se vérifier, de faire un dextro à partir du moment où ils ne se sentent pas bien ... en général ... les $\frac{3}{4}$ des hypoglycémies ils prennent un morceau de sucre et ils mangent un petit quelque chose.

Pour deux médecins l'éducation des hypoglycémies pouvait être retardée devant un profil glycémique élevé :

M3 : j'avais beaucoup de marge avant qu'il ait un risque d'hypoglycémie ... en n'ayant pas encore fait beaucoup je ne sais pas si je penserai toujours à l'éducation Glucagon

M4 : enfin ce monsieur-là hypoglycémie tout ça je ne lui en ai pas tellement parlé, parce qu'on parlait de très loin aussi en terme de dosage donc ... j'avais beaucoup de marge avant qu'il ait un risque d'hypoglycémie

Deux médecins avaient l'habitude de vérifier que leur patient ait intégré les bons réflexes en cas de complication :

M1 : on en parle régulièrement, on leur demande s'ils sont à jour, s'ils ont toujours leur ampoule dans le frigo

M8 : Revoir un petit peu avec eux comment ils pratiquent, s'ils ont les bons réflexes, s'ils savent reconnaître les signes d'une hypo

Certains médecins ont parlé de l'importance du kit Glucagen devant une situation d'urgence entraînée par une hypoglycémie sévère :

M6 : Si bien sûr le patient en arrive au stade où il a un trouble de comportement parce que il y a vraiment des manifestations cérébrales ... et bien on lui fera le Glucagen en intramusculaire

M8 : s'ils savent reconnaître les signes d'une hypo notamment ... mais dès qu'il y a les insulines rapides, c'est le kit Glucagon à côté pour pallier aux hypo sévères.

Deux médecins ont critiqué leur propre pratique concernant la prescription du kit Glucagen :

M4 : je ne sais pas si je penserai toujours à l'éducation Glucagon etc et ça ce n'est pas bien, ce n'est pas forcément bien.

M9 : (la place du kit de Glucagon) Alors ça c'est vrai que je n'en prescris pas, ce n'est peut-être pas bien

Un seul médecin s'est défini un rôle d'autorité vis-à-vis de son patient :

M1 : après plusieurs menaces de mauvais résultats ou de mauvais suivis de traitement, ou bien malgré tout ils échappent, bien je les adresse au diabétologue

- Préparation du patient

Un médecin pensait que la préparation du patient était une phase importante et le débutait dès le diagnostic :

M3 : Maintenant j'essaie de le dire dès le diagnostic, je dis que votre maladie c'est une maladie chronique malheureusement on ne peut pas la guérir, pour l'instant on

traite ... et le risque ça va être l'évolution vers l'insuline donc de toute façon c'est l'histoire du diabète qui est comme ça et voilà donc et je pense qu'ils ne doivent pas faire attention tout de suite mais ils ont au moins entendu ce mot là et ils savent que sûrement un jour l'insuline peut-être ils en auront.

Certains médecins préparaient leurs patients plusieurs mois auparavant, afin d'éviter de se retrouver au pied du mur :

M1 : on sent bien ceux qui vont passer à l'insuline ou pas ... on les prépare psychologiquement parce que pour eux c'est une étape difficile.

M4 : je pense que ça se prépare en tout cas et je pense qu'il faut essayer de le faire sans doute avant de se retrouver au pied du mur

M5 : La préparation du patient quand tu vois que le traitement est bien conduit à dose maxi avec une hémoglobine qui échappe, il faut le préparer 6 mois, 9 mois à l'avance

La majorité des médecins pensait qu'une étape fondamentale de la préparation consiste à en fournir des explications à leur patient sur la pathologie:

M6 : c'est d'obtenir l'acceptation du patient et donc je pense qu'il faut bien expliquer les enjeux

M8 : la première chose à faire c'est de savoir si ils connaissent le diabète, qu'est-ce qu'ils ont entendu par rapport à ça, essayer de palier aux idées reçues ... et après, bien je prends le temps ... de leur expliquer déjà ce que c'est que le diabète, quelles sont les conséquences du diabète et comment on le surveille.

La moitié des médecins fournissait des explications des bénéfices de l'insulinothérapie dans le cadre de la préparation de leur patient :

M6 : il faut bien expliquer que le diabète c'est une maladie qui va entraîner des complications, tant qu'il n'y a pas de complications bien, on ne se rend compte de rien pratiquement, mais la complication elle peut venir brutalement et après il sera trop tard

M7 : je discute très, très bien le bénéfice de l'insulinothérapie même si il est parfois transitoire

Un autre médecin a reconnu qu'il n'a pas trop abordé ce sujet avec ses patients par manque d'opportunité :

M4 : pour le moment c'est vrai que je n'en ai pas trop parlé et je ne les ai pas trop préparé.

Ce médecin pensait aussi que son patient était conscient du recours à l'insuline :

M4 : ça ne pouvait être que l'insuline et effectivement enfin il n'a pas pu être préparé du tout ... et en même temps je crois qu'il savait bien qu'il y avait certains traitements qu'il ne pouvait plus prendre et donc il n'avait pas le choix.

- Recours à l'insuline
 - Critères

La majorité des médecins percevait l'insuline comme une voie de dernier recours en cas d'inefficacité des antidiabétiques oraux :

M1 : quand il y a un échappement ... quand tu vois que l'hémoglobine glyquée elle grimpe, elle grimpe, elle grimpe ... qu'on a mis le maximum d'antidiabétiques oraux

M2 : A partir du moment ... où je ne peux pas aller plus au niveau des médicaments, et à partir du moment où je les ai vraiment bien stimulés au niveau du régime diabétique ... dès qu'il y a des complications ou dès que je vois que l'hémoglobine glyquée sur plusieurs dosages augmente

M6 : Quand on a une hémoglobine glycosylée je dirai qui s'approche des 10 grammes, je crois que quand on arrive dans ces chiffres là et qu'on a épuisé toutes les voies orales.

Certains ont parlé aussi de l'intérêt de l'instauration d'une insulinothérapie au moment de l'apparition des complications ou des pathologies associées permettant un meilleur équilibre du diabète:

M2 : chez une personne âgée avec un diabète très déséquilibré et des ulcères évolués des membres inférieurs où il m'a paru important d'équilibrer le diabète au mieux

M4 : Bon un patient avec des gros antécédents ... un monsieur qui est insuffisant cardiaque, insuffisant rénal ... il fallait bien instaurer de l'insuline

M7 : généralement les diabétiques type 2, je les passerai qu'en cas de décompensation

Deux médecins soulignaient la nécessité d'un passage à l'insuline en cas de contre-indication aux antidiabétiques oraux :

M4 : quand apparaissent aussi certaines contre-indications aux antidiabétiques oraux, insuffisance rénale ... quand parfois il y a une mauvaise tolérance de certains ADO ... et qu'on a toujours une hémoglobine glyquée qui reste trop élevée...

M5 : une hémoglobine glyquée qui était à 8, qui avait un seul rein, donc elle prenait beaucoup de Metformine ... et son hémoglobine glyquée continuait à grimper au-dessus de 8, donc on a décidé de passer à l'insuline

Deux médecins ont rapporté que le recours à l'insuline fait partie de l'évolution de la pathologie :

M3 : c'est le vieillissement enfin c'est la durée du diabète et l'évolution du diabète qui fait que, un jour, ils ont besoin d'insuline.

M8 : Le plus tôt possible même si ce n'est pas forcément indiqué mais parce que, il faut qu'il prenne conscience que c'est d'abord le seul traitement, ça reste l'insuline et donc voilà, qu'un jour ou l'autre, on y sera, on y sera amené quoi ... et que ce n'est pas le dernier recours c'est au contraire quelque chose qui doit y être.

Un autre médecin a utilisé l'insuline comme moyen de discipline dans l'observance du traitement antidiabétique :

M6 : ça m'est déjà arrivé chez des patients qui n'étaient pas à ces chiffres là mais en qui je n'avais pas confiance pour la prise des médicaments et donc le fait de faire de l'insuline avec le passage d'une infirmière ça a permis de les discipliner.

Un médecin a recours à l'insuline en cas d'échec des règles hygiéno-diététiques :

M10 : Si il y a un gros problème au niveau de l'alimentation des gens qui ne suivent pas leur régime pour plusieurs raisons ... donc ce n'est pas très équilibré, donc il y a des fois on ne s'en sort plus et on est obligé d'avoir recours aux insulines

- **Fréquence**

Pour la plupart des médecins, le recours à l'insulinothérapie en médecine générale restait abordable, mais pas fréquente dans leur pratique quotidienne:

M3 : ce n'est quand même pas des choses qu'on fait tous les jours, je veux dire des instauration d'insuline moi je dirai que j'en fais ... 1 ou 2 par an je dirai ... c'est quand même des choses qu'on ne fait pas souvent

M5 : l'insulinothérapie c'est quand même quelque chose de pas fréquent mais courant quand même.

- **Première prescription**

Lors de l'instauration de l'insulinothérapie, les médecins généralistes ont montré une pratique assez unitaire, destinée à couvrir toutes les nécessités d'un patient insulinorequérant dès la première prescription :

M2 : Alors je leur prescris souvent ... une insuline avec une injection journalière, donc je leur prescris un lecteur de glycémie en même temps ... je leur mets déjà une prescription d'un mois d'infirmière avec éducation thérapeutique du patient ... et puis je prescris toujours aussi un kit de Glucagen®

M3 : dans la première prescription entre le glucomètre, le stylo auto-piqueur, les aiguilles, les bandelettes, l'alcool.

M6 : je prescris en même temps plusieurs choses, le Glucagen® à garder dans le frigo, le kit de glycémie capillaire et puis en général je sors d'une petite boîte un carnet de suivi des glycémies, je lui explique comment il faut faire

- La place du lecteur de glycémie

La moitié des médecins proposait un lecteur de glycémie à leur patient déjà avant la nécessité d'un traitement par insuline :

M5 : quand tu vois que l'hémoglobine grimpe un petit peu tu leur fournis un lecteur comme ça déjà ils sont habitués à se piquer.

M9 : quand le diabète est assez déséquilibré, je leur prête ou je leur donne ... je commence par leur faire vérifier leur glycémie régulièrement sous antidiabétiques oraux.

Parmi eux, deux médecins proposaient un lecteur de glycémie en systématique pour tout patient diabétique :

M1 : la plupart de mes diabétiques type 2 qui ne sont même pas sous insuline, sous ADO, ils ont tous un lecteur de glycémie, ils ont un kit pour lecteur de glycémie, ça ils en ont tous

M7 : Oui c'est très important le lecteur de glycémie, c'est très important devant toute pathologie récurrente ... tous mes patients, même s'ils sont diabétiques type 2, je demande à faire un contrôle au moins une fois par semaine.

L'autre moitié prescrivait le lecteur de glycémie au moment de l'instauration de l'insulinothérapie :

M4 : je ne m'en sers pas chez ceux qui ont des antidiabétiques oraux ... pour ce monsieur à qui j'ai mis de l'insuline et bien évidemment il faut un lecteur.

M6 : C'est un outil incontournable puisque moi, dès que je mets en route un traitement par voie injectable, je prescris ... le kit de glycémie capillaire.

- Choix de l'insuline

Devant la nécessité d'introduction d'un traitement par insuline, la majorité des médecins choisissaient de débiter le traitement par une insuline d'action lente :

M3 : En général il y a des instaurations avec des ultra-lentes Levemir® et Lantus®

M6 : j'essaie toujours de commencer par une lente

M9 : j'ai instauré une insuline lente à petite dose en complément de son traitement oral.

En cas de persistance d'un déséquilibre glycémique, un médecin utilisait une association d'une insuline semi-lente et rapide :

M3 : si on n'a pas d'amélioration et bien là on peut passer à 2 insulines par jour et puis je prends un mélange semi lente et rapide

Dans le même contexte de déséquilibre, deux médecins s'aidaient d'un complément par une insuline d'action rapide :

M2 : je mets un petit peu d'Actrapid® à toutes petites doses en cas de glycémie très élevée

M6 : on peut parfois s'aider de rapides pour le midi et pour le soir

- Raison du choix

Le principal critère déterminant le choix d'insuline pour la majorité des médecins interrogés était le confort du patient d'une injection journalière :

M4 : parce que insuline longue, facile, une dose par jour, facilité donc d'administration et de mise en place.

M6 : je pense que c'est plus facile de faire adhérer à une injection par jour qu'à 3 injections ... et donc en général j'initie avec de la Lantus

M8 : la mono-injection essentiellement ... essentiellement une lente déjà qu'ils se fassent à l'idée de l'injection et qu'ils puissent voir qu'ils peuvent le gérer tout seuls

Majoritairement, les médecins ont éprouvé un sentiment de sécurité vis-à-vis des insulines lentes :

M2 : Parce-que c'est la seule où je me sente à peu près en sécurité en ville pour l'instaurer moi-même

M4 : on peut démarrer à des doses tout à fait raisonnables pour ne pas risquer d'avoir des hypoglycémies ... donc moi dans ma tête j'ai plutôt Lantus®

M10 : c'est la plus simple à utiliser, celle qui a le moins d'effets indésirables

La plupart des médecins pensaient dès l'instauration d'insuline à une nécessité d'optimisation du schéma insulinaire:

M5 : je pense que c'est la bonne solution, c'est de mettre une insuline lente et puis on affinera plus tard s'il faut

M6 : si on a un objectif à 1,50 mais que ça bouge beaucoup le midi et le soir, on peut parfois s'aider de rapides pour le midi et pour le soir

- Retard à l'instauration de l'insulinothérapie

La perception de l'insuline par le médecin généraliste ou la crainte des possibles réticences de la part du patient ont conduit à un retard du passage à l'insuline :

M2 : bien souvent je les instaure quand même un peu plus tardivement,

M6 : Quand on a une hémoglobine glycosylée je dirai qui s'approche des 10 grammes ... je vais tout faire pour ne pas en venir à l'insuline

M9 : je pense que notre propre réticence, elle vient de la réticence du patient et on veut au maximum retarder le moment où ils passeront à l'insuline

Toutefois un des médecins interviewés prend conscience des conséquences du retard :

M2 : quand on instaure c'est vrai que les complications sont déjà souvent arrivées

- Adaptation des doses

La plupart des médecins interrogés ont prescrit un protocole d'adaptation des doses bien encadré lors de la première prescription d'insuline :

M3 : je fais les objectifs, vous injectez tant si c'est entre tant et tant

M4 : je donne les indications par rapport aux dextro ... je mets les consignes sur l'ordonnance

M8 : Alors l'adaptation des doses, au début c'est très schématique parce que c'est une adaptation qui va être bien encadrée et par paliers de 2 à 4 unités selon le dextro.

Deux médecins s'appuyaient sur un protocole initial, tout en laissant le libre choix à l'infirmière pour adapter ensuite les doses :

M7 : (l'adaptation de doses) c'est moi ou c'est les infirmières aussi.

M9 : je donne les consignes au début mais qu'elles connaissent déjà de toute façon ... j'avoue que régulièrement c'est l'infirmière qui sait et qui adapte

Un médecin prescrivait un protocole d'adaptation des doses en absence d'un protocole fourni par l'hôpital :

M10 : je leur explique sur le protocole éventuellement que soit je fais, soit l'hôpital fournit

Un médecin a attiré l'attention sur l'importance de l'adaptation des doses d'insuline en tenant compte des règles hygiéno-diététiques :

M8 : c'est en fonction de l'activité, en fonction de l'alimentation, en fonction la teneur en sucre de l'alimentation

- L'éducation hygiéno-diététique

Un médecin proposait en systématique une prise en charge nutritionnelle :

M8 : Moi, je leur demande si déjà, ils avaient été pris en charge au départ en amont par, soit diététicien, soit nutritionniste, soit même endocrinologue ... du coup je leur

conseille de retourner voir quelqu'un qui les connaît. S'il n'y a jamais eu de contact ... je leur donne une liste de praticiens nutritionnistes ou diététiciens, sinon on travaille avec des diététiciennes en libéral ici assez facilement

Trois médecins prenaient en charge au cabinet l'éducation hygiéno-diététique au moment du déséquilibre du diabète:

M3 : on voit quand on est à des hémoglobines glyquées à 8, 9 ... on essaie de reprendre un petit peu les règles hygiéno-diététiques

M5 : quand tu vois que l'hémoglobine grimpe un petit peu tu leur fournis un lecteur comme ça déjà ils sont habitués à se piquer, à lire leur glycémie et puis à corriger éventuellement s'il y a des erreurs diététiques.

- Le rôle de l'infirmier libéral

La principale idée ressortie lors de discussions liées à l'organisation des soins était la prescription concomitante à l'insuline, d'un suivi infirmier à domicile :

M2 : je leur mets déjà une prescription d'un mois d'infirmière avec éducation thérapeutique du patient pour essayer de voir s'il peut s'autonomiser sur l'utilisation du lecteur glycémique et de l'insuline, puis pour lui expliquer comment gérer ses taux d'insuline pour augmenter ou descendre

M5 : Donc en général ... je mets une petite dose d'insuline et je donne l'objectif à l'infirmière de monter de 2 unités tous les 3-4 jours pour tout doucement écrêter les glycémies quoi

M9 : je tiens absolument à ce que les premières injections soient faites sous le contrôle d'une infirmière

Le principal rôle de l'infirmier libéral ressortant de l'analyse des entretiens consistait en adapter les doses lors de l'instauration d'une insulinothérapie en médecine générale :

M1 : les infirmières ... on arrive à adapter, on augmente ou on baisse de 2 unités, on suit les protocoles

M6 : L'infirmière ... puis elle saura moduler les doses, les variations de doses en fonction des glycémies, des glycémies capillaires.

La majorité des médecins voyait dans la réalisation des gestes techniques un rôle clé de l'infirmier dans la prise en charge des patients diabétiques sous insuline :

M4 : je l'ai surtout orienté vers une infirmière pour que les premiers temps il ait des dextro etc. et puis qu'elle lui fasse les piqûres.

M5 : Très important pour l'éducation du patient ... pour l'autosurveillance des glycémies ... pour faire l'injection d'insuline ... pour apprendre à faire les gestes exactement.

M8 : d'une infirmière à la maison pour leur apprendre et pour faire ensuite les injections essentiellement.

La moitié des médecins interviewés s'appuyait sur l'IDE pour l'éducation thérapeutique :

M2 : une prescription d'un mois d'infirmière avec éducation thérapeutique du patient

M4 : les infirmières ... c'est quand même eux qui viennent expliquer, montrer, ce n'est pas forcément beaucoup nous ... c'est quand même l'infirmier ou l'infirmière

M8 : les infirmières oui, elles peuvent tout à fait participer à cette éducation thérapeutique

Quelques médecins ont souligné le rôle rassurant de l'IDE pour les patients lors de la mise en route d'une insuline :

M5 : c'est la peur du patient de se piquer et de faire ses contrôles lui-même mais souvent je fais passer l'infirmière au départ justement pour gérer tout ça

M9 : eux même n'ont pas tellement confiance en eux donc pour qu'ils fassent en présence d'un professionnel et que le professionnel leur confirme bien qu'ils font bien et que c'est bien comme ça et qu'ils apprennent les automatismes au fur et à mesure

La plupart des médecins se déclaraient réconfortés par le suivi quotidien des patients par l'IDE :

M4 : à se reporter beaucoup sur l'infirmière qui va passer, qui va faire les dextro etc., du coup on peut être sûr de ce que dit l'infirmière, de ce que fait l'infirmière, de comment on gère l'infirmière

M7 : je leur fais beaucoup confiance parce que s'il y a une glycémie élevée, ils m'appellent pour me dire voilà, cette dame-là, elle a une glycémie à 2,5 g, vaudra mieux là passer la voir

M10 : d'avoir recours aux insulines, qui très souvent sont faites par les infirmières, ce qui nous arrange bien parce qu'on a un meilleur contrôle.

Un autre rôle important qui ressortait c'était la gestion quasi complète de l'éducation du patient :

CS : ça vous arrive aussi de leur demander d'apprendre les gestes techniques pour se piquer eux-mêmes ?

M1 : Non pas trop. Ce sont les infirmières qui le font... je ne m'en occupe pas trop

M2 : je leur mets déjà une prescription d'un mois d'infirmière avec éducation thérapeutique du patient.

M7 : si l'infirmière le suit je pense qu'elle prendra en charge aussi, pour expliquer les symptômes d'hypoglycémie

Ainsi qu'une délégation complète de la gestion du traitement :

M2 : je ne mets jamais d'insuline rapide en ville ou alors vraiment ou je mets un petit peu d'ACTRAPID à toutes petites doses en cas de glycémie très élevée mais ça je le laisse toujours gérer par l'infirmière à ce moment là

M9 : Bien c'est vrai que j'avoue que régulièrement c'est l'infirmière qui sait et qui adapte

Un médecin a utilisé le passage de l'IDE comme outil de discipline pour les patients :

M6 : le fait de faire de l'insuline avec le passage d'une infirmière ça a permis de les discipliner.

3.3.2 Les difficultés du médecin généraliste face à l'insuline

- Les limites du médecin généraliste
 - Dans la pratique

Pour la majorité des médecins interrogés le temps accordé à une consultation était une réelle difficulté :

M1 : je trouve que moi je n'ai pas le temps ... c'est pour ça que je ne fais pas l'instauration d'insuline

M3 : ça fait une tonne d'informations ... on ne peut pas donner toutes les informations en une consultation, ce n'est pas faisable.

M4 : alors le problème c'est que ça paraît toujours un peu court une consultation pour donner toutes les recommandations ... c'est vrai que parfois il y a un peu des contraintes de temps

Certains médecins ont ressenti un manque d'information dans leur pratique vis-à-vis de l'insulinothérapie :

M7 : je pense que les médecins généralistes malheureusement, ne sont pas très, très informés pour ça

M10 : c'est vrai il y a eu tout un tas de choses qui sont sorties, on n'est pas toujours au top pour tout ça, et c'est vrai que voilà quand il faut multiplier les insulines ça devient compliqué.

Un médecin a exprimé son impuissance dans une prise en charge de façon optimale devant l'existence d'une multitude d'insulines peu connues :

M1 : le problème de l'insulinothérapie..., c'est la multitude d'insulines qui circulent et on est un petit peu largué parce que ça change souvent de nom, on change les insulines.

D'autres ont souligné que la gestion d'un schéma insulinique complexe rend difficile le travail du médecin généraliste:

M3 : les schémas avec plusieurs insulines ... quand il y a des ajustements à faire matin, midi et soir, là je pense que c'est le diabétologue moi je ne me lance pas dans des traitements comme ça.

M10 : quand il faut multiplier les insulines ça devient compliqué ... quand ça se complique et que je vois que je ne m'en sors pas on a l'avantage d'avoir la diabéto sur l'hôpital, et ça c'est très bien.

Un médecin a parlé d'un sentiment de mise à l'écart par la tutelle :

M2 : les recommandations Sophia, mais qui nous ont été complètement imposées et qu'on n'a pas pu vraiment travailler ... on n'est pas vraiment intégré dans la démarche

Pour un médecin, la multitude de démarches administratives liées à la pathologie représentait une difficulté dans sa pratique :

M8 : après c'est peut être les démarches administratives par rapport à la prise en charge, au 100%, protocole de soins

Une difficulté ressentie par un médecin était la gestion des nouveaux patients pour lesquelles il constatait un besoin d'insulinothérapie dès les premières consultations :

M4 : un patient avec des gros antécédents ... qui faisaient que ça ne pouvait être que l'insuline ... que je suis depuis très peu de temps ... j'étais finalement un peu embêtée parce que pour le coup, c'est un patient que je ne connais pas beaucoup.

Un médecin trouvait qu'il était difficile de préparer le patient :

M4 : Préparer à l'éventualité de l'insuline, oui bien ça je pense que ce n'est pas toujours évident.

Un autre préférait éduquer son patient plus profondément devant la possibilité d'une manipulation incorrecte lors de la prise en charge par l'IDE :

M8 : si l'infirmière un jour ne pouvait pas faire face ou faisait une mauvaise manip

Le désintérêt des patients posait des difficultés au médecin généraliste dans le cadre du suivi :

M3 : les règles hygiéno-diététiques, il y en a qui font, il y en a qui ne font pas ... pour obtenir des petites choses il faut se battre pendant des semaines et des mois donc on sait très bien, on voit quand on est à des hémoglobines glyquées à 8, 9 et puis ça reste désespérément à 8, 9

Deux médecins ont décrit un sentiment de frustration devant un diabète instable correctement traité :

M1 : Il y en a qui échappent complètement, ce n'est pas toujours de leur mauvaise foi.

M6 : j'ai souvenir de quelques patients chez qui, obtenir une glycémie stable, c'était mission impossible ... est-ce que ça vient des écarts alimentaires, est-ce que ça vient de troubles de l'absorption d'insuline à cause de lipodystrophie ?

Certains médecins ont cependant évoqué d'autres difficultés dans un contexte de non-respect des règles hygiéno-diététiques:

M6 : Difficulté chez les patients qui ont des diabètes très instables, où on a du mal à équilibrer ... mais il y a certainement des facteurs intercurrents que l'on ne maîtrise pas, il y a peut-être des écarts alimentaires, il y a peut-être des activités physiques.

M10 : la diététique c'est très compliqué parce que on se rend compte qu'il y a très peu de gens qui vraiment font correctement leur régime.

Deux médecins ont déclaré ne jamais avoir eu des difficultés ni à l'instauration d'une insulinothérapie, ni à l'organisation des soins:

M6 : Je n'ai jamais eu vraiment de difficultés pour l'organisation des soins dans la mesure où on est dans une zone où on n'est pas en désert médical

M7 : Franchement je n'ai pas de difficulté pour instaurer, si l'objectif il est clair, il est bien précis, mais non il n'y en a pas.

- Dans l'application des recommandations de l'HAS

La majorité des médecins n'appliquaient pas les dernières recommandations HAS en matière d'insulinothérapie :

M2 : théoriquement je sais que c'est 8,5 d'hémoglobine glyquée

M6 : Quand on a une hémoglobine glycosylée je dirai qui s'approche des 10 grammes ... et qu'on a épuisé toutes les voies orales

M8 : Le plus tôt possible même si ce n'est pas forcément indiqué

M9 : je préfère leur laisser leur traitement oral et rajouter une petite dose de Lantus® ... et de ne pas être non plus, entre guillemets, trop efficace.

Un des médecins a fait la remarque que les recommandations de l'HAS ne représentent pas un véritable support d'aide pour la pratique des médecins :

M6 : L'HAS demande qu'on tire son attention aux Sulfamidex, alors que tous les « endocs » que je connais conseillent d'utiliser les incrétines avant les sulfamides hypoglycémiantes, alors je ne sais pas trop quoi faire.

Deux médecins ont estimé que les recommandations HAS ciblent plutôt une position comptable:

M6 : ... et bien sûr ça coûte plus cher, donc la position de la sécu et de l'HAS elle est comptable.

M8 : Elles ne sont pas très scientifiquement justifiées donc voilà, c'est des justifications économiques essentiellement.

