



HAL
open science

Prescription des médicaments de la voie des incrétones par les médecins généralistes. Enquête auprès de 16 praticiens

Amandine Verbeke

► **To cite this version:**

Amandine Verbeke. Prescription des médicaments de la voie des incrétones par les médecins généralistes. Enquête auprès de 16 praticiens. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01919513

HAL Id: dumas-01919513

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01919513>

Submitted on 12 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2018-2019

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

VERBEKE Amandine

NEE LE 30 AOUT 1988 A BAYEUX (14)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 OCTOBRE 2018

**Prescription des médicaments de la voie des incrétones par les médecins généralistes :
Enquête auprès de 16 praticiens**

PRESIDENT DE JURY : Professeur PREVOST Gaëtan

DIRECTEUR DE THESE : Docteur FERON Denis

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

Merci au Professeur Gaëtan Prévost,

Pour avoir accepté de présider ce jury.

Merci aux Docteurs Lucile Pellerin, Laëtitia Bourdon et Marc Durand,

Pour avoir accepté d'être membres de ce jury.

Merci au Docteur Denis Féron,

Pour avoir accepté de diriger cette thèse.

Merci à tous les médecins qui ont participé aux entretiens,

Sans qui ce travail n'aurait pas été réalisable.

Merci à tous mes proches,

Pour tous les bons moments passés ensemble et votre indéfectible soutien.

PLAN DE LA THESE

I| Résumé

II| Introduction

A – Le diabète de type 2

1) Définitions

2) Physiopathologie

- a) Régulation de la glycémie chez un sujet sain
- b) Survenue du diabète

3) Complications

- a) Vasculaires
- b) Infectieuses
- c) Psychologiques
- d) Létale

4) Diagnostic

5) Epidémiologie

- a) Dans le monde
- b) En France
- c) En Normandie

B – Stratégie thérapeutique

1) Objectifs du traitement

2) Evolution des antidiabétiques et des recommandations de bonne pratique

3) Les incrétinomimétiques et incrétinopotentiators.

- a) Le système des incrétones
- b) Les analogues du GLP1
- c) Les inhibiteurs de la DPP-4 ou gliptines
- d) Controverses

C – Evidence Based Medicine et inertie clinique dans le diabète de type 2

1) L'Evidence Based Medecine (EBM)

2) L'inertie clinique

3) La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)

4) Les réseaux d'éducation thérapeutique

D - Justification et présentation de l'étude

1) Justification de l'étude

2) Présentation de l'étude

III] Matériels et méthode

A - Type d'étude

B - Rédaction du questionnaire

C - Recrutement des médecins

D - Réalisation des entretiens

E - Méthode d'analyse des données

IV] Résultats

A- Caractéristiques des médecins interrogés

B- Analyse thématique

1) La prescription des incrétines par les médecins généralistes

- a) Découverte des traitements incrétines
- b) Initiation d'un traitement par gliptine
- c) Initiation d'un traitement par analogue du GLP1
- d) Faciliter l'introduction de ces traitements par les médecins généralistes
- e) Renouvellement de la prescription d'incrétines
- f) Médecins souhaitant une meilleure formation
- g) Médecins initiant une insulinothérapie

2) Interactions avec les autres acteurs de santé

- a) Le système de pharmacovigilance
- b) La Haute Autorité de Santé
- c) La sécurité sociale via la Rémunération aux Objectifs de Santé Publique
- d) L'industrie pharmaceutique
- e) Les réseaux d'éducation thérapeutique
- f) La formation médicale continue

V] Discussion

A- Méthode de recherche

- 1) Choix d'une étude qualitative**
- 2) Choix de l'entretien semi-structuré**
- 3) Méthode de recrutement**
- 4) Le déroulement des entretiens**
- 5) Analyse des données**

B- Résultats

VI] Bibliographie

VII] Annexes

- 1) Guide d'entretien**
- 2) Retranscription des entretiens**

II Résumé

Le diabète de type 2 est en pleine expansion à l'échelle mondiale. Pathologie fréquente et grave, elle est l'objet d'une recherche permanente de nouveaux traitements en vue d'enrayer sa progression. Aujourd'hui, de nombreuses molécules sont disponibles, et les recommandations pour la prise en charge de cette maladie évoluent régulièrement au gré de leur développement.

En 2008, les incrétines sont venues enrichir l'arsenal thérapeutique. Initialement, elles connaissent un engouement auprès des prescripteurs, mais plusieurs suspicions de complications sous traitement ont mis à mal leur réputation. En 2011, le retrait des glitazones et du benfluorex, autres classes d'antidiabétiques responsables d'effets secondaires graves, a pu entacher l'adhésion des prescripteurs aux traitements de cette pathologie.

L'Evidence Based Medicine prône une médecine guidée par des arguments scientifiques sur le bénéfice d'une stratégie thérapeutique, et pose les fondements de recommandations officielles pour la prise en charge des patients, établies par les sociétés savantes et les autorités de santé. Toutefois, le concept d' « inertie clinique » définit la situation dans laquelle un prescripteur informé des recommandations ne les applique volontairement pas. En médecine générale, la prescription doit s'inscrire dans une dynamique relationnelle riche et singulière entre le médecin et son patient. Pathologie complexe et multifactorielle, le diabète de type 2 n'échappe pas à cette réalité, et on observe régulièrement une application aléatoire des recommandations thérapeutiques. De plus, l'abrogation des recommandations de bonne pratique éditées par la Haute Autorité de Santé en 2011 pour conflit d'intérêts des auteurs a pu détourner les prescripteurs du respect des recommandations officielles.

Devant tous ces éléments, on peut se demander comment les médecins généralistes perçoivent la prescription des médicaments de la voie des incrétines au cabinet, traitement recommandé mais récent et controversé. Nous avons donc mené une étude qualitative en interrogeant différents médecins généralistes sur leurs habitudes de prescription de ces médicaments et leurs interactions avec les autres corps professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du diabète de type 2.

Nous avons réalisé des entretiens individuels menés par un guide d'entretien établi préalablement, mémorisés sur enregistreur numérique puis retranscrits et analysés. La saturation des données a été atteinte après 16 entretiens. Les résultats montrent une hétérogénéité des pratiques dans la prise en charge du patient diabétique de type 2. Concernant les incrétines, les médecins généralistes interrogés ne sont pas familiers de ces traitements et les prescrivent peu, ceci étant particulièrement franc pour les analogues du GLP1. Certains présentent parfois une méfiance envers les publications et les recommandations des autorités de santé, si bien que le médecin diabétologue reste une référence incontournable pour décider de la prise en charge d'un patient.

II] Introduction

A- Le diabète de type 2

1) Définitions

Le glucose est un sucre, substrat énergétique indispensable au bon fonctionnement des cellules de l'organisme.

La glycémie correspond au taux de glucose mesuré dans le sang à un instant donné. Pour une bonne homéostasie tissulaire, la glycémie doit être comprise entre 0,80 g/l et 1,10 g/l. Lorsque ce taux est excessif, on parle d'hyperglycémie et, à l'inverse, d'hypoglycémie.

Le diabète décrit un trouble métabolique consistant en une hyperglycémie chronique, responsable de diverses lésions organiques.

2) Physiopathologie

a) Régulation de la glycémie chez un sujet sain

Suite à un repas, le sucre alimentaire est ingéré par l'intestin puis transmis dans le sang circulant.

Afin d'éviter la survenue d'une hyperglycémie post-prandiale, cette absorption conduit rapidement à la libération d'*insuline* par le pancréas, hormone qui entraîne :

- l'entrée du glucose dans le muscle - où il servira de substrat énergétique ;
- l'entrée de glucose dans les tissus adipeux - où il sera stocké ;
- la diminution de libération de glucose par le foie.

De ces trois phénomènes résulte une diminution de la quantité de sucre circulant dans le sang en période post-prandiale, prévenant ainsi la survenue d'une hyperglycémie.

A l'inverse, le *glucagon* est une hormone pancréatique à effet hyperglycémiant.

b) La survenue du diabète

Le diabète survient lorsqu'il existe une défaillance prolongée de ce système de régulation, à l'origine d'une hyperglycémie chronique.

Par leur mécanisme de survenue, on distingue plusieurs types de diabète, dont les deux principaux sont le diabète de type 1 et le diabète de type 2.

Dans le cadre du diabète de type 1 (10 % des cas), une sécrétion anormale d'auto-anticorps détruit les cellules du pancréas responsables de la synthèse d'insuline. Il touche préférentiellement des sujets jeunes. Il en résulte une insulino-pénie totale d'installation rapide avec un tableau clinique marqué. Le traitement repose sur l'administration d'une insuline de synthèse.

Le diabète de type 2 (90 % des cas) survient préférentiellement chez des sujets en surpoids ou obèses, sédentaires, ayant souvent un terrain génétique prédisposé. Plusieurs facteurs concourent à l'apparition d'une hyperglycémie chronique [1] :

-Les *anomalies génétiques* impliquées ne sont pas encore identifiées, mais il a été établi que les enfants de parents diabétiques sont plus à risque de développer la pathologie.

-L'*insulinopénie relative* apparaît lorsque le pancréas sécrète de l'insuline en quantité insuffisante au vu des apports alimentaires en glucose. Ce trouble est présent dès le début de la maladie, évolue toujours en s'aggravant, jusqu'au stade d'insulinopénie totale où le pancréas ne sécrètera plus du tout d'insuline ;

-L'*insulinorésistance* survient lorsque les organes-cibles ne répondent pas de façon optimale à l'insuline : le muscle et le tissu adipeux ne captent plus suffisamment le glucose, et le foie n'en freine pas assez sa sécrétion. Initialement se produit un hyperinsulinisme compensateur, qui s'épuisera secondairement ;

-La *glucotoxicité* : l'hyperglycémie chronique entraîne une élévation du seuil de sensibilité à la glycémie des cellules bêta du pancréas, perturbant l'analyse glycémique, et aggravant ainsi l'insulinopénie ;

-La *lipotoxicité* : l'insulinopénie et l'insulinorésistance des adipocytes entraînent une non-freination de la lipolyse, qui est responsable d'une augmentation des acides gras libres. Cette majoration des acides gras libres augmente également le seuil pancréatique de l'insulinosécrétion et aggrave l'insulinopénie.

Il se crée donc un cercle vicieux, d'installation progressive, avec pour conséquence une hyperglycémie chronique. Seul le diabète de type 2 sera le sujet de cette étude.

3) Complications

Les complications de l'hyperglycémie chronique sont multiples et graves [2].

a) Vasculaires

Le diabète de type 2 augmente le risque de survenue d'événements cardio-vasculaires, avec leurs complications propres : [3]

-l'*infarctus du myocarde*, favorisant la survenue d'une insuffisance cardiaque chronique ;
-l'*accident vasculaire cérébral* et ses éventuelles séquelles neurologiques ;
-l'*artériopathie oblitérante des membres inférieurs*, responsable de claudication intermittente de la marche voire à terme d'amputation des membres.

L'hyperglycémie chronique entraîne également les lésions de petits vaisseaux périphériques :
-la *néphropathie diabétique* est liée à une destruction des glomérules rénaux par l'hyperglycémie, conduisant progressivement à une insuffisance rénale chronique voire terminale.

-la *rétinopathie diabétique*, lésion des vaisseaux rétiniens, entraîne une baisse progressive de la vue pouvant conduire jusqu'à la cécité.

-la *neuropathie diabétique* favorise l'apparition d'ulcères de pieds et peut conduire jusqu'à leur amputation, ainsi que des polyneuropathies handicapantes.

b) Infectieuses

Le diabète entraîne une baisse des immunités non spécifique et cellulaire, exposant davantage aux *infections cutanées, dentaires et génito-urinaires*. De plus, les infections aggravent le diabète, créant donc un cercle vicieux. [4]

c) Psychologiques

Les patients diabétiques sont plus fréquemment touchés par la dépression et l'anxiété du fait de leur maladie. Dans ce cas, ils sont moins enclins à observer leur traitement, et plus sujets à consommer de l'alcool ou du tabac, et développer une hypertension artérielle. Par conséquent, les patients déprimés par leur maladie sont plus à risque d'en développer des complications, et donc de rentrer dans un cercle vicieux.

Par ailleurs, des données récentes tendent à démontrer que la présence d'une dépression sur un terrain prédisposé augmente le risque de développer un diabète de type 2. [5]

d) Létale

Le décès peut survenir suite à une complication vasculaire sévère, en cas d'hyperglycémie sévère prolongée, ou à l'inverse d'hypoglycémie induite par l'insulinothérapie.

4) Diagnostic

Les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour affirmer la présence d'un diabète sont soit [6]:

- une glycémie veineuse à jeûn supérieure à 1,26 grammes par litre à 2 reprises ;
- une glycémie veineuse aléatoire supérieure à 2,0 grammes par litre accompagnée de signes cliniques d'hyperglycémie ;
- une glycémie veineuse à 2,0 grammes par litre après absorption orale de 75 grammes de glucose (test d'HyperGlycémie Provoquée Orale (HGPO), non utilisé en pratique).

Le contexte permet ensuite de s'orienter vers le type de diabète en cause.

5) Epidémiologie

a) Dans le monde

Le nombre de patients diabétiques ne fait que croître au fil du temps. L'augmentation de la sédentarisation, l'urbanisation et la consommation excessive de graisses saturées et sucres rapides sont responsables d'une élévation du taux de personnes en surpoids ou obèses. De plus, le vieillissement de la population, le meilleur dépistage et l'optimisation du traitement de la maladie allongent l'espérance de vie des patients et accroissent donc le nombre de diabétiques recensés.

Depuis 1991, la Fédération Internationale du Diabète (FID) consacre le 14 novembre à la Journée Mondiale du Diabète (JMD), afin de promouvoir une mobilisation collective contre la progression de cette pathologie. Cet effort est soutenu par l'Organisation des Nations Unies (ONU).

Le rapport mondial sur le diabète de l'OMS de novembre 2017 et les chiffres de la FID font état d'une situation préoccupante [7] :

-Les diabétiques diagnostiqués sont passés de 108 millions en 1980 à 422 millions en 2014, si bien que l'on peut s'attendre à 640 millions d'ici 2040 si cette croissance se maintient, soit un adulte sur 10. Par ailleurs, on estime que dans le monde, plus de deux tiers des personnes diabétiques ne seraient pas diagnostiquées.

-En 2015, on a estimé que 5 millions de personnes sont décédées des complications du diabète. Actuellement, une personne meurt toutes les 6 secondes du diabète, si bien qu'en 2030, le diabète pourrait être la septième cause de décès dans le monde.

-La prévalence du diabète a augmenté plus rapidement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Sa progression est fulgurante dans les pays en voie de développement et surtout en Afrique, alors que l'accès aux traitements y est plus difficile.

-En 2016, le diabète a coûté 591,7 milliards d'euros au niveau mondial.

b) En France.

En France, le nombre de patients diabétiques traités est en constante augmentation depuis les premières estimations de l'assurance maladie en 1998. Il affecte le territoire de façon inégale, tant sur le plan géographique que socio-économique. Le diabète de type 2 représente plus de 92% des cas. [8]

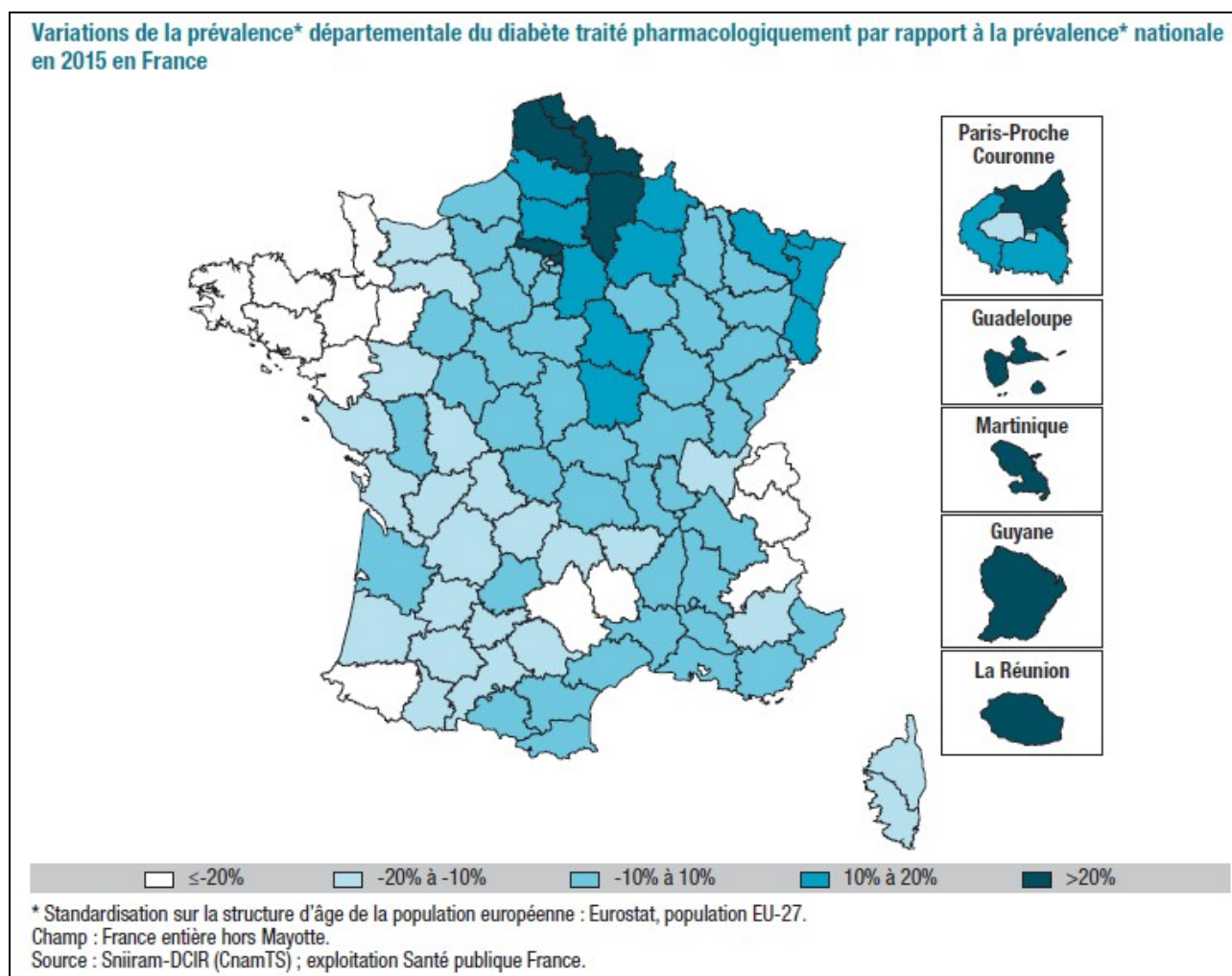
Le Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) constitue une base de données des remboursements effectués par presque tous les régimes d'assurance maladie français pour des soins ambulatoires. Il prend également en compte des données sociodémographiques des patients. Il a servi de base pour une étude sur l'évolution des chiffres du diabète en France de 2010 à 2015.

De 2010 à 2015, la prévalence du diabète a augmenté en moyenne de 2,1 % par an. En 2015, 5 % de la population française recevait un traitement antidiabétique, soit 3,3 millions de personnes.

60% des diabétiques sont des hommes, et le diabète les frappe plus jeunes que les femmes : le pic de prévalence apparaît vers 70-79 ans chez les hommes et 80-84 ans pour les femmes.

Sur le plan social, le diabète est plus présent chez les patients en situation précaire.

Sur le plan géographique, le diabète affecte la France d'une façon très inégale :



En France, le diabète est une Affection Longue Durée (ALD), intégralement pris en charge par l'assurance maladie avec exonération du ticket modérateur [9]. Il représente 15% des dépenses de santé en France. En 2016, la prise en charge du diabète a coûté 16,7 milliards d'euros. [10]

c) En Normandie

En Normandie, on recense 164 750 patients traités pour diabète en 2015 [7].

B - Stratégie thérapeutique

1) Objectifs du traitement

L'objectif principal de la prise en charge du patient diabétique de type 2 est de retarder l'évolution de la maladie afin d'en prévenir les symptômes et les complications. [11]

Quel que soit le stade de la maladie, le traitement débute par une lutte contre la sédentarité en favorisant l'activité physique, et contre l'obésité en corrigeant les écarts alimentaires.

Souvent, ces règles sont insuffisamment respectées ou inefficaces, et il est indispensable de recourir à un traitement médicamenteux. Pour cela, plusieurs classes d'antidiabétiques ont été développées par les laboratoires pharmaceutiques. Parmi ces différentes classes, on retrouve les médicaments de la voie des incrélines, sujet principal de cette étude.

L'hémoglobine glyquée (HbA1c) est une protéine circulante permettant d'évaluer la tendance globale de la glycémie d'un patient sur les trois derniers mois. Plus ce taux est élevé, plus cela signifie que le patient s'est trouvé en état d'hyperglycémie. Ce paramètre est couramment utilisé pour surveiller l'évolution d'un diabète et en adapter le traitement. Elle se mesure en pourcentage. L'objectif d'HbA1c à atteindre est déterminé en fonction du contexte clinique (age et comorbidités du patient).

2) Evolution des antidiabétiques et des recommandations de bonne pratique

Au vu des actualités scientifiques et sanitaires, les sociétés savantes mettent régulièrement à jour des recommandations officielles afin d'orienter les praticiens dans leurs prescriptions.

Dès les années 1930, l'insuline a été extraite de bovins et de porcs et utilisée chez l'Homme. Elle sera progressivement remplacée par de l'insuline de synthèse. [12]

Dans les années 1960, la metformine [13] et les sulfamides hypoglycémiantes [14] apparaissent. Ils sont encore très largement utilisés aujourd'hui. La metformine lutte contre l'insulinorésistance des tissus périphériques et contre la néoglucogenèse hépatique ; elle a l'avantage de ne pas engendrer d'hypoglycémie. Les sulfamides favorisent la sécrétion d'insuline par le pancréas en cas d'hyperglycémie, et peuvent donc être responsables d'hypoglycémie.

En 1994, l'acarbose obtient l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) [15]. Il s'agit d'un inhibiteur de l'alpha-glucosidase, enzyme entérique qui favorise la libération du glucose des hydrates de carbone. Ce médicament diminue donc l'absorption de glucose après un repas et lutte ainsi contre l'hyperglycémie post-prandiale.

En 1998, l'arsenal thérapeutique s'enrichit du répaglinide [16] qui agit en stimulant la sécrétion d'insuline par le pancréas.

En 2000, des recommandations de bonnes pratiques sont formulées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), incluant ces cinq classes thérapeutiques. [17]

La United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) [3] est une étude multicentrique menée au Royaume-Uni de 1977 à 1991 et publiée en 2000. Elle visait à comparer le taux d'événements cardio-vasculaires chez les patients diabétiques de type 2 bénéficiant soit d'un contrôle glycémique intensifié par un traitement médicamenteux (sulfamide, metformine et/ou insuline) avec des objectifs glycémiques plus stricts, soit d'un traitement basé uniquement sur les règles hygiéno-diététiques avec une marge glycémique plus large. Après 10 ans de suivi, le taux d'hémoglobine glyquée était de 7 % en moyenne dans le premier groupe et de 7,9 % dans le second. Cette diminution d'HbA1c s'est accompagnée d'une réduction significative de la rétinopathie et de la néphropathie. Une modération à la limite de la significativité statistique du risque d'infarctus du myocarde a également été enregistrée.

En 2002, les glitazones (ou thiazolidinediones) sont commercialisées : rosiglitazone [18] et pioglitazone [19]. Il s'agit de médicaments favorisant l'action périphérique de l'insuline.

En 2006, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie des recommandations de bonne pratique pour la gestion des traitements du diabète de type 2 [20]. Au même moment, l'exénatide, premier analogue du GLP1, obtient l'AMM [21].

En 2007, la sitagliptine, premier inhibiteur de la DPP4, obtient l'AMM [22].

En 2008, les recommandations de la HAS de 2006 sont actualisées pour inclure ces incrétines. [23]. La même année, plusieurs études aux résultats contradictoires sèment une confusion dans la communauté scientifique concernant la prise en charge du diabète de type 2 :

-L'étude ACCORD (ACtion to COntrol cardiovascular Risk in Diabetes), réalisée dans 77 centres d'Amérique du Nord et incluant 10 251 patients, a conclu au surrisque de mortalité lors d'un traitement antidiabétique intensif chez un patient diabétique de type 2 déséquilibré, âgé et à haut risque cardio-vasculaire. Cette étude ne remet pas en cause le bénéfice à traiter la glycémie avec des objectifs stricts, mais met en avant le danger de le faire de façon trop exigeante, trop vite et tardivement chez des sujets très fragiles dont le déséquilibre glycémique est ancien. L'étude a dû être arrêtée prématurément du fait du trop grand nombre de décès chez les patients bénéficiant d'un traitement intensif.

-L'étude ADVANCE est un essai clinique réalisé dans 4 continents (Amérique du Nord, Europe, Asie, Australie) visant également à analyser l'impact d'une intensification du traitement antidiabétique sur la survenue d'événements cardio-vasculaires en comparant deux groupes de patients, au traitement plus ou moins intensifié. Le traitement antihyperglycémiant dans le groupe intensif était en première intention la forme à libération modifiée de gliclazide et, si la cible d'HbA1c n'était pas atteinte, le médecin pouvait enrichir le traitement par d'autres antidiabétiques. Après un suivi médian de 5 années, la néphropathie a été significativement moins importante dans le groupe intensif. Aucune différence significative n'a été observée en ce qui concerne la rétinopathie, la mortalité cardio-vasculaire, les infarctus non mortels et les AVC non mortels ni la mortalité totale. Ces résultats venaient donc en contradiction avec ceux de l'étude ACCORD.

-L'étude Veterans Affairs Diabetes Trial (VADT) est un essai contrôlé initié suite aux résultats d'une étude pilote du même groupe qui avait suggéré un risque cardio-vasculaire accru chez les patients diabétiques de type 2 traités de façon plus intensive sur le plan du contrôle glycémique. Néanmoins, après un suivi médian de 6 années, l'étude ne montre pas de différence significative en ce qui concerne les infarctus du myocarde, les procédures de

revascularisation coronaire et les décès cardio-vasculaires entre le groupe témoin et le groupe intensif. Il apparaît que le bénéfice du traitement hypoglycémiant intensif s'estompe en présence d'une plus longue durée du diabète ou de la survenue d'hypoglycémies sévères. Il faut noter que l'incidence d'hypoglycémies sévères a été multipliée par 3 dans le groupe intensif, de même que l'incidence d'hypoglycémies nocturnes symptomatiques.

Néanmoins, 10 ans après la fin de l'étude UKPDS (et donc 20 ans après son début), cette étude était reprise et confirmait le bénéfice d'un bon équilibre glycémique dans la prévention de tous les événements cardio-vasculaires, voire de la mortalité toutes causes.

En 2009, quatre études européennes aux résultats parfois contradictoires, font suspecter une relation entre un traitement par insuline et le risque de survenue de tumeurs malignes chez les patients diabétiques de type 2. [24, 25, 26, 27].

En 2010 survient le « scandale du Mediator ». Le benfluorex, médicament commercialisé depuis 1976 comme antidiabétique, est officiellement reconnu pourvoyeur de valvulopathies cardiaques graves. De nombreuses alertes sanitaires auraient été données avant d'aboutir à son retrait. Ce scandale met à mal la confiance des patients et des médecins dans l'industrie pharmaceutique et le système de pharmacovigilance. [28]

En 2011, les recommandations HAS de 2006 sont abrogées par le Conseil d'Etat pour non-respect des règles de gestion des conflits d'intérêt des experts ayant élaboré ce texte. C'est la première fois que des recommandations HAS sont abrogées. En 2009, une plainte avait été déposée par le Formindep, association pour la formation et l'information indépendante des médecins, suspectant une influence des firmes pharmaceutiques sur les décisions des experts. [29]

La même année, les glitazones sont retirées du marché en France : la pioglitazone est suspectée d'augmenter le risque de cancer de la vessie et la rosiglitazone d'accroître le risque cardio-vasculaire. [30, 31].

En 2012, l'American Diabetes Association (ADA), l'European Association for the Study of Diabetes (EASD) et la Société Française de Diabétologie (SFD) publient de nouvelles recommandations. [32]

En 2013, la HAS s'en inspire pour établir de nouvelles recommandations, prenant également en compte dans la réflexion le coût des traitements. [33]

En 2017, la SFD apporte de nouvelles recommandations thérapeutiques [34].

3) Les incrétinomimétiques et incrétinopotentiateur

a) Le système des incrétones [35, 36].

