



HAL
open science

Inertie thérapeutique et freins à l'instauration d'une insulinothérapie basale chez des patients diabétiques de type 2 en soins primaires

Pauline Michel

► **To cite this version:**

Pauline Michel. Inertie thérapeutique et freins à l'instauration d'une insulinothérapie basale chez des patients diabétiques de type 2 en soins primaires. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932395

HAL Id: hal-01932395

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932395>

Submitted on 23 Nov 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2017

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Pauline MICHEL

le 13 décembre 2017

**INERTIE THÉRAPEUTIQUE ET FREINS
À L'INSTAURATION D'UNE INSULINOTHÉRAPIE BASALE
CHEZ DES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2 EN SOINS PRIMAIRES**

Examineurs de la thèse:

M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Président et Co-directeur

M. le Professeur Bruno GUERCI

Juge

M. le Professeur Bruno CHENUÉL

Juge

M. le Docteur Jacques LOUIS

Co-directeur

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Pr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER -
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY -
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE -
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY -
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE -
Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER -
Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone
GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude
HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT -
Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre
LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Yves
MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre
NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François
PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel
RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-
BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT -
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre
VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON - Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIOWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

**À notre Maître, Président du jury et Co-directeur de thèse,
Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO,
Professeur de Médecine Générale,
et Président du Département de Médecine Générale,**

Nous vous remercions de l'honneur et de l'immense plaisir que vous nous faites en acceptant la présidence de cette thèse.

Votre expertise est une chance pour notre travail et vous resterez pour nous un modèle dans l'exercice de la Médecine générale.

Veillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre grande estime.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Bruno GUERCI,

Professeur d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies métaboliques,

Nous vous remercions de l'honneur et de l'immense plaisir que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

Nous avons bénéficié de votre enseignement de qualité durant nos études.

Nous vous témoignons de notre profond respect.

**À notre Maître et Juge,
Monsieur le Professeur Bruno CHENUEL,
Professeur de Physiologie,**

Nous vous remercions pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous avez accepté de faire partie du jury de notre thèse.
Soyez assuré de notre vive reconnaissance.

**À notre Juge et Co-directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Jacques LOUIS,
Docteur en Endocrinologie, Diabétologie et Maladies métaboliques,**

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre thèse.

Nous vous remercions également de nous avoir confié ce travail et de nous avoir guidée tout au long de son élaboration.

Nous sommes sensibles à la qualité de la formation que vous nous avez apportée. Vous nous avez initié à la diabétologie et avez su nous transmettre votre passion pour cette discipline.

Nous vous exprimons notre sincère reconnaissance et notre profond respect.

À mes parents, Annie et Robert, qui me soutiennent depuis toujours. Vous m'avez encouragée à faire médecine depuis toute petite. Vous ne faites pas partie du milieu médical et pourtant vous savez tellement me comprendre. Je vous remercie de m'avoir encore plus soutenue durant ces derniers mois, mais encore plus de tout l'amour que vous me portez. Je vous aime aussi tellement fort.

À ma grande sœur Laetitia et mon neveu Théo que j'aime de tout mon cœur. Je suis fière de vous et vous pourrez toujours compter sur moi.

À toute ma famille, en particulier ma marraine, qui me protège et m'écoute depuis des années. A mon parrain, mes taties et mes tontons, mes cousins et cousines. Que nous puissions vivre encore de chaleureux moments tous ensemble. Une mention spéciale pour ma Didou, ma Lulu, Globule et Chacha.

À mon amoureux, à notre histoire qui se construit à notre rythme et qui me reconstruit. Tu me comprends et me soutient inconditionnellement depuis des mois. Tu as toujours su me motiver et me faire positiver : tu m'as appris à voir le verre à moitié plein, plutôt qu'à moitié vide. Je te remercie d'être simplement toi.

À Stéfy, me amor. Notre amitié, si spontanée depuis la 2^e année de médecine, s'est renforcée années après années. Ce qui a fait de toi, comme tu l'as si bien dit, une amie irremplaçable. Merci d'être toujours là pour moi, Sébi et toi.

À Laura, ma bichette. Nous nous connaissons depuis tant d'années maintenant. Tellement de choses nous rapprochent! Et nous partagerons encore de nombreux moments de complicité!

À Marion et MAB, à notre si belle amitié qui a été scellée par nos difficiles mais heureux débuts de jeunes médecins aux urgences. Nous prenons toutes des chemins différents mais nous saurons toujours nous retrouver. Marion nous a ouvert la voie de la sagesse du doctorat, et MAB, nous n'attendons plus que toi pour que la boucle soit fermée!

À ma Clairette, Niasha, Marie et Aurélie. Au plaisir de toujours se retrouver des années après avoir quitté les bancs de la fac.

À Xavière, toujours présente depuis tant d'années, A ma Croux, à ma Paupau, à Adeline et à Isabelle. Merci aussi à tous mes co-internes pour ces bons moments partagés, en particulier à Madame HUMBERT, celle qui m'a presque tout appris à mes débuts en diabétologie.

À toute l'équipe du service de diabétologie des Hôpitaux Privés de Metz du Dr LOUIS où j'ai découvert avec plaisir la diabétologie.

À toute l'équipe du service de diabétologie de Bar-le-Duc et à Monsieur le Dr JAN. Merci de tout ce que vous m'avez transmis. Merci à Rudy et à Nathalie pour tous vos encouragements. À M. le Dr BOUCHY qui me soutient depuis longtemps aussi.

À toute l'équipe de l'internat de Bar-le-Duc. Merci à vous pour tous ces moments de partage de la médecine, mais surtout de très beaux moments de complicité.

À toute notre équipe de passionnés sportifs, pour que le freestyle vive toujours !

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et

je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES SIMPLIFIÉE

1	INTRODUCTION	16
2	MÉTHODES.....	21
3	RÉSULTATS.....	23
4	DISCUSSION	101
5	CONCLUSION.....	121
6	BIBLIOGRAPHIE	124
7	ANNEXE	128
8	TABLE DES MATIÈRES DÉTAILLÉE.....	130

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADA : American Diabetes Association

ADO : Anti-Diabétiques Oraux

ADOR : Association Diabète Obésité et Risques cardiovasculaires

aGLP1 : analogue du Glucagon-Like Peptide 1

ASALEE : Action de SAnté Libérale En Equipe

ASG : Auto-Surveillance Glycémique

DNID : Diabète Non Insulino-Dépendant

DPC : Développement Professionnel Continu

DT1 : Diabète de Type 1 (ou Diabétique de Type 1)

DT2 : Diabète de Type 2 (ou Diabétique de Type 2)

EASD : European Association for the Study of Diabetes

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

FFD : Fédération Française des Diabétiques

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

iDPP4 : inhibiteur de la Dipeptidyl Peptidase IV

MG : Médecin Généraliste

MHD : Mesures Hygiéno-Diététiques (ou RHD : Règles Hygiéno-Dététiques)

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SFD : Société Francophone du Diabète

UKPDS : United Kingdom Prospective Diabetes Study

1 INTRODUCTION

Le diabète de type 2 (DT2) est une maladie chronique extrêmement fréquente et dont la prévalence explose dans la plupart des pays du monde. Sa physiopathologie complexe fait intervenir au moins deux mécanismes bien identifiés : une résistance périphérique à l'action de l'insuline et un épuisement progressif de l'insulinosecrétion par les cellules béta-pancréatiques (1). On considère généralement que ces deux mécanismes s'exercent sur un terrain génétique particulier, et par le biais de facteurs environnementaux. Le terrain génétique, imparfaitement identifié pour l'instant, fait considérer le DT2 comme une maladie polygénique, et explique son caractère héréditaire et la prédisposition familiale si souvent constatée en pratique clinique. Les facteurs environnementaux sont en revanche bien identifiés. Ils sont en lien avec la suralimentation et la sédentarité qui caractérisent le mode de vie occidental. Leur connaissance permet d'exercer une réelle prévention primaire du DT2.

