



HAL
open science

Les freins au dépistage et au suivi des complications chroniques du diabète de type 2 en médecine générale : étude qualitative thématique, sur des médecins exerçant dans les Pyrénées-Orientales

Caroline Boudou

► To cite this version:

Caroline Boudou. Les freins au dépistage et au suivi des complications chroniques du diabète de type 2 en médecine générale : étude qualitative thématique, sur des médecins exerçant dans les Pyrénées-Orientales. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03326852

HAL Id: dumas-03326852

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03326852>

Submitted on 26 Aug 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

BOUDOU Caroline

Le 17/06/2021

**Les freins au dépistage et au suivi des complications chroniques du diabète de
type 2 en médecine générale.
Etude qualitative thématique, sur des médecins exerçant dans les Pyrénées-
Orientales.**

Thèse dirigée par : Dr DUMONTEL Thibault

Jury de thèse :

Président : Pr LAMBERT Philippe

Assesseurs : Dr RADAOUI Amina
Dr DUMONTEL Thibault

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	JOURDAN Jacques	PAGES Michel
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	KLEIN Bernard	PEGURET Claude
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	LAFFARGUE François	PELISSIER Jacques
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	LALLEMANT Jean	PETIT Pierre
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	Gabriel	POUGET Régis
ASTRUC Jacques	D'ATHIS Françoise	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
AUSSILLOUX Charles	DEMAILLE Jacques	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
AVEROUS Michel	DESCOMPS Bernard	LESBROS Daniel	RAMUZ Michel
AYRAL Guy	DIMEGLIO Alain	LOPEZ François Michel	REBOUL Jean
BAILLAT Xavier	DUBOIS Jean Bernard	LORIENT Jean	RIEU Daniel
BALDET Pierre	DUMAS Robert	LOUBATIERES Marie	ROCHFORT Henri
BALDY-MOULINIER Michel	DUMAZER Romain	Madeleine	ROUANET DE VIGNE
BALMES Jean-Louis	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	LAVIT Jean Pierre SAINT AUBERT
BANSARD Nicole	FABRE Serge	MARTY ANE Charles	Bernard
BAYLET René	FREREBEAU Philippe	MARY Henri	SANCHO-GARNIER
BILLIARD Michel	GALIFER René Benoît	MATHIEU-DAUDE Hélène	
BLARD Jean-Marie	GODLEWSKI Guilhem	Pierre	SANY Jacques
BLAYAC Jean Pierre	GRASSET Daniel	MEYNADIER Jean	SEGNARBIEUX
BLOTMAN Francis	GUILHOU Jean- Jacques	MICHEL François- Bernard	François
BONNEL François	HEDON Bernard	MION Charles	SENAC Jean-Paul
BOUDET Charles	HERTAULT Jean	MION Henri	SERRE Arlette
BOURGEOIS Jean- Marie	HUMEAU Claude	MIRO Luis	SOLASSOL Claude
BOUSQUET Jean	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice	VIDAL Jacques
BRUEL Jean Michel	JANBON Charles	NAVRATIL Henri	VISIÈRE Jean Pierre
BUREAU Jean-Paul	JANBON François	OTHONIEL Jacques	
	JARRY Daniel		

Professeurs Émérites

ARTUS Jean-Claude	LARREY Dominique
BLANC François	LE QUELLEC Alain
BONAFE Alain	MARES Pierre
BOULENGER Jean-Philippe	MAUDELONDE Thierry
BOURREL Gérard	MAURY Michèle
BRINGER Jacques	MESSNER Patrick
CLAUSTRES Mireille	MILLAT Bertrand
DAURES Jean-Pierre	MONNIER Louis
DAUZAT Michel	DAVY MOURAD Georges
Jean Marc	PREFAUT Christian
DEDET Jean-Pierre	PUJOL Rémy
ELEDJAM Jean-Jacques	RIBSTEIN Jean
GROLLOUX Robert	RAOUX François
GUERRIER Bernard	SULTAN Charles
GUILLOT Bernard	TOUCHON Jacques
JONQUET Olivier	UZIEL Alain
LANDAIS Paul	VOISIN Michel
	ZANCA Michel

Docteurs Émérites

PRAT Dominique	PUJOL Joseph
----------------	--------------

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre – Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Éric – Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick – Parasitologie et mycologie

BEREGI Jean-Paul – Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BOULOT Pierre – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAPDEVILA Xavier – Anesthésiologie-réanimation

COMBE Bernard – Rhumatologie

COSTES Valérie – Anatomie et cytologie pathologiques

COTTALORDA Jérôme – Chirurgie infantile

COUBES Philippe – Neurochirurgie

COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie

CRAMPETTE Louis – Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul – Biochimie et biologie moléculaire

CYTEVAL Catherine – Radiologie et imagerie médicale

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel – Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Éric – Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques – Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues – Neurochirurgie

ELIAOU Jean François – Immunologie
FABRE Jean Michel – Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir – Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian – Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir – Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne – gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier – Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian – Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier – Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre – Neurologie
LEFRANT Jean-Yves – Anesthésiologie-réanimation
LEHMANN Sylvain – Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge – Biochimie et biologie moléculaire
MERCIER Jacques – Physiologie
MEUNIER Laurent – Dermato-vénérologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis – Pédiatrie
PAGEAUX Georges – Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal – Biologie cellulaire
QUERE Isabelle – Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Éric – Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques – Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques – Anesthésiologie-réanimation
SOTTO Albert – Maladies infectieuses ; maladies tropicales
SCHVED Jean François – Hématologie ; Transfusion
TAOUREL Patrice – Radiologie et imagerie médicale
TOUITOU Isabelle – Génétique
VANDE PERRE Philippe – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc – Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia – Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine – Nutrition
AZRIA David – Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria – Pédiopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric – Chirurgie digestive
BOURDIN Arnaud – Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles – Pédiatrie
CAMU William – Neurologie
CANOVAS François – Anatomie
CAPTIER Guillaume – Anatomie
CARTRON Guillaume – -Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume – Cardiologie
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre – Immunologie
COULET Bertrand – Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe – Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves – Physiologie
DE TAYRAC Renaud – Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John – Cytologie et histologie
DEMARIA Roland – Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DROUPY Stéphane – Urologie
DUCROS Anne – Neurologie
DUPEYRON Arnaud – Médecine physique et réadaptation
FESLER Pierre – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David – Génétique
GUILLAUME Sébastien – Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris – Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice – Physiologie

HOUEDE Nadine – Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada – Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel – Génétique moléculaire
KOUYOUMDJIAN Pascal – Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle – Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry – Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LEMOING Vincent – Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence – Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis – Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan – Physiologie
MORANNE Olivier – Néphrologie
MOREL Jacques – Rhumatologie
NAVARRO Francis – Chirurgie générale
NOCCA David – Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc – Cardiologie
PERNEY Pascal – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel – Anatomie
PUJOL Jean Louis – Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane – Pédiopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal – Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh – Pédiatrie
VERNHET Hélène – Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline – Cancérologie ; radiothérapie
CANAUD Ludovic – Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine – Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud – Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel – Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent – Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent – Ophtalmologie

DORANDEU Anne – Médecine légale

FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie

FUCHS Florent – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey – Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile – Rhumatologie

GODREUIL Sylvain – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILPAIN Philippe – Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

IMMEDIATO DAIEN Claire – Rhumatologie

JACOT William – Cancérologie ; Radiothérapie

JEZIORSKI Éric – Pédiatrie

JUNG Boris – Réanimation ; médecine d'urgence

KALFA Nicolas – Chirurgie infantile

LACHAUD Laurence – Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin – Oto-rhino-laryngologie

LE QUINTREC Moglie - Néphrologie

LETOUZEY Vincent – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LONJON Nicolas - Neurologie

LOPEZ CASTROMAN Jorge – Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric – Rhumatologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas – Radiologie et imagerie médicale

MILLET Ingrid – Radiologie et imagerie médicale

MURA Thibault – Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

NAGOT Nicolas – Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Émilie – Psychiatrie d'adultes ; addictologie

NOCCA David – Chirurgie digestive

PANARO Fabrizio – Chirurgie générale

PARIS Françoise – Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PELLESTOR Franck – Histologie, embryologie et cytogénétique

PASQUIE Jean-Luc – Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia – Physiologie
POUDEROUX Philippe – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie – Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François – Pédiatrie
ROSSI Jean François – Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François – Cardiologie
SEBBANE Mustapha – Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas – Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme – Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane – Nutrition
THOUVENOT Éric – Neurologie
THURET Rodolphe – Urologie
TUAILLON Édouard – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric – Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max – Ophtalmologie
VINCENT Denis – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry – Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne – Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

1^{re} classe :

COLINGE Jacques – Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes
LAOUDJ CHENIVASSE Dalila – Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent – Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine

BESSIS Didier – Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François – Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

QUANTIN Xavier – Pneumologie

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

VIEL Éric – Soins palliatifs et traitement de la douleur

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe – Échelon Exceptionnel

RICHARD Bruno – Médecine palliative

SEGONDY Michel – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOUX Stéphanie – Biochimie et biologie moléculaire

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère – Génétique

CARRIERE Christian – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale – Épidémiologie, économie de la santé et prévention

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin – Anatomie

BOUDOUSQ Vincent – Biophysique et médecine nucléaire

BRET Caroline – Hématologie biologique

BROUILLET Sophie – Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille – Génétique Moléculaire
LAVIGNE Géraldine – Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MARTRILLE Laurent – Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin – Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine – Biologie cellulaire
RAVEL Christophe – Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris – Physiologie
STERKERS Yvon – Parasitologie et mycologie
YACHOUH Jacques – Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERGOUGNOUX Anne – Génétique
CHIRIAC Anca – Immunologie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie – Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric – Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès – Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
HUBERLANT Stéphanie – Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils – Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain – Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
ROUBILLE Camille – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{ère} classe

COSTA David

OUDE-ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Éric – Sciences biologiques fondamentales et cliniques

CHAZAL Nathalie – Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine – Neurosciences

BERNEX Florence – Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine – Sciences du médicament et des autres produits de santé

DELABY Constance – Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence – Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent – Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HERBET Guillaume – Neurosciences

LADRET Véronique – Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
 LAINE Sébastien – Sciences du Médicament et autres produits de santé
 LE GALLIC Lionel – Sciences du médicament et autres produits de santé
 LOZZA Catherine – Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
 MAIMOUN Laurent – Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
 MOREAUX Jérôme – Science biologiques, fondamentales et cliniques
 MORITZ-GASSER Sylvie – Neurosciences
 MOUTOT Gilles – Philosophie
 PASSERIEUX Émilie – Physiologie
 RAMIREZ Jean-Marie – Histologie
 RAYNAUD Fabrice
 TAULAN Magali – Biologie Cellulaire

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BIRON-ANDREANI	CASSINOTTO
AKKARI Mohammed	Christine	Christophe
ALRIC Jérôme	BLANC Brigitte	CATHALA Philippe
AMEDRO Pascal	BLANCHARD Sylvie	CAZABAN Michel
AMOUREUX Cyril	BLANCHET Catherine	CHARBIT Jonathan
ANTOINE Valéry	BLATIERE Véronique	CHEVALLIER Thierry
ARQUIZAN Caroline	BOBBIA Xavier	CHEVALLIER-
ATTALIN Vincent	BOGE Gudrun	MICHAUD Josyane
AYRIGNAC Xavier	BOURRAIN Jean Luc	COLIN Olivier
BADR Maliha	BOUYABRINE Hassan	CONSEIL Mathieu
BAIS Céline	BRINGER-DEUTSCH	CORBEAU Catherine
BARBAR Saber Davide	Sophie	COROIAN Flavia-Oana
BASSET Didier	BRINGUIER	COURDRAY Sarah
BATIFOL Dominique	BRANCHEREAU	CRANSAC Frédéric
BATTISTELLA Pascal	Sophie	CUNTZ Danielle
BAUCHET Luc	BRISOT Dominique	DARDALHON Brigitte
BENEZECH Jean Pierre	BRONER Jonathan	DAVID Aurore
BENNYS Karim	CADE Stéphane	DE BOUTRAY Marie

BERNARD Nathalie	LAZERGES Cyril	RAPIDO Francesca
BERTRCHANSKY Ivan	LE GUILLOU Cédric	RIBRAULT Alice
BIBOULET Philippe	LEGLISE Marie	RICHAUD-MOREL
DENIS Hélène	Suzanne	Brigitte
DEVILLE de PERIERE	CAIMMI Davide Paolo	RIDOLFO Jérôme
Gilles	CARR Julie	RIPART Sylvie
DE LA TRIBONNIERE	CARTIER César	RONGIERES Michel
Xavier	CASPER Thierry	ROULET Agnès
DJANIKIAN Flora	MARGUERITE	RUBENOVITCH Josh
DONNADIEU-RIGOLE	Emmanuel	SANTONI Fannie
Hélène	MARTIN Lucille	DEBIEN Blaise
FAIDHERBE Jacques	MATTATIA Laurent	DELPONT Marion
FATTON Brigitte	MEROUEH Fadi	SASSO Milène
FAUCHERRE Vincent	MEYER Pierre	SCHULDINER Sophie
FILLERON Anne	MILESI Christophe	SEGURET Fabienne
FITENI Frédéric	MORAU Estelle	SENESSE Pierre
FOURNIER Philippe	MOSER Camille	SKALLI EI Mehdi
GAILLARD Nicolas	MOUSTY Eve	SOLA Christelle
GALMICHE Sophie	MOUTERDE Gaël	SOULLIER Camille
GENY Christian	PANSARD Nicole	STOEBNER
GERONIMI Laetitia	PERNIN Vincent	DELBARRE Anne
GINIES Patrick	PERRIGAULT Pierre	TEOT Luc
GRECO Frédéric	François	THIRION Marina
GUEDJ Anne Marie	PEYRON Pierre-Antoine	VACHIERY-LAHAYE
GUYON Gaël	PICARD Éric	Florence
HENRY Vincent	PICOT Marie Christine	VERNES Eric
JAMMET Patrick	PIERONI Laurence	VINCENT Laure
JEDRYKA François	POQUET Hélène	WAGNER Laurent
JREIGE Riad	PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
KINNE Mélanie	PUPIER Florence	
LABARIAS Coralie	QUANTIN Xavier	
LACAMBRE Mathieu	RAFFARD Laurence	
LANG Philippe		

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BARATEAU Lucie – Physiologie

BASTIDE Sophie – Épidémiologie, économie de la santé et prévention

CAZAUBON Yoann – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

DAGNEAUX Louis – Chirurgie orthopédique et traumatologique

DUFLOS Claire – Biostatistiques ; informatique médicale et technologies de la communication

GOULABCHAND Radjiv – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

LATTUCA Benoit – Cardiologie

MARIA Alexandre – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

MIOT Stéphanie – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

SARRABAY Guillaume – Génétique

SOUICHE François-Régis – Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS :

Remerciements aux membres du jury :

- Au Professeur Philippe Lambert, qui me fait l'honneur d'avoir accepté de présider le jury de thèse. Je vous en remercie et vous fais preuve de tout mon respect.

- Au Docteur Amina Radaoui, pour avoir accepté si spontanément de faire partie du jury. Merci également pour ton enseignement et ton implication au sein du service d'endocrinologie de l'hôpital de Perpignan, qui m'ont d'ailleurs inspirée pour entreprendre ce travail de thèse.

- Au Docteur Thibault Dumontel, qui a accepté sans hésitation de diriger mon projet de thèse. Je te remercie pour ta disponibilité, tes conseils avisés et ton professionnalisme tout au long de la rédaction de cette thèse. J'aurai fait de grands progrès en rédaction de thèse, mais aussi en orthographe grâce à tes corrections si précieuses !

Remerciements personnels :

- A Maman, à qui je dois tout. Merci pour ton amour, ta présence et ton soutien inconditionnel depuis toutes ces années. Merci de m'avoir donné envie d'exercer ce beau métier.

- A Papa, pour ton amour et ta bonne humeur permanente. Merci pour les beaux moments passés ensemble, je garderai en mémoire nos restos et tes visites spontanées qui me réchauffaient le cœur.

- A Paul, avec qui je savoure chaque instant de ma vie. Merci pour ton soutien, pour ton amour, ton écoute et ton optimisme, merci d'être toi tout simplement. Merci pour tous les moments de bonheur partagés, nos plus belles années restent à venir.

- A Pierre et Nicolas, mes frères adorés. Merci pour toutes ces merveilleuses années passées ensemble. Merci pour notre si belle complicité.
A Marine et Johan mes petits frère et sœur, avec qui on a partagé de très beaux moments.
- A Jojo et Nicole, mes grands-parents à qui je dois tellement. Merci pour votre affection et votre soutien indéfectible. Merci d'avoir été là pour moi toutes ces années.
A mamie Annie, je sais que là-haut tu dois être fière de moi, merci pour tout.
- A Aude, ma cousine et ma confidente. Tu es comme une sœur, merci d'être là dans ma vie.
A Mathilde, ma cousine. J'aurais tellement aimé que tu sois là pour ce moment. Tu me manques tous les jours.
- Au reste de ma famille qui m'a soutenu au cours de ces années, et à ma belle-famille si bienveillante à mon égard. Merci à vous.
- A Lucie, Pauline et Marjo, mes amies de toujours, et à Julia, Margaux et Justine. Merci d'avoir toujours été là dans les bons comme dans les mauvais moments.
- A mes amis d'externat et à mes amis d'internat, merci pour tous ces souvenirs et moments de bonheur passés ensemble. Vous avez rendu ces études plus courtes que ce qu'elles ne le sont. Une mention particulière pour Elise et Ninon, une si belle rencontre à la montagne.
- Aux Docteurs Henri-Pierre Paulin et Jean Camarasa, mes maitres de stage qui m'ont tant appris et m'ont si bien accueillie dans nos belles montagnes. Merci pour votre gentillesse et bienveillance à mon égard.
- A tous les médecins rencontrés tout au long de mon parcours qui m'ont transmis leurs connaissances, leur passion et m'ont confortée dans une voie devenue une véritable vocation.

TABLE DES MATIERES :

LISTE DES ABREVIATIONS	21
INTRODUCTION	23
MATERIEL ET METHODE	31
I. Etude qualitative.....	31
II. Recrutement de l'échantillonnage.....	31
III. Recueil de données	34
A. Le guide d'entretien	34
B. Les entretiens	37
IV. Analyse thématique.....	38
RESULTATS	40
I. Caractéristiques des médecins généralistes interviewés	40
II. Les résultats de l'analyse thématique	42
A. Liés au médecin traitant	43
1. Les facteurs intrinsèques.....	44
a. Un attrait pour la pathologie diabétique	44
b. La rigueur du suivi.....	44
c. Des pratiques différentes selon l'âge	45
2. La place dans la prise en charge	46
a. Un rôle central	46
i. La première place	46
ii. Le coordonateur.....	46
b. Un rôle d'éducateur du patient	47
c. La surveillance permanente du patient	48
3. La formation	49
a. Une formation initiale suffisante	49
i. Les cours théoriques	49
ii. Les stages pratiques	49
b. Une formation continue essentielle	50
i. Par des échanges humains	51
ii. Par de l'auto formation	52
iii. Un investissement personnel	52
c. Une formation globale et vaste en médecine générale	53

d. Un manque de formation sur l'éducation thérapeutique	53
B. Liés au patient	55
1. Les facteurs intrinsèques	56
a. Des difficultés liées à un âge plus avancé.....	56
b. Les différences socioculturelles.....	56
c. Le vécu de la maladie	58
i. L'acceptation de la maladie	58
ii. Le déni de la maladie	58
2. Le rôle dans la prise en charge	60
a.i. Un rôle parfois actif	60
a.ii. Un rôle souvent passif	60
b. Un défaut d'observance	62
i. Le manque d'adhésion dans le projet de soin	62
ii. Le manque de rigueur	63
c. Vers une autonomisation du patient avec l'ETP	63
D. La consultation de suivi	65
1. Le dépistage des complications	66
a. La théorie.....	66
i. Une consultation fréquente	66
ii. Un suivi réglementé	66
iii. Une consultation facile.....	67
iv. Des recommandations adéquates	68
b. La pratique	68
i. Le calendrier patient	69
ii. Un logiciel guide du diabète	70
iii. Le bénéfice des ROSP	70
2. La relation médecin patient	71
a. Les forces.....	71
i. Une relation de confiance	71
ii. Une relation personnalisée	71
iii. La conscience médicale prime sur les ROSP	72
b. Les faiblesses	73
i. Un suivi standardisé.....	73
ii. La ROSP.....	73

3. Une consultation chronophage.....	75
a. La durée de consultation.....	75
i. Suffisante.....	75
ii. Inadaptée.....	76
b. La problématique de la rémunération.....	78
i. Une consultation mal rémunérée.....	78
ii. La ROSP une augmentation de la consultation dissimulée.....	78
c. L'éducation thérapeutique patient.....	79
i. L'absence de temps consacré.....	79
ii. Vers une consultation dédiée mieux rémunérée.....	80
D Une prise en charge globale.....	82
1. La délégation pluridisciplinaire des soins.....	83
a. Les métiers émergents d'infirmiers et assistants médicaux.....	83
b. Le suivi podologique du pied diabétique.....	86
c. L'orientation vers les paramédicaux.....	87
d. Vers des centres spécialisés du patient diabétique.....	88
e. Les endocrinologues en dernier recours.....	88
2. Le parcours de soin.....	89
a. Les failles.....	89
i. La pénurie médicale.....	89
ii. L'absence de compte-rendu.....	91
b. Les sources d'amélioration.....	92
i. Un dossier diabète partagé.....	92
ii. Une meilleure prise en charge financière pour les paramédicaux.....	92
iii. Les avantages des structures pluriprofessionnelles.....	93
DISCUSSION :.....	95
I. Forces et limites de cette étude.....	95
II. Discussion des résultats et perspectives d'ouverture.....	102
CONCLUSION.....	130
BIBLIOGRAPHIE :.....	133
ANNEXES :.....	136
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	142
RESUME.....	143

LISTE DES ABREVIATIONS

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

AD : Anti Diabétiques

ALD : Affection de Longue Durée

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANCRED : Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Actions de Santé Libérale En Equipe

CC : Complications chroniques

CH : Centre Hospitalier

CKD-EPI : Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

DIAMIP : Réseau Diabète Midi-Pyrénées

DMG : Département de Médecine Générale

DMP : Dossier Médical Partagé

DPC : Développement Professionnel Continu

DT2 : Diabète de Type 2

ECG : Electrocardiogramme

ECN : Examen Classant National

ENTRED : Echantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques

ETP : Education Thérapeutique Patient

FMC : Formation Médicale Continue

FO : Fond d'Œil

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1C : Hémoglobine glyquée

HDJ : Hôpital De Jour

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

IPS : Index de Pression Systolique

IPSo : Index de Pression Systolique à l'Orteil

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MT : Médecin Traitant

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise En Charge

PO : Pyrénées-Orientales

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

RPC : Recommandation pour la Pratique Clinique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SNIIRAM : Système National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie

INTRODUCTION

Le diabète de type 2 est une maladie chronique fréquente dont les chiffres augmentent chaque année.

En France en 2016, le diabète concerne 3,7 millions de français soit 5,4% de la population, et 92% sont des diabétiques de type 2. Entre 2005 et 2015, le nombre de personnes traitées pour un diabète a augmenté en moyenne de 5 % par an.

On parle d'une véritable pandémie de diabète puisque d'après l'OMS, le nombre de diabétiques de type 2 dans le monde est passé de 108 à 463 millions entre 1980 et 2019 (a été multiplié par 4 ces 40 dernières années). **(1,2)**

Plusieurs théories tentent actuellement d'expliquer cette pandémie de diabète. La théorie dominante propose que les changements du style de vie soient la cause principale de cette pandémie. En effet, il existe une origine génétique prépondérante à cette maladie, ainsi que d'autres facteurs tels qu'une alimentation déséquilibrée, un manque d'activité physique, un excès pondéral... **(3)**

La gravité du diabète est liée à ses complications chroniques, dont la survenue est fonction du degré d'hyperglycémie et de la durée d'évolution du diabète. Ces hyperglycémies répétées et prolongées entraînent à long terme une souffrance vasculaire qui peut se traduire cliniquement par des complications angiopathiques. **(4)**

La prévention des complications liées au diabète est assurée par :

- le contrôle glycémique
- la surveillance de l'atteinte des organes cibles
- la recherche des comorbidités pouvant aggraver le pronostic évolutif de la maladie et/ou le pronostic vital du sujet diabétique.

Les recommandations de la HAS actualisées en 2015 pour le dépistage et le suivi des complications chroniques diabétiques de type 2 prévoient pour : (5,6)

Les microangiopathies diabétiques :

Rétinopathie diabétique : un fond d'œil

- tous les 2 ans, chez le sujet diabétique non insulino-traité, dont les objectifs de contrôle de la glycémie et de la pression artérielle sont atteints
- annuel, en cas de diabète et/ou de pression artérielle mal contrôlés et chez les sujets traités par insuline

Néphropathie diabétique : biologie sanguine (dosage de la créatininémie et débit de filtration glomérulaire avec la formule CKD-EPI pour dépister l'insuffisance rénale) et échantillon des urines (albuminurie)

- dépistage annuel

Neuropathie diabétique :

- système nerveux autonome : interrogatoire (signes d'hypotension orthostatique, diarrhées ...) annuel
- système nerveux périphérique : inspection des pieds et test au monofilament, examen des réflexes ostéotendineux annuel

Les macroangiopathies diabétiques :

Coronaropathie :

- électrocardiogramme de repos annuel pour le dépistage de l'ischémie myocardique silencieuse
- épreuve d'effort +/- scintigraphie d'emblée pour le suivi des patients à risque cardiovasculaire élevé.

Atteinte des gros vaisseaux :

- auscultation des vaisseaux (recherche de souffles carotidiens, fémoraux et abdominaux), palpation des pouls jambiers (pédieux et tibiaux) et mesure des IPS pour le dépistage de l'AOMI avec un dépistage annuel
- échographie doppler des carotides et des artères des membres inférieurs tous les 2 à 3 ans pour le suivi des patients à risque cardiovasculaire élevé.

La prise en charge globale de cette pathologie relève de l'exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD n°8. **(7)**

La prise en charge médicale et thérapeutique des personnes diabétiques a été principalement étudiée à partir des études ENTRED, réalisées en 2001 puis en 2007. Ces études ont permis notamment de pouvoir chiffrer et estimer la réalisation du dépistage et du suivi des complications chroniques diabétiques. **(8)**

ENTRED 2001-2003

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un vaste programme d'action de prévention et de prise en charge du diabète de type 2 entre 2002 et 2005, mis en place par le Ministère et articulé autour de 5 axes : la prévention, le dépistage, la qualité et l'organisation des soins, le suivi épidémiologique (avec notamment l'étude ENTRED) et l'éducation thérapeutique.

Elle a été réalisée en partenariat avec l'Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète (son promoteur), l'Assurance Maladie et l'Institut de Veille Sanitaire (ses financeurs), et le soutien de l'Association Française des Diabétiques.

Elle avait 2 objectifs :

- évaluer l'état de santé et la prise en charge des personnes diabétiques
- aider à l'évaluation des réseaux de santé diabète.

L'originalité d'ENTRED consistait en la réalisation d'un échantillonnage de 10000 personnes de personnes diabétiques tirées au sort à partir des fichiers de remboursements de médicaments anti-diabétiques (oraux ou insuline) de l'assurance maladie en 2001, ainsi qu'en l'utilisation conjointe des données de remboursements et de questionnaires individuels permettant une approche globale de la personne diabétique.

Dans cette étude, 91 % de l'échantillon sont des diabétiques de type 2. (9)

Les résultats du dépistage et suivi des complications chroniques diabétiques montrent qu'il est insuffisant concernant les complications microvasculaires, notamment ophtalmologiques, podologiques et néphrologiques.

De plus, cette étude met en évidence que 86 % des diabétiques de type 2 sont suivis par des médecins généralistes, sans référence annuelle à un endocrinologue libéral ou hospitalier.

L'amélioration du suivi repose donc particulièrement sur les médecins généralistes. Le soutien des podologues/pédicures et diététiciens, apportant des soins alors non remboursés, apparaît nécessaire. (10)

La qualité de la prise en charge du diabète s'est améliorée entre 2001 et 2003, mais le dépistage et la prévention des complications du diabète, pourtant fréquentes et graves, sont insuffisants.

Ainsi, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique retient pour objectif d'assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique pour 80 % des diabétiques en 2008 (actuellement de 16 à 72% selon le type d'examen complémentaire). (11,12,13)

ENTRED 2007-2010

Cette étude fait suite à ENTRED 2001-2003, et souligne d'importantes améliorations de la qualité du suivi médical, les actes nécessaires au dépistage et au suivi des complications du diabète étant plus souvent pratiqués. Toutefois, on observe à nouveau que le dépistage des complications microvasculaires (fond d'œil, dosage de l'albuminurie et l'examen des pieds) reste encore trop peu pratiqué et a peu progressé.

En 2007, selon les types d'examens de surveillance, entre 26% et 80% des personnes diabétiques traitées ont bénéficié des modalités de suivi recommandées, alors que l'objectif de la loi de santé publique est d'atteindre 80% pour tous les examens.

Comme pour ENTRED 2001, ENTRED 2007 confirme que c'est essentiellement aux médecins généralistes que s'adresse ce bilan de santé des personnes diabétiques de type 2 (suivi seul sans recours au diabétologue pour 87 % de ces patients). Ils sont les acteurs essentiels des progrès réalisés et de ceux restant à faire, en tant que coordinateurs du parcours de soins, entre paramédicaux et spécialistes du diabète. **(14,15,16)**

Afin de promouvoir un meilleur dépistage et suivi de ces complications, plusieurs mesures ont été mises en place ces dernières années :

Les ROSP

Introduites en 2011, la progression observée entre 2012 et 2015 a été notamment de + 10 points pour le suivi des pathologies chroniques.

3 indicateurs concernent le dépistage des complications microangiopathiques :

- part des patients MT traités par AD ayant bénéficié d'un fond d'œil ou d'une rétinographie dans les 2ans et 1 trimestre
- part des patients MT de moins de 81 ans traités par AD ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro-albuminurie sur échantillon et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du DFG
- part des patients MT traités par AD ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation podologique dans l'année (déclaratif). **(17)**

Les DATASETS de Bonnes Pratiques (18)

La HAS a expérimenté des DATASETS de Bonnes Pratiques, dont un validé en 2015 pour le diabète de type 2 avec pour objectif le dépistage, la prévention et la prise en charge des complications liées au diabète.

L'enjeu était de structurer et standardiser un minimum de données cliniques (5 à 10) dans les logiciels métiers pour être en capacité de (ré)utiliser les données recueillies au cours des soins afin de soutenir la pratique des professionnels :

- suivre l'évolution au long cours d'un diabétique
- accéder aux éléments de bonne pratique en cours de consultation (mémos, alertes)
- produire des indicateurs de pratiques cliniques (qualité).

SOPHIA

Ce service proposé par l'Assurance Maladie aide les personnes diabétiques à mieux connaître leur maladie et à adapter leurs habitudes afin d'améliorer leur qualité de vie. Les adhérents reçoivent ainsi des informations et des conseils (courriers, mails, site de coaching, échanges téléphoniques avec infirmier-conseil) sur leur maladie, afin de mieux comprendre les résultats d'examens, l'importance de les faire régulièrement, d'identifier les risques de complications, d'adapter leurs habitudes de vie au quotidien, d'apprendre à surveiller leur glycémie...