La régulation de la glycémie est en partie dirigée par l'action de deux peptides sécrétés par l'intestin, appelés incrétones : le Glucagon-Like Peptide 1 (GLP1) et le Glucose-dependent Insulinotropic Polypeptide (GIP). Ce système est responsable pour moitié de la sécrétion d'insuline après un repas. Leur sécrétion est stimulée suite à l'ingestion d'un repas, et s'arrête lorsque la glycémie est inférieure à 0,55 g/l.

Le GLP1 est sécrété par les cellules L du jéjunum et de l'iléon et a plusieurs actions :

- au niveau du pancréas, il agit en stimulant la sécrétion d'insuline et en freinant la sécrétion de glucagon (directement, et indirectement en favorisant la sécrétion d'insuline) et aurait peut-être un effet positif sur le développement des cellules sécrétrices d'insuline en développant leur prolifération et freinant leur apoptose (observé chez l'animal mais non démontré chez l'homme) ;

- au niveau intestinal, il ralentit la vidange gastrique et le péristaltisme par action sur le système nerveux autonome et freine donc l'absorption du glucose, ce qui aide à lutter contre les pics hyperglycémiques ;

- au niveau de l'hypothalamus, il exerce un effet satiétogène et régule ainsi la prise alimentaire ;

- il aurait également un rôle sur la régulation de la tension artérielle, des dyslipidémies et des fonctions myocardique et hépatique, ce qui lui confère un effet protecteur cardiovasculaire très intéressant chez le patient diabétique souvent à haut risque cardio-vasculaire.

Le GIP est sécrété par les cellules K du duodénum. Il stimule la sécrétion d'insuline et favoriserait la prolifération des cellules beta.

Les deux peptides sont rendus très rapidement inactifs par une enzyme : la dipeptidylpeptidase-4 (DPP-4). La DPP-4 se trouve dans de nombreux organes (reins, poumons, surrénales, foie, intestins, rate, pancréas, l'endothélium et la muqueuse intestinale). Ainsi, la demi-vie du GLP1 dans la circulation est très courte, de l'ordre d'une minute. L'élimination du GLP1 inactif se fait ensuite par voie rénale.

Dans le diabète de type 2, la concentration de GLP1 est diminuée mais son efficacité est préservée, alors qu'à l'inverse la concentration de GIP est normale mais son fonctionnement est altéré. Le mécanisme en cause est encore inconnu. Les thérapies s'orientent donc davantage vers une potentialisation du GLP1 du fait de son activité conservée :

- les analogues du GLP1 : résistants à la DPP-4, ils miment l'action du GLP1 (traitements incrétinomimétiques) ;

- les inhibiteurs de la DPP-4, appelés également gliptines : ils prolongent la durée de vie et donc d'action du GLP1 (traitements incrétinopotentiateurs).

b) Les analogues du GLP1

L'exendine-4 est une hormone découverte en 1992 dans la salive d'un lézard appelé Monstre de Gila (*Heloderma suspectum*) [37]. Cet enzyme présente le même mécanisme d'action que le GLP1, possédant une action agoniste complète sur son récepteur, mais résiste à l'action de la DPP-4.

En 2006, l'exénatide *BYETTA*, analogue synthétique de l'exendine-4, obtient l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Son action a une demi-vie de 2,4 heures et nécessite donc 3 injections par jour.

Trois études réalisées par le laboratoire qui le commercialise ont cherché à démontrer son efficacité en association avec un ou deux antidiabétiques oraux en cas d'échec de traitement par ces antidiabétiques (metformine [38], sulfamide [39], ou metformine associée au sulfamide [40]), en les comparant avec une association avec un placebo. Pour chacune des trois études, une diminution significative du taux d'HbA1c et du poids des patients a été observée.

Trois études ont montré une non-infériorité de l'exénatide par rapport à l'insulinothérapie [21] :

- en association à une bithérapie par metformine et sulfamide hypoglycémiant : pour l'insuline glargine (étude GWAA) et pour l'insuline aspart biphasique (étude GWAD).
- en association à une monothérapie par metformine ou sulfamide hypoglycémiant pour l'insuline glargine (étude GWAO).

En 2009, le liraglutide *VICTOZA* obtient l'AMM à son tour [41]. Sa structure permet une meilleure liaison à l'albumine, et donc une demi-vie plus longue (de 12 à 24 heures), permettant de simplifier le traitement à une ou deux administrations quotidiennes. La recherche de son efficacité sur l'HbA1c a été menée au sein du programme de développement *Liraglutide Effets and Action in Diabetes* (LEAD) [42]. Le sulfamide hypoglycémiant utilisé pour les études est le glimépiride. 6 études ont pu conclure :

- à la non-infériorité de l'association glimépiride-liraglutide par rapport à l'association glimépiride-rosiglitazone (étude LEAD 1)
- à la non-infériorité de l'association metformine-liraglutide par rapport à l'association metformine-glimépiride (étude LEAD 2)
- à la non-infériorité du liraglutide en monothérapie en comparaison à d'autres antidiabétiques oraux (étude LEAD 3)
- à la supériorité de l'association (metformine et rosiglitazone)-liraglutide par rapport à l'association (metformine et rosiglitazone) placebo (étude LEAD 4)
- à la supériorité de l'association (metformine ou glimépiride)-liraglutide sur (metformine ou glimépiride)-insuline glargine (étude LEAD 5)
- à la non-infériorité du liraglutide par rapport à l'exénatide en cas de bithérapie ou trithérapie avec metformine et/ou sulfamide hypoglycémiant (étude LEAD 6).

En France, l'étude EVIDENCE publiée en 2014 avait pour but d'évaluer l'efficacité et la tolérance du liraglutide à 2 ans en pratique clinique courante en France. Des réductions significatives d'HbA1c, de glycémie à jeun et de poids étaient observées. En terme de tolérance, il ressortait que les effets indésirables digestifs imposaient parfois l'arrêt du traitement. [43]

En 2011, une nouvelle forme d'exénatide *BYDUREON* obtient l'AMM [44] : de meilleure liaison avec l'albumine, il permet une injection hebdomadaire.

Le Service Médical Rendu (SMR) par ces molécules est considéré important par la Haute Autorité de Santé (HAS) et elles sont donc remboursées par l'assurance maladie au titre de l'ALD en respectant un certain cadre de prescription.

Selon les recommandations HAS de 2013 [11], les analogues du GLP1 sont indiqués chez des patients obèses prenant du poids sous insulinothérapie, dans le cas d'un écart à l'objectif d'HbA1c supérieur à 1%, en association :

- à la metformine : en cas d'échec de monothérapie par metformine et de contre-indication ou intolérance au sulfamide hypoglycémiant ;
- à un sulfamide hypoglycémiant : en cas d'échec de monothérapie par sulfamide hypoglycémiant ;
- à la metformine et au sulfamide hypoglycémiant : en cas d'échec de bithérapie par metformine et sulfamide hypoglycémiant.

En 2014, le dulaglutide *TRULICITY* obtient l'AMM [45]. Il s'administre également de façon hebdomadaire. L'étude AWARD-2 comparant l'efficacité du dulaglutide et de l'insuline glargine chez des patients diabétiques de type 2 a montré une amélioration de l'HbA1c et du poids sans survenue d'hypoglycémie chez les patients sous dulaglutide.

En 2014 pour l'exénatide et en 2015 pour le liraglutide et le dulaglutide, une extension d'AMM est accordée par la HAS : ils sont désormais indiqués en trithérapie associée à la metformine et une insuline basale lorsque cette bithérapie est un échec et qu'il existe une contre-indication ou intolérance à la trithérapie metformine-sulfamide-insuline basale [46]. Ainsi, en 2015, une forme combinée de liraglutide associée à de l'insuline basale voit le jour : le *XULTOPHY* [47].

Les recommandations de la Société Française de Diabétologie (SFD) de 2017 leur accordent une place plus précoce dans la prise en charge du patient diabétique de type 2. En effet ils sont introduits d'emblée en cas d'échec de monothérapie par metformine, en association avec celle-ci, chez un patient obèse ou nécessitant une prévention cardio-vasculaire particulièrement rigoureuse.

Les contre-indications des analogues du GLP1 sont l'âge inférieur à 18 ans, la grossesse, l'allaitement et l'allergie au produit. Il existe des précautions chez le patient insuffisant rénal et/ou hépatique.

c) Les inhibiteurs de la DPP-4 ou gliptines.

En 2006, la première gliptine obtient une AMM : il s'agit de la sitagliptine *JANUVIA*. Elle est rejointe en 2007 par la vildagliptine *GALVUS* [48], puis en 2009 par la saxagliptine *ONGLYZA* [49], et enfin en 2011 par la linagliptine *TRAJENTA* [50].

Toutes ces molécules sont présentées sous forme de comprimés. Des formes d'association fixe avec la metformine ont été développées pour faciliter l'observance des patients : vildagliptine-metformine *EUCREAS* [51] en 2007, sitagliptine-metformine *VELMETIA* [52] en 2008, saxagliptine-metformine *KOMBOGLYZE* [53] en 2011. Néanmoins, ces associations fixes ne sont disponibles que pour certaines posologies de chaque molécule, ce qui en limite l'utilisation.

Ces molécules inhibent le fonctionnement de la DPP-4 et augmentent ainsi jusqu'à 6 fois les concentrations de GLP-1 endogène actif. D'après les études, elles permettent une réduction de l'HbA1c de 0,7 à 1% en association avec d'autres antidiabétiques. [54]

Le SMR est important et ces molécules sont indiquées et remboursées dans les indications suivantes d'après les recommandations HAS de 2013 [11] :

- en association à la metformine : en cas d'échec de monothérapie par metformine avec contre-indication ou intolérance au sulfamide hypoglycémiant dans le cas d'un écart à l'objectif d'HbA1c inférieur à 1% et si la survenue d'une hypoglycémie ou de prise de poids est une situation préoccupante ;
- en association avec un sulfamide hypoglycémiant : en cas d'échec de monothérapie par sulfamide hypoglycémiant dans le cas d'un écart à l'objectif d'HbA1c inférieur à 1%, si la survenue d'une hypoglycémie ou de prise de poids est une situation préoccupante ;
- en association avec la metformine et un sulfamide hypoglycémiant en cas d'échec de cette bithérapie avec un écart à l'objectif d'HbA1c inférieur à 1%.

Les recommandations de la SFD de 2017 leur accordent une place beaucoup plus précoce dans la prise en charge du diabète de type 2. En cas d'échec de monothérapie par metformine, la bithérapie metformine-IDPP4 apparaît comme étant l'option à privilégier du fait de l'absence d'hypoglycémies, de neutralité pondérale, de sécurité cardio-vasculaire et de la disponibilité d'associations fixes avec la metformine.

Les prescriptions annuelles d>IDPP4 sont passées de 300 000 boîtes en 2008 à plusieurs millions en 2017 [Annexe 1 issue de la bibliographie 55].

d) Controverses

Plusieurs alertes de toxicité sur les analogues du GLP1 et les gliptines ont mis à mal leur réputation [56].

Dès 2007, le risque de *pancréatite aiguë* sous analogue du GLP1 et gliptines a été supposé dans plusieurs publications [57, 58]. De larges études de cohorte ont secondairement présenté des résultats rassurants [59, 60]. Néanmoins, il est recommandé de ne pas poursuivre un traitement par incrétine chez un patient ayant présenté un épisode de pancréatite aiguë sous traitement.

Compte tenu de la prolifération cellulaire pancréatique engendrée par le GLP1, une équipe américaine a soulevé le risque de *cancer du pancréas* sous ces traitements. Des pancréas de patients diabétiques de type 2 sous traitement par incrétine décédés ont été analysés sur le plan histologique, montrant des signes de métaplasies cellulaires à potentiel cancéreux [61]. Néanmoins, en 2016, l'analyse rétrospective d'une cohorte du Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni portant sur 972 384 patients a montré que l'utilisation des incrétines n'est pas associée à une augmentation du risque de cancer du pancréas en comparaison avec les sulfamides. Toutefois, compte tenu de la latence de ce cancer, il faut probablement des données à plus long terme pour être pleinement rassurés [62].

Certaines études ont pointé un risque d'augmentation de *cancer médullaire de la thyroïde* sous traitement par analogues du GLP1. En effet, chez le rat et la souris, le liraglutide cause des tumeurs des cellules C de la thyroïde (adénomes ou carcinomes). Une étude américaine a montré que les cellules C de la thyroïde et les carcinomes papillaires thyroïdiens expriment bien les récepteurs au GLP1. Néanmoins à ce jour, les études menées chez l'Homme n'ont pas pu conclure à une augmentation du nombre de cas de ces cancers chez les patients sous analogues du GLP1. A nouveau, compte tenu de la latence de ces cancers, il est conseillé de surveiller cet élément sur le long terme et d'éviter de prescrire le liraglutide aux patients ayant des antécédents personnels ou familiaux de cancer médullaire de la thyroïde ou de Néoplasie Endocrinienne Multiple de type 2 (NEM 2) [63, 64, 65, 66].

Les patients diabétiques ayant un *risque cardio-vasculaire* accru du fait de la pathologie en elle-même et des comorbidités qui l'accompagnent fréquemment, il a été établi la nécessité de démontrer l'innocuité cardio-vasculaire des traitements, voire leur effet protecteur à ce niveau, a fortiori depuis le retrait du marché de la rosiglitazone du fait de sa toxicité cardio-vasculaire. Différentes études ont donc été menées : l'étude SAVOR-TIMI 53 pour la saxagliptine, l'étude EXAMINE pour l'alogliptine, l'étude TECOS pour la sitagliptine. Dans ces essais, le critère principal de jugement était la survenue d'événements cardiovasculaires ischémiques coronariens ou cérébro-vasculaires chez les patients sous gliptine ou sous placebo [67] :

-L'étude SAVOR-TIMI 53 a recruté 16492 patients diabétiques de type 2 à haut risque cardio-vasculaire. Ils ont reçu aléatoirement un placebo ou de la saxagliptine, pour un suivi moyen de 2 ans.

-L'étude EXAMINE a porté sur 5380 patients diabétiques de type 2 ayant présenté un syndrome coronarien aigu récent (entre 15 jours et 3 mois auparavant). Ils ont reçu aléatoirement un placebo ou de l'alogliptine pour un suivi moyen de 18 mois.

-L'étude TECOS a porté sur 14671 patients diabétiques de type 2 présentant une maladie cardiovasculaire avérée, traités soit par sitagliptine soit par placebo pour un suivi moyen de 3 mois.

Ces études n'ont pas mis en évidence de différence significative en ce qui concerne le critère principal de jugement, assurant donc une bonne sécurité cardio-vasculaire de ces gliptines. L'étude SAVOR-TIMI 53 a néanmoins retrouvé plus d'hospitalisations pour décompensation cardiaque chez les patients sous saxagliptine, sans augmentation de la mortalité.

Devant tous ces éléments, les autorités de santé (la Food and Drug Administration, l'European Medicine Agency, la Haute Autorité de Santé et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) et les sociétés savantes (l'American Diabetes Association, l'European Association for the Study of Diabetes, l'International Diabetes Federation) ont pu conclure à l'absence de lien significatif entre la prise d'incrétines et la survenue de ces événements.

C – Evidence Based Medicine et inertie clinique dans le diabète de type 2.

1) L'Evidence Based Medicine (EBM)

L'Evidence-Based Medicine, ou *médecine fondée sur les preuves*, se définit comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient, [...] une pratique d'intégration de chaque expertise clinique aux meilleures données cliniques externes issues de recherches systématiques ». [68]

Ainsi, la Formation Médicale Continue (FMC) est désormais une obligation dont le médecin doit répondre. L'article 11 du Code de Déontologie Médicale le stipule : « Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles. ».

Aujourd'hui le médecin reste libre de son mode de formation et dispose de nombreux outils pour accéder aux données de la science et l'aider à appliquer les recommandations : formations présentielle ou non présentielle, presse médicale, sites internet référencés, logiciels d'aide à la prescription, applications pour téléphones portables, visiteurs médicaux, etc.

2) L'inertie clinique

Nommé pour la première fois dans un article en 2001, ce concept décrit le phénomène selon lequel un médecin n'applique pas les recommandations thérapeutiques officielles, bien qu'il les maîtrise et ait conscience que la situation clinique de son patient s'y prête : « Les buts du traitement sont bien définis, des traitements efficaces sont largement disponibles, les recommandations ont été diffusées de toute part. Malgré ces progrès, les soignants ne commencent pas ou n'intensifient pas le traitement lors de consultations où il faudrait à l'évidence le faire. Nous appelons inertie clinique un tel comportement : reconnaissance du problème, pas de passage à l'acte. » [69].

Ce phénomène a été plusieurs fois étudié depuis sa dénomination, et il en ressort une origine multifactorielle : liée au médecin, liée au patient, et liée au système de santé.

Les médecins généralistes évoquent la singularité du patient, qui n'est pas prise en compte dans les études de grandes cohortes standardisées. En pratique, certains patients présentent une complexité médicale, psychologique ou sociale, qui ne permet pas l'application de recommandations et nécessite une adaptation thérapeutique.

Il peut également exister une part de méfiance du médecin vis-à-vis des résultats des grandes études, réalisées par des soignants volontaires sur des patients volontaires, et donc une faible adhésion aux recommandations officielles.

Il existe parfois également une part émotionnelle chez le médecin : le mauvais souvenir d'un effet indésirable d'un traitement chez un patient l'incitera à ne plus le prescrire, bien qu'il s'agisse d'un événement isolé.

En outre, le diabète est une pathologie chronique pouvant être décourageante pour les praticiens [70], tant son évolution dépend de l'application des règles diététiques par le patient, bien souvent erratiques. Cela peut nuire à l'intensification thérapeutique.

3) La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP).

Instaurée en 2011, la ROSP est le fruit d'une convention passée entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et différents syndicats de médecins. Il s'agit d'une rémunération annuelle versée aux médecins libéraux s'ils respectent certains critères médicaux et économiques dans leur prise en charge des patients. Elle inclut plusieurs critères, dont certains concernent la prise en charge du diabète de type 2.

Elle vise à inciter les médecins à respecter les recommandations de bonne pratique afin de lutter contre l'inertie clinique, améliorer la santé publique et le coût des prises en charge.

4) Les réseaux d'éducation thérapeutique.

Les réseaux d'éducation thérapeutique visent à améliorer la connaissance du patient dans sa propre pathologie et renforcer son autonomie dans la prise en charge de sa maladie. Menés par des soignants formés à cette éducation, ils permettent également aux médecins généralistes de soulager leur part de travail dans cette éducation souvent très chronophage, et assurent la sécurité d'une prise en charge pluriprofessionnelle de leur patient.

D- Justification et présentation de l'étude.

1) Justification de l'étude.

L'enrayement de la progression du diabète de type 2 est un enjeu majeur de santé publique en France.

Sa prise en charge a considérablement évolué au cours des dernières décennies : de nouvelles thérapeutiques sont apparues et les recommandations de bonne pratique ont été régulièrement actualisées.

L'*Evidence Based Medicine* encourage les praticiens à respecter ces recommandations, et à les découvrir par une Formation Médicale Continue devenue obligatoire.

Néanmoins, en pratique, l'inertie clinique frappe encore largement la prise en charge du diabète de type 2 au cabinet. Pour lutter contre ce phénomène, la CPAM a développé la ROSP ainsi que les réseaux d'éducation thérapeutique pour assurer une prise en charge pluridisciplinaire du patient.

Dernières nées de la chaîne thérapeutique, les incrétines ont subi un engouement initial puis différentes controverses sur leur éventuelle toxicité. De plus, le scandale du Médiator et le retrait des glitazones pour iatrogénie grave ont pu amener les prescripteurs à douter du système de pharmacovigilance et les rendre réticents à la prescription de nouvelles molécules dont ils n'éprouvent pas encore pleinement la dangerosité à long terme.

Par ailleurs, l'invalidation des recommandations de la HAS de 2011 pour conflits d'intérêt des auteurs a pu encore entacher la confiance des prescripteurs dans les autorités de santé, et remettre en question le respect des recommandations officielles.

Au vu de tous ces éléments, on peut se demander, dans le cadre de la prise en charge du diabète de type 2 : quelle est la position des médecins généralistes face aux nouveaux traitements de la gamme des incrétines ? Suivent-ils les recommandations de la HAS ? Comment se forment-ils ? Le ROSP influence-t-il leurs prescriptions ? Ont-ils recours à des réseaux d'éducation thérapeutique ? Ont-ils encore confiance dans le système de pharmacovigilance suite aux derniers scandales médiatiques ?

Il a semblé intéressant d'interroger différents médecins sur ces thématiques, d'autant qu'à ce jour aucune étude similaire n'a été publiée.

2) Présentation de l'étude.

Ce travail a pour objectif d'évaluer la prescription des incrétines par les médecins généralistes de la Seine-Maritime et de l'Eure. Par extension, on s'intéressera également à leurs rapports aux autres acteurs du système de soins de la prise en charge du diabète de type 2 : la caisse primaire d'assurance maladie, les laboratoires pharmaceutiques, la HAS, les réseaux d'éducation thérapeutique et les acteurs de la formation médicale continue.

III] Matériels et méthode

A. Type d'étude

Ce travail est une étude qualitative descriptive menée par entretiens semi-dirigés.

B. Rédaction du questionnaire

Le guide d'entretien a été élaboré sous forme d'un questionnaire. Il a été conçu par la doctorante et modifié et validé par le directeur de thèse et le Président du jury. Une question sera supprimée après cinq entretiens car souffrant d'un manque de clarté et donc d'une incompréhension de la part des personnes interrogées. Le questionnaire se compose de trois parties, elles-mêmes déclinées en plusieurs questions, ouvertes ou fermées [annexe 2].

C. Recrutement des médecins

Le but de l'étude n'était pas d'être généralisable à toute la population des médecins, mais d'avoir un aperçu des pratiques. Le recrutement a donc été réalisé selon un échantillonnage raisonné à variation maximale. Les praticiens ont été caractérisés par le sexe, l'âge, le lieu d'exercice (urbain, rural ou semi-urbain) et son type (seul/en groupe, libéral/salarié/mixte). Ils ont été choisis parmi les médecins rencontrés pendant les études et remplacements de l'auteure. Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste installé en cabinet en Haute-Normandie.

D. Réalisation des entretiens

Les médecins ont été contactés par téléphone par la doctorante pour prendre rendez-vous. Le thème de l'étude était abordé de manière très vague (« habitudes de prescription dans le diabète de type 2 ») pour ne pas encourager une documentation préalable qui biaiserait les résultats. La plupart des entretiens ont eu lieu au cabinet des médecins, sur l'heure du déjeuner ou sur un créneau de rendez-vous dédié, à l'exception de trois entretiens qui ont eu lieu au domicile du médecin. Un des entretiens a été réalisé en présence de l'interne en stage chez le praticien le jour de l'entretien, mais celui-ci n'intervenait pas dans la discussion.

Au début de chaque entretien il est rappelé au participant que ceux-ci sont anonymes et enregistrés par dictaphone.

A partir du quatrième médecin interrogé, il sera rappelé en début d'entretien les dénominations communes internationales et commerciales de toutes les molécules de chaque classe d'incrétines. En effet, au cours des premiers entretiens, il ressortait que les médecins connaissaient les molécules par leur nom mais ne savaient pas toujours exactement à quelle classe médicamenteuse elles appartenaient. Afin de rendre compte de la réalité de prescriptions et non d'un savoir théorique, celui-ci sera apporté dès le début de l'entretien pour écarter les doutes de classification pharmacologiques.

E. Méthode d'analyse des données

A la suite de chaque entretien, les enregistrements étaient intégralement retranscrits au mot à mot, puis numérotés dans l'ordre de création pour conserver l'anonymat. Le nombre d'entretiens nécessaires a été déterminé par la saturation des données, c'est-à-dire lorsque les derniers entretiens n'apportaient pas de nouvel élément pertinent exploitable [annexe 3].

IV] Résultats

A. Caractéristiques des médecins interrogés

Tous les médecins contactés ont accepté de répondre au questionnaire.

Leurs caractéristiques socioprofessionnelles et la durée des entretiens sont répertoriés dans le tableau ci-après.

N°	Sexe	Age	Période d'installation	Type d'exercice	Secteur d'exercice	MSU	RET	Lieu de l'entretien	Durée de l'entretien
1	F	50-60	1980-1990	Libéral	Urbain	oui	non	Cabinet	10 mn 12
2	M	30-40	> 2010	Libéral	Semi-urbain	non	non	Cabinet	05 mn 49
3	M	50-60	1980-1990	Libéral	Urbain	non	non	Cabinet	11 mn 37
4	F	40-50	1990-2000	Libéral	Semi-urbain	oui	non	Domicile	06 mn 40
5	F	30-40	> 2010	Libéral	Urbain	oui	non	Cabinet	08 mn 18
6	F	30-40	> 2010	Libéral	Urbain	oui	non	Cabinet	13 mn 49
7	F	30-40	> 2010	Libéral	Urbain	non	non	Cabinet	09 mn 27
8	F	40-50	2000-2010	Libéral	Semi-rural	oui	non	Cabinet	12 mn 47
9	F	40-50	> 2010	Mixte	Semi-rural	oui	non	Cabinet	06 mn 06
10	F	40-50	2000-2010	Mixte	Semi-rural	oui	non	Cabinet	06 mn 15
11	F	40-50	> 2010	Mixte	Semi-rural	non	non	Cabinet	04 mn 08
12	M	50-60	1990-2000	Mixte	Urbain	oui	oui	Domicile	14 mn 00
13	F	30-40	> 2010	Libéral	Semi-rural	non	oui	Domicile	19 mn 26
14	F	30-40	> 2010	Libéral	Semi-rural	non	non	Cabinet	13 mn 42
15	F	30-40	> 2010	Libéral	Semi-rural	non	oui	Cabinet	08 mn 55
16	F	30-40	> 2010	Libéral	Semi-rural	non	oui	Cabinet	11 mn 27

MSU = Maître de Stage Universitaire

RET = engagé dans un Réseau d'Education Thérapeutique

B. Analyse thématique

On peut détailler l'analyse des entretiens en deux grandes parties :

- la prescription des incrélines par les médecins généralistes ;
- le rapport des médecins généralistes aux autres professionnels de santé.

1) Prescription des incrétines par les médecins généralistes

a) Découverte des traitements de la voie des incrétines

Différents modes de découverte de l'existence de ces traitements ont été avancés par les médecins interrogés :

-7 médecins les ont découverts au contact direct ou indirect de confrères : pendant un stage d'internat pour 4 d'entre eux (hospitalier ou libéral) (M13, M14, M15, M16), sur des courriers ou ordonnances pour 3 d'entre eux (M1, M5, M9).

-6 médecins les ont découverts par l'intervention de visiteurs de laboratoires pharmaceutiques : au cabinet pour 4 d'entre eux (M1, M8, M10, M12), au cours de congrès pour l'un d'entre eux (M10), et au cours d'un stage hospitalier pendant l'internat pour l'un d'entre eux (M6).

-3 médecins les ont découverts dans la presse médicale (M3, M4, M11).

-3 médecins les ont découverts pendant les cours de médecine à l'université (M2, M13, M16).

-1 médecin ne se souvient plus de son mode de découverte de ces traitements (M7).

b) Initiation d'un traitement par gliptine

11 médecins sur 16 initient une prescription de gliptine au cabinet (M1, M2, M3, M6, M7, M8, M9, M12, M13, M15, M16).

Ils la placent en deuxième ou troisième intention après échec de la metformine et/ou des sulfamides hypoglycémifiants, de préférence en association avec l'un de ces traitements.

Un médecin le fait par déviance, considérant que ce n'est pas son rôle, mais du fait de la pénurie d'endocrinologues et diabétologues dans la région de son exercice :

« Sur les patients que j'adresse en endoc [...] où il y a un délai de rendez-vous assez long [...] je peux appeler et l'introduire. [...] Avec l'hôpital et la situation sur la région c'est compliqué, en ce moment tout le monde est surbooké. » (M6)

6 médecins n'introduisent pas de traitement par gliptine, pour des raisons variables :

-4 médecins ne le font pas par manque de connaissances sur ces médicaments :

« Pas assez de connaissances. » (M4)

« Je pense par méconnaissance. » (M5)

« Je ne me suis pas documentée, je n'ai que l'info des labos, donc... » (M10).