Son histoire naturelle est désormais bien connue. Elle débute généralement par l'apparition d'une distribution androïde des graisses corporelles, générant un certain degré de résistance à l'insuline. À ce stade de « pré diabète », les cellules béta pancréatiques sont encore capables de sécréter une quantité suffisante d'insuline, voire même de générer un hyperinsulinisme qui compense l'insulinorésistance et permet le maintien d'une glycémie encore normale, en particulier à jeun. Au fil des années puis des décennies, les cellules béta vont subir une perte de masse cellulaire accompagnée d'une chute de la fonction insulinosecrétrice. Cela se traduit par une augmentation progressive de la glycémie, portant d'abord sur les glycémies post prandiales puis sur la glycémie à jeun. On passe de l'intolérance orale au glucose à l'hyperglycémie modérée à jeun, puis au diabète de type 2 lorsque la glycémie à jeun dépasse 7 mmol/l ou 1,26 g/l. À un stade plus tardif, la chute de l'insulinosecrétion est telle que le contrôle de l'hyperglycémie devient impossible sans insuline exogène. On parle de « diabète insulino-requérant » ou « insulino-nécessitant », pour le distinguer du « diabète insulino-dépendant », ancienne terminologie du diabète de type 1.

L'hyperglycémie chronique qui caractérise et définit la maladie est le facteur sinon exclusif, du moins prédominant du développement des complications vasculaires du DT2 (2). Le contrôle de l'hyperglycémie est donc un des éléments clé du traitement de la maladie : c'est un déterminant essentiel du risque d'apparition et de développement des complications de cette maladie, en particulier les complications microvasculaires (3). C'est la raison pour laquelle toutes les sociétés savantes et toutes les organisations de santé recommandent aujourd'hui de maintenir l'hémoglobine glyquée (HbA1c) en dessous de 7 % pour prévenir l'apparition et freiner le développement des complications micro et macrovasculaires (4).

Le DT2 est par ailleurs une maladie évolutive. La perte des capacités insulinosecrétrices des cellules béta est un processus progressif qui s'aggrave au fil du temps. Au cours des premières années, l'insulinosecrétion endogène reste, comme dit plus haut, suffisante pour compenser l'insulinorésistance. Toutes les recommandations actuelles font reposer le traitement du DT2 à cette phase initiale sur les mesures non médicamenteuses, diététique et activité physique, et sur la prescription de la molécule de première ligne, la metformine, si elle n'est pas contre-indiquée (4,5). Les mesures non médicamenteuses associent donc des précautions diététiques et une augmentation de l'activité physique chez le sujet sédentaire. L'alimentation préconisée limite les apports énergétiques, en particulier chez le sujet obèse ou en surpoids, généralement en limitant la ration lipidique, la consommation d'alcool, et la consommation de sucres simples. La diététique vise également à limiter le risque vasculaire par un choix judicieux des lipides

alimentaires. L'augmentation de l'activité physique chez le sujet sédentaire vise à la pratique hebdomadaire de trois séances d'une activité soutenue et prolongée de 45 à 60 mn.

Au fil du temps, les capacités d'insulinosecrétion s'épuisent, et la metformine associée à la diététique et à l'activité physique ne suffisent plus. En théorie, tous les choix de bithérapies sont possibles mais les organigrammes décisionnels proposés par les diverses organisations sont imprécis et complexes. L'idée de base est que le traitement doit être centré sur le patient et adapté à ses caractéristiques phénotypiques (4,6). Dans l'idéal, il doit être expliqué au patient pour qu'il puisse participer activement à son choix, ce qui est de nature à améliorer l'observance. Déterminer la meilleure stratégie est rendu plus complexe encore du fait de la multiplicité des agents médicamenteux disponibles. Au-delà des sulfamides hypoglycémisants et des inhibiteurs des glucosidases intestinales, on dispose depuis une dizaine d'années des incrétinomimétiques (inhibiteurs de la DPP4 et analogues injectables du GLP1). Et bien sûr des diverses préparations insuliniques.

Notre propos ne sera pas, dans cette courte introduction, de détailler les divers choix de bithérapies antidiabétiques. L'association metformine-sulfamide est la moins onéreuse, la plus ancienne, certainement très efficace à court terme, à défaut de faire preuve de durabilité, mais susceptible d'entraîner des hypoglycémies chez le sujet à risque (personnes âgées, alimentation irrégulière, profession de sécurité). Les inhibiteurs des glucosidases intestinales sont d'une efficacité limitée qui s'exerce exclusivement sur les glycémies post prandiales, mais au prix de nombreux effets secondaires digestifs. L'association metformine-iDPP4 est souvent le choix préféré du prescripteur malgré son coût plus élevé qu'avec les sulfamides, et le recul de seulement 10 ans de ces molécules. Son avantage principal réside dans sa facilité, sa bonne tolérance, et surtout l'absence de tout risque d'hypoglycémie. Le choix d'une bithérapie metformine-aGLP1 semble particulièrement judicieux chez le patient obèse ou le sujet hyperphage, en raison de l'impact sur le poids et la satiété des divers aGLP1, sans risque hypoglycémique là encore. Mais il s'agit d'un traitement injectable, d'introduction relativement récente, et assez onéreux.

Dans la grande majorité des situations, les médecins confrontés à une dégradation progressive du contrôle du diabète optent pour une intensification par antidiabétiques oraux, en prescrivant des bi- ou trithérapies orales, de préférence aux traitements injectables souvent rejetés par le malade, réputés plus complexes ou risquant d'altérer la qualité de vie des patients. Cependant, l'histoire naturelle du DT2 (et l'effondrement progressif de l'insulinosecrétion endogène) ainsi que l'allongement de l'espérance de vie, font qu'un nombre croissant de patients diabétiques de type 2 relèvent de plus en plus souvent d'une insulinothérapie (7).

À ce stade, c'est l'instauration d'une insulinothérapie basale qui est privilégiée en première intention par les diverses recommandations ou avis d'experts (4-6). Cette stratégie thérapeutique, encore qualifiée de « traitement mixte », repose sur l'administration d'une insuline basale toutes les 24 heures. À ce stade, le profil glycémique des sujets insuffisamment contrôlés sous ADO à posologie maximale se caractérise par une hyperglycémie de fin de nuit, conséquence d'une production hépatique nocturne de glucose excessive. L'insuline basale, par son effet prédominant sur les glycémies préprandiales, en particulier la glycémie du réveil, va donc traduire vers le bas l'ensemble du profil glycémique et par conséquent améliorer le contrôle global. La dose de l'insuline basale sera adaptée (« titrée ») pour amener la glycémie du réveil à l'objectif. Celui-ci reste variable selon le contexte. Chez un sujet dont l'espérance de vie dépasse 15 ans, indemne de complications macrovasculaires évolutives, cet objectif de glycémie au réveil sera par

exemple de 0,70 à 1,30 g/l. Cela correspond généralement à un taux d'HbA1c de l'ordre de 7 à 7,5 %. En cas d'espérance de vie plus limitée, ou en cas d'insuffisance coronarienne évolutive, ou encore chaque fois que le risque hypoglycémique est jugé prioritaire, comme chez le sujet très âgé, l'objectif sera moins ambitieux, par exemple entre 1 et 1,50 g/l voire plus, ce qui se traduit en règle générale par un taux d'HbA1c d'environ 8 %.

Certaines questions restent sans réponses définitives ou bien relèvent de simples avis d'experts ou d'habitudes de prescription :

- Quel est l'horaire idéal de l'injection ? Probablement le soir au dîner ou au coucher. C'est du moins ce qui fut préconisé dans les études initiales (l'insuline bedtime). La logique est en effet d'assurer une imprégnation insulinique nocturne prédominante pour freiner au maximum la néoglucogenèse hépatique nocturne et par là même, contrôler au mieux la glycémie du réveil. Ce raisonnement, surtout logique à l'époque où l'on utilisait des insulines relativement courtes comme la NPH, devient plus discutable aujourd'hui avec la mise sur le marché d'insulines basales à effet prolongé, la glargine d'abord, puis sa variante glargine U300 et l'insuline dégludec. Ainsi, si le patient relève d'une infirmière à domicile qui n'est disponible que le matin, ou si le patient le préfère, il est tout à fait possible d'obtenir de bons résultats en injectant l'insuline basale le matin.
- Quels antidiabétiques oraux maintenir en association avec l'insuline ? À coup sûr la metformine, et toutes les recommandations vont en ce sens. La logique voudrait que soit également maintenu un agent insulinosecréteur prandial, type sulfamide ou iDPP4, dans le but d'éviter à son arrêt que les excursions glycémiques postprandiales ne se majorent. Aucune étude bien documentée ne permet d'affirmer la supériorité d'une de ces deux classes. La tendance est aujourd'hui de préférer les iDPP4 pour limiter au maximum le risque hypoglycémique. La poursuite des aGLP1 à la mise en place de l'insuline basale répond à une certaine logique physiopathologique, surtout chez l'obèse, même si cette association élève singulièrement le coût du traitement. D'ailleurs une association fixe dégludec-liraglutide vient d'obtenir son AMM sur le marché français.
- Quelle présentation insulinique choisir ? La glargine U 100 est consacrée par l'usage, et demeure la présentation la plus utilisée. Le biosimilaire de la glargine devrait théoriquement lui être désormais préféré, pour des raisons économiques. La glargine U300 qui en diffère très peu, est vraisemblablement doté d'un effet un peu plus prolongé. Au contraire de la détémir, un peu plus courte. Les diverses présentations d'insuline NPH, bien que citées dans les recommandations, doivent être évitées car elles génèrent plus d'hypoglycémies nocturnes marquées (8). Enfin l'insuline dégludec, d'une durée d'action indiscutablement plus longue, n'est commercialisée en France qu'en association avec un aGLP1, le liraglutide.