Réseau diabète Occitanie et programme DIABSAT

L'Association Diabète Occitanie (financée par l'ARS) a mis en place un programme itinérant de dépistage des complications chroniques du diabète, DIABSAT, assisté par satellite, afin d'aider à la prise en charge des patients diabétiques au plus près de leur domicile. C'est dans ce cadre qu'un camion équipé de plusieurs appareillages spécifiques sillonne les départements de la région Occitanie, où les patients diabétiques bénéficient gratuitement des examens de dépistage des complications diabétiques (rétinographie, microalbuminurie, mesure des IPS et gradation podologique) à bord du véhicule. (**Annexe 1**)

L'IPA et l'infirmier ASALEE exercent des missions élargies par rapport au métier d'IDE et travaillent en étroite collaboration avec les médecins. C'est le médecin qui propose à certains de ses patients la prise en charge et le suivi pour certaines pathologies chroniques stabilisées par ce type d'infirmier.

La fréquence de suivi des examens recommandés a progressé depuis le premier recueil effectué dans l'étude ENTRED en 2001. Toutefois, on peut constater grâce aux données de l'étude ENTRED 2007 et de SNIIRAM de 2013 et 2016 que cette progression demeure toujours insuffisante ces 10 dernières années. **(19, 20, annexe 2)**

Malgré une amélioration ces dernières années grâce à des recommandations précises et des lois et mesures incitant à ce suivi, le dépistage et suivi des complications chroniques du diabète de type 2 restent insuffisant par les médecins généralistes en France.

Dans la littérature, quelques travaux se sont intéressés aux obstacles auxquels se heurtent les médecins généralistes dans ce dépistage et ce suivi. Ils ont pu mettre en évidence certains aspects pouvant gêner la prise en charge ambulatoire du diabétique, ou quantifier ce suivi de manière locale.

Une étude réalisée en 2006 cherchait justement à comprendre pourquoi les médecins généralistes n'observaient pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques pour le diabète de type 2. Elle montre que malgré la connaissance de leur existence, les médecins ont des difficultés à les appliquer scrupuleusement car elles répondent mal à leurs besoins en pratique quotidienne. Ainsi, le diabète de type 2 est une maladie chronique dont l'évolution dépend autant de la qualité du suivi médical que du comportement du malade. **(21)**

L'étude ENTRED 2007 analyse notamment les besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, et les pratiques éducatives des médecins, et conclue à une sensibilisation accrue des patients et des médecins à la démarche éducative. **(16, 22)**

Une thèse réalisée en 2013 qui porte sur les freins à la surveillance de l'HbA1c trois fois dans l'année par les généralistes montre que la non réalisation était majoritairement attribuable aux patients selon les médecins, et la non prescription due à l'existence d'un autre suivi médical. **(23)**

Une thèse réalisée en 2016 qui porte sur l'évaluation du programme DIABSAT en médecine générale dans le cadre des structures de premier recours montre que les médecins ont réévalué leurs connaissances sur les complications, et qu'ils ont découvert une complication grâce au programme DIABSAT 2. Dès lors qu'une complication était dépistée, une majorité de médecins renforçait le suivi des complications. **(24)**

Une revue de la littérature réalisée en 2016 met en évidence la complexité de la prise en charge des pathologies chroniques et du rôle de médecin généraliste, avec 2 niveaux de difficultés : l'organisation et le patient lui-même. Ce type de prise en charge le place en gestionnaire de la santé de son patient avec des rôles multiples et un travail en équipe pluriprofessionnelle, et le médecin centré sur la maladie devient un médecin centré sur la personne. **(25)**

Ainsi, nous nous proposons d'essayer de comprendre les obstacles que peuvent rencontrer les médecins généralistes installés dans le département des Pyrénées Orientales dans le suivi, et d'explorer des pistes afin de promouvoir et d'améliorer cette prise en charge.

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les freins des médecins généralistes à réaliser le dépistage et le suivi des complications chroniques chez les diabétiques de type 2.

L'objectif secondaire est d'explorer les pistes d'amélioration à cette prise en charge.

MATERIEL ET METHODE

I. Etude qualitative

Nous avons réalisé une étude qualitative comportant des entretiens individuels semi-dirigés avec des médecins généralistes installés dans le département des Pyrénées-Orientales, afin de tenter de comprendre les raisons qui expliquent la discordance entre les recommandations et la réalité du dépistage et du suivi des complications chroniques par les médecins généralistes.

La réalisation de ces entretiens s'est étalée sur 5 mois : les premiers ont débuté au mois de mai 2020 sur le lieu de stage du moment, et les derniers ont eu lieu au mois d'octobre 2020.

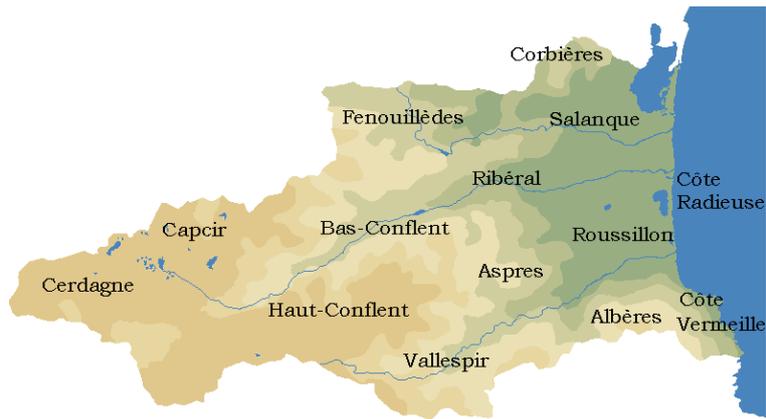
A travers l'analyse qualitative des entretiens réalisés, nous avons tenté de faire émerger ces déterminants, plutôt que de les choisir a priori, ce qui nous a permis d'éviter les réponses stéréotypées, parfois suscitées, par les questionnaires standardisés des études quantitatives.

A chaque étape de notre travail, nous nous sommes basés sur les critères COREQ et sur la traduction française de ses 10 lignes directrices. **(26)**

II. Recrutement de l'échantillonnage

Dans notre étude, les médecins inclus étaient des médecins généralistes installés dans les Pyrénées Orientales, que nous avons essayé de recruter selon le lieu d'exercice (montagne, rural, semi-rural, urbain), la parité et l'âge afin d'avoir un échantillon varié.

Le département des Pyrénées-Orientales est marqué par de forts contrastes géographiques. En effet, il est frontalier avec l'Espagne au Sud (et l'Andorre sur une infime partie à l'ouest), on retrouve la plaine du Roussillon avec la ville de Perpignan à l'Est du département bordées par des montagnes (les Pyrénées, les Albères, les Corbières) sillonnées de 3 vallées (le Tech, la Têt et l'Agly), enfin par le littoral méditerranéen à l'Est.



66% de la superficie du territoire est classée en zone de montagne, et 17% de la population réside dans cette zone, des chiffres supérieurs à la moyenne régionale. Au sein du département, les maisons de santé se situent majoritairement près de Perpignan, mais également dans des communes plus éloignées comme Les Angles, Prades ou Saint-Paul-de-Fenouillet. (27)



Le Centre Hospitalier de Perpignan est l'hôpital principal du département, il existe un hôpital transfrontalier Franco-Espagnol à Puigcerda (limite Ouest des PO) pouvant assurer les soins d'urgences de cette région montagneuse enclavée.

Les endocrinologues sont principalement répartis en 2 équipes, l'une exerçant au CH de Perpignan et l'autre à la clinique Médipôle de Cabestany (commune limitrophe), et il existe quelques endocrinologues libéraux à Perpignan.

Les ophtalmologues sont principalement installés dans la plaine du Roussillon et sur le littoral. De même, les cardiologues sont concentrés sur cette même partie Est du territoire, avec seulement 2 cardiologues exerçant à Prades et drainant ainsi l'Ouest du département.

Cette répartition médicale et géographique disparate témoigne des difficultés d'accès aux soins pour la population catalane.

Dans cette étude, il n'y avait pas de critère selon le délai d'installation, ou le mode d'installation (seul, cabinet privé ou MSP).

Le seul critère de non inclusion était les médecins généralistes non installés.

Pour commencer, nous avons choisi des médecins que nous connaissions sur la base du volontariat, il s'agissait de nos maîtres de stage SASPAS et leurs collègues sur le plateau montagneux Pyrénéen du département (Cerdagne-Capcir). Nous avons ainsi interrogé 4 médecins de cette manière.

Les autres médecins ont été choisis dans un premier temps par l'utilisation de Google Maps® afin de cibler les différents territoires, puis aléatoirement au sein d'un même « secteur », et dans un second temps sur la base du volontariat par l'envoi de mails et/ou d'appels téléphoniques avec les secrétariats ou parfois les médecins eux-mêmes en l'absence de secrétariat téléphonique.

Il était précisé systématiquement qu'il s'agissait d'une étude qualitative sur le suivi des complications chroniques du diabète sur la base d'un entretien avec des questions ouvertes, anonymes et non stigmatisantes, et qu'une entrevue physique était nécessaire dont la durée estimée était spécifiée.

En cas de réponse positive, un rendez-vous au cabinet était convenu (avec le médecin directement, ou via la secrétaire) durant les plages de consultation ou hors consultation à leur convenance.

En cas de non réponse, un mail ou appel de relance était envoyé une semaine après le premier.

Notre étude se basait sur des entretiens de médecin sans implication de la personne humaine, à ce titre elle n'a pas nécessité un avis du comité d'éthique de protection des personnes.

Afin de préserver l'anonymat des médecins et faciliter l'exploitation des résultats, chaque médecin interviewé s'est vu attribuer un chiffre. Ainsi nous avons différencié et confronté les propos de M1, M2, M3 ... jusqu'à M13.

III. Recueil de données

A. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré au mois de mai 2020 avant de débiter les entretiens. Celui-ci a été modifié et adapté après discussion entre le chercheur, le directeur de thèse et une enseignante du DMG.

Pour couvrir l'ensemble du champ de la problématique et ne pas omettre d'évoquer les questions essentielles, nous l'avons réalisé après une revue de littérature concernant la prise en charge du dépistage et suivi des complications chroniques diabétiques de type 2 par les médecins généralistes.

Les questions étaient ouvertes sans être trop vagues, et les participants ont été interrogés au début de l'entretien sur les questions les plus générales, pour n'aborder les thèmes plus précis que progressivement. Elles ont été stimulantes et non pas bloquantes, orientées vers l'expérience et l'action plutôt que vers les connaissances. L'objectif de chaque question devait être connu au préalable. (28)

Environ 11 questions ouvertes ont été posées aux médecins interrogés, pour couvrir les 7 principales thématiques dégagées. Pour permettre un discours fluide dénué de préjugé et préserver un enchaînement cohérent, l'ordre des questions n'a pas toujours été respecté, il dépendait principalement des réponses données.

Des questions de relances étaient prévues en cas de question mal comprise, de réponse trop brève ou au contraire pour recentrer la discussion. Elles permettaient d'éviter toute influence sur le discours émis, il s'agissait surtout de « relancer » le médecin interviewé sur les problématiques qu'il évoquait lui-même.

En pratique, le guide a été volontairement constitué à la façon d'un sablier. Une première question générale avait pour but de mettre en confiance l'interviewé dès le début de l'entretien. La suite des questions permettait de dégager l'expérience vécue des médecins sur le sujet, puis des points de plus en plus précis sur leurs opinions étaient abordés. Pour clore l'entretien une nouvelle question ouverte générale était proposée.

Ci-dessous la version du guide d'entretien final avec les grandes thématiques, les questions principales, et les questions de relance si nécessaire :

Pratiques en matière de prise en charge des patients diabétiques

- 1) Quel est votre ressenti général concernant la consultation du suivi diabétique de type 2 ?

Comment appréhendez-vous la consultation concernant la pathologie du diabète ?

- 2) Avez-vous une idée du nombre de patients diabétiques de type 2 que vous suivez parmi votre patientèle médecin traitant ?

Avis sur les recommandations du suivi/dépistage des complications

- 3) Comment assurez-vous en pratique le dépistage et le suivi des complications chroniques du diabète ?

- 4) Que pensez-vous des recommandations en général qui existent quant à ce suivi ?
En quoi ces recommandations ne vous paraissent pas adaptées ?

Place du médecin généraliste dans le suivi de ces complications / interlocuteurs

- 5) Selon vous quelle est la place du médecin généraliste dans la prise en charge du dépistage et du suivi des complications diabétiques ?

A quels autres praticiens faites-vous appel concernant le suivi des complications ?

Freins rencontrés

- 6) Quelles sont les éventuelles difficultés que vous pourriez rencontrer dans cette prise en charge ?

Quels facteurs peuvent influencer sur cette prise en charge ?

Vous arrive-t-il de vous sentir isolé ?

Que pensez-vous du temps nécessaire à consacrer à ce type de consultation ?

Formation

- 7) Que pensez-vous de la formation des médecins généralistes concernant la prise en charge du dépistage des complications chroniques diabétiques ?

- 8) Quelles sont vos sources d'information concernant le suivi des complications diabétiques ?

Par quels moyens complétez-vous votre formation ?

Temps de consultation

- 9) Que pensez-vous de la rémunération d'une consultation de dépistage et suivi du diabète par rapport au temps de travail qu'elle représente ?

Amélioration des pratiques, outils existants

- 10) Que pensez-vous des ROSP concernant les complications diabétiques ?

Quels sont les autres outils que vous connaissez pouvant vous aider dans cette prise en charge ?

- 11) Selon vous, comment ou qui pourrait aider les médecins généralistes dans la prise en charge de ce suivi ?

*Quel type d'aide pourrait être conçu ou amélioré pour aider à la prise en charge ?
Quels corps de métier (moyens humains) pourraient contribuer à cette prise en charge ?*

B. Les entretiens

Lors de cette thèse, les entretiens réalisés étaient individuels et semi-structurés.

Tous les entretiens se sont tous déroulés au cabinet des médecins généralistes interrogés. Les rendez-vous étaient convenus à l'avance, souvent entre midi et deux ou lors d'une plage de consultation qui m'était réservée, parfois le soir après leur journée de travail.

Un dictaphone numérique a été utilisé pour les enregistrements, sécurisé de la fonction dictaphone d'un smartphone, en cas de panne de l'un des deux appareils pendant l'entretien. Une retranscription mot pour mot, dite retranscription verbatim a été réalisée afin que le texte écrit se rapproche au plus près des données audios. Il s'agissait également d'intégrer les éléments non verbaux tels que les silences de réflexion, un ton affirmatif ou hésitant, l'intensité de certains mots, pour obtenir le verbatim le plus complet et fidèle possible. Chaque entretien était retranscrit informatiquement au maximum dans les 3 jours après sa réalisation, les transcriptions n'ont pas été envoyées aux participants à posteriori. Les verbatims ont été imprimés par la suite sur un support papier pour faciliter l'analyse.

Avant de commencer chaque entretien, le sujet de la thèse et sa méthode étaient expliqués aux médecins. Il était rappelé que le cadre de cette thèse se limitait au diabète de type 2, aux complications chroniques, et à leur dépistage et suivi.

Les médecins étaient informés de l'anonymat de leur propos et de la possibilité de se rétracter à tout moment lors de l'entretien. Il était rappelé que l'entretien était basé sur l'importance du vécu individuel et qu'aucun jugement n'était porté à leurs réponses.

Un rapide relevé de données administratives sur les caractéristiques des médecins était réalisé, dont le sexe, l'âge, le type d'exercice (montagne, urbain, rural, semi-rural), le nombre d'habitants dans la commune d'exercice, la date d'installation, l'existence de l'informatisation des dossiers patients et l'existence d'une formation spécifique en diabétologie.

Après obtention de leur accord verbal, les dictaphones étaient placés sur la table, mis en marche et arrêtés à la fin de l'interview.

Les enregistrements ont duré entre 12 et 40 minutes pour le plus long, la durée moyenne était de 16 minutes.

IV. Analyse thématique

L'analyse thématique a été choisie pour l'analyse des données de cette thèse qualitative. Elle s'est basée sur une retranscription fidèle du verbatim pour dégager les données brutes, et par un processus de réduction des données a permis de les simplifier, les condenser et en faire ressortir le sens principal.

« Il s'agit en somme de construire un panorama au sein duquel les grandes tendances du phénomène à l'étude vont se matérialiser dans un schéma » d'après Paille. (28)

Nous avons décidé d'utiliser un support papier pour la réalisation de l'analyse, ainsi tous les entretiens ont été imprimés avec une large marge.

En premier lieu, une analyse séquentielle a été réalisée afin d'extraire le sens propre et les thématiques dominantes. Chaque entretien a été analysé dès la retranscription du verbatim de manière « verticale » avant de réaliser le suivant, ce qui a permis en outre d'obtenir la saturation des données.

Les thèmes étaient dégagés après plusieurs lectures de l'entretien, et permettaient de rebâtir une architecture singulière pour chaque entretien. Ainsi, le texte a été découpé en différentes unités de sens correspondant à des fragments constitués d'une phrase ou d'un ensemble de phrases soulignant une même idée. Ces éléments considérés comme significatifs ont été surlignés avec

un code couleur, et les thèmes principaux ont été inscrits sur une fiche distincte du texte. C'est le relevé de thème, qui s'appliquait à relever tous les thèmes pertinents en lien avec les objectifs de la recherche.

Puis, une analyse transversale a été choisie pour l'affichage des résultats, cherchant une certaine cohérence thématique inter-entretiens, c'est-à-dire la forme sous laquelle apparaissaient ces thèmes et leur redondance, permettant de hiérarchiser les thématiques et confronter les éléments du corpus. L'ensemble des entretiens analysés a ainsi été repris et travaillé de manière « horizontale » c'est-à-dire question par question : « il ne s'agit plus seulement de repérer les thèmes, mais également de vérifier s'ils se répètent d'un matériau à l'autre et comment ils se recoupent, rejoignent, contredisent, complètent... » **(28)**

Les thèmes ont alors été regroupés dans des rubriques, par argument de fréquence, en fonction de leur lien, de leur similitude ou de leur divergence, et ont formé des ensembles thématiques saillants, des thèmes principaux ou des sous-thèmes, c'est ce qui a constitué le journal de thématisation. Ces derniers ont ensuite été liés par des branches ou axes thématiques, afin de structurer des regroupements transversaux qui ont permis de construire l'arbre thématique directement en lien avec notre question de recherche.

La synthèse d'analyse horizontale a donc permis de connaître l'ensemble des thèmes abordés par les individus sur une problématique.

Notre directeur de thèse a accepté de réaliser une triangulation des données qui consistait à effectuer une analyse en parallèle de la mienne. Nous avons par la suite comparé nos résultats et vérifié la pertinence et la cohérence des thèmes dégagés.

RESULTATS

I. Caractéristiques des médecins généralistes interviewés

Sur une trentaine de médecins ou maisons de santé contactées :

- 13 médecins ont répondu de manière positive.
- 4 médecins ou maisons de santé ont refusé l'entretien, 2 d'entre eux par manque de temps et 2 par manque d'intérêt pour le sujet.
- les autres médecins contactés n'ont pas été interviewés, soit parce que le message transmis à la secrétaire ou au répondeur a été sans retour, soit parce que nous n'avons pas eu la nécessité de les recontacter car la saturation des données avait été atteinte.

Ainsi, 13 médecins généralistes au total ont été inclus dans l'étude, désignés de M1 à M13.

Parmi ces 13 médecins interrogés, on comptait 6 femmes et 7 hommes.

3 avaient moins de 35 ans, 5 ont entre 35 et 55 ans, et 5 ont plus de 55 ans.

La moyenne d'âge des médecins interviewés était de 46 ans.

Les médecins étaient tous installés et exerçaient une activité libérale.

4 étaient installés en zone de montagne, 3 en zone rurale, 2 en zone semi-rurale, 4 en zone urbaine.

Leur type d'exercice était pour la grande majorité des interrogés en association : 4 au sein d'un cabinet partagé privé et 7 au sein d'une MSP tous dotés d'un secrétariat téléphonique.

2 médecins travaillaient en cabinet individuel privé sans secrétariat téléphonique.

Seul un des médecins interrogés avait une formation spécifique diabète.

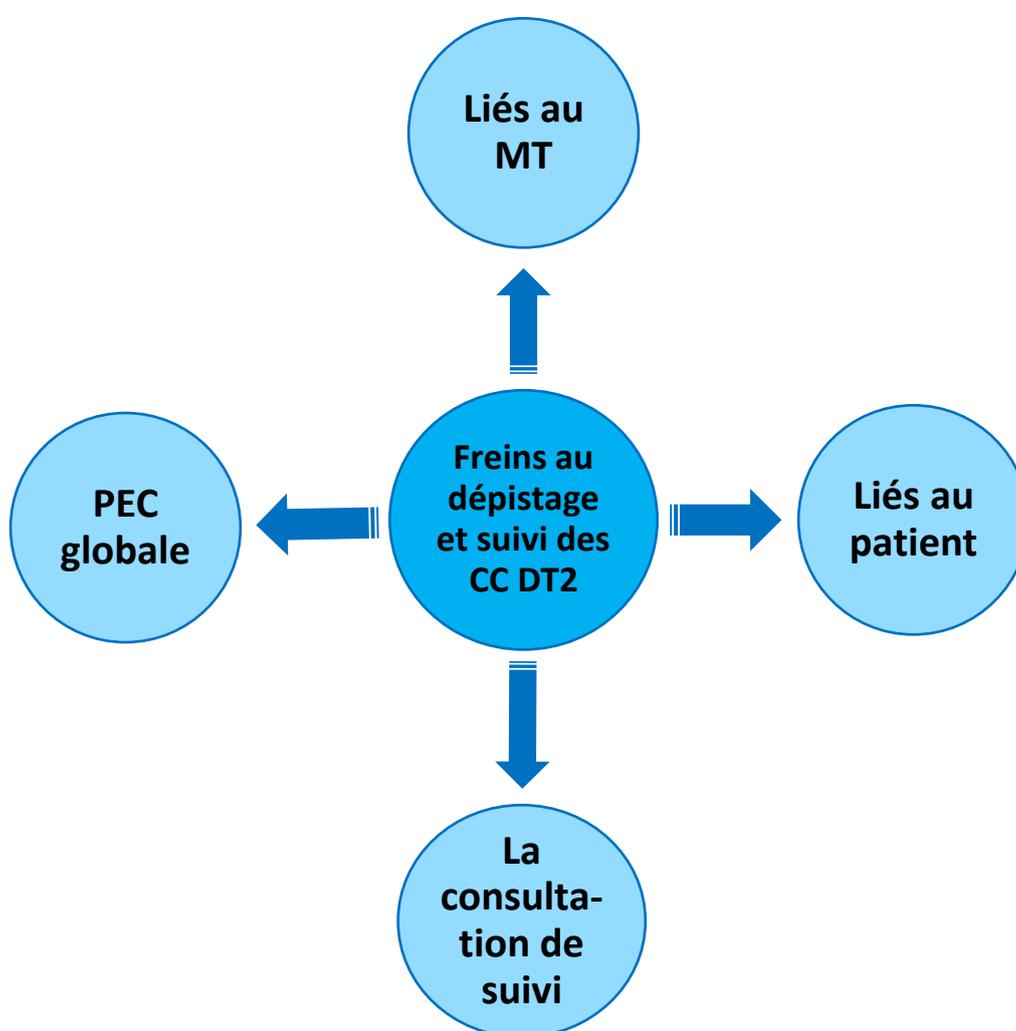
5 médecins n'ont pas été en mesure d'estimer le nombre de diabétiques au sein de leur patientèle médecin traitant.

Tableau 1 : Caractéristiques des 13 médecins généralistes interviewés

	Sexe	Age	Exercice	Commune et nombre habitants	Date d'installation	Dossiers informatisés	Formation diabéto	Nombre diabétiques patientèle MT
M1	F	36	Montagne	Les Angles (547)	2011 (MSP)	Oui	Non	30
M2	M	63	Montagne	Font Romeu (1928)	1988 (MSP)	Oui	Non	40
M3	M	31	Montagne	Font Romeu (1928)	2017 (MSP)	Oui	Non	5-10
M4	F	31	Montagne	Bolquère (808)	2017 (MSP)	Oui	Non	15
M5	M	38	Semi rural	Elne (8941)	2013	Oui	Non	100
M6	M	62	Urbain	Perpignan (120158)	1987	Oui	Non	-
M7	F	38	Urbain	Cabestany (10106)	2018 (MSP)	Oui	Non	-
M8	M	64	Urbain	Canet (12130)	1988	Non	Non	100
M9	M	63	Rural	Illes-sur-Têt (5446)	1986	Oui	Non	-
M10	F	42	Semi rural	Thuir (7635)	2016	Oui	Non	-
M11	F	34	Rural	Latour de France (1027)	2015 (MSP)	Oui	Non	200
M12	M	60	Rural	St Paul (1800)	1990 (MSP)	Oui	Non	-
M13	F	36	Urbain	Pollestres (4887)	2019	Oui	Oui	80

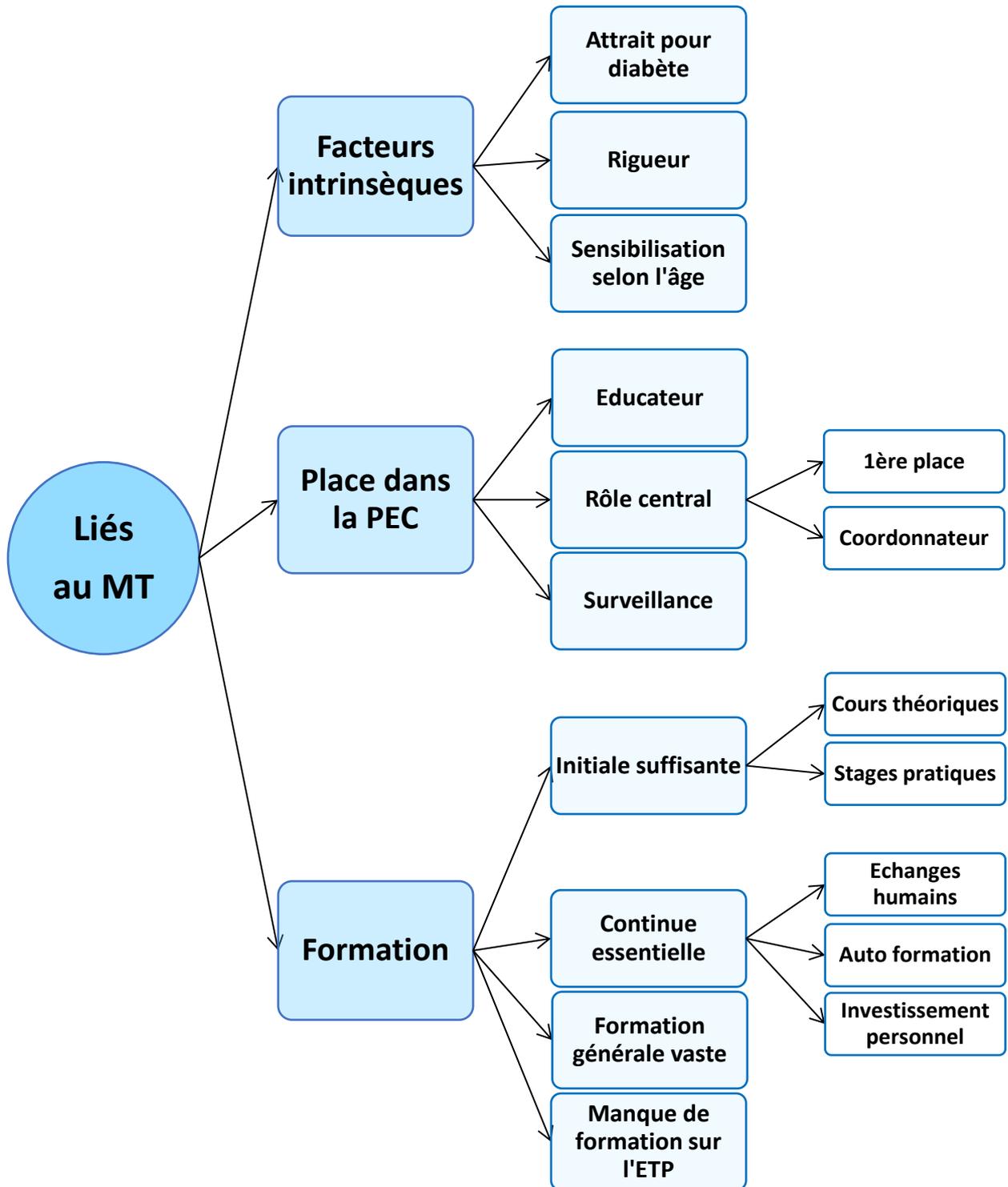
II. Les résultats de l'analyse thématique

Figure 1 : Représentation des freins au dépistage et au suivi des complications chroniques du diabète de type 2 par les médecins généralistes



A. LIES AU MEDECIN TRAITANT

Figure 2 : Représentation des freins liés au médecin traitant



1. Les facteurs intrinsèques

a. Un attrait pour la pathologie diabétique

Comme pour beaucoup d'autres professions, chaque médecin a ses préférences concernant la pathologie médicale à prendre en charge lors d'une consultation. Certains médecins font spontanément part de leur satisfaction et motivation à prendre en charge la pathologie diabétique, alors que beaucoup ne mentionnent pas d'attrait particulier.

- M2 « il y a des choses intéressantes à rechercher, à dépister. »
- M7 « Ben moi j'aime bien faire ça (*rires*) donc en fait je n'ai pas très envie qu'on me retire ça »
- M13 « le médecin que moi j'ai remplacé ça n'allait pas du tout (...) c'était une question d'envie et de motivation »

b. La rigueur du suivi

Plusieurs médecins insistent sur l'attitude rigoureuse qu'il faut adopter lorsque l'on suit un patient diabétique pour le dépistage des complications chroniques. Le médecin adopte une organisation systématique afin de ne pas se perdre et surtout ne rien oublier entre les antécédents patients, l'examen clinique, la vérification et la prescription des divers examens recommandés (biologiques, cliniques et radiologiques). Il acquiert des automatismes lors de sa consultation et il tient ses dossiers à jours de façon presque protocolisée pour optimiser la prochaine consultation de suivi.

- M1 « Si on est un peu carré, qu'on fait tout le temps la même chose » ;
« c'est ancré dans nos têtes et que c'est ancré dans le suivi des patients »
- M7 « j'essaie de faire ça de façon assez systématique. Pour les antécédents j'ai entré les complications à rechercher, du coup j'essaie de noter les dates des consultations, donc j'essaie de faire quelque chose d'un peu automatique » ;

« très carrés, très rigoureux, donc toujours un peu dans l'automatisme »

- M8 « il faut avoir les dossiers à jour »
- M13 « à chaque fois qu'ils viennent je fais le point » ;
« c'est beaucoup d'organisation de tout appliquer »

c. Des pratiques différentes selon l'âge

Quelques médecins évoquent une sensibilisation variable à ce suivi selon les années de pratique médicale, et notamment des jeunes médecins généralistes mieux sensibilisés de par les stages d'internat ou les cours à la faculté dispensés de nos jours. Ainsi cette formation au métier de médecin généraliste, plus étoffée qu'à l'époque, est décrite comme ayant un impact positif direct avec un suivi plus sérieux.