« Je ne maîtrise pas... [...] Dans les recos, je crois qu'ils en parlent, [...] mais sincèrement je ne m'en souviens plus. » (M14)

-2 médecins considèrent qu'il s'agit d'un traitement relevant de l'intervention du spécialiste :

« Je les introduis pas, parce que pour moi ça va être mis en place par le spécialiste, puisque le patient est un peu réfractaire à la prise en charge ou alors son diabète est plus complexe. » (M6)

« Quand je vois que c'est pas géré correctement, l'hémoglobine glyquée avec mon metformine... Généralement je les envoie faire un petit tour chez l'endoc.. » (M14)

-1 médecin considère qu'il existe une zone d'ombre entre les recommandations HAS et la pratique réelle des endocrinologues, et préfère laisser les endocrinologues gérer le traitement :

« Parce qu'entre les recommandations HAS et ce que les diabéto font [...] c'est un peu compliqué de s'y retrouver. » (M10)

-1 médecin n'est pas convaincu de leur efficacité :

« Parce que l'efficacité n'est pas prouvée selon la revue *Prescrire*. » (M11).

c) Initiation d'un traitement par analogue du GLP1 :

1 médecin sur 16 initie un traitement par analogue du GLP1 au cabinet (M15). Il le fait lorsque le patient refuse de consulter un diabétologue. L'éducation au traitement est réalisée par une infirmière libérale au domicile du patient :

« Ca m'arrive. [...] Quand je commence à poser la question de mettre un traitement supplémentaire, c'est que je commence à parler de diabétologue, et de passer la main. Mais on me dit souvent non. Donc quand l'étape insuline me semble un peu prématurée, je mets souvent le Victoza. [...] Je prescris l'éducation par l'infirmière libérale. » (M15)

Par conséquent, **15 médecins sur 16 n'initient pas de prescription par analogue du GLP1 au cabinet.** Les raisons sont variables et parfois multiples pour un même praticien :

-Pour 8 d'entre eux, il s'agit de la méconnaissance de ces traitements :

« Je n'ai pas l'habitude [...]. On est un peu perdus dans tous ces produits » (M1)

« Je ne saurais pas comment initier et pourquoi mettre un incretin-like plutôt qu'un inhibiteur de la DPP4... » (M3)

« Pas assez de connaissance. » (M4)

« Je ne pense pas que ce soit la technique qui est le frein, c'est plutôt la méconnaissance. » (M5)

« Je ne les connais pas bien, je ne sais pas les manier. » (M7)

« Je ne me sens pas à l'aise en fait. Je saurais pas tellement dire à quel moment il faut les passer aux injectables. » (M9)

« Parce qu'entre les recommandations HAS et ce que les diabéto font [...] c'est un peu compliqué de s'y retrouver. [...] Et puis je ne me suis pas documentée, je n'ai que l'info des labos, donc... » (M10)

« La non-maîtrise des indications. » (M14)

-3 médecins pensent que le patient risque de présenter une réticence au caractère injectable :

« Je ne sais pas pourquoi... Est-ce que c'est le fait que ce soit injectable ? [...] La voie orale est quand même plus facile à utiliser. » (M3),

« Quand je n'y arrive pas, je passe la main à un diabéto, et puis c'est lui qui initie. [...] Je ne perds pas 3 plombes à essayer de convaincre le patient. [...] C'est le fait de passer à un traitement injectable. Mais le fait qu'un diabétologue leur dise, c'est plus facile. [...] On est deux, quoi. » (M12)

« Les patients je les trouve plus réfractaires. [...] Le côté injectable ça les rend un peu réticents. [...] Dès que je dis « piqûre » ou « injection », je sens bien qu'il y a un frein. » (M13)

-1 médecin avance le manque de temps en consultation pour initier un nouveau traitement :
« Les patients c'est parfois un petit peu compliqué, on leur propose quand on a le temps, parce que souvent c'est des consultations un petit peu longues alors on essaie d'en parler. » (M13)

-3 médecins ne sont pas convaincus de l'efficacité des traitements :
« Je n'y pense pas de prime abord. [...] si on en arrive à de l'injectable, je veux que ce soit efficace plus rapidement donc je vais penser plutôt à l'insuline. » (M8),
« Parce que l'efficacité n'est pas prouvée selon la revue *Prescrire*. » (M11).
« Je leur reprécise pas que c'est qu'une fois par semaine, parce que je les maîtrise pas très bien, je sais pas si c'est vraiment beaucoup plus efficace que tout ce qui est inhibiteurs de la DPP4. » (M13)

-3 médecins préfèrent laisser l'endocrinologue gérer le traitement :
« Je me dis que je pourrais, mais j'ai tendance à envoyer à l'endocrino qui décide. » (M1)
« Parce qu'entre les recommandations HAS et ce que les diabéto font [...] c'est un peu compliqué de s'y retrouver. » (M10)
« Je pense que ça relève du diabétologue parce qu'on arrive à un stade où le diabète il devient plus compliqué. » (M16)

-1 médecin craint que le patient confonde le traitement avec de l'insuline :
« C'est souvent moins bien compris des patients, par rapport à une confusion avec de l'insuline... » (M16)

-1 médecin avance une crainte des effets indésirables :
« Ils ont aussi des effets avec les pancréatites et des modifications du BH, donc ce n'est pas sans risque les nouvelles, donc pourquoi se risquer alors qu'on a des vieux trucs qui marchent bien... » (M16)

-2 médecins sont freinés par le prix des molécules :
« Quand j'ai vu sur l'ordonnance le tarif que c'était... [...] Avant de prescrire ça je vais préférer qu'il fasse de l'éducation thérapeutique, qu'il soit actif. [...] Et si on est limité par le patient actif, après l'introduire. » (M6)
« J'introduis des anciens qui ont leurs effets indésirables mais connus, et ils sont vraiment nettement moins chers. » (M6)

d) Faciliter l'introduction de ces traitements par les médecins généralistes

A la question « faut-il faciliter l'introduction de ces traitements par les médecins généralistes ? », nous avons reçu différentes réponses :

-1 médecin était favorable :
« Par une formation d'un réseau local dans un atelier thérapeutique où on se concerta sur une prise en charge commune. » (M2)

-2 médecins n'y étaient pas favorables :
« On va nous demander de plus en plus de choses » (M1)
« Je ne sais pas si j'ai vraiment besoin [...] parce que je me dis que [...] ce n'est peut-être plus de mon ressort. » (M15)

Cette question n'a pas été posée à tous les praticiens. En effet, si celui-ci avait déjà verbalisé une franche réticence à la prescription de ces molécules du fait de leurs effets indésirables ou de leur coût, ou qu'il avait déjà évoqué que cela relevait de l'intervention du spécialiste, il ne semblait pas adapté de soulever cette interrogation.

e) Renouvellement de la prescription d'incrétines.

15 médecins sur 16 renouvellent un traitement par incrétine instauré par un confrère diabétologue.

1 médecin essaie de l'arrêter, avec l'accord du patient, car il n'est pas convaincu par leur efficacité : « Je lui donne l'info que ce n'est pas franchement efficace et que l'on a des doutes sur les effets secondaires. [...] J'essaie de l'enlever même si l'hémoglobine glyquée n'est pas bien équilibrée. » (M11)

f) Médecins souhaitant une meilleure formation

10 médecins sur 16 seraient favorables à bénéficier d'une formation sur ces traitements, de préférence présentielle, réalisée par des diabétologues (M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10, M13, M14, M15) :

« Aller à une formation [faite par] des diabétos. » (M4)

« Ca serait peut-être utile. » (M5)

« En FMC. En présentiel c'est quand même plus facile, plus vivant. » (M7)

« En tout cas sur les analogues du GLP1, ouais. » (M8)

« Une formation par les diabétos. Ca serait pas mal. [...] A l'hôpital. » (M9)

« Ca pourrait être intéressant. [...] Présentielle. [...] Université ou hôpital [...] par des endocs. » (M14)

« Présentielle, par des diabétologues. » (M16)

5 médecins ne seraient pas favorables à suivre une formation (M1, M2, M3, M11, M12).

g) Médecins initiant une insulinothérapie

Le caractère injectable des traitements par analogues du GLP1 étant un frein à leur prescription, nous avons demandé aux médecins généralistes s'ils prescrivaient une insulinothérapie au cabinet :

-8 médecins ont répondu positivement (M1, M3, M5, M7, M8, M12, M13, M15)

3 de ces médecins avaient répondu ne pas prescrire d'analogues du GLP1 du fait de leur caractère injectable (M3, M12, M13).

-4 médecins ont répondu négativement (M2, M4, M10, M11)

Aucun de ces médecins n'avaient retenu le caractère injectable comme frein à la prescription d'analogues du GLP1.

-1 médecin ne sait pas, étant installée depuis trop peu de temps et n'ayant pas encore eu l'occasion de discuter l'introduction d'une insulinothérapie chez un patient.

2) Interactions avec les autres acteurs de santé

a) Le système de pharmacovigilance

Les médecins ont été interrogés sur l'influence du scandale du Mediator et le retrait des glitazones sur leurs prescriptions. Il s'agissait de faire ressortir une éventuelle crise de confiance envers le système de pharmacovigilance.

2 médecins ont reconnu avoir ressenti une plus grande méfiance envers ce système depuis ces événements (M1, M6) :

« Ca met en doute beaucoup de choses. » (M1)

13 médecins n'ont pas ressenti de différence suite à ces événements :

« Il y a toujours un frein à prescrire des molécules qui sont sur le marché depuis peu de temps. » (M3)

« Le système de pharmacovigilance est perfectible, et [...] c'est normal qu'il y ait des effets secondaires qui sortent après commercialisation des médicaments. » (M12)

« Le scandale du médiateur est lié à une indication hors AMM, ce qui n'est pas le cas des incrétines. » (M13)

« Ca ne m'a pas trop impactée parce que j'ai prescrit plus après, donc... Je suis trop jeune encore ! » (M14)

b) La Haute Autorité de Santé

Il a été demandé aux médecins s'ils consultaient les recommandations HAS pour les guider dans leur prescription de médicaments antidiabétiques.

-2 médecins les respectent (M5, M15) :

« Pour ajouter un traitement ou quoique ce soit, oui. » (M5)

« J'ai tendance à dire qu'en médecine générale on doit savoir déjà beaucoup de choses, si en plus il faut prendre toutes les recommandations et les décortiquer au détail près, moi je ne m'en sors pas. Donc à un moment il faut bien faire un peu confiance aux sociétés savantes, après y a des choses qu'on ne peut pas forcément savoir quand un médicament est sur le marché, et puis y a *Prescrire* qui nous calme bien aussi sur la plupart des médicaments. » (M15)

-5 autres médecins les consultent mais ne les respectent pas toujours :

« Elles m'enquiquinent par certains points mais je suis respectueuse et j'ai envie de toucher un peu de la ROSP » (M1)

« Y a des patients qui sont très compliqués à gérer. » (M3)

« Des fois je les regarde [...] pour le diabète ça change tout le temps, notamment ces dernières années. [...] Ca ne colle pas toujours au terrain. Entre les recommandations et la pratique, on s'adapte. » (M7)

« J'essaie de les respecter... [...] J'ai plutôt tendance à introduire un EUCREAS quand la metformine ne suffit pas qu'un sulfamide... Clairement parce que c'est plus efficace et qu'il y a moins de risque d'hypoglycémie [...] même si c'est cher donc moins recommandé. » (M13)

« Je m'en sers dans les grandes lignes... » (M16)

-1 médecin trouve que cela lui donne de l'autorité face au patient :

« Je trouve que c'est bien qu'il y ait une reco HAS parce qu'on a quand même des patients qui sont titilleurs, un peu négociants. » (M16)

-2 médecins les pensent invalidées et sont sceptiques sur leur valeur :

« Ils ont été suspendus... [...] J'essaie de les suivre mais je sais que maintenant il y a une suspicion sur les recommandations HAS même dans la presse médicale. [...] Je les adapte au patient. » (M8)

« Il n'y a plus de recommandations HAS, elles ont été invalidées par le Conseil d'Etat pour non déclaration des conflits d'intérêt des experts. » (M12)

c) La sécurité sociale via la Rémunération aux Objectifs de Santé Publique

Pour entrevoir leur relation avec la sécurité sociale, il a été demandé aux médecins si la ROSP influençait leur prescription. Différentes réponses ont été avancées :

-5 médecins déclarent que la ROSP influence leurs prescriptions :

« Oui quand même, [...] je suis bien contente de toucher un petit peu plus. » (M1)

« C'est un stimulant. » (M3)

« Un petit peu, oui. » (M9)

« Quand le délégué d'assurance maladie vient me dire ça c'est hors répertoire, ou ça [...] c'est que de la deuxième intention etc, [...] J'essaie de rentrer dans les clous. » (M8)

« Je ne veux pas que ma pratique soit faite pour avoir une rémunération, [...] mais ça me permet de me sensibiliser en me disant que c'est plutôt comme ça qu'il faut faire, je vais changer ma pratique tout en ayant vérifié que [...] ce n'était pas en lien avec un intérêt financier. » (M5)

-6 médecins disent ne pas être influencés par la ROSP (M4, M6, M7, M11, M13, M16).

« Je me fierai pas au ROSP [...] parce que j'ai l'impression que [...] c'est juste pour les arranger. » (M4)

« Pour que le ROSP puisse influencer ma prescription il faudrait qu'il soit explicité. » (M6)

« C'est pas le ROSP puisque le ROSP il suit des recommandations HAS. » (M13)

-1 médecin ressent un sentiment d'injustice pour deux raisons :

-l'obligation de résultats alors que le médecin ne contrôle pas l'observance du patient aux thérapeutiques :

« Ce qui est agaçant, c'est qu'on n'est pas responsables du résultat, donc si notre patient ne suis pas son régime et oublie ses médicaments, ça m'embête que je sois notée là-dessus. » (M1)

-les objectifs, notamment sur la surveillance (fond d'oeil et bilan cardiologique) ne peuvent pas toujours être respectés du fait de la pénurie de médecins spécialistes dans la région :

« Y a le problème du manque de médecins qui va devenir de plus en plus gênant. » (M1)

d) L'industrie pharmaceutique.

Il a été demandé aux médecins s'ils recevaient les visiteurs médicaux de laboratoires pharmaceutiques au cabinet :

-7 médecins les reçoivent (M1, M8, M9, M10, M12, M13, M16).

-8 médecins ne les reçoivent pas (M2, M3, M4, M5, M6, M11, M14, M15)

Ensuite il a été demandé aux médecins s'ils regardaient le prix des molécules qu'ils prescrivaient aux patients, et si cela influençait leur prescription :

8 médecins regardent le prix des molécules :

-3 médecins considèrent qu'un prix plus élevé nécessite une indication stricte avec une observance rigoureuse des règles hygiéno-diététiques par le patient :

« Quand c'est cher il vaut mieux que le traitement soit instauré de façon bien stricte. Le gaspillage ne sert à rien. Si effectivement un patient mange toute la journée [...], un médicament à 4000 euros [...] ne changera pas forcément son HbA1c. » (M4)

-« Quand j'ai vu sur l'ordonnance le tarif que c'était... [...] Avant de prescrire ça je vais préférer qu'il fasse de l'éducation thérapeutique, qu'il soit actif. [...] Et si on est limité par le patient actif, après l'introduire. » (M6)

-« Un petit peu quand même. Si c'est un médicament nettement plus cher, il faut vraiment que j'aie une bonne raison scientifique pour le mettre. » (M9)

-2 médecins relèguent les incrépines derrière les autres antidiabétiques oraux du fait de leur prix plus élevé :

« J'introduis des anciens qui ont leurs effets indésirables mais connus, et ils sont vraiment nettement moins chers. » (M6)

« Ces nouvelles molécules elles valent beaucoup plus cher, donc moi je reste sur du standard basique. » (M16)

-2 médecins recherchent la molécule la moins chère pour un même service médical rendu :

« Si les médicaments ont la même preuve d'efficacité et qu'il y a en a un qui est beaucoup moins cher que l'autre, on va avoir tendance à prendre celui qui est le moins cher, après s'il y a vraiment un bénéfice que l'on ne peut pas avoir avec d'autres molécules, on va quand même le prescrire. » (M7)

« Prescrire les moins chers pour les mêmes effets. » (M13)

-1 médecin s'y intéresse un peu : « J'essaie de regarder. » (M14)

5 médecins ne s'intéressent pas au prix des molécules (M2, M3, M4, M8, M12) :

« Un patient mal équilibré il coûte très cher à la société... » (M3)

« Je vais plutôt suivre les recommandations quel que soit le prix. » (M5)

« C'est pas mon boulot, le prix des molécules. » (M12)

Un médecin considère que la présentation des produits par les laboratoires pharmaceutiques peut induire un biais dans la confiance accordée aux traitements :

« J'avais une approche labo et donc très vendeuse. » (M6)

e) Les réseaux d'éducation thérapeutique.

Il a été demandé aux médecins s'ils étaient en lien avec un réseau d'éducation thérapeutique.

-4 médecins sont en lien avec des réseaux d'éducation thérapeutique (M6, M14, M15) :

« J'y adresse mes patients. » (M6)

« Je le coordonne ! » (M? - préservé pour l'anonymat)

« Je leur dis qu'il y a des réseaux qui existent comme ça, qu'ils peuvent aller se renseigner. »

(M14)

-9 médecins ne sont pas en lien avec des réseaux d'éducation thérapeutique (M1, M3, M4, M5, M7, M8, M9, M10, M11) :

« J'avais essayé mais c'est compliqué [...] Les gens n'ont pas envie de courir. » (M1)

« Y en a un qui a été mis en place par la CPAM [...], le problème c'est [...] que ça prend du temps, [...] il faut remplir des dossiers. » (M3)

« Je ne connais pas. » (M9)

f) La formation médicale continue

Il a été demandé aux médecins quel type de formation médicale continue ils suivaient. 5 méthodes de formation ont émergé, parfois confondues pour un même praticien.

Afin de garantir l'anonymat des praticiens, leur numéro ne sera pas cité pour les formations.

-Formations présentiellelles :

-Plusieurs formations ont été citées :

-*Preuves et Pratiques* : 4 médecins

-Formations à l'hôpital par des médecins spécialistes : 5 médecins

-Formations proposées par un syndicat de médecine générale : 1 médecin

-*Journée Médecine et Enfance* : 3 médecins

-Formations MG-Form : 3 médecins

-Formations universitaires (Diplome Universitaire) : 1 médecin.

-Formations en groupe de pairs, appelées « Groupes Qualité » : 5 médecins

-Formations non présentiellelles :

-Presse médicale :

-*La Revue du Praticien* : 2 médecins

-*Le Quotidien du Médecin* : 1 médecin

-*Médecine et Enfance* : 1 médecin

-*Prescrire* : 6 médecins

-Conférences de consensus : 1 médecin

-*Sciences Humaines* : 1 médecin

-*La Revue de Médecine Générale* : 1 médecin

-Vidéoconférences faites par un organisme privé : 1 médecin

V] Discussion

A. Méthode de recherche

1) Choix d'une étude qualitative

La recherche qualitative est une méthode d'investigation souple et interactive, permettant de décrire et analyser des comportements humains. Elle donne un aperçu des pratiques mais n'a pas la prétention de pouvoir généraliser ses résultats à l'ensemble de la population. En cela elle diffère de l'analyse quantitative, qui lui est complémentaire. Elle paraissait donc adaptée à cette problématique. Néanmoins, ce type d'investigation présente des biais méthodologiques inévitables.

2) Choix de l'entretien semi-structuré

L'utilisation d'un questionnaire permet de structurer les entretiens, ce qui est fort utile lorsque l'on agit dans un temps limité, or certains entretiens étaient réalisés entre deux consultations et souffraient donc d'un manque de souplesse dans leur durée.

Néanmoins, d'après Neuman [71], ce type d'entretien expose à différents biais méthodologiques:

- Les erreurs du répondant : la personne interrogée peut présenter des oublis d'informations, une mauvaise compréhension des questions, de la gêne ressentie à l'égard de certaines interrogations et encore être tentée de mentir sur certains éléments :
- Les erreurs non intentionnelles dues à la négligence du chercheur-enquêteur : une erreur de lecture d'une question, la modification non pertinente de l'ordre des interrogations, la mauvaise compréhension d'une réponse ou la prise en compte d'une réponse non pertinente ou incorrecte.
- Les altérations intentionnelles du chercheur-enquêteur qui modifie les réponses fournies, en oublie certaines, ou reformule les questions.
- Les influences directement dues au chercheur-enquêteur comme son apparence, son ton de voix, son attitude, ses réactions ou commentaires.
- Les erreurs dues à une exploitation insuffisante ou défectueuse des résultats de l'exploration.

3) Méthode de recrutement.

Les participants ont été recrutés parmi les connaissances de l'auteure, rencontrées au cours de ses études et de ses remplacements libéraux. L'échantillon était donc opportuniste, mais a optimisé le nombre de réponses favorables à la demande d'entretien. Deux médecins étaient des collègues des connaissances de l'auteure, mais ne connaissaient pas l'auteure avant la réalisation de l'entretien.

Néanmoins, les médecins acceptant de répondre à l'étude le font potentiellement pour faire plaisir à l'auteure, et non par réel intérêt scientifique, ce qui peut altérer la qualité de leur participation. En outre, si le fait que le participant et l'enquêteur soient familiers présente bien l'avantage d'induire une confiance entre les participants, cela risque également d'introduire un biais de déclaration : les médecins interrogés peuvent craindre le jugement de leur pair et déclarer davantage ce qu'ils souhaiteraient faire que ce qu'ils font réellement. Cela induit un biais de déclaration, d'autant plus que les réponses n'étaient pas vérifiables.

De plus, les médecins n'ont pas été informés précisément du sujet de la thèse avant la réalisation de l'entretien, afin d'éviter un recrutement de médecins intéressés par le sujet, ou une préalable documentation précise. Ils étaient néanmoins avertis que la thèse portait sur leurs habitudes de prescription dans le cadre du diabète de type 2, ce qui a pu les encourager à se documenter un minimum sur le sujet, ou réfléchir à leurs réponses en amont de l'entretien.

4) Le déroulement des entretiens.

Le fait de rappeler brièvement les noms des molécules en début d'entretien induit indéniablement un biais de mémorisation chez les participants. Néanmoins, il a permis une discussion plus éclairée sur les pratiques réelles des médecins, et non sur leurs connaissances théoriques en terme de classes thérapeutiques.

Les entretiens ayant eu lieu au cabinet permettaient de maintenir le cadre physique de la prescription et donc au praticien d'être plus familier avec ses habitudes. Néanmoins, lorsque les entretiens avaient lieu sur les pauses déjeuner ou entre deux rendez-vous de consultation, ils étaient parfois marqués par des interruptions et le manque de temps, ce qui perturbait la fluidité de la discussion. A l'inverse, les entretiens réalisés à domicile ne permettaient pas de recréer le cadre professionnel de l'exercice médical, mais permettaient une meilleure souplesse dans la durée de l'entretien et d'éviter les interruptions. De plus, le fait d'avoir créé une telle différence de contexte rend moins comparables les résultats de ces entretiens.

Les enregistrements sur dictaphone ont l'avantage d'éviter la perte de donnée verbale, mais ne rendent pas compte des attitudes et du langage corporel inhérents à chaque entretien. En outre, la retranscription ne rend pas compte du ton de la discussion. Il existe donc une perte de données sur la communication avant l'analyse des entretiens.

Par ailleurs, réaliser ce type d'entretiens requiert une véritable formation, et la manière dont ils étaient menés par un enquêteur non entraîné a pu influencer le discours des participants et donc entraver la qualité des entretiens. Certaines réponses auraient pu justifier un rebondissement, une demande d'informations complémentaires, qui n'ont pas été réalisés du fait d'un manque de réflexes de l'enquêteur.

5) Analyse des données.

L'analyse des données souffre inévitablement d'un biais d'interprétation. Elles ont été analysées par l'auteure seule, si bien que son point de vue sur les thématiques a pu influencer la retenue ou, à l'inverse, la négligence de certains éléments, ainsi que leur compréhension. Pour essayer de lutter contre cet effet, il aurait été judicieux que l'analyse soit réalisée individuellement par plusieurs personnes indépendantes, avec mise en commun des résultats.

B. Résultats

Le premier élément frappant de l'étude est l'hétérogénéité des réponses apportées par les médecins généralistes interrogés, alors que tous convergent vers un principal intérêt commun : la santé du patient. On peut sans doute expliquer cette hétérogénéité des pratiques par la complexité de la position du médecin généraliste dans un système faisant intervenir de nombreux acteurs aux motivations et attentes parfois contradictoires.

Concernant la prescription des médicaments de la voie des incrétones par les médecins généralistes interrogés, il ressort globalement une faible utilisation de ces traitements en particulier pour les analogues du GLP1. En effet, ces derniers ne sont prescrits que par un médecin sur seize interrogés. Ce médecin déclare même le faire par défaut, lorsque le patient refuse de consulter un diabétologue. En réalité, la méconnaissance de ces traitements reste la première cause allouée par les médecins à leur rare utilisation. Il aurait été intéressant d'étudier les dimensions de cette méconnaissance, à savoir explorer si elle concerne les indications de ces traitements, leurs contre-indications, leur pharmacodynamie, leurs interactions, etc. En effet, tous ces éléments sont indispensables à maîtriser pour être en confiance dans la prescription d'un traitement et leur méconnaissance même partielle peut donc être source de frilosité.

Il aurait été également pertinent de s'intéresser à l'origine de cette méconnaissance. En effet, tous les médecins se souviennent bien avoir découvert ces traitements et les connaissaient avant l'étude. En outre, tous sans exception ont indiqué adhérer à un type de formation médicale continue, qu'elle soit présente ou non présente, voire combinée. Il semble donc surprenant qu'ils disent ne pas les prescrire par méconnaissance. Il est possible qu'ils aient été confrontés à des informations sur ces traitements mais ne les aient pas mémorisées du fait qu'ils confient spontanément la prise en charge du diabète à un expert diabétologue et ne sentent donc pas responsables de cette instauration thérapeutique. Cela tend d'ailleurs à se confirmer lorsque l'on demande aux médecins qui ne les maîtrisent pas bien s'ils souhaitent accroître leurs connaissances sur ces traitements : plusieurs répondent qu'ils ne souhaitent pas bénéficier de formation supplémentaire. Cela souligne qu'ils considèrent probablement ne pas être en charge de cette prescription, ou encore qu'ils n'en sont pas convaincus de l'efficacité. A noter qu'il aurait été pertinent de demander aux médecins pour quelles raisons ils ne souhaitaient pas bénéficier d'une formation sur ces thérapeutiques.

A l'heure où le médecin dispose d'une pléthore de sources d'information différentes pour documenter ses pratiques, il ne lui est finalement peut-être pas toujours simple de sélectionner une prise en charge idéale au sein de cette multitude de données parfois contradictoires. La HAS, organisme public en charge de fixer la place d'une molécule dans une stratégie thérapeutique au vu de son service médical rendu et de son coût, a perdu un peu de sa crédibilité suite à l'abrogation de certaines recommandations pour conflits d'intérêts des auteurs en 2011. Cet arbitrage est donc parfois remis en question par certains médecins, qui préfèrent éclairer leurs prescriptions à la lumière d'autres sources d'information dans la presse médicale qu'ils considèrent davantage indépendante des firmes pharmaceutiques. Néanmoins, certains médecins ont conservé les recommandations HAS comme une référence pour leurs prises en charge, en dépit de l'antécédent d'abrogation.

De plus, on peut se demander s'il n'existe pas un certain découragement lié à tous les changements répétés des recommandations dans la prise en charge du diabète de type 2 sur les deux dernières décennies, parfois sources de controverses, d'autant que cette innovation perpétuelle affecte encore d'autres pathologies quotidiennes de la médecine générale. Un médecin pointe également que la surcharge de travail au cabinet ne leur permet pas de consacrer beaucoup de temps à la formation, et cela retentit probablement sur la qualité de celle-ci. Le médecin généraliste se retrouve donc au centre d'influences divergentes, avec peu de temps pour se faire une opinion éclairée, et devant lui la nécessité de prendre en charge son patient de manière effective.

Par ailleurs, la prescription du médecin s'intègre dans un système économique faisant intervenir la sécurité sociale et les laboratoires pharmaceutiques aux intérêts financiers opposés.