Un médecin reconnaît ne pas s'intéresser aux recommandations HAS :

M7 : Franchement je n'ai pas beaucoup de notions sur la question

Mais les autres, ont bien intégré dans leur pratique l'appui des recommandations HAS dès la nécessité d'instauration d'une insulinothérapie et même durant le suivi des patients :

M3 : quand on arrive au maximum de traitements par antidiabétiques oraux et qu'on a des hémoglobines glyquées qui sont répétées au-dessus des objectifs ... là il me semble que l'insuline est nécessaire

M3 : le patient ne va pas bien avec son insuline, son diabète ne va pas bien ... quand on n'arrive pas au résultat qu'on espérait, bien là je crois qu'il faut quand même demander l'avis du diabéto

○ Perception de l'insuline

Certains médecins interrogés ont considéré le passage à l'insuline comme un diabète compliqué :

M1 : on passe vraiment d'un diabète assez facile à traiter per os à un diabète par insulinothérapie

M2 : malheureusement quand on instaure c'est vrai que les complications sont déjà souvent arrivées

Pour d'autres, l'insulinothérapie était un traitement complexe, mais qui restait facile à gérer :

M3 : ça ne me fait pas du tout peur de mettre en place une insuline chez les patients ... c'est quelque chose qui est très codifié donc ça me paraît simple ... je ne vois pas ce qui est particulièrement difficile à instaurer

M3 : c'était une insulinothérapie un peu complexe mais ça ne me fait pas peur du tout

M10 : quand je vois que ça dérape, l'insuline c'est quand même la façon la plus simple de réussir à gérer les choses.

Une partie des médecins ont utilisé la possibilité de recourir à l'insuline comme une menace pendant la phase de traitement par antidiabétiques oraux :

M3 : au bout d'un moment on dit attention, si vous ne faites pas, vous savez qu'on va peut-être devoir passer à l'insuline bientôt si on n'améliore pas les choses.

Il y a des médecins qui considéraient le traitement par insuline comme un geste invasif :

M6 : la prise d'insuline injectable est un geste invasif puisque on pique la peau

M9 : l'insuline, c'est les piqûres et ça leur fait peur, donc on ne peut pas décider de but en blanc de leur imposer des piqûres

Parmi les médecins interviewés, certains regardaient l'insuline comme la solution de dernier recours :

M6 : la voie orale c'est la voie prioritaire ... enfin je vais tout faire pour ne pas en venir à l'insuline ... si vraiment ça devient une indication incontournable

M7 : Franchement recourir à l'insulinothérapie chez le diabétique type 2 c'est exceptionnel pour moi

Deux médecins ont senti une obligation d'instauration d'insuline pour obtenir un bon résultat:

M7 : l'instauration de l'insulinothérapie, c'est une obligation pour éviter toutes les complications surtout.

M8 : un jour ou l'autre, on y sera, on y sera amené quoi ... ça reste encore le seul traitement on va dire réel de cette pathologie

Un médecin a choisi le confort du patient en détriment de l'efficacité :

M9 : je préfère leur laisser leur traitement oral et rajouter une petite dose de Lantus® ... et de ne pas être non plus, entre guillemets, trop efficace ... s'ils ont des hypoglycémies dès le début de l'instauration de l'insuline c'est vrai qu'ils vont être assez réticents

Un médecin a eu une perception particulière sur l'insuline l'utilisant comme outil de discipline :

M6 : le fait de faire de l'insuline ... ça a permis de les discipliner.

- Les réticences
 - Du médecin

Le manque de temps et d'information rendaient inabordable l'instauration de l'insuline :

M1 : je trouve que moi je n'ai pas le temps ou je ne sais pas assez bien donc ce n'est pas moi c'est pour ça que je ne fais pas l'instauration d'insuline

M7 : je pense que les médecins généralistes malheureusement, ne sont pas très, très informés pour ça ... je pense que la plupart des médecins généralistes, ils renvoient le plus vite possible ... à l'hôpital. Certains médecins généralistes ne connaissent pas grand-chose sur le diabète, les complications et tout le risque vital pour les patients.

Un des médecins a exprimé un sentiment de peur face à l'instauration d'une insuline :

M4 : très honnêtement je ne me sentais pas forcément à l'aise pour prescrire toute seule, me lancer toute seule comme ça.

La peur des effets indésirables a généré des réticences à l'instauration de l'insulinothérapie chez un médecin :

M2 : Déjà la peur d'une erreur d'injection, la peur qu'ils se trompent, la peur de l'hypoglycémie, la peur d'une mauvaise hygiène avec la piqûre avec des infections

Une peur de survenue d'hypoglycémie existait chez certains médecins :

M3 : même quand c'est les patients aussi qui se prennent en charge et qu'ils font leurs injections eux-mêmes ... il y a toujours cette peur de l'hypoglycémie

M10 : avec la Lantus® en règle générale, ça ne se passe pas trop mal, mais de toute façon quand ils ont d'autres insulines en règle générale il y a le Glucagen® avec.

Une partie des médecins a avoué que leurs réticences sont majorées par les réticences du patient :

M4 : finalement mes réticences viendraient plutôt de la crainte de la réaction des patients

M9 : je pense que notre propre réticence, elle vient de la réticence du patient

D'autres ont été réticents à prescrire des insulines rapides et des schémas complexes :

M2 : je n'instaure jamais d'insuline rapide en ville

M3 : les schémas avec plusieurs insulines ... quand il y a des ajustements à faire matin, midi et soir, là je pense que c'est le diabétologue

Il y a aussi des médecins qui n'ont pas exprimé des réticences face à l'instauration d'une insuline :

M3 : si ce n'est pas un patient qui est déjà suivi en diabète, si c'est moi qui le prends en charge ... moi j'instaure l'insuline.

M4 : je n'ai pas l'impression d'avoir tellement de réticences

M5 : Je n'ai pas de réticences, s'il faut, il faut.

- Du patient, vues par les yeux du médecin

La principale réticence du patient soulignée par la majorité des médecins était la peur des piqûres :

M1 : La première réticence des gens c'est la piqûre, c'est la notion d'injection et puis pour eux c'est une notion de gravité aussi

M5 : c'est la peur du patient de se piquer et de faire ses contrôles lui-même ... souvent le patient a peur de l'injection.

M7 : Malheureusement, les gens n'aiment pas trop les piqûres ... ça fait une peur de se faire piquer tous les jours

Des médecins avouaient que lors de l'annonce d'un passage à l'insuline, les patients l'ont vécu comme une étape difficile, ils s'en sentent plus malades :

M1 : on les prépare psychologiquement parce que pour eux c'est une étape difficile. Ils se sentent beaucoup plus malades souvent

M4 : avoir l'impression que c'est une très mauvaise nouvelle, se retrouver sous insuline, c'est que ça va mal.

M9 : ont l'impression que leur diabète effectivement est devenu plus grave quand il faut faire des injections

Un des médecins a considéré qu'il y a des réticences des patients à cause d'une mauvaise perception de l'insuline:

M8 : par rapport aux patients, c'est les réticences par rapport à ce qu'ils ont vécu comme mauvaises expériences, notamment dans leur entourage qui peut être diabétique, c'est que l'insuline était instaurée en dernier recours et que finalement ils mourraient avec, et ça, ça reste gravé dans leur mémoire comme étant un poison.

Certains médecins ont ressenti que pour leur patient, avoir des personnes étrangères à domicile est un frein dans l'acceptation du traitement :

M4 : ce patient il a mis du temps à aller voir son infirmière ... pour mettre en place l'insuline parce qu'apparemment il ne veut pas qu'il y ait des gens qui viennent chez lui.

M7 : ça fait une peur de ... prendre l'infirmière

Une autre idée sur les réticences du patient ressortant de l'analyse des entretiens était la peur d'une mauvaise gestion entraînant des complications :

M3 : c'est les piqûres, bon la peur de la piqûre, faire ça tout seul, peur de faire des bêtises, peur de ne pas savoir utiliser le glucomètre, peur de ne pas injecter la bonne dose, et oui je pense que oui il y a beaucoup de craintes par rapport à ça.

M10 : Ça fait peur aux gens d'être obligés de se piquer tous les jours, il y en a qui ont peur de ne pas savoir le faire

Une idée des médecins vis-à-vis des réticences de leur patient, a été la contrainte liée à un traitement injectable :

M2 : le fait de la contrainte d'être chez soi à une heure précise puisque souvent ils envisagent l'insuline avec une infirmière

M4 : Les réticences des patients c'est quand même beaucoup la contrainte de l'injection enfin c'est ce que je ressens un peu.

Une des réticences du patient au début de l'insuline, c'était de voir entamer un traitement vu comme le dernier recours, avec un sentiment de peur lié à un potentiel échec de l'insuline :

M2 : la peur de se demander aussi quel traitement il va pouvoir y avoir si l'insuline ne fonctionne pas

La prise de poids générée par l'insuline se comptait aussi parmi les réticences du patient ressenties par le médecin généraliste :

M4 : il y a beaucoup de gens qui ont peur de prendre du poids avec l'insuline, ça c'est un truc qui reste beaucoup

Un médecin pensait que si le patient avait toutes les explications, il n'existerait pas des réticences :

M7 : la question elle a été bien expliquée quand on a instauré au départ l'insulinothérapie et la question de peur ne se pose pas

- Dans sa relation avec le patient
 - Patient difficile

La principale difficulté rencontrée par la majorité des médecins interrogés était le manque d'attention de la part de leurs patients pendant la consultation :

M3 : je pense qu'ils ne doivent pas faire attention tout de suite mais ils ont au moins entendu ce mot là et ils savent que surement un jour l'insuline peut-être ils en auront

M7 : l'instauration de l'insulinothérapie, chose qui n'est pas toujours facile puisque les gens en fait, ils n'écoutent pas toujours ce qu'on leur dit.

M9 : je pense que de toute façon dans le diabète il faut dire, redire plusieurs fois avant que ce soit vraiment (intégré)

La plupart des médecins témoignaient d'un véritable vécu de lutte dans le cadre du suivi :

M3 : les règles hygiéno-diététiques, il y en a qui font, il y en a qui ne font pas ... pour obtenir des petites choses il faut se battre pendant des semaines et des mois.

M9 : c'est vrai qu'en général il y a quelques petits ratés et donc c'est pour ça qu'il faut redire, réexpliquer à nouveau.

D'autres médecins ont parlé du découragement du patient par la chronicité de son diabète :

M2 : pour le patient c'est difficile comme c'est des choses chroniques c'est au long cours et il se décourage.

M4 : en fait c'est un patient qui m'avait dit qu'il avait complètement laissé de côté le diabète ... un monsieur qui en a marre d'avoir beaucoup de soucis de santé et qui ne veut pas beaucoup consulter

M9 : c'est des patients qui refusent, plus ou moins souvent c'est qu'ils, ils sont un peu fâchés avec la maladie et puis ils ne se prennent pas bien en charge quoi

Plusieurs médecins ont été confrontés à un non-respect des règles hygiéno-diététiques entraînant des difficultés dans leur prise en charge :

M6: Difficulté chez les patients qui ont des diabètes très instables, où on a du mal à équilibrer ... il y a peut-être des écarts alimentaires, il y a peut-être des activités physiques

M9 :ils peuvent ne pas manger à l'heure, sauter des repas, avec la pratique du sport aussi ... ils peuvent pratiquer le sport mais de façon irrégulière et pas forcément bien adaptée comme on leur a expliqué.

Deux médecins ont exprimé des difficultés lors de l'instauration d'insuline à cause des réticences des patients entraînant un recours à l'hôpital :

M1 : J'en parle avec les gens avant. Qui sont souvent réticents ... Et après plusieurs menaces de mauvais résultats ou de mauvais suivis de traitement ... je les adresse au diabétologue.

M8 : Difficile, qui ne veut pas, qui ne souhaite pas mettre en route ce traitement par insuline ce qui est, ou qui ne comprend pas bien où est-ce qu'on veut l'amener, enfin qui est réticent. Qui est dur à gérer en ville.

Les médecins ont éprouvé des difficultés à motiver le patient à prendre la décision de s'autonomiser dans la prise en charge de leur maladie :

M8 : ceux qui ne veulent pas faire l'insuline eux-mêmes, les injections

M10 : ils s'en foutent parce qu'ils savent que c'est les infirmières qui vont gérer

Une partie des médecins ont déclaré avoir eu des difficultés à cause d'une information erronée du patient :

M5 : des fois ils connaissent d'autres patients qui sont sous insuline et c'est très astreignant

M7 : leur mal compréhension de leur diabète

Un médecin a attiré l'attention sur les problèmes économiques entraînant un déséquilibre du diabète :

M10 : on se rend compte qu'il y a très peu de gens qui vraiment font correctement leur régime ... une des raisons principales c'est que bien malheureusement, manger des fruits, des légumes et équilibrer, ça coûte très cher et qu'ils n'ont plus les moyens de le faire.

Un médecin a eu le sentiment que le patient est plus discipliné si il présente des antécédents familiaux de diabète compliqué :

M9 : il y a des diabétiques dans la famille qui ont été amputés ou qui ont eu des problèmes et là c'est vrai que ceux-là sont franchement beaucoup plus disciplinés que les autres

En milieu urbain, certains médecins ont été confrontés à une demande non nécessaire d'une consultation spécialisée de la part de leurs patients:

M9 : les patients qui habitent en ville vont avoir plus facilement, vont être plus demandeurs de l'avis du spécialiste

Un médecin a ressenti des difficultés entraînées par le niveau intellectuel de ses patients :

M10 : bon après il y a des gens un peu plus cortiqués à qui on arrive à expliquer les choses ... mais bon c'est vrai que dans le coin ce n'est pas ce qu'il y a de plus facile.

- Inobservance thérapeutique

Deux médecins ont parlé d'inobservance du traitement oral de la part de leur patient entraînant le recours à l'insuline:

M6 : ça m'est déjà arrivé chez des patients ... en qui je n'avais pas confiance pour la prise des médicaments et donc le fait de faire de l'insuline avec le passage d'une infirmière ça a permis de les discipliner.

M7 : j'ai une grand-mère qui a de l'insuline une fois par jour ... elle n'était pas tout à fait disciplinée pour les médicaments, donc de temps en temps, on lui fait un peu d'insuline plus pour la rattraper.

Une autre difficulté ressentie par certains médecins était la peur d'hypoglycémie de la part des patients, engageant même la mise en danger du traitement :

M4 : même quand c'est les patients aussi qui se prennent en charge et qu'ils font leurs injections eux-mêmes on voit que ce n'est pas toujours évident, il y a toujours cette peur de l'hypoglycémie donc ça souvent j'insiste pour dire que quitte à prendre un traitement, et mettre un traitement il faut qu'il soit efficace

Un médecin a parlé d'un vécu de refus des soins entraîné par l'évolution du diabète:

M9 : c'est des patients qui refusent, plus ou moins souvent c'est qu'ils, ils sont un peu fâchés avec la maladie et puis ils ne se prennent pas bien en charge quoi.

Un médecin se sentait impuissant à accroître la motivation du patient pour l'amener à prendre la décision de s'engager dans la prise en charge :

M4 : j'ai eu l'impression qu'il était motivé, qu'il allait bien prendre contact avec l'infirmière et puis pas forcément ... et puis bon j'ai su qu'en fait ... il avait mis beaucoup de temps à aller voir l'infirmière pour démarrer l'insuline

- Dans la coordination des soins
 - Collaboration avec l'IDE

Certains médecins ont considéré que le comportement des certains IDE n'est pas toujours adapté au besoin du patient:

M5 : la grosse difficulté que j'ai eu c'est que l'infirmière a mis énormément de pression sur le patient lors de ses injections ... la patiente elle a perdu du poids la première semaine, elle est venue à bout, elle n'en pouvait plus ... je lui ai dit ... ne vous inquiétez pas, vous mangez comme d'habitude, vous avez l'habitude et puis c'est l'insuline qui va régler le problème et l'infirmière, vous la laissez crier, dire ce qu'il y a, et puis on verra les résultats.

D'autres médecins ont parlé de la mise en danger du traitement par certains IDE:

M3 : que le patient il ait 1,10 g ou 3,40g on fait la même dose ... voilà quand je fais les objectifs, vous injectez tant si c'est entre tant et tant, ils font ça pendant 4, 5 jours et après ils arrêtent ... donc là je trouve que l'insulinothérapie ça perd un peu de son intérêt

M8 : L'infirmière attend qu'on fasse des protocoles écrits ce qui ... n'est pas du tout adaptable en vraie vie puisque c'est en fonction de l'activité, en fonction de l'alimentation, en fonction la teneur en sucre de l'alimentation, enfin ce n'est pas possible.

Un médecin a déclaré que la collaboration avec l'IDE est très difficile :

M8 : Ça se passe rarement bien on va dire

Un médecin mettait une barrière dans la relation avec les infirmiers libéraux, limitant sa disponibilité vis-à-vis de celles-ci :

M9 : il y a quelques infirmières qui peuvent m'appeler de temps en temps

Et un autre reconnaît ne pas avoir de relation avec les IDE :

M7 : J'avoue que les infirmières libérales, je n'ai pas beaucoup de relations avec elles ici.

Mais la majorité des médecins a disposé d'une bonne collaboration avec les infirmiers libéraux exprimant une relation de confiance qui s'est installée :

M4 : je pense que pour l'insulinothérapie on a surtout besoin du relationnel avec les infirmières ou les infirmiers et ça globalement je trouve que ça se passe bien en général on n'a pas trop de difficultés.

M7 : je leur fais beaucoup confiance parce que s'il y a une glycémie élevée, ils m'appellent pour me dire voilà, cette dame-là, elle a une glycémie à 2,5 g, vaudra mieux là passer la voir

- Le recours au spécialiste

La plupart des médecins choisissaient d'adresser le patient à l'endocrinologue quand ils observent un échappement thérapeutique :

M1 : après plusieurs menaces de mauvais résultats ou de mauvais suivis de traitement, ou bien malgré tout ils échappent, bien je les adresse au diabétologue

M3 : le patient ne va pas bien avec son insuline, son diabète ne va pas bien ... quand on n'arrive pas au résultat qu'on espérait, bien là je crois qu'il faut quand même demander l'avis du diabéto

M10 : quand ça se complique et que je vois que je ne m'en sors pas on a l'avantage d'avoir la diabéto sur l'hôpital, et ça c'est très bien.

Certains médecins adressaient leur patient au spécialiste pour reconforter le patient face la décision d'instauration de l'insulinothérapie :

M4 : puis l'endocrinologue quand même un petit peu parce que je pense que même si j'instaure une insulinothérapie je demanderai quand même qu'il y ait au moins une consult endoc dans la foulée et pour refaire le point quoi.

M8 : je leur propose d'aller voir un endocrino, histoire de faire le point, qu'on ait un 2ème avis qui va conforter l'insulinothérapie en général.

Trois médecins adressaient le patient au spécialiste pour assurer la prise en charge initiale lors de l'instauration de l'insulinothérapie :

M1 : (les démarches lors de l'instauration d'une insulinothérapie) Je l'adresse à un endocrinologue.

M7 : Ça reste toujours exceptionnel ça, mais généralement les diabétiques type 2, je les passerai qu'en cas de décompensation et là, ça se fait surtout à l'hôpital

M9 : en médecine de ville on a quand même plus rapidement recours au spécialiste, à l'endocrinologue qui le plus souvent va instaurer le traitement par insuline

Une partie des médecins a préféré laisser la gestion des traitements complexes au spécialiste :

M3 : les schémas avec plusieurs insulines ... quand il y a des ajustements à faire matin, midi et soir, là je pense que c'est le diabétologue moi je ne me lance pas dans des traitements comme ça.

M10 : l'avantage d'avoir l'endocrino, c'est qu'au moins ça permet de la laisser gérer les choses un peu plus complexes.

Un médecin collaborait systématiquement avec un endocrinologue quand il instaure le traitement par insuline :

M6 : quand on initie une insulinothérapie, ça se fait quand même en collaboration avec un endocrinologue

Un médecin adressait son patient au spécialiste pour faciliter son travail :

M9 : on n'instaure pas forcément toujours tout seul etc., je pense que c'est la pratique de ville, si on était, on joue un peu la facilité

L'analyse a montré que devant la nécessité de l'instauration d'une insulinothérapie, quelques médecins ont demandé des conseils téléphoniques auprès des spécialistes :

M2 : j'ai quand même mon réseau je sais que je peux appeler des collègues endocrinologues pour, au moins, avoir des conseils

M4 : je suis passée par un avis téléphonique auprès d'une endocrinologue ... qui m'a donné du coup la conduite, enfin voilà quelques conseils, l'insuline à mettre

Un médecin préférait faire appel au spécialiste, pour inscrire le patient dans un réseau de soins pluridisciplinaire :

M6 : alors il y a aussi ... un centre de prévention et d'éducation ... où on peut envoyer nos patients aussi pour avoir affaire à une équipe multidisciplinaire qui les instruit dans tous les domaines en relation avec le diabète quoi.

- L'accès au spécialiste

La principale difficulté devant la nécessité d'un avis spécialisé était portée sur les délais trop longs pour obtenir une consultation :

M1 : La première difficulté c'est d'avoir un rendez-vous chez le diabétologue, ce qui n'est pas facile parce que peu de disponibilités ... le plus dur c'est d'avoir les premiers rendez-vous

M2 : là où ça va plutôt être contraignant c'est pour prendre rendez-vous avec un endocrinologue parce que là il y a quand même des difficultés de délais de rendez-vous

- Relation avec le spécialiste

Deux médecins avouaient que la prise en charge des patients est facilitée par une relation privilégiée :

M2 : J'ai une endocrinologue sur Amiens avec qui je m'entends bien et avec qui je travaille de façon privilégiée

M4 : moi j'ai plutôt de la chance puisque voilà j'ai quelqu'un que je peux contacter facilement et qui est disponible, joignable et qui en plus s'est occupée dans la foulée de me prendre.

Un médecin a expliqué que la réponse du spécialiste n'était pas toujours celle attendue :

M5 : J'ai déjà eu un problème une fois avec un patient ... j'avais envoyé chez un endocrinologue qui m'a répondu, entre guillemets, débrouilles toi, tu vois et ... donc maintenant je me débrouille tout seul ...

Un médecin était critique concernant le spécialiste consultant dans la proximité qui est décrit comme pas facile à comprendre :

M1 : en plus on a Mr L. qui n'est pas facile à comprendre qui est dans le coin.

Mais la majorité des médecins ont déclaré que la collaboration avec les endocrinologues ne pose pas de problème :

M3 : il y a des diabétologues libéraux donc on peut très bien s'arranger avec eux

M5 : en général ça se passe bien avec les endocrinologues, il n'y a pas de soucis.

Deux médecins ont parlé de l'avis téléphonique qui amène une importante aide dans la pratique du médecin généraliste :

M2 : maintenant que j'ai quand même mon réseau je sais que je peux appeler des collègues endocrinologues pour, au moins, avoir des conseils

M4 : je suis passée par un avis téléphonique auprès d'une endocrinologue que je connais bien dont j'ai le numéro de portable donc ça m'a bien aidé

- Le recours à l'hospitalisation

L'hospitalisation était proposée pour faire accepter l'insulinothérapie par le patient :

M1 : d'abord pour faire accepter aux gens

M8 : (les causes qui te poussent à avoir recours à l'hospitalisation) Le patient non compliant ... difficile, qui ne veut pas, qui ne souhaite pas mettre en route ce traitement par insuline ce qui est, ou qui ne comprend pas bien où est-ce qu'on veut l'amener, enfin qui est réticent ... qui va être dur à gérer en ville donc qu'il ait un avis hospitalier pour le convaincre

D'autres médecins ont souhaité hospitaliser leur patient pour qu'ils bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire :

M1 : j'aime bien passer par l'hôpital parce que justement il y a l'hospitalisation de jour où on leur fait une éducation diététique, thérapeutique, on leur apprend à piquer

M8 : j'essaie de les orienter vers les services qui sont un peu complet sur l'accompagnement, c'est-à-dire qui ont déjà à l'intérieur du même service, nutrition, éventuellement cardio, ophtalmo, mais surtout éducation thérapeutique, qui prennent en charge tout ça soit en hospi de jour, soit dans le service

Une partie des médecins hospitalisait leur patient pour le recadrage de la prise en charge globale du diabète :

M4 : j'aurai recours à l'hospitalisation pour que les choses soient recadrées, revues bien mises en place, peut être aussi quand il y a un problème de motivation ou de prise de conscience.

M7 : La principale cause qui me fait envoyer certains patients à l'hôpital, c'est soit leur « mal » compréhension de leur diabète et les complications qui peuvent engendrer, soit des glycémies hyper élevées, et là je préfère qu'ils aillent à l'hôpital pour équilibrer le diabète et pour donner une nouvelle fois leur éducation pour expliquer tout ça.

Devant des pathologies associées déséquilibrant le diabète, certains médecins ont recours à l'hospitalisation:

M7 : le plus souvent, quand ils décompensent sur une bronchite ... ou toute autre complication qui déséquilibre le diabète, à ce moment-là on envoie à l'hôpital pour instaurer une insulinothérapie pendant quelques jours pour les rééquilibrer

L'hospitalisation était incontournable pour les patients diabétiques ayant des complications graves :

M2 : des découvertes de diabète de type 2 avec des glycémies à 6 g ... là je les envoie à l'hôpital et puis j'ai des patients aussi où j'ai déjà eu des signes soit de coma hypoglycémique, soit des signes d'hyperglycémie que j'ai dû hospitaliser

M6 : Si bien sûr le patient en arrive au stade où il a un trouble de comportement parce qu'il y a vraiment des manifestations cérébrales bien on, je crois qu'on n'a pas tellement le choix que de demander aux urgentistes d'intervenir

Un médecin a choisi d'adresser son patient à l'hôpital pour éviter les complications liées à un retard de prise en charge adaptée :

M6 : moi je fais appel à l'hôpital quand j'ai ... un patient que je considère comme en danger d'avoir une complication grave et donc je ne vais pas attendre que la complication arrive pour l'inciter à refaire le point en milieu hospitalier pour voir si on peut améliorer les choses

Un médecin a parlé des bénéfices d'une hospitalisation programmée pour réaliser une insulinothérapie fonctionnelle :

M8 : pour ceux qui ne sont pas trop, trop, trop âgés on va dire, le recours à l'insulinothérapie fonctionnelle peut être quelque chose de bénéfique

Quelques médecins espéraient une autonomisation de leur patient après une hospitalisation :

M1 : ils s'investissent beaucoup plus en étant passés par l'hôpital ... je trouve que l'hôpital au moins de jour ça leur apprend à gérer déjà eux-mêmes

M6 : et souvent les patients ont un bilan, ils sont hospitalisés en hôpital de jour où là ils sont mis en relation avec une équipe. Et dans cette équipe il y a des diététiciens qui vont leur expliquer comment gérer leur alimentation, ensuite l'insuline

Un médecin a fait appel à l'hospitalisation pour discipliner le patient :

M9 : Avec l'hôpital parce que c'est vrai que quand les patients ne sont pas du tout disciplinés ... c'est vrai qu'il y a une bonne prise en charge.

- Relation avec l'hôpital

Deux médecins pensaient que la prise en charge du patient à l'hôpital, notamment au sein du service des urgences est inadaptée et superficielle :

M2 : je les ai envoyé aux urgences et ils sont retournés chez eux avec une injection d'insuline et puis débrouilles toi ... c'est déjà arrivé que les patients soient renvoyés alors qu'on aurait espéré qu'ils soient pris en charge ... si on envoie aux urgences c'est qu'on est embêté, on n'envoie pas pour le plaisir

M3: c'est quelqu'un qui avait été hospitalisé ... il est sorti avec de l'insuline ... j'ai dû reprendre l'histoire tout à zéro ... j'ai même dû faire les prescriptions du lecteur, du kit enfin j'ai dû faire les prescriptions de départ ... donc voilà j'ai dû reprendre tout à zéro avec le patient, réexpliquer.