Ajuster progressivement le traitement du DT2 en fonction de son stade évolutif en associant les médicaments, en adaptant les posologies, et en introduisant dès que nécessaire un traitement insulinique semble donc en théorie facile. Cette stratégie se heurte en pratique à deux écueils qui en limitent l'efficacité.

- Le premier est qualifié d'observance thérapeutique : le succès du traitement dépend en grande partie de la bonne adhésion du patient au traitement proposé (9). Le DT2 est l'exemple type de la maladie chronique exposant à une mauvaise observance : c'est une maladie longtemps asymptomatique, indolore, dont le traitement repose

en grande partie sur des modifications du style de vie, et s'inscrivant souvent dans un contexte polyopathologique imposant la prise de nombreux médicaments. Ainsi, introduire une insuline basale risque d'être inefficace si les mesures non médicamenteuses ne sont pas respectées. Pire encore, prescrire une insuline basale à un patient dont l'alimentation est fantaisiste ou anarchique n'améliorera probablement pas le contrôle global tout en l'exposant à un risque de prise de poids ou à un risque hypoglycémique majoré. De plus, sous ce terme d'observance se retrouvent également tous les aspects liés au maniement de l'insuline au quotidien. On aura besoin soit de la collaboration du patient, éventuellement limitée par sa motivation insuffisante, son niveau de compréhension, son acuité visuelle ou sa dextérité. Soit de la compétence d'une infirmière parfois très variable d'une professionnelle à l'autre.

- Le second écueil correspond à l'inertie thérapeutique : malgré le constat d'un traitement à l'évidence insuffisant, le prescripteur retarde l'intensification thérapeutique, ceci pour des raisons multiples et complexes (10,11). Il n'est pas toujours convaincu du bien-fondé de l'optimisation thérapeutique, il craint les effets secondaires de certains médicaments, il redoute de compromettre la qualité de vie de son patient, il estime que celui-ci n'aura pas les capacités de le mettre en œuvre, ou encore qu'il ne maîtrise pas lui-même les modalités d'une stratégie thérapeutique parfois complexe. Parfois encore, confronté au refus du patient d'intensifier la thérapeutique, il se voit dans l'obligation d'attendre « passivement » de pouvoir le convaincre. Mais l'inertie clinique n'est pas systématiquement synonyme de passivité. Il peut s'agir également d'une démarche plus pertinente qu'une intensification médicamenteuse. L'analyse de diverses situations concrètes a permis de distinguer une inertie vraie des fausses inerties (12). C'est pourquoi une définition stricte de l'inertie clinique a été proposée : *« Le comportement du médecin tombe sous l'inertie clinique si, et seulement si : il existe une directive clinique implicite ou explicite ; le médecin est au courant de la directive ; le médecin croit que la directive s'applique au patient ; le médecin a les ressources pour appliquer la directive ; toutes les conditions ont été remplies mais le médecin ne suit pas la directive dans le cas du patient. »*. De surcroît, plutôt que de culpabiliser le MG, il faudrait plutôt essayer de comprendre les motifs de cette inertie. Il y a parfois des situations qui relèvent en fait d'une « inaction appropriée » et non pas d'une inertie clinique. C'est le cas des personnes âgées pour lesquelles il n'y a pas d'intensification thérapeutique car il est actuellement conseillé de personnaliser encore plus les objectifs thérapeutiques selon le contexte afin d'opter pour une approche plus prudente. (13)

Ce travail, réalisé en Médecine générale, concerne cette période clé de l'histoire naturelle du DT2 lors de laquelle la mise en place d'une insulinothérapie basale devient nécessaire. Il étudie les pratiques des médecins généralistes, leurs conceptions, leurs habitudes, leurs façons de faire. Il a pour objectif d'identifier leurs freins et leurs besoins, pour eux-mêmes et pour leurs patients, vis-à-vis de l'instauration du traitement insulinique en ambulatoire, ainsi que leurs motifs d'inertie thérapeutique.

2 MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude qualitative à visée exploratoire par l'intermédiaire d'entretiens semi-dirigés, afin de permettre aux médecins généralistes d'exprimer plus librement leurs façons de faire.

Un script d'entretien a été rédigé préalablement avoir un fil conducteur lors des entretiens. Un 2^e script plus adapté, rédigé après le début des entretiens, a permis de mieux les cibler.

Nous avons réalisé 17 entretiens semi-dirigés de juin 2016 à février 2017.

Les participants de l'étude étaient des médecins généralistes installés en libéral conventionnés secteur 1.

Le recrutement a été effectué dans la recherche d'une variation de profil maximale. Nous avons obtenu un échantillon raisonné par contact téléphonique ou par contact direct à l'occasion de rencontres professionnelles.

Les caractéristiques de la population de l'étude figurent dans le tableau présenté en annexe (p. 131).

Une formation en diabétologie n'était ni un critère d'inclusion, ni un critère d'exclusion.

Chaque médecin a donné son accord oral pour que l'entretien soit enregistré et retranscrit.

La durée des entretiens variait de 7,20 minutes à 38,30 minutes, avec une moyenne de 20,27 minutes.

3 RÉSULTATS

À titre introductif, nous souhaitons préciser les points suivants : les résultats présentés ici sont issus de l'analyse des 17 verbatim et sont présentés successivement en respectant l'arborescence des différents items qui sont ressortis de cette analyse. Le texte intégral des verbatim est disponible sur une clé USB fournie en annexe de ce travail.

3.1 MG - Formation / expérience dans le DT2 – Connaissance de la mise en place de l'insulinothérapie basale

3.1.1 Formation professionnelle

3.1.1.1 Difficulté à envisager la FMC dans tous les domaines

Un MG (**M12**) évoquait la difficulté du MG qui « doit » se tenir informé ou se former dans tous les domaines, avec forcément des préférences.

M12 : « Côté médecins, je disais qu'il faut rester formé. Ça évolue. C'est le souci du généraliste. Faudrait se former dans tous les domaines et ce n'est pas toujours évident. Je pense qu'on a tous nos... »

3.1.2 Expérience professionnelle

3.1.2.1 Ancienne

Un des MG interrogés (**M17**) avait une expérience ancienne de la maladie diabétique de par un changement d'activité et considérait que la prise en charge du DT2 avait évolué.

M17 : « Je ne fais plus beaucoup de diabète depuis 6 ans donc je vais parler de mes souvenirs avant il y a 6 ans. Et je pense que je ne ferais peut-être plus tout à fait comme je faisais avant. »

3.1.3 Connaissance de la mise en œuvre

3.1.3.1 Connaissance des indications et des valeurs seuil

3.1.3.1.1 Critère biologique

Le taux d'hémoglobine glyquée était un critère pour instaurer une insulinothérapie basale. Un MG (**M2**) avait conscience d'attendre un taux d'HbA1c assez élevé, alors qu'un autre (**M3**) n'avait pas l'impression d'envisager l'insuline seulement une fois que le diabète était franchement déséquilibré.

M1 : « Donc oui, le critère principal, c'est l'échappement thérapeutique avec une augmentation de l'hémoglobine glyquée, que ça montre que je n'arrive plus à la contrôler, que ça montre que le traitement est maximum, ou maximum pour moi. »

M2 : « C'est vrai qu'on attend généralement quand même d'avoir une hémoglobine glyquée relativement haute. »

M3 : « Je pense quand même ne pas aller très loin dans une hémoglobine qui monte. »

M7 : « Je dirais qu'en soins primaires, on évalue assez rapidement la nécessité de passer à l'insuline. Je pense que souvent la barrière du 8% paraît quand même logique, parfois à 7.5 on se dit qu'on a encore une marge de manœuvre avec la modification des ADO. Mais dès qu'il y a une trithérapie ADO, j'envisage tout de suite le passage à l'insuline. »

3.1.3.1.2 Des objectifs personnalisés

La prise en charge personnalisée du patient semblait nécessaire. Les MG tenaient compte d'autres facteurs en plus de l'hémoglobine glyquée. Il leur paraissait indispensable de prendre en compte le patient dans sa globalité, pour définir au mieux ses objectifs. C'est-à-dire de s'adapter, notamment à son âge, ainsi qu'aux comorbidités associées.