Le médecin généraliste est régulièrement sensibilisé par la sécurité sociale pour optimiser ses prises en charge thérapeutiques et réduire le coût de ses prescriptions. Il n'est pas secret que la sécurité sociale présente un déficit budgétaire, et que la responsabilité des médecins est souvent pointée dans cette situation. Dans notre étude, il ressort que le caractère onéreux des incrépines freine certains médecins à les prescrire, et les incite à privilégier des molécules plus abordables. La ROSP a été mise en place pour inciter les médecins à suivre les recommandations de bonne pratique concernant diverses pathologies. Néanmoins, presque tous les médecins interrogés allèguent que la ROSP n'influence pas leur prise en charge des patients. Plusieurs raisons sont invoquées, notamment une méconnaissance préalable et une incompréhension de ses critères. Néanmoins, il semble raisonnable de craindre un biais de déclaration dans cet item, tant il peut être inconfortable de reconnaître qu'une récompense financière soit une saine motivation dans la bonne prise en charge de ses patients. Plus largement, on peut s'interroger sur la réticence, même inconsciente, d'entrer dans une forme de chantage financier avec un organisme de l'Etat.

A l'opposé, les laboratoires pharmaceutiques élaborent régulièrement de nouvelles molécules présentées comme intéressantes pour la prise en charge du patient, mais parfois onéreuses. Par conséquent, leur discours peut être soupçonné d'être biaisé par l'intérêt commercial qui les anime. Dans cette étude, nous avons demandé aux médecins généralistes s'ils recevaient les délégués des laboratoires pharmaceutiques au cabinet, mais nous avons fait l'erreur de ne pas approfondir les raisons de leur réponse négative ou positive à cette question. Dans le cas d'une réponse négative, il est pertinent de se demander pourquoi les médecins refusent une telle visite. Est-ce par manque de temps, tout simplement, ou par défiance voire méfiance envers le discours des laboratoires, ou encore d'autres arguments non envisagés ici ? A l'inverse, pour ceux qui acceptent de rencontrer les délégués, il aurait été pertinent de s'intéresser à leurs motivations et leurs attentes de ces entrevues. Quelle crédibilité scientifique accordent-ils à leur présentation ? Ont-ils le sentiment que ce contact puisse améliorer la qualité leurs prescriptions, ou les reçoivent-ils essentiellement par politesse ? On peut effectivement se demander s'il n'est pas utopique d'envisager une relation de confiance réciproque lorsqu'il existe une dimension financière dans celle-ci.

La relation médecin-malade a déjà été moult fois disséquée sur le plan sociologique et ne sera donc pas redétaillée ici. Relation d'interdépendance, elle met en jeu de nombreux enjeux et difficultés. Cette complexité relationnelle est cristallisée dans la prise en charge du diabète de type 2, pathologie multifactorielle longtemps asymptomatique dans laquelle l'adhésion au traitement est fondamentale pour en enrayer la progression, et repose donc essentiellement dans la confiance que le patient alloue à son médecin. Dans le cadre de cette étude, il ressort que le patient est parfois perçu comme un obstacle à l'escalade thérapeutique et donc un frein à sa propre guérison. Frileux sur le caractère injectable de certains traitements, inapte à se rendre en éducation thérapeutique - quand il ne s'y est pas inscrit pour finalement ne pas y aller, le patient est présenté parfois méfiant vis-à-vis de son médecin et de la pertinence de ces conseils. Cette complexité relationnelle alimente probablement l'hétérogénéité des pratiques, demandant au médecin de s'adapter à des situations et des personnalités originales. On peut se demander si cet échec peut alimenter chez le médecin, même inconsciemment, un certain découragement à optimiser ses connaissances dans les nouvelles thérapeutiques. De plus, cette difficulté semble encourager le médecin à passer la main rapidement au diabétologue qui est décrit comme ayant plus de poids auprès des patients, ou tout du moins créer une pluralité professionnelle permettant de rassurer le patient par des décisions thérapeutiques convergentes.

Face à toutes ces difficultés et contradictions, les médecins généralistes interrogés ont facilement recours à un confrère diabétologue pour les aider dans la prise en charge de leurs patients. Dans cette étude, cet appel intervient parfois dès le diagnostic de diabète de type 2, ou très rapidement après échec de la monothérapie. Il aurait été intéressant de savoir quelles attentes précises ils avaient de ces consultations avec le médecin expert. Est-il considéré entièrement ou partiellement responsable de la décision thérapeutique, du dépistage des complications, de convaincre le patient de l'efficacité de ses traitements et d'en renforcer l'observance. Plusieurs médecins avancent cette grande influence dans l'esprit du patient. Le diabète est une pathologie complexe, multifactorielle, aux conséquences multiples et à l'innovation thérapeutique constante. On peut donc également se demander si les médecins généralistes ne confient pas la prise en charge de leur patient à un confrère expert par crainte de ne pas en connaître assez précisément les dernières règles de prise en charge et d'en effectuer une imparfaite. De plus, devant la surcharge de travail allouée dans certains territoires touchés par la désertification médicale, on peut imaginer qu'il est plus raisonnable de déléguer cette prise en charge que d'en envisager la complétude, au risque d'oublier certains éléments fondamentaux. Le diabétologue est alors un garde-fou qui assure une gestion optimale de cette pathologie. A cet égard, un des médecins alloue même qu'il observe une différence entre les recommandations HAS et la pratique des diabétoles, et préfère ainsi leur confier la décision du traitement, les considérant meilleurs juges pour la qualité de prise en charge de leur patient.

Il peut sembler étonnant le faible succès des réseaux d'éducation thérapeutique auprès des médecins généralistes interrogés. A nouveau, un approfondissement des causes de ce désintérêt serait intéressant à réaliser. Culpabilisent-ils, même inconsciemment, de déléguer l'éducation thérapeutique de leur patient à un réseau de professionnels de santé ? Ont-ils eu beaucoup de refus de prise en charge en réseau thérapeutique de la part des patients, et cela engendre-t-il une démotivation à leur proposer de s'y rendre ? Ou sont-ils eux-mêmes découragés par l'échec de l'éducation thérapeutique qu'ils pratiquent au cabinet devant des patients inobservants, et craignent-ils une perte de temps pour leurs patients et les professionnels de ces réseaux ? Il serait intéressant d'approfondir ces questions, qui pourraient peut-être déboucher sur une remise en question des pratiques et une amélioration de la prise en charge des patients diabétiques de type 2.

VI] Bibliographie

- [1] <http://campus.cerimes.fr/endocrinologie/enseignement/item233b/site/html/2.html#21>
- [2] <http://www.sfendocrino.org/article/394/item-233-c-ndash-complications-degeneratives-et-metab-ques-du-diabete>
- [3] Etude UKPDS : Stratton Irene M, Adler Amanda I, Neil H Andrew W, Matthews David R, Manley Susan E, Cull Carole A et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study BMJ 2000; 321 :405
- [4] Endocrinologie-diabète-nutrition. Editions Vernazobre. oct 2017.
- [5] <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/risques/depression-diabete>
- [6] Report of a World Health Organization/International Diabetes Federation Consultation. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia. Geneva: WHO Document Production Service 2006. 46 p.
- [7] Rapport mondial de l'OMS de novembre 2017 sur le diabète : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254648/9789242565256-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [8] Prévalence du diabète traité pharmacologiquement (tous types) en France en 2015. Disparités territoriales et socio-économiques. Laurence Mandereau-Bruno, Sandrine Fosse-Edorh. BEH Santé publique France, Saint Maurice. 22/08/2017
- [9] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/bd-07-059-diabete_2_mars_08.pdf
- [10] Site internet du Centre Européen d'Etude du Diabète : <http://ceed-diabete.org/fr/le-diabete/les-chiffres/>
- [11] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/diaporama_rbp_strat_me dic_contro le_glyce_diabete_t2.pdf
- [12] <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/recherche-innovations-diabete/decouvert-e-insuline>
- [13] <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct032503.pdf>
- [14] Sulfamides hypoglycémisants : 70 ans de hauts et de bas ! Où en sommes-nous ? diabetologie-pratique.com/journal/article/0012423-sulfamides-hypoglycemisants-70-ans-de-hauts-et-de-bas-ou-en-sommes-nous
- [15] <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct020882.pdf>
- [16] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-13984_NOVONORM_PIS_RI_Avis1_CT13984.pdf
- [17] http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/MODULE%209/item_129/recommandations/ANAE_S_2000_Diabete.pdf

- [18] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/avandia_avandamet_-_ct-910_5.pdf
- [19] <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct010008.pdf>
- [20] http://www.formindep.org/IMG/pdf/recos_diabete-2006.pdf
- [21] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct-4012_byetta.pdf
- [22] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct-4513_januvia.pdf
- [23] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fiche_medicament_januvia_mars2008.pdf
- [24] Hemkens L. G., Grouven U., Bender R., Günster C., Gutschmidt S., Selke G. W. & Sawicki P. T. (2009) Risk of malignancies in patients with diabetes treated with human insulin or insulin analogues: a cohort study. *Diabetologia* 52 : 1732-44. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19565214>)
- [25] Colhoun H. M. (2009) Use of insulin glargine and cancer incidence in Scotland: a study from the Scottish Diabetes Research Network Epidemiology Group. SDRN Epidemiology Group. *Diabetologia* 52 : 1755-65.
- [26] Currie C. J., Poole C. D. & Gale E. A. (2009) The influence of glucose-lowering therapies on cancer risk in type 2 diabetes. *Diabetologia* 52 : 1766-77.
- [27] Jonasson JM, Ljung R, Talbäck M, Haglund B, Gudbjörnsdóttir S, Steineck G. (2009) Insulin glargine use and short-term incidence of malignancies-a population-based follow-up study in Sweden. *Diabetologia* 52 : 1745-54. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19588120>
- [28] https://fr.wikipedia.org/wiki/Affaire_du_Mediator
- [29] Le Conseil d'Etat abroge la recommandation de la HAS sur le diabète de type 2. Article du 30 avril 2011 sur le site internet www.formindep.org
- [30] Cnamts-DSES-DESP- pioglitazone et cancer de la vessie. 06/2011. ansm.sante.fr/content/download/34024
- [31] Lu CJ, Sun Y, Muo CH, Chen RC, Chen PC, Hsu CY. (2013) Risk of stroke with thiazolidinediones: a ten-year nationwide population-based cohort study. *Cerebrovasc Dis* 36 : 145-51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24029780>
- [32] ADA (American Diabetes Association) and EASD (European Association for the Study of Diabetes). Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes : a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 2012;35:1364-79.
- [33] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/diaporama_rbp_strat_medic_controle_glyce_diabete_t2.pdf

- [34] https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/diaporama_prise_de_position_sfd.pdf
- [35] Marie Virally, Jean-Philippe Kevorkian, Pierre-Jean Guillausseau. Incrétines, incréto mimétiques et inhibiteurs de la DPP-4 : homéostasie glucidique et diabète de type 2, Sang Thromboses Vaisseaux 2008 ; 20, n°9 : 453-61
- [36] Effects of incretin hormones on beta-cell mass and function, body weight, and hepatic and myocardial function. [Http://europepmc.org/abstract/MED/20206728](http://europepmc.org/abstract/MED/20206728).
- [37] J Biol Chem. (1992) Isolation and characterization of exendin-4, an exendin-3 analogue, from Heloderma suspectum venom. Further evidence for an exendin receptor on dispersed acini from guinea pig pancreas. 267 : 7402-5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1313797?dopt=Abstract>
- [38] DeFronzo RA, Ratner RE, Han J, Kim DD, Fineman MS, Baron AD. Effects of exenatide (exendin-4) on glycemic control and weight over 30 weeks in metformin-treated patients with type 2 diabetes. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15855572>
- [39] Buse JB, Henry RR, Han J, Kim DD, Fineman MS, Baron AD. Effects of exenatide (exendin-4) on glycemic control over 30 weeks in sulfonylurea-treated patients with type 2 diabetes. Exenatide-113 Clinical Study Group. 2004. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15504997>
- [40] Kendall DM, Riddle MC, Rosenstock J, Zhuang D, Kim DD, Fineman MS, Baron AD. Effects of exenatide (exendin-4) on glycemic control over 30 weeks in patients with type 2 diabetes treated with metformin and a sulfonylurea. 2005. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15855571>
- [41] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/victoza_-_ct-7136.pdf
- [42] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/victoza_-_ct-7136.pdf
- [43] GOURDY, P., PENFORNIS, A., CHARPENTIER, G., et al. Efficacité et tolérance du liraglutide dans le diabète de type 2—résultats finaux d'EVIDENCE®: une étude prospective post-inscription avec 2 ans de suivi. In : Annales d'Endocrinologie. Elsevier Masson, 2014. p. 307-308.
- [44] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-13915_BYDUREON_QDINS_CT13915_Avis2.pdf
- [45] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-14099_TRULICITY_PIC_INS_Avis2_CT14099.pdf
- [46] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-08/victoza_sapub_ct13955.pdf
- [47] http://news.utip.fr/newsletter/2018/04_04/xultophy_synthese_ct16477.pdf
- [48] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-02/galvus_-_ct-5731.pdf
- [49] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/onglyza_-_ct-7111.pdf
- [50] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/trajenta_20062012_avis

_ct11905.pdf

[51] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-05/eucreas_-_ct-5439.pdf

[52] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-05/velmetia_-_ct_6479.pdf

[53] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-12849_KOMBOGLYZE_AVIS2_postaud_CT12849.pdf

[54] Marie Virally, Jean-Philippe Kevorkian, Pierre-Jean Guillausseau. Incrétines, incrétinomimétiques et inhibiteurs de la DPP-4 : homéostasie glucidique et diabète de type 2, Sang Thromboses Vaisseaux 2008 ; 20, n°9 : 453-61

[55] CNAMTS. MEDICAM 2008-2017 médicaments remboursés par le régime général. Données disponibles sur le site ameli.fr

[56] Elashoff M, Matveyenko AV, Gier B, Elashoff R, Butler PC. Pancreatitis, pancreatic, and thyroid cancer with glucagon-like peptide-1-based therapies. *Gastroenterology* 2011;141:150–156pmid:21334333

[57] S. Singh, H.Y. Chang, T.M. Richards, J.P. Weiner, J.M. Clark, J.B. Segal, « Glucagonlike Peptide 1-Based Therapies and Risk of Hospitalization for Acute Pancreatitis in Type 2 Diabetes Mellitus: A Population-Based Matched Case-Control Study », *JAMA internal medicine*, vol. 173, no 7, 2013, p. 1-6

[58] Faillie JL, Babai S, Crepin S, Bres V, Laroche ML, Le Louet H, et al. Pancreatitis associated with the use of GLP-1 analogs and DPP-4 inhibitors: a case/non-case study from the French Pharmacovigilance Database. *Acta Diabetol* 2013;doi:10.1007/s00592-013-0544-0.

[59] Incretin based drugs and risk of acute pancreatitis in patients with type 2 diabetes: cohort study *BMJ* 2014; 348 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g2780> (Published 24 April 2014) Cite this as: *BMJ* 2014;348:g2780

[60] Incretin treatment and risk of pancreatitis in patients with type 2 diabetes mellitus : systematic review and meta-analysis of randomised and non-randomised studies. *BMJ* 2014; 348 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g2366> (Published 15 April 2014) Cite this as: *BMJ* 2014;348:g2366

[61] A.E Butler, M. Campbell-Thompson, T. Gurlo, D.W. Dawson, M. Atkinson, P.C. Butler, « Marked Expansion of Exocrine and Endocrine Pancreas with Incretin Therapy in Humans with increased Exocrine Pancreas Dysplasia and the potential for Glucagon-producing Neuroendocrine Tumors », *Diabetes*, vol. 62, no 7, 2013, p. 2595-2604

[62] Azoulay L. et al. Incretin based drugs and the risk of pancreatic cancer : international multicentre cohort study. *BMJ* 2016 ; 352 : i581.

[63] Bjerre Knudsen L, Madsen LW, Andersen S, Almholt K, de Boer AS, Drucker DJ, Gotfredsen C, Egerod FL, Hegelund AC, Jacobsen H, Jacobsen SD, Moses AC, Mølck AM, Nielsen HS, Nowak J, Solberg H, Thi TD, Zdravkovic M, Moerch U. Glucagon-like Peptide-1 receptor agonists activate rodent thyroid Ccells causing calcitonin release and C-cell proliferation. 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20203154>

- [64] Gier B, Butler PC, Lai CK, Kirakossian D, DeNicola MM, Yeh MW. Glucagon like peptide-1 receptor expression in the human thyroid gland. 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22031513>
- [65] Michael A. Nauck, MD and Nele Friedrich, PHD. Do GLP-1–Based Therapies Increase Cancer Risk? http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement_2/S245.long#ref-35
- [66] Waser B, Beetschen K, Pellegata NS, Reubi JC. Incretin receptors in non-neoplastic and neoplastic thyroid C cells in rodents and humans: relevance for incretin-based diabetes therapy. 2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21893952>
- [67] A. J. Scheen. Gliptines, sécurité cardio-vasculaire et insuffisance cardiaque : le point après l'étude TECOS. *Revue Médicale Suisse* 2015 ; 11 : 1526-31.
- [68] https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9decine_fond%C3%A9_sur_les_faits
- [69] Clinical Inertia. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, Miller CD, Ziemer DC, Barnes CS, *Ann Intern Med*. 2001 Nov 6;135(9):825-34.
- [70] L'inertie thérapeutique dans le diabète de type 2 : la comprendre sans la banaliser. S. Halimi, C. Attali. *Médecine des maladies Métaboliques*. Volume 5, n° S2. pages 62-68 (décembre 2011) Doi : 10.1016/S1957-2557(11)70077-3
- [71] Neuman, W. L. (1991). *Social research methods : Qualitative and quantitative approaches*. Boston, MA : Allyn and Bacon

VII] Annexes

Annexe 1 : Nombre de boîtes de spécialité remboursées par an en France en médecine de ville.

Nombre de boîtes de spécialité remboursées par an en France (le code entre parenthèse correspond au CIP de la molécule)										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Glipélines										
Sitagliptine										
XELEVIA 50 mg (3400937932837)	-	-	-	-	-	4311	405999	84 715	111 622	132 519
XELEVIA 100 mg (3400937933087)	36 102	366 973	656 024	800 756	1 148 117	1 124 601	1 074 578	1 038 838	965 953	911 245
JANUVIA 50 mg (3400937933087)	-	-	-	-	-	11 974	110 146	210 138	310 212	416 258
JANUVIA 100 mg (3400937925044)	259 445	860 545	1 243 670	1 479 818	2 107 144	2 133 116	2 083 151	2 021 888	2 005 135	1 995 445
Vildagliptine										
GALVUS 50 mg (3400938195163)	-	2836	41 108	61 162	122 225	175 872	208 087	240 611	261 147	270 861
Saxagliptine										
ONGLYZA 5 mg (3400939735887)	-	-	36 179	355 226	700 161	692 445	635 190	605 108	562 867	504 716
Association glipéline + metformine										
Sitagliptine + metformine										
JANUMET (3400938678116)	-	52 099	589 185	1 083 146	1 804 335	1 996 187	2 153 115	2 287 598	2 408 581	2 552 994
VELMETIA (3400938677973)	-	21 577	272 045	538 944	918 235	981 036	1 018 881	1 082 543	1 119 950	1 125 738
Vildagliptine + metformine										
EUCREAS (63400927349010)	-	22 874	371 221	692 100	1 138 610	1 231 824	1 266 533	909 105	1 325 162	1 303 517
Analogues du GLP1										
Saxagliptine + metformine										
KOMBOGLYZE (63400922007892)	-	-	-	-	1977	143 785	247 808	306 647	335 190	331 146
Exénatide										
BYETTA 5 µg (3400937809269)	25 390	63 790	59 340	34796	31 799	28 031	26 448	23 518	17 754	13 012
BYETTA 10 µg (3400937809498)	29 452	144 951	195 618	139 969	131 339	119 306	112 122	100 902	74 601	53 665
BYDUREON 2 mg (3400928012012)	-	-	-	-	-	-	-	48 977	168 847	162 415
Liraglutide										
VICTOZA 6 mg (3400939632360)	-	-	170 858	537 380	864 253	1 080 871	1 233 499	1 368 072	1 355 904	1 275 782
Dulaglutide										
TRULICITY 0,75 mg (3400930003732)	-	-	-	-	-	-	-	-	17 226	55 474
TRULICITY 1,5 mg (3400930003763)	-	-	-	-	-	-	-	-	181 885	361 474
Association analogues du GLP1 et insuline déglucée										
Liraglutide + insuline déglucée										
XULTOPHY (3400930018514)	-	-	-	-	-	-	-	-	6258	121 970

Annexe 2 : Questionnaire ayant servi de guide d'entretien.

1) Caractéristiques socio-professionnelles du médecin :

- Sexe, Age
- Année d'installation
- Type d'exercice : libéral / salarié / mixte
- Secteur d'exercice : rural / semi-rural / urbain (classer en nombre d'habitants dans la ville)
- Organisation de l'exercice : seul / en groupe
- Maître de stage universitaire ?
- Diplôme de formation en diabète (DU...) ?
- Travaille en réseau d'éducation thérapeutique ?
- Type de Formation Médicale Continue ?

2) Les incrétines : inhibiteur de la DPP4 et analogues du GLP1 :

- Comment avez-vous découvert ces traitements ?
- Pour les inhibiteurs de la DPP4 : Initiez-vous facilement un traitement par ces molécules ?
 - => si oui,
 - Quelle molécule introduisez-vous ?
 - En monothérapie, ou en association ?
 - => Si non, pourquoi ?
- Pour les analogues du GLP1 : Initiez-vous facilement un traitement par ces molécules ?
 - => Si oui :
 - Comment ?
 - Comment faciliter cette introduction ?
 - Le faites-vous par défaut par manque de rdv en diabétologie, ou pensez-vous que cela relève du médecin généraliste ?
 - Quelle molécule introduisez-vous ?
 - En monothérapie, ou en association ?
 - => Si non :
 - Pourquoi ?
 - Initiez-vous plus facilement une insulinothérapie ?
 - Comment pourrait-on faciliter cette introduction ?
 - Effectuez-vous le renouvellement du traitement si initié par diabétologue ?
- Pensez-vous que le scandale du médiateur et le retrait des glitazones vous aient rendu réticent à la prescription de nouvelles molécules ?
- Souhaiteriez-vous une meilleure formation sur ces médicaments ? Si oui, sous quelle forme ?

3) Interaction avec les autres professionnels de santé :

- Que pensez-vous des recos HAS pour la gestion du diabète de type 2 dans votre pratique quotidienne ?
- Quelle est votre position par rapport à l'industrie pharmaceutique ? Le prix de ces molécules influence-t-il votre prescription ?
- Le ROSP influence-t-il votre prescription ?
- Quelles sont vos relations avec les diabétologues et les réseaux d'éducation thérapeutiques locaux ?

Annexe 3 : Transcription des différents entretiens (hors données socio-professionnelles)

Médecin n°1

Les inhibiteurs de la DPP4 et les analogues du GLP1: comment as-tu découvert ces traitements ?

Je pense que cela faut au moins une dizaine d'années, au début par les laboratoires, principalement les visiteurs médicaux... Après avec le retour des courriers des spécialistes... pour les comprimés. L'injectable oui c'est aussi par les labos, mais j'avoue que je prescrivais pas, je laissais les spécialistes.

Pour les IDPP4, inities-tu facilement un traitement par ces molécules ?

Oui, j'avais tendance, mais depuis les nouvelles recos, et comme je n'ai pas envie de m'embêter avec la sécu, moins parce que on est revenus aux sulfamides et y en avait eu un qui avait été interdit à un moment en France, bon. Mais à un moment je le mettais en deuxième intention mais maintenant c'est plus rare.

Tu le mets plutôt tout seul, ou en association avec un autre antidiabétique ?

En association, toujours en deuxième si ce n'est en troisième intention.

Et pour les analogues du GLP1 ?

Je me dis que je n'ai pas l'habitude, maintenant je me dis que je pourrais, mais j'ai tendance à envoyer à l'endocrino qui décide.

Est-ce que tu penses que c'est plus facile d'initier un traitement par insuline, ou c'est la même difficulté ?

C'est le même niveau, mais je mets facilement une *LANTUS*, on prend l'habitude mais ce n'est pas ma tasse de thé...

Donc ce n'est pas le fait que ce soit injectable finalement qui t'empêche de l'initier ?

Non, mais c'est vrai qu'à un moment on est un peu perdus dans tous ces produits, on ne sait plus trop qui est quoi, et j'ai tendance quand le patient n'est pas bien équilibré à un certain moment de passer la main à l'endocrino.

A ton avis, comment pourrait-on faciliter l'introduction de ce médicament par les médecins généralistes ?

[Silence] **Est-ce qu'il faudrait faciliter ? J'arrive en fin de carrière, je suis d'une génération où on nous a empêchés de faire plein de choses, on nous a pas formés à l'insuline, maintenant c'est débrouillez-vous, on nous a pas formés à mettre des stérilets alors que maintenant on nous appelle à l'aide là-dessus, et maintenant on va nous demander de plus en plus de choses, ce qui me gêne beaucoup, et j'aurais 30 ans je serais tout à fait d'accord pour refaire des formations, mais là franchement, je fais des formations, je m'y mettrais peut-être mais là tant que je peux envoyer à l'endocrino je préfère ne pas m'enquiquiner.**

Par contre, si le traitement a été instauré par le diabétologue, toi ça ne te gêne pas de le renouveler ?

Ah non, je le renouvelle sans problème.

Très bien, est-ce qu'à ton avis le scandale du mediator et le retrait des glitazones t'ont rendue plus réticente à prescrire de nouvelles molécules ?

Quand même un peu, oui. Y a eu trop de choses ces dernières années, et puis je vais dire aussi un truc qui m'a beaucoup énervée, c'est l'histoire du *LEVOTHYROX*, parce que moi au départ j'ai pris ça comme oh là là, c'est les hypocondriaques, et puis à un moment, on ne sait plus. On se demande si les labos font vraiment des choses comme ça, après tout. Même si je n'y crois pas au fond de moi-même ça me gêne beaucoup et ça met en doute beaucoup de choses.

Est-ce que tu souhaiterais une meilleure formation sur ces médicaments, ou pas spécialement ?

Non [rires].

Que penses tu des recommandations HAS pour la gestion du diabète de type 2 dans ta pratique quotidienne ? Elles m'enquiquinent par certains points mais comme je suis respectueuse et que j'ai envie de toucher un peu de la ROSP [rires]... L'hémoglobine glyquée, ça va... Ce qui est agaçant, c'est qu'on n'est pas responsables du résultat, donc si notre patient ne suit pas son régime et oublie ses médicaments, ça m'embête que je sois notée là-dessus. Bon après, KARDEGIC... tous mes patients diabétiques je ne les mets pas sous KARDEGIC, j'avais posé une fois la question à l'hôpital à une formation, on m'a regardée comme ça en me disant « ben non », mais c'est marqué dans les recos, normalement tous nos patients devraient avoir une statine et du KARDEGIC... Bon moi j'attends l'avis du cardiologue. Fond d'oeil, bilan cardio, vu le manque de spécialistes j'essaie tous les 18 mois, maximum 2 ans... J'essaie mais ça va devenir embêtant.

En gros les recommandations c'est bien en théorie, mais en pratique c'est difficile à mettre en place parfaitement ?

C'est normal de surveiller, je suis pour. Oui, y a le problème du manque de médecins qui va devenir de plus en plus gênant.

Par rapport à l'industrie pharmaceutique, quelle position prendrais-tu ? Par exemple, le prix des traitements influence-t-il ta prescription, ou est-ce que cela ne joue pas ?

Oui quand même.

En quoi ?

Si on arrive en me présentant le même produit en me disant que ce n'est un nouveau, c'est dans la même gamme exactement, mais il est moins cher, s'il n'est pas générique autant prendre le moins cher.

Est-ce que le ROSP influence tes prescriptions ?

Eh bah oui quand même, même si j'aime pas le dire, même si ça ne me plaît pas, je suis comme tout le monde moi, je suis bien contente de toucher un petit peu plus, vu toutes les charges, etc. Donc oui quand même, pas au point de... Mais quand même. Par contre par exemple les anciens ROSP je faisais bien attention, là j'avoue que des fois je me dis « il faudrait que je relise pour voir quels sont les nouveaux », donc tu vois je suis quand même pas obsédée...

Dernière question, quelles sont tes relations avec les diabétologues ? Est-ce que tu leur poses des questions par courrier, tu leur téléphones, tu leur envoies un mail.. ?

Je téléphone. Quand j'ai un problème, je téléphone.

Et téléphones-tu parfois à un réseau d'éducation thérapeutique ? Est-ce que tu leur adresses tes patients ?

Non, j'avais essayé mais c'est compliqué [x], et puis les gens n'ont pas envie de courir [x]. Le problème c'est pour le remboursement de la diététicienne, ça c'est dommage...

Médecin n°2

Comment avez-vous découvert ces traitements ?

Par les cours de médecine à l'université.

Pour les inhibiteurs de la DPP4, initiez-vous facilement un traitement par ces molécules ?