3.3 Propositions d'amélioration

- Développement Professionnel Continu (DPC)

Majoritairement, les médecins souhaitaient que des renseignements sur l'insulinothérapie leur soient accessibles. Cette information aurait pu être l'objet d'une Formation Médicale Continue :

M1 : (il) faudrait qu'on se forme un peu de temps en temps, qu'on retourne à la formation, qu'on ait des cours un petit peu sur l'insulinothérapie

M5 : c'est la formation continue qui doit faire son métier quoi

Les médecins ont pensé qu'un contact avec les endocrinologues lors des interventions au cours desquelles ceux-ci pourraient passer des informations bien précises, simples et claires auraient sans doute une influence positive sur la pratique des médecins généralistes :

M4 : faire passer des messages très simples et très clairs, qu'il y ait un truc très basique ... quand on peut commencer une insulinothérapie on fait comme ça.

M7 : faire des réunions avec des endocrinologues ... pour expliquer ... comment fonctionner pour contrôler certains patients, quand est-ce qu'il faut les envoyer à l'hôpital, quand est-ce qu'il faut lui mettre de l'insuline.

Les médecins généralistes souhaitent bénéficier des formations pratiques permettant de systématiser leur conduite thérapeutique face à la nécessité d'instauration d'une insulinothérapie :

M8 : Qu'il passe dans un service de diabète ... qu'il y ait au moins des formations pratiques surtout, pratiques sur le sujet et un minimum de théorie

M10 : D'avoir, je dirai éventuellement, plus de réunions où on nous explique le côté vraiment très pratique des associations des diverses insulines

Un médecin a considéré que les médecins généralistes disposent déjà de toutes les connaissances dans le domaine :

M9 : je pense qu'on a eu quand même assez de formations dans le domaine.

- Devenir Maître de Stage des Universités

Un médecin pensait que devenir Maître de Stage des Universités améliorerait les performances des médecins généralistes :

M6 : d'être maître de stage, parce que nous on leur apprend les ficelles du métier à nos internes, mais eux justement ils sont au courant des nouveautés, des nouvelles façons de gérer certaines pathologies.

- Développement des réseaux de soins

Plusieurs médecins ont jugé qu'une collaboration regroupant tous les soignants dans le cadre de la prise en charge du diabète, ainsi qu'un partage de compétences pouvait faciliter le suivi de ces patients :

M3 : Moi je pense que c'est de travailler ensemble avec les autres soignants ... si on pouvait faire des pôles un petit peu et se regrouper... avoir des réunions, des trucs, enfin travailler comme dans une maison de santé

M6 : Moi je pense qu'il faut fonctionner en équipe, il ne faut pas être isolé, alors une équipe ça veut dire, il y a le médecin traitant et il y a l'équipe infirmiers et tout ça, ça doit communiquer.

Les médecins généralistes souhaitaient que l'avis téléphonique soit développé :

M4 : on a un portable pour les endoc du CHU qu'on peut appeler facilement et ça je pense que c'est un truc à développer.

M8 : la mise en place d'une ligne directe avec l'endoc de garde qui peut être, qui peut, comment dire, rassurer un petit peu sur le délai de la mise en route de l'insulinothérapie.

Un médecin a souhaité qu'un réseau dédié à la prise en charge du patient diabétique soit créé dans les villes de proximité :

M2 : Peut-être plus qu'il y ait un réseau peut être, peut-être des antennes locales, des ateliers pour les patients où on pourrait être acteur.

Un autre médecin a manifesté le souhait d'un développement de la collaboration avec le CHU :

M2 : peut-être une plus grande collaboration avec le CHU peut être où on pourrait envoyer les patients dans des hospitalisations de semaine spéciales diabétiques.

- Amélioration de l'organisation des soins

La majorité des médecins souhaitait que la coordination des soins avec les IDE soit améliorée.

M4 : je pense que pour l'insulinothérapie on a surtout besoin du relationnel avec les infirmières ou les infirmiers ... donc je pense que il faut développer les interactions, les échanges avec les infirmiers.

M6 : Moi je pense qu'il faut fonctionner en équipe, il ne faut pas être isolé, alors une équipe ça veut dire, il y a le médecin traitant et il y a l'équipe infirmiers et tout ça, ça doit communiquer.

Certains médecins pensaient que des formations pratiques pour les IDE pourraient améliorer leur autonomie dans le cadre de la délégation des tâches

M8 : (par rapport à la relation avec l'infirmière libérale) Ça serait qu'il y ait des formations également très pratiques par rapport à l'adaptation des doses, qu'ils n'aient pas peur de prendre une initiative, d'augmenter ou de diminuer une dose parce que il n'y a pas de risque en fait

Un médecin a proposé une filialisation des IDE en libéral avec une filière étiquetée pour la prise en charge diabétique, en collaboration avec les outils de la Sécurité Sociale :

M2 : des infirmières qui soient vraiment étiquetées en libéral pour la prise en charge diabétique, peut être aussi plus en collaboration avec la Sécu puisque on a eu là ... les recommandations Sophia.

4. DISCUSSION

4.1 En ce qui concerne l'échantillon :

La recherche d'une grande diversité des médecins a été réalisée. En effet, l'âge et ainsi l'expérience professionnelle, le milieu socio-économique de la patientèle, la proximité des grands centres, la ruralité font parti des facteurs qui influent sur la pratique des médecins. L'échantillon de cette étude est non représentatif. Il a été constitué de manière raisonnée et diversifiée. Il n'a pas pour but une généralisation des données extraites de l'étude, mais une émergence d'idées nouvelles. L'échantillonnage s'est poursuivi jusqu'à la saturation des données.

4.2 Forces et limites de l'étude.

4.2.1 Les forces de l'étude

- Le thème

S'intéresser à ces difficultés du point de vue des médecins généralistes, en Picardie, était un des principaux intérêts de cette étude, car il s'agit d'une pathologie pour laquelle l'essentiel de la gravité est représentée par les complications micro et macro-vasculaires. Devant cette évolution du diabète l'ensemble des médecins doit être sensibilisé, car la majorité des complications liées au diabète peuvent être évitées, diminuées ou retardées si le diabète est dépisté et traité précocement et correctement. (24)

Au début de cette étude, il s'agissait du premier travail qualitatif effectué sur les difficultés du médecin généraliste face à l'instauration de l'insulinothérapie en ambulatoire en Picardie. Cette étude a pour but de dresser un état des lieux sur les obstacles de gestion de cette démarche complexe au quotidien par les médecins généralistes.

- La méthode qualitative

Le choix de la méthode qualitative a permis de recueillir le ressenti des médecins au sujet du diabète et de l'insuline et ainsi de faire émerger des idées nouvelles. Cette méthode de traitement du sujet était la plus adaptée pour atteindre les objectifs donnés à l'étude. Dans un modèle classique d'enquête, une hypothèse est avancée puis est testée par un protocole. Dans le modèle qualitatif, les hypothèses sont issues de l'observation des résultats. L'approche qualitative recherche une hypothèse ou aboutit à une classification qui pourra ensuite être

explorée par l'approche quantitative. La démarche est donc inductive, interprétative, allant de l'observation à l'hypothèse. Elle a mis en avant les difficultés dans la pratique des médecins généralistes face à l'insulinothérapie, dès son instauration, que ce soit dans l'organisation des soins, dans l'éducation des patients diabétiques et dans le suivi. Elle a identifié les causes qui les poussent à avoir recours à l'hôpital.

Le recours à des entretiens semi-dirigés a favorisé l'expression de chaque médecin, et ainsi l'obtention d'une diversité de points de vue. L'ordre des procédures est inversé, ce qui permet de débiter le travail en restant le plus ouvert possible par rapport aux résultats auxquels on pourrait aboutir. Ainsi, contrairement à une étude quantitative, la formulation de l'hypothèse de travail ne se précise qu'au fur et à mesure de la prise de données. L'évolution des hypothèses de départ, pour faire émerger des idées n'étant pas forcément intuitives, est une des principales forces de cette étude.

- Authenticité des participants

La plupart des entretiens ont eu lieu au cabinet des médecins, sur des plages horaires en dehors de la consultation normale, avec un temps accordé de 30 minutes en moyenne. Cela a facilité les entretiens. Au fur et à mesure du déroulement de l'entretien une relation de confiance se tissait petit à petit me permettant d'obtenir des informations contenant plus d'affects que celles obtenues au début de notre entrevue. Les médecins se sentaient détendus, la pression liée au manque de temps ne s'est pas fait ressentir pendant les interviews. La plupart des médecins ont émis un retour très positif au chercheur sur le déroulement de l'entretien.

4.2.2 Les limites de l'étude

- Habilité de l'enquêteur

Il s'agissait pour l'enquêteur, d'une première participation à un travail de recherche. Le manque d'expérience a pu conduire à un biais d'investigation. En effet, les principales difficultés portaient sur l'appropriation par le chercheur, des techniques de reformulation, d'écoute et de relance.

- Biais d'influence

Le médecin interviewé savait que l'enquêteur était un médecin. Cette étude aurait pu être assimilée à une évaluation des pratiques professionnelles par des médecins rencontrés avec le risque de freiner la liberté d'expression par peur de jugement éventuellement.

C'est pourquoi le médecin a pu dire ce que les autorités scientifiques recommandent et pas forcément décrire sa pratique courante, ni exprimer son ressenti profond. L'enquêteur était plus jeune et moins expérimentée que les enquêtés ; dans certains cas le médecin interviewé prenait une position de conseil. Le chercheur devait donc essayer de dépasser ses limites par sa technique d'entretien. Dans cette optique, avant l'entretien, les explications données aux médecins lors de la prise de rendez-vous et en début d'entretien étaient de nature à générer une discussion libre sur le thème de l'insulinothérapie en médecine générale, sans dire explicitement qu'il s'agit d'une analyse de difficultés rencontrées. Le but devenait plus clair au fur et à mesure de l'avancement de l'entretien, permettant ainsi de recueillir une quantité plus importante d'idées non influencées par l'essai de donner une réponse scientifiquement correcte à la question de recherche, mais qui exprimait les vrais ressentis en mettant en avant les pratiques des médecins dans les situations abordés.

Malgré la volonté d'une parfaite neutralité de la part du chercheur, ce biais est inhérent à la méthode et doit être souligné.

- Biais d'interprétations

L'analyse des données nécessite de donner un sens aux propos recueillis. Elle a été effectuée par une seule et même enquêtrice. Il n'y a pas eu de triangulation, principe qui consiste à valider les résultats par la recherche de leur convergence en variant les techniques de recueils de données.

4.3 Discussion des résultats

4.3.1 Le vécu et le positionnement du médecin généraliste :

Tous les médecins généralistes interviewés ont pris le temps de répondre aux questions posées sur l'instauration d'une insulinothérapie en médecine générale en partageant leur expérience et leur réflexion. Cette étude a montré que les médecins généralistes interrogés se sentaient investis d'un rôle important dans la prise en charge d'un patient diabétique nécessitant un passage à l'insuline.

Ils ont évoqué de nombreuses caractéristiques qui définissaient leurs positions et attitudes vis-à-vis de leurs patients.

La plupart se sont donnés un rôle accompagnant et rassurant, générant un climat de confiance nécessaire dans un processus de soins de qualité.

Tous les participants à l'étude s'accordaient à reconnaître que l'apport d'informations médicales par le patient au cours de la consultation facilitait la communication entre soignant et soigné. Ce rôle informateur du médecin était vu comme un devoir professionnel.

Le suivi d'une pathologie chronique s'organise de façon adaptée à la maladie. Dans le cadre de cette surveillance, les médecins participants à l'étude ont souligné l'importance de rassurer le patient sur leur disponibilité. Pour un suivi adapté entraînant des bons résultats, le carnet de glycémies ressort comme un outil indispensable. La vérification des acquis des patients autonomisés restait un des points du suivi évoqué par les médecins généralistes. L'acquisition des connaissances et du savoir-faire nécessaires en cas d'hypoglycémie étaient vérifiés régulièrement.

Tous les médecins généralistes ont estimé qu'un de leur principal rôle face à l'instauration d'une insulinothérapie était de préparer le patient pour faciliter son adhésion au traitement.

Cette préparation était parfois abordée dès le diagnostic, mais majoritairement dès les premiers signes d'échappement aux objectifs glycémiques. L'importance des explications sur la pathologie et la nécessité de l'insuline font l'unanimité dans l'échantillon analysé. Par ailleurs, face à l'isolement médical existant, un médecin a déploré le manque de temps pour fournir ces explications chez les patients ayant plusieurs pathologies associées.

Une correction des mauvaises perceptions de l'insuline par les patients était primordiale pour un médecin, dans le processus d'acceptation du traitement.

Ces démarches sont en concordance avec le guide sur le parcours de soins de l'HAS publié en 2014 (25).

Les critères de recours à l'insuline ont été exprimés dans l'idée « insuline = voie de dernier recours face au diabète », elle est nécessaire à partir de l'échec des antidiabétiques oraux. D'autres critères ont inclus l'apparition des complications et des décompensations liées aux pathologies associées. Dans un moindre degré, certains médecins ont choisi l'insulinothérapie en cas de contre-indications aux ADO. Seule une minorité a adopté l'insuline comme une partie de l'évolution naturelle de la maladie, et a estimé qu'elle peut être introduite tôt pour limiter les complications du diabète.

A noter aussi que certains médecins ont utilisé le recours à l'insuline soit devant un échec des règles hygiéno-diététiques, soit pour éduquer le patient face à une indiscipline dans le traitement par antidiabétiques oraux.

En France, les médecins prescrivaient avec retard l'insulinothérapie par rapport aux confrères européens qui préconisent le recours à l'insuline de façon plus précoce. (26)
L'uniformisation des recommandations de bonne pratique permettrait d'optimiser nos prises en charge afin d'améliorer le service rendu au patient. (27)

Dans l'échantillon analysé, deux médecins ont reconnu ne pas introduire eux même l'insuline. Ces informations sont conformes à une extrapolation sur l'ensemble des médecins généralistes, réalisé en 2014 par CEGEDIM (28) qui montre que 52% des 56000 médecins sont initiateurs d'insuline. Selon une étude réalisée en 2009 à Saint Etienne, 2/3 des médecins déclaraient qu'ils initiaient le traitement par insuline dans leur cabinet pour certains patients. (27)

La fréquence à laquelle les médecins sont confrontés à l'introduction de l'insulinothérapie reste faible par rapport au nombre total des consultations. Selon l'étude ENTRED, les médecins généralistes suivent en moyenne 25 à 30 patients diabétiques de type 2.

Au cœur de la prise en charge, le médecin généraliste a l'avantage de connaître l'histoire personnelle du patient. Prenant connaissance des éléments recueillis par le patient diabétique, il est généralement le véritable chef d'orchestre de la prise en charge en coordonnant l'ensemble des intervenants concernés par la maladie.

Pour l'organisation des soins, tous les médecins prescrivaient sur une seule consultation, le suivi infirmier à domicile pour l'apprentissage du geste et pour s'assurer d'une observance thérapeutique, la prescription initiale d'insuline, le kit lecteur de glycémie, le kit Glucagen et le carnet de suivi des glycémies. Malgré des prescriptions initiales exhaustives, un rapprochement des consultations est jugé nécessaire afin d'évaluer les résultats.

La totalité de l'échantillon a abordé l'importance de l'auto surveillance glycémique en cas de mise sous insuline ou de déséquilibre de l'hémoglobine glyquée. La moitié des médecins interrogés déclarait proposer un lecteur de glycémie à leur patient avant la nécessité d'un traitement par insuline, tandis que pour les autres, la prescription du lecteur se fait au moment de l'instauration.

L'auto surveillance glycémique a ouvert la discussion sur un sujet important lors de l'instauration d'une insulinothérapie, évoquée par tous : les signes et symptômes de l'hypoglycémie. Le sujet est abordé par certains dès l'instauration de l'insuline, et par

d'autres de façon plus tardive devant des valeurs élevées de la glycémie de leur patient, jusque-là vues comme une marge de manœuvre sécuritaire. Devant l'hypoglycémie, les médecins jugent le kit Glucagen important, allant jusqu'à critiquer leur pratique concernant la prescription de ce traitement.

Quant à l'insuline jugée plus adaptée au démarrage du traitement, tous les médecins interviewés ont choisi une insuline d'action lente. Les associations avec des insulines rapides ou semi-lentes ont été évoquées pour les patients présentant un déséquilibre glycémique malgré les traitements précédents. Les schémas complexes ont été partiellement évités par les médecins généralistes, principalement par peur des éventuelles hypoglycémies. Le principal critère déterminant le choix d'insuline pour la majorité des médecins interrogés était le confort d'une injection journalière entraînant une adhésion plus facile au traitement par le patient et la facilité d'administration avec un objectif d'optimisation du schéma insulinique en fonction des résultats. Ce choix était motivé aussi par le sentiment de sécurité des insulines lentes. (29)

Certains médecins reconnaissent retarder l'introduction d'une insuline par crainte des réactions négatives de leur patient. Malgré ces craintes, il est important de noter que l'étude DAWN 2 a montré que 72% des patients diabétiques français, non traités par insuline, accepteraient de débiter ce traitement (30).

L'éducation nutritionnelle du patient diabétique, notamment lors de l'insulinothérapie, est essentielle dans la prise en charge de cette maladie chronique. Ce thème n'est évoqué que par un médecin.

La pluridisciplinarité est la clé du traitement du diabète. Parmi les paramédicaux luttant contre le diabète on peut citer l'IDE. Pour offrir au patient une prise en charge de qualité, une bonne collaboration entre le médecin généraliste et l'IDE libérale est souhaitable.

Les résultats ont mis en évidence qu'étant proche du patient diabétique, l'IDE apportait de précieux renseignements dans la réalisation pratique des gestes techniques, ainsi que dans l'éducation thérapeutique. Son rôle est donc indispensable pour l'initiation de l'insuline en ambulatoire. Cependant, seulement la moitié des médecins évoquait l'éducation thérapeutique dans les rôles de l'IDE.

L'analyse des entretiens montre que les autres rôles de l'IDE sont l'adaptation des doses, le remplissage d'un carnet de suivi et l'accompagnement du patient domicile.

Le rôle rassurant de l'IDE était évoqué par la majorité des médecins interviewés, d'une part pour les patients, et d'autre part pour les médecins qui souhaitaient un contrôle plus

rapproché, une observance plus étroite en faisant appel à l'infirmier. Par ailleurs, quelques médecins ont évoqué une délégation d'une gestion quasi-complète du traitement et de l'éducation des patients à celui-ci.

Tous les médecins interrogés prescrivent un protocole d'adaptation des doses qui est en conformité avec les recommandations de l'HAS. (25) Certains médecins laissaient un degré de liberté aux IDE pour l'adaptation des doses en attirant l'attention sur l'importance d'adapter le traitement en fonction des règles hygiéno-diététiques. Ces règles étaient prise en charge au cabinet par la plupart des médecins, tandis que d'autres préféraient adresser le patient aux autres professionnels de santé (nutritionniste ou diététicienne).

Or l'HAS prévoit dans ses recommandations la prise en charge hygiéno-diététique au cabinet du médecin généraliste, avec vérification régulière de l'obtention d'une modification durable des habitudes alimentaires, et en cas d'échec au bout de 6 mois à 1 an, envisager le recours à un autre professionnel de santé. (29)

4.3.2 Les difficultés du médecin généraliste face à l'insuline

Les témoignages recueillis au cours de cette étude soulignaient l'existence de difficultés à chaque étape de l'instauration de l'insulinothérapie.

La première difficulté rencontrée dans la pratique quotidienne du médecin généraliste était le manque de temps, surtout face à la complexité des tâches pratiques et administratives liées à l'instauration de l'insulinothérapie, dans des journées où la charge de travail est déjà importante.

Une partie de l'échantillon a montré ses limites lors du passage à l'insulinothérapie en ambulatoire, en exprimant son impuissance pour une prise en charge optimale face à la multitude d'insulines peu connues et au manque d'informations pratiques relatives aux insulinothérapies.

Ces limites, majorées par la gestion d'un schéma insulinique complexe créaient un sentiment de frustration pour quelques médecins.

Ces résultats sont en équation avec la conclusion de l'étude réalisée dans le cadre de la thèse du Monsieur Bijane OROUDJI en 2005. (31)

Deux médecins ont déclaré ne jamais avoir eu des problèmes ni à l'instauration d'une insulinothérapie, ni à l'organisation des soins lorsque l'objectif est clair et la zone de pratique est bien desservie en terme d'offre de soins spécifiques.

Quant aux recommandations de la HAS, la majorité des médecins interviewés les connaissent mal. Les objectifs qu'ils donnent pour leurs patients diabétiques sont issus soit des recommandations anciennes, soit de la connaissance partielle des nouveaux guides de pratique. Cette approche peut aussi être expliquée par une méfiance vis-à-vis des motivations réelles de l'HAS dans l'élaboration des recommandations, qui est aux yeux d'une partie des médecins, centrée sur la gestion économique du sujet, donnant une impression d'éloignement entre les recommandations et la mission du médecin, de soigner les malades.

Il a été noté aussi un manque d'intérêt de la part d'un médecin des recommandations de la HAS.

L'insuline est différemment perçue par les médecins interviewés. La plupart d'entre eux la considéraient comme un traitement à mettre en route face à un diabète évolué ou ayant des complications potentiellement dangereuses. On note un sentiment de peur lors de son introduction. Le traitement est ressenti comme un geste invasif, donc à adopter en dernier recours. Il est intéressant à noter qu'une partie des médecins interviewés l'ait perçu comme un traitement complexe, mais gérable.

L'analyse de cette étude a mis en évidence l'existence des réticences à l'instauration d'une insulinothérapie, liées à la fois au patient et au prescripteur.

Concernant les médecins, il est essentiel d'identifier leurs réticences, qui freinent l'utilisation de l'insuline, que ce soit en termes d'initiation du traitement, d'intensification ou d'observance. Ces notions sont appelées "résistance psychologique à l'insuline" dans un certain nombre de publications (32).

Une des principales raisons pour lesquelles ils n'instauraient pas ou retardaient ce traitement était parce qu'ils redoutaient une hypoglycémie de certaines insuline entraînant un sentiment d'insécurité en médecine de ville.

Une étude finlandaise FINFAT a montré que les hypoglycémies induites par l'insuline d'action lente étaient inférieures à 4 par patient et par an, et diminuaient de moitié en cas d'association à la metformine. Par ailleurs elles sont beaucoup moins élevées qu'avec l'insuline NPH.(33) (34)

Toutefois en respectant une titration prudente, comme le recommande l'HAS, le risque d'hypoglycémie est plutôt faible, et il n'est pas diminué lorsque l'instauration est faite à l'hôpital. (29) (35) (36)

D'autre part, quelques médecins ont avoué que leurs réticences sont majorées par les réticences du patient, fait qui retardera le recours à l'insulinothérapie à cause d'une crainte de

rupture de soins ou d'une non adhésion au traitement par le patient. Cette prise en charge conduit les médecins à réaliser des compromis qui n'étaient pas toujours favorables à leurs patients.

Néanmoins, pour certains d'entre eux, aucune réticence n'a été notée.

La totalité des médecins interrogés ont déclaré que leurs patients redoutent le passage à l'insuline. Du point de vue des médecins généralistes la principale crainte des patients était la peur des injections, des effets secondaires et d'une mauvaise gestion entraînant des complications. On note aussi que le changement de vie liée à l'insuline et la crainte d'un traitement de dernier recours entraînent un profond sentiment de peur chez les patients.

Des médecins reconnaissent que l'annonce du passage à l'insuline a été vécue comme une étape difficile, car considérée comme une évolution de la gravité de la maladie.

Une étude menée en 2007 sur les réticences des patients au traitement par insuline montre que l'image de l'insuline véhiculée par les médecins contribue aux craintes des patients. Les médecins devraient donc aborder le thème de l'insuline de façon positive en le présentant comme un moyen efficace et souple pour atteindre les objectifs glycémiques, avec une amélioration du diabète et donc de la qualité de vie à long terme (37).

La thèse de Madame Dorothee Gras a montré, que le vécu de l'insulinothérapie pouvait se révéler positif pour le patient et même que l'insulinothérapie était le plus souvent, source de satisfaction. D'ailleurs, les patients promouvaient eux-mêmes l'insulinothérapie. (38)

Une difficulté rencontrée par la majorité des médecins interrogés se situait dans la relation interhumaine patient-médecin. Elle était marquée par le manque d'attention des patients pendant la consultation ou par leur découragement dû à la chronicité de son diabète. Cela cause une mécompréhension de la pathologie, donc une indiscipline dans sa prise en charge, créant chez le médecin le sentiment de lutte constante.

Les médecins ont éprouvé des difficultés à motiver le patient à prendre la décision de s'engager et de s'autonomiser dans la prise en charge de sa maladie.

Une autre crainte ressentie par certains médecins était l'inobservance du traitement oral de leur patient entraînant le recours à l'insuline. Par ailleurs, certains médecins ont attiré l'attention sur la mise en danger du traitement induite par la peur des effets secondaires de l'insuline, ainsi que par le refus de soins entraîné par l'évolution du diabète.

L'insulinothérapie ne peut être réduite à un acte technique, elle requiert une éducation thérapeutique complexe, qui nécessite l'intervention de plusieurs professionnels de santé et une coordination entre eux.

Dans cette coordination des soins, le médecin traitant est le pivot incontournable de l'orientation du patient.

L'analyse de cette étude a montré que le premier collaborateur du médecin généraliste lors de l'instauration d'une insulinothérapie était l'infirmier libéral. Mais cette collaboration ne se passait pas toujours dans les meilleures conditions, le comportement des certains IDE n'étant pas constamment adapté au besoin du patient.

Sont ressorties des difficultés dans la collaboration entre le médecin et l'IDE quand ce dernier dépassait ses attributions dans le suivi des patients. D'autres médecins ont remarqué que certains IDE mettaient ou mettait en danger le traitement en ne respectant pas les consignes du médecin, entraînant une inefficacité de l'insulinothérapie.

Mais cette collaboration était estimée quand même bonne par la majorité des médecins, entraînant une relation de confiance installée peu et à mesure dans le temps. Seul un médecin mettait une barrière à cette relation, en limitant sa disponibilité. Cependant, dans le guide sur le parcours de soins du diabète, l'HAS prévoit que le prescripteur doit pouvoir être joint en cas de difficultés. (25)

La majorité des médecins généralistes participants à l'étude a travaillé en collaboration avec d'autres spécialistes pour organiser la prise en charge thérapeutique de leurs patients. Ils avaient recours à la consultation spécialisée à l'apparition d'un échappement thérapeutique. Un tiers des médecins préférait laisser l'endocrinologue introduire le traitement, tandis que d'autres s'appuyaient sur lui afin de motiver le patient à accepter le passage à l'insuline.

Le principal obstacle pointé dans la coordination des soins entre le médecin généraliste et les spécialistes était porté sur les délais trop longs pour obtenir une consultation spécialisée.

Devant ces difficultés, deux médecins ont évoqué l'avis téléphonique qui amène une aide pratique importante. Toutefois, l'accès au spécialiste pouvait être facilité par une relation privilégiée entre le médecin généraliste et l'endocrinologue.

Un médecin a expliqué que la réponse du spécialiste n'était pas toujours celle attendue et pouvait amener à une rupture de collaboration, mais majoritairement les médecins ont déclaré que la collaboration avec les endocrinologues ne pose pas de problème.