- M1 « il y a eu au changement/à l'arrêt de certains médecins qui faisaient moins facilement ce type de suivi » ;
« Je pense que toute la jeune génération, on a quand même été ultra sensibilisé à tout ça » ;
« Peut-être que les médecins d'un âge un peu plus avancé ont moins été sensibilisés à ça (...) mais pour ma génération et la génération d'après, je pense que c'est assez clair. »
- M6 « je crois que les jeunes s'en sortent beaucoup mieux que nous, parce que quand on a des correspondances avec l'hôpital ou autre, ils sont quand même beaucoup mieux formés que ce que l'on a été nous... »
- M13 « j'ai repris une patientèle en janvier 2019, et le suivi diabétique n'était pas optimal, donc les premières consultations de suivi de diabète ont été très compliquées (...) On va dire que le médecin précédent n'avait pas fait une grosse éducation à ses patients diabétiques du tout »

2. La place dans la prise en charge

a. Un rôle central

i. La première place

La plupart des médecins généralistes estiment avoir une place prédominante envers le patient dans la prise en charge du dépistage et du suivi des complications chroniques. Il est l'interlocuteur de premier recours, mais aussi principal intervenant à initier et organiser ce suivi, c'est le premier relais qui dépiste dans un premier temps, puis qui adresse à ses confrères spécialistes.

- M1 « C'est la première place. Le patient arrive trop tardivement quand il y a une complication, si c'est un infarctus, si c'est une neuropathie diabétique ça veut dire qu'on a mal suivi »
- M2 « c'est mon rôle de dépister, une fois que j'ai dépisté c'est aux spécialistes d'établir la stratégie thérapeutique. »
- M5 « rôle central »
- M7 « c'est vraiment plus de l'aiguillage, des rappels, on n'est pas très interventionniste »

ii. Le coordonnateur

Pour beaucoup des médecins interviewés, le généraliste coordonne le suivi de son patient, à l'image d'un « chef d'orchestre ». Il recueille les résultats d'examen, les antécédents, les éléments cliniques, il synthétise par écrit, organise et planifie la suite de la prise en charge, et aiguille le patient vers ce qu'il doit faire ou qui il doit aller voir, et dans quels délais.

- M4 « C'est un rôle de coordinateur je dirais, pour vraiment rassembler les différentes informations et savoir à quel stade de complications est le patient pour orienter un peu la prise en charge »
- M7 « c'est un peu un rôle central et d'aiguillage »

- M8 « C'est le chef d'orchestre, je pense hein, si nous on n'est pas médecin de synthèse qui fait un peu tout ça, personne ne le fera quoi »
- M10 « on se retrouve bien au milieu, bien obligé, il n'y a pas le choix (...) on est central. »
- M11 « je pense que c'est vraiment la coordination »
- M12 « Chef d'orchestre ! (...) Chef d'orchestre pour moi ce n'est pas quelqu'un qui donnent des ordres et tout ça, c'est qu'il voit que tout ait été fait et tout ait été remplie, voilà c'est ça un chef d'orchestre »
- M13 « La coordination, oui c'est assez central. Recueillir toutes les toutes les données de tout le monde, essayer de faire le point »

b. Un rôle d'éducateur du patient

Beaucoup de médecins soulignent l'importance des informations données au patient sur sa maladie et ses modalités de surveillance. La part de prévention dans cette pathologie chronique est énorme, et le généraliste est souvent l'intervenant de premier recours à tenir ce rôle en ambulatoire, celui qui voit et connaît les patients. Il doit les éduquer et les responsabiliser sur les risques, les complications, les bons comportements à adopter, la surveillance à pratiquer ...

- M2 « on va faire de la médecine préventive un peu, sur une pathologie inscrite »
- M4 « j'essaie de les prévenir des risques »
« rôle d'éducation forcément »
- M7 « c'est lui qui rappelle aussi aux patients quels sont les risques »
« en essayant d'expliquer les risques etc, et l'intérêt de se faire suivre »
- M9 « En pratique je rappelle à un diabétique qu'il doit faire des prises de sang régulièrement, qu'il doit faire ses contrôles »
« Un diabétique je lui explique ce qu'il a, ce qu'il fait »
« moi je leur explique, à la base ce que j'aime moi c'est la pédagogie, je pense être assez pédagogues et j'aime bien que les gens ne se soignent pas les yeux fermés donc je leur explique ce qu'ils ont »

- M12 « essayer de les ramener dans le droit chemin, de faire en sorte qu'ils suivent la voie qu'on essaie de leur donner »
- M13 « une fois qu'ils sont au courant ça se passe bien mais il a fallu les mettre au courant, ça a pris des fois plusieurs consultations. »

c. La surveillance permanente du patient

Pour la plupart des médecins généralistes, on retrouve cette nécessité de surveillance du patient afin d'insister et de vérifier qu'il réalise son suivi correctement. Il s'agit de multiples tentatives de motivation, de relances, d'explications itératives sur l'importance d'une régularité dans le suivi afin de dépister au plus tôt des complications potentiellement graves. Comme le suggère le M11 c'est un rôle de méchant « gendarme » qu'endosse le généraliste.

- M1 « revérifier où il en est de son cardio, où il en est de son ophtalmo, est-ce qu'il l'a fait, est-ce qu'il n'a pas fait, parce que des fois il faut relancer les patients »
- M2 « cardio et ophtalmo les pousser à le faire régulièrement »
« tarabuster les gens pour qu'ils fassent les examens de suivi auprès des spécialistes »
- M3 « quand je les revois je la regarde, je leur fais la morale si jamais ils sont en retard »
- M4 « je relance le patient pour qu'il prenne les rendez-vous si ça n'a pas été fait récemment »
- M6 « être systématique et de dire « là il faudra, là il faudra » »
- M8 « en les voyant au moins quatre fois par an on arrive à bien voir s'ils ont tout à jour »
- M11 « je suis un petit peu là pour faire méchamment le gendarme, c'est à dire « vous avez bien été voir le cardio ? ça fait longtemps vous êtes allés le voir ? et la prise de sang quand est-ce que c'est ? » »
- M13 « je leur dis une fois, deux fois, trois fois, j'ai fait le courrier, je vois que ça n'a toujours pas été fait... je suis obligée de réexpliquer pourquoi il faut y aller »

3. La formation

a. Une formation initiale suffisante

i. Les cours théoriques

La formation reçue lors des cours universitaires en faculté de médecine est généralement perçue par les médecins généralistes interviewés comme suffisante, de bonne qualité. C'est également la principale source de formation théorique à propos des complications chroniques du diabète et la surveillance qu'ils aient reçu, puisque plusieurs d'entre eux n'ont jamais reçu d'autre formation depuis, ils en gardent néanmoins un souvenir probant.

- M1 « On a les ECN qui sont assez carrés là-dessus »
- M2 « formation médicale qu'on a eu pendant nos études »
- M4 « C'est plus des formations à la fac quoi. Je n'ai pas fait de formation continue là-dedans. »
- M9 « A la faculté on apprend les maladies, et la formation est bonne je pense »
- M10 « j'étais à la fac à Montpellier, je m'en souviens bien, c'était bien fichu je trouvais son cours »
- M11 « ma formation à moi, c'est des souvenirs, je n'ai rien de plus depuis l'internat. »

ii. Les stages pratiques

L'autre source de formation indéniable que font ressortir les médecins est la formation pratique réalisée lors des stages d'externat et/ou d'internat. En effet, ces stages ont permis à certains médecins d'acquérir une sensibilisation particulière à l'existence des différentes complications chroniques diabétiques en travaillant dans les services qui les prennent en charge. Ils peuvent se rendre compte de la gravité de ces complications, de la difficulté de la prise en charge et du caractère souvent irréversible, et donc être mieux convaincus de l'importance d'agir en amont, notamment en ambulatoire, et du bénéfice à réaliser un suivi rigoureux.

- M1 « dans tous les services (même si ce ne sont pas des services d'endocrino) on donne des recettes ou on dit des choses »
- M3 « Une fois qu'on est passé 2-3 fois en endoc, qu'on a vu des pieds diabétiques qu'on coupe ou des patients quasiment aveugles, ça calme quand même ! On comprend que ce n'est pas de la blague »
- M5 « Moi j'ai une partie d'un stage de six mois en endocrino, donc j'ai vu pas mal de diabéto (...) je suis assez sensibilisé à tous les problèmes »
- M7 « j'ai surtout des souvenirs de mon externat parce que j'étais dans un très bon service de diabéto, que j'y suis passée plusieurs fois (au moins deux fois) et c'est vrai que c'était un service où ils étaient très carrés, très rigoureux, donc toujours un peu dans l'automatisme, et du coup je pense que ce que j'ai retenu c'est surtout de ce moment-là »

b. Une formation continue essentielle

Certes, la formation initiale d'un étudiant en médecine générale est fondamentale, mais la formation continue lors des années de pratique médicale en cabinet apparait bénéfique, afin de rafraîchir des connaissances parfois un peu oubliées, ou même se mettre à jour sur certaines notions ou recommandations.

Une phrase du M8 illustre bien cette perspective « Moi je crois qu'on ne peut pas vivre sur des acquis ou des trucs qu'on a appris une fois dans sa vie quoi. »

- M1 « les formations complémentaires certainement sont intéressantes (...) se tenir au courant de ce qui continue à se faire »
« ça et que ça vaut le coup de temps en temps de mettre une piqûre de rappel par un DPC ou autre »
- M8 « La formation elle est ce qu'on veut bien en faire et lui donner. C'est nous qui nous faisons la formation, il y a assez de PU et de formation post universitaire pour continuer. »

i. Par des échanges humains

Nombreux sont les médecins qui privilégient les échanges directs entre professionnels pour continuer à se former, notamment par des topos de visiteurs médicaux, des réunions physiques avec la FMC, des avis téléphoniques auprès des spécialistes...

Quelques médecins regrettent d'ailleurs la diminution du passage des visiteurs médicaux ces dernières années, ou encore l'absence de réunions actuellement à cause des conditions sanitaires. Ils expliquent d'ailleurs que ces formations « physiques » sont leur seul choix de moyen de formation continue, et qu'ils ne souhaitent pas se former personnellement par un autre moyen notamment informatique.

- M2 « quand les visiteurs passaient, des rappels en discutant avec eux sur des nouveaux produits sur des nouveaux trucs. Etant donné que la visite médicale ici a fortement diminué, c'est dommage parce qu'il y a pas mal de choses où on est moins informé parce que je ne vais pas sur internet, je ne lis pas les revues... J'aimais bien la formation par le rappel vivant de la visite médicale, parce que c'était très synthétique, c'était un résumé de tout un blabla qui me pompe l'air à lire, et ils te synthétisaient l'histoire d'une maladie, pourquoi on mettait des médicaments, comment ils marchaient ... c'était bien, c'était pratique. »
- M7 « c'est allo les collègues »
- M8 « mes sources d'informations c'est la formation continue »
« je n'aime pas trop le virtuel, j'aime bien le contact. Je suis un peu embêté en ce moment car il n'y a pas de réunion mais bon. »
- M10 « Les visiteurs aussi de la CPAM qui nous rappellent, qui nous donnent des chiffres, des trucs comme ça. »
- M11 « j'ai la ressource de la diabéto de perpignan qui est assez réactif »
- M12 « je me suis plus appuyé sur la FMC qu'on faisait ici, et c'est dommage parce qu'on ne peut plus la faire du fait des labo qui ont été laminés (...) et depuis que les labos ne font plus rien et bien on ne fait plus rien. Les formations en ligne moi ça me gonfle (...) Je ne fais pas l'apologie des laboratoires pharmaceutiques, mais ce qui me manque effectivement c'est le côté convivial et concret qui nous faisait aller à ces réunions »

ii. Par de l'auto formation

Par ailleurs, on retrouve un intérêt pour la formation par des moyens individuels tels que de la documentation sous forme papier ou numérique d'articles, de publications, de recommandations officielles par la HAS ou les sociétés françaises...

- M1 « il y a des moyens en publi, en petit journal audio »
- M3 « La HAS, principalement. Après je regarde aussi un peu, la newsletter du Jama, c'est une newsletter gratuite que tu reçois par mail où ils sortent les derniers articles »
- M4 « L'HAS, je me réfère souvent à l'HAS »
- M7 « regarder les recommandations de l'HAS, soit je regarde prescrire aussi »
- M9 « Principalement la revue prescrire, c'est ma revue de formation de base. »
- M10 « les recommandations par la sécu. »
- M11 « Moi c'est essentiellement la HAS quand je veux bien être carrée »
- M13 « si j'ai un souci je vais aller regarder sur les sociétés françaises cardio diabète, endocrino »

iii. Un investissement personnel

Pour quelques médecins, cette formation a même été l'occasion d'un engagement spécial de leur part puisqu'ils font ou ont fait partie durant leur carrière professionnelle de la direction de ces formations médicales continues.

- M6 « je suis également président d'une formation médicale continue sur laquelle on revient souvent sur le diabète »
- M9 « Après j'ai fait beaucoup de formations continues, j'étais président de la FMC des PO pendant 12 ans, donc on avait fait des formations sur le diabète. »

c. Une formation globale et vaste en médecine générale

La richesse et la diversité des apprentissages lors des études de médecine générale, ajoutée à la nécessité de maintenir un savoir global du fait de l'exercice de cette spécialité impliquent pour quelques médecins une notion de limite dans sa pratique, puisque le généraliste ne peut pas tout connaître et se rappeler de tout.

- M2 : « C'est à dire que nous on doit se limiter ... on est limité à un certain rôle qui est inhérent aux capacités, et c'est à peu près du même niveau qu'on soit sur un problème cardio, un problème diabète, un problème pneumo, voilà. Il y a des choses qu'on ne domine pas il y a des choses Donc il faut connaître ses limites, toujours pareil »
- M3 : « Je n'ai pas eu de formation spécifique sur le diabète »
- M13 : « encore faut-il appliquer ce qu'on sait, ou ce qu'on est censé savoir. En fait le problème il est là en médecine générale : c'est qu'on est censé savoir beaucoup de choses »

d. Un manque de formation sur l'éducation thérapeutique patient

Certains généralistes pointent du doigt le manque de formation globale concernant l'éducation thérapeutique du patient, pourtant fondamentale pour la réussite de la prise en charge de cette pathologie chronique.

Cette carence s'exprime notamment sur l'aspect relationnel des attitudes à adopter avec le patient, mais aussi sur divers conseils nutritionnels, d'activité physique, de soutien psychosocial, et tous les autres domaines qui vont agir en amont pour minimiser les risques d'échecs et de complications.

- M3 « je trouve que là où on manque pour le coup de formation c'est plutôt vaste mais c'est plutôt dans le relationnel vis-à-vis du patient. Arriver à lui faire prendre conscience de sa maladie, arriver à lui faire comprendre les bonnes habitudes à prendre, à lui faire comprendre les bons comportements à prendre ... c'est plus au niveau relationnel je trouve qu'il y a un défaut de formation. »
- M6 « Le régime diabétique, ce qu'ils doivent manger, très compliqué. Très compliqué (je ne suis pas très formé là-dessus) d'arriver à les guider dans l'alimentation. Le pain,

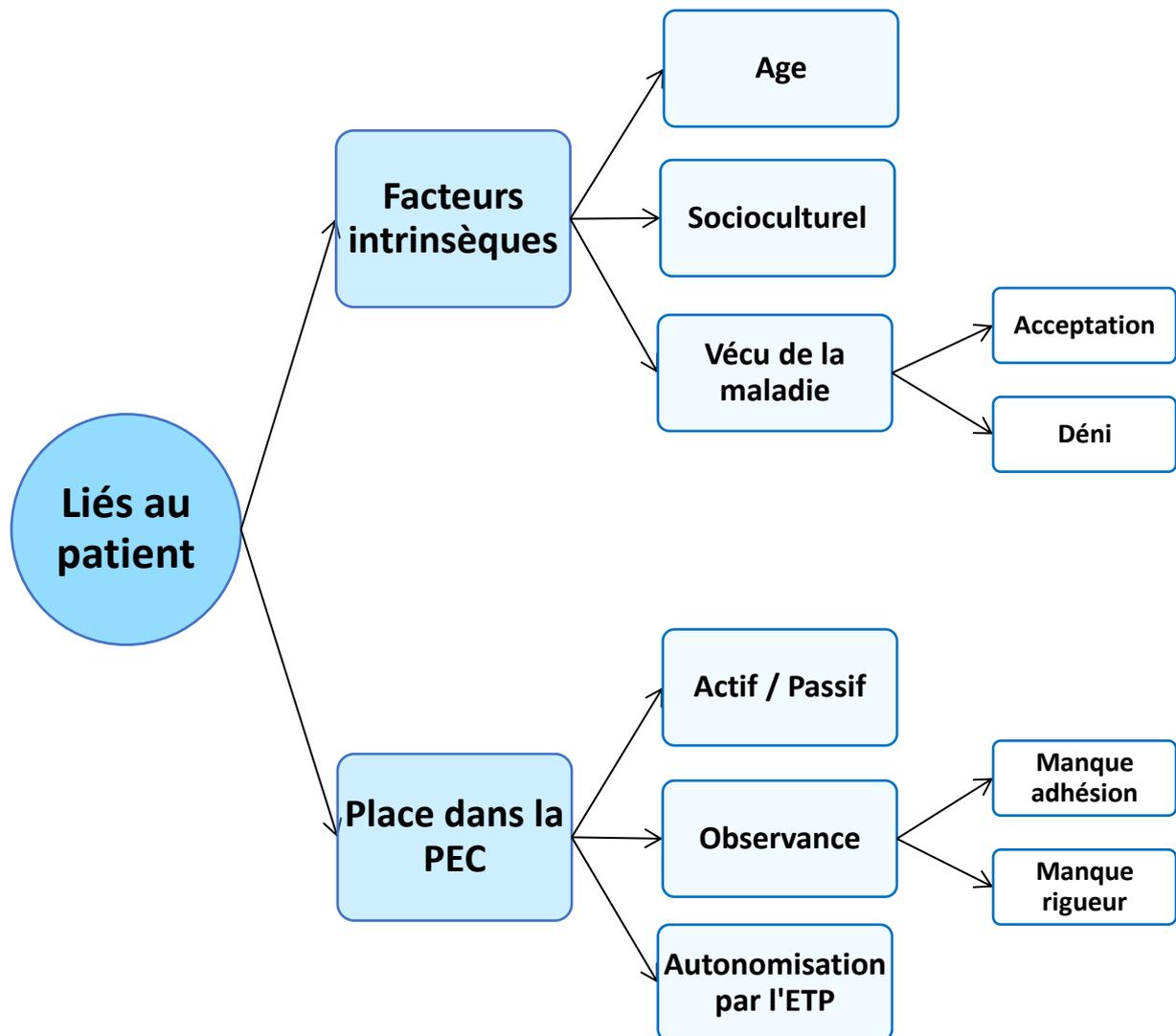
lequel pain ? Tous les pains n'ont pas la même qualité, le pain étant quand même assez français, et puis l'alimentation de grandes surfaces. »

« ce qui paraît important et là où je suis le moins performant, c'est le conseil diététique. »

- M9 « le problème c'est la formation à la relation au patient diabétique, et ça c'est autre chose »

B. LIES AU PATIENT

Figure 3 : Représentation des freins liés au patient



1. Les facteurs intrinsèques

a. Des difficultés liées à un âge plus avancé

Un des médecins met en évidence l'influence de l'âge du patient concernant l'adhésion au projet thérapeutique et à certains dispositifs proposés (par exemple la plateforme d'aide informatique SOPHIA ou encore le réseau d'intervention DIABSAT pour le dépistage itinérant des complications chroniques diabétiques). En effet, la motivation semble prévaloir chez ces jeunes plus « connectés » et plus à l'aise avec ces nouvelles méthodes innovantes, en revanche des patients âgés peuvent porter moins d'intérêt au risque de complications chronique et s'en détacher, et ne pas vouloir s'initier à leur âge à de nouvelles technologies.

- M10 « je ne suis pas fan du diabète de type 2. Non, à cause du profil des patients. Généralement c'est un profil de gens d'un certain âge, obèses, sédentaires, qui ne sont pas très sérieux la plupart »
- M11 « le camion diabéto de l'hôpital de Toulouse qui est venu une journée (...) j'ai beaucoup de jeunes diabétiques qui y sont allés, qui sont motivés par ce genre de trucs et qui sont aussi sensibles pour Sophia. Voilà c'est des gens qui sont plus dans cette dynamique là, mais c'est vrai que tout le versant âgé des personnes diabétiques c'est plus compliqué. »
« surtout avec les jeunes, une fois qu'on a bien expliqué comment ça fonctionne et qu'ils sont bien au clair sur leur maladie, ils sont très autonomes et on est là vraiment sur la surveillance, (...) pour les personnes âgées je pense qu'on peut leur dire ce qu'on veut, à 80 ans ils s'en fichent un peu aussi. Après c'est leur confort de vie qui prime, s'ils n'ont pas le fond d'œil... »
« Sophia c'est bien pour les jeunes et qui ont accès à internet. »

b. Les différences socioculturelles

Pour la plupart des médecins interviewés, les différences socioculturelles observées chez beaucoup de diabétiques constituent une difficulté importante à la prévention de l'apparition des complications chroniques du diabète ; la culture diététique, les croyances médicales, les

préjugés et superstitions, le mode de vie sédentaire, mais également l'aspect économique qu'implique la prise en charge. Ces comportements sont ainsi souvent perçus comme un laxisme de la part des patients, un manque de volonté puisque contraire à la bonne conduite à avoir lorsque l'on est malade.

- M1 « les soucis de prise en charge du surpoids et l'activité physique qui répètent »
- M4 « c'est souvent des patients qui sont un peu bon-vivants, qui aiment se faire plaisir et qui ont un peu du mal à respecter un régime alimentaire, à respecter une hygiène de vie, l'activité physique ça leur passe un peu au-dessus. »
- M6 « les autres qui ne sont pas inquiets et qui ma foi se foutent un petit peu de tout : peu d'activité physique, 120 kg ou 130 ce n'est pas grave, les copains on a fait la fête ce n'est pas gênant »
« Le régime diabétique, ce qu'ils doivent manger, très compliqué (...) ce n'est pas dans toutes les mentalités à faire ça, loin de là »
« comment va-t-on améliorer la malbouffe, parce que finalement le diabète c'est la malbouffe. Les habitudes des gens, ces joysticks qui passent à la télé tous les soirs pour nous dire que c'est vachement bon pizza hut et le reste ... Voilà. Je crois qu'il faudrait qu'on arrive à faire un effort culturel là-dessus »
- M9 « sur les hospitalisations ils arrivent à régler ça, mais après la personne revient, fait sa vie... l'insulinothérapie à domicile et à l'hôpital ce n'est pas la même chose. »
- M10 « la difficulté, c'est les patients, c'est eux et leur régime alimentaire. Le plus gros point c'est le régime alimentaire qui n'est pas du tout respecté »
« Perte de poids, sédentarité, régime... Ça c'est le gros frein principal. »
- M11 « on a une population qui est très précaire, on a 34% de la population qui en dessous du seuil de pauvreté sur le secteur, donc il y a beaucoup de gens qui n'ont pas forcément l'ordinateur, qui n'ont pas forcément l'accès à internet facile... »
- M12 « on a une population pas gitane ici mais maghrébine donc à peu près le même comportement au niveau des sucreries, bon ça c'est une culture moi je veux bien, on peut leur dire de ne pas manger de sucre, ils en consomment et on le voit très facilement »

c. Le vécu de la maladie

i. L'acceptation de la maladie

Pour plusieurs médecins généralistes, les patients ont globalement une bonne conscience des risques potentiels liés à leur maladie, ils sont sensibilisés par les acteurs de santé qui les entourent, et acceptent de ce fait la prise en charge proposée avec un suivi régulier et planifié.

- M1 « après les patients prennent le pli je pense. »
- M3 « Le diabète je trouve c'est une maladie où globalement les patients ont conscience que ce n'est pas de la blague, que c'est sérieux et qu'ils doivent faire attention et en général il se responsabilisent tous. »
- M8 « dans le cadre du diabète il n'y en a pas beaucoup quand même qui n'acceptent pas d'avoir un suivi régulier en prévention pour le dépistage des complications... Ici en tout cas je trouve qu'il n'y en pas beaucoup. »
- M9 « La plupart du temps (...) il n'y a pas de souci de prise en charge, ils savent ce qu'ils ont et ils le prennent en charge. »

ii. Le déni de la maladie

D'autres généralistes rapportent une attitude de déni vis-à-vis de la maladie chez de nombreux patients, qui refusent d'être catégorisés sous une étiquette de diabétique. Ce comportement est favorisé par le fait qu'ils ne ressentent pas de symptôme aigu quotidien causé par l'hyperglycémie, et ont donc la sensation de n'être « pas malade ». Cette stratégie défensive a pour conséquence la minimalisation des risques de complications graves, une indifférence face au discours médical et paramédical et une ignorance volontaire du suivi des rendez-vous et examens à réaliser.

- M3 « Je pense qu'ils n'aiment pas être étiquetés comme ça « diabétique malade » ... c'est un peu mon ressenti, quand je leur propose quand je leur en parle, j'ai l'impression

qu'ils se rétractent un petit peu, voilà ils se replient un peu sur eux-mêmes « je ne fais pas partie de ces gens-là ». »

« Là où on peut être en difficulté je trouve c'est quand les patients refusent leur maladie et à ce moment-là ils partent sur autre chose (...) le patient qui va dévisser, parce qu'il va arrêter son traitement parce que ça le gonfle »

- M4 « ça les fait vraiment aussi réaliser que c'est une maladie, d'avoir un suivi etc... par quelqu'un qui les appelle »

« ils ne voient pas forcément l'utilité d'aller voir un spécialiste, vue qu'ils ne se sentent pas spécialement malade, voire même ils ne te le citent même pas dans leurs antécédents quand tu les interrogues. Pour eux ils n'ont plus de diabète vu qu'ils ont un traitement. »

- M6 « il y en a d'autres, qu'ils soient diabétiques ou non, ils ne voient pas où est la différence »

- M7 « je crois qu'il y en a aussi qui ont envie d'oublier qu'ils sont diabétiques quoi »

- M10 « le côté d'être contrôlé, ils ne veulent pas être fichés et tout ça ... donc ils ne jouent pas le jeu d'être fichés. »

« il faut qu'ils comprennent que c'est grave, que c'est une maladie grave, qu'il faut prendre au sérieux maintenant. Et ça, comment leur faire prendre conscience de ça... »

- M11 « C'est parfois un peu difficile, parce que c'est une maladie où les gens ne se sentent pas forcément malades. C'est souvent « je viens c'est juste pour renouveler mes médicaments ». C'est difficile d'avoir l'éducation de la maladie chronique avec les risques que ça peut engendrer et quand on leur en parle ils ont souvent l'air surpris »
« il y a beaucoup de gens qui sont récalcitrants et vu qu'ils ne se sentent pas malade ils ont tendance à ne pas vouloir faire les examens. »

« le diabète ça fait aussi partie de ces maladies avec lesquelles on vit de plus en plus car il y a énormément de patients diabétiques quand même et de plus en plus, et je pense que la plupart des gens n'ont pas conscience de la gravité cette maladie. »

- M13 « souvent effectivement ils ne comprennent pas bien pourquoi ils doivent aller voir l'ophtalmo ou le cardio s'ils vont bien (...) ils n'ont pas très envie puisqu'ils vont bien. »

« le frein principal c'est « je vais bien donc je n'en ai pas besoin ». »

2. Le rôle dans la prise en charge

a. i. Un rôle parfois actif

Quelques médecins rapportent un comportement de patient acteur de ses propres soins. En effet il peut, parallèlement et conjointement au médecin traitant, être à jour et respecter les délais de son suivi et de ses rendez-vous, détecter les signes et symptômes liés à l'apparition de complications et en avertir les acteurs de santé concernés, comprendre et adopter spontanément les bonnes attitudes de prévention de sa maladie.

- M2 « des gens qui vont être très à cheval sur tout ce qu'il faut faire, qui tiendront un carnet ... »
- M3 « Les patients sont compliants, sauf quelques-uns mais à la limite ça on le sait »
- M4 « il y en a qui sont très très sérieux qui vont prendre les choses au sérieux »
- M10 « moi j'aime bien quand les patients sont acteurs eux-mêmes, c'est à eux de le faire je trouve, donc je n'ai pas envie de leur mâcher le travail non plus »

a. ii. Un rôle souvent passif

Mais pour la plupart des médecins, bien souvent les patients diabétiques ont un comportement très passif, se plaçant inégalement au rang de dominé, de celui qui « ne sait pas » et qui subit son diabète. Il ne s'occupe pas de ce qui est relatif à sa maladie, et devient quelqu'un que l'on doit paterner, motiver et relancer constamment. Les médecins se retrouvent alors seuls acteurs d'une pathologie où le patient doit pourtant tenir le rôle principal.

- M4 « j'ai un peu la sensation en caricaturant que le patient il n'est pas très actif dans sa maladie souvent, et que j'ai un peu du mal des fois à suivre ce qu'il a fait ce qu'il n'a pas fait, si je n'ai pas reçu le compte rendu du spécialiste des fois c'est un peu flou, il ne se rappelle jamais des dates »
- « il y en a beaucoup qui le prennent à la légère et du coup tu ne te sens pas très actif dans la prise en charge, tu as l'impression de ne pas leur apporter grand-chose à part un médicament et que finalement il faudrait vraiment changer du tout au tout pour vraiment être efficace sur le diabète. »

« c'est des patients qui se laissent quand même beaucoup porter je trouve les diabétiques »

- M8 « des patients qui sont un petit peu largués (...) et qui n'ont pas de suivi réel quoi. »
- M10 « « il y a tout ceux qui s'en fichent, tout simplement. Ils sont diabétiques, donc ils prennent le médicament puis c'est tout quoi. »
« c'est leur problème, qu'ils ont un rôle à jouer, et malheureusement non. Donc on leur mâche encore plus le boulot, ils font encore moins d'efforts.

Mais ce comportement n'est pas approuvé par tous les médecins, et certains refusent de tenir un rôle paternaliste chez un patient refusant tout effort dans cette prise en charge ; le médecin peut guider et conseiller son malade, lui fixer des objectifs raisonnables adapté à ses capacités, mais il ne peut en aucun cas réaliser les efforts de changements d'habitude de vie et honorer les rendez-vous médicaux à sa place.