Non.

Pourquoi ?

Ce n'est pas la première catégorie que je mets en place dans ma prise en charge habituelle.

Pour les analogues du GLP1, initiez-vous facilement un traitement par ces molécules ?

Non.

Pourquoi ?

Parce que d'habitude après la metformine je mets du JANUVIA.

Les analogues du GLP 1 sont injectables. Initiez-vous plus facilement une insulinothérapie ?

Nous dans les habitudes ici pour la mise en place de l'insulinothérapie on avait le service de [ville] qui le faisait en hospitalisation programmée.

A votre avis, comment pourrait-on faciliter cette introduction par les médecins généralistes ? Si vous considérez que ce serait plutôt une bonne chose...

Par une formation d'un réseau local dans un atelier thérapeutique où l'on se concerta sur une prise en charge commune.

Par contre si le traitement par analogue du GLP1 a déjà été mis en place par le diabétologue et que le patient sait gérer ses injections, renouvelez-vous facilement le traitement ?

Oui.

Donc il n'y a pas de réticence sur le traitement en lui-même. Pensez-vous que le scandale du MEDIATOR vous ait rendu réticent à la prescription de médicaments récents ?

Non.

Souhaiteriez-vous une meilleure formation sur les incrétinomimétiques ?

J'en ai eu une il n'y a pas longtemps au *Preuves et Pratiques* du mois d'octobre 2017.

D'accord, et vous pensez que ça suffit, ou qu'il faudrait une meilleure formation sur ces traitements ?

Pour moi, personnellement, non, mais après d'autres médecins du secteur c'est possible s'ils ne sont pas venus à cette formation là.

Que pensez-vous des recommandations HAS pour la gestion des médicaments du diabète de type 2 dans votre pratique quotidienne ?

Joker...

C'est-à-dire ?

Euh... si je me souviens bien, c'est ceux qui veulent mettre des sulfamides en deuxième intention... Et ensuite les incrétones, voilà. Pour moi elles ne sont pas à prendre au pied de la lettre, elles sont à revoir, à refaire.

Mais de temps en temps vous vous en servez ?

Non.

Quelle est votre position par rapport à l'industrie pharmaceutique ? Par exemple, le prix des molécules influence-t-il votre prescription, ou pas du tout ?

Je ne le regarde pas.

La ROSP influence-t-elle votre prescription ?

Je ne l'ai pas encore touchée [rires].

Quelles sont vos relations avec les diabétologues ? Est-ce que c'est plutôt par courrier, par mail, par téléphone, ou pas du tout ?

Avant la semaine dernière c'était par téléphone, mais le service de [x] n'a plus de médecins, et je ne sais pas encore vers qui on va se tourner.

Etes-vous en contact avec un réseau d'éducation thérapeutique local ?

C'était celui de [x], donc joker...

Vous ne pensez pas exercer sans avoir de contact avec un diabétologue ?

Non, il en faut un absolument.

Médecin n°3

Deuxième partie sur les incrétinomimétiques en eux-mêmes. Est-ce que vous vous souvenez comment vous avez découvert ces traitements ?

Bonne question. Est-ce qu'à l'époque je recevais encore les laboratoires, je ne sais plus. Quand est-ce qu'il est sorti JANUVIA ?

On a commencé à en parler un peu avant 2010...

Oui bah c'était peut-être encore les labos. Ensuite c'est par la presse je pense. Je ne reçois plus les labos depuis un bon bout de temps, quand même...

D'accord. Pour les inhibiteurs de la DPP4, est-ce que vous initiez facilement un traitement par ces molécules ?

Oui, oui. A un moment y a eu une petite pause quand y a eu tous les doutes sur les effets pancréatiques. En plus j'ai eu un patient qui était sous JANUVIA qui a fait une pancréatite aiguë donc ça m'a un peu refroidi sur le moment. Mais là vu les nouvelles les plus récentes j'en mets assez aisément et puis les nouvelles données de l'HAS aussi qui nous stimulent un peu...

Quelle molécule introduisez-vous principalement ?

JANUVIA, c'est celui que je connais le mieux, voilà.

En monothérapie, ou en association avec d'autres antidiabétiques ?

Bah on commence toujours par la metformine dans la mesure du possible. Jusqu'à présent c'était plutôt en troisième intention, puisqu'on plaçait les sulfamides hypoglycémiantes en deuxième ligne mais maintenant c'est plutôt l'inverse, si j'ai bien appris ma leçon... Donc... Mais en cas d'intolérance à la metformine, ce qui n'est quand même pas rare, effectivement maintenant j'ai de plus en plus de patients qui sont sous JANUVIA en monothérapie.

Alors, ensuite, pour les analogues du GLP1, pareil est-ce que vous initiez facilement un traitement ?

Non, non ça franchement non, [hésitation] oui est-ce que... Je ne sais pas pourquoi... Est-ce que c'est le fait que ce soit injectable qui fait qu'il y a un peu un frein... Euh... Non ça c'est vrai que je le réserve plutôt à mes collègues hospitaliers, je vous avouerais franchement que je ne saurais pas comment initier et pourquoi mettre un incrétine-like plutôt qu'un inhibiteur de la DPP4... Oui ça j'avoue, bon...

Donc plutôt parce que c'est injectable, et que les indications ne sont pas très claires ?

Oui voilà tout à fait.

Et par contre le fait que ce soit injectable c'est un frein, mais est-ce que vous initiez facilement une insulinothérapie ?

Oui oui... Enfin, facilement... Les glargines oui, ce n'est pas quelque chose que je fais tous les jours bien évidemment mais chez des personnes, des personnes âgées etc on ne se pose pas trop de questions... Donc ça m'est déjà arrivé d'en prescrire effectivement, de prescrire des insulines dans des circonstances un peu particulières. Bien que ce soit en général plutôt le rôle du diabétologue je trouve, mais...

Par contre si le traitement par analogue du GLP1 a été initié par le diabétologue, vous n'avez pas de soucis à le renouveler sur les ordonnances ?

Non, non, pas du tout.

Une autre question : pensez-vous que le scandale du médiateur et le retrait des glitazones vous aient rendu réticent à la prescription de molécules récentes ?

Non.

Non, ça n'a rien changé ?

Enfin pas plus... Non non ça n'a rien changé. Pourquoi cela entraînerait une réticence vu que le MEDIATOR n'était pas une molécule récente et les glitazones ça faisait un moment qu'on en prescrivait aussi... Non non je pense pas qu'il y ait un effet... Alors l'effet par rapport aux molécules récentes il existe quand même, mais je dirais pas à cause des problèmes liés au médiateur, parce qu'il y a toujours un frein à prescrire des molécules qui sont sur le marché depuis peu de temps...

Souhaiteriez-vous une meilleure formation sur ces nouveaux médicaments antidiabétiques ?

[Soupir] Oui et non... Oui... Bah, on a l'avantage d'avoir un réseau de diabétologie assez efficace sur [ville]. Pour un soucis je les envoie au diabéto, pour l'instant je n'ai pas vraiment de problème...

Donc pour l'instant, pas forcément d'intérêt ?

Non, non.

Ok. Troisième et dernière partie : vos interactions avec les autres professionnels de santé dans la prescription des incrétinomimétiques. Alors, que pensez-vous des recommandations HAS dans la gestion des médicaments du diabète de type 2 dans votre pratique quotidienne ?

Je ne les ai pas lues en détails, j'en ai entendu parler dans la presse, des nouvelles recommandations qui placent toujours la metformine en première intention... Et ensuite les incrétin-like en deuxième ligne... euh... après ça... attendez, quelle était la question déjà ?

Qu'en pensez-vous, sont-elles simples à utiliser ?

Oui, oui. La voie orale est quand même plus facile à utiliser... C'est vrai que ces associations que l'on a, metformine et... Je ne sais plus la DCI du JANUVIA... Ces associations fixes sont quand même pas mal... Je ne suis pas toujours fan des associations fixes mais bon, ça peut être utile... L'interaction avec les autres professionnels que sont les diabétologues, elles vont surtout exister lorsque l'on a un échec thérapeutique, ou vraiment quand on ne s'en sort plus avec des effets secondaires mal maîtrisés, etc. Je dirais qu'actuellement avec les nouvelles recommandations HAS ça simplifie encore plus peut-être... Metformine, JANUVIA... Et puis ensuite si ça marche pas... Bon. Y a des patients qui sont très compliqués à gérer, j'ai une patiente issue du Maghreb qui est tout le temps partie, on a du mal à donner des rendez-vous... Donc chez ces patients on a peut-être plutôt tendance à gérer ça un peu tout seul parce qu'on n'a pas trop le choix. Sinon moi dès que j'ai un échec on envoie au diabéto.

Justement quelles sont vos relations avec les diabétologues ? C'est plutôt par courrier, par mail... ? Vous indiquez au patient de prendre directement rendez-vous avec lui ?

Ca dépend si c'est juste une surveillance oui c'est le patient qui prend rendez-vous, sinon oui c'est un mail si j'ai un patient à 10% d'HbA1c là c'est un mail pour une hospitalisation programmée. Ca marche très bien avec le réseau de diabéto d'ici.

Et avez-vous des relations avec les réseaux d'éducation thérapeutique ?

Non pas spécialement... Y en a un qui a été mis en place par la CPAM, qui est un peu étranger... Ils ont beau nous dire de nous investir dedans, ils font un peu leur beurre de leur côté... Souvent les gens me disent qu'ils sont été contactés, je ne sais plus comment il s'appelle... C'est un oubli symptomatique justement ! [rires] Mais oui souvent les gens me disent « tiens j'ai été appelé par une infirmière d'éducation thérapeutique qui m'a dit qu'il fallait que je fasse bien attention à faire ma créatinine, mon albumine... ». Bon c'est plutôt pas mal. Le problème c'est la mise en place parce que ça prend du temps, on ne se rend pas compte qu'à chaque fois il faut remplir des dossiers...

Enormément d'administratif.

Oui, et on en a déjà pas mal à faire...

Oui, j'imagine bien. Justement en parlant de la sécurité sociale, est-ce que la ROSP influence vos prescriptions, ou pas du tout ?

Un petit peu, quand même, un petit peu. C'est vrai que c'est un stimulant. Là, dans le nouveau ROSP par exemple, je vois dans la surveillance des pieds des patients, ils nous stimulent un peu... Oui moi je

trouve que c'est pas mal, il y a un petit aiguillon qui dit « tiens, ça serait peut-être bien d'y penser un peu plus », moi je trouve ça pas mal. **Bon. Oui, c'est pas inutile en tout cas. Et puis ça change. Jusqu'à présent on était contrôlés plus sur les HbA1c, là ils ont laissé tomber. Oui non mais c'est pas mal, ça remet des habitudes en place, moi ça ne me dérange pas en tout cas.**

Dernière question. Quelle est votre position par rapport à l'industrie pharmaceutique, par exemple est-ce que le prix des molécules influence votre prescription ? Ou non ?

Bah dans le cas du diabète pas trop, parce que... La metformine elle coûte rien, de ce côté il n'y a pas trop de soucis à les mettre sous metformine, après ça c'est les incrétines qui sont apparemment chères... D'un autre côté, un patient mal équilibré il coûte très cher aussi à la société... Alors peut-être pas dans le diabète, il y a certainement d'autres terrains où on y fait beaucoup plus attention, au niveau des antihypertenseurs par exemple, mais là dans le diabète c'est peut-être pas trop le soucis vu l'enjeu thérapeutique.

Médecin n°4

Pour les inhibiteurs de la DPP4, est-ce que tu inities facilement un traitement par ces molécules ?

Non, jamais.

Pour les analogues du GLP1, pareil est-ce que tu inities facilement un traitement ?

Non, jamais.

Ok, pareil. Pour les inhibiteurs de la DPP4, pourquoi est-ce que tu n'inities pas de traitement ?

Pas assez de connaissance, enfin... Non, pas assez de connaissance.

Et pareil pour les analogues du GLP1 ?

Pareil, pas assez de connaissance non plus.

Ok. Comment penses-tu que l'on pourrait améliorer les connaissances sur ces traitements ?

Des formations, en EPU... les trucs-là.

Plutôt quelqu'un qui viendrait à ton cabinet pour te former, ou toi qui irais à une formation ?

Non plutôt aller à une formation.

Plutôt organisée par qui ? Par les labos, par la sécu... ?

Par des diabéto.

Par contre si ces traitements sont prescrits par un diabétologue, est-ce que tu les renouvelles ?

Oui.

D'accord. Et inities-tu facilement un traitement par insuline ?

Non.

Tu adresses au diabéto aussi ?

Oui.

Penses tu que le scandale du médiateur et le retrait des glitazones t'aient rendue réticente à la prescription de molécules récentes ?

Non.

Enfin, troisième partie : quelles sont tes interactions avec les autres professionnels de santé dans la prescription des inhibiteurs de la DPP4 et analogues du GLP1, notamment que penses-tu des recommandations HAS pour la gestion des médicaments du diabète de type 2 ?

Je ne connais pas les recommandations HAS. C'est quoi les recommandations HAS ?

Euh c'est tout un arbre qui t'explique quoi prescrire en fonction de l'évolution du patient et des traitements, savoir quoi prescrire...

Oui donc normalement c'est metformine, après tu rajoutes le biguanide, après tu rajoutes le fameux glucor ou l'acarbose ou pas, mais en fait moi après l'arbre décisionnel je ne suis plus puisque j'envoie chez le diabéto.

Quelle est ta position par rapport à l'industrie pharmaceutique, notamment est-ce que le prix des traitements influence tes prescriptions ?

Oui.

Dans quel sens ?

Quand c'est cher il vaut mieux que le traitement soit instauré de façon bien stricte. Pour moi le gaspillage ne sert à rien. Si effectivement un patient mange toute la journée et n'a aucune hygiène alimentaire, et ensuite on va lui mettre un médicament à 4000 euros qui bien sûr ne changera pas forcément son HbA1c puisqu'il continue à ne pas faire de sport et à manger n'importe comment, bah ça ne sert à rien, donc ouais...

Donc finalement le profil du patient et le prix des médicaments sont deux choses à prendre en compte dans tes prescriptions au final ?

Oui.

Autre question : est-ce que la ROSP t'influence dans tes prescriptions ?

[silence] **Je ne pense pas, mais je crois qu'on est un peu tous... Je ne sais pas. [silence] Ca dépend sur quoi [rires]. Je ne pourrais pas franchement répondre parce qu'en fait dans les ROSP, y a tellement de trucs maintenant... Je ne sais pas. J'essaie de chercher qu'est-ce qui a changé quoi depuis qu'on fait les ROSP... Non, moi je fais toujours autant d'HbA1c, les fameuses... Pareil l'ophtalmo je demande toujours, le pied je regarde toujours, le monofilament je le fais... Je ne pense pas que ça ait changé par contre ça peut te remettre à jour quand tu revois ce qu'ils te disent, et te dire que « ah ouais ça, peut-être que »...**

Ok, ça te guide en gros mais ce n'est pas fondamental ?

Ouais.

D'accord.

Et je ne me fierais pas au ROSP pour savoir ce qu'il faut exactement faire, parce que j'ai l'impression que, hein... Des fois c'est juste pour les arranger...

Enfin, dernière question : quelles sont tes relations avec les diabétologues globalement ? Est ce que c'est par courrier, par mail, par téléphone... ?

Par téléphone et par courrier.

Téléphone et courrier d'accord. Es tu en contact avec un réseau d'éducation thérapeutique ?

Non, et c'est dommage.

Médecin n°5

Quelle forme de formation médicale continue suivez-vous en général ?

C'est plutôt les formations au niveau de MG-form, et puis sinon on a aussi un groupe qualité. C'est une réunion par mois entre médecins du même secteur et on a des thèmes parfois imposés, parfois libres, qui sont plutôt centrés sur les difficultés que l'on peut rencontrer en pratique quotidienne.

Niveau littérature ?

Non, pas le temps ! [rires]

Deuxième partie sur les nouveaux traitements du diabète de type 2, à savoir les inhibiteurs de la DPP4 et les analogues du GLP1. Est-ce que vous vous souvenez comment vous avez découvert ces traitements ?

Je pense honnêtement sur des ordonnances de patients sortis soit d'hospit, soit de consultation avec endocrino.

D'accord. Alors, pour les inhibiteurs de la DPP4, les gliptines, est-ce que vous initiez facilement un traitement par ces molécules ?

Je ne les ai jamais initiées, honnêtement.

D'accord, pourquoi ?

Je pense par méconnaissance.

Ca marche. Pour les analogues du GLP1, pareil est-ce que vous initiez facilement un traitement par ces molécules ?

Je vais répondre à la même question, la seule façon dont je les connais c'est pareil, sur des ordonnances déjà faites, et je ne les initie pas parce que je ne connais pas.

D'accord, par contre pour les deux traitements, vous n'avez aucune réticence à renouveler des ordonnances qui ont déjà été faites ?

Non parce que même si je ne connais pas bien, comme on a une base de données avec des interactions médicamenteuses et tout, je vois bien qu'il n'y a pas de contre-indication, donc pour renouveler non ça ne me pose pas de soucis.

Très bien. Pensez-vous que le scandale du médiateur et le retrait des glitazones vous aient rendue réticente à la prescription de molécules récentes ?

Non.

Pour les nouveaux antidiabétiques, souhaiteriez-vous une meilleure formation sur ces médicaments ?

Ben oui, je me dis justement au vu des données là que je n'avais pas vraiment envisagées, qu'en effet ça serait peut-être utile parce que j'avais l'impression de connaître pas trop mal tout ce qui était antidiabétiques oraux et autres, et je me dis qu'en effet il y a des classes thérapeutiques que je ne connais pas très bien.

Les nouvelles molécules c'est un peu flou ?

Oui voilà exactement.

Sous quelle forme vous souhaiteriez une formation ? Ce serait quoi l'idéal ?

Ben moi j'aime bien les formations que je fais habituellement sur 2 jours et c'est vrai que je ne regarde pas forcément pour tout ce qui est diabète mais je regardais la liste ce matin des formations et du coup il y avait diabète et je suis en train de me dire et ben pourquoi pas ? [rires]

Bien, très bien. Je reviens juste sur les analogues du GLP1 qui sont des traitements injectables. Est-ce que le fait que soit injectable pour vous ce serait un frein, pour vous, à initier ?

Non parce qu'on le fait avec l'insuline, donc je ne pense pas que ce soit la technique qui est le frein, c'est plutôt la méconnaissance.

Ok, très bien. Troisième partie, vos interactions avec les autres professionnels de santé dans la prescription de ces nouveaux médicaments. Tout d'abord qu'est-ce que vous pensez des recommandations HAS pour la gestion des médicaments du diabète de type 2 dans votre pratique quotidienne ?

C'est-à-dire la gestion dans... ?

Est-ce que ça vous aide ? Est-ce que vous les regardez souvent ? Est-ce que vous trouvez qu'elles sont bien faites ?

Oui, pour prendre une décision. Pour ajouter un médicament ou quoique ce soit, oui. Je pense que c'est utile. De se dire par exemple voilà j'ai demandé à mon patient de faire attention, l'hémoglobine glyquée je ne suis pas dans les objectifs, il a déjà ça comme traitement, qu'est-ce que je peux ajouter ?

Parfait. Quelle est votre position -alors c'est un petit peu vaste- par rapport à l'industrie pharmaceutique ? Par exemple est-ce que le prix des traitements influence votre prescription, ou ça c'est secondaire et puis on suit les recommandations quels que soient les prix ?

Non, je vais plutôt suivre les recommandations quel que soit le prix.

Très bien. La ROSP influence-t-elle un petit peu vos prescriptions ?

Non, parce que... Je, c'est-à-dire que... Je veux pas que ma pratique soit faite pour avoir une rémunération, donc c'est dans ce sens là que je dirais que ça n'influence pas, après si je vois que sur un critère je ne suis pas très performante, je vais plutôt aller fouiller les recommandations, pour voir si le critère est justifié, et à ce moment-là, si je trouve qu'il est.. enfin...

D'accord, c'est un guide en fait, mais ce n'est pas une carotte quoi ?

C'est carotte, mais ça me permet de me sensibiliser en me disant mince les nouvelles recos disent que c'est plutôt comme ça qu'il faut faire, eh bien je vais changer ma pratique mais tout en ayant vérifié avant que c'est en relation avec les recos, et pas en relation avec un intérêt financier.

Parfait. Dernière question. Quelles sont vos relations avec les diabétologues ? Est-ce que vous n'en avez pas, est-ce que c'est par courrier, par mail, par téléphone... ?

Bah en fait ça dépend du degré d'urgence, c'est à dire que ces 3 modes de communication je les utilise, après le téléphone c'est plus pour les urgences, le mail c'est plus pour l'avis, mais oui je communique pas mal parce que je trouve que c'est bien d'avoir un retour et puis comme c'est vrai que les spécialistes sont très pris, eh bien des fois ça évite de bloquer leurs consults si juste un avis ça permet, et du coup comme ça on est sûrs de pouvoir le gérer en ville, je fais ça comme ça, ou nan l'endoc me dit que c'est mieux de le voir et à ce moment-là voilà.

D'accord, ça permet de réguler un peu le flux ?

C'est ça.

Et est-ce que vous travaillez avec un réseau d'éducation thérapeutique local ?

Non pas trop, je l'ai fait pendant un temps, mais plus trop actuellement.

Médecin n°6

Les inhibiteurs de la DPP4 et les analogues du GLP1 : est-ce que vous vous souvenez de comment vous avez découvert ces traitements ?

Alors ils sont apparus au moment de ma formation d'interne, ils venaient de sortir, c'était des tout nouveaux, tout nouveaux traitements, on n'avait pas encore le retour sur les effets secondaires, voilà et ils étaient tous un peu dans le même sac et c'est pour ça que c'était difficile de définir l'action de chacun. Voilà j'ai très bien l'action de la metformine et voilà, enfin ceux... Enfin le mécanisme physiopathologique, alors que par contre sur les inhibiteurs voilà c'était flou et c'était beaucoup plus complexe. Les labos nous les ont présentés, enfin ça me semblait moins simple, mais peut-être parce que ça ne me semblait pas encore assez simple pour l'esprit de tout le monde.

Quand vous dites formation d'interne donc c'est plutôt des labos à l'hôpital en fait ?

Ouais, c'est ça.

C'était pas à la fac ?

C'était pas à la fac, non. Et, du coup, c'est pareil, les formations par les labos, bah... J'ai du mal à retenir. Voilà.

C'est un peu biaisé peut-être ?

Voilà, ça a biaisé, j'avais une approche labo et donc très vendeuse, et non pas une approche médicale objective.

Pour les inhibiteurs de la DPP4, est-ce que vous initiez facilement un traitement par ces molécules ?

Je les initie pas facilement... Parce que en fait j'initie toujours avec metformine la plupart du temps, sauf quand il y a des contre-indications, sinon je passe alors je ne sais plus comment ça s'appelle mais euh avec le diamicon, l'hémidaonil...

Les sulfamides ?

Les sulfamides, voilà. Les sulfamides hypoglycémiant. Et en fait si en faisant l'association de ces deux-là ça suffit pas, le patient est en bout de course en fait, alors sur des patients diabétiques de type 2 ça veut dire qu'ils ont du mal à suivre le régime, à faire les trucs, et donc du coup il va falloir passer à une prise en charge pluripro. Voilà, et donc en fait je les introduis pas, parce que pour moi ça va être mis en place par le spécialiste, puisque le patient est un peu réfractaire à la prise en charge ou alors son diabète est plus complexe, et donc je pense que c'est pour ça que je ne l'introduis pas.

Ca relève du spé ?

Ben je pense que je pourrais le faire. C'est pas l'introduction du médicament qui relève du spé, c'est la prise en charge.

Le contexte ?

C'est ça.

Ok. Est-ce que vous pensez que l'on pourrait faciliter cette introduction en ville ou que ça n'a pas sa place dans les prescriptions en ville ?

Alors ça a sa place dans les prescriptions en ville. Ca m'arrive de le faire quand j'appelle mon collègue, voilà. En fait quand c'est comme ça je demande enfin, sur les patients que j'adresse en endoc et je vois où il y a un délai de rendez-vous assez long etc, ou que le patient ne peut pas tout de suite ben je peux appeler et l'introduire en fait, mais... Toujours c'est parce qu'il faut que le patient soit adhérent. Pour moi plus je vais mettre de médicaments au patient, et plus il y a de risques, c'est pas forcément le... l'inhibiteur, voilà, mais... mais... du coup... euh pour moi il faut que la pathologie soit prise en charge de manière plus globale. Voilà je peux l'introduire, enfin s'il y avait une démarche entre guillemets protocolée de travail pluripro avec un lien ville-hôpital... euh développé, ça poserait aucun soucis. Ils rentreraient hop dans le truc, il va être hospitalisé tant de temps. Après avec l'hôpital et la situation sur la région c'est compliqué, en ce moment tout le monde est surbooké, surchargé, donc c'est compliqué, et souvent euh... Le problème ça ne va pas être les patients qui suivent les choses, ceux-là ça va être assez simple, c'est ceux qui sont réfractaires, qui n'ont pas forcément accepté leur maladie de diabète, et qui ne vivent pas encore avec mais qui vivent contre leur diabète, et du coup voilà, c'est chez ceux-là que l'on va avoir besoin d'introduire.

Ok, très bien. Pensez-vous que le scandale du mediator vous ait rendue réticente à la prescription de nouvelles molécules ?

Oui, très clairement, oui. Ca avec en plus l'appréhension que j'avais avant même, d'avoir été formée par les labos, et avec un discours biaisé, et je pense qu'il y a des molécules comme ça, où le discours de départ a été biaisé parce qu'on a voulu vraiment faire la promotion comme n'importe quel objet qu'on vend, alors que l'on est quand même dans le domaine du médicament et du coup, y avait déjà un a priori qui était compliqué, enfin j'avais une adhésion difficile au traitement, et avec cette histoire-là je me suis dit eh ben j'ai bien fait de ne pas en prescrire en fait, et voilà. Et ça a participé oui je pense.

Est-ce que vous souhaiteriez une meilleure formation sur les nouveaux antidiabétiques ?

Bah oui, enfin une formation par rapport à la prise en charge du patient diabétique. Après sur les formations présentiellelles dont je parlais, y a ce genre de choses voilà je pense, mais c'est juste que j'ai pas fait, donc voilà.

D'accord donc plutôt sous forme de formations présentiellelles ?

Oui, avec une prise en charge complète. En plus c'est pareil sur le diabète y a pas que le traitement, et donc ça peut intégrer tout le reste, donc une mise à jour sur la prise en charge du patient diabétique globalement ça peut être bien.

Ok. Troisième partie : vos interactions avec les autres professionnels de santé dans la prescription des nouveaux antidiabétiques. Du coup, que pensez-vous des recommandations HAS pour la gestion de médicaments du diabète de type 2 dans votre pratique quotidienne ?

Je dois avouer que je pense que je ne l'ai pas regardée récemment et donc euh... Voilà je suis restée sur mes recos que j'avais, mais je n'ai pas regardé là récemment, voilà.

Justement, quelle est votre position par rapport à l'industrie pharmaceutique, notamment est-ce que le prix des traitements influence vos prescriptions ?

Oui, oui.

Dans quel sens ?

Clairement, ça a fait partie aussi, et quand j'ai vu sur l'ordonnance le tarif que c'était, bah... C'était complexe. C'est-à-dire que quand il y a ces tarifs-là pour un traitement anticancéreux pour un patient voilà, ou dans l'ordre de la spécialité dans un traitement curatif qui est en dehors de ce que pourrait amener le patient. Sur le diabète y a clairement les règles hygiéno-diététiques en tout premier avec l'activité physique, et donc avant de prescrire ça je vais préférer qu'il fasse de l'éducation thérapeutique, qu'il soit actif, qu'il soit pro-actif. Et si on est limité par le patient actif, après introduire. Mais du coup euh.. C'était l'industrie c'est ça ?

Oui, est-ce que le prix des traitements influence vos prescriptions ?

Sur ça clairement, ça a influencé, voilà. Parce que, enfin voilà, j'introduis des anciens qui ont leurs effets indésirables mais connus, et ils sont vraiment nettement moins chers.

Est-ce que la ROSP influence vos prescriptions ?