M5 : « Bon les diabètes tardifs chez les personnes âgées, un peu obèses, là je gère moi-même. Et globalement avec les ADO on arrive à gérer, et des fois une petite insuline le soir, si les gens commencent à trop manger le soir, on ne peut pas modifier les habitudes. »

M8 : « Pour mettre une insulinothérapie, je ne vais pas me baser que sur l'hémoglobine glyquée, je vais aussi me baser sur l'âge du patient, sa polypathologie. »

M14 : « On tient compte effectivement du taux d'hémoglobine glyquée, des facteurs de risque, des comorbidités. »

Observance des MHD

L'observance des MHD était également prise en compte.

M14 : « On tient compte effectivement [...] de la capacité à suivre le régime, les règles hygiéno-diététiques. »

Ancienneté du diabète

Par contre, le critère d'ancienneté du diabète ne semblait pas être pris en compte à lui seul comme critère d'instauration d'une insulinothérapie basale.

M1 : « L'ancienneté pas forcément, parce que si j'ai un patient qui est bien équilibré avec son traitement et qui a un diabète ancien, je ne vois pas pourquoi je passerais à l'insuline. Je n'aurais pas d'argument pour. Tant que je n'ai pas de contre-indication et qu'il tolère bien. »

Catégorisation du patient jeune/âgé

4 des MG interrogés (**M1/M5/M8/M13**) expliquaient leurs différences de prise en charge en raison d'objectifs thérapeutiques adaptés à l'âge du patient.

M1 : « C'est aussi revoir éventuellement l'objectif glycémique, c'est-à-dire être beaucoup plus laxiste. Ce qui peut être une solution [...] d'accepter d'avoir un taux d'hémoglobine glyquée plutôt haut. »

M5 : « *On essaye d'avoir un maximum de bon sens. Chez les personnes de 85 ans et plus, je préfère avoir une hémoglobine un tout petit au-dessus de la norme plutôt que d'avoir un risque d'hypoglycémie. »*

M8 : « *Si je suis devant une personne jeune, que l'hémoglobine glyquée est aux alentours de 9, là, je vais réfléchir sur une insulinothérapie. Chez une personne âgée, si j'ai une hémoglobine glyquée aux alentours de 9, bon, je temporiserai suivant sa polyopathie, etc. »*

M13 : « *Et que l'hémoglobine glyquée continue à dépasser, enfin ça dépend de l'âge des gens aussi, on a des objectifs... Chez des patients jeunes, je ne sais pas. Je pense que chez un patient jeune, moins de 70 ans, ça va être au-delà de 8 je pense. »*

Niveau cognitif

Un seul MG (**M11**) signalait tenir compte du profil du patient, en particulier sa capacité de compréhension et d'adhésion au traitement insulinique.

M11 : « *Et puis effectivement la capacité du patient à savoir se gérer, à savoir adapter ses doses, comprendre. »*

Existence de complications ou de comorbidités

La survenue de complications ou l'existence de comorbidités, notamment certaines pathologies aiguës, nécessitant une adaptation du traitement antidiabétique, étaient importantes à prendre en compte.

M1 : « *C'est vrai que si on a un patient avec une insuffisance rénale qui était sous metformine jusque-là, ça va être une des indications qui va me faire passer à l'insuline. »*

M11 : « *La présence ou non de complications, ou la présence d'évolution vers des complications du diabète qui font se dire que peut-être il faut se hâter d'équilibrer encore mieux. »*

M14 : « *Alors souvent les nouvelles recommandations, des personnes qui sont fragiles, qui ont des syndromes coronariens aigus, des AVC, enfin tous ceux qui sont à haut risque cardiovasculaire ou qui sont âgés et qui ont une espérance de vie inférieure à 10 ans, ceux-là, s'ils ont un taux d'hémoglobine glyquée aux alentours de 8, on garde cet objectif-là. Après ceux qui ne sont pas dans ce cas-là et qui sont supérieurs à 8, et bien on instaure. »*

M16 : « *J'en ai à instaurer quand j'ai des patients en échappement, quand j'ai des personnes âgées qui ne sont pas très bien équilibrées, qui ont une insuffisance rénale.»*

3.2 MG – Profil et stratégie thérapeutique

3.2.1 Stratégie thérapeutique

3.2.1.1 Impact des recommandations HAS

2 MG (**M14/M17**) convenaient qu'ils se basaient sur les recommandations de la HAS pour fixer les objectifs et définir leur conduite à tenir.

L'un d'entre eux (**M17**) avait même remarqué que cela avait permis de mieux cadrer sa prise en charge.

M14 : « C'est vrai que c'est fonction des objectifs d'hémoglobine glyquée, les personnes qui ne sont pas à l'objectif en fonction des recommandations HAS. »

M17 : « La mise en route de l'insulinothérapie, les recommandations ont quand même un petit peu évolué et on était un tout petit peu moins incisif sur l'hémoglobine glyquée. Donc moi je me base essentiellement là-dessus pour mettre en route. [...] Les recommandations HAS. »

3.2.1.2 Impact de la littérature

Pour 2 MG (**M1/M17**), la littérature avait un réel impact sur leur prise en charge de la maladie diabétique.

M1 : « Moi je n'ai jamais prescrit de Glitazones car dans la revue Prescrire, dès qu'elles sont apparues, ils ont dit qu'il ne fallait pas les utiliser car il y avait une augmentation de la mortalité cardiovasculaire. Et sur des études préliminaires qui ont été faites chez le rat, on peut avoir des doutes sur l'apparition de certains cancers, notamment les cancers des voies urinaires. Et donc je ne les ai pas prescrits, et effectivement elles ont été retirées du marché au bout de 7 ans pour la première, pour l'augmentation de la mortalité cardiovasculaire, et 2 ans plus tard pour les cancers de vessie. Voilà, donc c'est une revue que je lis depuis 25-30 ans, et c'est vrai qu'à la longue, on a l'impression qu'elle a toujours raison, du coup je la suis. »

M17 : « Les sulfamides, le Glibenclamide. Même si... je suis un gros lecteur de Prescrire... Donc même si dans Prescrire, sur l'étude UKPDS, on a peut-être l'impression qu'il y a eu une surmortalité quand il y a eu l'utilisation des deux en même temps. C'était peut-être un peu moins connu il y a quelques années. »

3.2.2 Impact des nouvelles thérapeutiques

3.2.2.1 Non-respect des recommandations HAS

2 MG (**M11/M12**) confiaient ne pas suivre les recommandations. L'un d'eux (**M11**) expliquait que l'association de metformine et gliptine en une seule prise permettait de diminuer la médication et donc d'améliorer l'observance du patient.

M11 : « Il y a la caisse qui nous pousse à prescrire un peu beaucoup le Diamicon, alors que jusque-là, on nous disait que ce n'était pas bien. J'avoue que je ne suis pas trop les recommandations de la caisse, en sachant que si le patient a déjà de la Metformine, c'est peut-être plus simple de lui rajouter un Janumet qu'un sulfamide qui est un cachet en plus. Il faut un peu faire la balance pour l'observance que va avoir le patient. Donc j'ai plutôt tendance à coupler les médicaments pour qu'ils en prennent un peu moins. »

M12 : « Très franchement, ce n'est pas ce qu'on nous recommande, en tout cas la HAS... [...] Les sulfamides je ne les utilise plus qu'en 3e intention, et que le Diamicon parce qu'on voyait plus d'hypoglycémies avec les autres. Et je mets donc en 2e intention les incrétines orales bien sûr d'abord. »

3.2.2.2 Prescription selon un profil particulier de patient

Un MG (**M10**) prescrivait les analogues du GLP1 mais les réservait pour des cas bien particuliers.