Par ailleurs, les délais de consultation spécialisée parfois trop importants ou les difficultés de gestion de leur patient en ambulatoire, ont obligé certains médecins à envoyer leurs patients aux urgences pour initier un suivi spécialisé.

Il est intéressant de noter qu'une partie des médecins exerçant, dans des grandes agglomérations avec plus de facilités de recours au spécialiste, a été confrontée à une demande d'une consultation spécialisée de la part de leurs patients. D'autre part, ces médecins ont déclaré qu'ils adressaient le patient au spécialiste pour faciliter leur travail. Les médecins ayant un exercice rural ont recours au spécialiste au moment de l'apparition d'une nécessité d'introduction des schémas insuliniques complexes afin d'obtenir un profil glycémique correct.

Les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS rappellent la nécessité de l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire pour une prise en charge optimale. (29) A ce titre, certains médecins préfèrent avoir recours à l'hospitalisation.

Même si l'émergence d'un réseau de collaboration ville-hôpital demeure imparfaite, les hôpitaux ont progressivement construit une offre de soins pluridisciplinaires à l'intention de la population diabétique.

Les résultats ont montré que la plupart des médecins interrogés ont considéré l'hospitalisation comme une alternative suite à l'échec d'une tentative de traitement ambulatoire. Dans la majorité des cas, l'hospitalisation était préparée et réalisée dans le cadre d'un projet thérapeutique.

Les médecins s'accordaient à dire que le recours à l'hôpital peut avoir un intérêt en cas de complications, mais aussi pour discipliner et recadrer les patients dans leur traitement, afin d'éviter la survenue des complications graves. Ils espéraient une autonomisation du patient à la sortie de l'hôpital.

Deux médecins pensaient que la prise en charge du patient à l'hôpital, notamment au sein des services des urgences, est inadaptée et superficielle. Ils avaient le sentiment de n'avoir aucun recours intermédiaire pour répondre à une situation qui leur semblait urgente.

4.3.3 Les propositions d'amélioration

Ils ont été une très grande majorité à souhaiter disposer des renseignements sur l'insulinothérapie en bénéficiant d'une Formation Médicale Continue, ainsi que des formations pratiques. Cela permettrait de systématiser leur conduite thérapeutique face à la nécessité d'instauration d'une insulinothérapie pour prendre en charge de façon optimale leurs patients.

Une autre proposition évoquée était de devenir Maître de Stage des Universités. Cela aurait sans doute une influence positive sur la pratique des médecins généralistes et améliorerait leurs performances grâce à l'apport des connaissances des étudiants en médecine sur les nouvelles recommandations.

Les médecins participants à cette étude ont eu le sentiment que l'organisation de la prise en charge ambulatoire actuelle des patients diabétiques n'était pas favorable à la mise en place d'une insulinothérapie et d'un suivi adapté. Ils ont pensé qu'une collaboration regroupant tous les soignants dans le cadre de la prise en charge du diabète, ainsi qu'un partage de compétences pouvait faciliter le suivi de ces patients. Ils pensent que cette approche pluridisciplinaire garantirait une prise en charge de qualité.

Devant des besoins auxquels les médecins généralistes ne pouvaient pas répondre et qui ne relevaient pas toujours d'une prise en charge hospitalière, ils ont souhaité qu'un réseau dédié à la prise en charge du patient diabétique soit créé dans les villes de proximité afin d'améliorer la coordination des soins apportés aux patients.

Une proposition à prendre en compte était le développement de l'avis téléphonique. Ce contact faciliterait l'accès aux échanges et conseils entre les médecins généralistes et les spécialistes.

Un médecin a manifesté le souhait d'un développement de la collaboration avec le CHU afin d'offrir à son patient une prise en charge multidisciplinaire. Cette collaboration permettrait d'orienter le traitement, de faire bénéficier le patient des nouveautés en matière d'autosurveillance glycémique, de matériel injecteur d'insuline, de nouveaux médicaments ou d'une meilleure éducation diététique.

La majorité des médecins souhaitait que la coordination des soins avec les IDE soit améliorée. Ils proposent que les professionnels travaillent en équipe systématiquement. L'échange qui fait partie de la prise en charge du patient aide également les médecins généralistes à progresser dans leur démarche et leur suivi.

Or, pour que cette coordination soit possible, les soignants doivent s'aider réciproquement. A ce titre, certains médecins pensent que des formations pratiques seront à développer pour les IDE afin d'améliorer leur autonomie dans le cadre de la délégation des tâches. Dans ce contexte, un médecin a proposé une filialisation des IDE en libéral avec une filière étiquetée pour la prise en charge diabétique, en collaboration avec les outils de la Sécurité Sociale.

5. CONCLUSION

Beaucoup de thèses portent sur le vécu des patients diabétiques, nous avons choisi de réaliser une étude sur le vécu des médecins généralistes.

Cette étude a permis de mieux comprendre les difficultés auxquelles les médecins généralistes sont confrontés au quotidien devant la nécessité d'instauration d'une insulinothérapie.

Ces difficultés sont différemment perçues par les médecins généralistes. Elles sont majorées par les réticences des patients, ce qui entraîne des contraintes dans la relation médecin-patient. Dans l'organisation des soins ces réticences représentent un frein à la mise sous insuline, notamment pour l'application des recommandations, car les patients redoutent le changement de vie et perçoivent l'insuline comme une punition.

La mise en place de mesures hygiéno-diététiques efficaces est un préalable nécessaire au traitement médicamenteux du contrôle glycémique.

Concernant l'éducation des patients sous insuline, elle est majoritairement dévolue aux médecins généralistes, les gestes techniques étant assurés par le personnel infirmier libéral.

Une éducation thérapeutique précoce permettrait de ne plus rendre ce traitement synonyme d'aggravation de la maladie et d'améliorer l'adhésion du patient au traitement.

Un effort dans la préparation des patients, avec l'aide de structures comme les réseaux diabète, et la formation des médecins contribueraient à améliorer le taux d'instauration de l'insuline.

L'objectif de tous les médecins était de créer une alliance thérapeutique avec les patients dès la première consultation afin qu'ils acquièrent de nombreuses compétences : comprendre la maladie, maîtriser les gestes, connaître les objectifs, modifier et adapter leur mode de vie, prévenir les complications et faire face à l'urgence.

Le manque de formation représente également un frein à l'instauration d'une insulinothérapie. Des actions de formation doivent être élaborées pour faciliter les contacts entre les différents acteurs. Elles doivent mettre l'accent sur la pluridisciplinarité, la coordination entre les différents intervenants et la mise en place de protocoles d'évaluation régulière des pratiques.

Même si le diabétologue est considéré comme le régisseur de l'insulinothérapie, cela n'empêche pas le médecin généraliste de prendre en charge le patient diabétique dans sa globalité et ce, quelles que soient ses pathologies associées.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. GRIMALDI A. Traité de diabétologie. 2ème édition. MÉDECINE SCIENCES FLAMMARION; 2009. 1044 p.
2. Haute Autorité de Santé. Principes de dépistage du diabète de type 2.
3. OMS | Diabète <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/>
4. Définitions du diabète. <https://www.lilly.fr/fr/maladie/diabete/definition.aspx>
5. Fagot-Campagna A, Romon I, Fosse S, Roudier C, Institut de veille sanitaire. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France. 2010
6. Semaine de prévention du diabète 2014 | Diabète-AFD. <http://www.afd.asso.fr/association/actions/semaine-de-prevention>
7. Les maladies cardiovasculaires et métaboliques | Janssen France <http://www.janssen-france.fr/metabolisim#>
8. Danet S, Brocas A-M, Hini É, Olier L, Direction des études de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France - Rapport 2011. 2011
9. Casile J, Pilleron S, Debuissier S, Favier O, Oliveux B, Thomas N, et al. Situation épidémiologique en Picardie
10. Ricci P, Blotière P-O, Weill A, Simon D, Tuppin P, Ricordeau P, et al. Diabète traité: quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France. Bull Epidemiol Hebd. 2010;42(43):425-31.
11. Mandereau-Bruno L, Pierre D, Fagot-Campagna A, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en France en 2012. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Institut de veille sanitaire. 14 nov 2014
12. Hordé P. Complications du diabète. Santé-Médecine; (Mars 2015).
13. Fondation Recherche Médicale. Diabète: L'épidémie du 21eme siecle <http://www.frm.org/diabete/ampleur-de-l-epidemie.php>
14. Fournier C, Chabert A, Mosnier-Pudar H, Aujoulat I, Fagot-Campagna A, Gautier A. Etude ENTRED 2007-2010. 2011
15. Ertel-Pau V, Attali J-R, Falcof H. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. Haute Autorité de Santé (HAS), service bonnes pratiques professionnelles et service évaluation économique et santé publique; 2013
16. CONSEIL CNAMTS DU 7 JUILLET 2011. PROPOSITIONS DE L'ASSURANCE MALADIE SUR LES CHARGES ET PRODUITS POUR L'ANNEE 2012. 2011
17. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de

communication. Rev Médicale L'Assurance Mal. 2001;32(2):117-21.

18. Juan S. Méthodes de recherche en sciences socio-humaines. Exploration critique des techniques. Paris, PUF; 1999. 304 p.

19. PASQUIER E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé pour les travaux de recherche en médecine générale. Préparation de la recherche qualitative des facteurs de résistance à l'appropriation des recommandations par les médecins généralistes. 2 exemples. Lyon;

20. Blanchet A, Gotman A. L'Enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris: Nathan; 1992. 125 p.

21. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. Lille

22. Jean-Claude COMBESSIE. La méthode en sociologie. Paris: Éditions La Découverte; 2007 128 p.

23. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Seventh paperback printing 2012. Chicago: Adline Transaction Publishers; 271 p.

24. Clarke PM, Gray AM, Briggs A, Farmer AJ, Fenn P, Stevens RJ, et al. A model to estimate the lifetime health outcomes of patients with type 2 diabetes: the United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) Outcomes Model (UKPDS no. 68). Diabetologia. 2004;47(10):1747-59.

25. Collège de la Haute Autorité de Santé. Diabète de type 2 de l'adulte - GUIDE PARCOURS DE SOINS. mars 2014

26. Wallemacq C, Van Gaal LF, Scheen A. Le cout du diabete de type 2: resume de l'enquete europeenne CODE-2 et analyse de la situation en Belgique. Rev Médicale Liège. 2005;60(5-6):278-84.

27. Belin-Mijno C, Bois C. La mise sous insuline du diabetique de type 2 en médecine générale dans le Sud de la Loire (42) ; Saint Etienne; 2009

28. Cegedim. Rapport interne. 2014. Non publié

29. Ertel-Pau V, Attali J-R. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 - Questions / Réponses. Haute Autorité de Santé (HAS), service bonnes pratiques professionnelles et service évaluation économique et santé publique; 2013.

30. Consoli S. Qualité de vie, impact émotionnel et fardeau ressenti par les personnes vivant avec un diabète et leurs proches, dans l'étude DAWN2. Médecine Mal Métaboliques. déc 2013;7(Supplement 1):S17-24.

31. Oroudji B, Cornet P. Corrélations entre les spécificités démographiques de la Seine-Saint-Denis et les difficultés de la mise à l'insuline en ambulatoire des diabétiques de type 2. [Paris]: Pierre et Marie Curie (Paris VI); 2005
32. Korytkowski M. When oral agents fail: practical barriers to starting insulin. *Int J Obes.* sept 2002;26(Supplement 3):S18-24.
33. Yki-Järvinen H, Ryysy L, Nikkilä K, Tulokas T, Vanamo R, Heikkilä M. Comparison of Bedtime Insulin Regimens in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Randomized, Controlled Trial. *Ann Intern Med.* 2 mars 1999;130(5):389-96.
34. Yki-Järvinen H, Dressler A, Ziemer M al, others. Less nocturnal hypoglycemia and better post-dinner glucose control with bedtime insulin glargine compared with bedtime NPH insulin during insulin combination therapy in type 2 diabetes. HOE 901/3002 Study Group. *Diabetes Care.* 2000;23(8):1130-6.
35. Müller UA, Müller R, Starrach A, Hunger-Dathe W, Schiel R, Jörgens V, et al. Should insulin therapy in type 2 diabetic patients be started on an out- or inpatient basis? Results of a prospective controlled trial using the same treatment and teaching programme in ambulatory care and a university hospital. *Diabetes Metab.* juin 1998;24(3):251-5.
36. Penfornis A, Millot L. Initiating insulin treatment in insulin-requiring type 2 diabetic patients: comparative efficiency and cost of outpatient and inpatient management. INNOV Study Group. *Diabetes Metab.* avr 1998;24(2):137-42.
37. Martinez L, Consoli SM, Monnier L, Simon D, Wong O, Yomtov B, et al. Studying the Hurdles of Insulin Prescription (SHIP©): development, scoring and initial validation of a new self-administered questionnaire. *Health Qual Life Outcomes.* 2007;5(1):53.
38. Gras D, Legrand E. Vécu de l'insulinothérapie chez les patients diabétiques de type 2 en médecine générale : étude qualitative par entretiens semi - dirigés [DES de Médecine Générale]. [Lille]: Lille 2 Droit et Santé; 2014

ANNEXE

Annexe 1



THÈSE DE MEDECINE GENERALE

FILIP (ép. SARZEA) Cristina Alexandra

GUIDE D'ENTRETIEN

Généralités :

Présentation + présentation du sujet (*merci d`avoir accepté cet entretien qui me permettra de réaliser une étude sur l`instauration d`une insulinothérapie en médecine générale*). Il s`agit d`un entretien enregistré et anonyme.

Je me suis présentée, maintenant je vous laisse vous présenter aussi.

Guide d`entretien :

1. Pouvez-vous me raconter votre dernière expérience où le recours à l`insulinothérapie chez votre patient diabétique de type 2 vous a paru important.
 - a) *Quand et comment évoquez-vous le recours à l`insulinothérapie pour vos patients diabétiques de type II traités par ADO?*

2. Décrivez moi vos démarches lors de l`instauration d`une insulinothérapie chez un patient diabétique de type 2 insulino requérant.
 - a) *La place du lecteur glycémique*
 - b) *Quelle type d`insuline utilisez-vous si vous débutez une insulinothérapie ?
Pour quelle raison avez-vous choisi ce type d`insuline ?*
 - c) *Le kit Glucagen*

3. Nous avons vu les démarches, mais quelles sont vos réticences et celles de vos patients à l'instauration de l'insulinothérapie ?
4. Parlez-moi des difficultés d'organisation des soins que vous rencontriez lors de l'instauration de l'insulinothérapie chez le patient diabétique de type 2
 - *La surveillance glycémique*
 - *L'adaptation des doses*
 - *La prise en charge d'hypoglycémies*
 - *L'apprentissage des gestes techniques*
 - *La place et le rôle de l'IDE*
5. Comment faites-vous pour l'éducation de votre patient diabétique insulino requérant ?
6. Parlez-moi des causes qui vous poussent à avoir recours à l'hôpital.
 - a) *D'où viennent ces difficultés ?*
7. Quelles sont vos propositions pour améliorer la pratique du médecin généraliste devant la nécessité d'instauration d'une insulinothérapie?

Annexe 2

Transcription des entretiens avec les médecins participants à l'étude.

Médecin « M1 »

CS : Je vous remercie d'abord d'avoir accepté mon entretien

Je m'appelle Cristina SARZEA, je suis en train de réaliser ma thèse par une étude qualitative sur l'instauration d'une insulinothérapie en médecine générale. Il s'agit d'un entretien enregistré et anonyme.

Pouvez-vous vous présenter ?

M1 : Je suis un homme de plus de 60 ans, installé depuis janvier 1985 en cabinet de groupe et dans un milieu semi-rural.

CS : On va commencer l'entretien. Vous êtes le premier médecin que j'ai interviewé et je ferai appel à mon guide d'entretien, que vous voyez, pour m'assurer que tout se déroulera bien.

M1 : C'est parfait, comme ça on va le suivre, c'est normal à la fin tu le sauras par cœur.

CS : Racontez moi votre dernière expérience où le recours à l'insulinothérapie chez votre patient diabétique de type 2 vous a paru important

M1 : Alors quand et comment évoquer le recours à l'insulinothérapie pour un patient de type 2 ? Bien quand il y a un échappement, quand l'hémoglobine glyquée malgré le traitement bien suivi et ça il faut s'en assurer, ce n'est pas évident, quand tu vois que l'hémoglobine glyquée elle grimpe, elle grimpe, elle grimpe et puis on n'y arrive pas et qu'on a mis le maximum d'antidiabétiques oraux, donc là on pense à l'insulinothérapie

CS : D'accord et la dernière fois, quand ça vous est arrivé c'était ?

M1 : Des insulinothérapies que je mette moi-même ?

CS : Ou quand vous avez jugé qu'un patient a besoin d'une insulinothérapie

M1 : Oui qu'un patient ait besoin, je ne sais plus, oui cette année ça m'est arrivé

CS : D'accord est-ce que vous pouvez me décrire les démarches lors de l'instauration d'une insulinothérapie ?

M1 : Je l'adresse à un endocrinologue. J'en parle avec les gens avant.

Qui sont souvent réticents.

Et après plusieurs menaces de mauvais résultats ou de mauvais suivis de traitement, ou bien malgré tout ils échappent, bien je les adresse au diabétologue, endocrinologue.

CS : D'accord donc on parle là de réticence, est-ce que vous pouvez me parler de quel type de réticence vous retrouvez ?

M1 : La première réticence des gens c'est la piqûre, c'est la notion d'injection et puis pour eux c'est une notion de gravité aussi

CS : D'accord, avant d'arriver ici, est-ce que pour votre patient qui soit sous ADO, sous antidiabétiques oraux, est-ce que avant d'arriver au moment où on dit il a besoin d'une insulinothérapie, est-ce que déjà lors de leur suivi vous parlez du moment que un moment donné peut être on aura besoin d'une insuline, est-ce que vous les préparez auparavant ?

M1 : On les prépare

Souvent on essaie, on les prépare parce que on voit bien, on sent bien ceux qui vont passer à l'insuline ou pas

Il y en a qui échappent complètement, ce n'est pas toujours de leur mauvaise foi mais parfois oui, parfois non, mais on en parle bien sûr, on les prépare psychologiquement parce que pour eux c'est une étape difficile

Ils se sentent beaucoup plus malades souvent mais d'un autre côté on les rassure parce qu'on leur dit qu'après on suivra, on corrigera peut être beaucoup mieux le diabète

CS : Est-ce que vous avez déjà eu des patients qui étaient réticents par rapport au lecteur de glycémie ?

M1 : Par rapport au lecteur de glycémie, pas trop, non pas trop parce que la plupart de mes diabétiques type 2 qui ne sont même pas sous insuline, sous ADO, ils ont tous un lecteur de glycémie, ils ont un kit pour lecteur de glycémie, ça ils en ont tous

CS : D'accord, et est-ce que aussi à part le lecteur de glycémie vous leur parlez aussi du kit Glucagen ?

M1 : Non, quand ils sont sous ADO pas souvent, non il n'y a que ceux qui sont sous insuline, là c'est toute une éducation l'insuline à mon avis

CS : D'accord, est-ce que vous pouvez me parler des difficultés d'organisation de soins que vous retrouvez dans votre métier lors de l'instauration de l'insulinothérapie ?

M1 : La première difficulté c'est d'avoir un rendez-vous chez le diabétologue, ce qui n'est pas facile parce que peu de disponibilités, en plus on a Mr Lalau qui n'est pas facile à comprendre qui est dans le coin, mais bon on a d'autres diabétologues avec qui on travaille mais le plus dur c'est d'avoir les premiers rendez-vous

CS : Et après au niveau de l'éducation diététique ?

M1 : Bien ce n'est pas trop ... Diététique ou thérapeutique ?

CS : Thérapeutique, diététique

M1 : Les 2 oui, après non ce n'est pas trop difficile parce que moi j'aime bien passer par l'hôpital parce que justement il y a l'hospitalisation de jour où on leur fait une éducation diététique, thérapeutique, on leur apprend à piquer tout ça et je trouve que moi je n'ai pas le temps ou je ne sais pas assez bien donc ce n'est pas moi c'est pour ça que je ne fais pas l'instauration d'insuline

CS : D'accord et après pour l'adaptation des doses ?

M1 : Là bon généralement ça ce n'est pas très compliqué, en suivant bien avec le carnet de surveillance, les infirmières, qui généralement sont quand même compétentes, la plupart, il n'y a pas de problème, on arrive à adapter, on augmente ou on baisse de 2 unités, on suit les protocoles

CS : Est-ce que ça vous arrive d'éduquer votre patient pour la prise en charge d'une hypoglycémie ? Comment vous gérez les hypoglycémies ?

M1 : Les hypoglycémies, on leur donne rapidement du sucre, ça c'est la première chose à faire, après être passé à l'injection de Glucagon ou je ne sais plus, ou Glucagel il y en a d'autres, ça généralement quand ils sont sous insuline ils sont préparés on a les aiguilles et on en parle, oui on en parle régulièrement, on leur demande s'ils sont à jour, s'ils ont toujours leur ampoule dans le frigo

CS : D'accord, est-ce que ça vous arrive aussi de leur demander d'apprendre les gestes techniques pour se piquer eux-mêmes ?

M1 : Non pas trop, non. Ce sont les infirmières qui le font

CS : C'est plutôt l'infirmière ?

M1 : Oui, je ne m'en occupe pas trop

CS : D'accord, voilà j'avais une question où je vous demandais de me parler des causes qui vous poussent à avoir recours à l'hôpital, donc on a déjà parlé

D'où pensez-vous que viennent ces difficultés ?

M1 : Des rendez-vous ? De passer de l'insulinothérapie en ville ?

CS : De passer à l'insulinothérapie justement à l'hôpital ?

M1 : Passer par l'hôpital ce n'est pas une difficulté si tu veux, on passe vraiment d'un diabète assez facile à traiter per os à un diabète par insulinothérapie, c'est d'abord pour faire accepter aux gens, je trouve que l'hôpital au moins de jour ça leur apprend à gérer déjà eux-

mêmes, ils s'investissent dans leur traitement, même si c'est l'infirmière qui vient le faire après, au moins, à part les personnes âgées qui ne comprennent rien et puis on fait passer l'infirmière 2 fois par jour ou 3 fois par jour, mais les autres, ils s'investissent beaucoup plus en étant passés par l'hôpital

CS : D'accord quelles sont vos propositions pour améliorer la pratique du médecin généraliste devant la nécessité d'une instauration d'une insulinothérapie ?

M1 : Je ne sais pas, je ne sais pas quelles sont les bonnes réponses, peut être que nous, faudrait qu'on se forme un peu de temps en temps, qu'on retourne à la formation on ait des cours un petit peu sur l'insulinothérapie parce que le problème de l'insulinothérapie aussi que je n'ai pas souligné encore, c'est la multitude d'insulines qui circulent et on est un petit peu largué parce que ça change souvent de nom, on change les insulines, et puis nous on n'est pas toujours, on a beau avoir des délégués médicaux qui viennent de temps en temps, on ne sait pas toujours l'évolution des insulines. Donc moi personnellement, je suis un petit peu perdu dans les insulines actuellement

CS : C'était mon questionnaire, merci beaucoup d'avoir accepté de participer à mon entretien

M1 : De rien

CS : Merci

Médecin « M2 »

CS : Merci d'avoir accepté de réaliser mon entretien pour ma thèse sur les difficultés dans l'instauration de l'insulinothérapie en médecine générale, il s'agit d'un entretien enregistré anonyme, est-ce que tu peux te présenter s'il te plait ?

M2 : Oui donc je suis médecin généraliste dans la somme, je suis une femme et je suis installée depuis novembre 2004 en cabinet de groupe dans un milieu semi rural

CS : Merci est-ce que tu peux me raconter ta dernière expérience où le recours à l'insulinothérapie t'a paru important ?

M2 : La dernière fois que j'ai instauré une insulinothérapie c'était chez une personne âgée avec un diabète très déséquilibré et des ulcères évolués des membres inférieurs où il m'a paru important d'équilibrer le diabète au mieux

CS : Quand et comment évoques-tu le recours à l'insulinothérapie pour tes patients diabétiques de type 2 traités par ADO ?

M2 : A partir du moment où le traitement médical est vraiment bien instauré, où je ne peux pas aller plus au niveau des médicaments, et à partir du moment où je les ai vraiment bien stimulés au niveau du régime diabétique, théoriquement je sais que c'est 8,5 d'hémoglobine glyquée mais bien souvent je les instaure quand même un peu plus tardivement, parce que j'essaie de les motiver au maximum pour le régime, et puis donc dès qu'il y a des, enfin malheureusement quand on instaure c'est vrai que les complications sont déjà souvent arrivées, dès qu'il y a des complications ou dès que je vois que l'hémoglobine glyquée sur plusieurs dosages augmente

CS : Est-ce que tu peux décrire tes démarches lors de l'instauration d'une insulinothérapie ?

M2 : Alors je leur prescris souvent une insuline, souvent quand je me lance, c'est une insuline avec une injection journalière, donc je leur prescris un lecteur de glycémie en même temps, j'essaie de leur expliquer déjà comment ça fonctionne, je leur mets déjà une prescription d'un mois d'infirmière avec éducation thérapeutique du patient pour essayer de voir s'il peut s'autonomiser sur l'utilisation du lecteur glycémique et de l'insuline, puis pour lui expliquer comment gérer ses taux d'insuline pour augmenter ou descendre et puis je prescris toujours aussi un kit de Glucagen en cas d'hypoglycémie et j'explique un peu quels sont les signes de l'hypoglycémie

CS : Et pour quelle raison choisis-tu une insuline lente ?

M2 : Parce-que c'est la seule où je me sente à peu près en sécurité en ville pour l'instaurer moi-même, je n'instaura jamais d'insuline rapide en ville ou alors vraiment ou je mets un petit peu d'ACTRAPID à toutes petites doses en cas de glycémie très élevée mais ça je le laisse toujours gérer par l'infirmière à ce moment là

CS : Est-ce que tu peux me parler des réticences que tu retrouves de la part de tes patients devant l'instauration d'une insulinothérapie ?

M2 : Déjà la peur des aiguilles, la peur donc de se faire piquer, le fait de la contrainte d'être chez soi à une heure précise puisque souvent ils envisagent l'insuline avec une infirmière et puis la peur de se demander aussi quel traitement il va pouvoir y avoir si l'insuline ne fonctionne pas

CS : Est-ce que toi tu as des réticences à l'instauration d'une insulinothérapie ?

M2 : Oui

CS : Est-ce que tu peux me parler de tes réticences ?

M2 : Déjà la peur d'une erreur d'injection, la peur qu'ils se trompent, la peur de l'hypoglycémie, la peur d'une mauvaise hygiène avec la piqûre avec des infections

CS : Ma prochaine question c'était si tu peux me parler des difficultés d'organisation des soins que tu rencontres lors de l'instauration d'une insulinothérapie, est ce que tu retrouves des difficultés ?

M2 : Lors de l'instauration des soins ?