- M2 « SOPHIA c'est bien parce qu'ils ont des gens qui les appellent, qui les rappellent, qui leur disent, pour ça c'est bien parce que nous on ne va pas suivre les gens en étant derrière tout le temps, en se mettant des alertes pour les appeler s'ils n'ont pas fait ci, s'ils n'ont pas fait ça... et ça dans le suivi régulier surtout pour les diabétiques c'est bien. »
- M4 « moi je ne prends jamais les rendez-vous à leur place et s'ils ne font pas, ils ne font pas »
- M3 « je laisse le patient se gérer, je le responsabilise à ce niveau-là, je lui dis « voilà vous avez une ordonnance tous les trois mois, je ne vous courrai pas après »
- M7 « des fois ils ne voient plus très bien l'intérêt de faire les examens »
« c'est leur santé, c'est leur suivi donc à un moment nous on est là pour conseiller mais on ne peut pas non plus obliger »
- M11 « moi je suis le médecin, je ne suis pas là pour vérifier s'ils font les examens : s'ils les font tant mieux, s'ils ne les font pas c'est tant pis pour eux, je ne peux pas leur courir après, je n'ai pas le temps... »

b. Un défaut d'observance

i. Le manque d'adhésion dans le projet de soin

Comme nous venons de le voir, la grande difficulté que rencontrent les médecins généralistes est de faire accepter aux patients la nécessité de se prendre en charge. Même une fois acceptés, les patients n'adhèrent pas pour autant aux projets thérapeutiques proposés. Pourtant pour une pathologie qui s'inscrit dans la durée, comme pour beaucoup d'autres pathologies chroniques, toute prise en charge semble vaine sans l'adhésion du patient, et le suivi optimal dépendra ainsi du bon vouloir du patient.

- M1 « La difficulté éventuelle ça va plus être dans l'observance des patients par rapport à ce qu'on va leur dire et leur demander de faire »
- M4 « il y en a qui sont butés et qui ne veulent pas prendre les rendez-vous »
- M5 « ça dépend du patient qu'on a en face, de son désir de réaliser ce suivi ou non »
- M6 « il faut que le patient s'occupe de prendre ses rendez-vous, moi je fais les papiers puis des fois ils oublient »
- M8 « ceux qui avaient tendance à ne pas trop être suivie quoi, qui ne voulaient pas faire le bilan »
- M9 « la connaissance que le patient a de lui-même et de ce qu'il a envie de faire, de ne pas faire »
« j'ai une jeune patiente par exemple qui est psychomot et qui fait une hémoglobine glyquée tous les deux ans, parce qu'elle n'a pas envie du tout »
- M10 « il y en a très peu qui sont sérieux et qui y vont alors que je leur dis d'y aller. Il y a ceux qui savent faire qui disent « oui je sais je sais » mais je sais qu'ils ne font pas ce qu'il faut. »
« ils ne font pas ce qu'il faut pour essayer d'améliorer les choses voilà »
« rappeler, prendre des rendez-vous aussi parce qu'il y a ceux qui ne sont pas fichus de le faire »
- M12 « Ça c'est très difficile à leur faire admettre qu'il faut aller faire le fond d'œil, même si on leur explique qu'ils vont devenir aveugle... »

ii. Le manque de rigueur

Enfin, malgré une bonne adhésion des patients, se pose alors le problème de la régularité dans les soins de suivi. Il semble parfois compliqué pour les patients de tenir leurs efforts sur la durée. Au fil du temps ils s'essouffent, ne tiennent pas à jour leur calendrier de suivi ou leurs bonnes résolutions hygiéno-diététiques, le manque de sérieux et la négligence prennent le dessus.

- M1 « on leur répète souvent les suivis nécessaires »
- M2 « Il y a toujours un profil de gens, des gens qu'il faut sans arrêt rappeler (cardio, pneumo... tout ce que tu veux) »
- M4 « ils ne sont pas très à jour d'eux-mêmes, il n'y en a pas beaucoup qui prennent leur rendez-vous chez l'ophtalmo, chez le cardio tous les ans »
- M7 « des patients qui n'ont pas forcément très envie d'être tout le temps chez les médecins, ou de faire des prises de sang et qui des fois retardent un peu les choses. »
- M10 « qui ne sont pas très sérieux la plupart »
- M11 « pour que les gens ils soient tout de suite plus sérieux dans leur suivi »

c. Vers une autonomisation du patient avec l'éducation thérapeutique

Ainsi, on tend aujourd'hui de plus en plus à guider le patient pour qu'il devienne le principal acteur de sa santé. Les médecins traitants sont là pour éduquer et accompagner le patient dans la prise en charge, afin de les sensibiliser et les responsabiliser dans le vécu quotidien de leur maladie. Le patient n'est plus celui qui subit sa maladie, mais peut développer une participation active, où il peut s'auto-dépister, gérer son calendrier de suivi, adapter son hygiène de vie ...

- M3 « c'est d'abord le patient qui doit se dépister lui-même, c'est lui qui doit faire gaffe à ce qu'il mange, faire du sport régulièrement, regarder ses pieds, surveiller son poids, surveiller son alimentation, faire ses hémoglobines glyquées de contrôle »
« le suivi une fois que le patient est bien éduqué il n'y a pas de soucis »
- M4 « ça pourrait être pour le patient, il pourrait aussi recevoir directement ses rappels, rentrer ses rendez-vous lui et on pourrait le rendre un peu plus actif, je pense que ça serait pertinent, faut qu'il accepte de jouer le jeu après mais ça pourrait être aussi une

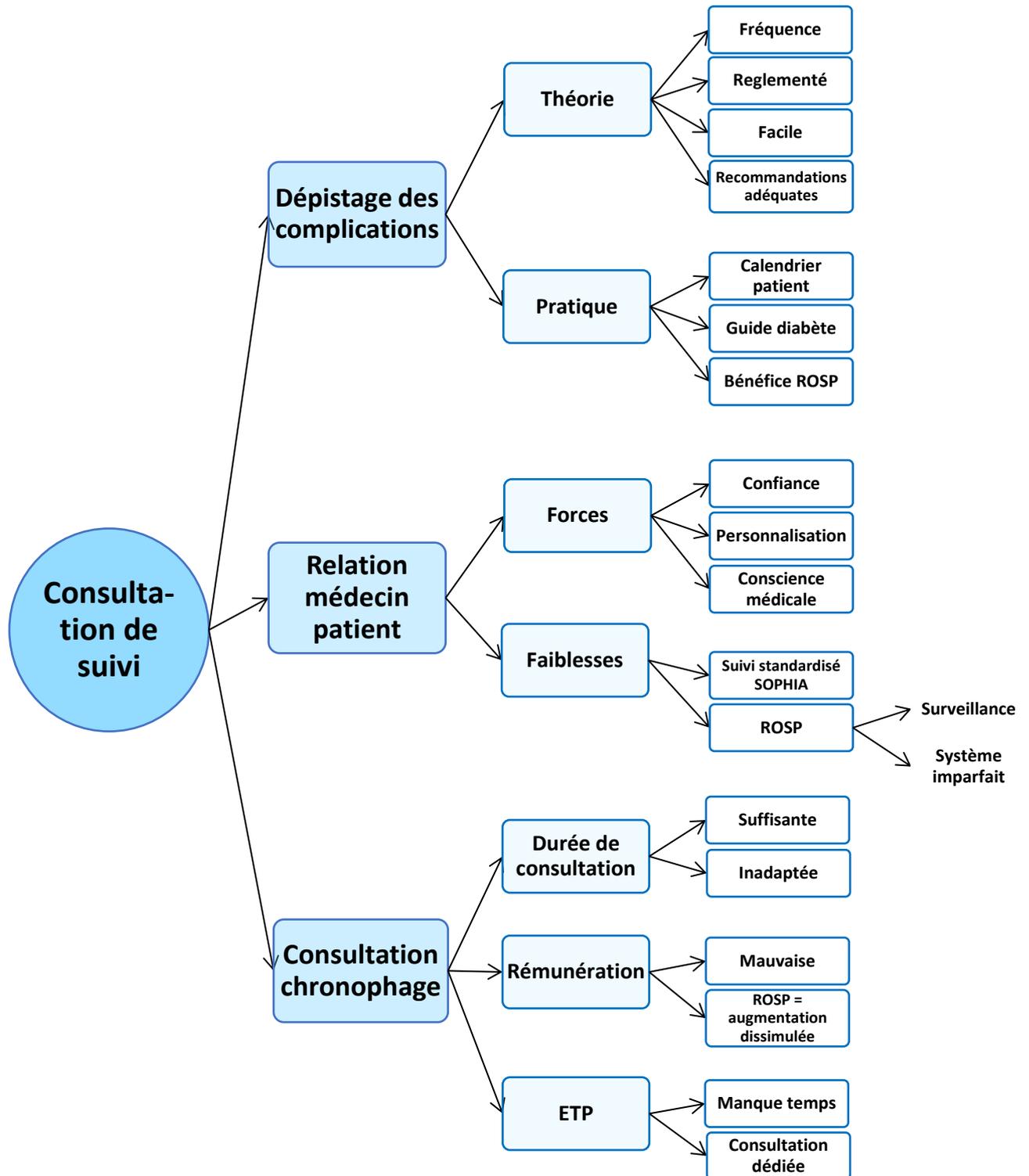
option que le patient ait lui-même un logiciel qui centralise tout avec son dossier (comme le dossier médical partagé) et qui lui fait des rappels aussi. »

- M8 « le patient lui-même aussi il peut le faire. Je crois qu'il ne faut pas les infantiliser trop »
- M11 « il y a un manque d'éducation de la population aussi (...) parce qu'une fois qu'on a réussi à convaincre le patient ... »

Un médecin envisage également plus d'implication de la part des médias pour communiquer sur le diabète et ses complications : « il faut plus autonomiser le patient et faire plus de communication grand public sur le diabète »

C. LA CONSULTATION DE SUIVI

Figure 4 : Représentation des freins en rapport avec la consultation de suivi des CC du diabétique de type 2



1. Le dépistage des complications

a. La théorie

D'un point de vue purement théorique, les modalités de surveillance et du dépistage des complications chroniques du diabète présentent peu de difficultés. Sa réalisation est facile et fréquente, avec des recommandations précises et bien intégrées par les médecins

i. Une consultation fréquente

La consultation pour le dépistage et le suivi des complications chroniques chez le diabétique de type 2 est une consultation fréquente en médecine générale. Il s'agit d'une pathologie chronique courante et en constante augmentation dans la population, dont la surveillance nécessite un suivi rapproché afin de pouvoir prendre en charge les multiples paramètres de cette pathologie complexe.

- M1 « c'est quelque chose qu'on rencontre très régulièrement donc qui devient fluide et mécanique pour nous »
« la consultation de dépistage des complications pour moi c'est tout le temps, ce n'est pas une consultation dans l'année. C'est-à-dire qu'à chaque consultation tu vas refaire le point »
- M6 « C'est une pathologie fréquente »
- M8 « j'ai fait rarement des ordonnances pour six mois chez ce genre de patients, parce que je pense qu'on peut laisser échapper par mal de choses quoi... en les voyant au moins quatre fois par an on arrive à bien voir s'ils ont tout à jour. »

ii. Un suivi réglementé

Quelques généralistes soulignent la clarté des recommandations existantes sur le suivi des complications, et l'accès facile lorsque l'on souhaite s'y référer. Elles sont connues de tous et bien codifiées, et il y a peu d'évolution ces dernières années sur le suivi de cette pathologie inscrite.

- M1 « on sait que les suivis ophtalmo, les suivis cardio sont à faire régulièrement, les suivis podologiques à faire régulièrement »
« le dépistage des complications c'est une affaire de toutes les consultations de renouvellement pour moi. »
- M3 « maladie je trouve hyper codifiée, justement on parlait des recommandations tout à l'heure je trouve ça hyper carré »
- M4 « l'avantage du diabète c'est que tout est quand même bien codifié et bien clair, ce n'est pas très compliqué de suivre le rythme »
« on est assez au courant des complications donc ça ne bouge pas trop. »
- M9 « c'est une consultation qui est assez cadrée quand même »

iii. Une consultation facile

Pour beaucoup de médecins généralistes, il s'agit d'une consultation tout à fait abordable, qui ne présente pas de grande difficulté. Il faut tout simplement effectuer en pratique la théorie énoncée par les recommandations, sans avoir besoin d'équipement ou de connaissance particulière pour la réalisation à ce suivi.

- M1 « je ne trouve pas ça extrêmement compliqué, en tout cas pas dans ce qu'on sait qu'il faut faire »
« il n'y a pas tant de différence entre ce qu'on nous dit en théorie et ce qu'il faut faire en pratique par rapport à d'autres pathologies où on nous demande d'apprendre des trucs ultraspécialisés qu'on ne rencontrera plus jamais dans notre vie »
- M3 « ce n'est pas une grosse difficulté pour moi »
« Je n'ai pas eu de formation spécifique sur le diabète mais après je n'ai pas l'impression que ça me manque plus que ça. »
« la théorie du diabète de type 2, elle est plutôt bien connue (...) on sait comment le surveiller, ce n'est pas un problème théorique je trouve, ce n'est pas un problème de formation »
- M5 « ce n'est pas très compliqué quand même le suivi du diabétique »
- M8 « c'est une consultation facile, je crois que ce n'est quand même pas très compliqué quoi »

« Je n'ai pas de difficulté, parce qu'on ne se trouve pas devant une urgence, c'est quelque chose qu'on peut programmer et planifier, avec des délais »

- M11 « Ça fait partie des recommandations qui sont simples »

iv. Des recommandations adéquates

Enfin, la plupart des médecins s'accordent à dire que les recommandations pour ce suivi du diabétique sont adaptées et justifiées. Bien qu'ils n'aient pas tous la même opinion vis-à-vis des recommandations en général pour d'autres pathologies, celles concernant la surveillance des complications chroniques semblent cohérentes et appropriées quant à l'histoire de la maladie.

- M2 « Je suis d'accord, sinon je ne suis pas un fana des recommandations et je ne les suivrai pas, donc là oui je trouve que c'est bien. »
« les recommandations qu'ils donnent de temps en temps des bonnes informations, des bonnes attitudes je suis d'accord. Je fais mon tri moi (...) Là le suivi des diabétiques c'est bien je trouve. »
- M3 « Moi elles me semblent justifiées (...) ça me semble cohérent. »
- M5 « au moins on a un avis standardisé »
- M11 « il y a beaucoup de choses à faire vu que le diabète peut engendrer beaucoup de complications, donc je pense que c'est nécessaire et justifié »
« les recommandations en soi, pour moi elles sont cohérentes et par rapport à l'évolutivité de la maladie pour moi c'est cohérent. »
- M12 « j'en pense du bien, moi ça ne me pose pas un problème professionnel de suivre les recommandations de la HAS »
- M13 « Elles sont bien, elles sont suffisantes »

b. La pratique

Mais en pratique, la densité de tous les paramètres de surveillance auxquels le médecin généraliste doit penser soulève souvent des problématiques d'organisation et de planification de ces consultations. Les médecins évoquent ainsi des outils d'assistance bénéfiques au bon déroulement de la consultation ; certains existant déjà, pouvant être améliorés, ou d'autres à imaginer.

i. Le calendrier patient

Beaucoup de généralistes rapportent des difficultés à synthétiser et ordonner les examens, rendez-vous et résultats de suivi de chaque patient diabétique lors de chaque consultation. Certains essaient de créer une sorte d'agenda-patient, par exemple en notant les éléments dans le dossier patient du logiciel de travail (rubrique des antécédents ou sous forme de grille pré-remplie à compléter dans l'examen clinique), ou parfois sur une grille en papier annexe. L'idée d'un planning universel du patient diabétique séduit, où il apparaîtrait la liste des complications à surveiller que le médecin généraliste pourrait compléter à chaque consultation.

- M4 « c'est un petit peu difficile de bien penser à quel patient a vu quel spécialiste ? quand ? qui a bien fait son HbA1c il y a moins de six mois ? Enfin essayer de s'y retrouver au niveau du calendrier de chaque patient en fait. »
- M6 « On aurait une espèce d'agenda et puis on leur dit « écoutez votre prise de sang ça fait 3 mois que vous ne l'avez pas faite, l'ophtalmo vous ne l'avez pas vu ... » »
- M7 « je me suis fait un onglet dans les antécédents où je marque : consult cardio, je mets la date, s'il y a eu une épreuve d'effort ou pas, je mets consult angio, savoir quand est ce qu'il faut le refaire, les consultations ophtalmo, le dosage de la microalbuminurie c'est pareil j'essaie de marquer quand est-ce que ça a été fait »
- M12 « on avait pondu un truc, on avait sorti une grille que j'ai toujours là, et qui me permet de relever tous les éléments que je veux relever sur le suivi, et je me suis toujours tenu à ça, et ça cadrerait bien évidemment avec les recos de la HAS (*il me montre, c'est une « grille diabète » pré enregistrée sur « examen clinique » dans wedda avec poids, tabac, TA, examen des pieds, palpation des pouls ... c'est pré enregistré et donc on peut suivre, faire des courbes etc ...*) »
- M13 « Je vérifie dans mon dossier puisque tout est enregistré dedans, de quand date ma dernière HbA1c, de quand date ma dernière fonction rénale, de quand date ma dernière microalb, de quand date ma dernière consult cardio, de quand date ma dernière consult ophtalmo. »
« j'ai voulu mettre en place un truc, j'ai une feuille de dépistage des complications (...) Je m'étais fait un trieur (*elle me montre*) avec tous les diabétiques, voilà c'est cette fiche-là que je voulais remplir pour ce soit un peu plus lisible que sur mon logiciel, je voulais avoir une fiche où tout est noté. »

ii. Un logiciel guide du diabète

Pour aller plus loin dans la planification des examens de suivi à réaliser, quelques médecins interviewés aspirent à une plateforme numérique dédiée au suivi du diabète, dans lequel un système d'alertes et de rappels automatiques en fonction des dates préremplies des différents examens de suivi réalisés, synchronisés avec le calendrier des recommandations de suivi adapté au profil du patient. Ce dispositif permettrait aux médecins d'optimiser leur temps de consultation.

- M4 « ça serait top d'avoir un logiciel qui t'affiche « alerte cardio à faire maintenant » »
« au niveau informatique que ce serait pertinent et un gain de temps (...) avoir peut-être des rappels automatiques « attention là ça fait un an qu'il n'a pas vu le cardiologue », « attention il y a l'ophtalmo à prévoir au mois de mars », un truc un peu clair dans le dossier du diabétique qui s'affiche tout de suite et que tu n'aies pas besoin de remonter tout l'historique du dossier pour retrouver telle date et ce qu'il y avait »
- M10 « le rappel de tout ce qu'ils doivent faire régulièrement... mais que ce soit un peu plus poussé »

iii. Le bénéfice des ROSP

Certains généralistes mettent en évidence le bénéfice d'adhérer aux ROSP, ce qui leur a permis de se remettre à jour sur la surveillance de certains critères calqués sur les recommandations officielles. C'est le cas notamment pour la surveillance de la fonction rénale avec le dosage de la microalbuminurie annuelle.

- M5 « c'est depuis qu'il y a les ROSP que je fais la microalbuminurie tous les ans, sinon avant je ne le faisais pas. »
- M10 « De toute façon ça fait partie des ROSP, ça nous a fait pas mal de rappels et contraintes de dire « il faut faire ça ça, oui ». Pour l'albuminurie par exemple c'est un truc qui est bien revenu, parce que je ne le faisais pas forcément systématiquement les urines. »

2. La relation médecin patient

a. Les forces

i. Une relation de confiance

La confiance que peut avoir un patient en son médecin traitant tient une place primordiale dans la réussite d'une prise en charge médicale ; cela conditionne forcément l'adhésion thérapeutique aux soins et une meilleure acceptation de la maladie. Au contraire si cette relation est mise à mal et que le patient doute de son médecin, qui est son interlocuteur principal et de premier recours, il se méfiera et sera moins observant, et le suivi ne sera pas optimal.

- M1 « ils ont plutôt tendance à m'écouter, plus je pense qu'ils écouteront quelqu'un d'autre »
« c'est le médecin auquel le patient a plus facilement confiance aussi. S'il y a une relation vraiment malade-médecin traitant, en général il y a une relation de confiance entre les deux, mais si on lui dit qu'il y a un suivi à faire, il va le faire plus facilement que si c'est quelqu'un d'autre qui le demande »
- M3 « Le patient en général s'il arrête son traitement ou s'il commence à manger n'importe quoi, c'est probablement que la relation médecin-malade aussi elle a merdé. »

ii. Une relation personnalisée

Plusieurs généralistes insistent sur l'intérêt d'une médecine individuelle, centrée sur le patient et non plus seulement centrée sur la maladie, chez des patients souvent en demande d'actes humains et concrets. Cette prise en charge est adaptée aux caractéristiques sociales, culturelles et psychiques des individus et nécessite de prendre en compte la globalité du patient, son mode de vie, ses choix par rapport aux soins, ses conceptions de la santé et de la maladie. Cette phrase du M9 illustre bien ces propos : « moi je soigne monsieur et madame machin, pas les diabètes. Je soigne des gens, je ne soigne pas des pathologies ».

- M1 « l'administratif pour moi représente moins que le patient lui-même. Je préfère m'occuper de mon patient plutôt que de cliquer sur des trucs quand je fais ma consultation »
- M4 « Je pense qu'ils aiment bien le contact physique »
- M6 « on a du mal après à donner des règles standards pour tout le monde car finalement à chaque fois c'est individuel »
- M9 « mon ressenti par rapport à une consultation dépend plus du patient que de sa pathologie »
« il y a aussi une adaptation en fonction de la vie des gens, de leur âge, de leur désir, de leur aptitude aussi ! »
- M12 « Disons qu'ici ils ont un médecin, ils ont une infirmière, ils ont du concret. Un étranger au téléphone ..." »

iii. La conscience médicale prime sur les ROSP

La plupart des médecins s'accordent à dire que la qualité de la consultation de dépistage et de suivi des complications chroniques diabétiques priment sur une motivation financière ou des recommandations établies par les institutions. Il en ressort ici la notion de conscience professionnelle et d'éthique médicale. La ROSP est présentée comme un bonus sur des objectifs qu'ils auraient tenus de toute façon, puisqu'il en va de l'intérêt de la santé du patient.

- M3 « Après ça ne me motive pas trop dans mes rémunérations je ne te le cache pas »
- M6 « Qu'il y ait ROSP ou pas ROSP, je l'aurais fait quand même »
« après est-ce qu'on doit faire des ROSP pour le financement, ou des ROSP pour le patient »
- M12 « Moi je continue à faire mon boulot comme je le fais, je ne vais pas chercher le nombre de points que je vais avoir sur la ROSP »
- M13 « On va te donner de l'argent pour quelque chose que tu es censé faire, de toute façon si je n'avais pas cet argent là je le ferais quand même »

b. Les faiblesses

i. Un suivi standardisé

A l'inverse de ce que l'on a pu voir précédemment certains modèles et protocoles, tels que l'outil numérique SOPHIA ou les ROSP, semblent parfois perçus comme trop standardisés et impersonnels, pouvant être vécu comme intrusifs. Les patients sont apparentés à des « individus biomédicaux » ou des « diabétiques », répertoriés dans des groupes de malades du diabète.

Ils perçoivent souvent SOPHIA comme des interlocuteurs inconnus qui ne connaissent rien de leur histoire, et qui les contactent pour leur expliquer ce qu'il faut faire ou ne pas faire avec leur propre maladie dans leur propre quotidien.

- M3 « demander de l'aide ou recevoir des conseils, ce n'est pas facile à recevoir, en recevoir d'un abonnement magazine, je pense que c'est encore plus compliqué pour certains »
- M4 « j'ai l'impression qu'ils ont du mal avec le téléphone, le côté un peu impersonnel »
- M6 « C'est des recommandations qui sont en général pour tout le monde quoi, alors qu'il y a des diabétiques qui sont très bien, et finalement on devrait pouvoir alléger la fréquence de ça pour libérer. »
« Ils s'y inscrivent et puis ils disent « bon ça sert à quoi finalement ». Il n'y a pas de réponse à leurs questions. »

ii. La ROSP

Un sentiment de surveillance de la profession médicale

Nombreux sont les généralistes qui ne semblent pas à l'aise avec le principe même de rémunération de la ROSP, c'est-à-dire le fait d'être financé sur des actes de surveillance qu'à l'évidence tout médecin généraliste se doit de toute manière de réaliser. Le M2 va même jusqu'à comparer cette pratique à une transition vers la profession salariale, d'autres perçoivent une sorte d'infantilisation avec un contrôle par la sécu des actes qu'ils réalisent, d'autres encore évoquent une prime à la performance.

- M2 « Les ROSP pour moi c'est rémunérer ce qu'on fait déjà, c'est des choses évidentes. »
« C'est préparer les médecins à une modification de la médecine qui va devenir le médecin salarié avec des objectifs »
- M3 « On a l'impression qu'on a une prime pour bien faire notre boulot »
- M4 « je trouve que le principe est un peu bizarre de la carotte et de fonctionner vraiment sur la rémunération en fonction des performances (...) »
- M9 « maintenant nous sommes intéressés sournoisement à ce que les gens se suivent comme il faut... »
- M10 « C'est à double tranchant d'être rémunéré sur est-ce qu'on a bien fait notre boulot ou pas »
- M12 « les caisses d'assurance maladie poussent trop à l'excès les demandes qui étaient au départ correctes et honorables, et maintenant on nous presse un peu comme des citrons... »

Un système de rémunération imparfait

Plusieurs généralistes interviewés paraissent parfois septiques quant au choix des objectifs rémunérés, et suspectent que cette rétribution financière des ROSP profite finalement davantage à celui qui la dispense, la sécurité sociale, plutôt qu'à ceux qui la reçoivent, le médecin traitant directement voire le patient indirectement.

Aussi, le poids du système administratif, qui plus est imparfait et inégal puisqu'il rémunère le médecin traitant prescripteur de l'examen pour son patient. En dehors de ce cadre, l'acte d'un médecin généraliste prescrivant par exemple un fond d'œil pour un patient dont il n'est pas le médecin traitant ne sera pas compté, de même que les patients réalisant leurs examens complémentaires dans le circuit hospitalier sont exclus de la ROSP du médecin traitant.

- M3 « c'est des primes très sélectives, on ne sait pas trop pourquoi est-ce qu'ils ont appuyé là plutôt qu'ailleurs... »
- M4 « c'est un peu détourné et que tu as l'impression que c'est plus sur ce qui fait gagner de l'argent à la sécu que ce qui est bien pour le malade en lui-même, souvent c'est un petit peu relié. Tu as l'impression que la prévention c'est utile pour la sécu si ça leur fait gagner de l'argent derrière, c'est un peu ce biais financier qui m'énerve »
« des fois ça ne remercie pas forcément la personne qui devrait l'être tu vois »

- M5 « ça dépend aussi de l'observance du patient, et non pas que de l'ordonnance réalisée par le médecin. »
- M6 « ils sont vrais et ils sont faux, parce que les ROSP sont comptés en libéral, quand ils passent par l'hôpital ils ne sont pas comptés »

3. Une consultation chronophage

La consultation de dépistage et de suivi des complications chroniques du diabétique de type 2 concerne une pathologie inscrite et chronique. C'est donc une consultation qui prend du temps, puisque contrairement à un motif de rendez-vous aigu et unique, elle se base sur la surveillance de multiples paramètres qu'il faut contrôler, retranscrire, examiner, réexpliquer, synthétiser, vérifier ...

Il en ressort alors une problématique sur l'organisation du temps de travail, comme l'exprime bien le M13 : « l'organisation de ton temps de travail c'est quelque chose qu'on nous apprend pas du tout (...) le problème d'optimisation du temps et d'optimisation des pratiques qui est très important au cabinet libéral je trouve. »

a. La durée de consultation du dépistage des complications chroniques

i. Suffisante

Quelques généralistes trouvent que cette consultation n'est pas plus longue que d'autres, et estiment que le temps d'une consultation classique est adapté pour effectuer le dépistage des complications chroniques.

- M1 « à chaque consultation tu vas refaire le point, revérifier où il en est de son cardio, où il en est de son ophtalmo, est-ce qu'il l'a fait, est-ce qu'il n'a pas fait, parce que des fois il faut relancer les patients, regarder les pieds à chaque consultation, et ça ne prend pas forcément beaucoup plus de temps qu'une consultation pour autre chose en réalité. »

- M3 « Regarder le pied diabétique c'est faisable en 15 minutes, regarder une hémoglobine glyquée c'est faisable, l'orienter chez un cardio, un ophtalmo ... enfin tout ça ce n'est pas difficile, pour moi ce n'est pas ça qui prend du temps »
- M9 « Moi j'avoue je vois un diabétique 3 fois par an, et les 3 fois je parle de tout, je fais tout ! J'évoque toutes les complications assez rapidement avec le diabétique à chaque fois (...) je ne la trouve pas plus longue quoi »

Une des médecins explique d'ailleurs qu'il ne faut pas hésiter à scinder les consultations avec un seul motif de consultation, et que de cette manière la durée de consultation classique est respectée. Le médecin y trouve son compte, et finalement le patient peut y trouver un bénéfice également.

- M13 « Je trouve que le côté consultation plus longue c'est vraiment plus fatigant. Je pense qu'il vaut mieux la séparer en deux (...) et au final tu as fait deux consultations pour 2 motifs et les 2 sont justifiés, mais tu as fait 15 minutes et 15 minutes, et dans l'intervalle il a eu aussi le temps de se poser des questions, de venir avec sa petite liste »

ii. Inadaptée

Mais la plupart des médecins interviewés soulignent au contraire la richesse et la densité de ces consultations régulières.

Ainsi, le temps imparti classiquement ne suffit pas selon quelques médecins si l'on veut être exhaustif dans le dépistage, et ce sont des consultations qui prennent souvent plus de temps.

- M4 « C'est toujours pareil, si tu veux faire les choses bien et carrées ça te prend plus de temps qu'un quart d'heure. »
- M8 « il faut du temps quoi, moi personnellement je pense que tout doit passer par l'examen clinique, il faut prendre le temps d'examiner les gens. »
- M10 « ça fait partie de mes consultations qui débordent un peu quand vraiment on aborde tout le tour »

- M12 « c'est une consultation qui prend beaucoup de temps ; actuellement on doit être à 3/4 d'heure sur une consultation de diabétique »

On comprend que si le médecin se résout à respecter scrupuleusement la durée classique de consultation, le dépistage pourra être incomplet par manque de temps.

- M5 « c'est assez rapide. Quand on voit les patients pour les renouvellements, souvent ça se limite un peu aux médicaments. On regarde d'hémoglobine glyquée, si ça va, mais aller tester les pieds diabétiques ça c'est assez rare qu'on le fasse ... Donc oui c'est des renouvellements tous les trois mois. Je pense que le suivi n'est pas optimal en médecine générale. »
« On manque de temps parce que si on veut vraiment bien examiner quelqu'un il y en a pour 25-30 minutes, et les temps de consultation c'est 10-15 minutes souvent... Il y a toujours plus de monde que prévu, donc le créneau d'un quart d'heure souvent je ne l'ai même pas »
- M13 « j'ai une feuille de dépistage des complications, je n'arrive pas à la remplir ... je n'arrive pas à trouver le temps ... »

De manière plus générale, les médecins soulignent qu'il n'existe pas de modèle unique dans la durée d'une consultation de médecine générale, puisqu'il existe une multitude d'issues possibles selon les résultats fournis par l'examen clinique et l'interrogatoire.

- M2 « Tu peux trouver dans n'importe quelle situation des choses très compliquées alors qu'au départ ça paraît absolument banal quoi et notre métier est compliqué parce que derrière chaque cas il y a un piège, et qu'il faut soit l'éviter ou il faut le trouver. Donc il ne faut jamais être sur le relâchement, il faut toujours se méfier »
- M6 « on peut très bien commencer avec quelqu'un et puis finir il y a tout le monde qui pleure, parce qu'il y a un drame, psy... le temps de consultation il n'y a pas de standard. »
- M7 « une consultation de renouvellement quand tout va bien ça va, mais dès qu'il y a un truc ça peut vite prendre plus d'un quart d'heure »

b. La problématique de la rémunération

Après la problématique sur le temps de la consultation vient la problématique subsidiaire de la rémunération.

i. Une consultation mal rémunérée

La plupart des médecins s'accordent à dire que la rémunération de 25 euros pour une telle consultation est sous-évaluée et injuste face à une telle charge de travail.