M10 : « [P : et les analogues du GLP1 ?] [...] C'est plutôt les obèses majeurs, hyperphages, que dans le cadre d'obésité morbide ou de problèmes alimentaires. »

3.2.2.3 Étape intermédiaire avant l'insuline

2 des MG interrogés (**M3/M8**) considéraient les analogues du GLP1 comme une étape intermédiaire qui permettait de retarder l'insulinothérapie, tout en restant avec un équilibre glycémique satisfaisant, en tout cas sans menace métabolique. Ils expliquaient que cela permettait un apprentissage progressif de la technique d'injection, sans avoir la difficulté de titration retrouvée avec l'insuline. Et pour l'un d'eux (**M8**), cela permettait également de retarder les contraintes liées à l'autosurveillance glycémique.

M3 : « Sachant quand même qu'il y a beaucoup de choses maintenant avant de faire de la Lantus. On a quand même une panoplie de médicaments par voie orale bien meilleure qu'autrefois et on n'a plus des gens qui se baladent avec des 9%. [...] Ils ont des RHD qu'ils respectent ou pas, mais ça tient quand même longtemps donc on ne passe pas rapidement à une insuline. »

M8 : « Donc souvent moi je fais un intermédiaire, je passe par le Victoza ou Byetta [...] Ça permet dans la tête du patient de commencer à apprendre à se piquer, à faire un geste. Et pour lui, ça n'a pas la même représentation que l'insuline car il ne va pas compter ses doses, il ne va pas faire ses dextros. »

3.2.3 Opposition à l'utilisation des nouvelles thérapeutiques

3.2.3.1 Rapport bénéfice/risque insuffisant

A l'inverse, 2 MG (**M1/M16**) refusaient de prescrire les incrétinomimétiques car le rapport bénéfice/risque semblait insuffisant.

M1 : « J'évite d'utiliser les autres classes thérapeutiques. [...] Pour des raisons de bénéfice non démontré, d'exposition à des risques. [...] Il n'y pas de bénéfice en terme de morbidité/mortalité, donc sachant qu'il n'y a que la Metformine qui a fait ses preuves, je préfère éviter d'exposer les gens à des effets indésirables pour simplement normaliser une biologie. »

M16 : « Les mettre sous insuline plutôt que de leur mettre des nouveaux médicaments qui sont prescrits par les diabéto mais qui ne servent pas forcément à grand-chose. Les français sont les rois du retard de la mise en route à l'insuline à ce que je sache, avec les labos qui essaient de nous faire prescrire des trucs qui n'ont rien prouvé en termes de morbimortalité mais qui ne montrent que des abaissements des chiffres d'HbA1c, mais qui est un marqueur intermédiaire. »

3.2.3.2 Manque de recul

Du fait de son manque d'expérience ou de connaissance des « nouvelles molécules », un MG (**M5**) préférait laisser la prescription initiale aux spécialistes. Il estimait ne pas avoir assez de recul pour pouvoir les instaurer lui-même.

M5 : « Même les nouvelles molécules, on ne les manipule pas trop bien, moins bien. Moi j'attends vraiment d'avoir une expérience, que ces molécules soient mises en place par les spécialistes, c'est pour ça que je travaille beaucoup avec les diabéto. »

3.2.3.3 Impact de la littérature

Là encore, la littérature avait son impact puisque 2 MG (**M13/M17**) suivaient ses jugements et recommandations, et n'initiaient pas ce type de traitement.

M13 : « Parce que c'est des médicaments que je ne connais pas bien et moi je suis beaucoup les recommandations de Prescrire. »

M17 : « Je ne suis pas persuadé, pareil toujours en lisant Prescrire, que le rapport bénéfice/risque est exceptionnel. »

3.2.3.4 Contraintes du caractère injectable

Contrairement aux MG qui trouvaient un avantage en prescrivant les analogues du GLP1 comme thérapeutique intermédiaire avant l'insuline, un MG (**M14**) ne les prescrivait pas, justement en raison des contraintes secondaires à cette forme injectable. Quitte à instaurer un traitement sous forme injectable, il préférait prescrire de l'insuline.

M14 : « C'est le fait de l'injection, c'est quand même plus contraignant. Moi j'ai tendance à partir après surtout sur de l'insulinothérapie si justement il n'y a pas d'efficacité en raison de la contrainte. [P: Pourquoi l'insuline plutôt que les analogues du GLP1 du coup?] J'essaie de mettre un médicament apparenté qu'on peut utiliser par voie per os, et si je n'ai pas d'autre possibilité, à ce moment-là j'aime autant passer par un traitement injectable voilà après c'est plus une habitude de prescription. »

3.2.3.5 Nouveaux traitements instaurés par le diabétologue mais renouvelés par le MG malgré son désaccord

Parmi les MG opposés à la prescription des nouvelles classes thérapeutiques incluant les inhibiteurs de la DPP4, un MG (**M13**) avouait les prescrire malgré tout, par le biais de renouvellements.

M13 : « Souvent, en fait, comme j'envoie les patients chez le diabéto pour mettre en route une insuline ou pour compléter le traitement, du coup en général, ils reviennent avec les nouveaux traitements. [...] Après, je les renouvelle quand c'est les diabéto qui les mettent mais je ne les initie pas. »

3.3 MG – Prise en charge globale complexe de la maladie

3.3.1 Observance des MHD et du traitement

De nombreux MG étaient d'accord sur le fait qu'il était nécessaire de réévaluer systématiquement la bonne observance du traitement et des MHD, et le mode d'évaluation était variable selon le MG.

M11 : « Alors déjà ça ne se fait pas sur une hémoglobine glyquée, en général le patient on le suit régulièrement. Je pense que la première des choses avant de passer à ça, c'est s'assurer de l'observance. Car il faut pas mal reconnaître qu'il y a pas mal de patients qui doivent être je pense assez inobservants. »

M14 : « Disons qu'en règle générale dans les différentes étapes d'introduction du traitement, on a déjà normalement répété au patient qu'il faut respecter les règles hygiéno-diététiques, et ça on le voit aussi avec le fait de peser le patient, le fait de faire le tour de taille par exemple ou des choses comme ça. Donc c'est sûr que si on se rend compte que le patient a un peu plus de mal à respecter les règles hygiéno-diététiques, on ira peut-être un peu plus rapidement vers des traitements... [...] Systématiquement je vérifie que les gens prennent bien leur traitement, qu'ils ne l'oublient pas. Car il y a des gens qui ne prennent pas leurs médicaments le weekend. »

M17 : « En discutant, je ne faisais pas d'enquête alimentaire très très poussée. »

Certains MG considéraient que leurs patients ne semblaient pas avoir de difficultés à discuter des problèmes d'observance.

M10 : « Oui, en général les gens disent les choses et donc en général, ma réponse est « Bon, on verra quand vous aurez fait le régime. » »

D'après un MG (**M10**), l'observance thérapeutique était décrite comme plutôt acceptable, contrairement à « l'observance de régime » qui paraissait parfois très fluctuante. Notamment pour ce même MG, le problème d'observance alimentaire pouvait apparaître bien avant d'atteindre un déséquilibre glycémique malgré une thérapie orale maximale.

M10 : « En général, les observances thérapeutiques ne sont pas trop mauvaises. C'est l'observance de régime qui est des fois très fluctuante. [...] Les problèmes de régime, c'est en général avant. [P : Avant d'augmenter votre dose de médicament ?] Quand on met Metformine bien suivie. »

Il arrivait que le patient souhaite faire preuve de bonne volonté, mais en reprenant l'enquête alimentaire, un des MG (**M13**) se rendait compte qu'il y avait des erreurs évidentes que le patient aurait pu éviter et dont ils avaient déjà parlé. Un autre MG (**M11**) se rendait bien compte qu'il fallait rediscuter et insister régulièrement sur les MHD.

M11 : « *Donc au bout d'un moment, quand on voit qu'on a refait le point, 1 fois, 2 fois, qu'on a réappuyé sur l'importance de bien prendre les traitements, les règles hygiéno-diététiques, et que rien ne bouge.* »

M13 : « *Pareil les règles hygiéno-diététiques, il y a des gens qui continuent à manger des tartes ou des trucs. [P: Ils te l'avouent les patients ça? Ils te disent souvent « Moi je ne peux pas faire mieux »?] Non, ils disent « Il faudrait que j'essaie d'arrêter ». Et puis après tu leur demandes ce qu'ils ont mangé la veille au soir et tu te rends compte que tu redis, tu dis : « Peut-être que là, il y a quand même beaucoup de sucre, vous avez mangé 2 bananes, on aurait peut-être pu faire autrement. ». »*

Pour un des MG (**M17**), le lieu d'exercice pouvait favoriser l'évaluation de cette observance, notamment dans de petites villes où globalement, le MG pouvait avoir la notion de ce que faisait son patient en termes d'activité physique.