Non parce qu'en fait, enfin si quand je décide de le mettre en place souvent enfin on a un bon réseau d'infirmières ou d'infirmiers bien compétents et bien formés à l'insuline sur notre ville donc je n'ai pas, je n'ai jamais eu de gros soucis, je mets toujours aussi, j'explique toujours au patient que vraiment la porte est ouverte et qu'en cas de problème il peut m'appeler ou l'infirmière peut m'appeler enfin j'essaie de me rendre très disponible, et souvent je les réévalue au bout de quelques jours quand même avec leur carnet de glycémie pour m'assurer que tout va bien et puis qu'il n'y ait pas de soucis mais j'ai pas de, là où ça va plutôt être contraignant c'est pour prendre rendez-vous avec un endocrinologue parce que là il y a quand même des difficultés de délais de rendez-vous, sauf que maintenant que j'ai quand même mon réseau je sais que je peux appeler des collègues endocrinologues pour, au moins, avoir des conseils

CS : Ma prochaine question c'était avec qui collabores-tu pour l'éducation de ton patient ?

M2 : J'ai une endocrinologue sur Amiens avec qui je m'entends bien et avec qui je travaille de façon privilégiée

CS : Est-ce que ça t'arrive de faire recours à l'hôpital pour un de tes patients ?

M2 : Oui si j'ai des signes, si j'ai vraiment, déjà ça m'est déjà arrivé sur des découvertes de diabète de type 2 avec des glycémies à 6 g, dépistage et puis on retrouve des glycémies là je les envoie à l'hôpital et puis j'ai des patients aussi où j'ai déjà eu des signes soit de coma hypoglycémique, soit des signes d'hyperglycémie que j'ai dû hospitaliser, et puis aussi des patients sur des hospitalisations programmées avec des hémoglobines catastrophiques à 11, 12% alors qu'ils sont déjà traités de façon optimale et que l'on arrive pas à s'en sortir

CS : Est-ce que tu as déjà eu des difficultés quand tu as voulu faire recours à l'hôpital, tu as déjà eu des difficultés, tu n'as pas pu ou les patients qui le refusaient ?

M2 : Les patients refusaient, non. Je pense qu'au bout d'un certain moment quand on est leur médecin et qu'on leur explique le pourquoi et que la demande est motivée, les patients ne sont pas dans le refus de se soigner, après j'ai déjà eu des choses où les glycémies étaient vraiment pas terribles et je les ai envoyé aux urgences et ils sont retournés chez eux avec une injection d'insuline et puis débrouilles toi, c'est surtout dans ça où des fois aux urgences on n'a pas, si on envoie aux urgences c'est qu'on est embêté, on n'envoie pas pour le plaisir et des fois, c'est déjà arrivé que les patients soient renvoyés alors qu'on aurait espéré qu'ils soient pris en charge

CS : Quelles sont tes propositions pour améliorer la pratique du médecin généraliste devant la nécessité d'instauration d'une insulinothérapie ?

M2 : Peut être plus qu'il y ait un réseau peut être, des infirmières qui soient vraiment étiquetées en libéral pour la prise en charge diabétique, peut être aussi plus en collaboration avec la Sécu puisque on a eu là le Sophia, les recommandations Sophia, mais qui nous ont été complètement imposées et qu'on n'a pas pu vraiment travailler, enfin les gens reçoivent des questionnaires Sophia et en fait on doit les remplir mais on n'est pas vraiment intégré dans la démarche, donc ça c'est dommage, puis peut être une plus grande collaboration avec le CHU peut être où on pourrait envoyer les patients dans des hospitalisations de semaine spéciales diabétiques, enfin où on pourrait être acteur avec le patient de la prise en charge diabétique, et aussi oui peut être des choses locales, peut être des antennes locales enfin parce que ce qu'il y a c'est que le problème du diabétique, c'est que c'est un problème qui est chronique et que nous aussi au bout d'un moment, on motive le patient on essaie de toujours le motiver sur le régime, sur les bonnes pratiques et des fois, on peut aussi se sentir un peu découragé parce que pour le patient c'est difficile comme c'est des choses chroniques c'est au long cours et il se décourage et nous on peut se décourager aussi, oui peut être plus d'aide pour des

rencontres avec des endocrinologues ou éventuellement des choses avec des ateliers pour les patients où on pourrait être acteur voilà

CS : C'était mon entretien, merci beaucoup d'avoir accepté

M2 : De rien

Médecin « M3 »

CS : Je m'appelle Cristina Sarzea, je suis interne en dernière année de médecine

Je veux vous remercier d'avoir accepté de participer à mon entretien qui me permettra de réaliser ma thèse qui est une étude sur les difficultés rencontrées lors de l'instauration d'une insulinothérapie en médecine générale, il s'agit d'un entretien enregistré et anonyme. Pouvez-vous vous présenter s'il vous plait ?

M3 : Moi je suis le Dr M, je suis une femme et je suis installée à 25 km d'Amiens, en association avec 3 autres médecins dans une petite ville d'environ 4500 habitants où nous sommes 7 médecins généralistes. Je suis médecin généraliste enseignante et maître de stage et je prends des internes et des externes en stage à mon cabinet

CS : Merci, donc je vais commencer le guide d'entretien qui est comme je vous ai dit sur les difficultés rencontrées lors de l'instauration de l'insulinothérapie en ville. Pouvez-vous me raconter votre dernière expérience où le recours à l'insulinothérapie chez votre patient diabétique de type 2 vous a paru important ?

M3 : Alors la dernière fois que j'ai mis une insuline chez un patient, parce que moi ça ne me fait pas du tout peur de mettre en place une insuline chez les patients, ça me paraît, c'est quelque chose qui est très codifié donc ça me paraît simple, quand on arrive au maximum de traitements par antidiabétiques oraux et qu'on a des hémoglobines glyquées qui sont répétées au dessus des objectifs et qu'on arrive à pas grand-chose, donc je crois que c'est logique, ou bien lorsqu'on a des signes de carence en insuline avec un diabète pas équilibré, plus un début d'amaigrissement, si on a éliminé une acidocétose et qu'il commence à y avoir une perte de poids donc là il me semble que l'insuline est nécessaire, mais je ne vais pas forcément envoyer le patient chez le diabétologue à fortiori si il n'y a pas de, si ce n'est pas un patient qui est déjà suivi en diabète, si c'est moi qui le prends en charge, si il n'y a pas de complications particulières enfin si c'est un diabète de type 2, moi j'instaure l'insuline.

La dernière fois c'était, il faut que je m'en souviene parce que c'est quand même pas des choses qu'on fait tous les jours, je veux dire des instaurations d'insuline moi je dirai que j'en fais je ne sais pas 3, 4 par an peut être, non même pas 4 par an, 1 ou 2 par an je dirai. C'était qui, oui voilà. La dernière fois, non c'est pas l'instauration en fait ça suivait, c'est quelqu'un qui avait été hospitalisé, un de mes patients que j'avais suivi pendant des années, qui était venu chez quelqu'un d'autre et puis là qui voulait que je le reprenne en tant que patient, ça je me souvenais c'était un diabète pas compliqué mais un patient diabétique avec d'autres facteurs de risque, l'obésité, l'hypertension artérielle, et là c'est pendant une hospitalisation

sur une rétention aiguë d'urine, il est sorti avec de l'insuline. Je ne vais pas considérer que c'est une instauration mais moi j'ai dû reprendre l'histoire tout à zéro parce que sa femme et lui étaient perdus, ils n'avaient rien compris c'était l'infirmière qui venait qui mettait les choses en place, donc j'ai même dû faire les prescriptions du lecteur, du kit enfin j'ai dû faire les prescriptions de départ donc voilà donc ça c'était il y a 1 mois $\frac{1}{2}$, 2 mois, donc peut-on considérer que c'est une instauration ou pas ? Je te laisse juge, mais voilà j'ai dû reprendre tout à zéro avec le patient, réexpliquer, donc il avait été mis sur une insuline lente et puis sur des insulines rapides en fonction des glycémies au niveau des repas, donc c'était une insulinothérapie un peu complexe mais ça ne me fait pas peur du tout donc c'était à ce propos là, donc ça c'était ma dernière. Donc le patient sort de l'hôpital, il a ses prescriptions, je lui dis est-ce qu'on vous a expliqué comment on fait, est-ce que vous savez faire vos glycémies capillaires, est-ce que vous saurez faire vos injections ? Il me dit les glycémies oui je pourrai déjà un peu le faire, mais c'est les dosages d'insuline pour moi c'est un petit peu compliqué. Donc je lui ai demandé, je lui ai dit qu'on allait faire venir une infirmière mais que ça allait être temporaire, puisque de toute façon il voyait bien clair et qu'il comprenait bien les choses donc pour qu'il puisse le faire lui-même tout seul après, donc j'ai dit qu'on ferai venir l'infirmière jusqu'à ce qu'il se fasse opérer parce qu'en fait il a une sonde urinaire à demeure, il va se faire opérer de la prostate je lui ai dit voilà on vous laisse tranquille je fais venir l'infirmière jusqu'à ce que vous soyez opérer et après vous ferez tout seul. Donc j'ai repris à zéro enfin je lui ai expliqué pourquoi l'insuline, il était un peu surpris enfin mais là il n'a pas eu le choix de toute façon donc c'est une insuline qu'on lui a mis à l'hôpital, moi je lui ai réexpliqué je dis bon pour l'instant on fait comme ça après peut être qu'on modifiera, c'est pas toujours comme ça que ça se passe, quand c'est nous qui instaurons il y a une discussion qui prend du temps quand même avant.

CS : Je voulais justement vous demander si vous pouvez me décrire votre démarche lors de l'instauration par vous-même, bon vous avez expliqué déjà une bonne partie

M3 : Donc moi quand je fais, donc je le sens un peu, on voit bien qu'on n'arrive à rien avec les ADO, les règles hygiéno-diététiques, il y en a qui font, il y en a qui ne font pas, de toute façon si ce n'est pas acquis c'est pas, c'est quand même très difficile de faire pour obtenir des petites choses il faut se battre pendant des semaines et des mois donc on sait très bien, on voit quand on est à des hémoglobines glyquées à 8, 9 et puis ça reste désespérément à 8, 9 donc au bout d'un moment on dit attention, si vous ne faites pas, vous savez qu'on va peut être devoir passer à l'insuline bientôt si on n'améliore pas les choses, on essaie de

reprendre un petit peu les règles hygiéno-diététiques, on essaie et puis un beau jour il arrive, et bien là non votre dernier bilan il y a un bilan couperet on dit là ça y est c'est bon on passe à l'insuline.

CS : Pour vos patients qui sont sous ADO est-ce que vous prescrivez en systématique un lecteur de glycémie ?

M3 : Ceux qui sont sous ADO simplement et si je n'ai pas envie de leur mettre d'insuline non, non je ne leur donne pas

CS : D'accord, est-ce vous parlez à vos patients qui sont sous ADO avant qu'ils aient le besoin d'instaurer une insuline, est-ce que vous parlez dès le départ de la découverte du diabète de la possibilité d'arriver un jour à l'insuline ?

M3 : Maintenant j'y fais de plus en plus attention parce que je sais que ce n'est pas du tout ni la faute du patient, ni la faute du traitement, ni rien du tout mais que c'est le vieillissement enfin c'est la durée du diabète et l'évolution du diabète qui fait que, un jour, ils ont besoin d'insuline et puis voilà donc je le dis, maintenant j'essaie de le dire dès le diagnostic, je dis que votre maladie c'est une maladie chronique malheureusement on ne peut pas la guérir, pour l'instant on traite, enfin ça dépend si je mets un traitement tout de suite, il y a un traitement, s'il n'y en a pas, il n'y en a pas, on verra après et le risque ça va être l'évolution vers l'insuline donc de toute façon c'est l'histoire du diabète qui est comme ça et voilà donc et je pense qu'ils ne doivent pas faire attention tout de suite mais ils ont au moins entendu ce mot là et ils savent que sûrement un jour l'insuline peut être ils en auront.

CS : D'accord, je voulais vous demander quel type d'insuline utilisez-vous et pour quelle raison ?

M3 : En général il y a des instaurations avec des ultra lentes LEVEMIR et LANTUS, ce qui permet des fois de voir des choses s'améliorer super bien, ou alors après ce que je fais aussi c'est une association semi lente et rapide mais alors les schémas avec plusieurs insulines comme celles que je viens de parler pour mon patient, là moi ça voilà je pense que c'est des diabètes qui relèvent du diabétologue et quand il y a des ajustements à faire matin, midi et soir, là je pense que c'est le diabétologue moi je ne me lance pas dans des traitements comme ça.

CS : C'est pour quelle raison que vous choisissez une insuline lente, c'est pour le confort du patient ?

M3 : Je pense qu'au début c'est déjà pour le confort du patient et puis on va voir un petit peu les données, on va voir les résultats sur les glycémies, sur l'hémoglobine glyquée, et puis

si l'équilibre il n'est pas bien si on n'a pas d'amélioration et bien là on peut passer à 2 insulines par jour et puis je prends un mélange semi lente et rapide.

CS : Pouvez-vous me parlez des réticences à l'instauration de l'insulinothérapie, des réticences à vous et des réticences des patients ?

M3 : Le patient, l'insuline ça lui fait peur parce que pour lui il n'a pas intégré l'insuline comme un traitement comme les autres traitements de l'insuline et que c'est des contraintes, il y a des piqûres, il y a plein de choses à faire donc voilà je pense que pour le patient c'est contraintes, contraintes, contraintes. Je ne pense pas que ce soit lié à la gravité, je ne pense pas qu'il pense à une gravité, je ne pense pas du tout que ça ait la même connotation que la morphine par exemple où la morphine, si on donne de la morphine ça y est je vais mourir, là je ne pense pas que les patients, enfin moi je n'ai pas eu ce vécu là et ce ressenti là, c'est les piqûres, bon la peur de la piqûre, faire ça tout seul, peur de faire des bêtises, peur de ne pas savoir utiliser le glucomètre, peur de ne pas injecter la bonne dose, et oui je pense que oui il y a beaucoup de craintes par rapport à ça.

CS : Parlez-moi des difficultés de l'organisation de soins que vous rencontrez lors de l'instauration de l'insulinothérapie

M3 : Il y a quand même beaucoup de choses à expliquer, le risque d'hypoglycémie, l'introduction du Glugagon, ils doivent avoir le Glucagon, enfin leur parler des signes d'hypoglycémie qui chez la personne âgée peuvent être un peu différents donc c'est toute une éducation à faire, ne rien oublier dans les premières prescriptions parce que dans la première prescription entre le glucomètre, le stylo auto-piqueur, les aiguilles, les bandelettes, l'alcool, comment ils doivent gérer les aiguilles, comment gérer les hypoglycémies etc, ça fait une tonne d'informations, comme ils vont en retenir à peu près 30 % donc ça va être un truc sur un peu étalé sur le temps.

CS : Avec qui collaborez-vous pour l'éducation de votre patient diabétique insulino-requérant ?

M3 : Avec les infirmiers et infirmières c'est important, mais alors il y a quelque chose qui me met en boule c'est que les infirmiers sont incapables d'adapter, moi ça, ça me dépasse quoi, ça me dépasse, que le patient il ait 1,10 g ou 3,40g on fait la même dose. Quand j'annote dans le carnet de lecture de glycémie, voilà quand je fais les objectifs, vous injectez tant si c'est entre tant et tant, ils font ça pendant 4, 5 jours et après ils arrêtent, donc là franchement moi ça me met en boule quoi

Enfin ils ont oublié, je ne sais pas moi de où ça vient ce truc là, voilà si on a mis 20 unités le matin et 18 le soir et bien ça va rester définitivement 18 et 20 quoi, donc là je trouve que l'insulinothérapie ça perd un peu de son intérêt

CS : Vous m'avez dit aussi que des fois vous collaborez aussi avec le diabétologue, est-ce que vous pouvez me parler des causes qui vous poussent à avoir recours à un hôpital ?

M3 : Ca peut être que en consultation, ce n'est pas forcément en hospitalisation, il y a des diabétologues libéraux donc on peut très bien s'arranger avec eux, mais le patient ne va pas bien avec son insuline, son diabète ne va pas bien, donc après voilà quand ça se complique, enfin ce n'est pas le mot exact, ce n'est pas forcément compliqué mais quand on n'arrive pas au résultat qu'on espérait, bien là je crois qu'il faut quand même demander l'avis du diabéto, on n'a peut-être pas choisi la bonne insuline finalement.

CS : Quelles sont vos propositions pour améliorer la pratique du médecin généraliste devant la nécessité de l'instauration d'une insulinothérapie ?

M3 : Moi je pense que c'est de travailler ensemble avec les autres soignants, je pense que, alors là par exemple, dans les maisons de soins pluridisciplinaires, ils ont beaucoup de chance de travailler vraiment l'un à côté de l'autre, je ne sais pas comment faire mais si on pouvait faire des pôles un petit peu et se regrouper, comme nous là on est à, avoir des réunions, des trucs, enfin travailler comme dans une maison de santé mais avec les gens qu'on a là, même si on n'est pas dans le même cabinet, je crois que ça pourrait faire beaucoup, beaucoup de bien parce que je pense que si on adaptait vraiment au cas par cas les doses d'insuline, je pense qu'on aurait de bien meilleurs résultats que ça. Bon alors la question bateau, la formation mais bon après, va se former qui veut je veux dire, pourquoi les médecins, je ne connais pas du tout le pourcentage de médecins qui instaurent eux même de l'insuline, mais bon je ne vois pas ce qui est particulièrement difficile à instaurer

CS : Moi ça, ça m'étonnait parce que moi en fait j'ai choisi ce sujet parce que j'ai fait un stage en endocrinologie à Amiens, puis j'ai commencé mon stage en médecine générale, et ensuite j'ai enchaîné avec mes remplacements, et j'avais l'impression qu'il n'y en a pas énormément de médecins qui instaurent d'eux même une insulinothérapie en ville. Puis j'avais parlé avec une dame qui travaille pour le laboratoire NOVO NORDISK, elle me dit que Cegedim a fait une extrapolation en 2014 sur l'ensemble des médecins généralistes, et qu'il aurait environ 50% de médecins généralistes qui seront initiateurs d'insuline, mais je n'ai pas encore réussi à retrouver cette information.

M3 : Oui mais c'est quand même des choses qu'on ne fait pas souvent

Mais je pense que si un médecin a envie d'instaurer une insuline, les informations il peut les trouver s'il a envie donc, voilà, les formations oui on en parle dans chaque thèse, dans chaque truc, on en parle mais je crois que le médecin qui a envie de faire, il va savoir faire, c'est quand même pas compliqué donc voilà, mais je pense que là, c'est de travailler ensemble avec les autres soignants qui peut améliorer les choses

CS : Merci beaucoup

M3 : Mais sinon moi je pense que ce n'est pas problématique, enfin pour moi c'est pas du tout un problème d'instaurer une insuline

CS : Merci

Médecin « M4 »

CS : Merci d'avoir accepté de faire cet entretien avec moi, donc je m'appelle Cristina Sarzea, je suis interne, je viens de finir, je suis en train de réaliser ma thèse sur le diabète, c'est une étude qualitative donc ça veut dire avec un entretien avec des médecins généralistes, il s'agit d'un entretien enregistré et anonyme. Pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

M4 : Alors je m'appelle A, je suis médecin généraliste installée depuis 3 ans et demi maintenant à en milieu rural.

CS : D'accord. Racontez-moi votre dernière expérience où le recours à l'insulinothérapie chez votre patient diabétique de type 2 vous a paru important

M4 : Bien, ça tombe plutôt bien parce que c'est relativement récent et puis comme je ne suis pas installée depuis longtemps, que j'ai une patientèle assez jeune, je pense que c'est peut être même le premier que j'ai moi en consultation. Bon un patient avec des gros antécédents que je suis depuis très peu de temps. Il est venu me voir la première fois en août en me demandant un renouvellement de traitement, en me disant qu'il avait une cardiomyopathie dilatée, des gros antécédents cardiaques, je n'avais pas de dernier bilan, pas de dernière hémoglobine glyquée donc pour la fois suivante je lui demande de faire le bilan et je reçois une glycémie à jeun à 4 g, plus de 4 g, une Hb1Ac à 15 % avec un monsieur qui est insuffisant cardiaque, insuffisant rénal donc plein de contre-indications pour les antidiabétiques oraux, donc il fallait bien instaurer de l'insuline, il n'y avait plus que ça à faire, je suis passée par un avis téléphonique auprès d'une endocrinologue que je connais bien dont j'ai le numéro de portable donc ça m'a bien aidé, qui m'a donné du coup la conduite, enfin voilà quelques conseils, l'insuline à mettre, en l'occurrence elle m'a conseillé le LEVEMIR plutôt que la LANTUS, et puis j'ai expliqué au patient, alors le problème c'est que ça paraît toujours un peu court une consultation pour donner toutes les recommandations, je l'ai surtout orienté vers une infirmière pour que les premiers temps il ait des dextro etc et puis qu'elle lui fasse les piqûres, qu'elle lui montre comment ça se passait, et puis bon j'ai su qu'en fait il n'avait pas vu l'infirmière, il avait mis beaucoup de temps à aller voir l'infirmière pour démarrer l'insuline, et puis ensuite avec l'endoc en fait on a programmé une hospitalisation de quelques jours pour consolider ça, mettre ça vraiment en place, refaire le point, en fait c'est un patient qui m'avait dit qu'il avait complètement laissé de côté le diabète, enfin le côté du diabète, il avait mis le diabète complètement de côté suite à de gros problèmes cardiaques qu'il avait eu, donc du coup il a été hospitalisé plusieurs jours finalement pour complètement refaire le point sur le diabète.

CS : C'était ma prochaine question, c'était les démarches

M4 : Oui alors voilà je me suis retrouvée face à un cas comme ça, voilà très honnêtement je ne me sentais pas forcément à l'aise pour prescrire toute seule, me relancer toute seule comme ça sur une, finalement ça aurait été la première fois que je le faisais donc oui j'ai eu besoin de cet appui, de cet avis endocrinologique, puis par rapport au patient aussi que je ne sentais pas forcément facile à cerner, un monsieur qui en a marre d'avoir beaucoup de soucis de santé et qui ne veut pas beaucoup consulter donc je me disais que voilà ça ne serait peut être pas forcément facile à gérer en ambulatoire, j'étais quand même assez contente qu'elle me propose pour le coup une hospitalisation de quelques jours pour recadrer les choses, donc là ce qui a été facile c'est que voilà j'ai un contact endocrino facile. Alors maintenant que je l'ai fait une première fois, qu'en plus elle m'a donné un schéma etc, je me dis que pour le suivant, dans un cas ou dans un contexte avec un patient que je connais mieux, parce que finalement ce monsieur je le connais très peu, un patient que je connais mieux que je suis depuis longtemps, et bien du coup avoir cette première expérience m'aidera à faire la suite, à refaire peut être la fois suivante sans avoir forcément besoin de demander ou d'avoir recours à une hospitalisation.

CS : D'accord. Je voulais demander quand et comment vous évoquez le recours à l'insulinothérapie pour un diabétique de type 2 qui est sous ADO ?

M4 : Bien quand effectivement les ADO, qu'on est arrivé au maximum de ce qu'on peut faire au niveau des antidiabétiques oraux et que manifestement on a une hémoglobine glyquée qui est toujours trop élevée, quand apparaissent aussi certaines contre-indications aux antidiabétiques oraux, insuffisance rénale, j'en ai d'autres là qui à mon avis vont s'approcher bientôt, vont bientôt avoir une insuffisance rénale et donc peut être à un moment ou à un autre on arrivera à l'insuline, et puis si, quand parfois il y a une mauvaise tolérance de certains ADO qui nous empêche d'augmenter dans les doses etc et qu'on a toujours une hémoglobine glyquée qui reste trop élevée, l'insuline également dans ce cas là.

CS : D'accord. Et la préparation du patient ça se passe comment ?

M4 : Préparer à l'éventualité de l'insuline, oui bien ça je pense que ce n'est pas toujours évident. La question me fait penser que pour le moment par exemple les diabétiques qui commencent à avoir une petite insuffisance rénale ou des choses comme ça avec du coup certains traitements qui ne vont peut être plus être possibles, pour le moment c'est vrai que je n'en ai pas trop parlé et je ne les ai pas trop préparé, je dois reconnaître que voilà, dans ma patientèle qui est quand même très jeune, je n'ai pas énormément de diabétiques, que pour le

moment ils sont tous équilibrés donc je n'ai pas encore eu à tellement évoquer le passage possible à l'insuline, je pense que ça se prépare en tout cas et je pense qu'il faut essayer de le faire sans doute avant de se retrouver au pied du mur, là finalement ce patient j'étais un peu, enfin voilà ce monsieur, ce cas dont je parle, j'étais finalement un peu embêtée parce que pour le coup c'est un patient que je ne connais pas beaucoup, je suis tombée sur un cas, voilà une hémoglobine glyquée et des contre-indications qui faisaient que ça ne pouvait être que l'insuline et effectivement enfin il n'a pas pu être préparé du tout, je n'ai pas pu en parler, enfin voilà je n'ai pas eu l'occasion d'en parler avant et j'ai eu un peu le sentiment que ça lui tombait dessus, enfin voilà, un peu brutalement du coup, et en même temps je crois qu'il savait bien qu'il y avait certains traitements qu'il ne pouvait plus prendre et donc il n'avait pas le choix. Mais je pense qu'il faut le préparer, oui je pense qu'il faut le préparer.

CS : D'accord. Pouvez-vous me parler de la place du lecteur de glycémie dans votre prise en charge d'un patient diabétique ?

M4 : Alors tout diabétique ?

CS : Tout diabétique

M4 : Oui alors moi tant que, clairement, tant qu'ils sont sous antidiabétiques oraux, que le diabète est bien équilibré, en général je prescris, enfin voilà je ne m'embarque pas dans le lecteur de glycémie alors c'est peut être un tort parce que du coup effectivement si un jour ils passent à l'insuline, ils n'auront pas été, ils ne l'auront pas manipulé avant, je dois avoir un ou deux patients qui ne sont pas sous insuline et qui ont quand même un lecteur de glycémie mais qui avait été mis déjà depuis longtemps avant donc moi, enfin voilà pour le moment je ne m'en sers pas beaucoup chez ceux, enfin je ne m'en sers pas chez ceux qui ont des antidiabétiques oraux, là pour ce monsieur à qui j'ai mis de l'insuline et bien évidemment il faut un lecteur enfin il n'y a pas de questions à se poser, il faut lecteur de glycémie, il faut surveillance et là on met le schéma classique en place, à jeun, avant repas etc ,et après je pense que de toute façon au bout de quelque temps quand l'insuline est adaptée il faut aussi essayer de voir un petit peu à quel moment où on a vraiment besoin de faire le dextro, il faut toujours quand même essayer de penser au quotidien des patients et à la lourdeur des choses quand on peut essayer de diminuer un petit peu enfin voilà donc vraiment ceux qui n'ont que des antidiabétiques oraux, voilà sauf si il y a un déséquilibre important et qu'il faut aussi commencer à penser à l'insuline et du coup les habituer à se piquer et puis leur montrer aussi ce qui va, parfois ça peut aider un petit peu pour l'éducation mais voilà ceux qui vont bien et qui sont bien équilibrés antidiabétiques oraux, non.

CS : D'accord. Quel type d'insuline choisissez-vous quand vous instaurez une insuline en ville et pour quelles raisons ?

M4 : Alors moi j'ai en tête la LANTUS parce que insuline longue, facile, une dose par jour, facilité donc d'administration et de mise en place, voilà quand on doit instaurer quelque chose on peut démarrer à des doses tout à fait raisonnables pour ne pas risquer d'avoir des hypoglycémies, des choses comme ça, donc moi dans ma tête j'ai plutôt LANTUS, là voilà dans le cas que j'ai eu elle m'a fait instaurer de la LEVEMIR le soir, donc voilà mais je crois que maintenant voilà comme j'ai vu le schéma etc je pense que je resterai sur la LANTUS le soir.