- M1 « en fait c'est simplement que ce n'est peut-être pas rémunéré à sa juste valeur. »
- M6 « Je prends le temps, parce que j'y trouve mon compte moral... Bon alors après est-ce que d'être payé 25 euros de consultation est quelque chose de décent, moins décent, ça c'est autre chose. On n'est pas les plus pauvres de la terre, mais dans le monde médical ce n'est pas quand même très équilibré »
- M7 « pour le temps qu'on y passe quand on en vient à 25 euros ce n'est pas forcément logique par rapport à d'autres qui prennent vachement moins de temps ... »
« si on s'arrête stricto sensu à ce qu'on est payé à la consult ce n'est pas beaucoup »
- M8 « Ou on fait de la consultation longue et c'est sûr que si on parle d'un point de vue financier ce n'est pas rentable, où on devient écrivain et on ne fait que des ordonnances et alors là c'est rentable mais bon »
- M12 « Ça prend beaucoup de temps et c'est très peu rémunéré, et à 25 euros on ne peut pas faire du bon boulot ce n'est pas possible. »
« On ne peut pas faire du bon boulot actuellement si on est payé une misère, ce n'est pas qu'on veuille toujours être plus payé, mais au moins si on y passe du temps qu'on soit rémunéré pour ça »

ii. La ROSP : une augmentation de la consultation dissimulée

La ROSP est d'ailleurs perçue par certains généralistes comme une tentative de compromis de la sécurité sociale : plutôt que d'augmenter le tarif de cette consultation, ils proposent une sorte de « prime » par la ROSP si les généralistes remplissent tous les objectifs que requiert ce suivi.

- M2 « Les ROSP c'est un moyen déguisé d'augmenter les médecins, et de ne pas dire à la population le « C » a augmenté (...) Nous sommes une profession de nantis, toujours, on reste quand même avec cette image et dire à la population « ah ben les médecins on augmente de 3 euros la consultation » parce que « c'est un scandale ». Là ça passe, tu tiens les ROSP et voilà. »
- M4 « prime dans ton forfait ALD, donc c'est un peu pris en compte »
- M10 « je préférerais que ce soit les actes payés différemment mais bon »

c. L'éducation thérapeutique patient

i. L'absence de temps consacré

Finally, the main difficulty raised by the majority of general practitioners is the lack of time dedicated to patient therapeutic education during the consultation. This finding recalls the main problem of time management, as doctors are unfortunately already overwhelmed and overworked, and the activity of their practice does not always allow them to find the time necessary to devote to their patients. In addition, ETP is not a recognized and valued act in general medicine, which adds a further resistance to its implementation.

- M3 « Ce qui prend du temps c'est de discuter avec le patient et de faire la prévention, c'est ça qui est mal rémunéré, et c'est ça qui est difficile à faire en un quart d'heure ou 20 minutes de consultation. »
 « On aurait besoin de plus de temps pour faire de l'éducation thérapeutique, ce qu'on n'a pas le temps de faire »
 « Dépistage des complications et prévention sont vraiment entrelacés, pour moi c'est un seul et même boulot. »
 « C'est l'éducation thérapeutique qui prend du temps et qui est sous-cotée »
- M13 « toute l'éducation que nous on essaye de faire mais qu'on n'a pas forcément le temps de faire correctement. »

« c'est un gros problème en fait en médecine générale, c'est qu'on a énormément de problèmes de temps »

ii. Vers une consultation dédiée mieux rémunérée

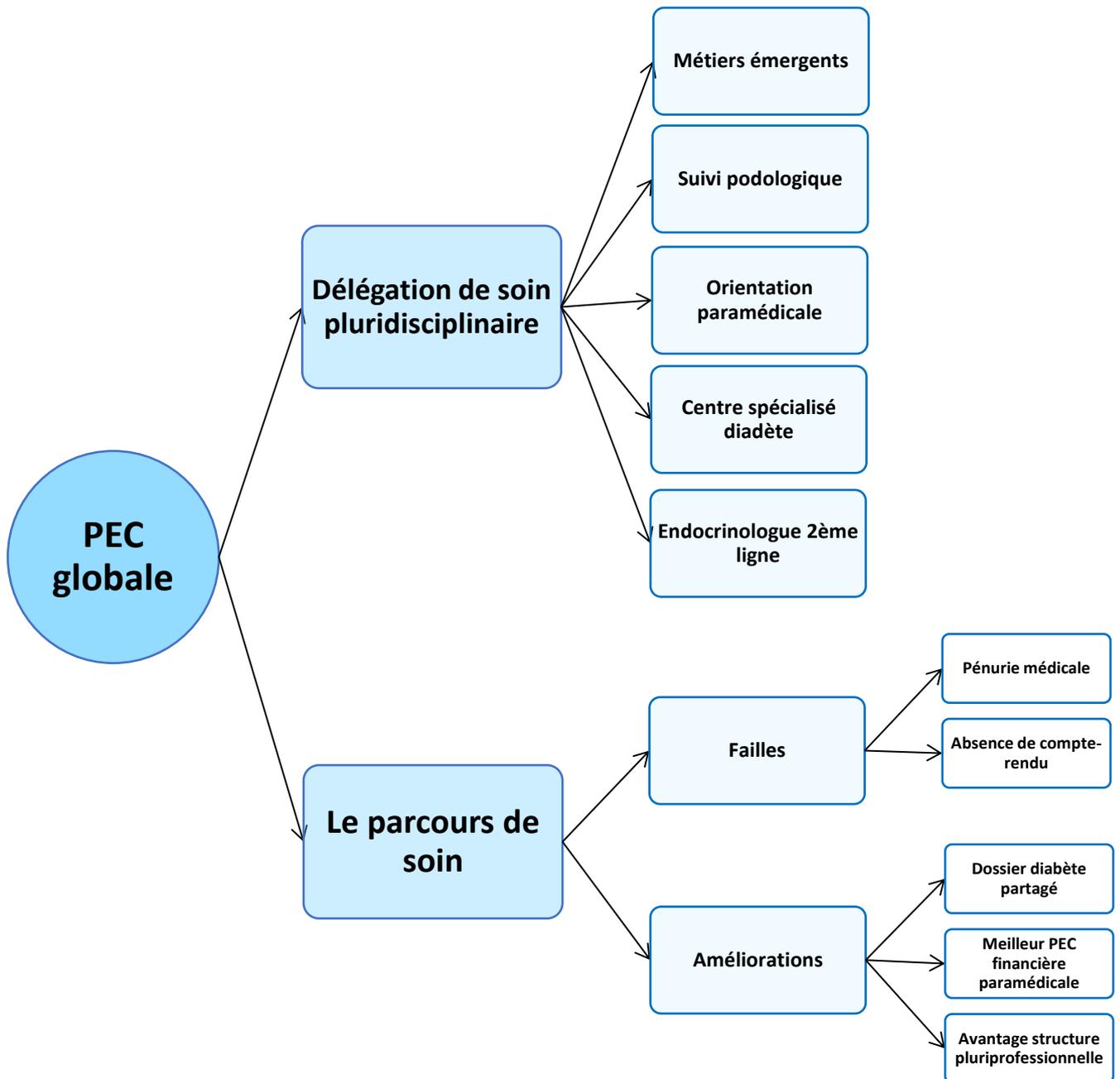
Nombreux sont les médecins qui évoquent le bénéfice d'une consultation spéciale du suivi du patient diabétique qui soit plus poussée. Cette visite pourrait être annuelle par exemple, d'une durée plus longue et avec une rémunération en conséquence, et permettrait d'en faire une consultation particulière de synthèse. Le bilan serait fait de manière élargie sur le dépistage des complications, mais surtout le généraliste prendrait du temps pour l'éducation thérapeutique patient afin de faire le point par de la prévention, des explications, des conseils, des recommandations...

- M1 « pourquoi pas se dire qu'une fois dans l'année une consultation de ce type-là puisse être pratiquée pour un diabétique où on prendrait le temps de reparler de toute l'éducation thérapeutique, lui ressortir les tableaux d'index glycémique en lui expliquant pourquoi tel aliment est plus intéressant qu'un autre aliment (...) Pourquoi pas une fois par an autoriser de faire ce même type de majoration sur le suivi en fait. »
« par contre avoir une autorisation de consultation d'éducation thérapeutique une fois dans l'année ça pourrait être intéressant, dont les complications font partie mais pas que ... »
- M4 « ce serait bien d'avoir une consultation un peu plus longue annuelle chez le généraliste où tu sais que cette fois-là dans l'année tu la dédies à la recherche vraiment de la complication, et pas juste à renouveler le traitement. Et faire un peu le point, se dire un peu comme les consultations obligatoires des nourrissons faire une consultation obligatoire chez le généraliste où là tu sais que tu vérifies tout, ça pourrait être pertinent. »
- M9 « Un syndicat a eu l'idée d'introduire une consultation dite « approfondie », qui était cotée 5 euros de plus que la consultation normale. Argumentant du fait que pour tous les gens en ALD, une consultation approfondie annuelle était intéressante, qui devait durer au moins 20 minutes, dans laquelle on devait faire le bilan de l'année passée, et faire une projection des soins de l'année suivante »

- M10 « Ça nécessiterait un peu plus de temps au moins une fois par an, pour justement faire le point d'où ils en sont de toutes ces complications. Au moins une fois par an, avoir un peu plus de temps pour vraiment refaire le point, redire, insister pour certains, sur certains trucs. Parce qu'effectivement, en un quart d'heure, non on ne le fait pas. Et d'insister sur le poids, et d'insister sur tout ce qu'ils doivent faire voilà. Donc au moins une fois par an que ce soit un peu plus long, donc doubler les consultations une fois par an. »
- M11 « C'est les premières consultations qui sont longues, le temps de bien fixer la notion de la maladie chronique. Alors peut-être qu'à la limite les deux ou trois premières consultations nécessiteraient d'être plus longues, de prendre une bonne demi-heure au moins pour bien expliquer tout ça. »
- M12 « il faut qu'on nous donne des consultations à plusieurs niveaux, c'est à dire des consultations sur les malades chroniques 4 fois/an (puisque on calcule qu'il faut 3 ou 4 HbA1c dans l'année), là il faut qu'on nous donne des consultations qui soient le double de celles qu'on a c'est à dire 50 euros »

D. UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE

Figure 5 : Représentation des freins en rapport avec la prise en charge globale du dépistage des CC du diabète de type 2



Le diabète est une pathologie chronique et complexe dont les causes sont souvent plurifactorielles, avec des aspects environnementaux, diététiques et psychologiques difficiles à traiter.

Par conséquent la prise en charge optimale est pluriprofessionnelle, comme l'exprime bien le M12 : « Parce que le diabète c'est une prise en charge de tout le monde, et si elle n'est pas faite, il y a des trous dans la raquette et ça ne marche pas (...) le propre d'une maladie chronique c'est que ça touche plusieurs organes, ça touche plusieurs domaines, et ça embrasse toute une population de professionnels de santé »

1. La délégation pluridisciplinaire des soins

a. Les métiers émergents d'infirmiers et assistants médicaux

Beaucoup de généralistes interviewés abordent la place croissante qu'occupent les infirmiers spécialisés et les assistants médicaux dans la prise en charge du suivi du patient diabétique. Il s'agit notamment pour le médecin généraliste d'un gain non négligeable dans la libération du temps médical, mais également d'appuyer sur le versant de l'éducation thérapeutique patient, ce que le généraliste n'a souvent pas le temps de faire.

Plusieurs optimisations de ce temps médical sont envisagées : ces professionnels peuvent assurer une sorte de « préconsultation » avec la synthèse des résultats et examens qu'ont réalisé les patients, en prenant les constantes vitales et en abordant au préalable les principales problématiques de l'interrogatoire. Certains proposent également une alternance dans le suivi entre des consultations strictement médicales, relayées par un suivi infirmier. D'autres encore évoquent un suivi dédié par ces professionnels pour l'éducation thérapeutique du patient, et de réserver au médecin la partie strictement médicale de la prescription et de l'examen médical.

Parmi ces professions, on retrouve notamment un intérêt pour les infirmières en pratiques avancées (IPA) qui ont une grande autonomie médicale notamment de prescription, et travaillent conjointement avec le généraliste :

- M3 « Dépistage, des complications, oui un assistant médical ou une infirmière formée ce serait intéressant, qui passe voir tous les mois le patient, et nous on pourrait espacer à la limite nos consultations. On les verrait deux fois par an et l'infirmière les verrait une fois tous les 3 mois ou tous les deux mois pour voir l'hémoglobine glyquée, s'assurer de l'équilibre glycémique, revoir deux trois trucs avec le patient, ça pourrait être intéressant. »
- M7 « un infirmier IPA (infirmier de pratiques avancées) qui va venir, il fait tout ce qui est justement suivi de pathologies chroniques, donc c'est possible qu'on alterne (on n'a pas encore décidé comment ça allait se faire) le suivi tous les 6 mois, 1 fois lui une fois le médecin. Donc ça sera forcément une aide pour nous, et un regard extérieur pour peut-être penser à des choses auquel on ne pense pas ... »
- M8 « je pense comme dans beaucoup de pays les infirmières pourraient avoir un travail plus médical (il y en a qui le font déjà). Mais dans le suivi des diabétiques, oui les infirmières pourraient être un bon élément pour la vigilance et être attentive au fait qu'il faut faire tel et tel examen... »
- M10 « Ça pourrait être bien sûr les infirmières ! Ça c'est sûr, ça peut largement être fait dans des groupements à l'anglo-saxon (...) ça nous bouffe beaucoup de temps... Donc coordonner tout ça quoi, voilà « vous avez les rendez-vous telle date telle date telle date » »
- M12 « IPA elles ont une consultation spécifique avec le patient, elles suivent des valeurs, elles peuvent prescrire des examens (...) Ça a d'ailleurs posé problème au niveau des syndicats médicaux parce que c'était quand même ouvrir largement les vannes pour les infirmières et leur permettre de faire des choses qui était réservé jusque-là au médecin. »

Les infirmières ASALEE de santé publique, bien qu'ayant moins de marge de manœuvre et agissant essentiellement dans le préventif, sont aussi citées :

- M7 « L'infirmière ASALEE c'est une infirmière de santé publique qui fait tout ce qui est préventif et tout ce qui est cardiovasculaire, diabète etc... et du coup nos patients peuvent la voir en consultation pour l'aide à l'équilibre, tout ce qui est conseil diététique, observance des traitements, tout ce qui est équilibre du diabète ».

- M12 « les ASALEE elles ont beaucoup moins d'autonomie, ça ne pose pas de problème, elles font ce que le médecin leur demande de faire, alors que les IPA elles ont déjà une autonomie qui est autre. »
- M13 « l'histoire des infirmières IPA ou ASALEE c'est très bien, je pense que c'est une belle piste »

Les infirmiers réalisant des consultations spécifiques d'ETP :

- M1 « l'utilité de l'infirmière s'il y a une infirmière d'éducation thérapeutique dans le coin ... Enfin il y a plein de choses qui sont possibles, qui peuvent nous aider en plus. »
- M13 « au village d'à côté à Canohès, on a une infirmière qui est en libéral, mais qui fait de l'éducation au diabète (...) elle fait de l'éducation, elle les prend 4, 5, 6 fois pour rappeler les complications, elle a refait une petite formation sur tout ce qui est nutrition aussi, donc elle leur rappelle les régimes entre guillemets. »

Les assistants médicaux qui assistent le médecin au niveau des consultations et peuvent faire la synthèse :

- M3 « l'assistante médicale, ça ce serait hyper intéressant aussi je pense d'arriver à faire un truc comme ça. Ce serait super chouette de pouvoir se reposer sur quelqu'un qui va voir le patient peut-être un peu plus souvent que nous on fait tous les mois pour revoir avec lui les règles hygièno diététiques. »
- M12 « l'assistant médical qui pourrait permettre effectivement de diminuer le temps de la consultation parce qu'il peut vérifier les HbA1c, vérifier si le fond d'œil a été fait, tout le tintouin »
 « les assistants médicaux qui d'après moi peuvent effectivement être très intéressant dans la libération du temps médical pour le médecin et donc qui permettrait effectivement d'en voir plus, de ne pas laisser des gens qui ont des maladies chroniques sur le bord de la route, de les prendre et de les traiter comme il faut ! Parce que on gagne du temps avec les assistants médicaux. »
 « l'assistant médical sous le contrôle du médecin, c'est vrai que l'on peut faire peser, faire mesurer, on peut regarder l'HbA1c, faire la tension, on peut regarder s'il est allé

chez le cardio... après le médecin arrive, en 5 secondes on voit le truc et à partir de là vous pouvez faire votre visite et gagner du temps ! »

b. Le suivi podologique du pied diabétique

Les podologues jouent un rôle essentiel dans le suivi du patient diabétique, puisque la plupart des généralistes admettent se reposer sur eux pour la surveillance et le dépistage des complications liées au pied diabétique.

En effet, les médecins reconnaissent qu'ils manquent de temps pour dépister correctement la neuropathie diabétique avec tous les tests qui existent, ou pour faire de la prévention dans la pathologie du pied diabétique.

Ce professionnel du pied est un réel appui pour les généralistes, qui souhaitent même leur dédier davantage cette prise en charge spécifique puisqu'ils peuvent y consacrer plus de temps et ont la possibilité réaliser le dépistage grâce à des protocoles validés.

- M3 « le podologue de temps en temps quand il y a des pieds un peu limite je n'hésite pas j'avais regardé sur les recos je crois que c'est à partir d'une certaine classification de pied diabétique que leur consultation est remboursée chez la podologue, c'est vrai que j'y vais assez facilement dès que j'ai un petit doute, dès qu'il y a des petites plaies des trucs comme ça »
- M4 « pour les pieds je regarde aussi, pas à toutes les consultations mais de temps en temps je leur fais enlever leurs chaussures et je regarde sous les pieds s'ils ont une bonne sensibilité et s'ils ont une lésion qui apparaît et qu'ils n'ont pas vu. »
- M5 « tester au monofilalement les pieds moi je ne le fais quasiment jamais. Après souvent ils me demandent “j'ai droit à des séances chez le podologue”, alors je leur dis “oui ça c'est très bien”, mais sans tester s'ils sont grade 1, grade 2. Je me repose sur les podologues pour ça »
- M7 « Les tests au monofilament j'avoue que je ne suis pas très très réglo là-dessus (rires) j'essaie de le faire, mais je ne le fais pas comme il faut je pense, enfin pas assez »
- M9 « On a aussi une pédicure au rez-de-chaussée qui s'en occupe beaucoup et qui le fait systématiquement donc qui est bien équipée là-dessus pour la neuropathie (...) elle a un protocole et elle a un mono filament, et elle le fait pas mal. »

- M10 « Après sur ce qui est plus neuro et pieds, je leur pose des questions plus que l'examen sincèrement »
- M11 « Je sais qu'il faudrait que je fasse le test au monofilament mais je ne le fais pas. »
- M12 « Et également, on a monté un protocole avec le pédicure podologue qui nous permet de faire ce que nous on ne fait pas parce qu'on n'a pas de temps, c'est à dire l'examen du pied diabétique et donc le monofilament, toutes les recherches de perte de sensibilité, examen du pied, etc (...) c'est super parce que ne serait-ce que l'examen des pieds, c'est quelque chose qui m'a toujours interpellé parce qu'on n'avait jamais le temps de le faire au cabinet et c'est vrai que souvent ça laisse passer des trucs qu'on n'aurait pas dû laisser passer »

c. L'orientation vers les paramédicaux

Il existe une multitude de professions paramédicales qui apparaissent évidentes à intégrer dans le schéma de prise en charge du patient diabétique selon plusieurs médecins, comme les diététiciens, nutritionnistes, tabacologues, psychologues, dentistes, éducateurs physiques... Ils semblent avoir une importance capitale dans la prévention des complications diabétiques.

- M1 « l'utilité d'un tabacologue ou d'un nutritionniste si tu veux traiter les comorbidités »
 - M3 « appui aussi avec les diététiciennes ce serait super sympa »
 - M6 « les diététiciens, c'est un des maillons quand même du circuit qui est important »
 - M7 « dentaire j'essaie de leur demander aussi s'ils ont vu »
 - M12 « activité physique faite par un éducateur pour les prendre en charge et pour essayer de les faire un peu s'agiter. »
- « chez la diététicienne pour effectivement qu'on n'ait pas du grand n'importe quoi au niveau alimentaire »
- « on a monté ce truc d'éducation thérapeutique pour les diabétiques dont je vous parlais, qui devrait permettre quand même de leur faire comprendre les choses plus facilement que ce que nous on peut leur dire. Tout ce qu'on a pu rajouter, diet etc ... donc je pense que ça peut les aider par cette fameuse prise en charge globale. »

d. Vers des centres spécialisés du patient diabétique

Quelques médecins mentionnent l'intérêt de centres dédiés à la prise en charge globale et pluriprofessionnelle de ces patients chroniques sous forme de « stages », des sortes de cures de prise en charge intensive d'ETP par des professionnels adaptés couvrant tous les aspects préventifs concernés.

- M2 « il y a tous les centres pour les gens qui sont diabétiques, obèses, qui sont à risque où ils peuvent aller faire des cures et où on leur enseigne, on les prend en charge de façon multidisciplinaire sur des périodes, des stages où on leur apprend les éléments de base de la nutrition (les nutritionnistes aussi dans le suivi des diabétiques), les remettre à l'activité sportive... Tout ça c'est des bons éléments. »
- M3 « Moi je rêverais qu'on ait des éducateurs d'activité physique qui suivent les diabétiques, ça ce serait mon kiff (...) ce serait génial qu'on arrive à mettre un pôle sportif pour Font Romeu, Bolquère ou pour toute la Cerdagne avec des activités physiques adaptées pour tous les patients quelle que soit leur condition physique pour les aider soit à perdre du poids, soit à réguler leur diabète, soit à réguler leur tension ... c'est ça moi qui me manque : un pôle d'éducateurs en activité physique qui nous accompagnent là-dedans »

e. Les endocrinologues en dernier recours

En ce qui concerne le recours à l'endocrinologue, presque tous les généralistes interviewés s'accordent à dire qu'ils s'y adressent en dernier recours, notamment concernant des problématiques de thérapeutique insulinaire, ou de déséquilibre du diabète résistant, ou lorsque malgré tous ses efforts le généraliste ne s'en sort plus tout seul. Il en ressort que c'est un spécialiste considéré de 2^{ème} ligne pour les généralistes dans la prise en charge du dépistage et du suivi des complications chroniques diabétiques.

- M1 « s'il y a une adaptation, un passage à l'insuline, je vais quand même prendre un conseil endoc en général. »

- M3 « Les avis endoc, pour le moment mes diabétiques sont plutôt bien équilibrés, je n'ai pas encore eu besoin de passer à l'insuline en SC, donc pour le moment je n'ai pas eu besoin d'avis endoc. »
- M4 « l'endocrino c'est plus en deuxième ligne, je vais plutôt essayer de le gérer au début, et puis si je vois que j'ai un diabète déséquilibré, je ne suis pas très au point sur les nouveaux traitements honnêtement, et du coup je vais avoir tendance à vite orienter vers l'endoc pour réajuster le traitement de deuxième ligne quoi »
- M5 « Moi j'envoie aux endocrinos quand le diabète échappe, qu'on n'arrive pas à s'en sortir »
« quand ça dérape j'envoie chez l'endocrino. Si je ne m'en sors pas, je ne laisse pas dérailler les HbA1c à 10%. »
- M8 « au niveau thérapeutique des fois ça vaut le coup justement de tout mettre à plat, c'est pour ça que là je suis très aidée par le service d'endocrino »
- M9 « Je n'envoie pas les diabétiques de type 2 au spécialiste, sauf résistance, problème de traitement, complications »
- M10 « On n'a pas beaucoup d'endocrino dispo (...) c'est quand c'est problématique qu'on envoie. »
- M12 « Je garde l'endocrino quand je suis embêté, voilà quand j'ai un gros problème... »

2. Le parcours de soins

a. Les failles

i. La pénurie médicale

La baisse de la densité médicale depuis plusieurs années en France est largement décriée par les médecins interviewés, et constitue, selon eux, un frein majeur dans le parcours de soin du patient.

Ils dénoncent notamment la saturation de l'accès aux spécialistes de première ligne dans le suivi des complications diabétiques, à savoir les cardiologues mais surtout les ophtalmologues avec des délais de consultation parfois aberrants.

- M5 « ici les rendez-vous, vu les délais, tous les deux ans c'est déjà pas mal »
« Les délais pour un cardio c'est plus d'1 an sur Argeles, et ophtalmo c'est plus d'1 an aussi, donc avoir un suivi tous les ans c'est impossible »
« l'endocrino il n'est aussi pas très facilement accessible. S'il y avait des rendez-vous rapidement, j'enverrai tout le monde chez l'endocrino, je ne m'embêterai pas, mais du coup on est obligé de le faire »
- M6 « L'accès aux spécialistes n'est pas facile »
« on a peut-être des spécialistes qui voient des gens et qui leur disent tous les six mois « tout va bien », et ça représente une grosse partie de leur emploi du temps où la réponse est « tout va bien, à dans 6 mois, au revoir monsieur ». Donc est-ce qu'on devrait le faire à tout le monde ou sélectionner pour que ce soit peut-être moins saturé sur les spécialistes. »
- M7 « La théorie après de la consultation ophtalmo par an c'est quand même compliqué, les ophtalmos sont un peu débordés, dentaire c'est pareil je ne suis pas sûr que les dentistes soient en capacité de recevoir ...Voilà, la fréquence de surveillance est des fois un peu difficiles à respecter avec les spécialistes qui sont débordés quoi. »
- M9 « l'accès à l'ophtalmo qui ne s'arrange pas... en principe par contre, quand ils ont un patient diabétique connu ils le gardent et ils veulent bien le revoir, c'est les nouveaux (rires). »
- M11 « la plupart du temps s'ils n'ont pas un ophtalmo avant pour un autre problème, on n'arrive pas à avoir de rendez-vous. »

En plus de la baisse du nombre de médecins, le discours de certains médecins rend compte des contrastes de densité médicale qui existent, et qui s'appliquent également au sein même du département des Pyrénées-Orientales. Ainsi selon la localisation géographique d'exercice, certains généralistes sont gênés ou non par ce déficit médical pour le recours au spécialiste.

- M2 (exerçant à la montagne) « le professeur Espel donc qui est sur le plateau en tant que diabéto, et auquel on peut confier les patients facilement. Quand il partira (parce qu'il a déjà passé l'âge de la retraite) il n'y aura pas de successeur. »
- M11 (exerçant seule en zone rurale) « nous ici il y a beaucoup d'ophtalmo qui sont partis à la retraite sans être remplacés donc c'est compliqué, je ne peux pas envoyer tous les patients à l'hôpital ou en diabéto à Cabestany, même si ça serait bien parce qu'on a

quand même beaucoup de personnes très âgées diabétiques, qui n'ont pas envie de se déplacer »

« l'éloignement géographique, parce que quand on leur dit il faut descendre à Perpignan, c'est « oh c'est loin ». C'est que 20 km mais ça peut être loin effectivement.

- M8 (exerçant en zone limitrophe de Perpignan) « Pour ce type de pathologie, je ne me sens pas isolé ni démuné. On a quand même un bon service d'endocrinologie, on a quand même des endocrinologues. On a accès facilement aux cardiologues, angiologues, même ophtalmo »
- M12 (exerçant dans une MSP en zone rurale) « C'est le problème de la distance géographique (...) 2 cardios qui interviennent sur la MSP, donc ils ont ECG, échographe etc... donc ça leur permet de faire une consultation cardio complète. Et bien depuis qu'on a ça, c'est à dire depuis le début de la création de la MSP, on a un taux de diabétiques qui ont consulté le cardiologue de façon régulière qui est énorme. »

Enfin, il existe également une pénurie de médecins généralistes, qui défavorise la prise en charge des patients diabétiques et donc un parcours de soin optimal.

- M5 « Il faudrait qu'il y ait plus de généralistes pour avoir plus de temps »
- M9 « Trouver un remplaçant bientôt, des associés pour qu'on ait le temps de passer plus de temps avec les patients »
« plus on veut me voir moins je vois les gens puisqu'il faut que je raccourcisse le temps de consultation pour voir tout le monde, donc ça n'arrange pas la qualité des soins. »

ii. L'absence de comptes-rendus

Quelques médecins déplorent l'absence de comptes-rendus de certains spécialistes médicaux ou autres professionnels paramédicaux concernant les patients diabétiques. Pourtant, cet oubli qu'il soit volontaire ou non semble aller à l'encontre de l'échange entre professionnels pourtant primordial pour le suivi des complications, et dessert finalement la santé du patient.

- M1 « Le cardio de la même manière qu'ils nous aident actuellement, le néphro de la même manière, les endoc en faisant quelques petites formations de rappels, les podos ça serait bien qu'on puisse avoir une relation un peu plus suivie avec eux parce qu'en

général tu as un podologue ou un pédicure qui passe et tu n'as absolument pas de nouvelles d'eux sur l'évolution, sur ce qu'ils font et comment ils le font, sur les cors ou ce genre de choses, qu'est-ce qui est à surveiller, est-ce qu'il y a des choses plus particulières à surveiller.»

- M5 « Quand on reçoit les comptes rendus des spécialistes hein »
- M6 « il y a des diététiciens qui sont consultés mais il y a tellement de visions différentes... c'est compliqué. Des fois on a des diététiciens avec qui on travaille qui disparaissent, ils ne sont plus là... »
- M7 « quand on a le retour des consults... »
- M11 « le fond d'œil c'est très compliqué surtout qu'en plus (ah autre chose !!) les ophtalmos envoient très rarement des comptes rendus »

b. Les sources d'amélioration

i. Un dossier diabète partagé

La centralisation et le partage des données paraissent essentiels pour l'amélioration du parcours de soin du patient, sous forme d'un dossier patient unique du diabète, pourquoi pas par le biais du dossier médical partagé. Ce dossier serait accessible par le patient lui-même, ainsi que par tous les professionnels intervenant dans la prise en charge et permettrait de rassembler, synthétiser et mémoriser les éléments de suivi du patient diabétique.

- M4 « Soit par l'intermédiaire du dossier médical partagé, qu'on arrive vraiment à centraliser tous les rendez-vous »
- M12 « Il faut qu'on soit là pour faire la synthèse des choses vis-à-vis des autres professionnels de santé, mais il faut travailler avec eux. »

ii. Une meilleure prise en charge financière pour les paramédicaux

Un certain nombre de médecins déplorent un défaut d'exonération financière au titre de l'ALD pour les prises en charge préventives, curatives et de dépistage des complications chroniques diabétiques. En effet, les soins podologiques par exemple sont exonérés au seul titre d'une ordonnance médicale attestant d'un grade podologique supérieur ou égal à 2. Les soins de

diététique, nutrition, ou d'activités physiques n'ont pas de prise en charge spécifique à 100%, et de ce fait les patients diabétiques ne réalisent pas ces soins à leur propre charge bien souvent. Ainsi, certains généralistes expliquent avoir trouvé des astuces pour pallier à cette problématique : ils n'hésitent pas à tromper la gradation podologique sur ordonnance, à prescrire du sport sur ordonnance, à solliciter des systèmes d'aide financière au sein des structures de santé...