M17 : « *C'était dans une petite ville donc on savait aussi les gens qui marchaient pas mal, qui avaient leur jardin. Ceux qui ne faisaient rien comme activité physique. Après l'alimentation, on en parlait.* »

Un MG (**M17**) expliquait la possibilité d'évaluer l'observance médicamenteuse du patient grâce aux délais entre chaque renouvellement ou au contrôle du stock lors des visites à domicile.

M17 : « *L'observance, ça me semble tout relativement facile. Car on connaît le nombre de comprimés, de nos médicaments, on a sur l'ordinateur, ou en visite on peut voir dans les placards ; si le patient vient tous les 3 mois pile, ou s'il vient tous les 3 mois plus 15 jours à chaque fois.* »

Enfin, un des MG (**M17**) soulevait la difficulté à prendre en charge un patient contre son gré, c'est-à-dire qui n'était pas observant.

M17 : « *Est-ce qu'on peut agir beaucoup sur les patients qui n'ont pas envie de faire gaffe à leur alimentation? Ça c'est difficile.* »

3.3.1.1 Difficultés à évaluer l'observance

2 MG (**M1/M11**) considéraient qu'il était très difficile d'évaluer l'observance, que ce soit l'observance médicamenteuse ou celle des MHD, car cela dépendait du bon vouloir du patient : « *le patient dit ce qu'il veut* ».

M1 : « *Oui, ça j'en parle régulièrement. Mais bon après c'est toujours quelque chose d'assez difficile à mesurer l'activité physique du patient. L'alimentation. [...] Oui, mais je pense que le problème principal il est aussi alimentaire. C'est-à-dire qu'en fait, on n'arrive pas vraiment à savoir ce que les gens mangent. [P: Tu as l'impression que les gens te cachent...] Oui.* »

M11 : « Déjà en lui demandant s'il prend bien ses traitements, mais je trouve que ce n'est pas toujours hyper... le patient te dit ce qu'il veut. »

3.3.1.2 Observance variable selon le type de patient

3.3.1.2.1 Selon l'âge

Pour 2 des MG (**M1/M12**), il y avait une différence d'observance liée à l'âge du patient. Les patients jeunes paraissaient plus enclins à respecter les MHD, avec un risque toutefois que cela ne dure pas sur le long terme et que le suivi médical soit très aléatoire. Alors que chez les personnes âgées, les difficultés d'observance étaient liées à l'accumulation progressive des comorbidités secondaires au vieillissement, responsables d'une diminution de l'activité physique et d'une prise de poids.

Patients jeunes

M1 : « La quarantaine jeune d'esprit, lui, il va bien se prendre en charge. Et même à la limite, je ne le verrai pas. Mais il peut aussi faire n'importe quoi avec son insuline, ne pas se surveiller. Moi j'en ai des comme ça, et moi je ne les vois pas. Ils viennent de temps en temps pour faire un renouvellement de traitement, ils n'ont pas de carnet de surveillance, ils se font un dextro tous les 36 du mois, une fois qu'ils ont envie d'en faire un. On se demande même des fois comment on n'a pas d'accident, mais bon ça fonctionne. »

M12 : « Après on voit des gens plus jeunes. Là on peut agir plus facilement sur le plan de l'activité physique ou sur le régime. [P: Pourquoi? Parce qu'ils sont plus réceptifs?] Ils sont plus réceptifs mais on sait aussi que c'est des choses qui ne vont pas tenir. Les jeunes sont souvent plus indisciplinés. Par moment, ils vont comprendre les choses, ils vont faire attention pendant 6 mois - 1 an et après ils vont tout relâcher. [...] Quand je dis jeune, je ne parle pas des diabétiques de type 1, je parle des gens de 40 ou 50 ans. »

Patients âgés

M12 : « On discute, mais c'est vrai que c'est souvent une population vieillissante, je parle des diabètes qui se déséquilibrent. Ça vient avec l'âge aussi, ce sont des gens qui se bougent moins. Oui bien sûr qu'on en parle, c'est important. [P: c'est réévalué?] Oui mais c'est surtout difficile de les convaincre. Il y a souvent un dérapage global. [...] Chez les patients âgés, on a plutôt l'impression que c'est progressif. Ce n'est pas qu'ils se relâchent. C'est plutôt la maladie qui progresse, et en plus ils ont d'autres pathologies qui font qu'ils bougent moins, qu'ils grossissent, etc. Donc c'est un cercle vicieux qui n'est pas le même chez le jeune. »

3.3.1.2.2 Selon l'origine ethnique

L'observance alimentaire paraissait également varier en fonction de l'origine ethnique du patient. Notamment, un MG (**M10**) prenait l'exemple de patients turcs chez qui le respect des MHD était très difficile à obtenir, contrairement à l'observance médicamenteuse qui semblait plutôt bonne.

M10 : « Ponctuellement, on peut avoir des gens chez qui c'est un peu compliqué. Par exemple avec les turcs car on ne sait jamais où on en est au niveau des RHD. On a des surprises monstrueuses. [...] Par contre le traitement, ils le prennent bien, mais on arrivera rapidement à des obésités. »

3.3.1.3 Délai pour exploiter les MHD

Lors de la découverte d'un diabète de type 2, un MG (**M12**) semblait d'accord pour respecter un délai de 3 mois de MHD avant d'instaurer tout traitement médicamenteux.

M12 : « Jamais plus de 3 mois. Par exemple j'ai un cas que j'ai dépisté hier sur un bilan simple, un monsieur que je n'avais pas vu depuis 2 ans, et il était là pour infection pulmonaire, il a 1.88 de glycémie à jeun, j'ai demandé une HbA1c au téléphone au labo qui est revenue à 8.8 et il pèse 115kg donc je ne suis pas persuadé que le régime... Donc je ne vais pas attendre 3 mois, je vais le traiter tout de suite. »

3.3.2 Insuline : facteur de remotivation pour les MHD

3.3.2.1 Présenter l'insuline comme une menace pour améliorer l'observance des MHD

Plusieurs MG considéraient l'insuline comme l'ultime traitement concernant un certain type de patients et la leurs présentaient comme tel. Chez des patients qui ne respectaient pas les MHD ou pour lesquels le suivi par des spécialistes était compliqué, 2 MG (**M6/M12**) pouvaient présenter l'insuline comme une menace.

M6 : « [...] face aux résultats, on dit bien aux gens qu'on va être contraint et forcé de le faire parce que visiblement malgré les efforts qu'ils ont pu faire, ça ne s'améliore pas. Et là je dirais qu'on leur laisse la dernière chance, l'ultime chance. Si un régime approprié peut être encore fait pour qu'ils le fassent, parce que bien souvent ils attendent la dernière minute pour ceux qui sont un peu récalcitrants pour vraiment corriger leurs erreurs alimentaires. Donc là, la pression est maximale, s'ils ne corrigent pas là, ils ne corrigeront jamais. »

M12 : « J'ai eu un patient qui dérape diététiquement depuis 6 mois, qui était pendant très longtemps équilibré [...], en prenant du poids, malgré un traitement oral maximal, donc je l'avais entre guillemets menacé de la piqûre. Ça c'est un truc à double tranchant. [...] Dans son cas, je l'ai utilisée un peu comme une menace car je sais qu'il se laissait aller sur le plan diététique, et je sais qu'il a horreur de ça, il a du mal à consulter les spécialistes. »

3.3.2.2 Menace d'hospitalisation à des fins de remotivation du patient

Parfois, un MG (**M12**) pouvait présenter l'insulinothérapie avec la nécessité d'une hospitalisation qui ferait peur au patient, et donc le remotiverait.

M12 : « Donc je lui ai dit « Il va falloir qu'on utilise autre chose, l'injectable, peut-être une hospitalisation ». Donc j'espérais quand même que ça l'aiderait, mais ça l'a aidé 2 mois puis il a relâché complètement. »

3.3.2.3 Retarder le passage à l'insuline grâce aux MHD

Pour obtenir une meilleure adhésion du patient aux MHD, et retarder ainsi de plusieurs années, l'instauration d'une insulinothérapie basale, un MG (**M6**) mettait en avant les inconvénients de l'insuline.