CS : D'accord. Pouvez-vous me parler des réticences à l'instauration d'une insulinothérapie, de vos réticences à vous et des réticences des patients ?

M4 : Alors réticences, alors moi mes réticences pas vraiment, finalement mes réticences viendraient plutôt de la crainte de la réaction des patients de savoir si, voilà quand je vais en parler ils ne vont pas prendre très mal les choses parce que, avoir l'impression que c'est une très mauvaise nouvelle, se retrouver sous insuline après je sais enfin voilà à partir du moment où un diabète est déséquilibré et qu'on n'y arrive pas avec les antidiabétiques oraux je crois je n'ai pas l'impression d'avoir tellement de réticences, je n'ai pas trop peur des hypoglycémies parce que quand même quand on met l'insuline c'est que en terme de glycémie on a un peu de marge c'est que les patients ne sont pas équilibrés donc on a souvent un peu de marge

CS : Et d'habitude on commence à petites doses

M4 : Voilà et puis avec une surveillance dextro etc c'est vrai que je ne suis pas trop angoissée par ça, voilà mes réticences sont vraiment plus par un peu la crainte de la réaction du patient et de se dire qu'on va un peu lui annoncer ce qui peut lui paraître à lui une pas très bonne nouvelle. Les réticences des patients c'est quand même beaucoup la contrainte de l'injection enfin c'est ce que je ressens un peu, tout bêtement moi ce patient il a mis du temps à aller voir son infirmière, à aller voir l'infirmière pour mettre en place l'insuline parce que apparemment il ne veut pas qu'il y ait des gens qui viennent chez lui.

CS : D'accord

M4 : Et j'avais demandé que l'infirmière elle passe du coup faire les dextro etc et très réticent par rapport à ça, le connaissant pas beaucoup moi j'avais un peu perçu cette histoire là mais pas vraiment donc voilà, mine de rien, il y a peut être, il peut y avoir ça peut être aussi comme réticence, avoir du coup des gens qui passent, une infirmière qui passe régulièrement, voilà se piquer, il y a beaucoup de gens qui ont peur de prendre du poids avec l'insuline, ça

c'est un truc qui reste beaucoup, et puis sans doute un peu les hypo aussi parce que je pense que les gens, ils ont un peu peur des hypoglycémies aussi voilà, moi c'est ce que je perçois mais c'est surtout enfin voilà un peu l'impression que les gens, enfin les gens ont l'impression que c'est une mauvaise nouvelle quoi, c'est que ça va mal.

CS : D'accord. Parlez-moi des difficultés d'organisation de soins que vous rencontrez lors de l'instauration d'une insulinothérapie

M4 : Voilà moi les difficultés tout bêtement, bien là ça a été, pour ce patient là, ça a été finalement qu'il fasse la démarche, qu'il appelle l'infirmière, peut être que j'aurais dû du coup moi appeler l'infirmière moi-même c'est vrai que je n'ai pas, enfin voilà, je n'ai pas forcément pris le temps ce jour là, donc c'est vrai que parfois il y a un peu des contraintes de temps, ce jour là il fallait que je lui explique l'insuline, pourquoi, j'ai pris un avis enfin voilà du coup après, voilà j'ai eu l'impression qu'il était motivé, qu'il allait bien prendre contact avec l'infirmière et puis pas forcément. Donc voilà c'est plus parfois dans l'interaction enfin voilà dans la gestion après au quotidien, la relation avec les infirmiers, infirmières, où on s'aperçoit finalement la relation elle est quand même souvent bonne et que, la preuve, l'infirmière elle m'a appelé quand elle l'a vu pour revoir comment faire étant donné qu'il avait mis du temps à venir la voir et puis pour me dire que là ça y est elle allait le voir elle allait s'en occuper et le prendre en charge donc la communication elle se fait bien. Avec les endocrinologues, là en l'occurrence moi j'ai plutôt de la chance puisque voilà j'ai quelqu'un que je peux contacter facilement et qui est disponible, joignable et qui en plus s'est occupée dans la foulée de me prendre, de me bloquer une date pour l'hospitalisation enfin ça a été assez cool je pense que ce n'est peut être pas toujours comme ça mais globalement je pense que pour l'insulinothérapie on a surtout besoin du relationnel avec les infirmières ou les infirmiers et ça globalement je trouve que ça se passe bien en général on n'a pas trop de difficultés.

CS : D'accord, c'était ma prochaine question, avec qui vous collaborez enfin dans votre démarche ?

M4 : Oui bien c'est ça infirmiers beaucoup, je pense que c'est le premier maillon parce que eux aussi vont participer à l'éducation, au suivi, à l'augmentation des doses etc, et puis l'endocrinologue quand même un petit peu parce que je pense que même si j'instaure une insulinothérapie je demanderai quand même qu'il y ait au moins une consult endoc dans la foulée et pour refaire le point quoi.

CS : Pouvez-vous me parler des difficultés au niveau de l'apprentissage de gestes techniques, de prise en charge de l'hypoglycémie ou d'adaptation de doses que vous avez ?

M4 : Et bien là je n'en ai pas trop rencontré pour le moment, c'est vrai que je n'ai pas trop, trop eu l'occasion, je dois reconnaître que par exemple du coup voilà, hypoglycémie, enfin ce monsieur là hypoglycémie tout ça je ne lui en ai pas tellement parlé, parce que on parlait de très loin aussi en terme de dosage donc j'avais beaucoup de marge avant que, vu la dose que j'avais mise d'insuline, j'avais beaucoup de marge avant qu'il ait un risque d'hypoglycémie, ça je pense que ce serait enfin pour moi un point un peu difficile, un peu compliqué parce que effectivement, en n'ayant pas encore fait beaucoup je ne sais pas si je penserai toujours à l'éducation Glucagon etc et ça ce n'est pas bien, ce n'est pas forcément bien et à contrario oui peut être faire attention justement on a tendance à, enfin voilà, à se reporter beaucoup sur l'infirmière qui va passer, qui va faire les dextro etc, du coup peut être sûre de ce que dit l'infirmière, de ce que fait l'infirmière, de comment on gère l'infirmière, globalement je pense que de toute façon sur une instauration d'insuline, là le monsieur je savais qu'il allait être convoqué en diabéto mais sinon sans convocation je pense que c'est des gens du coup que je redemanderai à voir de façon un peu rapproché pour faire le point sur les dextro, voir où on en est et puis justement profiter de ce moment là pour compléter un peu l'éducation du patient sur les hypoglycémies, sur les dextro cibles à avoir etc quoi et je pense que ça se fait en plusieurs temps et en revoyant le patient, de toute façon on ne peut pas donner toutes les informations en une consultation ce n'est pas faisable donc oui moi je le verrai sur une organisation en plusieurs consultations.

CS : L'adaptation de doses, vous le faites comment ?

M4 : Moi je dis, voilà je donne les indications par rapport aux dextro, en général je demande d'augmenter de 2 unités en fonction du dextro du matin, je mets les consignes sur l'ordonnance alors après j'ai déjà quand même remarqué que parfois c'était un peu dur qu'il y ait vraiment l'augmentation qui soit faite avec les infirmiers ou infirmières, n'osent pas toujours quand c'est les infirmiers qui viennent faire les injections et puis quand, même quand c'est les patients aussi qui se prennent en charge et qu'ils font leurs injections eux-mêmes on voit que ce n'est pas toujours évident il y a toujours cette peur de l'hypoglycémie donc ça souvent j'insiste pour dire que quitte à prendre un traitement, et mettre un traitement il faut qu'il soit efficace et donc voilà bien leur expliquer que quand leur glycémie à jeun elle est à tant et bien il faut augmenter la dose du soir il ne faut pas hésiter et moi je mets les consignes sur l'ordonnance et puis je leur redis régulièrement.

CS : D'accord. Parlez-moi des causes qui vous poussent à avoir recours à l'hôpital

M4 : Bien je pense que c'est vraiment comme je disais tout à l'heure en fait un peu très en fonction aussi du patient si on sent que le patient, il va être un peu perdu, que ça va demander trop, que ça va être trop compliqué, là j'aurai recours à l'hospitalisation pour que les choses soient recadrées, revues bien mises en place, peut être aussi quand il y a un problème de motivation ou de prise de conscience que c'est important, peut être que l'hospitalisation est un moyen quand même aussi de faire passer un peu ce message là, oui moi c'est essentiellement finalement dans les situations liées au patient quand je sens que ça risquerai d'être trop compliqué à mettre en place à la maison.

CS : D'accord, quelles sont vos propositions pour améliorer la pratique du médecin généraliste devant la nécessité d'instauration d'une insulinothérapie ?

M4 : Je pense qu'il faudrait qu'on ait tous une information bien claire et très simple en fait de ce qu'on peut faire parce que j'ai le sentiment, et moi c'est vrai que ça a été quelque part ma première réaction, c'est tout d'un coup enfin voilà quand on doit le faire et qu'on ne l'a pas forcément beaucoup fait avant, c'est de se dire bon alors c'est quoi déjà, je mets quelle dose, et les dextro comment je mets en place tout ça, enfin voilà donc ce serait de réussir à faire, c'est toujours pareil faire passer des messages très simples et très clairs, qu'il y ait un truc très basique quelque part de base, quand on peut commencer une insulinothérapie on fait comme ça, quitte après à ce que ce soit repris, revu, réadapté, affiné avec l'avis de l'endocrinologue mais voilà des choses très pratiques et très claires, la possibilité de, je pense que ce qui pourrait améliorer, c'est la possibilité aussi d'interagir facilement avec les infirmiers, les infirmières, parce que sur cette question là du diabète on travaille quand même beaucoup avec eux quand on doit instaurer c'est quand même eux qui viennent expliquer, montrer, ce n'est pas forcément beaucoup nous, quoi faut être réaliste si on ne va pas enfin voilà on n'a pas toujours l'occasion de voir le patient ce n'est pas toujours des patients qu'on voit à domicile donc pas toujours avec leur matériel etc, donc finalement c'est quand même l'infirmier ou l'infirmière qui le fait donc je pense que il faut développer les interactions, les échanges avec les infirmiers, quitte à trouver des solutions parcours pour se rencontrer, enfin moi je trouve que ça peut, c'est toujours intéressant de voir les gens quand on y va à domicile, de voir ce genre de patient avec l'infirmière en même temps ça permet souvent voilà de repositionner plein de choses et puis bien c'est clair que moi j'ai quand même trouver que le fait d'avoir un contact en endocrinologue, enfin endocrino comme ça, pouvoir appeler quelqu'un facilement qui m'a donné un conseil, un avis, qui m'a confirmé sur l'indication de

l'insulinothérapie, c'était quand même agréable donc ça, ça reste quand même bien, enfin voilà et normalement on a un portable pour les endoc du CHU qu'on peut appeler facilement et ça je pense que c'est un truc à développer, voilà il faut qu'il y ait une certaine disponibilité quand on a besoin d'un conseil, ça je pense que ça pourra faciliter les choses.

CS : D'accord. Merci beaucoup.

M4 : De rien.

Médecin « M5 »

M5 : Bonjour

CS : Bonjour, je m'appelle Cristina Sarzea, je suis médecin remplaçant et je réalise ma thèse qui est une thèse sur le diabète, donc c'est plutôt sur les difficultés rencontrées lors de l'instauration d'une insulinothérapie en médecine générale, il s'agit d'une étude qualitative, c'est un entretien enregistré et anonyme. Pouvez-vous présenter s'il vous plait ?

M5 : Dr D, bon je suis médecin généraliste depuis 24 ans, j'habite à, commune rurale et voilà, c'est tout ce que je peux vous dire

CS : Cabinet seul ?

M5 : Cabinet seul oui

CS : Oui

Racontez-moi votre dernière expérience où le recours à l'insulinothérapie chez votre patient diabétique de type 2 vous a paru important

M5 : Dernière expérience, elle date du mois de, de 3 mois à peu près en fait, une mamie qui avait une hémoglobine glyquée qui était à 8, qui avait un seul rein, donc elle prenait beaucoup de Metformine donc j'ai voulu, et son hémoglobine glyquée continuait à grimper au-dessus de 8, donc on a décidé de passer à l'insuline, l'insuline retard pour commencer et puis bien au bout de 3 mois on est toujours à 8 d'hémoglobine, elle a baissé de 0.10 point là son hémoglobine glyquée, mais son insuline, elle a bien augmenté sa dose d'insuline et on a commencé à baisser un peu les, on a commencé à baisser un petit peu la Metformine, le but c'était d'avoir un meilleur contrôle, de baisser sa Metformine et puis de la laisser sous, pratiquement, insuline seule quoi, mais il y a eu des difficultés.

CS : Quand et comment évoquez-vous le recours à l'insulinothérapie pour votre patient diabétique de type 2 ?

M5 : Recours à l'insuline quand l'hémoglobine glyquée échappe sous traitement antidiabétique oral bien conduit et maximum.

CS : Pouvez-vous me parler de la préparation du patient ?

M5 : La préparation du patient quand tu vois que le traitement est bien conduit à dose maxi avec une hémoglobine qui échappe, il faut le préparer 6 mois, 9 mois à l'avance en lui disant que si le traitement ne marchera pas, on sera peut être obligé de passer à l'insuline ou à autre chose.

CS : D'accord. Avant que je passe à ma prochaine question, je vais vous poser une question, tout à l'heure vous m'avez dit que pour votre patiente vous avez eu des difficultés, pouvez-vous développer un petit peu sur ce sujet ?

M5 : Alors en fait donc les difficultés qu'on a eu, donc au départ j'ai fait passer l'infirmière et la grosse difficulté que j'ai eu c'est que l'infirmière a mis énormément de pression sur le patient lors de ses injections, donc elle passe faire ses injections, on a commencé à petites doses, donc moi je ne m'attendais pas à ce qu'il y ait des résultats formidables au départ, j'avais prévenu la patiente, ne vous inquiétez pas on a du temps pour atteindre notre objectif mais tous les jours l'infirmière passait, qu'est ce que vous avez mangé, c'est trop gras, c'est trop riche, c'est trop etc et la patiente elle a perdu du poids la première semaine elle est venue à bout elle n'en pouvait plus et finalement bien, je lui ai dit bien écoutez ne vous inquiétez pas, vous mangez comme d'habitude, vous avez l'habitude et puis c'est l'insuline qui va régler le problème et l'infirmière, vous la laissez crier, dire ce qu'il y a, et puis on verra les résultats au bout de 3 mois l'hémoglobine glyquée ce qu'elle raconte etc, et là donc je te dis au bout de 3 mois son hémoglobine glyquée elle a un petit peu baissé donc on a encore de la marge devant nous si tu veux, on va, là j'ai supprimé un petit peu de Metformine déjà là, et la patiente est en confiance et elle me dit, bon l'infirmière elle dit ce qu'elle dit, mais moi je fais ce que je fais et je mange à peu près comme avant et donc je n'écoute plus trop l'infirmière et puis elle monte ses doses et puis on va arriver à l'objectif tranquillement.

CS : Donc là, vous m'avez parlé de ses difficultés là, quelles sont les autres difficultés d'organisation de soin que vous rencontriez lors de l'instauration d'une insulinothérapie ?

M5 : Les difficultés, c'est la peur du patient de se piquer et de faire ses contrôles lui-même mais souvent je fais passer l'infirmière au départ justement pour gérer tout ça et petit à petit faire, faire l'auto-surveillance par le patient, faire les injections par le patient pour après qu'il ait son autonomie quoi, souvent le patient a peur de l'injection.

CS : D'accord, bon on va arriver à ça aussi, mais avant je vais vous demander de me décrire votre démarche lors de l'instauration d'une insulinothérapie

M5 : Démarche thérapeutique ?

CS : Oui

M5 : Donc en général je commence, là dans ce cas là, comme la patiente était déjà traitée avec des antidiabétiques oraux, je mets une petite dose d'insuline et je donne l'objectif à

l'infirmière de monter de 2 unités tous les 3-4 jours pour tout doucement écrêter les glycémies quoi.

CS : D'accord

M5 : Une insuline lente en général.

CS : Pour quelles raisons vous choisissez une insuline lente ?

M5 : Une injection par jour.

CS : D'accord

M5 : Moins d'injections, et je ne veux pas avoir un contrôle optimal en fait je veux, je veux arriver à mes fins sans trop gêner le patient mais l'insuline ça suffit en fait parce que si tu multiplies les insulines là c'est la, il va être perdu si tu veux, donc je pense que c'est la bonne solution, c'est de mettre une insuline lente et puis on affinera plus tard si il faut.

CS : D'accord. Pouvez-vous me parler de la place du lecteur glycémique chez votre patient diabétique, tout patient diabétique ?

M5 : En général ils en ont un, quand tu vois que l'hémoglobine grimpe un petit peu tu leur fournis un lecteur comme ça déjà ils sont habitués à se piquer, à lire leur glycémie et puis à corriger éventuellement s'il y a des erreurs diététiques. Donc quand tu passes à l'insuline en général ce problème là il est déjà géré, ils savent gérer leur glycémie, enfin ils savent contrôler leur glycémie, faire la lecture de leur test, changer leurs bandelettes etc

CS : Pouvez-vous me parler du kit Glucagen ?

M5 : Le kit Glucagen oui il faut toujours, il faut toujours leur prescrire en cas d'hypoglycémie du Glucagen pour se faire l'injection en urgence, donc en général ils ont toujours un kit de Glucagen dans leur frigidaire à se faire en intramusculaire si jamais il y a un souci.

CS : D'accord. Quelles sont pour vous les réticences à l'instauration de l'insuline ?

M5 : Les réticences à l'instauration de l'insuline c'est la, c'est la surveillance peut être un peu plus fréquente de leur glycémie et les injections, je pense que c'est ça surtout.

CS : Au niveau des réticences des patients, et les réticences du médecin ?

M5 : Les réticences du patient et bien des fois ils connaissent d'autres patients qui sont sous insuline et c'est très astreignant quoi, les réticences du médecin, moi je n'ai pas de réticences, si les patients nécessitent de l'insuline, il faut lui en mettre, je n'ai pas de

CS : D'accord

M5 : Je n'ai pas de réticences, s'il faut, il faut.

CS : D'accord, donc on a parlé un peu de la surveillance glycémique est-ce que vous pouvez me parler de l'adaptation des doses ?

M5 : L'adaptation des doses, on fixe un objectif en général avant de faire l'injection donc et on corrige moi je vois on remonte de 2 unités en 2 unités pour atteindre une glycémie qui soit l'objectif

CS : D'accord

M5 : Par exemple, tu vas avoir, tu peux avoir une glycémie entre 1,30 et 1,50 le matin avant de faire ton insuline lente et donc après tant que tu n'es pas à cet objectif là, tu remontes de 2 unités en 2 unités tous les 2-3 jours ce qu'il faut c'est ne pas aller trop vite

CS : D'accord, je vais vous demander aussi de me parler de la prise en charge des glycémies, des hypoglycémies

M5 : Oui on peut expliquer en passant ce que c'est qu'une hypoglycémie déjà

CS : Oui

M5 : Donc et puis après sucrer, sucrer, avoir toujours un sucre rapide dans sa poche ou bien une petite fiole de jus de fruits ou

CS : D'accord. Pouvez-vous me parler de la place et le rôle de l'infirmière libérale ?

M5 : Très important pour l'éducation du patient je pense mais bon après il faut savoir que, il ne faut pas que l'infirmière non plus ne stresse trop le patient c'est un peu ce que j'ai comme problème là en ce moment tu vois mais sinon non pour l'éducation, pour l'auto-surveillance des glycémies, pour remplir le carnet des glycémies, pour faire l'injection d'insuline, pour renouveler le traitement avec le médecin, pour apprendre à faire les gestes exactement.

CS : A part de l'infirmière libérale, avec qui collaborez-vous pour l'éducation de votre patient diabétique ?

M5 : Principalement l'infirmière libérale pour l'éducation, après c'est l'endocrinologue si besoin.

CS : Ça vous arrive d'envoyer des patients à l'hôpital pour remettre en place une glycémie ou ?

M5 : J'ai déjà eu un problème une fois avec un patient qui était donc diabétique type 2 avec traitement per os maxi et insuline, et glycémie qui échappait donc j'avais envoyé chez un endocrinologue qui m'a répondu, entre guillemets, débrouille-toi, tu vois et donc j'ai mis la patiente sous insuline et je me suis débrouillé mais bon donc maintenant je me débrouille tout seul.

CS : Est-ce que vous pouvez me répondre ? Peut être je ne sais pas si ça va être le cas, d'où viennent ses difficultés entre les médecins généralistes et par exemple vous et l'endocrinologue ?

M5 : Cet endocrinologue là j'ai un problème avec si tu veux mais en général ça se passe bien avec les endocrinologues, il n'y a pas de soucis.

CS : D'accord, quelles sont vos propositions pour améliorer la pratique du médecin généraliste devant la nécessité d'instauration d'une insulinothérapie ?

M5 : Pour améliorer la pratique du médecin généraliste?. Je ne sais pas, est-ce que tu crois que je suis bien au courant des choses ou pas, après c'est la formation continue qui doit faire son métier quoi, et je pense que c'est la pratique aussi, je pense que quand tu fais, quand tu pratiques ces choses là après c'est comme d'instituer un traitement antihypertenseur tu as des médecins qui ne prescrivent pas de traitement hypertenseur à leur patient, tu vois, tu fais ton métier, tu dois le faire jusqu'au maximum que tu peux quoi, donc l'insulinothérapie c'est quand même quelque chose de pas fréquent mais courant quand même.

CS : D'accord. Merci beaucoup

M5 : C'est tout ?

CS : C'est tout.

Médecin « M6 »

CS : Donc on se connaît, je suis Cristina Sarzea, je viens de finir mon internat et je suis en train de préparer ma thèse qui est une étude sur les difficultés rencontrées lors de l'instauration d'une insulinothérapie en médecine générale, il s'agit d'une étude qualitative, donc un entretien enregistré mais anonyme. Pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

M6 : Alors, je dis mon nom ou pas ?

CS : Comme vous voulez sinon il faut me dire votre âge, depuis combien de temps vous êtes installé

M6 : Oui alors écoute, moi j'ai 62 ans, je suis un homme, je me suis installé en 80, c'est-à-dire que je suis dans ma 35ème année d'installation, plus 2 années de remplacements, donc ça fait 37 ans que je fais du libéral, voilà et je suis donc en localisation citadine et j'ai la fonction de maître de stage c'est-à-dire que je reçois des internes en stage praticien médecine générale, voilà.

CS : Je vais rajouter que vous êtes installé dans un cabinet seul.

M6 : Oui, indépendant et seul.

CS : D'accord. Racontez-moi votre dernière expérience où le recours à l'insulinothérapie chez votre patient diabétique de type 2 vous a paru important

M6 : Oui alors, j'ai un de mes patients qui est atteint d'une sclérose latérale amyotrophique et puis il s'est mis à avoir très soif, à uriner beaucoup, on a trouvé 5 grammes et donc, comme c'est quelqu'un qui est très dépendant, il est trachéotomisé, il est tétraplégique, on a décidé de le prendre en charge à domicile sans hospitalisation, et puis ça n'a pas trop mal marché puisque on est parti avec une hémoglobine glycosylée qui était à 9,5 et j'ai fait un contrôle 2 mois après le début de l'insulinothérapie, on était à 5,5, on a dégringolé comme ça en ambulatoire, donc je pense que ça s'est bien passé.

CS : D'accord. Quand et comment évoquez-vous le recours à l'insulinothérapie pour vos patients diabétiques de type 2 traités par ADO ?

M6 : Quand on a une hémoglobine glycosylée je dirai qui s'approche des 10 grammes, je crois que quand on arrive dans ces chiffres là et qu'on a épuisé toutes les voies orales, il faut en venir là je pense, mais donc c'est après quand même avoir associé ou tout au moins fait le maximum avec les différentes classes per os, et qu'on n'a pas suffisamment de résultats, donc qu'on va passer à la voie injectable, ou bien alors, ça m'est déjà arrivé chez des patients qui n'étaient pas à ces chiffres là mais en qui je n'avais pas confiance pour la prise des

médicaments et donc le fait de faire de l'insuline avec le passage d'une infirmière ça a permis de les discipliner.

CS : D'accord. Pouvez-vous me parler de la place des recommandations HAS dans votre décision d'instaurer une insulinothérapie ?

M6 : Il y a une grosse discussion entre l'HAS et les diabétologues. L'HAS demande qu'on attire son attention à Sulfamide, alors que tous les endocrinologues que je connais conseillent d'utiliser les incrétines avant les sulfamides hypoglycémisants, alors je ne sais pas trop quoi faire parce que, d'un côté, on nous dit que les sulfamides épuisent le pancréas, les sulfamides entraînent des risques d'hypoglycémies, les endocrinologues disent que les incrétines marchent aussi bien que les sulfamides, qu'elles n'entraînent pas ces effets indésirables, épuisement du pancréas, hypoglycémie, et bien sûr ça coûte plus cher, donc la position de la sécu et de l'HAS elle est comptable, la position des spécialistes elle est plutôt en confort, alors le généraliste qui est pris entre le marteau et l'enclume, que doit-il faire ? Je dirai que fifty-fifty quoi.

CS : D'accord. Décrivez-moi votre démarche lors de l'instauration d'une insulinothérapie chez un patient diabétique de type 2 insulino-requérant

M6 : Alors la démarche c'est, à partir du moment où on est convaincu que il faut y passer, c'est d'obtenir l'acceptation du patient et donc je pense qu'il faut bien expliquer les enjeux, il faut bien expliquer que le diabète c'est une maladie qui va entraîner des complications, tant qu'il n'y a pas de complications bien, on ne se rend compte de rien pratiquement, mais la complication elle peut venir brutalement et après il sera trop tard, et donc en étant diplomate mais à la fois très clair, je pense qu'on peut obtenir l'adhésion du patient et j'essaie toujours de commencer par une lente de manière à n'avoir qu'une seule injection par jour, je pense que c'est plus facile de faire adhérer à une injection par jour qu'à 3 injections, ou 2 ou 3 injections par jour, et donc en général j'initie avec de la Lantus avec comme objectif d'obtenir une glycémie à jeun, disons, inférieure à 1,5 g. Et puis après, on ajuste, si on a un objectif à 1,50 mais que ça bouge beaucoup le midi et le soir, on peut parfois s'aider de rapides pour le midi et pour le soir. Et en général, quand j'instaure un traitement, bien sûr je fais faire, je fais démarrer le traitement par une infirmière. L'infirmière, elle ne va pas seulement servir à faire l'injection mais elle va tenir le cahier de suivi et puis elle saura moduler les doses, les variations de doses en fonction des glycémies, des glycémies capillaires.

CS : D'accord. Ca vous arrive souvent que ce soit l'infirmière qui fasse l'adaptation des doses ou il faut que vous lui fassiez un protocole avant ?

M6 : En général je marque, augmenter ou diminuer les doses de 2 unités tous les 3 jours tant qu'on n'a pas une glycémie inférieure à 1,50 g donc augmenter la dose par contre si la glycémie à jeun est inférieure à 0,80 diminuer la dose de 2 unités, voilà.

CS : D'accord. Est-ce que vous pouvez me parler de la place du lecteur glycémique chez tout patient diabétique ?