- M5 « Pour l'instant il n'y a pas trop de contrôle à la sécu je mets souvent "pied grade 2" dès le début en fait, et ils vont voir le podologue qui fait les soins après. »
- M6 « Alors évidemment, diététique sous-entend pour le diabétique « gratuit » en même temps, donc là c'est autre chose... »
« Il y avait des régions qui ont peut-être aussi des activités physiques organisés pour les pathologies et qui sont pris en charge par la caisse. Bon je crois que chez nous ça n'existe pas, tout dépend des régions et des moyens. »
- M10 « Le manque de prise en charge des diététiciennes, ça manque. C'est à leur frais, et ça dès que c'est à leurs frais c'est compliqué ... »
- M12 « ça c'est rémunéré si le patient n'est pas gradé 2 ou 3, il n'est pas gradé mais il aura quand même ces examens là au moins une fois par an gratuitement. »
« consultations gratuites chez la diététicienne payées par la maison de santé pour effectivement qu'on n'ait pas du grand n'importe quoi au niveau alimentaire »
« on leur fait bouger sur ordonnance »

iii. Les avantages des structures pluriprofessionnelles

Enfin dans cette perspective d'amélioration du parcours de soin, des médecins détaillent les avantages du développement des établissements de soins pluriprofessionnels

Ainsi le M7 rappelle qu'au sein de la MSP où il travaille, il peut bénéficier d'un infirmier IPA : « on est dans une MSP et on va peut-être avoir un infirmier IPA ».

Le M11 détaille l'intervention du dispositif DIABSAT qui a été possible car il travaille au sein d'une MSP, et qu'il a été contacté par ce moyen : « Le camion c'était vraiment bien quand même ! Il s'était garé là, et il avait fait donc les vaisseaux sanguins avec les IPS, le fond d'œil, le test au monofilament, l'ECG, l'examen clinique normal... la totale quoi ! J'avais sélectionné

tous mes patients qui pouvaient être intéressés, et on leur a rempli une journée comme ça de dépistage des complications du diabète. Ça c'était top, c'est vraiment bien, pour le manque de spécialistes et ça évite en plus le déplacement. C'était super et les retours que j'ai eus ils sont tous très contents, j'ai eu des comptes-rendus épais comme ça de tous les examens qui avait été fait, donc c'était vraiment bien. Il y avait un médecin, et sûrement une infirmière... ».

Enfin, le M12 explique que grâce au statut de maison de santé pluriprofessionnelle : « on est actuellement sur la maison de santé en train d'élaborer un protocole pour la prise en charge des diabétiques et notamment des séances d'éducation thérapeutique, on leur fait bouger sur ordonnance donc c'est à dire une activité physique faite par un éducateur pour les prendre en charge et pour essayer de les faire un peu s'agiter. On fait dans l'année 3 consultations gratuites chez la diététicienne payées par la maison de santé pour effectivement qu'on n'ait pas du grand n'importe quoi au niveau alimentaire (c'est à St Paul dans le cadre de la MSP et des ACI qu'on touche pour pouvoir le faire) (...) ça c'est rémunéré si le patient n'est pas gradé 2 ou 3, il n'est pas gradé mais il aura quand même ces examens là au moins une fois par an gratuitement. Mais ça c'est du spécifique St Paul »

« facilité avec laquelle on peut avoir des rendez-vous si on a une MSP »

« on ne souffre pas trop parce qu'on s'est équipés ! (...) on fait du racolage de spécialités (...) ça s'est amélioré parce qu'effectivement on a pu se doter de professionnels de santé qui ont bien voulu jouer le jeu et qui viennent sur St Paul, ça aide beaucoup. »

« ça s'est dégradé avec la diminution de la population médicale, et là du fait de la construction des MSP et de la venue de ces spécialistes, on a quand même largement amélioré les choses ! D'où l'intérêt de développer cette entreprise médicale libérale au sein des maisons de santé avec le premier recours, le deuxième recours, pas de barrière et on se sert de tout le monde. »

« quand j'ai vu l'exercice coordonné sur les maisons de santé, je me suis dit « ça c'est ce qu'il faut faire, c'est comme ça qu'il faut prendre en charge les gens » (...) il faut avoir des sentinelles qui les surveillent »

DISCUSSION

I. Forces et limites de cette étude

Le choix d'une étude qualitative

La question de recherche de cette étude étant axée sur l'exploration de l'expérience des médecins généralistes, en l'occurrence les difficultés qu'ils rencontrent dans le dépistage et le suivi des complications chroniques du DT2, il nous a paru évident de réaliser une analyse qualitative afin de recueillir leurs ressentis subjectifs.

En effet, cette étude s'intéresse à la profession du médecin généraliste, son habitus, son vécu (constitué de son expérience professionnelle et de ses émotions) et son ressenti. Elle recherche les mécanismes cognitifs, les représentations et les concepts qui orientent sa pratique et qui lui permettent de prendre des décisions, et s'oppose en ce sens à la mesure d'une variable ou d'une hypothèse et les calculs mathématiques de la recherche quantitative.

A travers l'analyse qualitative des entretiens réalisés, nous avons tenté de faire émerger des déterminants grâce à une expression libre et spontanée, plutôt que de les choisir a priori, ce qui nous a permis d'éviter les réponses stéréotypées, parfois suscitées, par les questionnaires standardisés des études quantitatives.

Par ailleurs, comme nous l'avons vu précédemment, le diabète est lié à l'évolution des modes de vie, ainsi qu'à des facteurs environnementaux et économiques, l'étude de sa prise en charge fait appel à des sciences humaines, sociales et biologiques qui dépassent largement le domaine de la médecine. L'approche qualitative fait appel aux sciences humaines, ce qui nous a donc paru pertinent dans ce champ d'étude. (28)

Le point de vue des généralistes sur cette problématique n'a pas fait l'objet d'une thèse qualitative auparavant à notre connaissance, nous ne pouvions donc nous reposer sur aucune hypothèse vérifiée, et la réalisation de cette thèse était novatrice en ce sens.

Le manque d'expérience et de formation du chercheur dans ce domaine est un des principaux biais de l'étude. En effet, l'enquêteur était médecin en formation et il s'agissait de

sa première recherche qualitative, pour laquelle il a dû se former à travers une documentation spécialisée et avec les conseils avisés de ses aînés qui l'ont guidé tout au long de ce travail.

Dans ce type d'analyse qualitative, il n'y a pas d'objectif de représentativité de la population, ni d'extrapolation des résultats à la population générale. Le but étant simplement de comprendre des représentations, des concepts, des croyances orientant des pratiques médicales. Il s'agit d'une démarche purement compréhensive et non explicative.

Les critères de la grille COREQ, référence utilisée tout au long de l'étude pour la cohérence méthodologique, sont reconnus pour la validité interne d'une étude qualitative. **(26)**

L'échantillon

Dans une étude qualitative, l'échantillonnage n'est pas strictement représentatif de la population générale. Il répond tout de même à une exigence de diversification caractéristique de la population étudiée. La difficulté est donc de contraster les composants, tout en obtenant des unités d'analyse communes suffisantes pour être significatives. **(28)**

Au regard du sujet de la thèse traitant du suivi d'une pathologie chronique, nous avons jugé plus pertinent de ne pas interroger les médecins généralistes n'ayant pas de patientèle médecin traitant (remplaçants ou retraités). En effet, ces derniers n'assurent pas de suivi régulier au long cours avec les patients et ne sont pas déclarés médecin traitant, ils sont donc probablement moins à même d'évoquer les difficultés rencontrées au quotidien sur le long terme sur le suivi d'une pathologie chronique.

Afin d'avoir une population et donc des réponses les plus diversifiées possibles pour augmenter la force de l'étude, il a fallu choisir intentionnellement les membres de l'échantillon. En recherchant la variation et la mixité de la population, on a donc créé un biais de sélection intentionnel.

La diversité de l'échantillon a été obtenue par un recrutement basé sur le lieu d'installation, la catégorie d'âge des médecins interrogés, et la parité. Les formations supplémentaires et l'attrait pour le diabète étaient des caractéristiques personnelles de l'individu interrogé qui n'étaient pas connues par l'investigateur. Ces caractéristiques, très variables d'un médecin à l'autre, ont renforcé le critère de variation inter individuelle. Cela a renforcé spontanément le caractère d'échantillon à variation maximale et donc potentiellement augmenté la diversité des déterminants explorés.

Certains médecins contactés n'ont pas voulu participer aux entretiens. Le recrutement a donc été réalisé sur la base du volontariat, avec des refus probablement en rapport avec des médecins peu intéressés par le sujet du diabète, qui auraient pu apporter d'autres déterminants aux freins au dépistage des complications diabétiques.

De plus, le recrutement des premiers médecins s'est fait sur la base de nos connaissances puisque les quatre premiers médecins interviewés étaient des collègues du lieu de stage ou des MSP voisines avec qui nous avons déjà échangé.

Tous ces aspects font ressortir un autre biais de sélection.

Lors d'une étude qualitative, la taille de l'échantillon est généralement plus réduite que pour une étude quantitative, dans la mesure où les informations recueillies sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Ainsi une seule information donnée par un entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires de recherche quantitative.

Le nombre d'enquêtés n'est pas défini avant l'étude, il répond à ce que l'on appelle le seuil de saturation qui a été recherché. Celui-ci est atteint lorsque les informations recueillies au fur et à mesure des entretiens apparaissent redondantes et ne semblent plus apporter d'éléments nouveaux. Une fois cette saturation atteinte, on obtient une analyse suffisante pour être significative, qui permet une généralisation fiable. **(28)**

Lors du 12^{ème} et 13^{ème} entretien, il a été constaté une redondance et une cohérence de thèmes déjà abordés, et ces 2 entretiens ont permis de statuer sur l'atteinte du point de saturation des données. Ainsi, nous n'avons pas eu besoin de relancer les autres médecins contactés au préalable pour obtenir plus d'entretiens.

Le recueil des données

Le guide d'entretien a été utilisé comme méthode de recueil des données et a été rédigé après une revue de la littérature approfondie afin de couvrir l'ensemble des champs de la problématique. On ne peut pas écarter un biais de recueil induit par les questions et reformulations lors de l'entretien, qui sont inconsciemment influencées par nos aprioris de l'investigateur.

L'ordre des questions du guide d'entretien n'a pas toujours été respecté. En effet, afin de favoriser un discours fluide dénué de préjugés, et de préserver un enchaînement cohérent, ce désordre était volontaire. L'enquêté abordait d'ailleurs souvent les thématiques de façon spontanée, et l'analyse permettait par la suite de les hiérarchiser.

Nous avons favorisé des questions larges et ouvertes favorisant des résultats riches en informations reliés à notre sujet de recherche. Le principal risque était alors le « hors sujet », puisque le ressenti étant une notion totalement subjective, les propos de l'enquêté étaient parfois difficiles à canaliser, et il fallait recentrer l'entretien sur la problématique concernée. Malgré ces écarts nous avons pu récolter les réponses à nos questions, et ces passages n'ont ainsi pas porté préjudice à l'étude.

L'entretien individuel a permis de recueillir la pensée réelle des médecins généralistes sans influence extérieure, grâce au climat de confiance instauré qui a facilité l'expression de l'enquêté. Cette méthode permet de ne pas subir d'influence extérieure comme cela peut être le cas lors des entretiens de groupe (focus group).

« Les entretiens semi-structurés sont conduits suivant une structure souple consistant en des questions ouvertes qui définissent le champ d'exploration, au moins au début, et à partir desquelles l'interviewer et interviewé peuvent s'écarter afin de poursuivre une idée plus en détail ». (29)

L'entretien semi-directif a ainsi permis de guider les médecins sur des thématiques précises qui répondaient aux objectifs de la thèse, tout en leur laissant la possibilité d'exprimer leurs propres idées.

Le discours spontané a pu être favorisé par une attitude neutre et empathique, et par le fait d'éviter les questions orientées et fermées.

On ne peut pas exclure la présence d'un biais d'intervention, pourtant minimisé par les techniques d'interviews utilisées telles que la relance et la reformulation.

En effet lors de la retranscription des verbatims, certaines erreurs sont apparues et ont pu interférer avec les réponses obtenues, notamment l'oubli d'une question survenu lors d'un changement d'ordre des questions pour un entretien, ou la présence d'une question fermée afin d'orienter l'enquête vers une réponse espérée pour deux entretiens.

Pour éviter la répétition de ces erreurs et améliorer la qualité des entretiens, l'écoute et la retranscription de chaque entretien avait lieu avant le suivant. Le manque d'expérience de l'investigateur apparaît là encore comme la principale critique de notre étude pour cet exercice d'interview qui requiert une technique particulière, mais cette dernière a pu être améliorée au cours des entretiens afin de rester le plus objectif et neutre possible.

Probablement qu'un investigateur plus expérimenté en technique d'entretien dans ce type de recherche aurait pu recueillir des données plus complètes.

Enfin, les entretiens ont été conduits par un investigateur unique. Ce choix a permis d'obtenir un discours mieux reproductible et une homogénéité lors des entretiens. En revanche, le recours à plusieurs enquêteurs différents aurait pu augmenter la fiabilité et donc la validité interne de l'étude, malgré la diversité de la population interrogée.

Pour tous les médecins interrogés, le lieu d'entretien était le lieu de travail, souvent au cours d'une journée de consultation, ou parfois en fin de journée. La collecte d'informations a pu être gênée parfois par un manque de temps, la fatigue de l'interviewé ou des interruptions téléphoniques. Par ailleurs, beaucoup d'entretiens ont été retardés en raison d'une surcharge de travail de certains médecins due au Covid-19, et des congés estivaux pour d'autres. Tous ces éléments participent à créer une limite dans les données recueillies.

L'anonymat des verbatims et des résultats, ainsi que l'intérêt pour notre étude de révéler les aspects positifs comme les aspects négatifs des difficultés liés à la prise en charge du diabète sans aucune notion de mauvaise réponse, nous ont permis d'éviter au maximum un biais de désirabilité et de conformité sociale. Le risque est d'obtenir des réponses considérées attendues ou « bonnes », et peut apparaître du fait de l'enregistrement des médecins.

La retranscription du verbatim mot-à-mot a été réalisée par l'investigateur lui-même présent lors des entretiens, ce qui a pu induire un biais d'interprétation puisque seule son interprétation entre en compte dans le recueil des données et l'analyse des résultats.

Cependant, ce choix a permis de diminuer le risque d'un biais de mesure. L'investigateur a pu relever lors des entretiens la communication non verbale qui apportait un bénéfice lors de la retranscription : les ambiances, les réactions tels que rires ou interruptions.

Enfin, il n'a pas été proposé aux médecins de relire leur retranscription par peur de rajouter une charge supplémentaire au temps qu'ils avaient déjà dégagé pour participer à cette étude par un entretien. Ce choix a probablement diminué la crédibilité des résultats, en éliminant toute chance de vérification du sens de leur propos.

L'analyse thématique

Grâce à une taille raisonnable de notre échantillon, nous avons pu réaliser une analyse en deux temps : séquentielle pour dégager les thématiques importantes dans chaque entretien, puis continue pour classer et hiérarchiser ces thématiques récurrentes sur l'ensemble des entretiens.

L'analyse thématique a pour but d'extraire le sens propre que l'interviewé souhaite exprimer, en évitant tout à priori ou interprétation.

L'investigateur a lui-même effectué le découpage thématique sur format papier des entretiens imprimés. Ce travail propre et individuel a permis de retenir le sens réel des propos évoqués par l'interviewé lors de son discours. Les logiciels d'analyse existant ne permettent pas ce type d'exercice puisqu'ils se basent sur la fréquence des thématiques sans interprétation. Les arbres thématiques conçus permettent une synthèse visuelle des résultats de l'étude ce qui facilite leur lisibilité.

Le biais d'interprétation est inhérent à toute analyse de résultats dans la recherche médicale.

Afin de minimiser ce biais et ainsi renforcer la validité de l'analyse, une triangulation des données a été réalisée par une tierce personne par un travail similaire de thématisation des entretiens et de comparaison avec l'investigateur des résultats obtenus. Cette méthode permet de confronter son interprétation avec celle d'un chercheur tiers, et peut faire apparaître une part de suppositions que génère le déchiffrement de ces échanges.

Par contre, la validité interne a pu être diminuée par le fait que les médecins interviewés n'ont pas relu leur retranscription verbatim. Ce choix avait été fait pour éviter d'imposer une perte de temps supplémentaire dans le quotidien des médecins.

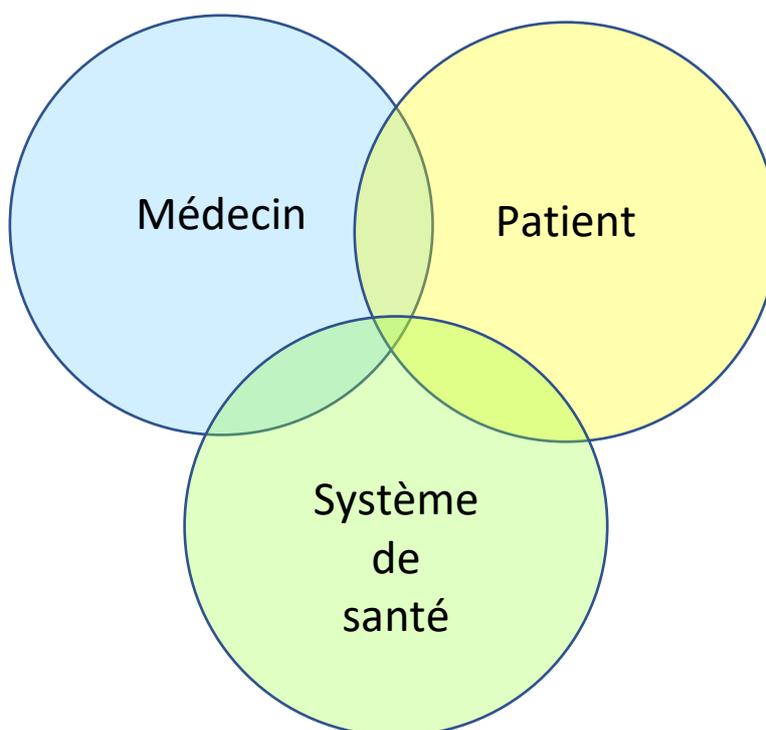
II. Discussion des résultats et perspectives d'ouverture

Dans cette étude, nous avons pu explorer la réflexion de médecins généralistes installés dans les Pyrénées-Orientales concernant les freins qu'ils rencontrent quotidiennement dans l'exercice du dépistage et du suivi des complications chroniques du diabète de type 2.

Nous allons dans cette partie mettre en évidence les liens entre les retours d'expérience et les attentes des médecins généralistes, et ce qui a déjà été décrit dans la littérature.

Globalement, trois principaux déterminants se sont distingués dans la prise en charge du patient diabétique, et sont soumis à des freins différents qui participent au défaut de suivi optimal du patient diabétique : il s'agit du médecin traitant, du patient et du système de santé en général.

Figure 6 : Représentation des déterminants intervenant dans la prise en charge du patient diabétique



Le profil du médecin

La consultation de dépistage et de suivi des complications chroniques du DT2 ne semble pas présenter de difficulté majeure pour les médecins interviewés, tant dans la réalisation au cabinet de médecine générale qu'en ce qui concerne les connaissances médicales.

L'étude ENTRED 2007 concluait également que les progrès restant à accomplir ne passaient plus uniquement par une meilleure formation ou information des professionnels, considérées comme acquises. **(16)**

Le suivi de cette pathologie chronique apparaît facile aux médecins, sa répétition leur a donné l'habitude d'être rigoureux et systématique pour réaliser ce dépistage.

Cependant, ils n'évoquent en général pas de plaisir ou motivation à travailler sur ce sujet avec les patients diabétiques. Ils semblent s'accommoder de ce suivi nécessaire, mais cette consultation n'est ni attendue ni particulièrement appréciée.

Une étude réalisée en 2016 sur l'évaluation d'un programme de dépistage des CC par le réseau Occitanie (DIABSAT) avait montré que son impact était faible sur la réévaluation des connaissances et des recommandations, et soulignait un réel désintérêt pour les complications podologiques et néphrologiques. Aussi, plus de 60% des médecins interrogés avaient découvert une complication grâce à ce programme. **(24)**

Dans notre étude, les médecins généralistes estiment dans l'ensemble qu'ils sont au clair des recommandations de pratique clinique, bien que des rappels occasionnels soient les bienvenus au moyen de formation collective ou personnelle, dans l'exercice de cette spécialité médicale diversifiée et globale. Comme le précisait le M8 interrogé dans notre étude : « Moi je crois qu'on ne peut pas vivre sur des acquis ou des trucs qu'on a appris une fois dans sa vie ».

On retrouve toutefois le concept de diversité inter générationnelle dans la prise en charge, avec un contraste entre une jeune génération, bien au fait des recommandations officielles et soucieuse de les suivre, et une génération de médecins plus anciens moins sensibilisés au respect strict de ce suivi.

La formation reçue lors des études d'externat puis d'internat semble d'ailleurs jouer un rôle par la sensibilisation acquise lors des stages à l'existence et la gravité des complications chroniques diabétiques. Elle permet une prise de conscience indéniable à propos de

l'importance de la prévention et de la surveillance rigoureuse en ambulatoire, afin d'éviter ou de retarder l'apparition de ces complications.

Les médecins reconnaissent que cette formation s'est étoffée au cours des années, avec plus de formations théoriques ou pratiques à la faculté, et l'apparition des premières recommandations pour la pratique clinique sur le dépistage des complications chroniques diabétiques en 1999 établies par l'ANAES. **(30)**

Dans une étude qui s'est intéressée aux raisons de la non réalisation des RPC par les médecins généralistes, ces derniers étaient théoriquement d'accord sur leur justification, mais l'étude a mis en évidence que certaines de leurs caractéristiques peuvent jouer un rôle freinant, notamment le fait d'être plus âgé, plus rural, ou moins inséré dans le tissu professionnel. **(21)**

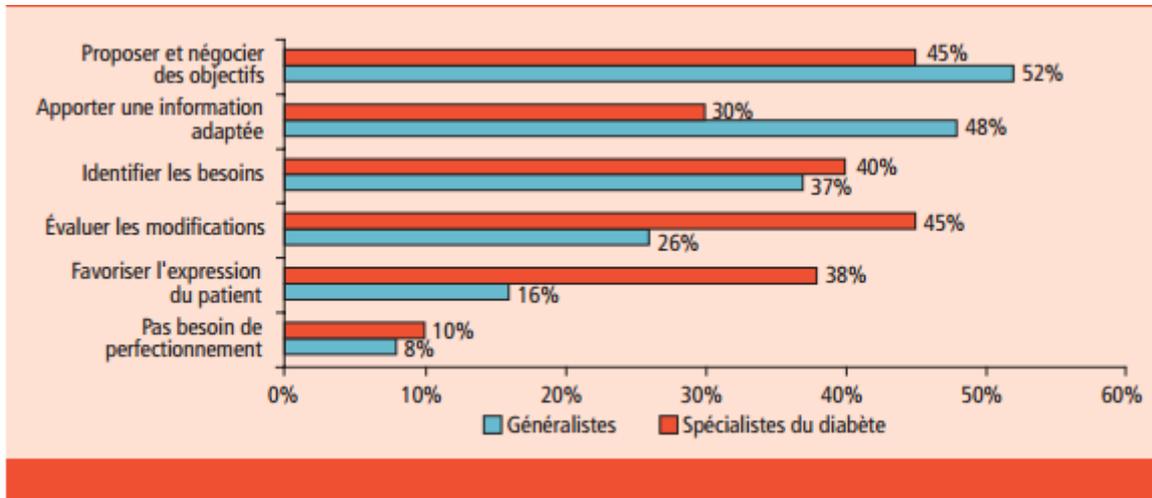
En revanche, dans notre étude les médecins rapportent manquer cruellement de formation et d'outils concernant l'éducation thérapeutique patient, et ce sentiment est d'ailleurs retrouvé dans d'autres études. **(21) (22) (31) (32)**

Ce n'est qu'en 2007, que l'enseignement de l'éducation thérapeutique dans les études médicales et la formation médicale continue est rendue obligatoire grâce au Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. **(33)**

Ainsi, la formation initiale en ETP des médecins actuellement en exercice était inexistante à l'heure où ils étaient sur les bancs de la faculté. **(32)**

Dans notre étude, cette carence s'exprime notamment vis-à-vis de l'aspect relationnel des attitudes à adopter avec le patient, mais aussi en ce qui concerne divers conseils nutritionnels, d'activité physique, de soutien psychosocial, et tous les autres domaines qui vont agir en amont pour minimiser les risques d'échecs et de complications.

Figure 7 : Les savoir-faire dans lesquels les médecins souhaiteraient se perfectionner concernant la prise en charge du diabète, ENTRED 2007



Les médecins interviewés distinguent deux rôles primordiaux qui leur incombent dans la prise en charge du suivi diabétique :

- un rôle de coordination, qui vise à la manière d'un chef d'orchestre à organiser et coordonner les soins entre tous les professionnels intervenant dans la prise en charge.
- un rôle de prévention, qui vise à éduquer le patient à sa maladie.

Ces notions de rôle central et de coordination dans les démarches notamment éducatives de la maladie chronique diabétique sont d'ailleurs revendiquées par les médecins généralistes dans l'étude ENTRED 2007. (22)

Mais cette place de professionnel de premier recours prend énormément de temps, ce qui peut nuire au suivi et évoque chez les médecins la nécessité d'une assistance dans ce rôle de prévention et de coordination que nous détaillerons plus tard.

Le médecin généraliste semble décider du niveau d'implication qu'il souhaite dédier à l'ETP de son patient diabétique, selon ses compétences, sa formation et son intérêt. Il peut aller au-delà de la pratique habituelle et organiser des séances spécialisées d'ETP, ou il peut simplement adresser ses patients dans des structures adaptées, tout en restant le coordonnateur principal des soins. (24)

Le profil du patient

Les caractéristiques propres du patient, ainsi que son implication dans la prise en charge de sa maladie jouent un rôle considérable dans le suivi des complications chroniques diabétiques selon les médecins de notre étude.

ENTRED 2007 montrait aussi que la principale difficulté évoquée par les MG était l'adhésion des patients aux recommandations hygiéno-diététiques. **(16) (22)**

La variation du suivi dépend en effet d'une série de caractéristiques propres aux patients dont le généraliste n'a pas la maîtrise. Il ne peut aller au-delà de la volonté d'un patient, de ses habitudes, de son milieu qui sont variables d'un individu à l'autre : l'âge, l'environnement socioculturel, mais aussi le vécu de la maladie et les antécédents du patient modulent bien souvent toutes ses réactions et prises de décisions.

L'âge ou un diabète plus ancien sont d'ailleurs retrouvés dans ENTRED 2007 comme déterminants également. **(21)**

Cette variation semble dépendre aussi de la place et du rôle que les patients décident de tenir dans la prise en charge de leur diabète. Les médecins évoquent souvent dans la pathologie diabétique un profil caricatural de patient qui est décrit comme sédentaire, passif, avec une hygiène de vie déplorable. L'image qui s'en dégage est celle d'un patient négligeant et non observant quant au calendrier et examens de suivi que le médecin lui propose. S'il donne des conseils, il n'a pas les moyens de garantir qu'ils seront respectés et, de fait, il constate qu'ils ne le sont pas toujours.

Dans la littérature comme dans notre étude, on retrouve que c'est sur le régime diététique et l'activité physique que l'observance pose vraiment problème, et c'est sur ces points précis que les médecins sont en manque de solutions à apporter. La responsabilisation du patient semble alors essentielle. **(21)**

Comme pour beaucoup d'autres maladies chroniques, les médecins rapportent un déni vis-à-vis de la maladie, avec des patients qui ont l'impression de ne plus être malades puisqu'ils prennent un traitement qui stabilise leur pathologie.

Le suivi par les analyses et les examens est important, mais il est assuré de façon variable notamment pour ce qui est du respect du calendrier. S'il est censé donner des indications sur l'évolution de la maladie, et aider à trouver le traitement adapté, il n'a pas d'incidence sur la nécessité de poursuivre les règles hygiéno-diététiques en parallèle. **(21)**

Dans une thèse réalisée en 2013 qui évaluait les freins à la réalisation de l'HbA1c, on retrouve des obstacles similaires à savoir l'oubli, le refus ou le déni des patients, la présence d'une autre maladie ou l'incompréhension de tester l'HbA1c. **(23)**

Ces freins sont des facteurs de risque d'aboutir à une inertie thérapeutique, entre le patient et son médecin. **(34)**

Les médecins militent dans notre étude pour une autonomisation du patient. Il serait le principal acteur de sa santé, ce qui le rendrait plus réceptif aux conseils de son médecin notamment concernant son suivi, et le partenariat médecin-patient serait renforcé.

En effet, l'alliance thérapeutique **(24)** est primordiale dans la « médecine chronique », et elle repose sur une relation médecin-malade selon un modèle « bio-psycho-social ». C'est une relation participative dans laquelle le patient joue un rôle important : il est actif, doit être informé, impliqué et investi dans sa santé.

Les résultats d'ENTRED 2007 confortent cette idée puisque les patients se disent informés mais toujours en demande d'information, surtout sur des thématiques de vie quotidienne. **(22)**

De plus, les dernières recommandations de la Société Francophone du Diabète réactualisées fin 2019 prônent une approche individualisée, centrée sur le patient, intégrant la notion de décision médicale partagée. Il s'agit de favoriser l'échange d'informations entre le médecin et son patient en vue d'une décision thérapeutique commune. **(35)**

Mais ce schéma idéal en théorie de patient expert **(24)** semble difficilement réalisable en pratique selon les médecins dans notre étude. Cela impliquerait de grands changements et prises de conscience dans la vie des patients, et s'adresserait probablement aux patients les plus dégourdis et les plus affranchis.

D'une prise en charge trop standardisée vers une relation personnalisée

La relation médicale n'est pas la même pour tout le monde, et comme nous l'avons vu plus haut elle dépend notamment des caractéristiques propres au médecin et au patient. Ainsi il paraît difficile de réaliser une consultation standard et stéréotypée, avec les mêmes attentes et démarches pour tous les patients, telle la prise en charge d'une entité unique que serait le diabète.

Les médecins soulignent les inconvénients des RPC générales du patient diabétique mais aussi des outils d'aide standardisés existants, pouvant conduire à une consultation superficielle avec les patients. Pourtant, ces derniers sont attachés et sensibles à une prise en charge et des objectifs adaptés et modulés en fonction de leur vécu, leurs antécédents, leurs caractéristiques, leur mode de vie et leurs souhaits.