Alors euh le ROSP influence mes prescriptions ? Par exemple, là sur le ROSP, on a remarqué cette année qu'il fallait faire la micro-albuminurie sur échantillon. Alors on a fait des micro-albuminuries parfois sur 24h, mais ça ne rentre pas en compte... Voilà voilà voilà... Alors après euh ça, je dirais que pour que le ROSP puisse influencer sur ma prescription il faudrait qu'il soit explicité. C'est à dire « on a choisi cet item là parce que dans la recos HAS qu'on joint, c'est ce qui est recommandé, c'est moins coûteux » et fait avec la démarche à faire et voilà, le ROSP qu'on pond et dont on ne connaît les critères qu'en fin d'année, et qu'il faut se dépêcher de relever les critères du patient en pleine période d'épidémie en janvier, voilà, c'est à dire que ça peut être compliqué. Voilà, pour que ça influence les prescriptions, le ROSP, il faudrait que les indicateurs soient connus de longue date, qu'ils ne soient pas modifiés 3 mois avant qu'on ait besoin de répondre aux critères, et qu'ils soient à un autre moment de l'année, enfin je pense que la période la plus propice ce serait mai-juin, où c'est un peu plus calme voilà, et puis qu'ils soient à valeur de conseils et avec de la documentation si on souhaite associer comment les décisions du choix de critère ROSP ont-il été choisis. Voilà, juste avec un dossier documentaire de recherche associé, ce qui permettrait quand on y réfléchit de voir pourquoi et de se forger sa propre opinion et de rester maître dans la prescription et ne pas suivre bêtement un indicateur, et être vraiment dans cet indicateur est choisi parce que y a ça, ça, et pas ça.

D'accord, donc finalement le ROSP n'influence pas vos prescriptions ?

Ben, si le ROSP suit les recos... En fait le ROSP va peut-être me faire questionner sur les recos. Sur le truc de la micro-albuminurie sur 24h ou sur échantillon, on s'est rendu compte que l'on n'avait pas forcément les mêmes pratiques, voilà, et je dis pourquoi l'un plus que l'autre, et les 2 postures se valaient, et je me suis dit pourquoi ils ont choisi ça et pfff, voilà. Alors du coup je pense que oui, s'il

était accompagné du dossier documentaire qui a fait choisir le ROSP, il pourrait avoir une valeur, et que je pense que ça pourrait même être quelque chose de très intéressant.

Et enfin dernière question : quelles sont vos relations avec les diabétologues ? On en parlait un peu tout à l'heure, plutôt courrier, mail téléphone... ? Aucune ?

Ca dépend des diabétologues en fait [rires] et de moi, probablement aussi. C'est-à-dire que j'ai plutôt tendance à écrire avec des mails, le problème c'est que l'on est tenu par la CNIL, il faut avoir des mails sécurisés et que quand ce n'est pas sécurisé je demande toujours l'accord du patient, on n'est pas censés le faire mais ça permet d'avancer la prise en charge. Plutôt mail... J'appelle aussi, quand voilà... D'ailleurs, sur les introductions des DPP4, des GLP, voilà, souvent j'ai un appel.

Et êtes-vous en lien avec un réseau d'éducation thérapeutique local ?

Alors y en a un sur [x], donc j'y adresse mes patients, après les réseaux d'éducation thérapeutique qui sont en hospitalier décentralisés, me posent plus soucis parce qu'on est déconnecté avec la réalité du patient qui se trouve chez lui, je trouve que l'éducation thérapeutique c'est bien que ce soit sur le secteur où le patient vit, même si c'est à l'hôpital mais l'hôpital de secteur, pas le CHU quoi, où on est vraiment dans les trucs très pointus, je trouve que l'éducation thérapeutique c'est bien que ça se déplace au plus proche du patient.

Médecin n°7

D'accord. Deuxième partie du questionnaire, vraiment sur votre prescription des nouveaux traitements du diabète de type 2 à savoir les inhibiteurs de la DPP4, ou gliptines, et puis les analogues du GLP1. Alors pour les deux classes, est-ce que vous vous souvenez de comment vous avez découvert l'existence de ces médicaments ?

Pas du tout. Nan. Délégué de la sécu, non. Laboratoire pharmaceutique, j'en sais rien... Formation... Non, je ne sais plus.

Pour les inhibiteurs de la DPP4, est-ce que vous initiez facilement un traitement par ces molécules ?

Oui, ceux-là, oui. Facilement, quand il faut, que l'hémoglobine n'est pas aux objectifs, sous mono ou bithérapie, ça dépend...

C'était ma prochaine question d'après : plutôt mono ou bithérapie ? Quelle molécule ?

C'est-à-dire ? Quand est-ce que je l'introduis, ou... ?

Comment, en pratique ? Est-ce que vous essayez d'abord en monothérapie, et après vous ajoutez... ?

J'essaie en monothérapie d'abord autre chose, sulfamide ou biguanide, et après s'il y a échec on rajoute.

Laquelle ?

JANUVIA, c'est celle que je sais le plus manier.

Et vous passez après facilement au Janumet, du coup ? La forme associée ?

Oui mais alors des fois je ne vois pas toujours l'intérêt parce que des fois ils ont des doses de metformine qui ne correspondent pas forcément, donc l'association, des fois... On a déjà des doses de metformine à 3 fois par jour pour certains, alors je sais que c'est pas forcément dans les recos etc, et du coup mettre janumet ils ont moins de comprimés à avaler le matin, mais ça n'enlève pas de prise, le midi ils restent quand même avec leur prise. Donc oui je propose aux patients.

Et pour l'autre classe, les analogues du GLP1, qui sont eux injectables, est-ce que vous initiez un traitement ?

Eux non, pour le coup... en fait je pense que je n'en ai jamais initié mais parce que je ne les connais pas bien, je ne sais pas les manier... [rires]

Vous pensez que le fait que ce soit injectable c'est un frein à la connaissance de ces médicaments ? Ou ça ne change pas grand chose ?

A la connaissance je ne sais pas, après je pense qu'ils sont arrivés un peu plus tard que les autres... Je ne sais pas pourquoi. . Après j'avoue que... ils n'agissent pas tous les deux au même endroit... Moi je sais pas trop la pharmaco, alors que le JANUVIA je le connais, l'autre non...

D'accord. Par contre est-ce que vous initiez facilement un traitement par insuline, ou est-ce que vous adressez à l'hôpital ?

Oui l'insuline lente, oui.

Par contre si un diabétologue a déjà prescrit un analogue du GLP1, vous n'avez aucun problème à renouveler une ordonnance chez un patient qui connaît son traitement ?

Non, non, pas de soucis. Mais je ne les vois pas passer non plus...

Pensez-vous que le scandale du médiateur vous ait rendue réticente à la prescription de molécules récentes ?

Non, non.

D'accord. Pour les nouveaux antidiabétiques, est-ce que vous souhaiteriez une meilleure formation sur ces médicaments ? Si oui, sous quelle forme ?

Plutôt en FMC. En présentiel c'est quand même plus facile, plus vivant.

Très bien. Au niveau de vos interactions avec les autres professionnels de santé dans la prescription des nouveaux antidiabétiques et mêmes des antidiabétiques en général, qu'est-ce que vous pensez des recommandations HAS pour la gestion des médicaments du diabète de type 2 dans votre pratique quotidienne ?

Déjà faut connaître les recommandations HAS du diabète de type 2...

Est-ce que vous les regardez ?

Euh des fois je les regarde, après je ne sais pas où on en est, parce qu'en plus pour le diabète ça change tout le temps, notamment ces dernières années. Je crois que dernièrement on était repassés aux sulfamides pour lesquels je ne suis pas du tout partante... Ce ne sont pas la classe de médicaments qui rentre dans mes prescriptions donc voilà j'étais bien contente quand ils n'étaient pas en première intention et voilà, et il me semble que maintenant ils étaient revenus en première intention, sauf que moi je ne... Sauf si le profil du patient est favorable à ce genre de traitement... En tout cas c'est pas du tout...

A cause du risque d'hypoglycémie ?

Oui, voilà, donc les recommandations HAS je pense ne pas les suivre actuellement. [rires]

A revoir ? [rires]

Éventuellement, oui. Après ça ne colle pas toujours au terrain. Entre les recommandations et la pratique... on s'adapte.

Autre question un petit peu plus large : quelle est votre position par rapport à l'industrie pharmaceutique, par exemple est-ce que le prix des molécules influence vos prescriptions ou pas ?

Ca peut, disons que si les médicaments ont la même preuve d'efficacité et qu'il y a en a un qui est beaucoup moins cher que l'autre, on va avoir tendance à prendre celui qui est le moins cher, après s'il y a vraiment un bénéfice que l'on ne peut pas avoir avec d'autres molécules, on va quand même le prescrire.

La ROSP influence-t-elle votre prescription ?

Non.

Dernière question : quelles sont vos relations avec les diabétologues ? Plutôt aucune, par courrier, par mail, par téléphone.

Par courrier, par mail et puis des fois par téléphone... En résumé ça se passe bien ! [rires]

Dernière question : êtes-vous en contact avec un réseau d'éducation thérapeutique local ?

Non.

Médecin n°8

Les incrétines du coup, les inhibiteurs de la DPP4 et les analogues du GLP1. Est-ce que vous vous souvenez comment vous avez découvert ces traitements ?

Bah euh je pense par les visiteurs médicaux, la première fois, ouais, je pense, hein, quoique... Ou dans mes cours de DU... Mais à la fac je crois que c'est... non, j'avais fini la fac quand c'est sorti. Je sais pas le premier en quelle année il est sorti ?

2008.

Ouais c'est ça j'étais déjà installée. Donc oui visiteur médical je dirais.

D'accord. Pour les inhibiteurs de la DPP4, ceux qui sont par voie orale, est-ce que vous initiez facilement un traitement par ces molécules ?

Ouais, ouais quand même. Pas en première intention, mais ouais.

Pas de difficulté ?

Non, j'initie sans problème.

D'accord, donc pas en monothérapie ? En complément ?

Ca peut arriver si y a une intolérance mais c'est pas en première intention. Ca peut être en monothérapie ou si contre-indication aux biguanides, metformine et...

Sulfamides ?

Oui voilà sulfamides je cherchais le mot.

Ok. Quelle molécule vous prescrivez en priorité ?

Euh...

Comme ça, par habitude ?

Euh januvia.

Et est-ce que vous l'utilisez des fois en association ? Par exemple le Janumet ?

Ouais, ça peut arriver, ouais quand même. Pour faciliter la prise et l'observance, ouais.

Ok. Alors ensuite, pour les analogues du GLP1, donc ceux qui sont injectables, pareil, initiez-vous facilement un traitement par ces molécules ?

Non.

Pourquoi ?

D'abord parce que je n'y pense pas de prime abord, dès que je pense injectable je vais plus me tourner vers l'insuline. Pour moi c'est... Bah je connais mieux, je garde peut-être un a priori que... si on en arrive à de l'injectable je veux que ce soit efficace plus rapidement donc je vais penser plutôt à l'insuline. Donc j'ai peut-être tort, et je vais plus renouveler les injectables qui ont déjà été prescrits.

Voilà c'était la question d'après, par contre vous renouvelez facilement ?

Oui sans soucis, ce matin j'ai renouvelé, et sur des associations que j'aurais tendance à ne pas faire. Je prends juste l'exemple d'un patient ce matin que je viens de récupérer, un nouveau patient, il a

metformine, je crois qu'il a aussi un sulfamide, un injectable analogue, et insuline. Et pareil je sais que [dans la région où je travaillais avant] on avait un endocrinologue qui faisait des mélanges incroyables, à l'hôpital. Donc ça peut m'arriver d'en renouveler mais je tilte un peu sur ce genre d'ordonnance.

D'accord, donc renouveler ok mais initier quand même pas ?

Oui.

Et est-ce que vous initiez facilement une insulinothérapie ou est-ce que vous laissez le diabète gérer ?

Ca peut m'arriver, sur une insuline lente, plutôt.

D'accord, donc initier un traitement injectable, ça ne vous dérange pas ?

Sur le diabète de type 2. Sur le diabète de type 1, jamais.

Bien sûr. On ne parle pas du tout du type 1.

J'envoie facilement quand même à l'endocrinologue.

Mais éventuellement, pour vous, démarrer un traitement injectable, ce n'est pas gênant ?

Nan, nan.

Donc pour l'analogue du GLP1, ce n'est vraiment pas le fait que ce soit injectable qui vous gêne ?

Non.

A votre avis, comment pourrait-on, et devrait-on, faciliter l'introduction de ces traitements par les médecins généralistes ? Faut-il mettre en place des consultations d'éducation thérapeutique... ? Les médecins généralistes devraient-ils être mieux formés, ou ce n'est pas à nous de le faire ?

Euh... Oui, effectivement, les ateliers thérapeutiques ça me paraît bien en théorie, après en pratique comment on fait... ?

C'est pas simple à mettre en place ?

Ce n'est pas simple.

Mais dans l'idée, pourquoi pas... ?

Un partenariat avec les infirmières oui ça peut être pas mal... et peut-être oui une meilleure connaissance sur ce produit-là, en tout cas sur les analogues du GLP1, ouais. Les outils moi je sais que les labos, j'ai, j'ai des stylos pour les démonstrations, des petits carnets avec les sites d'injection avec des dessins, j'ai ma petite pochette, voilà. C'est des outils que j'utilise beaucoup, je pense qu'un dessin, que les gens puissent... Parce que quand même, ce qu'on explique, si y a pas un écrit... Et c'est vrai que pour les analogues je pense pas que j'en aie...

Et ça c'est les labos qui vous les donnent ?

Ouais, ouais. Tout ce que j'ai gardé ça vient des labos.

Ok. Pensez-vous que le scandale du médiateur vous ait rendue réticente à la prescription de molécules récentes ?

Euh moi non.

Et enfin troisième partie, concernant vos interactions avec les autres professionnels de santé dans la prescription des incrétinomimétiques et même dans la prescription médicamenteuse du diabète de type 2. Que pensez-vous des recommandations HAS pour la gestion des médicaments du diabète de type 2 ?

C'est-à-dire ?

Est-ce qu'elles sont faciles d'utilisation ? Est-ce que vous vous en servez ? Est-ce que vous les connaissez ?

Je devrais les regarder. En plus elles ont changé il me semble quand ils ont supprimé... Ils ont été suspendus... Ca a changé ? Du coup pour les demandes d'ALD, il ne fallait plus mettre selon protocole HAS parce que les recommandations ont été suspendues... Euh non je pense que j'essaie de les suivre...

Maintenant... Après... J'essaie de les suivre mais je sais que maintenant y a une suspicion sur les recommandations HAS même dans la presse médicale... Qu'elles ne sont pas toujours, parfois remises en cause...

Ok vous essayez de les suivre mais ce n'est pas inflexible ?

Oui, et puis je pense que je ne le fais pas toujours de manière rigoureuse. Je les adapte au patient.

Elles sont bien, mais pas toujours faciles à adapter, quoi ?

Voilà.

Quelle est votre position par rapport à l'industrie pharmaceutique, notamment le prix des molécules influence-t-il vos prescriptions ?

Le prix ?

Le prix des traitements.

Euh nan, nan. Pas le prix, par contre quand le délégué d'assurance maladie vient me dire ça c'est hors répertoire, ou ça c'est... Ou des petits rappels ça c'est que de la deuxième intention etc, ou votre chiffre de telle molécule vous êtes pas bon, voilà, je vais... J'essaie de rentrer dans les clous. Mais pas par rapport au prix de la molécule en pharmacie sur mon Vidal. Vraiment plus... par rapport aux recos.

Justement : la ROSP influence-t-elle vos prescriptions ?

Euh... Bah, euh, oui... Encore que là par exemple ils ont changé les ROSP pour 2017, en gros on s'en est rendu compte en fin d'année... Donc ça c'est complètement honteux... Et quand on est bons dans les chiffres comme par hasard c'est ceux qu'ils suppriment... Donc ouais moi je suis un petit peu en colère contre les ROSP... [rires]

Donc au final ça ne vous influence pas ? Quand vous prescrivez, vous ne pensez pas au ROSP ?

Non je pense plus aux recos qu'au ROSP.

Très bien, ok. Et enfin dernière question : quelles sont vos relations avec les diabétologues ? Est-ce qu'il n'y en a, pas du tout ? Est-ce que c'est plutôt par courrier ? Par mail ? Par téléphone ? Et avec les réseaux d'éducation thérapeutique ?

Les réseaux locaux j'avoue que je ne les connais pas... Non avec les endocrinologues par téléphone, par courrier, eux répondent par courrier et puis j'adresse les patients par courrier. Euh quand c'est urgent pour une question je prends mon téléphone.

Médecin n°9

Deuxième partie du questionnaire sur les incrétinomimétiques donc les inhibiteurs de la DPP4 et les analogues du GLP1. Est-ce que vous vous souvenez comment vous avez découvert l'existence de ces traitements ?

Bah en fait je les ai découverts quand j'ai eu des patients qui sont venus pour renouveler le traitement, et du coup quand j'ai vu des traitements qui de base ne me parlaient pas forcément je me suis renseignée sur ce que c'était, à quoi ça correspondait. [rires]

D'accord, donc sur des ordonnances de patients qui étaient donc sûrement passés chez un spécialiste avant ?

C'est ça.

Ok, donc pour les inhibiteurs de la DPP4, est-ce que vous initiez facilement un traitement par ces molécules ?

Maintenant, oui.

D'accord, plutôt en monothérapie ou en association avec d'autres antidiabétiques ?

Alors en général plutôt en association, euh ça m'est arrivé d'initier en monothérapie mais suite à conseil par diabétologue donc maintenant je le ferai toute seule pour les patients en insuffisance rénale du coup parce que c'est le seul qui reste à dose réduite qu'on peut donner en cas d'insuffisance rénale.

Très bien. Comme ça, quelle molécule avez-vous le plus l'habitude d'utiliser ?

Januvia en général.

Et avec le Januvia, est-ce que vous utilisez des fois le Janumet qui comprend la metformine dedans ?

Oui ça je le fais s'ils sont déjà à une dose... Parce que ça correspond à 1000 de metformine donc si ça correspond à ma dose de metformine oui, sinon je le mets à part.

Ok, pour les analogues du GLP1...

VICTOZA et TRULICITY ?

Exactement, est-ce que vous initiez facilement un traitement par ces molécules ?

Non..

Pourquoi ?

Je me sens pas à l'aise en fait.

D'accord, parce que ?

Je saurais pas tellement dire à quel moment il faut les passer aux injectables.

D'accord, donc plus une question d'indications ?

Ouais.

Ok, à votre avis comment pourrait-on faciliter cette introduction par les médecins généralistes ? Est-ce qu'il y a lieu de le faire, et si oui est-ce qu'on pourrait le faire ?

Par peut-être une formation par les diabétos. Ca serait pas mal.

Plutôt formation prescrite ?

Oui un petit truc style à l'hôpital, enfin... Comme un EPU en fait... Ca serait un truc qui serait bien.

Ok. Par contre si le traitement a été initié par un diabétologue, vous n'avez aucun soucis à le renouveler ?

Ah non, aucun.

Et est-ce que vous initiez facilement un traitement par insuline ?

Jamais.

C'est le diabète qui le fait ?

Oui.

Pensez-vous que le scandale du médiateur vous ait rendue réticente à la prescription de nouvelles molécules ?

Non.

D'accord. Alors globalement, souhaiteriez-vous une meilleure formation sur ces médicaments ?

Oui, à l'hôpital.

Troisième partie vos interactions avec les autres professionnels de santé dans la prescription des incrétinomimétiques et même des médicaments du diabète de type 2 en général. Que pensez-vous des recommandations HAS dans la gestion des médicaments dans le diabète de type 2 ?

C'est-à-dire qu'il faut mettre obligatoirement la metformine en premier, euh... (silence)

Alors plus simplement est-ce que vous utilisez les recommandations, est-ce que vous les regardez régulièrement ?

Alors non déjà de base les recommandations de la HAS je ne les regarde pas régulièrement. Je peux même dire pourquoi, je ne suis pas toujours convaincue que ça ait un intérêt purement scientifique ou s'il n'y pas une bonne partie d'intérêt financier, et pas forcément scientifique, donc non je ne regarde pas forcément. Après sur la recommandation qu'il faut essayer en premier la metformine je suis d'accord, il est évident, pas parce que ça vient de la HAS mais parce que c'est le premier et qu'il ne donne pas d'hypoglycémie. Après il y a des diabétiques qui ne supportent absolument pas la metformine quelle que soit la forme, après on est obligés d'outrepasser enfin voilà.

Quelle est votre position par rapport à l'industrie pharmaceutique, notamment est-ce que le prix des molécules influence vos prescriptions ?

Pour moi si le prix des traitements influence mes prescriptions ?

Oui.

Que pour le diabète ?

Oui, bon après le raisonnement s'applique en général...

Oui, un petit peu quand même. Disons que si c'est un médicament vraiment nettement plus cher, il faut vraiment que j'aie une bonne raison scientifique pour le mettre.

D'accord, ok. Il faut vraiment restreindre les prescriptions ?

Enfin ça me gêne pas le mettre même s'il est cher, si j'ai vraiment un intérêt pour le patient de le mettre.

Très bien. Le ROSP influence-t-il vos prescriptions ?

(soupir). Un petit peu, oui.

Et enfin quelles sont vos relations avec les diabétologues ? Aucune, par courrier, par mail... ?

Téléphone.

Et les réseaux d'éducation thérapeutique ?

Je ne crois pas qu'il y en ait par ici, non je ne connais pas.

Médecin n°10

Quelle forme de formation médicale suivez-vous ? Plutôt presse, internet, congrès...

Euh presse et puis 2 ou 3 formations présentielle.

La deuxième partie du questionnaire concerne vraiment la prescription des incrétinomimétiques donc les inhibiteurs de la DPP4 et les analogues du GLP1. Pour les deux classes, est-ce que vous vous souvenez comment vous les avez découvertes ?

Par les labos.

Les labos qui viennent au cabinet ?

Non les labos dans les congrès pour les injectables, et puis pour les comprimés je pense par un labo qui est venu au cabinet médical.

Très bien. Et c'était quel congrès ?

Preuves et Pratiques.

Pour les inhibiteurs de la DPP4, est-ce que vous initiez facilement un traitement par ces molécules ?

Euh... (silence). Ca m'est déjà arrivé de le mettre, mais sur les conseils d'un diabéto qui avait prescrit dans son compte-rendu. Je ne le fais jamais toute seule en fait.

Ok. Pourquoi ?

Parce que... Je considère que s'il y a besoin de monter en traitement je fais appel à un spécialiste et j'attends son avis... Parce qu'entre les recommandations HAS et ce que les diabéto font, y a souvent... Enfin c'est pas tout à fait les mêmes, donc du coup c'est un peu compliqué de s'y retrouver.

D'accord, plus par peur de faire une erreur, on laisse le diabéto gérer ?

Oui, oui.

Pareil même question pour les analogues du GLP1, ceux qui sont injectables, est-ce que vous avez déjà initié un traitement ?

Jamais.

Pour les mêmes raisons que les premiers, ou... ?

Oui, et puis je ne me suis pas documentée, je n'ai que l'info des labos, donc...

D'accord. Est-ce que le fait que ce soit injectable ce serait un frein à le prescrire ou pas ?

Pas forcément parce que c'est pas tout le temps... C'est quoi, c'est une fois par mois ?

Ca dépend duquel, y en a pour qui c'est une fois par jour, d'autre une fois par semaine... Ca dépend de la molécule. Mais le fait que ce soit injectable, sans parler de la fréquence, pour vous ce n'est pas un frein ?

Si, un peu, mais pas... Ca dépend de la fréquence.

Si ces traitements sont prescrits pas un diabéto, vous n'avez aucun soucis à renouveler les ordonnances, il n'y a pas de réticence ?

Non, je fais confiance aux spécialistes.

Pensez-vous que le scandale du médiateur et le retrait des glitazones il y a quelques années vous aient rendue réticente à la prescription de molécules récentes ?

Euh... Je ne pense pas que ce soit les scandales qui m'aient rendue réticente... Je pense que de toute manière j'étais réticente aux molécules trop récentes, donc après ça n'a pas arrangé mais ça ne m'a pas spécialement...

Ca n'a pas changé grand chose ?

Non.

Et pour les incrétinomimétiques est-ce que vous souhaiteriez une meilleure formation sur ces médicaments, ou vous jugez que ça relève du spécialiste et que... pas spécialement ?

Non je pense que ça pourrait être intéressant d'avoir d'autres formations, après c'est toujours un peu compliqué d'avoir une information neutre, enfin non influencée par les labos donc tant que les recommandations n'ont pas changé c'est un peu compliqué...

Donc plutôt sous quelle forme la formation ? Plutôt pas faite par les labos, mais plutôt par des professeurs d'endocrino ?

C'est ça ouais mais indépendants... Enfin qui... Et puis c'est vrai que tant que les nouvelles recos elles sont pas à jour, moi j'ai un petit peu de mal à me débarrasser de mes vieilles habitudes...

Du coup troisième et dernière partie du questionnaire sur vos interactions avec les autres professionnels de santé dans la prescription des incrétines et même au sens large dans le diabète. Que pensez-vous des recommandations HAS pour la gestion des médicaments du diabète de type 2 dans votre pratique quotidienne ?

Bah elles ne sont plus en cohérence avec ce que les spécialistes font, donc on se retrouve entre les deux donc... Je ne sais pas quoi en penser...

Du coup, vous les utilisez, ou pas ? Vous allez voir l'arbre décisionnel ou pas trop ?

Euh... Il a changé là ?

Pas encore.

Non je l'ai en tête, mais je balance très facilement chez le diabéto...

D'accord. Autre question un peu plus épineuse : quelle est votre position par rapport à l'industrie pharmaceutique, notamment est-ce que le prix des traitements influence votre prescription ?

J'avoue que non.

Vous suivez les recos et voilà ?

Oui.

Est-ce que la ROSP influence vos prescriptions ?

Non. Non c'est déjà à peu près ce qu'on fait...

Quelles sont vos relations avec les diabétologues ? Soit aucune, soit plutôt par courrier, par mail, par téléphone... ?

Euh plutôt par courrier ou par consultation avec les patients, ou par téléphone si j'ai besoin...

Etes-vous en contact avec un réseau d'éducation thérapeutique ?

Non, du tout.

Médecin n°11

Pour les inhibiteurs de la DPP4 et les analogues du GLP1, est-ce que vous vous souvenez de comment vous avez découvert ces traitements ?

En lisant *Prescrire*.

D'accord, pour les deux ?

Oui.

Pour les gliptines, est-ce que vous initiez facilement un traitement par ces molécules ?

Non, jamais.

D'accord, et pourquoi ?

Parce que l'efficacité n'est pas prouvée, d'après la revue *Prescrire*.

D'accord, très bien, pour les analogues du GLP1, pareil est-ce que vous initiez facilement un traitement ?

Pareil, même réponse, pour les mêmes raisons aussi.

D'accord, et pour ceux qui sont injectables : pour certains médecins cela pourrait être un frein à la prescription, est-ce que vous initiez facilement une insulinothérapie chez un patient ?

Sans avis diabéto, non.

D'accord, et pour faire l'éducation à l'insulinothérapie, c'est vous qui le faites ou c'est le diabétologue, pour expliquer les injections... ?

En général à l'hôpital il y a un bon service d'éducation, après on repasse mais en général c'est bien fait au départ par les diabéto.

Ok, très bien. Par contre pour les incrétones, est-ce que vous faites facilement le renouvellement de ces traitements s'ils ont été instaurés par le diabétologue ?

Je vais le faire si le patient y tient beaucoup, si je ne vois pas d'autre solution mieux, si on a déjà essayé l'insuline et que ça n'a pas marché, des trucs comme ça... Sinon je lui donne l'info que ce n'est pas franchement efficace et que l'on a des doutes sur les effets secondaires, et s'il veut continuer on continue, mais j'essaie quand même de l'enlever même si l'hémoglobine glyquée n'est pas bien équilibrée.

Ok très bien, pensez-vous que le scandale du médiateur vous ait rendue réticente à la prescription de molécules récentes ?

Non.

Souhaiteriez-vous une meilleure formation sur les incrétines ?

Non, non plus.

Enfin dernière partie, au sujet de vos interactions avec les autres professionnels de santé, alors dans la prescription des incrétines mais même au sens un peu plus large dans la prescription des médicaments du diabète de type 2. Que pensez-vous des recommandations HAS pour la gestion des médicaments du diabète de type 2 dans votre pratique quotidienne ?

Je ne les utilise pas, j'utilise la revue Prescrire.

D'accord, parce que... ?

Parce que la HAS n'est pas complètement indépendante des laboratoires pharmaceutiques, il me semble.

Ok, très bien. Justement, quelle est votre position par rapport à l'industrie pharmaceutique, notamment est-ce que le prix des molécules influence vos prescriptions ?

Euh, le prix non, c'est vraiment l'efficacité. Et si l'efficacité est similaire je prends le moins cher. Mais je ne les reçois pas les laboratoires pharmaceutiques, je n'ai pas de lien avec eux.