M6 : C'est un outil incontournable puisque moi, dès que je mets en route un traitement par voie injectable, je prescris en même temps plusieurs choses, le Glucagen à garder dans le frigo, le kit de glycémie capillaire et puis en général je sors d'une petite boîte un carnet de suivi des glycémies, je lui explique comment il faut faire mais bien sûr l'infirmière, elle est rodée à tout ça et je pense que les outils indispensables, c'est le lecteur de glycémie et le carnet de suivi.

CS : D'accord. Quelles sont pour vous les réticences à l'instauration d'une insulinothérapie ?

M6 : C'est la peur des piqûres, il y a des gens qui ont une phobie des piqûres, mais ça je pense que quand on a bien compris que ce n'était pas grand-chose, c'est une toute petite aiguille qu'on sent à peine, quand on explique qu'il y a des enfants qui font ça 3 fois par jour, ça donne un petit peu de courage. La difficulté, c'est la rigueur, il faut une vie réglée pour que les injections se fassent toujours à l'heure avec les glycémies capillaires donc il faut de la discipline et cette discipline, elle n'est pas toujours évidente ça dépend de la personnalité du patient. Difficulté chez les patients qui ont des diabètes très instables, où on a du mal à équilibrer, on a des chiffres anarchiques, on n'a pas de corrélations entre les doses faites et les glycémies observées, mais il y a certainement des facteurs intercurrents que l'on ne maîtrise pas, il y a peut être des écarts alimentaires, il y a peut être des activités physiques pour lesquelles on n'a pas suffisamment anticipé en augmentant la ration glycémique, la psychologie du patient intervient beaucoup.

CS : D'accord. Ca vous arrive souvent d'avoir des patients comme ça qui sont très instables au niveau des glycémies ?

M6 : Non, la majorité gère bien mais j'ai souvenir de quelques patients chez qui, obtenir une glycémie stable, c'était mission impossible, on oscillait entre malaise hypo ou la glycémie très élevée, et avec des difficultés alors est-ce que ça vient des écarts alimentaires, est-ce que ça vient de troubles de l'absorption d'insuline à cause de lipodystrophie ? Allez savoir, ce n'est pas toujours évident.

CS : D'accord. Et vos réticences à vous comme médecin ?

M6 : Pour faire de l'insuline ?

CS : Oui, ou pour l'instauration de l'insuline

M6 : Parce que c'est, la prise d'insuline injectable est un geste invasif puisque on pique la peau, moi ma réticence c'est, tant qu'on peut y arriver par la voie orale c'est la voie prioritaire mais si vraiment ça devient une indication incontournable, je ne suis pas réticent au contraire je vais essayer de tout faire pour obtenir l'acceptation du patient

CS : D'accord

M6 : Enfin je vais tout faire pour ne pas en venir à l'insuline mais si on ne peut pas y échapper, je vais tout faire pour que ce soit accepté par le patient

CS : Par le patient. Quelles sont les difficultés d'organisation de soins que vous rencontriez lors de l'instauration d'une insulinothérapie ?

M6 : Je n'ai jamais eu vraiment de difficultés pour l'organisation des soins dans la mesure où on est dans une zone où on n'est pas en désert médical, donc je crois qu'il y a beaucoup de cabinets infirmiers qui ne demandent pas mieux que de venir et franchement, non, pour mettre en place, il n'y a pas de soucis

CS : D'accord. Comment vous gérez la prise en charge des hypoglycémies ?

M6 : Alors la prise en charge des hypoglycémies, différents cas. Si le patient se rend compte qu'il n'est pas bien et qu'il constate une glycémie basse, je dirai inférieure à 0,60 quoi, je lui demande d'avaler un ou deux morceaux de sucre et puis de manger un petit bout de pain

CS : D'accord

M6 : Si bien sûr le patient en arrive au stade où il a un trouble de comportement parce que il y a vraiment des manifestations cérébrales bien on, je crois qu'on n'a pas tellement le choix que de demander aux urgentistes d'intervenir ou au médecin s'il est dispo et puis soit on fait une injection intraveineuse de glucosé, du 30% d'une petite ampoule et puis dans la foulée et bien on lui fera le Glucagen en intramusculaire

CS : D'accord

M6 : Mais ça, ça m'est arrivé 2 fois, et 2 fois quand j'étais remplaçant, mais depuis que je suis installé à mon compte, ça ne m'est jamais arrivé de devoir injecter du glucose

J'en ai toujours dans la trousse d'urgences

CS : C'est bien

M6 : Oui

CS : On a parlé tout à l'heure de l'adaptation des doses

M6 : Oui

CS : Donc, pouvez-vous me parler de la place et le rôle de l'infirmière libérale, on en a parlé un petit peu tout à l'heure

M6 : C'est l'infirmière libérale qui voit le patient tous les jours quand elle a la charge de faire les injections, c'est à elle de faire les glycémies capillaires et donc, et de réguler en fonction des chiffres qu'elle va constater, mais ça en général ils savent faire

CS : Oui d'accord. Avec qui collaborez-vous pour l'éducation de votre patient diabétique insulino-requérant à part de l'infirmière libérale ?

M6 : Alors plusieurs cas de figure, là je vous ai parlé d'un cas où on ne l'a pas hospitalisé mais en général quand on initie une insulinothérapie, ça se fait quand même en collaboration avec un endocrinologue et souvent les patients ont un bilan, ils sont hospitalisés en hôpital de jour où là ils sont mis en relation avec une équipe. Et dans cette équipe il y a des diététiciens qui vont leur expliquer comment gérer leur alimentation, ensuite l'insuline, il y a des gens qui ont des pompes, avec les pompes on les éduque en milieu hospitalier alors ce n'est pas, c'est plutôt les types 1, donc les types 1 ils peuvent faire, ils appellent ça de l'insulinothérapie fonctionnelle, mais non moi je ne fais pas ça avec les diabétiques de type 2, alors parfois j'hospitalise aussi quand je n'y arrive pas, quand on a des chiffres qui sont difficiles à maîtriser, or là encore, les gens sont hospitalisés et ils sont éduqués aussi bien pour la gestion du diabète, la diététique, l'activité physique, alors il y a aussi un centre de, comment on appelle ça, un centre de prévention et d'éducation qui est rue des Louvels, où on peut envoyer nos patients aussi pour avoir affaire à une équipe multidisciplinaire qui les instruisent dans tous les domaines en relation avec le diabète quoi.

CS : D'accord. On a parlé, bon on peut dire que tout ça de quoi on vient de parler, sont comme des causes qui vous poussent à avoir recours à l'hôpital, c'est, d'où viennent ces difficultés ?

M6 : Alors moi je fais appel à l'hôpital quand j'ai une hémoglobine glyquée qui reste élevée, je dirai supérieure à 9 et avec un patient que je considère comme en danger d'avoir une complication grave et donc je ne vais pas attendre que la complication arrive pour l'inciter à refaire le point en milieu hospitalier pour voir si on peut améliorer les choses

Et en fonction du risque

CS : D'accord, ça vous est arrivé d'envoyer des patients comme ça à l'hôpital ?

M6 : Oui, bien sûr

CS : Ça se passe, ça se passe bien, les délais sont ?

M6 : En général ils voient un hospitalier qui va les reconvoquer en hôpital de jour ou même en hospitalisation parfois, pour revoir sur une semaine de manière très approfondie tout ce qui gravite autour de cette pathologie

CS : Les délais sont assez satisfaisants ?

M6 : Ce n'est pas toujours instantané mais on n'est pas dans l'urgence vitale, donc on peut attendre un mois, dans l'histoire de la maladie, un mois, c'est acceptable

CS : Quelles sont vos propositions pour améliorer la pratique du médecin généraliste devant la nécessité d'instauration d'une insulinothérapie ?

M6 : Je pense qu'on peut toujours s'améliorer et que les formations c'est fait pour ça, je pense que c'est bien d'avoir, d'être maître de stage, parce que nous on leur apprend les ficelles du métier à nos internes, mais eux justement ils sont au courant des nouveautés, des nouvelles façons de gérer certaines pathologies, et je dois dire que pour mon dernier cas mon interne m'a bien aidé à mettre en place le protocole et donc, prendre des jeunes avec soi pour éviter de s'encrouter.

CS : D'accord. Quelles sont vos propositions pour améliorer l'organisation des soins lors d'une instauration d'une insulinothérapie ?

M6 : Moi je pense qu'il faut fonctionner en équipe, il ne faut pas être isolé, alors une équipe ça veut dire, il y a le médecin traitant et il y a l'équipe infirmiers et tout ça, ça doit communiquer, et si il y a le moindre problème, il faut s'appeler, on n'est pas obligé de se déplacer sur place mais prendre un avis et prendre toujours, quand il y a une grande décision à prendre, de bien se concerter.

CS : D'accord. C'était tout. Merci beaucoup.

Médecin « M7 »

CS : Je veux vous remercier d'abord d'avoir accepté, donc c'est une thèse sur les difficultés qu'on retrouve lors de l'instauration d'une insulinothérapie en médecine générale

M7 : Oui

CS : C'est une étude qualitative, donc un entretien enregistré et anonyme. Pouvez-vous vous présenter s'il vous plait ? Donc votre âge, depuis combien de temps que vous êtes installé, le milieu si c'est urbain, si c'est rural, et bon je vais rajouter déjà que c'est un cabinet où vous êtes installé seul dans un milieu semi rural.

M7 : Voilà donc je suis le Dr K, je suis médecin urgentiste, je suis médecin qui s'est installé ici au cabinet médical en 2004, je suis surtout médecin hospitalier, j'ai travaillé plutôt en tant qu'urgentiste à l'hôpital de Creil et dans le Samu dans toute la région de l'Oise.

CS : D'accord. Racontez-moi votre dernière expérience où le recours à l'insulinothérapie chez un patient diabétique de type 2 vous a paru important

M7 : Franchement recourir à l'insulinothérapie chez le diabétique type 2 c'est exceptionnel pour moi puisque mes patients généralement sont souvent bien équilibrés avec le traitement médical, j'ai une grand-mère qui a de l'insuline une fois par jour parce qu'elle, elle est très âgée elle a eu pas mal de problèmes de complications cardiovasculaires et artériopathie des membres inférieurs et elle n'était pas tout à fait disciplinée pour les médicaments, donc de temps en temps, on lui fait un peu d'insuline plus pour la rattraper quand elle a dépassé les 2 g, 2,5 g.

CS : D'accord, sinon quand et comment évoquez-vous le recours à l'insulinothérapie chez un patient diabétique de type 2 sous antidiabétiques oraux ?

M7 : Ça reste toujours exceptionnel ça, mais généralement les diabétiques type 2, je les passerai qu'en cas de décompensation et là, ça se fait surtout à l'hôpital, mais nous on fait peut être de temps en temps de l'insuline aussi à domicile quand ce n'est pas très, très élevée la glycémie mais le plus souvent, quand ils décompensent sur une bronchite ou un problème au niveau des poumons, ou tout autre complication qui déséquilibre le diabète, à ce moment là on envoie à l'hôpital pour instaurer une insulinothérapie pendant quelques jours pour les rééquilibrer, et une fois qu'ils sont guéris de leur maladie, de la complication, à ce moment là on fait un traitement oral.

CS : D'accord. Sinon vous avez déjà eu le cas d'instaurer par vous-même en ville ?

M7 : Non

CS : Non, d'accord. Bon je vais vous demander, si jamais vous êtes en face d'un tel acte, est-ce que vous pouvez me décrire un petit peu qu'est-ce que vous ferez, les démarches que vous ferez pour si jamais vous êtes devant la nécessité ?

M7 : D'instaurer ?

CS : D'instaurer oui, par vous-même

M7 : Si j'aurais à instaurer chez un diabétique toujours de type 2 et bien dans ce cas là, j'essaierai de commencer par insuline lente à une injection par jour, pour éviter d'avoir plusieurs injections par jour, surtout si la personne elle est âgée, quitte à ce que je peux ajouter de l'Actrapid ou Novorapid au cas où il y aurait un peu de glycémie élevée dans la journée.

Mais ça reste exceptionnel

CS : Est-ce que vous pouvez me parler de la place du lecteur glycémique ?

M7 : Oui c'est très important le lecteur de glycémie, c'est très important devant toute pathologie récurrente où on contrôle déjà, c'est la première chose à faire, secundo moi tous mes patients, même s'ils sont diabétiques type 2, je demande à faire un contrôle au moins une fois par semaine, si ce n'est pas une fois par jour quand il a une décompensation quelque part pour au moins contrôler la glycémie et surtout, surtout contrôler les symptômes d'hypoglycémie type tachycardie, malaise, sensation de fringale, avoir mal au ventre, des sueurs, tout ça ou tremblements, qui peut évoquer une hypoglycémie, à ce moment là je leur demande de faire le dextro automatiquement et le contrôler, et ça m'est arrivé ici devant moi, un diabétique type 2 qui avait bien mangé, qui était pâle, pâle, et je lui ai demandé, je lui ai fait un dextro ici et il était à 0,5 et heureusement qu'il n'a pas pris la voiture avant de partir parce qu'il partait dans l'Oise et un peu loin d'ici, alors je lui ai fait avaler pas mal de chocolats et beaucoup de sucre, et il est parti pour l'anecdote voilà.

CS : D'accord. Est-ce que vous pouvez me parler de la préparation du patient devant la nécessité d'instaurer une insulinothérapie ?

M7 : Vous voulez dire de l'éducation ?

CS : Oui, ou comment vous annoncez à votre patient que peut être un jour qu'il a besoin de mettre en route une insuline ?

M7 : Bien dans ce cas là, moi je leur poserai surtout la question sur les complications du diabète, qui sont des complications oculaires, rénales et cardiaques, et devant ces obligations là je leur préviens que si la glycémie reste élevée, il y a un risque péril pour tout ça et dans ce cas là, je discute très très bien le bénéfice de l'insulinothérapie même si il est parfois

transitoire, et quand la complication comme le diabète malheureusement il n'est pas équilibré, ou il change de type 2 à type 1, dans ce cas là l'instauration de l'insulinothérapie, c'est une obligation pour éviter toutes les complications surtout.

CS : D'accord. Est-ce que vous pouvez me parler des recommandations de l'HAS vis-à-vis de l'insulinothérapie ?

M7 : Franchement je n'ai pas beaucoup de notions sur la question.

CS : D'accord, donc les nouvelles recommandations de traitement médicamenteux du diabète de type 2 de la HAS soulignent qu'un traitement par insuline NPH ou par insuline lente peut être proposé lorsque les traitements oraux et non insuliniques ne permettent pas d'atteindre l'objectif glycémique. Donc, comme vous vous dites aussi, si il y a des infections qui déséquilibrent le diabète, même si ce sera de façon transitoire, il faut introduire l'insuline.

M7 : Il faut le mettre à son arrivée tout à fait.

CS : D'accord. Quelles sont pour vous les réticences à l'instauration d'une insulinothérapie, vous comme médecin et les réticences que vous avez de la part des patients ?

M7 : Malheureusement, les gens n'aiment pas trop les piqûres, c'est un peu le matin le soir c'est quand même les gens ils préfèrent, ça reste pour les gens, ça fait une peur de se faire piquer tous les jours ou à prendre l'infirmière etc etc c'est un peu lourd mais certaines personnes qui sont diabétiques insulino dépendants là, la question elle a été bien expliquée quand on a instauré au départ l'insulinothérapie et la question de peur ne se pose pas.

CS : D'accord. Quelles sont les difficultés d'organisation de soins que vous rencontrez lors de l'instauration d'une insulinothérapie ?

M7 : Franchement je n'ai pas de difficulté pour instaurer, si l'objectif il est clair, il est bien précis, mais non il n'y en a pas.

CS : D'accord. Est-ce que vous pouvez me parler de la place et du rôle de l'infirmière libérale ?

M7 : J'avoue que les infirmières libérales, je n'ai pas beaucoup de relations avec elles ici

Mais pour l'instauration, pour les contrôles de glycémie chez les patients que j'ai ici, et qui ont des glycémies élevées et qui n'ont pas l'habitude de se faire les piqûres eux-mêmes, je leur demande et volontairement ils vont les voir une fois par jour, une fois par semaine, pour contrôler la glycémie et je leur fais beaucoup confiance parce que s'il y a une glycémie élevée, ils m'appellent pour me dire voilà, cette dame là, elle a une glycémie à 2,5 g, vaudra mieux là passer la voir et dans ce cas là moi je passe pour essayer de régler les problèmes de

l'insuline ou d'ajuster le traitement par voie orale en plus de l'insuline en substance une fois par jour par exemple.

CS : Sinon l'adaptation de doses, c'est vous qui faites un protocole ?

M7 : C'est moi ou c'est les infirmières aussi, et c'est toujours en augmentant ou en diminuant toujours de 2 unités pour ne pas se tromper.

CS : D'accord. La prise en charge d'hypoglycémie et l'apprentissage de gestes, vous les gérez comment, c'est vous, que vous parlez avec le patient, c'est l'infirmière, c'est ?

M7 : Moi j'explique, c'est moi qui explique souvent quand je fais les visites, quand je le vois à domicile et si l'infirmière le suit je pense qu'elle prendra en charge aussi, pour expliquer les symptômes d'hypoglycémie qui sont souvent les mêmes et que les patients s'habituent avec et dès qu'il a un petit malaise ou un petit quelque chose, ils se jettent sur l'appareil à dextro ils font leur contrôle de glycémie.

CS : D'accord, donc à part de l'infirmière libérale, avec qui d'autre collaborez-vous pour l'éducation de votre patient diabétique ?

M7 : Mais si ce n'est pas moi ou l'infirmière, ce sera certainement le service hospitalier qui s'en charge si par exemple c'est lui qui instaure ou si c'est lui qui réessaie de expliquer encore une fois au patient l'instauration de l'insulinothérapie, chose qui n'est pas toujours facile puisque les gens en fait, ils n'écoutent pas toujours ce qu'on leur dit, c'est qu'ils écoutent mais ils disent j'ai compris, finalement ils n'ont pas compris grand-chose et malheureusement ils ne posent pas de question et là parfois, hospitalisés pendant 4-5 jours, en hôpital de jour 3 jours, ça aurait beaucoup, beaucoup de bénéfices.

CS : D'accord, donc à part ça, quelles sont les causes qui vous poussent à avoir recours à l'hôpital ?

M7 : La principale cause qui me fait partir certains patients à l'hôpital, c'est soit leur mal compréhension de leur diabète et les complications qui peuvent engendrer, soit des glycémies hyper élevées, et là je préfère qu'ils vont à l'hôpital pour équilibrer le diabète et pour donner une nouvelle fois leur éducation pour expliquer tout ça.

CS : D'accord. Quelles sont vos propositions pour améliorer la pratique du médecin généraliste devant la nécessité d'instauration d'une insulinothérapie ?

M7 : Quelles sont les ?

CS : Vos propositions pour améliorer la pratique du médecin généraliste

M7 : Moi je pense que les médecins généralistes malheureusement, ne sont pas très très informés pour ça, moi je suis un peu informé d'après ce que je vous ai donné comme réponses

à toutes les questions que vous m'avez demandées parce que j'ai quand même fait un DU d'endocrinologie donc je suis très, très, je connais bien la question d'endocrinologie et sur le diabète, mais je pense que la plupart des médecins généralistes, ils renvoient le plus vite possible, tout malade dès que la glycémie elle est un peu élevée, à l'hôpital, et ça c'est clair

Oui c'est malheureusement, mais c'est souvent voilà

CS : Quelles sont vos propositions pour améliorer l'organisation de soins ?

M7 : Il fallait peut être faire des réunions avec des médecins généralistes, avec des endocrinologues, avec des médecins qui sont très compétents pour expliquer un petit peu déjà le diabète, parce que certains médecins généralistes ne connaissent pas grand-chose sur le diabète, les complications et tout le risque vital pour les patients que ce soit cardiovasculaire, rénal et oculaire et avec ces réunions là, peut être leur expliquer comment fonctionner pour contrôler certains patients, quand est-ce qu'il faut les envoyer à l'hôpital, quand est-ce qu'il faut lui mettre de l'insuline etc etc, donc c'est une question qu'il reste à poser peut être au service hospitalier.

CS : D'accord. Merci beaucoup.

M7 : Je vous en prie.

Médecin « M8 »

CS : Donc voilà, cher ami, je suis en train de réaliser ma thèse enfin

M8 : Enfin

CS : Sur les difficultés rencontrées lors d'une instauration d'une insulinothérapie en médecine générale, c'est une étude qualitative donc avec un entretien enregistré et anonyme, peux-tu te présenter ?

M8 : Nom et prénom ?

CS : Comme tu veux après sinon, tu me dis ton âge, depuis combien de temps tu es installé dans le milieu et dans quel type de cabinet

M8 : Ok alors homme de 35 ans, installé depuis 1 an, un peu plus d'un an, après avoir fait 4 années de remplacements dans un cabinet rural, non

CS : Urbain

M8 : Urbain, je me trompe toujours, en ville

CS : Dans un cabinet groupé

M8 : De groupe

CS : Raconte-moi ta dernière expérience où le recours à l'insulinothérapie chez ton patient diabétique de type 2 vous a paru important

M8 : C'était en remplaçant, c'était en remplacement, je n'ai pas encore eu de diabétique de type 2 sous insuline ici. Oui c'était important parce que, il était bien équilibré, mais il fallait que je revoie un petit peu avec lui l'insulinothérapie et notamment, si par rapport aux injections, c'était des auto-injections ou des, ou une infirmière, mais qu'il sache lui gérer si l'infirmière un jour ne pouvait pas faire face ou faisait une mauvaise manip

CS : D'accord c'était toi qui, et toi tu as déjà instauré de l'insuline en médecine générale, ça t'est déjà arrivé ?

M8 : Oui, sur un type 2

CS : Est-ce que tu peux m'en parler un petit peu de cette expérience ?

M8 : Oui, toujours c'était du remplacement

C'était une patiente diabétique de type 2 qui avait 3 classes d'antidiabétiques oraux mais malgré tout pas équilibrée, avec une hémoglobine je crois supérieure à 9 et j'ai décidé de la mettre sous insuline, ça s'est très bien passé au départ mais son médecin traitant a jugé dangereux l'insuline et l'a relevé

CS : D'accord. Quand et comment évoques-tu le recours à l'insulinothérapie pour ton patient diabétique de type 2 ?

M8 : Le plus tôt possible même si ce n'est pas forcément indiqué mais parce que, il faut qu'il prenne conscience que c'est d'abord le seul traitement, ça reste l'insuline et donc voilà, qu'un jour ou l'autre, on y sera, on y sera amené quoi

CS : D'accord

M8 : Et que ce n'est pas le dernier recours c'est au contraire quelque chose qui doit y être et on prépare simplement le pancréas avec les médicaments mais

CS : Ça t'arrive de l'introduire même de façon transitoire ?

M8 : Tout à fait

CS : D'accord ça t'est déjà arrivé ?

M8 : Ça m'est arrivé mais c'était en hospit plutôt, bon ce n'est pas tout à fait pareil c'était pendant mes stages mais ça m'est arrivé oui

CS : D'accord. Est-ce que tu peux me décrire les démarches lors de l'instauration d'une insulinothérapie chez ton patient diabétique ?

Donc on va reprendre là où on est resté parce que j'ai fait des mauvaises manip donc on était à, je te demandais de me décrire tes démarches lors de l'instauration d'une insulinothérapie chez un patient diabétique de type 2

M8 : Oui donc les démarches, la première chose à faire c'est de savoir si ils connaissent le diabète, qu'est-ce qu'ils ont entendu par rapport à ça, essayer de palier aux idées reçues et notamment, l'insuline c'est un poison et je n'en veux pas, ça c'est le gros problème, et après, bien je prends le temps, même si ça dépasse mais ce n'est pas grave, mais de leur expliquer déjà ce que c'est que le diabète, quelles sont les conséquences du diabète et comment on le surveille, donc avec des traitements per os ce n'est pas très, très, compliqué si ce n'est surveiller sa glycémie, savoir si ils connaissent quelqu'un déjà qui est traité qui pourrait servir de repère un petit peu et après, bien c'est la mise en route du protocole de soins, prescriptions, du lecteur notamment

CS : C'est tout ?

M8 : Avec le kit. C'est tout ? Oui

CS : D'accord. Est-ce que tu peux me parler de la place des recommandations de l'HAS dans la prise en charge, lors d'une instauration d'une insulinothérapie ?

M8 : Elles ne sont pas très scientifiquement justifiées donc voilà, c'est des justifications économiques essentiellement. Bon première chose, c'est rééquilibrage alimentaire et Metformine quoi qu'il arrive et après, bien j'essaie de voir si je peux les convaincre de passer

à l'insuline le plus tôt possible pour qu'ils aient des doses très faibles et qu'il n'y ait pas de surimprégnation et de risque de prise de poids

CS : D'accord. Est-ce que tu peux me parler de quel type d'insuline utilises-tu quand tu débutes une insulinothérapie ?

M8 : De préférence une lente

CS : Pour quelles raisons ?

M8 : Parce que bien, la mono-injection essentiellement, ensuite en leur expliquant qu'il y a potentiellement le recours à une rapide au moment des repas, mais essentiellement une lente déjà qu'ils se fassent à l'idée de l'injection et qu'ils puissent voir qu'ils peuvent le gérer tout seuls. Et qu'il n'y a pas de risque particulier quoi

CS : D'accord. Quelles seront pour toi les réticences à l'instauration d'une insulinothérapie ?

M8 : Par rapport au patient ?

CS : Tes réticences à toi comme médecin et les réticences du patient

M8 : Moi si, non aucune réticence, parce que quand il faut, il faut, et puis ça reste encore le seul traitement on va dire réel de cette pathologie, et puis par rapport aux patients, c'est les réticences par rapport à ce qu'ils ont vécu comme mauvaises expériences, notamment dans leur entourage qui peut être diabétique, c'est que l'insuline était instaurée en dernier recours et que finalement ils mourraient avec, et ça, ça reste gravé dans leur mémoire comme étant un poison, c'est là-dessus qu'il faut travailler, en amont quoi

CS : Ça t'est déjà arrivé d'avoir des patients comme ça en consultation, qui pensaient que l'insuline, c'est à mettre en fin de vie ?

M8 : Tout à fait

CS : Et tu as géré comment ce type de consultation ?

M8 : En plusieurs consultations, et en leur réexpliquant le, avec des simples termes, de très simples de la physiologie et de la physiopathologie du diabète, et en leur expliquant que l'insuline, c'est eux-mêmes qui la produisaient, qu'il faut juste la remplacer, mais c'est dur, c'est très long

CS : Quelles sont les difficultés d'organisation de soins que toi tu rencontres lors de l'instauration d'une insulinothérapie ?

M8 : C'est surtout ceux qui ne veulent pas faire l'insuline eux-mêmes, les injections, et du coup ça va être d'arriver à coordonner le passage d'une infirmière à la maison pour leur apprendre et pour faire ensuite les injections essentiellement. Après, après c'est peut être les

démarches administratives par rapport à la prise en charge, au 100%, protocole de soins, enfin mais c'est surtout voilà, c'est surtout l'acte en lui-même d'injection qui est dur à coordonner

CS : D'accord. Au niveau de l'éducation diététique, ça se passe comment au niveau des démarches, au niveau de l'organisation de soins ?