ENTRED 2007 montre que les diabétiques souhaitent bénéficier d'un complément éducatif préférentiellement par entretiens approfondis avec un médecin ou un autre professionnel de santé, plutôt qu'une éducation collective ou qu'un accompagnement téléphonique. Les patients attendent plus souvent une approche individualisée, dans laquelle les médecins interrogés souhaitent s'investir et se perfectionner. (22)

Les médecins voient la prise en charge du patient diabétique comme une combinaison de bonnes décisions et de conseils qui relèvent de leur compétence, mais aussi d'une conduite responsable des patients, ce qui définit la relation médecin malade. Ainsi, le diabète de type 2 est pour eux une maladie chronique dont l'évolution dépend autant de la qualité du suivi médical que du comportement des malades. Ils estiment devoir éduquer les patients et adapter les prescriptions à la demande, et non pas seulement assurer un suivi sur les bases strictes du référentiel. Ainsi, ils adaptent leur pratique selon l'efficacité visible de leurs décisions au cours du temps et selon le patient. (21)

Les recommandations officielles sont en effet très générales, et les médecins se sont demandés si elles ne pouvaient pas être plus adaptées selon les antécédents des patients. Une thèse réalisée sur l'impact d'une prise en charge hospitalière dédiée au diabète notamment

sur le dépistage des complications chroniques, a abordé la possibilité d'un suivi individualisé avec comme marqueur la précarité médico-sociale des patients. En effet, ces patients fragiles sont plus exposés à la survenue de complications, alors que l'étude montre que ce sont également les moins bien suivis pour ces mêmes complications. Cette idée peut être comparée à l'individualisation récente des cibles thérapeutiques de l'HbA1c qui sont plus larges depuis l'application des nouvelles recommandations. **(34)**

Mais il semble difficile d'établir des recommandations personnalisées à chaque individu, et l'on tendrait probablement vers une prise en charge plus subjective qu'objective, d'autant que la mise en place de ces recommandations générales vise initialement à obtenir une baisse des comorbidités et de la mortalité dus au diabète.

Une autre illustration de cette prise en charge standardisée est la plateforme SOPHIA dédiée aux patients.

Cet outil mis en place par la caisse nationale d'assurance maladie en 2008, a été conçu dans une stratégie globale pour une meilleure prise en charge des patients diabétiques. Le programme consiste à renforcer l'implication et la responsabilisation des diabétiques dans la gestion et la maîtrise de leur maladie. **(36)**

En pratique, c'est un service à distance qui propose des envois postaux d'informations pour mieux comprendre le diabète, un suivi téléphonique par des infirmiers-conseillers en santé, et un site de coaching en ligne 24h/24 avec la saisie et le suivi des données de santé, des résultats d'examen et des rappels de rendez-vous médicaux.

Dans notre étude, les médecins connaissent globalement cet outil. Cependant, il semblerait que cette plateforme ne séduise pas les patients, les généralistes ont très peu de retours positifs ou de suite à son sujet. Eventuellement, les patients qui y adhèrent peuvent être une patientèle jeune et connectée, qui aura plus l'habitude de ce type d'outil, mais cela concerne donc en général peu les patients diabétiques de type 2.

D'après la littérature, les sources d'information patient montrent la prééminence du médecin et éventuellement de l'auto-information dans des documents écrits, mais les patients utilisent beaucoup plus rarement Internet, des associations de patients ou une plate-forme téléphonique. **(22)**

Un autre travail de thèse montrait que malgré la bonne image qu'ils avaient de la plateforme, peu de médecins en font la promotion à leur patient, ce qui rejoint les propos de notre étude. (24)

Une enquête de satisfaction SOPHIA réalisée en 2011 retrouvait que la moitié des médecins interrogés en ont globalement une bonne opinion et que 65 % d'entre eux ont conseillé à leurs patients d'adhérer au programme considérant que la décision leur appartient. Cependant, les praticiens concernés s'affirment en majorité peu satisfaits des modalités pratiques du programme. (37)

Malheureusement, nous n'avons pas retrouvé d'étude menée à grande échelle ayant mesuré la connaissance qu'ont les médecins généralistes de SOPHIA en France, ce qui peut participer à desservir cette plateforme numérique.

Ces derniers constats se rapprochent des résultats de notre étude, c'est-à-dire que les médecins identifient chez les patients le sentiment d'être apparentés davantage à des « individus biomédicaux » ou des « diabétiques » répertoriés dans des groupes de malades du diabète qu'à des patients individualisés et distincts.

La ROSP : un système imparfait

Les RPC sur le dépistage des complications chroniques ont peu évolué ces dernières années, et ces dernières sont très rigoureuses, réglementées et codifiées. (5)

De plus les médecins dans notre étude jugent ces différents points de suivi comme nécessaires pour lutter contre l'apparition ou l'aggravation de complications graves chez le patient diabétique.

Ces arguments laissent à penser que, contrairement au suivi parfois complexe et fastidieux de certaines pathologies avec une prise en charge évoluant rapidement et souvent, les généralistes ne peuvent pas incriminer un défaut des recommandations énoncées par les instances. Dans la littérature, d'autres études confirment cette prise de position. (21)

Par contre, les médecins s'interrogent sur l'utilisation de ces recommandations pour la ROSP. Ce système de rémunération ciblé sur le choix de certains critères et pas sur d'autres, questionne les généralistes qui y voient parfois un éventuel gain financier pour la caisse d'assurance maladie.

Pourtant, le choix des ROSP sur diabète s'est porté sur les critères déficitaires identifiés par l'étude ENTRED **(16) (22)**, à savoir des indicateurs concernent le dépistage des complications microangiopathiques : la rétinopathie diabétique, la néphropathie diabétique et la neuropathie diabétique. **(Annexe 3)**

Cependant, il est possible que cette méfiance concerne d'autres critères ROSP que ceux du diabète chez les médecins interrogés. En effet nous avons vu auparavant qu'ils jugeaient ces derniers justes et bénéfiques dans les RPC.

De plus, la méthode de rémunération est décriée par les médecins qui semblent la juger imparfaite, notamment puisqu'elle rémunère seulement le médecin traitant qui prescrit l'examen pour son patient, et seulement si l'examen est réalisé dans un délai imparti. **(Annexe 3)**

D'une manière comparative, une autre étude a montré que les freins à la non-prescription de l'HbA1c cités par les médecins sont liés le plus souvent à la présence d'un autre suivi médical, avec des résultats non communiqués aux médecins généralistes. **(23)**

Par ailleurs, le système propre de rémunération selon l'accomplissement ou non d'objectifs fixés par les instances gêne les médecins qui y voient une sorte de « prime pour un travail bien fait ». De par leur conscience médicale, ils expliquent qu'ils réaliseraient cette surveillance rigoureuse de toute manière.

Certains paraissent considérer que c'est une façon détournée d'augmenter le tarif de la consultation. Pourtant, cette revalorisation de la consultation leur paraîtrait plus honnête, approprié et justifié.

La problématique de l'éducation thérapeutique patient

L'éducation thérapeutique s'appuie sur trois éléments fondamentaux : la personnalisation du traitement, le transfert de compétences et l'aide aux changements de comportement. Au-delà des recommandations, il s'agit d'appliquer à chaque patient un projet de soins avec des objectifs adaptés en fonction de l'évolutivité de sa maladie, de son espérance de vie, de sa réponse aux traitements et surtout de sa susceptibilité à accepter le projet en question. (38)

Dans notre étude, les généralistes manifestent un grand intérêt pour la place que doit avoir l'ETP. En effet, la prise en charge du suivi des CC du DT2 s'attache à informer, collectivement et individuellement, les diabétiques et leur famille de la survenue possible de complications et de l'importance de les éviter, ou de reculer leur apparition. La prévention des complications diabétiques passe par l'alimentation, l'activité physique et la surveillance de l'équilibre glycémique.

Un travail de revue de la littérature retrouve des raisons similaires à celles de notre étude au manque de pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins traitants. Il s'agit de la difficulté d'adhésion du patient, ou d'un problème de formation du MG comme nous l'avons déjà évoqué auparavant. On retrouve également une problématique de temps, de rémunération et d'organisation de la médecine ambulatoire en matière d'ETP que nous allons détailler. (36)

Les médecins ont l'air de s'être adaptés au temps global de la consultation pour le dépistage des CC du DT, même s'ils reconnaissent que ce n'est pas assez pour permettre une prise en charge optimale.

Ainsi, le temps de consultation apparaît suffisant pour le dépistage classique tel que recommandé par la HAS, mais sans inclure l'éducation thérapeutique. Or l'ETP, qui est la base de la prévention à l'apparition des CC diabétiques, prend du temps et n'est pas clairement définie ni caractérisée dans les RPC.

De manière générale, les activités d'éducation sont intégrées et confondues avec les actes médicaux, ce qui implique un manque de formalisation des activités : un diagnostic

éducatif réduit à une anamnèse, une fixation tacite d'objectifs, des activités d'éducation réalisées pendant les soins, ou encore une évaluation des acquis non spécifiques. **(31)**

Cette partie préventive de la prise en charge est pourtant essentielle, mais en ce qui concerne les complications chroniques du DT2, nos sociétés semblent agir préférentiellement dans le curatif plutôt que le préventif.

D'ailleurs, l'étude ENTRED 2007 montre que les personnes bénéficiant des actes recommandés sont essentiellement des personnes plus âgées, en ALD, suivies par des médecins spécialistes, ce qui semble indiquer des actions de prévention plus tertiaires que secondaires, c'est-à-dire réalisées chez les personnes les plus malades. **(16)**

Une des principales problématiques soulevées par les médecins interrogés dans notre étude est de savoir à quel(s) professionnel(s), médical ou paramédical, revient le rôle de l'ETP.

Les médecins interrogés se placent en médecin coordonnateur du projet de soin et ne semblent pas contester leur posture centrale et indispensable.

Cependant, au vu de l'absence de définition de l'ETP avec un rôle et des actes caractérisés et considérés en tant que tels, ils ne considèrent pas que ce devoir leur revient exclusivement. Ce questionnement amène à supposer qu'il existe un défaut d'organisation de la médecine ambulatoire autour de la prise en charge de la pathologie chronique.

On retrouve ce sentiment dans d'autres études également. ENTRED 2007 souligne que les médecins traitants coordonnent la démarche éducative avec un rôle central, par contre ils ne considèrent pas dans l'ensemble que la mise en œuvre d'activités éducatives leur incombe. D'ailleurs très peu pratiquent personnellement des rendez-vous avec un temps dédié à l'ETP. **(22)**

Une revue de la littérature sur le sujet indique que le généraliste accepte de coordonner cette prise en charge, mais accepterait surtout de la déléguer s'il existait du personnel formé et compétent. **(36)**

Plusieurs pistes d'amélioration sont évoquées par les généralistes dans notre étude, et ces idées sont retrouvées dans d'autres travaux.

Il apparaît nécessaire de formaliser l'éducation thérapeutique du patient. L'évolution du diabète semble demander une restructuration de la prise en charge en considérant les patients

comme acteur principal de leur santé. L'ETP est une réelle opportunité tant en seconde qu'en première ligne. Il paraît important de formaliser les actions d'éducation pour faire évoluer les pratiques. **(31)**

Les médecins évoquent l'intérêt d'une consultation annuelle spécifique pour faire un bilan et inclure l'ETP. Elle serait plus longue et donc valorisée au niveau de la rémunération, selon le même schéma qu'il existe les consultations obligatoires du nourrisson par exemple. **(39)**

Or, la CNAM a déjà mis en place en 2002 un modèle similaire, la consultation approfondie annuelle qui avait pour objectif de réaliser un bilan approfondi de l'état de santé et permettait de faire le point sur l'ensemble des problèmes du patient, sur la coordination de ses soins, sur les interventions éventuelles des autres professionnels de santé et de contribuer à son éducation sanitaire et thérapeutique, notamment par des conseils d'hygiène de vie. **(40)**

Mais cette consultation a été supprimée en 2017 puisque seulement 6% des généralistes la pratiquait. **(41)**

La délégation de soins est également largement évoquée comme solution envisageable et pérenne à cette problématique, nous détaillerons ce point par la suite.

La délégation pluridisciplinaire des soins diabétiques

Les médecins interrogés dans notre étude souhaiteraient déléguer à des professionnels compétents certains aspects de la consultation de suivi du diabétique, dont ils n'ont ni le temps, ni la formation spécifique adéquate, ni la reconnaissance financière comme nous l'avons détaillé auparavant.

La pratique du suivi de la pathologie chronique diabétique s'inscrirait dans une démarche pluridisciplinaire, impliquant de multiples professionnels, médicaux et paramédicaux. **(36)**

La prise en charge idéale semble être un médecin traitant central qui s'occupe exclusivement du domaine médical dans le dépistage des complications chroniques : examen

clinique médical, prescription d'examens complémentaires... Ce médecin peut être entouré de professionnels qui participent à la gestion des actes non strictement médicaux : bilan podologique, objectifs diététiques, enseignement médico-sportif, tenue à jour du calendrier patient, prise des constantes, ETP, bilan des objectifs, vérification de la prise de sang et de la bonne réalisation des examens complémentaires. **(24)**

Les généralistes restent des acteurs importants en tant qu'initiateurs de la démarche et coordonnateurs de la prise en charge clinique et éducative avec un rôle important dans le maintien de l'observance et le suivi du patient. Le rôle des paramédicaux apparaît prépondérant, notamment pour l'identification des besoins et des attentes des patients (diagnostic éducatif), la réalisation des séances d'ETP, l'évaluation des acquisitions ou le suivi éducatif. **(32)**

Les podologues

Les généralistes admettent se reposer sur les podologues pour la surveillance et le dépistage des complications liées au pied diabétique.

En effet, les médecins reconnaissent qu'ils manquent de temps pour dépister correctement la neuropathie diabétique objectivement avec tous les tests qui existent, ou pour faire de la prévention dans la pathologie du pied diabétique.

Or ces professionnels du pied ont la compétence nécessaire pour une prise en charge spécifique, et la possibilité de réaliser le dépistage grâce à des protocoles validés.

Cependant, les médecins interrogés déplorent un défaut de prise en charge financière optimale concernant ce dépistage et suivi essentiel du pied diabétique.

En effet, la convention nationale des pédicures-podologues a permis depuis 2007 la prise en charge par l'assurance maladie des patients qui présentent une lésion du pied de grade podologique 2 et 3, à la condition d'apporter une prescription médicale qui le mentionne. **(42)**

L'étude ENTRED 2007 supposait que le remboursement des soins podologiques postérieur à l'étude chez les patients de grade élevé pourrait améliorer considérablement la prise en charge du pied diabétique. **(16)**

Au contraire, notre étude n'a pas montré la même réflexion avec des médecins plutôt critiques à la présence d'une restriction de prise en charge liée au grade podologique.

En pratique, les médecins ne semblent pas souvent évaluer ce grade podologique, et ils n'hésitent pas à le surestimer sur la prescription afin de permettre malgré tout l'accès aux soins podologiques à tous leurs patients diabétiques.

Les diététiciens et nutritionnistes

Les soins diététiques n'ont actuellement aucune prise en charge au titre de l'ALD par la CPAM, alors même que la pathologie diabétique est directement intriquée avec la problématique diététique, qui à la fois peut être une cause de la maladie, mais aussi un gage d'équilibre et de stabilité de la maladie diabétique. Cette incompréhension est soulignée par les médecins dans notre étude.

Là aussi l'étude ENTRED 2007 pointe du doigt la place encore limitée des diététiciens au regard de la fréquence de l'obésité et de son augmentation chez les patients diabétiques. **(16)**

En effet, c'est une profession réglementée qui peut exercer en libéral. Compte tenu de l'importance de la diététique dans la prise en charge du patient diabétique de type 2, en particulier en cas d'obésité, ils sont systématiquement partie prenante aux actions d'ETP mais les actes qui interviennent en cabinet libéral ne sont pas remboursés. **(36)**

Les métiers émergents d'infirmiers et assistants médicaux

L'optimisation du temps médical est envisagée chez les médecins interrogés grâce aux nouveaux métiers d'infirmiers : IPA, ASALEE et infirmiers d'ETP, et aux assistants médicaux, qui apportent également une aide sur le versant de l'éducation thérapeutique patient.

Dans notre étude, les médecins rapportent qu'en pratique ces professionnels peuvent assurer une sorte de « préconsultation », en synthétisant les résultats et examens des patients, en prenant les constantes vitales et en abordant au préalable les principales problématiques de l'interrogatoire. Certains généralistes proposent également une alternance dans le suivi entre des consultations strictement médicales, relayées par un suivi infirmier. D'autres encore évoquent un suivi dédié par ces professionnels pour l'éducation thérapeutique du patient, pour ne réserver au médecin que la partie strictement médicale de la prescription et de l'examen clinique.

Dans un travail de thèse, les médecins généralistes suggéraient de déléguer le programme d'éducation thérapeutique aux infirmiers ASALEE. (24)

Les infirmiers ASALEE et les IPA sont des professions émergentes qui peuvent avoir toute leur place dans la prise en charge du suivi des complications diabétiques.

Tous deux exercent des missions élargies par rapport au métier d'IDE et travaillent en étroite collaboration avec les médecins. C'est le médecin qui propose à certains de ses patients la prise en charge et le suivi pour certaines pathologies chroniques stabilisées par ce type d'infirmier. (43)

	Infirmier ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe)	IPA (Infirmier en pratiques avancées)
Création	2004	2018
Statut	-Infirmiers délégués à la santé publique (IDSP) -Salariés de l'association (bénéficient d'une convention avec le ministère de la santé et touche un budget par infirmier) - Possibilité de garder une activité IDE de soins	- Création de tarifs conventionnels applicables aux IPA avec forfaits spécifiques
Formation	-12 jours -Par l'association ASALEE et ne débouche pas sur un diplôme d'Etat	-2 ans -Par les universités et débouche sur l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier de Pratique Avancé (DEIPA) avec un grade Master -Nécessite un minimum de 3 ans d'exercice
Objectifs	Améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine	Gérer des situations complexes par un travail dans une équipe coordonnée par un

	de ville par coopération et délégations d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers des infirmiers de santé publique (environ 1 ASALEE pour 5 MG géographiquement proches)	médecin, et en complémentarité avec ce dernier. L'IPA dispose cependant d'une réelle autonomie auprès des patients dont il assure le suivi. C'est le médecin qui propose ce suivi infirmier
Moyens	-Education thérapeutique du patient (ETP) -Dépistage et suivi de patients souffrants de certaines maladies chroniques	-Orientation, éducation, prévention et dépistage -Evaluation et conclusion clinique, actes techniques ou surveillance clinique et paraclinique -Prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, prescriptions d'examens complémentaires, renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales
DT2	Prescription : biologiques, ECG, FO, examens du pied Réalisation : examen du pied et monofilament, ECG (hors interprétation)	

Dans l'étude rétrospective ASALEE réalisée en 2008, l'infirmière qui travaille avec le médecin a trois rôles : repérer toute la patientèle diabétique des médecins généralistes, mettre en place un système d'alerte pour le médecin afin de prescrire les examens de surveillance en fonction des recommandations scientifiques, et effectuer des consultations d'éducation thérapeutique sur proposition du médecin.

Le projet place le médecin dans un rôle de coordination et de décision, et l'infirmier ASALEE dans celui d'accompagnement du patient, conformément à ses compétences. **(36,44)**

Les autres professionnels paramédicaux

D'autres professionnels paramédicaux essentiels au suivi sont évoqués dans notre étude, comme les **éducateurs sportifs** avec les effets bénéfiques que l'on connaît de l'activité physique dans la prise en charge de la pathologie diabétique.

Il existe un programme « bougez sur ordonnance » dans le département des PO, décliné du dispositif national « Sport sur ordonnance ». Il est mis en œuvre par Profession Sport 66, association proposant depuis de nombreuses années des programmes de prévention santé par l'activité physique sur le département. Par un accompagnement éducatif et motivationnel, préventif et/ou thérapeutique, le dispositif vise à permettre à toute personne sédentaire porteuse d'une maladie chronique d'accéder à une pratique d'activité physique et/ou sportive adaptée, sécurisante et intégrée à son projet de vie. L'objectif est de favoriser plus largement un mode de vie actif et de lutter contre la sédentarité. **(45) (Annexe 4)**

Cependant dans notre étude, bien que certains médecins interrogés aient évoqué le dispositif du « sport sur ordonnance », la plupart ne l'ont pas cité malgré le fait qu'ils aspirent à une prise en charge physique qui serait bénéfique pour leur patient. De plus, aucun d'entre eux n'a cité son existence et possibilité d'application sur le département par Profession Sport 66. Nous pouvons supposer qu'il existe un défaut d'information de l'association auprès des médecins généralistes des PO.

Les médecins imaginent des **centres spécialisés pour diabétiques**, qui pourraient bénéficier d'une prise en charge globale et pluriprofessionnelle des médecins, infirmiers, podologues, nutritionnistes, tabacologues, éducateurs sportifs. De tels centres dédiés au diabète n'existent pas dans la littérature, mais on peut supposer qu'avec l'augmentation croissante du nombre de malade, cette réflexion aboutira peut-être un jour.

En revanche dans notre étude, aucun des médecins ne mentionne les **psychologues** et l'importance de la prise en charge psychologique à proprement parler pour les patients diabétiques.

Pourtant, cette notion est abordée dans d'autres études de la littérature.

L'étude ENTRED 2007 retrouve que le soutien psychologique des patients diabétiques est considéré comme une difficulté majeure par les MG. **(22)**

Ils peuvent être une aide précieuse dans l'accompagnement des patients diabétiques, l'évolution des modes de comportement nutritionnel pouvant être facilitée par une prise en charge psychologique. Cependant, de même que pour les diététiciens, l'absence de prise en charge financière des consultations du psychologue traitant libéral rend souvent délicate le recours au psychologue. **(36)**

La coordination du parcours de soin

Si le médecin délègue des soins, il s'agit également d'organiser le système de santé de manière à établir un parcours de prise en charge coordonné du patient, et donc il est indispensable d'améliorer les échanges entre les différents professionnels de santé ainsi qu'entre les différentes institutions prenant en charge les patients.

Dans notre étude, les médecins rapportent l'existence et donc le risque d'une fragmentation du système de santé, où chaque intervenant travaille de son côté sans communication interprofessionnelle, alors que la maladie chronique présente des problématiques qui s'entrecroisent et se relient entre les différentes spécialités ; il s'agit d'une PEC globale et pluridisciplinaire.

Il faut gérer la coordination des soins entre des professionnels de plus en plus nombreux à interagir autour de patients polypathologiques. **(34)**

L'étude ENTRED 2007 concluait notamment sur le fait que l'information soit trouvée surtout auprès des médecins, et que cela pouvait laisser imaginer un potentiel pour développer l'accès à l'information auprès d'autres sources de soignants ou d'associations. **(22)**

Défaut dans la communication entre professionnels

La communication entre les différents professionnels semble insuffisante.

Par exemple dans notre étude, les médecins déplorent l'absence de comptes-rendus de certains spécialistes médicaux ou autres professionnels paramédicaux concernant les patients diabétiques. Pourtant, cet oubli qu'il soit volontaire ou non semble aller à l'encontre de l'échange entre professionnels pourtant primordial pour le suivi des complications, et dessert finalement la santé du patient.

Un travail de thèse montrait qu'il existe une fragmentation du système de santé et un défaut de coordination et de communication entre les différents professionnels de santé ainsi qu'entre les différentes institutions prenant en charge les patients, notamment avec l'absence ou le retard de comptes rendus médicaux. Il persiste un manque de communication entre le médecin traitant et l'équipe paramédicale officiant autour du patient ainsi qu'entre le suivi médical stricto sensu et l'éducation thérapeutique qui lui est dispensée. (34)

La place des réseaux diabète

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations », d'après l'article L.6321-1 du code de santé publique.

La prise en charge du diabète et de son suivi repose sur une prise en charge multidisciplinaire dont le médecin traitant est le coordonnateur. Or l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaire en médecine générale reste difficile et peu valorisée. Ainsi, grâce au développement de structures telles que les MSP, le médecin généraliste a la possibilité d'orienter ses patients diabétiques vers ces réseaux de soins adaptés à la prise en charge. (34)

En France, les premiers réseaux Diabète ont été créés en 2001 et ils sont depuis coordonnés par l'ANCRED. Ils s'occupent notamment de la coordination des soins. Ils organisent des actions et des prestations de soins infirmiers, de podologue, de diététique et plus spécifiquement d'ETP auprès des patients qui leurs ont été adressés pour la prise en charge. Ils s'occupent activement de la sensibilisation des professionnels de santé à la pathologie diabétique et de leur formation, et ils sont des centres de ressources et de soutien social entre les patients et leur environnement de vie. (36)

Concrètement, des prestations de soins sous la forme d'acte dérogatoire peuvent intervenir spécifiquement lorsque des interventions sont nécessaires et ne sont pas prévues à la nomenclature des actes médicaux : consultations de médecins, infirmiers, diététiciens, psychologues ou podologues, avec des bilans, conseils personnalisés, et ETP. (36)

Dans notre étude, les généralistes évoquent par moment ces missions possibles grâce au réseau Diabète, mais ne le mentionne pas clairement.

Le département des Pyrénées-Orientales est rattaché au réseau de soin « Diabète Occitanie », qui œuvre pour un décloisonnement du social et du médico-social et des liens ville/hôpital, en partenariat avec les professionnels de santé et les autres acteurs impliqués. Toutes les actions sont gratuites pour l'ensemble des bénéficiaires. L'Association est majoritairement financée par l'Agence Régionale de Santé Occitanie. (46)

Un outil numérique performant et universel dédié au suivi du diabète

Pour améliorer la prise en charge et notamment la fréquence des examens, les médecins proposent d'instaurer un dossier de suivi ou une fiche récapitulative de l'état de santé du patient, à transmettre chaque année à tous les correspondants médicaux, et qui pourrait améliorer la communication entre les différents professionnels de santé et le médecin traitant. (23)

L'utilisation d'un logiciel médical adapté apparaît nécessaire à l'amélioration des pratiques médicales (23), et les MG évoquent le besoin d'outils d'aide à la consultation pour eux-mêmes et pour les patients. (22)

Dans la littérature et en pratique, nous retrouvons quelques-uns de ces systèmes d'information partagée existants.

Les **DATASETS de Bonne Pratique**, expérimentés par la HAS et validés en 2015 pour le diabète de type 2, avaient pour objectif le dépistage, la prévention et la prise en charge des complications liées au diabète.

L'enjeu était de structurer et standardiser un minimum de données cliniques (5 à 10) dans les logiciels métiers pour être en capacité de (ré)utiliser les données recueillies au cours des soins afin de soutenir la pratique des professionnels :

- suivre l'évolution au long cours d'un diabétique
- accéder aux éléments de bonne pratique en cours de consultation (mémos, alertes)
- produire des indicateurs de pratiques cliniques (qualité)

(18) (Annexe 5)

Le **Tableau de Bord de Suivi** du diabète de type 2 est un module financé par le ministère de la recherche, la CNAM et la HAS dont le but initial est de développer une aide au suivi pour les patients atteints de pathologies chroniques. Cet outil d'analyse populationnelle permet notamment de centraliser le suivi des indicateurs de la ROSP. Il permet également de visualiser la répartition de la patientèle diabétique selon ces différents indicateurs et de générer des alertes sur des groupes de patients. **(47)**

Une étude réalisée en 2009 sur l'impact d'un tel système informatique montrait que ce dernier a eu un impact sur des indicateurs dont le niveau en période pré-intervention était bas : réalisation de l'examen clinique des pieds, recherche d'une protéinurie par bandelette urinaire, réalisation du fond d'œil et de l'ECG.

Le tableau de bord de suivi facilite l'application des recommandations en consultation. Il est facilement transposable à d'autres logiciels, et son utilisation contribuerait à structurer et coder uniformément les informations des dossiers médicaux quel que soit le logiciel, et fournirait à chaque médecin des indicateurs de la qualité de sa pratique. **(47)**

Le **DMP** est un projet public lancé en France en 2004 visant à ce que chaque français dispose d'un dossier patient informatisé reprenant toutes les données médicales du patient. Cependant, le DMP est très peu utilisé aujourd'hui par les médecins généralistes alors qu'ils sont globalement tous favorables à son développement. **(48)**

Dans notre étude, aucun des médecins ne fait référence à ces outils numériques existants. Ils expliquent se servir éventuellement de leur logiciel métier pour la surveillance, en utilisant certaines rubriques non spécifiques du diabète, ou parfois se préparer une feuille de dépistage des complications papier ou numérique pré enregistrée.

On retrouve une crainte persistante de la surcharge de travail et de la perte de temps à utiliser un outil pas assez simple et fluide. En effet, les médecins souhaitent un outil qui s'adapte à leur pratique et non l'inverse. Par exemple, les freins humains et techniques sont au premier plan de l'inutilité du DMP. **(48)**

Ainsi, pour faciliter cette prise en charge multidisciplinaire et coordonnée, les médecins interrogés convoitent un support numérique efficace sur lequel chacun des professionnels peut intervenir et avoir un visuel sur l'avancée du suivi et l'état de santé du patient.

Concernant le fond du support, les médecins imaginent un calendrier patient qui permettrait de visualiser facilement ce que le patient a déjà réalisé comme examen, ce qu'il doit faire et ce qu'il restera à prévoir et dans quels délais. Cet agenda-patient pourrait lister les complications à surveiller que le médecin généraliste compléterait à chaque consultation. Ce guide de suivi du diabète pourrait être complété par une aide à la planification des examens de suivi, dans lequel se combinerait un système d'alertes et de rappels automatiques en fonction des dates préremplies des différents examens de suivi réalisés, synchronisé avec le calendrier des recommandations de suivi adapté au profil du patient. Il s'agit de rassembler, synthétiser et mémoriser les éléments de suivi du patient diabétique.

Concernant la forme, on peut envisager :

- une plateforme dédiée avec des codes d'entrée
- un système de DMP via la carte vitale, qui serait accessible par le patient lui-même, ainsi que par tous les professionnels intervenant dans la prise en charge
- un logiciel métier spécifique au sein d'une même structure impliquant les professionnels de santé du site.

Finalement on retrouve une discordance entre ce qui existe et les attentes des MG interrogés en matière d'outil numérique d'information partagée. En effet les modèles qu'ils décrivent nécessitent une structuration des données médicales qui font intervenir la notion d'intelligence artificielle, et nous ne sommes qu'au début de cette ère actuellement dans le domaine médical.

De plus, l'intégration du partage de l'information passe par la formation suivant des formules pédagogiques adaptées. Le développement du système d'information partagé aujourd'hui n'est plus seulement une affaire d'outils mais bien de cadre d'apprentissage visant à explorer les limites du partage. (49)

Des moyens de pallier aux déserts médicaux

Dans notre étude la problématique de la pénurie de médecins, généralistes comme spécialistes, est largement évoquée, et a un impact considérable dans le suivi des CC d'une pathologie pluridisciplinaire.

Cependant les MG identifient des solutions qu'ils rencontrent dans leur pratique quotidienne, qui leur semblent intéressantes et qu'ils souhaitent développer davantage.

De nombreuses études ont démontré l'intérêt que les médecins portent aux établissements de soins pluriprofessionnels dans le système de soin actuel, notamment les **maisons de santé pluridisciplinaires**. (22,24,34,36)

Dans la prise en charge du diabète, ces structures permettent de réunir des professions médicales (médecins généraliste et spécialistes), des professions para médicales (infirmier, kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, diététicien...), d'autres professionnels du champ de la santé (psychologue), et de collaborer avec des centres de santé, des hôpitaux, et d'autres acteurs du territoire tels que les éducateurs sportifs ou les associations. (50)

Les professionnels rattachés à ces structures travaillent en un lieu commun, ce qui favorise inévitablement la coordination du parcours de soin et la communication inter disciplinaire en ambulatoire, dans le but d'une approche globale du patient.