Ok très bien. Le ROSP influence-t-il vos prescriptions, à votre avis ?

(Silence de quelques secondes). **Non, je ne pense pas.**

D'accord. Enfin dernière question : quelles sont vos relations avec les diabétologues : soit aucune, soit plutôt par courrier, par mail, par téléphone... ?

Par courrier.

Ok et êtes-vous en lien avec un réseau d'éducation thérapeutique local ?

Non.

Médecin n°12

Deuxième partie du questionnaire : les incrétines, à savoir donc les inhibiteurs de la DPP4 et les analogues du GLP1. Pour les 2 classes, est-ce que vous vous souvenez comment vous avez découvert l'existence de ces traitements ?

Alors, sûrement des visites médicales un petit peu, bon moi en étant dans un réseau d'éducation thérapeutique, je suis en contact avec des diabétologues très régulièrement, donc ça fait partie des choses... Dès que c'est arrivé sur le marché, rapidement on les a intégrées au programme. Du coup, voilà.

Visite médicale, c'est de labo ou de la sécu ?

Labo, je pense.

D'accord, donc vous recevez les visiteurs médicaux au cabinet.

Moi je pense qu'il faut recevoir soit les deux, soit personne. Voilà.

Ok, pour les inhibiteurs de la DPP4, initiez-vous facilement un traitement par ces molécules ?

Oui, très facilement.

Plutôt en monothérapie ou en association ?

Alors euh je suis les recos, c'est-à-dire que c'est plutôt en association avec la metformine mais comme parfois les gens ne supportent pas la metformine, on les met en monothérapie, voire avec les sulfamides, voilà.

Ok, de préférence laquelle vous prescrivez en priorité ?

Euh... VELMETIA, préférentiellement. En fait pour une raison toute bête c'est que quand je me suis lancé là-dedans, dans les inhibiteurs du DPP4, y a eu une rupture de stock du GALVUS, donc du coup voilà, par habitude maintenant...

Ok pour les analogues du GLP1, pareil, les autres, est-ce que vous initiez facilement un traitement par ces molécules ?

Alors j'ai plus de mal pour les analogues du GLP1... Je sais que c'est complètement idiot parce que ça devrait être plus facile, mais... J'ai quelques patients sous BYETTA, choses comme ça... Euh... C'est vrai qu'en fait... L'articulation... Comme j'ai les inhibiteurs de la DPP4 faciles, l'articulation entre les deux arrive à un moment donné où on est en bout de course des comprimés, où on va passer aux médicaments injectables, donc le passage est un petit peu difficile, et euh... Alors en fait, quand je n'y arrive pas, je passe la main à un diabéto, et puis c'est lui qui initie... Dans ce sens-là ce n'est pas moi qui initie... Parce que c'est plus facile... Je ne perds pas 3 plombes à essayer de convaincre le patient.

D'accord, donc c'est le fait que ce soit injectable en fait qui vous freine ?

Ca me freine pas moi, ça freine le patient.

Euh d'accord, donc comme ça va freiner le patient, du coup vous passez la main ?

C'est-à-dire que quand il n'est pas aux objectifs sous bithérapie, on pourrait discuter physiopathologie mais en gros, les sulfamides... Euh... Quand on est vraiment en bout de course avec metformine + inhibiteurs de la DPP4, on peut ajouter les sulfamides en trithérapie, mais dans l'expérience, on gagne pas tant que ça sur l'hémoglobine glyquée, donc quand ça commence à échapper, c'est un petit peu compliqué, et là moi je pense que les analogues du GLP1 sont beaucoup plus puissants que les inhibiteurs de la DPP4, et qu'ils ont leur place, voilà. Simplement, c'est le fait... Finalement, qu'on passe aux analogues du GLP1 ou qu'on passe à l'insuline, on passe à l'injectable. Même s'il n'y a pas le calcul de doses, les machins qui sont plus compliqués que l'insuline, mais alors que moi je pensais que ce serait beaucoup plus facile pour les patients parce que ça fait un passage où il y a l'injection toujours à la même dose, toujours pareille, etc. Eh ben je trouve que ce n'est pas si facile que ça pour le patient.

D'accord.

Mais c'est peut-être moi qui freine, hein...

Et vous trouvez que c'est plus dur avec les analogues du GLP1 qu'avec l'insuline ?

C'est pareil. C'est le fait de passer à un traitement injectable. Mais le fait qu'un diabétole leur dise, c'est plus facile.

Ca a plus de poids ?

Ca a plus de poids, voilà. Quand on est 2, quoi. Y a le généraliste et... Là le patient il se dit « bon tout le monde dit qu'il faut que je passe à l'injectable, donc voilà ».

D'accord. Pour avoir l'attitude consensuelle, d'accord. Si vous deviez en introduire un, ce serait lequel ? Mettons qu'il n'y ait pas de rendez-vous chez le diabéto avant très longtemps, et que le patient soit favorable.

Moi je suis très BYETTA, après je sais qu'il y en a un qui est sorti qui est en une injection par semaine...

Oui, le TRULICITY...

Mais j'aurais tendance à penser... euh... que je mettrais d'abord l'injection quotidienne pour voir comment ça fonctionne, etc. Parce que je me dis que si j'essaie une injection hebdomadaire et que le patient a des effets secondaires et qu'il ne supporte pas, il en a pour 8 jours.

D'accord, très bien.

Donc par contre en prévenant le patient qu' « on commence avec des injections quotidiennes, mais sachez qu'il y a une forme retard qui se fait avec une injection par semaine ».

D'accord, on commence avec une demi-vie courte.

Voilà.

En parlant des traitements injectables, est-ce que vous avez déjà initié une insulinothérapie au cabinet ?

Oui.

Et ça se passe bien ?

Très bien.

Et ça se passe comment en pratique ? Vous faites une consultation dédiée avec du matériel de démonstration ?

Oui. J'ai du matériel de démonstration au cabinet, alors je n'ai pas tout parce que ce serait un peu compliqué, deuxièmement en plus j'introduis essentiellement chez des diabétiques de type 2, donc en général c'est une insuline retard... donc et puis je fais un calcul de poids, et j'enlève à peu près un tiers de la dose, et je fais commencer à ça, en sachant que souvent le patient a une insulino-résistance et qu'en fait, y aurait pas trop de danger à commencer à la dose calculée, mais voilà.

Pour avoir une marge de sécurité ?

Oui, on le fait à la maison quand même, donc euh, voilà...

Et vous faites venir une infirmière à domicile systématiquement pour les contrôles de dextro et l'adaptation des doses ?

Alors je demande au patient s'il le souhaite, alors 80-90% souhaitent qu'il y ait une infirmière au départ.

Ca les rassure, d'accord.

Et je propose [nom de réseau d'éducation thérapeutique] pour l'éducation thérapeutique bien sûr !

Trouvez-vous que le pharmacien ait un rôle dans la gestion des traitements injectables du diabète ou pas ?

Il devrait... Je trouve que l'on n'est pas assez en interaction avec les pharmaciens, on les connaît mal... Et puis ce qui m'énerve un petit peu moi c'est que quand je prescris un lecteur, je me fais chier à présenter les lecteurs, à faire choisir le patient, et puis paf, entre deux le pharmacien il donne n'importe quoi... [rires] Donc j'ai l'impression de bosser pour rien, donc ça c'est mon premier contact avec le pharmacien pour le diabète, donc du coup voilà...

Il n'est pas très bon, en effet, ce n'est pas très encourageant !

Oui voilà.

J'imagine que pour les analogues du GLP1, si le traitement est initié par le diabétologue vous n'avez aucun soucis à renouveler l'ordonnance ?

Non non, pas du tout.

Alors, pensez-vous que le scandale du mediator et le retrait des glitazones vous aient rendu réticent à la prescription de nouvelles molécules ?

(Silence de quelques secondes). Pas du tout. En fait... le mediator aurait dû être retiré du marché bien 20 ans avant. En 95 j'étais interne de diabète, je suis rentré dans un service de diabète à Paris, où en gros le message du chef de service c'était « si je vois une ordonnance, une boîte de Mediator sortir de ce service, je ne vous valide pas votre stage ». Donc le mediator... Si, un jour, y a une patiente qui est passée, qui n'était pas ma patiente, qui avait du mediator sur l'ordonnance, je lui ai renouvelé l'ordonnance du médecin avec le mediator, donc j'ai fait une prescription de mediator dans toute ma vie. Après, les glitazones, en fait je pense que le système de pharmacovigilance... est perfectible, et que c'est normal, quand on réfléchit, enfin quand on est un scientifique et qu'on réfléchit, c'est normal qu'il y ait des effets secondaires qui sortent après commercialisation des médicaments. Par contre, alors l'argument utilisé parfois par certains pour ne pas prescrire d'inhibiteurs de la DPP4 c'est l'histoire des preuves en morbi-mortalité, ça c'est un argument, mais le contre-argument c'est la physiopathologie des inhibiteurs de la DPP4, c'est-à-dire que si j'attends que les sulfamides, en plus

avec le risque d'hypoglycémie ne fassent plus effet, pour mettre des inhibiteurs de la DPP4 c'est trop tard, ça ne sert plus à rien. Et donc à contre-courant, j'ai l'impression que c'est une classe qui ne sert plus à rien et qui n'a pas d'effet, puisque je les utilise trop tard dans la physiopathologie.

Souhaiteriez-vous une meilleure formation sur ces médicaments ?

Non, je n'ai pas besoin.

Troisième partie du questionnaire : vos interactions avec les autres professionnels de santé dans la prescription des incrétinomimétiques et même des antidiabétiques en général. Que pensez-vous des recommandations HAS pour la gestion des médicaments du diabète de type 2 dans votre pratique quotidienne ?

Sauf erreur de ma part, il n'y a plus de recommandations HAS, elles sont été invalidées par le Conseil d'Etat.

D'accord, je regarderai...

Pour non déclaration des conflits d'intérêt des experts. A moins que la HAS en ait ressorti d'autres depuis, mais je n'ai pas entendu parler de recommandations récentes...

Il y a celles de la recommandation de la Fédération Française du Diabète, sorties en octobre.

Oui voilà mais ça c'est autre chose...

Mais il y a aussi celles de la HAS de 2013... Bon, je regarderai.

Oui, regarde...

Quelle est votre position par rapport à l'industrie pharmaceutique notamment le prix des molécules influence-t-il votre prescription ?

Euh, comment je pourrais répondre à ça... Ouais nan mais... C'est-à-dire que je... C'est pas mon boulot le prix des molécules. Ca veut dire que... Si le laboratoire demande un prix trop élevé et que la sécu accepte le prix trop élevé, faut pas venir me chercher des poux dans la tête après parce que je prescris quelque chose qui est trop cher, quoi... Voilà. Après, effectivement quand dans une classe médicamenteuse, il y en a un qui est moins cher, que la déléguée de l'assurance maladie m'apporte l'information, j'en fais quelque chose, mais par contre si j'estime que mon patient c'est un inhibiteur de la DPP4 qu'il lui faut, je ne vais pas lui coller un sulfamide parce que le sulfamide est moins cher.

Je comprends bien. Donc en fait ça ne vous influence pas.

Très peu.

A efficacité égale.

Voilà, exactement.

D'accord, la ROSP influence-t-elle vos prescriptions ?

Silence. Euh... Peut-être que oui, quand même...

On peut dire « joker » ! *[rires]*

Oui, joker, quand même. *[rires]* C'est-à-dire que là elle m'a présenté mes résultats ROSP la déléguée de l'assurance maladie la semaine dernière...

Oui oui, je sais qu'on est en plein dedans...

Elle est arrivée et euh... C'est clair que quand elle m'a montré que j'avais baissé beaucoup mes prescriptions de benzos de demi-vie longue, ça m'a fait plaisir. Mais ça m'a fait plaisir parce que j'étais vraiment dans l'intérêt des patients, mais il se trouve qu'il y a une influence sur la ROSP. Et alors est-ce que je n'ai pas choisi d'améliorer mes prescriptions de ce point de vue là parce qu'il y avait la ROSP, ce n'est pas impossible.

D'accord. Ca encourage mais ce n'est pas non plus un fil conducteur.

C'est ça, exactement.

Dernière question : quelles sont vos relations avec les diabétologues ? Aucune, par courrier, par mail, par téléphone...

Par courrier essentiellement, très peu, parce que je connais bien le diabète, j'initie des insulinothérapies... Je parle du diabète de type 2, hein... Après, euh... Y a un soucis sur [ville], c'est qu'il n'y a plus de diabétologue en ville et les diabétologues de l'hôpital sont des internistes, donc ils ne connaissent pas forcément le diabète beaucoup mieux que moi... Et donc si vous voulez un vrai diabétologue il faut aller beaucoup plus loin.

D'accord, donc finalement vous n'avez pas trop d'interactions, parce que pas trop besoin... Et pas trop de moyens...

Essentiellement.

Quelles sont relations avec les réseaux d'éducation thérapeutique locaux ?

Je le coordonne ! [rires]

Médecin n°13

Deuxième partie : les incrétines en elles-mêmes, donc les inhibiteurs de la DPP4 et les analogues du GLP1. Pour les deux classes de médicaments, vous souvenez-vous comment vous avez découvert ces médicaments ?

Eh bien dans ma formation initiale, puisqu'elle est assez récente, donc voilà ça incluait ces traitements-là. C'était tout nouveau, c'était plutôt, enfin c'était un peu les deux, plutôt les inhibiteurs de la DPP4, quand même un peu plus, mais...

Donc plutôt en cours à la fac ou des labos qui venaient dans les services ?

Plutôt en stage, en stage en endocrino, ou des choses comme ça... Un petit peu en cours, mais vraiment ce dont je me souviens c'est pendant les stages.

Et c'était des labos qui intervenaient ?

Non plutôt du coup les médecins.

Pour les deux classes ?

Oui.

D'accord. Alors pour les inhibiteurs de la DPP4, donc les gliptines, est-ce que vous initiez facilement un traitement par ces molécules ?

Oui, ça m'arrive assez souvent de switcher une metformine par un EUCREAS, du coup. Voilà, j'avoue que je l'utilise surtout en association, parce que ça fait quand même moins, moins de prises pour les patients, du coup ça ne leur change pas grand chose au niveau du nombre de prises donc ça ne les embête pas trop de les instaurer. Globalement, il n'y a pas trop de soucis là-dessus.

Donc en bithérapie, pas en monothérapie ?

Oui, en bithérapie.

Et quelle molécule introduisez-vous plus ? L' EUCREAS ?

Oui, l'EUCREAS, en effet.

Très bien. Si jamais la posologie de la metformine ne correspondait pas à la posologie de l'EUCREAS...

Je rajoute une dose de metformine le midi, en général, puisque j'ai mon EUCREAS le matin et le soir, puisqu'en général quand je switche c'est que je suis à dose maximale de metformine, donc je garde la metformine le midi.

Pour les analogues du GLP1, ceux qui sont injectables, pareil est-ce que vous initiez facilement un traitement ?

Non parce qu'en général les patients je les trouve plus réfractaires, donc c'est vrai que je préfère l'EUCREAS parce qu'il n'y a pas d'injection, et le coté injectable j'avoue que ça les rend un peu réticents. Donc c'est vrai que quitte à choisir je préfère prendre ceux qui sont en comprimés. Après, s'il y a besoin d'instaurer, enfin d'aller plus fort, j'adresse plutôt effectivement à mes confrères diabétologues, voire même dans l'idée d'instaurer une insulinothérapie.

Vous dites que les patients sont réticents parce que vous avez déjà évoqué la possibilité d'un traitement injectable et vous avez senti qu'il y avait des réticences, ou vous pensez que vu que c'est injectable, ça va être compliqué ?

Alors j'ai déjà parlé de traitements injectables, sans préciser insuline ou autre, donc je n'ai pas du tout précisé la fréquence des injections, et dès que je dis « piqûre » ou « injections », je sens bien qu'il y a un frein... Sans parler de fréquence, de tout ça... Avec le TRULICITY en une fois par semaine, je n'aborde pas la fréquence, c'est vrai que voilà, mais le mot « injectable », je sens que les poils se hérissent.

Ok, donc en gros, quand on en arrive aux traitements injectables, vous passez la main au diabéto, plutôt pour qu'il évalue l'indication de l'injectable, ou pour que ça ait un peu plus de poids dans l'esprit du patient si c'est le spécialiste qui l'introduit ? Comment ça se passe ?

Alors plutôt pour que ça ait un peu plus de poids, parce qu'en général je sais qu'il y a besoin de passer, parce que le traitement ne convient pas... Parce que je me dis que voilà il peut y avoir un peu plus d'éducation et de prise en charge autour, parce que l'éducation thérapeutique nous en pratique c'est des ateliers mais ça ne reprend pas comment on s'injecte, comment on fait... Voilà je pense que c'est plus simple d'instaurer, quand c'est des patients jeunes, une insulinothérapie en hospitalisation pour l'explication, pour tout ça... Voilà, que de le faire en ville où effectivement on peut le faire avec une infirmière ou un infirmier à domicile, mais c'est quand même un peu plus compliqué et ça peut être un peu anxiogène avec les risques d'hypoglycémies, tout ça...

D'accord, donc plus simple à l'hôpital parce qu'il y a plus de moyens, et une surveillance un petit peu plus rigoureuse ?

Pour l'instant, mais ma pratique n'est pas non plus extrêmement longue, même si je remplace depuis 3 ans, après effectivement, oui, je pratique plus comme ça parce que ça me semble plus facile, plus simple pour les patients.

Pour les analogues du GLP1, est-ce que vous auriez besoin d'une meilleure formation, à votre avis ?

Oui, oui, c'est possible, parce que du coup c'est vrai que voilà je leur reprécise pas que c'est qu'une fois par semaine, parce que je les maîtrise pas très bien, je sais pas si c'est vraiment beaucoup plus efficace que tout ce qui est inhibiteurs de la DPP4, voilà. Donc effectivement, si c'était vraiment plus efficace, une seule injection par semaine, ça reste tolérable par certains patients, probablement, voilà, même s'il y a le coté injectable, voilà, les risques sont modérés, sans surveillance de la glycémie, sans choses comme ça, parce que c'est vrai que quand je dis injection, eux ils ont pas ça dans la tête, ils ne peuvent avoir que l'insuline, donc voilà s'ils connaissent ils savent qu'il y a des surveillances, des choses comme ça, après s'ils connaissent pas, ils sont aussi réfractaires, enfin je ne sais pas ce qu'ils connaissent, je leur pose pas toujours la question au moment où j'en parle.

Et comment pensez-vous que l'on pourrait favoriser cette introduction en ambulatoire ? Est-ce qu'il faudrait mettre en place des consultations d'éducation thérapeutique ? Est-ce que vous pensez que le pharmacien peut jouer un rôle ? A votre avis est-ce que ça vaudrait le coup d'essayer quelque chose ?

Donc là on parle des... ?

Des analogues du GLP1.

Eh bien déjà avoir une meilleure formation pour moi, voilà, pour savoir à quel point c'est plus efficace, pour pouvoir du coup faire redescendre tout ça au patient, lui dire « ben oui, il y a un réel intérêt, voilà, au niveau du poids, de tout ça... » et donc être un petit peu plus convaincue moi-même et donc

un petit peu plus convaincante, forcément ça joue un rôle. Voilà c'est ça principalement. Après, le pharmacien il peut en parler... via les éducations thérapeutiques pourquoi pas, après les patients c'est parfois un petit peu compliqué, on leur propose quand on a le temps, parce que souvent c'est des consultations un petit peu longues alors on essaie d'en parler et puis après il faut qu'on renvoie leurs coordonnées, voilà parce qu'il y a plein de choses à mettre en place, tout ce qui est diététicien, diététicienne... Activité physique donc éducation thérapeutique en plus, effectivement l'éducation thérapeutique peut leur introduire tout ça mais souvent c'est sur des sujets ciblés donc ça ne va pas être directement tout ce qu'il y a, sur les bases. C'est une rencontre entre patients avec des professionnels de santé pour encadrer, mais c'est vrai que c'est un échange entre patients diabétiques. Donc voilà, principalement, une formation pour moi-même. Et en fonction de ça je pourrai mieux définir.

Est-ce qu'il vous arrive d'initier vous mêmes une insulinothérapie, ou est-ce que vous laissez l'hôpital ?

Dans la pratique, peut-être qu'une fois j'en ai introduit une, mais ce n'est même pas sûr... Voilà, en pratique, chez un sujet un petit peu âgé, on n'introduit pas une basale-bolus mais voilà simplement une lente, par exemple, oui je pourrais à la rigueur, surtout quand on n'a pas d'idée qu'il soit autonome derrière sur le dosage, là ça me semble possible, après dès qu'il y a une idée d'autonomie, c'est bien qu'il ait une formation de base et du coup, l'hôpital a quand même ce gros avantage de donner toute la formation, tout le bagage d'un coup, et voilà. Et puis ils ont des prospectus, des notes, des choses comme ça qui vont leur permettre justement de mieux évoluer là-dessus, donc voilà...

D'accord, donc vous l'introduisez éventuellement sur une lente, avec un infirmier qui va passer la faire.

Voilà, c'est vrai que tout ce qui est mixte, je laisse plus le diabétologue le faire.

Si l'indication de l'analogue du GLP1 a été posée par le diabétologue et que le patient est bien éduqué et connaît bien son traitement, vous n'avez aucun problème à renouveler les ordonnances ?

Ah non, du tout, ça ne me dérange pas.

Pensez-vous que le scandale du mediator et le retrait des glitazones vous aient rendue réticente à la prescription de molécules récentes ?

Alors, le scandale du mediator, a priori, il est quand même lié à une indication hors AMM, ce qui n'est pas franchement le cas de tout ce qui est incrépines, du coup ce n'est pas du tout la même chose dans mon esprit, donc voilà, après, c'est vrai, que c'est récent, ça a bien plus de 5 ans, on a quand même un recul, oui j'ai des réticences à prescrire de nouvelles molécules telles que les, les XARELTO, les choses comme ça... Pour lesquelles on a moins de recul, et pas forcément beaucoup d'antidotes et c'est plus compliqué à ce niveau-là. Mais celles-ci, non.

Et si vous souhaitiez une meilleure formation, peut-être pas sur les gliptines mais plus sur les analogues du GLP1, vous préféreriez plutôt sous quelle forme ? Présentielle, non présentielle, faite par qui, comment... ?

Alors les deux formes peuvent me convenir parce que du non présentiel ça peut tout à fait être faisable, après c'est vrai que je n'y pense pas forcément pour l'instant, donc c'est vrai qu'on est plus démarchés pour des présentiels, enfin c'est plus présenté en présentiel, ce qui fait que du coup c'est plus visible et que du coup c'est plus facile d'accès... Alors après, c'est vrai que le non présentiel a l'avantage de pouvoir être fait quand on veut, enfin ça dépend lesquels, mais y en a qui sont faisables quand on souhaite et du coup ça peut être plus pratique.

Quand vous dites « on est démarchés », c'est par des labos ?

Pas forcément mais en fait y a les MG-Form tout ça, voilà, par mails, pas forcément des labos. Parfois, oui. Mais les labos ils nous démarchent aussi pour des choses en non présentielle, pour des « newsletter » ou des choses comme ça, ce qui ne me semble pas forcément justifié d'ailleurs, mais, voilà...

Donc en résumé, pourquoi pas une meilleure formation... Sous quelle forme, c'est à voir.

Oui voilà c'est ça...

Pas de critère fixe. Bon, troisième partie du questionnaire : vos interactions avec les autres professionnels de santé dans la prescription des incrétinomimétiques et même de manière générale dans le diabète de type 2 : que pensez-vous des recommandations HAS pour la gestion des médicaments du diabète de type 2 dans votre pratique quotidienne ?

Alors ben j'essaie de les respecter... Globalement... Euh voilà après c'est vrai que j'utilise pas tant que ça les sulfamides, euh... J'ai plutôt tendance à introduire un EUCREAS quand la metformine ne suffit pas, qu'un sulfamide... Clairement parce que c'est plus efficace et qu'il y a moins de risque d'hypoglycémie... Et que du coup... bah ça me semble plus adapté, même si c'est plus cher donc moins recommandé... Parfois.

Ok, et l'algorithme, le tableau, il vous paraît pratique ? Vous le regardez, pas du tout... ?

Je le regarde parfois, oui oui ça m'arrive de le regarder parce que des fois je veux vérifier.. Parce qu'il y a quand même des pourcentages, là, et du coup je ne les ai pas tous à 100% en tête... Voilà donc ça m'arrive de le regarder pour voir, de le suivre, parfois de ne pas complètement le suivre...

Et si vous avez un doute sur le traitement du diabète vous avez d'autres sources documentaires ?

Non globalement je regarde sur la HAS. C'est quand même plutôt bien fait, c'est assez complet et ça permet d'avoir une vue d'ensemble rapidement.

Quelle est votre position par rapport à l'industrie pharmaceutique ? Par exemple est-ce que vous recevez les laboratoires au cabinet ?

Pour les nouveautés, oui. Pour qu'ils présentent les nouveautés, oui. Après, est-ce que je fais tout le temps ce qu'ils me disent... [rires]

Est-ce que le prix des traitements influence vos prescriptions ?

Oui.

Plutôt dans quel sens ?

Plutôt de prescrire les moins chers pour les mêmes effets. Economiquement, ça me semble plus honnête.

D'accord, à effet égal on prend le moins cher. Par contre un médicament relativement cher qui a un effet démontré, ça ne vous gêne pas de le prescrire ?

Non, voilà, si c'est dans l'intérêt du patient et qu'il y a un bénéfice important...

Ok, ça marche. Alors je sais que l'on n'a pas beaucoup de recul puisque vous vous êtes installée en 2018, mais la ROSP influence-t-elle votre prescription, en tout cas influencera-t-elle vos prescriptions à votre avis ?

J'essaie déjà de m'y conformer un petit peu puisque j'ai remplacé deux confrères... Enfin de m'y conformer plus ou moins puisque je ne le connais pas complètement par cœur du coup, ce qui forcément complique un peu les choses. C'est principalement pour les pratiques, enfin c'est le ROSP, c'est pas le ROSP puisque le ROSP il suit des recommandations HAS globalement donc ce n'est pas le ROSP en lui-même, c'est plus les recommandations HAS avec la microalbuminurie une fois par an, les hémoglobines glycosylées tous les trois mois mais bon ça c'est quand même intéressant par rapport au traitement parce que sinon on ne sait pas trop où on en est... Euh voilà c'est vrai que tout ça... C'est pas le ROSP en lui-même si on veut, c'est plus les recommandations et l'intérêt du patient... Enfin j'ai l'impression, après, voilà... Le ROSP peut aussi nous guider sur ce qu'on peut améliorer parfois, enfin je me dis que c'est quand même...

C'est un guide en fait ?

Voilà ça peut être un guide, ça peut nous rappeler les choses...

C'est un rappel des recos en fait pour vous ?

C'est ça. Mais pour avoir eu plusieurs collègues et confrères qui m'ont dit « mais je ne comprends pas, je fais plein de microalbuminuries mais je ne suis pas dans les recommandations ! », il semblerait que du coup les recommandations soient sur échantillon et que si on fait sur 24h ça ne fonctionne pas...

Moi voilà, ne précisant pas toujours, ou le logiciel marquant par défaut sur 24h, c'est possible que du coup, voilà... Et puis les patients le font moins quand c'est sur 24h que quand c'est sur échantillon. Donc voilà ce n'est pas toujours très clair dans le ROSP, ce n'est pas marqué clairement d'après mes collègues en groupe qualité justement, donc voilà j'ai appris dans un groupe qualité justement centré sur le ROSP que c'était sur échantillon.

C'est globalement ce que tout le monde dit cette année, que ce n'était pas très clair... Donc en fait en gros la ROSP influence indirectement vos prescriptions, c'est-à-dire que la ROSP soulève les recommandations, qui elles influencent vos prescriptions ?

Voilà, plutôt dans ce sens-là.

Donc elle l'influence, mais pas à cause des sous ?

Oui bah pour l'instant de toute façon je n'ai pas pu être beaucoup influencée par les sous...

Oui d'accord mais projetons-nous un petit peu... Et enfin donc dernière question : quelles sont vos relations avec les diabétologues ? En général ? Plutôt aucune, plutôt par courrier, par mail, par téléphone ?