M8 : Moi, je leur demande si déjà, ils avaient été pris en charge au départ en amont par, soit diététicien, soit nutritionniste, soit même endocrinologue, en général ils ont déjà eu un premier contact du coup je leur conseille de retourner voir quelqu'un qui les connaît. Si il n'y a jamais eu de contact, je leur propose d'aller voir un endocrino, histoire de faire le point, qu'on ait un 2ème avis qui va conforter l'insulinothérapie en général, et puis je leur donne une liste de praticiens nutritionnistes ou diététiciens, sinon on travaille avec des diététiciennes en libéral ici assez facilement

CS : D'accord. Tu m'as parlé tout à l'heure de la collaboration avec l'infirmière libérale, je voulais justement te parler, te demander de me parler de l'adaptation de doses, de prise en charge d'hypoglycémie, l'apprentissage de gestes techniques, c'est le rôle de l'infirmière ou ça se passe comment chez toi ?

M8 : Alors les infirmières oui, elles peuvent tout à fait participer à cette éducation thérapeutique, mais moi je préfère le faire de mon côté pour être sûr de l'avoir fait, de revenir dessus lors des consultations suivantes surtout la 1ère année

Revoir un petit peu avec eux comment ils pratiquent, s'ils ont les bons réflexes, s'ils savent reconnaître les signes d'une hypo notamment, comment ils se resucent et éventuellement, bon pour le type 2 c'est rare mais dès qu'il y a les insulines rapides, c'est le kit Glucagon à côté pour pallier aux hypo sévères

CS : D'accord. L'adaptation des doses ça se passe comment ?

M8 : Alors l'adaptation des doses, au début c'est très schématique parce que c'est une adaptation qui va être bien encadrée et par paliers de 2 à 4 unités selon le dextro, après tout ce qui est adaptation des doses beaucoup plus fines c'est en fonction de l'évolution de la courbe glycémique et puis voir un petit peu par rapport à l'alimentation

CS : Et ça se passe toujours l'adaptation de doses dans ton expérience, c'est l'infirmière qui le fait, c'est le patient, ça se passe toujours bien ?

M8 : Ça se passe rarement bien on va dire

CS : Pourquoi ?

M8 : Parce que l'infirmière attend qu'on fasse des protocoles écrits ce qui est d'une, très long, et de deux, qui n'est pas du tout adaptable en vraie vie puisque c'est en fonction de

l'activité, en fonction de l'alimentation, en fonction la teneur en sucre de l'alimentation, enfin ce n'est pas possible, du coup pour ceux qui ne sont pas trop, trop, trop âgés on va dire, le recours à l'insulinothérapie fonctionnelle peut être quelque chose de bénéfique

CS : D'accord. Tu m'as déjà énuméré un petit peu tes collaborateurs, mais je veux te demander avec qui collabores-tu pour l'éducation de ton patient diabétique ?

M8 : Essentiellement l'endoc, l'infirmière, après j'essaie de les orienter vers les services qui sont, qui sont un peu complet sur l'accompagnement, c'est-à-dire qui ont déjà à l'intérieur du même service, nutrition, éventuellement cardio, ophtalmo, mais surtout éducation thérapeutique, qui prennent en charge tout ça soit en hospi de jour, soit dans le service

CS : D'accord. Quelles sont les causes qui te poussent à avoir recours à ces services là ?

M8 : Le patient non compliant

CS : C'est-à-dire ?

M8 : Difficile, qui ne veut pas, qui ne souhaite pas mettre en route ce traitement par insuline ce qui est, ou qui ne comprend pas bien où est-ce qu'on veut l'amener, enfin qui est réticent... Qui va être dur à gérer en ville donc qu'il ait un avis hospitalier pour le convaincre

CS : D'accord. Quelles sont tes propositions pour améliorer la pratique du médecin généraliste devant la nécessité d'instauration d'une insulinothérapie ?

M8 : Qu'il passe dans un service de diabéto

CS : S'ils ne l'ont pas fait pendant leur internat je pense que là c'est un peu difficile

M8 : Pas forcément sur un stage complet mais qu'il y ait au moins des formations pratiques surtout, pratiques sur le sujet et un minimum de théorie mais surtout qu'ils s'enlèvent cette peur d'instaurer l'insuline et la peur des complications surtout

CS : D'accord. Quelles sont tes propositions pour améliorer l'organisation de soins devant la nécessité d'instauration d'une insulinothérapie ?

M8 : Bien, un petit peu comme ce qui se fait au CHU, c'est la mise en place d'une ligne directe avec l'endoc de garde qui peut être, qui peut, comment dire, rassurer un petit peu sur le délai de la mise en route de l'insulinothérapie, pas besoin de se précipiter mais ne pas trop attendre d'un autre côté et qu'on puisse avoir un relais pour éventuellement le revoir en consultation le plus tôt possible, mais au moins qui rassure les praticiens qui n'ont pas l'habitude de mettre en route l'insuline quoi

CS : D'accord et par rapport à la relation avec l'infirmière libérale, tu as des propositions à faire pour l'améliorer

M8 : Ça serait qu'il y ait des formations également très pratiques par rapport à l'adaptation des doses, qu'ils n'aient pas peur de prendre une initiative, d'augmenter ou de diminuer une dose parce que il n'y a pas de risque en fait

CS : D'accord. Merci beaucoup

M8 : Mais de rien.

Médecin « M9 »

CS : Je vais me présenter, donc je m'appelle Cristina Sarzea, je suis médecin remplaçant en cours de réaliser sa thèse sur le diabète, en effet c'est plutôt sur les difficultés à compter lors de l'instauration d'une insulinothérapie en médecine générale, il s'agit d'un entretien enregistré et anonyme, pouvez-vous vous présenter s'il vous plait ?

M9 : Je suis le Dr R, j'exerce la médecine générale à Amiens depuis 23 ans et j'ai une clientèle qui est assez diverses avec pas énormément de patients très âgés, clientèle masculine, féminine, voilà.

CS : Je vais rajouter juste que vous êtes installée en cabinet groupé dans un milieu urbain

M9 : Oui

CS : D'accord, racontez-moi votre dernière expérience où le recours à l'insulinothérapie vous a paru important

M9 : C'était chez une dame de 70 ans qui n'était plus assez bien équilibrée sous antidiabétiques oraux seuls et donc là j'ai instauré une insuline lente à petite dose en complément de son traitement oral.

CS : D'accord. Quand et comment évoquez-vous le recours à l'insulinothérapie pour votre patient diabétique de type 2 traité par antidiabétiques oraux ?

M9 : En ville, on gère tout seul le traitement tant qu'on arrive à obtenir un équilibre, en médecine de ville on a quand même plus rapidement recours au spécialiste, à l'endocrinologue qui le plus souvent va instaurer le traitement par insuline, par rapport au nombre de cas qu'on instaure nous même quoi.

CS : Pouvez-vous me parler de la préparation du patient avant de mettre en place l'insuline, si vous parlez dès le départ?

M9 : En général, sauf certains patients qu'on connaît bien et on sait qu'ils pourront faire seuls, sinon en général l'instauration est faite par une infirmière à domicile

CS : D'accord. Et la préparation du patient, vous parlez, vous abordez ce sujet avec lui ?

M9 : On essaie, on en parle à plusieurs reprises avant d'instaurer l'insuline parce que l'insuline, c'est les piqûres et ça leur fait peur, donc on ne peut pas décider de but en blanc de leur imposer des piqûres, alors que pour l'instant ils ont l'impression d'être plus malades dans la mesure où ils sont obligés de faire des piqûres d'insuline, avant il suffisait d'avaler les cachets, là ils ont l'impression que leur diabète effectivement est devenu plus grave quand il faut faire des injections, donc mon habitude c'est quand le diabète est très mal équilibré, c'est d'aborder le sujet à plusieurs reprises en disant bon, on va changer le traitement mais attendez

vous à partir du moment où le traitement ne marchera plus, ne marchera pas suffisamment, à ajouter un peu d'insuline.

CS : Décrivez-moi votre démarche lors de l'instauration d'une insulinothérapie chez un patient diabétique, vous parlez de la place du lecteur, de l'éducation diététique ?

M9 : Oui alors quand le diabète est assez déséquilibré, je leur prête ou je leur donne, parce qu'on a des laboratoires qui nous donnent des lecteurs de glycémie, donc je leur fais vérifier, je commence par leur faire vérifier leur glycémie régulièrement sous antidiabétique oral et donc ils prennent déjà l'habitude de se contrôler eux même, ils apprennent le maniement du lecteur et puis à noter leur glycémie, à interpréter plus ou moins eux même avant de me contacter.

CS : D'accord. Quel type d'insuline utilisez-vous pour débiter une insulinothérapie et pour quelles raisons ? Vous m'avez parlé tout à l'heure de la Lantus

M9 : Oui

CS : Pour quelles raisons ?

M9 : Parce que on n'a pas, ce que je veux au départ, c'est qu'ils aient une injection par jour et pas leur mettre 2-3 injections par jour parce que ça, ça va les perturber ils ne vont pas adhérer au traitement donc je préfère leur laisser leur traitement oral et rajouter une petite dose de Lantus de manière à ce que ça ne paraisse pas trop lourd pour eux au départ et de ne pas être non plus, entre guillemets, trop efficace

Parce que si, il ne faut pas leur donner, s'ils ont des hypoglycémies dès le début de l'instauration de l'insuline c'est vrai qu'ils vont être assez réticents

CS : D'accord. Quelles sont pour vous les réticences à l'instauration de l'insulinothérapie, vos réticences à vous et les réticences de la part du patient aussi ?

M9 : Bien je pense mes réticences à moi viennent un peu de celles du patient, en général ce n'est pas que l'insuline se soit, bon il faut que le traitement soit adapté au type de diabète aussi, mais on sait très bien que les patients craignent un peu le passage à l'insuline et donc on essaie, bon j'insiste toujours sur le régime, sur la bonne hygiène de vie, mais je pense que notre propre réticence, elle vient de la réticence du patient et on veut au maximum retarder le moment où ils passeront à l'insuline

CS : D'accord. Quelles sont les difficultés d'organisation de soins que vous rencontrez lors de l'instauration d'une insulinothérapie ?

M9 : Pas énormément parce que par contre, je tiens absolument à ce que les premières injections soient faites sous le contrôle d'une infirmière

Ça c'est une, pour être sûre parce que eux même n'ont pas tellement confiance en eux donc pour qu'ils fassent en présence d'un professionnel et que le professionnel leur confirme bien qu'ils font bien et que c'est bien comme ça et qu'ils apprennent les automatismes au fur et à mesure et après bon pour beaucoup, sauf des personnes assez âgées, qui ne voient pas clair, qui ont de l'arthrose dans les mains etc, pour qui ça va être difficile de se faire l'injection, là dans ces cas là on continue avec l'infirmière, mais sinon bon pour beaucoup d'autres ils peuvent se faire les injections eux même après

CS : D'accord. Pouvez-vous me parler de l'adaptation des doses, comment vous le faites, avec vos patients, ou avec les infirmières?

M9 : Bien c'est vrai que j'avoue que régulièrement c'est l'infirmière qui sait et qui adapte, bon moi je vérifie quand je passe voir le patient, je vérifie où ils en sont de la dose je regarde le carnet voir un peu comment ils sont mais bon en général, bon il y a quelques infirmières qui peuvent m'appeler de temps en temps, mais en général bon elles se, je donne les consignes au début mais qu'elles connaissent déjà de toute façon

CS : D'accord. Pouvez-vous me parler de prise en charge d'hypoglycémies ?

M9 : En général, oui, on aborde le sujet quand je prescris une insuline, de toute façon je leur dis que l'hypoglycémie est possible, donc je leur décris les symptômes et je leur demande de se vérifier, de faire un dextro à partir du moment où ils ne se sentent pas bien, de se faire un dextro et de confirmer comme ça l'hypoglycémie de manière à ce que, dès qu'ils ont un petit malaise, ils n'aillent pas prendre beaucoup de sucres, ils ne se resucrent pas trop par rapport à leur glycémie

CS : Pouvez-vous me parler de la place du kit de Glucagon ?

M9 : Alors ça c'est vrai que je n'en prescris pas, ce n'est peut être pas bien mais je n'en prescris pas, en général de toute façon les $\frac{3}{4}$ des hypoglycémies ils prennent un morceau de sucre et ils mangent un petit quelque chose et on n'a pas besoin de, on n'a pas besoin d'autre chose

CS : D'accord. A part les infirmières en libéral, avec qui collaborez-vous pour l'éducation de votre patient diabétique insulino-requérant ?

M9 : Avec l'hôpital parce que c'est vrai que quand les patients ne sont pas du tout disciplinés, ou alors qu'ils ne s'en sortent pas, ils n'y arrivent pas, ils ne veulent pas de l'infirmière, bien l'hôpital c'est vrai qu'il y a une bonne prise en charge sur notamment une prise en charge nutritionnelle et au niveau du traitement, des injections etc

CS : D'accord. Vous pensez qu'elles viennent d'où, les difficultés qui vous poussent à avoir un recours à l'hôpital ?

M9 : C'est quand ils, quand je sens que c'est des patients qui refusent, plus ou moins souvent c'est qu'ils, ils sont un peu fâchés avec la maladie et puis ils ne se prennent pas bien en charge quoi, c'est-à-dire leur façon de manger ils peuvent ne pas manger à l'heure, sauter des repas, avec la pratique du sport aussi, ils peuvent pratiquer le sport mais de façon irrégulière et pas forcément bien adaptée comme on leur a expliqué et je pense que de toute façon dans le diabète il faut dire, redire plusieurs fois avant que ce soit vraiment

CS : Ça vous arrive souvent de dire, redire à vos patients ?

M9 : Oui bien parce que les complications au début ils n'ont pas trop la notion de toute façon oui, ils en ont vaguement entendu parler mais ceux qui sont vraiment, moi j'en ai quelques uns là en ce moment où il y a des diabétiques dans la famille qui ont été amputés ou qui ont eu des problèmes et là c'est vrai que ceux là sont franchement beaucoup plus disciplinés que les autres, bon on ne va pas, on n'attend pas que ça, il y a aussi des gens qui se prennent très bien en charge et qui n'ont pas ces antécédents là mais c'est vrai que en général il y a quelques petits ratés et donc c'est pour ça qu'il faut redire, réexpliquer à nouveau, il a quelques petits ratés avant que, avant qu'ils soient quand même bien plus disciplinés dans leur traitement

CS : D'accord. Quelles sont vos propositions pour améliorer la pratique du médecin généraliste devant la nécessité de l'instauration d'une insulinothérapie ?

M9 : Relisez-moi la question ?

CS : Quelles sont vos propositions pour améliorer la pratique du médecin généraliste devant la nécessité d'instauration d'une insulinothérapie ? Vous faites assez de formations, ou ?

M9 : Oui je pense, oui je pense qu'on a eu quand même assez de formations dans le domaine alors c'est vrai que c'est aussi, on n'instaure pas forcément toujours tout seul etc, je pense que c'est la pratique de ville, si on était, on joue un peu la facilité et puis c'est vrai que même pour les patients qui habitent en ville vont avoir plus facilement, vont être plus demandeurs de l'avis du spécialiste alors qu'à la campagne l'accès au spécialiste est beaucoup plus difficile et donc du coup ils s'en remettent essentiellement à leur médecin traitant, donc si un médecin de campagne propose à son patient, si, si, vous êtes diabétique vous allez aller à Amiens pour consulter un endocrinologue, ils vont dire bien vous ne pouvez pas vous en occuper vous alors qu'ici ils sont quand même très spécialistes

CS : Oui ils ont plus l'habitude, oui

M9 : Donc ce qui fait que nous bien, de même on fait beaucoup moins de gynéco que si on était à la campagne, on fait, on en fait, je fais encore des frottis mais je ne fais pas, donc là pour le diabète c'est un peu le même principe

CS : D'accord. C'était tout, merci beaucoup

M9 : De rien

Médecin « M10 »

CS : Je suis Cristina Sarzea, je suis en train de réaliser ma thèse, c'est une étude sur les difficultés d'instauration d'une insulinothérapie en ville. Il s'agit d'un entretien enregistré et anonyme, pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

M10 : Non c'est anonyme.

CS : Non mais me dire juste votre âge, depuis combien de temps vous êtes médecin et si vous êtes dans un cabinet groupé, ou vous êtes seule, dans un milieu urbain ?

M10 : Alors, femme, 48 ans, installée en médecine générale depuis 1998, 7 ans d'urgences avant, ex associée, et dissociée depuis 3 ans, donc dans un cabinet médical, seule, avec des paramédicaux.

CS : Dans un milieu ?

M10 : Oui, semi rural.

CS : Racontez-moi s'il te plaît ta dernière expérience où le recours à l'insulinothérapie vous a paru important chez un diabétique de type 2

M10 : J'ai un diabétique de type 2 qui a complètement déséquilibré son diabète parce qu'il existe une exogénose associée à ce patient, etc, où là de toute façon on a malheureusement eu recours aux urgences parce que c'était dans un contexte de pancréatite etc, qui est ressorti de là avec une insulinothérapie, qui pour le moment n'est pas franchement terriblement bien équilibré.

CS : Quand et comment évoquez-vous le recours à l'insulinothérapie pour vos patients diabétiques de type 2 qui sont traités par ADO ?

M10 : A partir du moment où on n'arrive plus du tout à équilibrer quoi que ce soit ou si il y a un gros problème au niveau de l'alimentation des gens qui ne suivent pas leur régime pour plusieurs raisons, une des raisons principales c'est que bien malheureusement, manger des fruits, des légumes et équilibrer, ça coûte très cher et qu'ils n'ont plus les moyens de le faire, voilà, et que l'on est dans un pays de patates, où on mange des patates et du pain toute la journée, donc ce n'est pas très équilibré, donc il y a des fois on ne s'en sort plus et on est obligé d'avoir recours aux insulines, qui très souvent sont faites par les infirmières, ce qui nous arrange bien parce qu'on a un meilleur contrôle.

CS : C'est une de mes prochaines questions, est-ce que vous pouvez me décrire votre démarche lors de l'instauration d'une insulinothérapie ?

M10 : En règle générale, systématiquement, je fais venir les infirmières de façon à ce qu'elles expliquent aux patients, qu'elles leur montrent comment on fait les dextro, comment

on règle ses insulines en fonction des dextro et puis il y a certains patients chez qui de toute façon je continue à rester avec les infirmières parce que on sait pertinemment qu'ils n'arriveront pas à s'en occuper tout seul.

CS : D'accord, je voulais vous poser la question pour le lecteur glycémique, vous parlez déjà, vous prescrivez déjà avant que le patient ...

M10 : Passe sous insuline ?

CS : Oui

M10 : Oui, ça m'arrive.

CS : D'accord. Quel type d'insuline utilisez-vous et pourquoi, quand vous débutez ?

M10 : Moi perso toute seule, je débute avec une Lantus parce que c'est la plus simple à utiliser, celle qui a le moins d'effets indésirables, et après quand ça se complique et que je vois que je ne m'en sors pas on a l'avantage d'avoir la diabéto sur l'hôpital, et ça c'est très bien.

CS : D'accord, et lors de la première prescription, au niveau des démarches, vous mettez le lecteur, vous mettez aussi le kit Glucagen ?

M10 : Oui pas systématiquement, parce que c'est vrai qu'avec le Lantus on n'a pas trop d'hypo donc avec la Lantus en règle générale, ça ne se passe pas trop mal, mais de toute façon quand ils ont d'autres insulines en règle générale il y a le Glucagen avec.

CS : D'accord. Pouvez-vous me parler des réticences à l'instauration de l'insulinothérapie ?

M10 : Ca fait peur aux gens d'être obligés de se piquer tous les jours, il y en a qui ont peur de ne pas savoir le faire et il y en a, de toute façon je dirai quelque part, ils s'en foutent parce qu'ils savent que c'est les infirmières qui vont gérer, voilà c'est plus les réticences des gens, c'est d'être obligé de se piquer.

CS : Et de vos réticences, vous en avez, vous n'en avez pas ?

M10 : Non pas spécialement.

Quand je vois que ça dérape, l'insuline c'est quand même la façon la plus simple de réussir à gérer les choses.

CS : D'accord. Parlez-moi des difficultés d'organisation de soins que vous rencontrez lors de l'instauration de l'insulinothérapie.

M10 : Par rapport aux infirmières ?

CS : Par rapport à l'éducation diététique, infirmières, surveillance glycémique

M10 : Alors la diététique c'est très compliqué parce que on se rend compte qu'il y a très peu de gens qui vraiment font correctement leur régime, après ici sur le plan des infirmières, ça ne se passe pas trop mal et puis on discute beaucoup quand il y a un problème, on en discute ensemble donc ça, ça ne pose pas trop de problèmes.

CS : L'adaptation des doses, c'est vous, ce sont les infirmières, vous travaillez, vous marquez, vous faites un protocole avant ou ça se passe comment ?

M10 : Oui en règle générale je leur explique sur le protocole éventuellement que soit je fais, soit l'hôpital fournit et puis après si vraiment on voit que ça dérape, on en rediscute ensemble, on modifie un peu plus radicalement les choses.

CS : La prise en charge d'hypoglycémie, les gestes techniques, c'est toujours en relation avec les infirmières ?

M10 : Oui souvent, bon après il y a des gens un peu plus cortiqués à qui on arrive à expliquer les choses et qui le font bien mais bon c'est vrai que dans le coin ce n'est pas ce qu'il y a de plus facile.

CS : A part les infirmières, avec qui collaborez-vous pour l'éducation de votre patient diabétique ?

M10 : Les diététiciennes, l'endocrino et puis bon maintenant il y a Ameli aussi qui s'est mis en place et qui suit plus ou moins les patients.

CS : Est-ce que ça vous arrive d'adresser les patients, de faire un recours à l'hôpital et si oui, parlez-moi des causes qui vous poussent à avoir un recours à l'hôpital ?

M10 : Diabète très déséquilibré, polyopathologies, qui fait que le fait de les faire hospitaliser permet de refaire un gros point général et puis d'avoir la diabéto qui passe et qui d'emblée instaure les insulinothérapies.

CS : Et au niveau des difficultés, vous pouvez me dire quand vous instaurez une insulinothérapie en ville, quelles difficultés rencontrez-vous ? Vous n'avez pas du tout de difficultés, ça se passe bien la plupart du temps ?

M10 : Une fois qu'on a réussi à faire comprendre le pourquoi du comment au patient, en règle générale ça ne se passe pas trop mal.

CS : Les difficultés sont plutôt de la part du patient ?

M10 : Oui

CS : Quelles sont vos propositions pour améliorer la pratique du médecin généraliste devant la nécessité de l'instauration d'une insulinothérapie ?

M10 : D'avoir, je dirai éventuellement, plus de réunions où on nous explique le côté vraiment très pratique des associations des diverses insulines etc, parce que bon c'est vrai il y a eu tout un tas de choses qui sont sorties, on n'est pas toujours au top pour tout ça, et c'est vrai que voilà quand il faut multiplier les insulines ça devient compliqué, et voilà l'avantage d'avoir l'endocrino, c'est qu'au moins ça permet de la laisser gérer les choses un peu plus complexes.

CS : D'accord.

CS : Merci beaucoup.

**LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DE L'INSTAURATION D'UNE INSULINOTHÉRAPIE
CHEZ UN PATIENT DIABÉTIQUE DE TYPE II EN MÉDECINE GÉNÉRALE
(Étude qualitative menée auprès de 10 médecins généralistes)**

RÉSUMÉ

Introduction : En France le diabète, véritable fléau qualifié d'épidémie selon l'OMS, est en constante progression depuis près de 10 ans. En 2013, la HAS a publié de nouvelles recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge et le traitement du diabète de type 2 afin d'agir « plus vite et plus fort ». L'existence de nombreuses hospitalisations pour l'instauration d'une insulinothérapie chez le diabétique de type 2 a inspiré la réalisation de cette étude qui a investigué le vécu des médecins généralistes (MG) afin de comprendre leurs difficultés rencontrées lors de l'instauration de ce traitement au cabinet. **Matériel et méthode :** Une enquête qualitative a été réalisée, par entretiens semi-dirigés, auprès de dix MG exerçant en Picardie. L'analyse des résultats a été effectuée selon la méthode de théorisation ancrée. **Résultats :** Les MG estiment avoir une place de premier choix pour aborder l'insulinothérapie avec le patient diabétique, dans la préparation, le suivi et l'accompagnement. Des nombreuses difficultés pour réaliser une prise en charge de qualité ont été évoquées : le temps de consultation limité, le manque de formations pratiques relatives à l'instauration d'insulinothérapie, les réticences de la part des patients et les difficultés de collaboration avec les autres intervenants. Plusieurs axes d'amélioration de l'organisation de la prise en charge actuelle ont été proposés: disposer des renseignements actualisés sur l'insulinothérapie via des FMC, créer une collaboration regroupant tous les soignants dans le cadre de la prise en charge du diabète et développer l'avis téléphonique. **Discussion :** Dans la coordination des soins, le médecin traitant est le pivot incontournable de l'orientation du patient. Leur volonté était de créer une alliance thérapeutique avec les patients dès la première consultation afin qu'ils acquièrent de nombreuses compétences : comprendre la maladie, maîtriser les gestes, connaître les objectifs, modifier et adapter leur mode de vie, prévenir les complications et faire face à l'urgence. **Conclusion :** Les MG sont conscients de leur place face à l'instauration d'une insulinothérapie, mais rencontrent des difficultés à chaque étape. Une meilleure organisation des soins et une amélioration de leur formation permettraient d'optimiser leur pratique quotidienne face à la nécessité d'introduction d'une insuline. **Mots clés :** médecine générale, diabète de type 2, instauration d'une insulinothérapie, difficultés de prise en charge

**DIFFICULTIES IN INTRODUCING OF INSULIN THERAPY FOR TYPE 2 DIABETIC PATIENTS
IN GENERAL MEDICINE
(Qualitative study conducted with 10 GPs)**

ABSTRACT

Introduction: In France, diabetes, a scourge qualified as an epidemic according to the WHO, is steadily increasing for almost 10 years. In 2013, the HAS published new good practice guidelines for the care and treatment of type 2 diabetes to be "faster and stronger." The existence of numerous hospitalizations for the introduction of insulin therapy in type 2 diabetes inspired the realization of this study that investigated the experiences of general practitioners (GPs) to understand their difficulties in the establishment of this treatment in their practice. **Materials and Methods:** A qualitative study was conducted by semi-structured interviews, with ten GPs exercising in Picardy. Analysis of the results was performed according to the grounded theory method. **Results:** GPs feel they have a place of choice to address insulin therapy with diabetic patients, in their preparation, monitoring and support. Many difficulties to achieve a quality of care were discussed: limited consultation time, the lack of practical training for the introduction of insulin therapy, the reluctance on the part of patients and difficulties of working with other care givers. Several areas for improvement of the organization of the current management have been proposed: to have updated information on insulin therapy via CME, create a collaboration involving all health care givers involved in the care of diabetes and develop telephone advice with specialists. **Discussion:** In the coordination of care, the GP as attending physician is the indispensable backbone of the patient's orientation. Their desire was to create a therapeutic alliance with patients from the first consultation so that they acquire many skills: understanding the disease, controlling the gestures, understanding the objectives, modifying and adapting their lifestyles, preventing complications and facing the emergency. **Conclusion:** GPs are aware of their place in the process of introduction of insulin therapy, but face difficulties at every stage. A better organization of care and an improvement in their training would maximize their daily practice facing the need of introduction of insulin. **Keywords:** general medicine, type 2 diabetes, insulin therapy initiation, management difficulties