Cependant, d'après un des MG (**M10**), lorsque les patients avaient conscience que l'insuline était la prochaine étape, ils pouvaient avoir « des périodes très instables » sur le plan diététique.

M6 : « Si on arrive à leur enlever ça, les faire manger un peu plus tôt et avoir un peu d'activité physique, chez ces gens-là, on arrive à retarder de plusieurs années le passage à l'insuline. Donc il faut souvent se battre et mettre bien en balance l'inconfort du traitement par insuline par rapport à la restriction qu'ils sont obligés de faire pour y arriver.

M10 : « En général, on a un palier qui est très long avec les gliptines, et dans ce palier, il y a un peu le yoyo alimentaire, la 1^{ère}, 2^e année où on met les gliptines. Mais en général, ce sont des gens qui sont bien cadrés. Après quand les gens savent qu'ils vont bientôt avoir de l'insuline, il y a de nouveau des périodes très instables. »

À l'inverse, du fait d'une représentation très négative de l'insuline, la simple évocation de cette dernière, sans qu'elle soit présentée comme une menace, suffisait à déclencher chez des patients de réels efforts diététiques.

M9 : « Mais voilà, j'ai parfois ce type de propos violents : « L'insuline, c'est la mort, c'est un boulet à la patte », c'est-à-dire que tous les jours il faut faire les injections. On a introduit un traitement avec des ADO, on est passé en quelques mois en dessous de 8%, elle s'est même mis des pressions très importantes au niveau diététique, etc. »

3.3.3 Impact des complications du diabète

Un seul MG (**M12**) rendait compte de l'impact variable des complications du diabète sur l'observance du traitement. Chez certains patients, le fait d'évoquer le risque des différentes complications avait un impact positif et les remotivaient pour mieux respecter les MHD, en allant parfois même jusqu'à la quasi normalisation de leur HbA1c. Alors que pour d'autres, cela ne pouvait avoir aucun impact.

3.3.3.1 Facteur de remotivation pour les MHD

M12 : « J'ai un autre patient qui a fait un régime 3 mois, qui prend un comprimé de Metformine 500 x 2 et il est passé de 8 à 6,9. Mais en 3 mois, il a perdu 8kg. Par exemple chez lui quand je lui ai parlé des complications, il a eu peur. »

3.3.3.2 Indifférence vis-à-vis du risque de complications

M12 : « Et il y en a qui s'en foutent complètement, chez qui ça n'a aucun effet. »

3.3.4 Mise en place de l'ETP

3.3.4.1 ETP complexe et chronophage

Les caractères complexe et chronophage de l'ETP étaient soulignés par 2 MG (**M1/M11**) : savoir prendre le temps en consultation et tenir compte d'autres facteurs tels que le niveau de compréhension et d'observance du patient, ainsi que ses fausses croyances par rapport à la maladie diabétique.

M1 : « Je veux dire une consultation de diabétique c'est long. En moyenne, c'est une demi-heure, en règle générale, à peu près. Donc après ça peut varier de 20 minutes à 1h, c'est vraiment variable. Mais je ne pourrais pas m'engager dans la démonstration des utilisations. »

M11 : « Le diabète ça me paraît être quelque chose de très chronophage si on veut bien le faire, en sachant que tous ces facteurs : temps, compréhension du patient, observance, tout ce qui est aussi de l'ordre du cliché ou du préjugé sur la maladie. »

3.3.4.2 Difficultés de l'ETP diététique

Pour faire face aux difficultés relatées plus haut, d'obtenir des résultats satisfaisants d'observance diététique, un MG (**M14**) avait parfois recours à des spécialistes.

M14 : « Des fois, moi ce qui me gêne beaucoup, c'est le respect des règles hygiéno-diététiques, et ça j'avoue des fois que c'est difficile, on a l'impression qu'on n'arrive pas à faire en sorte que le patient respecte. Du coup nous on essaye de travailler peut-être avec des médecins nutritionnistes ou des endocrino ou des diabéto. »

3.3.4.3 Importance de l'environnement familial pour l'ETP

Par ailleurs, nous avons déjà évoqué le caractère variable de l'observance des MHD selon l'origine ethnique. Et la barrière linguistique constituait une difficulté supplémentaire pour la mise en œuvre de l'ETP.

M10 : « J'ai pas mal de turcs, alors là, c'est très très compliqué au niveau du régime. Si on n'a pas une fille qui vient qui est fiable. Là j'ai la chance d'en avoir très souvent, mais c'est si la fille ainée est fiable, et qu'elle parle bien français, là on arrive à faire quelque chose. [P : L'entourage c'est quand même super important.] Oui ! Si on n'a pas ça... »

3.3.5 Difficultés à cibler les objectifs thérapeutiques

Un des MG (**M14**) exprimait ses difficultés à s'adapter aux recommandations de la HAS, qui ne lui semblaient pas toujours très claires. Il lui paraissait difficile d'évaluer l'espérance de vie du patient et de lui fixer des objectifs thérapeutiques.

M14 : « Je sais que dans les recommandations HAS il y a un arbre décisionnel, mais c'est vrai que, personnellement, je le trouve un peu compliqué. Après c'est sûr que le diabète c'est quand même un peu compliqué. C'est parfois en voulant simplifier à l'extrême qu'on fait aussi des erreurs, mais parfois quand c'est trop compliqué, c'est difficile aussi de... [...] Mais après, il y a toujours des situations où c'est difficile, où les gens ne suivent pas bien le traitement malgré toutes les recommandations. Et c'est assez difficile aussi d'apprécier l'espérance de vie d'un patient. Ce n'est pas toujours facile de voir dans quelle cible d'hémoglobine glyquée il rentre. »

3.3.6 Retentissement sur la relation MG - patient

Un praticien (**M12**) exprimait la complexité de la relation avec certains patients. Le fait de décider d'une prise en charge pour lesquels ils n'étaient pas forcément en accord, le plaçait parfois dans une position difficile, jusqu'à menacer de rompre le lien soignant-soigné.

M12 : « Mais après, j'ai même haussé la voix, en disant « Mais arrêtez, vous êtes comme si j'étais face à un gamin de 15 ans, un adolescent qui refuse tout ! ». J'ai dit « Écoutez, si c'est comme ça, je ne peux plus vous soigner. ». [...] J'ai un patient jeune, que j'ai suivi pendant 2 ans, qui était une catastrophe, qui a vu les diabéto, qui ne venait pas aux rendez-vous. Je le menaçais : « Mais moi, ce n'est pas la peine que je vous soigne si vous ne venez pas », et je ne l'ai plus jamais vu. »

3.3.7 S'adapter aux choix du patient

C'est pourquoi, un autre MG (**M13**) expliquait qu'il était parfois obligé de se résoudre à attendre l'accord du patient sur la prise en charge. Il était impossible de le forcer, notamment de l'adresser au diabétologue pour instaurer une insulinothérapie.

M13 : « Mais il y a des gens qui sont radicalement opposés donc faut que ça fasse son chemin, tu ne peux pas les envoyer chez le diabéto, les forcer à avoir de l'insuline. [...] Mais après une fois que tu sais ça, ça ne change pas grand-chose, parce que tu le redis une fois, tu l'expliques. Si au bout de 3-4-5 mois, ils ne prennent toujours pas leur traitement le weekend, c'est qu'on est à un traitement maximal. Tu ne peux pas leur donner dans la bouche le weekend. Tu ne peux pas leur imposer une infirmière le weekend qui va les surveiller comme des enfants, pour leur mettre leurs médicaments dans la bouche. Il y a un moment, tu es obligée de t'adapter à ce que font les gens. »

Pour un praticien (**M1**), le MG devait tenir compte de la qualité de vie du patient, ainsi que de ses priorités, qui n'étaient d'ailleurs pas toujours similaires.

M1 : « Après il faut aussi écouter les gens parce qu'eux n'ont pas forcément les aspirations des médecins. Il y a des médecins qui veulent absolument normaliser tous les paramètres. On n'est pas là pour normaliser des paramètres. Les gens ont une vie derrière. [...] Donc il y a une fois quelqu'un qui m'a quand même fait un peu réfléchir, un diabétique pas bien équilibré, à qui je réexpliquais l'alimentation, le traitement, etc. Et qui m'a dit « Bah vous êtes gentil docteur, mais faut savoir que pour moi ce qui compte, c'est autant la qualité de vie que la quantité de vie ». »

3.4 Patients – Vision et vécu de la maladie

3.4.1 Point de vue personnel du patient

3.4.1.1 Maladie asymptomatique

Le caractère silencieux ou asymptomatique de la maladie, en tout cas en l'absence de certaines complications, s'avérait être une des difficultés rencontrées par le MG lors de l'ETP.