Alors euh plutôt, euh... Pour la pratique du diabète plutôt par courrier ou sinon parfois par téléphone, mais pas forcément avec les diabétologues, c'était plutôt avec la médecine interne, qui faisait des introductions de traitement, du coup d'insuline ou de choses comme ça, et qui prenaient les patients en hôpital pour une semaine, en hospitalisation pour une semaine, donc c'est vrai que par téléphone ils sont disponibles, on peut programmer ensemble voir quand est-ce que c'est possible parce qu'il n'y a pas d'urgence en général absolue à introduire le traitement, donc ce n'est pas forcément directement les diabétologues sur... Enfin on peut passer par les diabétologues pour certains points, pour tout ce qui va être incrélines justement, analogues du GLP1 oui c'est plutôt les diabétologues je pense, sinon plutôt le service directement pour une hospitalisation et donc par téléphone parce que c'est plus simple pour convenir du rendez-vous. Le patient il sait plus rapidement quand est-ce que ça va être, ça l'incite un petit peu plus à suivre, à s'engager dans cette voie.

Médecin n°14

Donc, deuxième partie du questionnaire. Les incrélines, donc les inhibiteurs de la DPP4 en comprimés, et les analogues du GLP1, en injectables. Est-ce que vous vous souvenez comment vous avez découvert ces traitements ?

Principalement en stage de médecine interne, quand j'étais interne justement, à Evreux, où en fait on avait pas mal de patients diabétiques, et du coup on en prescrivait, enfin on faisait les initiations de prescription, mais c'était les endocrinologues qui étaient avec nous quoi, qui nous guidaient... Mais c'est là que je les ai découverts principalement, oui.

Donc dans votre formation pendant l'internat.

Voilà, voilà.

Pour les deux classes ?

Oui, oui. Après, j'en avais peut-être entendu parler... Et encore... Si, peut-être qu'on en a parlé pendant l'internat, sur les quelques cours qu'on avait, mais c'était principalement en stage de médecine interne, c'était mon premier stage d'ailleurs, d'interne...

D'accord, ok. Pour les inhibiteurs de la DPP4, donc les gliptines, est-ce que vous initiez facilement un traitement par ces molécules ?

Non, enfin franchement, non... Souvent... Moi en fait s'ils sont diabétiques et que je découvre un diabète, euh... Généralement c'est des diabètes de type 2 parce qu'on fait rarement des découvertes de type 1 en ville... Mais si je fais un diagnostic je vais mettre, souvent ça va être metformine, ou un similaire de cette classe-là, mais souvent c'est metformine d'ailleurs... Et après je change, si y a des intolérances ou une clairance pourrie... Là je vais mettre l'autre classe qui est... J'ai perdu le nom...

Les sulfamides, je pense ?

Voilà, c'est ça, les hypoglycémiantes... Mais après, sincèrement les autres classes, enfin voilà, comme on disait tout à l'heure... Moi je les envoie d'abord... Voir un endocrinologue... En fait quand je vois que c'est pas géré correctement, l'hémoglobine glycosylée avec mon metformine... Généralement je les envoie faire un petit tour chez l'endoc... Ou alors quand c'est un diabète bien cogné, direct je mets le traitement mais d'emblée je leur dis « allez-y faire un petit tour parce que de toute façon je pense qu'il va falloir mettre d'autres trucs en place...

D'accord très bien, donc soit c'est relativement simple entre guillemets comme diabète et vous gérez la monothérapie et si échec, on adresse, soit on sait d'emblée qu'il y aura besoin d'une plurithérapie...

Voilà genre ils ont une hémoglobine glycosylée à 12 % là on fait ouh là là...

Oui là on se doute que la metformine ne va pas suffire...

Donc je fais le bilan en ville, je commence à mettre des choses en place, mais je vais adresser de toute façon, sachant que c'est 6 mois le délai [rires]...

D'accord, et à votre avis pourquoi vous ne prescrivez pas plus de gliptines ?

Alors moi je dirais que parce que, en tout cas les dernières recos que j'avais en tête, c'était parce que voilà c'était recommandé HAS tout ça, de mettre en première intention metformine ou s'il y a des contre-indications, ou si pas bien toléré, de mettre un sulfamide... Après, de mémoire c'était principalement pour ça, et aussi je dirais, parce que je ne maîtrise pas [rires]... C'est des traitements que je connais pas... Enfin, je vais être capable de les renouveler s'il y a une visite chez un endoc une fois par an, je vais suivre, quoi... Et puis si j'ai une question parce que ça part en cacahuète, je vais appeler, je vais demander un avis, mais euh... introduire, je ne saurais pas faire. Si, peut-être dans les recos, je crois qu'ils en parlent, de mémoire ils en parlent en xième intention, ou dans certaines particularités, mais sincèrement je ne m'en souviens plus... [rires]

Pour les analogues du GLP1, c'est pareil ?

Oui, pour les mêmes raisons, c'est vraiment la non-maîtrise des indications...

Parfait. Est-ce que vous initiez facilement une insulinothérapie ?

Alors sur ma faible expérience – parce qu'avant j'étais remplaçante, ça ne m'est jamais arrivé. Je n'ai jamais été face à la situation où je me suis dit « je le mets sous insuline ». Après c'est voilà, de toute façon quand les diabètes... Je ne sais pas, si j'ai une glycémie qui revient à 4 grammes je vais l'adresser aux urgences pour dire « bah voilà, il est à 4 grammes... », et puis après souvent de toute façon c'est des patients qui reviennent d'hospit, qui ont fait des décompensations et qui reviennent avec de l'insuline donc on n'a pas à le mettre en fait...

Qui a été mis à l'hôpital.

Voilà c'est ça. Ça ne m'est jamais arrivé de...

Ok... Est-ce que vous pensez que le scandale du médiateur, et le retrait des gliptines qui étaient des autres antidiabétiques, vous aient rendue réticente à la prescription de molécules, de nouvelles molécules ?

Oh... Ah, de nouvelles molécules... Non, je ne pense pas... Parce que après ben j'essaie de lire à peu près les recommandations, d'être à peu près à jour... Euh mais c'est vrai que ça ne m'a pas vraiment influencée... J'en ai entendu parler, je pense aussi que quand ils en ont parlé j'étais interne, ou pas loin de la fin de l'externat ou début de l'internat, mais du coup ça m'a pas trop impactée, puisque j'ai prescrit plus après, donc... Je suis trop jeune encore ! [rires]

Et du coup pour les incrétines, est-ce que vous souhaiteriez une meilleure formation sur ces médicaments ou pas ?

Ça pourrait être intéressant, après je ne dis pas que j'en prescrirais peut-être pas plus... Enfin je ne sais pas, c'est-à-dire qu'en ayant peut-être une formation, ça permettrait peut-être mieux de comprendre l'indication, de mieux savoir dans quelle situation il faut les mettre... Maintenant est-ce que j'en prescrirais pour autant, je sais pas parce que c'est vrai que j'ai tendance quand même à les

adresser dès lors que... que ça part en cacahuète... Mais peut-être qu'il y a des indications où c'est la metformine ça va pas, le sulfamide il est pas efficace, et on peut passer à ces traitements là et dans ce cas-là je pourrais, si j'ai une formation et que je maîtrise mieux, je pourrais peut-être le faire effectivement.

Plutôt sous quelle forme idéalement la formation ? Présentielle, non présentielle ?

Présentielle.

Plutôt à l'université, à l'hôpital, par des labos... ?

Ah non pas de labos ! Après, université ou hôpital peu importe, par exemple par des endocs, ou je ne sais pas... Enfin des gens qui peuvent faire partager leur expérience et du coup ça permettrait effectivement d'être plus à l'aise.

Très bien. Et enfin, dernière partie : vos interactions avec les autres professionnels de santé dans la prescription des incrétines et même en général dans vos prescriptions. Que pensez-vous des recommandations HAS pour la gestion des médicaments du diabète de type 2 dans votre pratique quotidienne ?

Bah moi je la trouvais pas mal... Après, je dirais que je m'en tiens aux premières lignes, quoi... Parce qu'après j'ai pas eu de grand recul par rapport au fait que je me suis installée y a pas longtemps, avant j'étais remplaçante... Remplaçant, c'est pas qu'on n'introduit pas, mais on est quand même plus passif, moins actif par rapport à introduire des traitements, à faire des choses, on fait beaucoup de renouvellements, et ce n'est pas les mêmes patients, ils ne viennent pas pour les mêmes choses... C'est vrai que je suis installée depuis 2017 mais je suis partie en congés maternité pendant 5 mois donc en fin de compte, au niveau de la pratique en tant qu'installée, j'ai un recul de 4-5 mois, ce qui fait que je n'ai pas encore été mise dans des situations où je me suis posée ces questions-là. Maintenant, effectivement, moi les recos HAS je lis pas mal, après je critique un peu quand je suis pas d'accord ou que j'ai lu d'autres choses dans des publications, mais d'une façon générale je trouve qu'elles sont pas mal faites, et je les suis pour pas mal de choses. Après, oui effectivement, pour le diabète de type 2 je les avais trouvées pas mal, sur les indications, après je me souviens plus bien mais effectivement je crois qu'ils parlaient effectivement du Victoza, Januvia, Janumet... et ils disaient dans quelles situations les mettre... Donc je pense que si je relisais, je pourrais effectivement les utiliser... Maintenant, comme je ne connais pas bien les effets secondaires, les contre-indications... Voilà c'est des médicaments que je ne connais pas bien... Il faudrait déjà que je me penche sur à qui on peut les prescrire. Je crois d'ailleurs que c'est des patients pas trop âgés, ce genre de choses...

Par rapport à l'industrie pharmaceutique, quelle est votre position globalement ? Vous recevez les labos au cabinet par exemple ?

Non.

Par exemple est-ce que le prix des molécules influence vos prescriptions ?

J'essaie de regarder, après je ne les connais pas tous... Maintenant oui effectivement... Enfin disons que je me soucie, j'essaie de faire attention mais après des fois quand on renouvelle, on renouvelle... Enfin je veux dire, si c'est un endoc qui a mis telle ou telle molécule, je ne vais pas tout changer bien sûr. Maintenant, quand moi je l'introduis, j'essaie de regarder... Enfin voilà, je ne vais pas aller mettre effectivement une molécule hyper chère si on n'a pas, par exemple dans le diabète, essayé d'abord la metformine alors qu'avec la metformine le patient serait très bien stabilisé, bah ça reste un traitement quand même moins cher que les nouvelles molécules, qui peut être bien toléré... Et peut-être plus simple à utiliser pour certains si ce n'est pas une forme injectable...

Ok, et la ROSP influence-t-elle vos prescriptions, à votre avis ?

Pour l'instant pas trop car je l'ai découverte cette année, après c'est vrai que bah là du coup j'ai découvert le ROSP cette année donc j'ai effectivement, faut avoir, faut être dans les petites lignes si on veut avoir un petit peu quelque chose... Probablement je dirais que ça peut m'influencer, je n'ai pas encore l'expérience mais je pense qu'effectivement je peux regarder... Après y a des choses des fois où c'est peut-être pas forcément identique aux recommandations... Donc pour le coup je suivrais plutôt les

recommandations... Mais c'est vrai que je me pencherai sur le ROSP pour regarder ce qu'ils demandent mais je préfère suivre quand même les recos que de faire n'importe quoi...

Et juste dernière question, quelles sont vos relations avec les diabétologues ? Aucune, par courrier, par mail, par téléphone, comment ça se passe ?

Par courrier pour adresser les patients. Après si j'ai une question parce que j'ai un patient qui vient et que je ne sais pas, y a un truc qui m'embête et pour renouveler j'ai besoin d'une réponse, je vais appeler, oui. Au mois essayer d'appeler, oui... Après des fois ils nous répondent tout de suite, des fois ils nous rappellent dans la journée ou le lendemain, mais voilà je tiens compte... J'essaie d'appeler quand j'ai des questions « aigues » on va dire.

D'accord, donc vous êtes en lien assez facilement ?

Oui, oui, oui, bah oui, et puis enfin nous on travaille facilement avec l'hôpital qui répond assez vite, ils sont assez disponibles, quand même oui.

Etes-vous en lien avec un réseau d'éducation thérapeutique local ? Sans forcément y travailler, mais est-ce que vous adressez des patients, est-ce que... ?

Un réseau thérapeutique, c'est-à-dire ? Un réseau diabéto machin ?

Oui, comme Maredia par exemple...

Alors je ne suis pas trop en lien, mais je leur adresse quand même, enfin je leur dis qu'il y a des réseaux qui existent comme ça, qu'ils peuvent aller se renseigner, voir éventuellement pour des questions de diététique, parce que ça prend du temps à leur expliquer, souvent quand ils sont diabétiques on leur donne plein d'infos... Et puis en fait finalement ils n'ont retenu qu'un quart de la consultation... Donc souvent je leur dis bah n'hésitez pas à y aller, pour reposer les questions, pour même avoir des petites docs, des trucs, des infos qui peuvent aider au quotidien...

Donc vous êtes en lien, mais pas directement, via le patient ?

Oui, je dis au patient de se renseigner, d'y aller, voilà.

Médecin n°15

D'accord très bien, ok. Donc en parlant des incrétines, vous souvenez-vous comment vous avez découvert ces traitements, que ce soit les injectables ou les comprimés ?

Ca commençait à venir quand j'étais en fin d'internat, oui... C'était le tout début, c'était surtout les diabétologues qui les prescrivait, en ville il n'y avait pas trop tout ça. Donc moi j'ai fait un stage en médecine interne – diabéto à Elbeuf, donc on en avait un petit peu instauré, mais c'était vraiment le tout début.

D'accord, donc pendant l'internat... Et pour les analogues du GLP1, donc ceux qui sont injectables, est-ce que vous initiez facilement un traitement ?

Alors ça m'arrive... Après on est vraiment dans des cas... C'est pas ceux que je manie le plus, on est plutôt sur metformine en grand numéro un, et puis les sulfamides après... Généralement quand je commence à poser la question de mettre un traitement supplémentaire, c'est que je commence à parler de diabétologue, et de passer la main. Mais on me dit souvent non, aussi. Donc quand l'étape insuline me semble un peu prématurée, je mets souvent le Victoza en injectable, et moi ce que je manie surtout c'est le Janumet.

D'accord. Et pour l'injectable comment faites-vous en pratique ? Vous avez du matériel de démonstration ? Comment ça se passe ?

Alors moi je prescris l'éducation par l'infirmière. Je leur fais faire au tout début par l'infirmière avec autocontrôle glycémique et puis gestion de l'injection et des autocontrôles, pendant une semaine, le temps qu'ils se mettent en route, et puis après...

Ok. Une infirmière libérale ou une infirmière formée particulièrement ?

Libéral. Ce n'est pas plus compliqué que l'insuline.

Ok. Et pour les gliptines, ceux-là est-ce que vous initiez facilement un traitement si besoin ?

Si il faut oui, mais ce n'est pas des cas dans lesquels je me sens à l'aise.

Pourquoi ?

Je n'ai pas tant été formée que ça sur ce type de classe, ce n'était pas les choses hyper fréquentes quand moi j'ai fait mon internat. Et puis après en formation continue je n'ai pas fait forcément de formation diabète depuis, et donc euh bon je les vois au quotidien dans les ordonnances de patients et autres mais je ne me sens pas forcément hyper à l'aise pour les prescrire.

D'accord, et pour renouveler ?

Renouveler ça ne me pose pas de soucis.

Est-ce que vous initiez facilement une insulinothérapie ?

Oui.

Pareil, avec l'infirmière qui vient faire l'éducation ?

Oui. C'est un peu plus longtemps. Souvent je mets sur un mois, le temps que tout se rôde... Mais oui, après je fais juste les schémas avec une lente, dès qu'il commence à y avoir de la rapide, pareil... J'essaie de passer la main pour qu'on soit plusieurs à gérer.

Et comment pensez-vous que l'on pourrait faciliter la connaissance des médecins généralistes sur ces molécules ? Faut-il la faciliter ?

Je ne sais pas si j'ai vraiment besoin que ça me facilite en fait, parce que je me dis que c'est aussi mon signal de dire que ce n'est peut-être plus de mon ressort. Quand je commence à me dire « j'ai sorti ma metformine, mon sulfamide éventuellement... Quand je commence à me poser ces questions-là, je me dis est-ce qu'il ne faudrait pas aller voir un endocrino en plus ? »

D'accord, et après c'est l'endocrino qui gère ?

Et après, une fois qu'ils sont chez l'endocrino, je ne m'occupe plus des modifications, je renouvelle, mais...

Et donc troisième partie : vos relations avec les professionnels de santé dans la gestion du diabète mais même un peu en général. Par exemple, les recommandations HAS pour la gestion des médicaments du diabète, est-ce que vous les utilisez dans votre pratique quotidienne ?

J'essaie d'y rester, euh... Dans la mesure des possibilités. Après j'ai un outil que j'aime bien, alors j'ai pas forcément vérifié la validation, c'est *diabéto clic*, que je trouve très intéressant pour justement s'y retrouver dans la jungle. C'est vrai que j'utilise plus les gliptines depuis que j'utilise ça. C'est pas mal, et puis c'est vraiment je trouve très pratique pour nous parce que c'est adapté au cas du patient, l'objectif qu'on a et... Je me repose assez facilement là-dessus.

Et pour les labos, vous les recevez au cabinet ?

Du tout.

Est-ce que par exemple le prix des molécules influence vos prescriptions, ou pas du tout ?

Euh... Oui dans le sens où j'essaie de ne pas prescrire ces classes-là pour des raisons d'économie, parce que ce n'est pas recommandé en première intention. Dans les traitements de première intention c'est les biguanides et sulfamides, après au-delà, si la molécule est nécessaire je ne vais pas forcément me faire des nœuds à la tête pour savoir si je dois la prescrire ou pas.

Est-ce que le ROSP influence vos prescriptions à votre avis ?

Non... Pas plus que ça... J'essaie de coller aux recommandations le plus possible, mais vu que le ROSP est calé là-dessus... Je me dis que ça va le faire... Y a pas de suivi par rapport aux gliptines ?

Non, non. Ok, est-ce que le scandale du mediator et le retrait des glitazones vont ont rendue un peu réticente sur les recommandations, ou est-ce que ça n'a rien changé ?

Non, pas spécialement, après j'ai tendance à dire qu'en médecine générale on doit savoir déjà beaucoup de choses, si en plus il faut prendre toutes les recommandations et les décortiquer au détail près, moi je ne m'en sors pas. Donc à un moment il faut bien faire un peu confiance aux sociétés savantes, après y a des choses qu'on ne peut pas forcément savoir quand un médicament est sur le marché, et puis y a *Prescrire* qui nous calme bien aussi sur la plupart des médicaments [rires]... Généralement la reco avec le garde-fou *Prescrire*, on arrive à s'en sortir.

Et du coup quelles relations avez-vous avec les diabétologues, est-ce que c'est plutôt par courrier, par mail, par téléphone... ?

Souvent du courrier. Après j'apprécierais énormément la messagerie sécurisée, mais ce n'est pas dans l'air du temps, enfin pas le réseau dans lequel je suis, mais c'est vrai que l'email ce serait quand même plus fluide mais bon sinon c'est du courrier. Téléphone c'est si j'ai besoin d'un avis ou d'une hospitalisation plus rapide, mais dans la plupart des cas c'est des consultations qui peuvent attendre parce qu'on n'est pas dans un cas de décompensation.

Est-ce que vous faites partie d'un réseau d'éducation thérapeutique ?

Oui. J'envoie mes patients en éducation thérapeutique quand ils acceptent, c'est pas encore trop dans les mœurs non plus. Si je dis une consultation perso oui, par contre le groupe des fois, fait peur... Et puis y a des gens qui n'ont pas spécialement envie de ce type de démarche non plus, ça ne convient pas à tout le monde.

Médecin n°16

Deuxième partie du questionnaire, vraiment orientée sur les incrétines et vos habitudes avec ces médicaments-là. Pour les gliptines et les analogues du GLP1, est-ce que vous vous souvenez comment vous avez découvert ces médicaments ?

Je pense que c'était à peu près concomitant entre les cours à la fac et le stage prat.

D'accord, pour les deux classes ?

Oui.

Pour les gliptines, inhibiteurs de la DPP4, est-ce que vous initiez facilement un traitement par ces molécules ?

Oui. Enfin facilement... Peut-être pas facilement, mais voilà quand il y a besoin, évidemment.

Vous n'adrez pas au diabétologue pour introduire une gliptine ?

Non, non.

Et quelle molécule introduisez-vous ?

Plutôt en association, de l'EUCREAS ou du JANUMET. On galère donc la metformine ne suffit pas, on passe à une association.

Ok, très bien. Pour les analogues du GLP1, pareil, est-ce que vous initiez facilement un traitement ?

Non.

D'accord, et pourquoi à votre avis ?

Euh... Parce que c'est souvent moins bien compris des patients, par rapport à une confusion avec de l'insuline... Parce que du coup ils en arrivent à un stade où ça devient quand même un diabète compliqué pour que j'en arrive à ça en me disant que je n'y arrive pas avec des sulfamides, de la metformine, voire une autre classe que j'ai associée selon l'âge... Et je me dis qu'est-ce que je fais : est-ce que je fais ça ou est-ce que je fais de l'insuline ? Et je me dis : recours à l'endocrino.

Ok, très bien. A votre avis, est-ce qu'on devrait faciliter cette introduction par les médecins généralistes, ou est-ce que ça relève du diabétologue ?

Je pense que ça relève du diabétologue parce qu'on arrive à un stade où le diabète il devient plus compliqué, donc c'est un important qu'il voit le spécialiste à ce moment-là, même si c'est que ponctuel sur un avis et que le diabétologue le revoit dans 2-3 ans... Après, c'est pas sur une question de sécurité ou de quelle dose c'est... Je pense que c'est plutôt qu'on est à un stade où on se dit « attends c'est l'alerte, il faut peut-être là quand même que je l'envoie chez l'endocrino pour pas passer à côté 'un truc. ».

D'accord, donc par exemple vous n'avez aucun problème pour renouveler ces traitements ? **Non.**

Est-ce que vous initiez une insulinothérapie facilement chez un patient ?

Non. Sauf exception, genre une personne âgée où je me dis « oh bah non ça va pas apporter », et puis en même temps je sais qu'il y a les infirmières qui passent, donc c'est assez sécurisé... Clairement, non, le diabétique relativement, non... Alors l'enfant, non... L'adulte un peu jeune 40-45 ans où on ne sait pas trop finalement quel type de diabète c'est, non... Et puis celui où en fait on est entre les deux, 65 ans, où ça commence à cafouiller, je me dis non, faut lui secouer un peu les puces et donc endocrino pour faire ça, voire hôpital de jour pour essayer de bénéficier assez rapidement d'une éducation thérapeutique complète.

D'accord. Alors un peu autrement, pensez-vous que le scandale du Mediator et le retrait des glitazones vous aient rendue réticente aux prescriptions de médicaments ? Est-ce que ça a changé quelque chose ?

Sur le diabète ?

En général...

Euh... Moi je suis passée un peu après... J'arrivais juste en stage prat à cette époque là... Euh... Du coup je pense que ça n'a pas changé ma façon de prescrire... Après euh... Je pense que je suis plutôt à dire « je suis les recos », et pas « j'invente une autre autorisation, ou une autre application du médicament... ».

Et donc pour revenir aux incrétones, est-ce que vous souhaiteriez une meilleure formation sur ces médicaments ?

Je pense que ça pourrait être intéressant que l'on ait une petite remise à niveau, parce qu'en fait on n'a pas forcément eu la formation universitaire quand on est passés après, alors de temps en temps y a des labos qui nous tombent dessus mais je trouve que ce n'est pas pertinent comme formation... Et puis c'est quand même plutôt intéressant d'être un peu coaché, parce qu'on peut lire soi-même mais c'est intéressant d'avoir un apport extérieur.

Donc plutôt présenteille ?

Oui surtout présenteille.

Et faite par qui ?

Plutôt des diabétologues, c'est leur travail. Je pense que c'est eux qui pourraient centraliser en disant l'effet sur cardio, la morbi-mortalité... Oui, plutôt les diabétologues.

Donc après on élargit un petit peu, donc dans vos interactions avec les autres professionnels de santé dans la prescription des incrétones, voire en général dans vos prescriptions. Par exemple, que pensez-vous des recommandations HAS pour la gestion des médicaments du diabète de type 2 ?

La gestion... ? C'est-à-dire ?

Pour vos prescriptions... L'algorithme thérapeutique, est-ce que vous vous en servez ?

Je m'en sers dans les grandes lignes en me disant que je fais en première intention la metformine, euh si ça marche pas je passe à l'association avec un sulfamide, et après j'ajoute l'un ou l'autre des incrétones, et puis après je fais recours au diabéto. Donc je ne l'ai pas relu là tout de suite, mais je pense que c'est à peu près le truc... J'ai pas bien en tête, je sais qu'il y a des objectifs, il faut diminuer

de 1%, machin... Bah ça, je sais pas très bien en pratique. J'ai en tête le grand arbre en disant ça marche, ça marche pas, mais... J'ai pas forcément le chiffre objectif à dire c'est celui-là, voilà. Après je trouve que c'est bien qu'il y ait une reco HAS parce qu'on a quand même des patients qui sont un peu titilleurs, un peu négociants, et leur dire « vous voyez, on en est là, là, moi je galère et on n'y arrive pas, donc voilà ».

Quelle est votre position par rapport à l'industrie pharmaceutique, par exemple est-ce que vous recevez les laboratoires au cabinet ?

Oui, au moins possible [rires]. On essaie de leur dire « bon, on arrête! ».

Ok, mais vous ne faites pas barrière à l'entrée ?

Non, je ne fais pas barrière.

Est-ce que le prix des molécules influence vos prescriptions ?

Oui, dans le sens où c'est ça, ces nouvelles molécules elles valent beaucoup plus cher, donc moi je reste sur du standard basique, de la metformine et du sulfamide, sauf contre-indication et intolérance, mais... Finalement ils ont aussi des effets avec les pancréatites et des modifications du BH, donc ce n'est pas sans risque les nouvelles, donc pourquoi se risquer alors qu'on a des vieux trucs qui marchent bien...

La ROSP influence-t-elle vos prescriptions ?

Bah alors, le typique par exemple, c'est euh... J'ai bien fait plus de prescription de surveillance d'hématurie et de protéinurie, alors que j'avais tendance un peu à l'oublier... Après, sur la surveillance et le rythme, non. Parce que leur dire qu'il faut 3-4 hémoglobines glycosylées par an, je trouve que ce n'est pas exagéré pour suivre un diabétique. Après il y a des contraintes logistiques qui font que de toute façon on n'est pas dans les clous, parce que le fond d'oeil, on ne l'a pas... Donc ça n'influence pas... Et puis maintenant le nouveau ROSP avec le volet « structure », bah moi j'étais déjà bien avant sur une adhésion à la Cosse qui faisait de l'éducation thérapeutique, et qui faisait des programmes par exemple suivi obésité, etc. Donc ça n'a pas influencé.

Et dernière question : quelles sont vos relations avec les diabétologues ? Plutôt par courrier, téléphone, mail... ?

Par courrier, quand c'est du pas urgent standard, par mail pour des histoires de thyroïde... Pour savoir quel bilan faire et quand adresser.

Et donc quelles sont vos relations avec les réseaux d'éducation thérapeutiques locaux ?

Bonnes ! [rires]. Bonnes, mais ceci dit c'est compliqué, parce qu'en fait on a du mal à recruter, on s'aperçoit que même si on est moteur, et qu'on est motivé, qu'on a participé au truc, on n'y pense pas à chaque fois à reposer à notre diabétique, et même si ils en reviennent content, en fait c'est compliqué de se remotiver soi-même pour y penser.

Même en étant membre du réseau ?

Même en étant membre, en ayant participé et en étant convaincue du truc.

C'est, à votre avis, parce que beaucoup de patients sont réticents ? C'est un problème vis-à-vis du patient, ou on n'y pense pas parce que ce n'est pas trop dans les habitudes ?

Il y a qu'on n'y pense pas, parce que finalement ils viennent pour leur renouvellement mais aussi pour tout un tas de trucs, ils ne viennent pas que pour ça, c'est une consultation qui est forcément longue, et puis se dire « il faut encore que je lui reparle de ça, et que lui ne connaît pas du tout et il faut que je lui présente », bah c'est long et on se dit qu'on le fera la prochaine fois. Ça demande quand même une certaine organisation, pour être justement dans le truc, on s'aperçoit qu'il faut quand même rassembler 5 à 10 personnes en même temps et du coup mobiliser un professionnel de santé, donc la logistique elle n'est pas si simple... Après, on a pas mal de déperdition, en disant les gens ils viennent... Et puis en fait ils ne viennent pas ! Ça c'est quand même hyper démotivant. Bon, après, voilà, après... Ça serait bien que ça se développe, je pense.