C'est un nouvel exercice qui met en collaboration médecins et paramédicaux, avec un exercice horizontal plutôt que vertical : une réflexion commune sur la prise en charge des patients et la délégation des tâches. (51)

Les MSP constituent un cadre adapté au développement des coopérations pluriprofessionnelles (44) qui sont motivées par une baisse de la démographie médicale et des inégalités territoriales dans un contexte d'augmentation du nombre des maladies chroniques.

Aussi, les médecins sont favorables à avoir des réunions de concertation pluridisciplinaire au sein des MSP avec des spécialistes et d'autres professionnels.

Le médecin est coordonnateur et travaille avec des correspondants, la MSP fournit les outils pour cette coordination. (24)

Ces RCP peuvent se faire au moyen de réunions, télémédecine ou conférences téléphoniques. (24)

On retrouve cet engouement dans notre étude pour cette pratique de la médecine sur un site unique et la possibilité de faire des réunions en collaboration, par contre aucun des médecins n'évoque la télémédecine.

L'aspect financier d'une telle structure est particulier et intéressant puisqu'elle permet une mutualisation des frais de fonctionnement du cabinet professionnel, et il existe une rémunération spécifique pour la structure.

Dans le but d'améliorer la coordination entre les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, afin de développer l'éducation thérapeutique délivrée aux patients, et dans le but de stabiliser le tissu médical sur des territoires fragiles, de **Nouveaux Modes de Rémunération (NMR)** ont été expérimentés depuis 2009 et mis en œuvre pour les maisons de santé regroupant plusieurs professions médicales et paramédicales. Sont ainsi valorisés les projets d'éducation thérapeutique, les réunions de concertation pluridisciplinaires, la prise en charge globale de patients complexes.

Ce type de rémunération permet, sur un temps médical valorisé, d'amener les différents acteurs de la prise en charge du patient à concerter leur action, à tenir un discours cohérent et identique face au patient, et peut permettre de limiter l'inertie thérapeutique. Ceci permet également de lutter contre l'isolement des médecins traitants, en facilitant le recours aux spécialistes ou aux personnels paramédicaux (podologues, diététiciennes...). Le professionnel impliqué dans l'éducation thérapeutique, au centre d'un processus interactif est ainsi moins sensible à l'inertie thérapeutique. (34)

La loi du 10 août 2011 a créé un nouveau statut pour les professionnels regroupés dans les maisons de santé : les **SISA** permettent de facturer à l'assurance maladie ces nouvelles prestations de coordination et d'éducation thérapeutique, et de répartir les éléments auprès des professionnels qui la constituent, tout en préservant le statut libéral des professionnels. (52)

Par ailleurs dans notre étude, un médecin nous expliquait avoir accès à des protocoles particuliers au sein de sa MSP pour les patients diabétiques, avec des séances d'éducation thérapeutique, des consultations gratuites chez la diététicienne ou des séances podologiques quel que soit le grade du patient.

Ces mesures sont permises grâce à l'adhésion à un **ACI** relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles, qui permet de bénéficier d'une rémunération spécifique en contrepartie d'engagements sur un accès aux soins renforcé, un travail d'équipe et de coordination facilité et un développement des systèmes d'information. (53)

Dans le cadre des MSP, les **réseaux** peuvent mettre en place des actions spécifiques de santé.

Une de ces actions a été évoquée par une des médecins de notre étude qui a pu l'expérimenter au cours de sa pratique : un système de dépistage combiné en une journée des complications chroniques du diabète

Il s'agit de DIABSAT, un programme itinérant de dépistage des complications chroniques du diabète, assisté par satellite, organisé par le réseau régional de diabétologie (DIAMIP) avec le soutien de l'ARS Occitanie.

Ce programme s'inscrit dans une démarche novatrice visant à aider à la prise en charge des patients diabétiques, au plus près de leur domicile. C'est dans ce cadre qu'un camion équipé

de plusieurs appareillages spécifiques sillonne les départements de la région Occitanie depuis 2010.

Les patients diabétiques peuvent ainsi bénéficier gratuitement de tout ou partie des examens suivants, selon leurs besoins et/ou la demande du médecin traitant ou du diabétologue :

- prise de clichés de rétinographie non mydriatique (si la dernière consultation ophtalmologique date de plus d'un an)
- dépistage de la microalbuminurie (si la dernière évaluation date de plus d'un an)
- mesure des IPS et IPSo, et réalisation de la gradation podologique (en cas d'absence de suivi podologique ou s'il date de plus d'un an).

Ces différents examens sont effectués à bord du véhicule par une infirmière, qui les transmet pour interprétation au diabétologue et à l'ophtalmologue référents. Un compte-rendu est ensuite adressé au médecin traitant ainsi qu'au patient, et à son diabétologue s'il y a lieu, en mentionnant le résultat et l'indication ou non d'une consultation spécialisée dans des délais brefs.

Le programme DIABSAT a permis de dépister les complications chez 4325 personnes diabétiques sur 572 journées, entre mai 2010 et décembre 2018.

Le programme est notamment intervenu dans le département des Pyrénées Orientales du 4/03/20 au 30/04/20, avec une organisation en partenariat avec une maison de santé de la commune avec prise ou non de rendez-vous. **(54)**

Avec la problématique des déserts médicaux qui concerne les médecins spécialistes notamment, cette forme de « dépistage tout en un » et quasiment à domicile est très intéressante pour le patient.

Une thèse qui évalue le bénéfice d'un dépistage complet lors d'une journée en HDJ, retrouve un bénéfice certain pour une population vulnérable fragile d'un point de vue médicosocial. Cela permet de réaliser un bilan ponctuel s'ajoutant au suivi ambulatoire mais entraîne une dynamique de prescription dans le suivi ambulatoire de faible intensité. **(34)** On peut comparer ce raisonnement pour le bénéfice d'une prise en charge par DIABSAT.

Le travail de thèse qui a évalué le programme DIABSAT montre qu'il convient parfaitement aux médecins. Ils apprécient l'organisation, le retour par compte-rendu, et les

examens leur paraissent suffisants dans l'ensemble. La conclusion retrouve également un impact positif sur les patients qui d'après les médecins paraissent plus demandeurs d'informations, et de PEC de leurs complications. **(24)**

La **pénurie des ophtalmologues** sur le territoire est plus particulièrement décriée par les médecins interrogés dans notre étude.

Afin de pallier à ce manque, l'Assurance Maladie a mis en place une nouvelle modalité de dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre orthoptistes et ophtalmologistes. Cet acte de télé-expertise est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie. **(55)** Les médecins interrogés n'ont pas évoqué cette modalité, peut-être parce qu'il existe un manque d'orthoptistes installés dans le département.

CONCLUSION

Le diabète de type 2 entraîne des complications chroniques dont le dépistage et le suivi, assurés par le médecin généraliste, sont régis par des recommandations de bonne pratique élaborées par la HAS.

Malgré une amélioration des pratiques, ce dépistage reste insuffisamment pratiqué aujourd'hui, et notre étude a essayé d'en comprendre les raisons à travers l'analyse du ressenti et du vécu de généralistes installés dans le département des Pyrénées-Orientales.

Les médecins généralistes rencontrent de nombreuses difficultés dans cette prise en charge, mais ils abordent également des pistes d'amélioration, existantes ou pas encore, afin de contrer ces obstacles.

La qualité de suivi du patient diabétique s'articule globalement autour de trois grandes entités que sont le médecin, le patient et le système de santé.

Les caractéristiques propres au médecin et au patient conditionnent la relation médecin-malade et l'alliance thérapeutique qui en découle.

D'une part, cette dernière est souvent entachée par un patient jugé passif, non observant, dans le déni de sa maladie, et qui adhère peu aux règles hygiéno-diététiques, pouvant ainsi mener à une inertie thérapeutique. Les médecins aspirent à l'autonomisation du patient qui serait le principal acteur de sa santé, c'est la notion de patient expert que l'on retrouve dans la littérature.

D'autre part, les médecins ventent une approche individualisée et centrée sur le malade qui intègre la notion de décision médicale partagée. Cette dernière est favorisée par l'éducation thérapeutique, mais peu compatible avec des RPC standards et des outils universels tels que SOPHIA.

Les médecins manquent de temps et de formation concernant l'éducation thérapeutique patient, malgré leur rôle indéniable de coordonnateur et de professionnel de premier recours. Or, l'ETP prend du temps mais n'est pas formalisée dans la prise en charge, ce qui peut entraîner parfois un manque d'implication des généralistes sur cette problématique. Par ailleurs, la ROSP convainc peu les médecins qui la voient comme une prime, et qui préféreraient pour certains une revalorisation directe de la consultation de suivi.

Une consultation annuelle approfondie proposée par les médecins paraît peu envisageable puisque cette dernière a déjà existé mais a été abandonnée depuis. L'autre alternative envisagée est la délégation de soins qui permettrait une libération du temps médical.

En effet, la pathologie chronique diabétique est accessible à une démarche pluridisciplinaire, rendue possible grâce à l'émergence des nouveaux métiers d'infirmiers (IPA et ASALEE) et des assistants médicaux capables notamment de gérer l'ETP, et l'organisation des soins en collaboration avec le généraliste. Cette redistribution des activités permet, outre le gain de temps pour le médecin, une prise en charge éducative spécifique et mieux suivie pour le patient. L'exercice pluriprofessionnel inclut également les prises en charge podologique, nutritionnelle et sportive, mais qui se heurtent souvent à une problématique financière.

La fragmentation du système de santé, notamment due à un défaut de communication entre des professionnels de plus en plus nombreux à interagir autour de la pathologie diabétique, peut s'atténuer avec une bonne organisation du parcours de soin du patient.

Ainsi, les MSP tiennent toute leur place puisqu'elles permettent de réunir les professionnels autour d'une même pathologie, favorisant ainsi la collaboration et la coordination interdisciplinaire ambulatoire sur un lieu commun.

Les réseaux Diabète et les différents financements possibles grâce aux MSP œuvrent également dans ce sens en permettant de valoriser le processus interactif entre les actions et les acteurs multiples intervenants dans la prise en charge. Le programme DIABSAT développé dans la région semble être un exemple de perspective efficace et satisfaisante pour lutter contre la pénurie médicale sur certains territoires.

Dans le cadre de l'optimisation du parcours de santé du patient diabétique, les médecins aspirent à un outil numérique performant et universel dédié au suivi du diabète. Ils imaginent un système de partage des données entre professionnels qui rassembleraient non seulement les informations médicales du patient, mais également un outil d'aide à la consultation pour le médecin. Cependant cet outil idéal pose le problème du partage des données, mais aussi d'une structuration des données médicales faisant intervenir l'intelligence artificielle.

Finalement, l'optimisation du parcours de santé des patients diabétiques de type 2 passe par un ensemble d'enjeux qui concerne les professionnels de santé, mais surtout le médecin généraliste en première ligne :

- Favoriser l'engagement du patient

- Renforcer la coordination d'équipe
- Analyser, échanger et partager entre professionnels
- Assurer la prévention et améliorer l'accès aux soins

Les réponses concrètes apportées sur les points de rupture identifiés sont :

- le travail en équipe pluriprofessionnelle (RCP, protocoles pluriprofessionnels, coordination avec les acteurs du territoire, dynamique d'équipe)
- le système d'information (partage de données, gestion des données cliniques)
- l'implication des patients (information des patients, ETP, plan personnalisé de santé, prise en compte de l'expérience des patients)
- le projet de santé et d'accès aux soins (continuité des soins, gestion du projet de santé de l'équipe).

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Rapport mondial sur le diabète. 2016.
2. Santé Publique France. Les chiffres du diabète en France, prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France en 2015. 2017.
3. Juan Ruiz, Marc Egli. Syndrome métabolique, diabète sucré et vulnérabilité : une approche « syndémique » de la maladie chronique. 2010.
4. Sandrine Fosse-Edorh, Laurence Mandereau-Bruno, Nolwenn Regnault I de veille sanitaire Saint-Maurice, France. Le poids des complications liées au diabète en France en 2013. Synthèse et perspectives. 2015.
5. HAS. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). 2014.
6. HAS. Guide parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte. 2014.
7. HAS. APALD n°8 - Diabète de type 1 et 2. 2014.
8. InVS. Lancement de l'enquête nationale sur le diabète. 2002.
9. InVS. Etude ENTRED 2001-2003. 2004.
10. InVS C scientifique. Résultats ENTRED 2001. 2006.
11. Danand L, Decroix S. Prévention des complications du diabète. 2005;
12. Légifrance. Objectif 54 : Surveillance des personnes diabétiques. 2011.
13. Légifrance. Objectif 55 : Complications du diabète. 2011.
14. InVS. Résultats de l'étude ENTRED 2007-2010. 2010.
15. InVS. Lancement de l'étude ENTRED 2007-2010. 2013.
16. Julien Robert, Candice Roudier, Nathalie Poutignat, Anne Fagot-Campagna, Alain Weill, Annie Rudnichi, Nicolas Thammavong, Annick Fontbonne, Bruno Detournay,. Prise en charge des personnes diabétiques de type 2 en France en 2007 et tendances par rapport à 2001. 2009.
17. CNAM. ROSP 2020 médecin traitant de l'adulte. 2021.
18. HAS. Les DataSets de bonnes pratiques du diabète de type 2. 2015.
19. Sandrine Fosse-Edorh, Laurence Mandereau-Bruno. Suivi des examens recommandés dans la surveillance du diabète en France en 2013. 2015.
20. Santé publique France SF-E Laurence Mandereau-Bruno, Clara Piffaretti. Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique. 2018.

21. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. 2006;
22. InVS. ENTRED 2007 : Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins. 2007.
23. Lobadowsky, Thubert P. Evaluation des freins à la réalisation de l'HbA1c 3 fois dans l'année chez les diabétiques de type 2. Audit de 5 médecins généralistes. 2013.
24. Garnier M. Evaluation de l'utilisation du programme de dépistage des complications du diabète (Diabsat 2) en médecine générale dans le cadre des structures de premier recours. 2016.
25. Chehne N. Patient éduqué : médecin généraliste non éduqué. 2016.
26. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. 2015;
27. PG, ALV. Médecine de ville - Quel accès aux soins dans les Pyrénées-Orientales ? Made in Perpignan. 2019.
28. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 2016.
29. Britten N. Qualitative research : qualitative interview in medical research. BMJ. 1995.
30. ANAES. Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications. 1999.
31. B. Pétré, S. Degrange. État des lieux des pratiques en éducation thérapeutique des médecins généralistes dans la Grande Région. 2012.
32. Marie Camus-Pardon. Etat des lieux en éducation thérapeutique dans le diabète de type 2 en Franche-Comté. 2010.
33. Comité de suivi HCSP. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. 2012.
34. Hugo Jouhair. Vers l'amélioration du dépistage et du suivi ambulatoire des complications chroniques du diabète de type 2 : impact d'une prise en charge hospitalière dédiée au diabète. 2017.
35. SFD. Prise de position de la Société Francophone du Diabète sur la prise en charge médicamenteuse de l'hyperglycémie du patient diabétique de type 2. 2019.
36. IGAS. Evaluation de la prise en charge du diabète. Tome II Annexes. 2012.
37. Assurance maladie. Sophia : premiers résultats des études de satisfaction auprès des adhérents et des médecins. 2010.
38. Grimaldi A. Éducation thérapeutique EMC - Traité de Médecine Akos. 2013.
39. MG France. Les cotations en Médecine Générale. 2020.

40. Assurance maladie Loire Atlantique. La consultation approfondie annuelle, Médecins généralistes. 2015.
41. Assurance maladie. Suppression de la Consultation approfondie pour les patients en ALD (CALD). 2017.
42. Journal officiel. Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les pédicures-podologues libéraux et l'assurance maladie. 2007.
43. APMSL. Profession : infirmier de pratique avancée (IPA). 2018.
44. IRDES YB Philippe Le Fur, Julien Mousquès, Engin Yilmaz. La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. 2008.
45. Profession Sport 66, Adrien Cherrier. Bougez sur ordonnance. 2020.
46. Diamip & Audiab. Connaître le réseau, Diabète Occitanie. 2016.
47. O. Benainous, F Gillaizeau. Développement et étude d'impact d'un système informatique de tableaux de bord pour le suivi des pathologies chroniques en médecine générale. 2009.
48. Pierre-Olivier Renault. Freins et leviers à l'utilisation du Dossier Médical Partagé : enquête qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques en 2018. 2019.
49. Marc Brémond, Marius Fieschi. Le partage d'information dans le système de santé. 2008.
50. HAS. Professionnels de santé. 2019.
51. Rémi Estevez. Comment améliorer l'accès aux soins dans un désert médical ? Etude basée sur l'investigation menée par l'ARS dans le bassin du Comminges (Midi Pyrénées). 2017.
52. Journal officiel. Les sociétés interprofessionnelles ambulatoires SISA. 2011.
53. UNCAM. Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles. 2017.
54. Diamip & Audiab, réseau diabète Occitanie. Programme DIABSAT, Diabète Occitanie. 2018.
55. HAS. Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil. 2010.

ANNEXES

Annexe 1 : Plaquette d'information du programme DIABSAT

Le projet DIABSAT, c'est aussi...

Des conseils et des jeux sur l'équilibre alimentaire et la pratique d'activité physique, disponibles pour les patients diabétiques sur des bornes interactives réparties dans 10 pharmacies en Midi-Pyrénées.

www.nutrieduc.fr

Un suivi à domicile pour des patients diabétiques ayant une plaie du pied, réalisé par des infirmiers assistés par téléphone mobile en liaison directe avec un médecin expert.

Informations

Réseau DIAMIP - Programme DIABSAT
 Tél. 05 61 32 33 00 ou 05 61 32 33 65
 E-mail : diamip.diabsat@chu-toulouse.fr
www.diamip.org

Avec le soutien de :

Vous êtes diabétique ?

DIABSAT vous permet de bénéficier **au plus près de chez vous** d'un dépistage des complications du diabète

Evaluation de l'état de vos yeux, vos reins et vos pieds

- Rapide et indolore,
- Avec ou sans rendez-vous (reportez-vous au calendrier du dépistage)
- Gratuit.

Parlez-en à votre médecin traitant !

Découvrez nos logiciels d'éducation pour l'équilibre de vos repas et l'activité physique sur le site internet : www.nutrieduc.fr

Profitez du programme de dépistage DIABSAT

Nous vous proposons gratuitement :

- Un bilan rétinien,
- Un bilan podologique et une évaluation de votre risque de plaie du pied,
- Un bilan rénal.

Les appareils utilisés lors des examens qui vous sont proposés :

- Le rétinographe non mydriatique** : Il permet de réaliser une photographie du fond d'œil, sans dilatation de la pupille.
- L'appareil de dépistage de la microalbuminurie** : Une bandelette introduite dans cet appareil permet de détecter un excès de protéines dans les urines.
- Le monofilament** : C'est un fil de nylon qui, appliqué sur le pied (par une légère pression), permet d'évaluer votre sensibilité.
- Le stéthoscope-doppler** : Il permet de mesurer la pression artérielle au niveau du bras et des pieds. On peut ainsi évaluer votre état artériel.
- La plate-forme d'enregistrement des pressions plantaires** : Elle permet d'enregistrer la pression exercée sur différents endroits de vos pieds et ainsi déterminer les zones à risque de plaie.

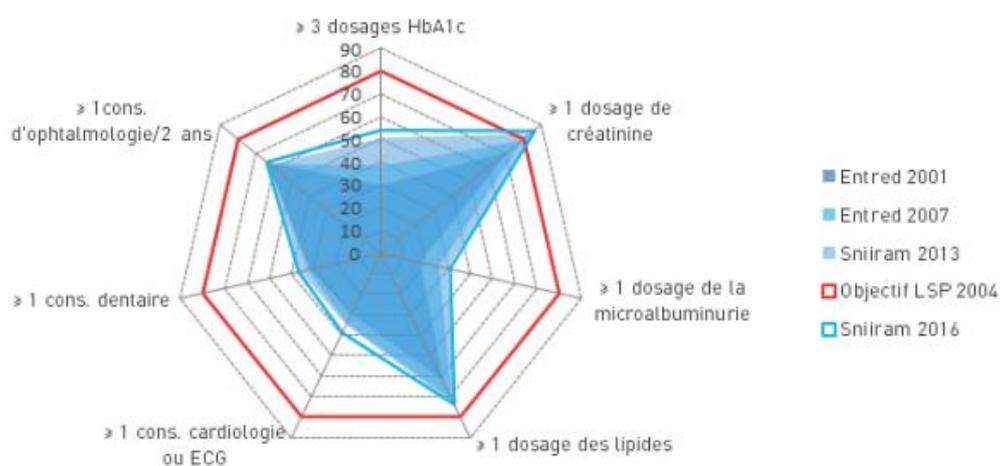
Vous êtes diabétique, quelques recommandations pour rester en bonne santé !

Il est conseillé, une fois par an :

- De faire dépister les complications au niveau de vos yeux par un ophtalmologue.
- De demander à votre médecin traitant ou votre diabétologue une analyse d'urines à la recherche d'albumine pour vérifier l'état de vos reins.
- De faire évaluer votre risque de plaie du pied, à l'aide d'examen simples par votre médecin ou votre pédicure-podologue.

Qui interprète et reçoit vos résultats ?

Annexe 2 : Proportion de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement ayant bénéficié des examens de suivi recommandés, France entière, 2016.



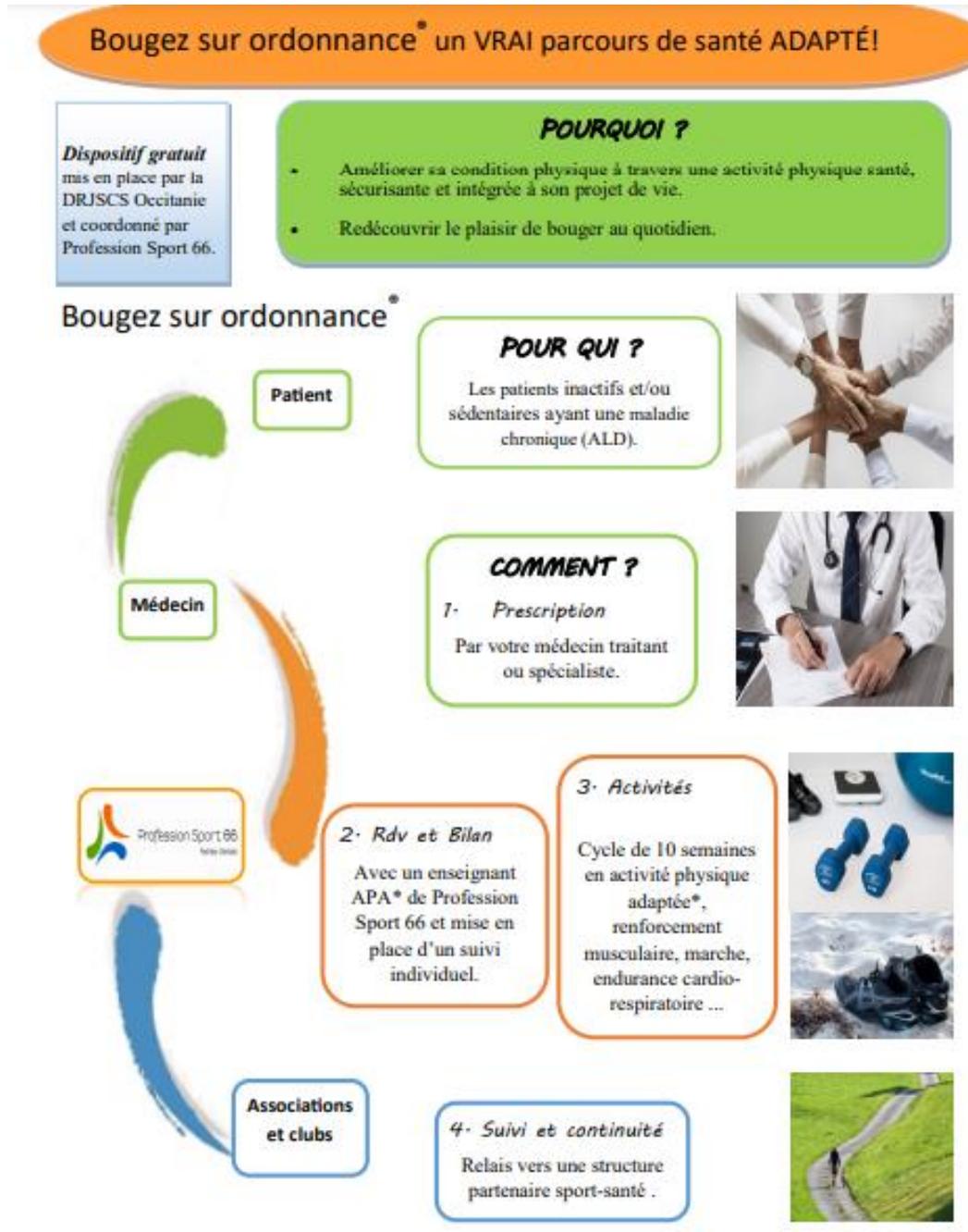
Champ : France entière hors Mayotte / Sources : SNDS-DCIR ; exploitation Santé publique France

Annexe 3 : Les critères ROSP concernant le dépistage des complications chroniques du diabète

Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les 2 ans et 1 trimestre			
Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Points
60 %	≥ 76 %	5 patients	30

Part des patients MT de moins de 81 ans traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro-albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatinémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire			
Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Points
21 %	≥ 59 %	5 patients	30

Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année (déclaratif)			
Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Points
80 %	≥ 95 %	5 patients	20



Annexe 5 : Exemples de données et mémos issus des DSBP du DT2 concernant les microangiopathies diabétiques

	Données devant être renseignées sous format standardisé ¹	Type de rubrique contenant les données ²	Type de données et jeu de valeur
	Diabète de type 2	Pathologie en cours ou Antécédents personnels ³	Saisie manuelle ⁴ avec la CISP2 et/ou CIM10 Le DataSet propose une aide au codage
Œil	Examen ophtalmologique : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Rétinopathie diabétique <input type="checkbox"/> autre anomalie	Examens complémentaires	jeu de valeur proposé
	Rétinopathie diabétique	Pathologie en cours ou antécédents personnels ³	Saisie manuelle avec la CISP2 et/ou CIM10 Le DataSet propose une aide au codage
Rein	- Albuminurie/créatininurie : ... mg/mmol (ou mg/g) - DFG (MDRD ou CKD EPI) : ... ml/min/1,73 m ² - Clairance créatinine (Cockcroft et Gault) : ... ml/min	Résultats de biologie	Idéalement incrémentation automatique à partir de la réception des résultats adressés par les laboratoires de biologie médicale ; à défaut saisie manuelle du résultat
	Maladie rénale chronique stade 1 à 5	Pathologie en cours ou antécédents personnels ³	Saisie manuelle avec la CISP2 et/ou CIM10 Le DataSet propose une aide au codage
Pied	Gradation du risque de lésion du pied : grade 0 ou 1 ou 2 ou 3	Examen clinique > pied	Un tableau d'aide à la gradation du risque de lésion du pied est proposé dans le DataSet avec calcul du grade (exprimé sous format standardisé)

	Titre des mémos
Œil	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquence dépistage rétinopathie diabétique
Rein	<ul style="list-style-type: none"> • Interprétation du rapport A/C
	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage maladie rénale chronique : fréquence et examens
	<ul style="list-style-type: none"> • Albuminurie augmentée : prise en charge
	<ul style="list-style-type: none"> • Particularité du suivi de la Maladie rénale chronique chez le diabétique
Pied	<ul style="list-style-type: none"> • Test au monofilament : modalités d'utilisation
	<ul style="list-style-type: none"> • Pied : examens et fréquence de suivi en fonction du risque podologique
	<ul style="list-style-type: none"> • Plaie du pied : prise en charge immédiate

Contexte : Diabète de type 2 sans rétinopathie diabétique connue

Fréquence de dépistage de la rétinopathie diabétique

	Objectifs Hb1AC et Pression artérielle atteints	Objectifs Hb1AC et/ou Pression artérielle NON atteints
Patient NON insulinotraité	tous les 2 ans	1 fois/an
Patient insulinotraité	1 fois/an	1 fois/an

• Situations particulières :

- grossesse : examen ophtalmologique avant la grossesse, trimestriel pendant la grossesse, et en *post-partum*
- cataracte : intensification du suivi du fond d'œil pendant l'année qui suit l'intervention de la cataracte
- avant de prescrire l'insuline : il est recommandé de demander un examen ophtalmologique et de prévoir une surveillance rapprochée du fond d'œil

Source : Guide parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte, p.55 et p.24. HAS mars 2014. Rétinographie avec lecture différée. Mémo AM, mars 2015.

Diabète de type 2 (XX en CISP2 ; XX en CIM10) dans pathologie en cours		Date
Œil	Examen ophtalmologique : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Rétinopathie Diabétique <input type="checkbox"/> autre anomalie	.././....
Rein	Ratio Albuminurie/créatininurie :mg/mmol (ou mg/g) (2 dernières valeurs)	.././....
	DFG (MDRD ou CKD EPI) : ml/min/1,73 m ² (2 dernières valeurs)	.././....
Pied	Gradation du risque de lésion du pied = grade 0 / 1 / 2 / 3	.././....

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Introduction : Le diabète de type 2 peut être considéré comme une pandémie mondiale, dont les chiffres augmentent tous les jours. Le dépistage et le suivi de ses complications chroniques par les médecins généralistes sont bien encadrés par les recommandations de la HAS, mais ils sont aujourd'hui insuffisamment pratiqués en France.

Objectif : Identifier les difficultés à l'origine de cet échec que peuvent rencontrer les généralistes, et explorer les pistes d'amélioration à cette prise en charge.

Matériels et méthode : Cette étude qualitative a été réalisée à l'aide d'entretiens individuels semis directifs auprès de 13 médecins généralistes installés dans les Pyrénées-Orientales. Une analyse thématique a permis d'analyser la réflexion propre à chacun des médecins.

Résultats : Il existe des obstacles liés aux caractéristiques propres du patient, souvent jugé passif et non observant, mais aussi au médecin lui-même, qui influencent ainsi la relation médecin-patient. Par ailleurs, cette consultation chronophage est mise à mal par le manque de temps que les médecins ont à consacrer à l'éducation thérapeutique, et leur manque de formation dans ce domaine. Ce suivi n'est pas particulièrement valorisé par les instances, sinon par un système de ROSP qui convainc peu les médecins.

Discussion : Les principaux freins inhérents à la triade médecin, patient, système de santé sont retrouvés dans la littérature, ainsi que l'espoir que les médecins portent sur l'amélioration du parcours de soins en s'orientant vers une prise en charge multidisciplinaire favorisée par l'exercice en MSP.

Conclusion : Les difficultés majeures que rencontraient hier les généralistes voient aujourd'hui des perspectives d'évolution prometteuses avec le développement de structures pluriprofessionnelles et l'exercice coordonné du parcours de soin, ainsi que la promotion d'une prise en charge de la pathologie chronique centrée sur le patient.

Mots clefs : diabète de type 2, complications chroniques, freins, suivi, dépistage, médecine générale.