M9 : « Les patients diabétiques disent « Moi je ne sens rien, certes les prises de sang ne sont pas bonnes mais je ne m'en rends pas compte ». Donc c'est ça le premier frein, d'expliquer quels sont les risques, les complications à long terme pour le diabétique. Et ça, c'est quelque chose qui n'est pas perçu par les patients au début de la maladie. »

3.4.1.2 Impact de la terminologie médicale

Pour un des MG (**M4**), le fait d'avoir classé le diabète en différentes classes a eu un réel impact sur les patients. Différencier le diabète insulino-traité/ non insulino-traité, insulino-dépendant/non insulino-dépendant, ou même encore diabète de type 1/ diabète de type 2.

D'après lui, les médecins n'auraient jamais dû informer les patients de ces différentes terminologies médicales du diabète, et ne les garder que pour en discuter entre professionnels. Cela permettrait au médecin d'avoir un meilleur impact sur son patient.

En effet, selon lui, le patient a cette impression que sa pathologie n'est pas « grave » ou plutôt pas à risque de complications, parce qu'il ne prend encore que des comprimés.

M4 : « Je n'arrête pas de le dire et de le crier qu'on n'aurait jamais dû mettre un chiffre au diabète. Point barre. On aurait dû l'avoir entre nous, entre professionnels, mais sûrement pas pour la population. [P : L'HbA1c ?] Non ! Le diabète non insulino-dépendant du diabète insulino-dépendant. C'est un discours qui n'aurait jamais dû être instauré. C'est-à-dire que les gens font la part des choses, et que quelque part pendant des années ça continue : « J'ai un petit diabète moi, je prends des cachets ». Il n'y pas de petit diabète. Moi je leur dis que les complications sont les mêmes dans le long terme, si ce n'est qu'à la fin vous finirez avec de l'insuline. Mais s'il y avait une réflexion à se faire sur le diabète, c'est d'avoir un code professionnel, mais sûrement pas une gradation de population. [...] Ce n'est pas leur mentir, mais c'est surtout leur faire comprendre qu'il y a un diabète et que c'est grave. Mais ce n'est pas du tout perçu comme ça. Je dirais même mieux, ils ont un diabète : « Je prends mes cachets, je continue à manger puisque j'ai mes cachets ! ». Si on dédiabolise une pathologie, parce que pour l'immense majorité des gens, le DNID n'est pas un diabète grave. Et pourtant il donne les mêmes complications. Gestuellement, il y a une différence entre prendre un cachet avec un verre d'eau que de prendre une piqûre. [...] Je dirais même mieux, que quelque part, si on n'avait pas parlé de type 1 ou de type 2, on aurait plus d'impact sur nos patients. C'est-à-dire mettre une globalité et nous on grade. [...] Moi je trouve que sur le diabète, il faudrait revoir l'approche sociétale, et de se dire qu'il faudrait qu'on discute entre professionnels de santé et de mettre « le diabète ». »

3.4.1.3 Image négative de la maladie

Les patients avaient parfois une représentation assez négative de leur maladie diabétique, qui pouvait leur donner l'impression de ne pas être normal. Il arrivait même qu'ils éprouvent un sentiment de honte face à cette « *maladie sale* ».

3.4.1.3.1 Sentiment de ne pas être normal

| **M9** : « *Quand je les vois et des exemples on en a plein : « Je veux être normal ».* »

3.4.1.3.2 Sentiment de honte

| **M7** : « *J'avais une patiente qui était sous insuline, mais je crois que ce n'est pas moi qui l'avait mis. Ça n'a rien à voir avec l'insulinothérapie. Mais qui me disait toujours, pour elle le diabète, c'est une maladie sale. Elle n'acceptait pas sa maladie. Elle aurait préféré un bon cancer, ou un bon infarctus. C'est la seule qui ne m'ait jamais dit ça. Pour elle c'était une maladie un peu honteuse.* »

3.4.2 Impact du contexte social

Selon un MG (**M5**), l'annonce de la maladie diabétique était reçue différemment en campagne. C'est-à-dire que le diabète pouvait être minimisé. Et l'annonce de l'organisation par la suite, du bilan des complications articulé autour de divers professionnels de santé, lui semblait également difficile à faire accepter et très chronophage.

| **M5** : « *Faut pas croire, en campagne, quand on dit à quelqu'un qui a 1,35 de glycémie avec une hémoglobine à 6,7, « Monsieur, vous êtes diabétique. » - « Mais enfin vous rigolez! C'est parce que j'ai fait la fête la veille! » Donc c'est déjà une démarche pas simple à faire de dire à quelqu'un « Vous êtes diabétique ». Après de dire à quelqu'un « Il va vous falloir un bilan ophtalmo, cardio, surveiller vos urines », ça c'est déjà une grosse démarche qui nous prend beaucoup de temps.* »

3.4.3 Impact de l'entourage

3.4.3.1 Impact du diabète dans l'entourage

Un MG (**M4**) rendait compte de l'impact sur le patient d'avoir une personne diabétique dans son entourage proche. Le fait d'avoir vécu l'instauration de l'insuline chez cette personne pouvait influencer ou modifier sa représentation de la maladie diabétique.

| **M4** : « *Exemple d'un patient : problème: c'est que sa femme à lui est déjà diabétique et elle est devenue insulinoécessitante, donc il l'a vue basculer du cachet à l'insuline. Donc lui, c'est pas le diabète qui l'a perturbé, c'est l'insuline. Je vais te donner mon raisonnement mais qui est logique : il a occulté son DT2. Mais je connais toute la démarche qu'il est en train de faire « Madame M. a eu de l'insuline au bout de 10 ou 15 ans, je vais faire un petit peu moins qu'elle ». [P : « Et peut-être que j'aurai une chance de ne pas finir comme elle? »] Voilà ! Ils sont extrêmement primitifs... »*

Un autre MG (**M11**) rapportait les « *clichés ou préjugés sur la maladie* » véhiculés par certains patients. Ces idées étaient secondaires au vécu de la maladie dans leur entourage. Le diabète pouvait automatiquement être synonyme de complications s'ils connaissaient des personnes porteuses d'un diabète compliqué.

M11 : « Le diabète, ça me paraît être quelque chose de très chronophage si on veut bien le faire, en sachant que tous ces facteurs : temps, compréhension du patient, observance, tout ce qui est aussi de l'ordre du cliché ou du préjugé sur la maladie. Parce que tu as des gens qui vont te dire « Oh ben oui, mon grand-père était aveugle, on lui a coupé une jambe. »

3.4.3.2 Perception de la maladie par l'entourage

Selon 2 MG (**M5/M9**), la perception de la maladie par l'entourage du patient pouvait être un frein à la prise en charge. Cela rejoignait les sentiments éprouvés par le patient, développés plus haut, de honte ou de ne pas être normal.

M5 : « [P: [...]] *est-ce qu'il y a des choses qui vous freinent, ou qui freinent les patients?* Des gens, oui. Parce que le fait d'être diabétique ici, c'est encore une maladie un peu honteuse. « Oui, lui il est diabétique, l'infirmière passe chez lui tous les jours lui faire de l'insuline ». Alors que voilà, il n'y a rien d'honteux. »

M9 : « « Quand je prends mes médicaments, tout le monde me demande comment ça va. »»

3.5 MG – Préparation du patient en amont

3.5.1 Anticipation dès la découverte du diabète

Plusieurs MG (**M1/M4/M16/M17**) s'accordaient sur la nécessité d'anticiper, de bien préparer en amont le patient à l'insulinothérapie, et ce, dès la découverte du DT2. En particulier chez les patients jeunes, pour lesquels l'insuline serait presque inévitable, de par l'évolution naturelle de la maladie.

M1 : « Après j'essaie quand même de les préparer tôt. Pratiquement dès qu'ils ont leur trouble diabète. J'essaie de leur dire dès le départ qu'à un moment l'insuline sera inéluctable. Que s'ils vivaient éternellement, bah en fait forcément ils seraient sous insuline. »

M4 : « Oui, je leur fais comprendre qu'il y a de très fortes chances qu'ils vont finir avec de l'insuline. Je les prépare. »

M16 : « Parce que au départ, quand ils sont mis sous traitement on leur dit « Non non pas d'insuline ! » Mais si on leur dit d'emblée qu'un jour ils en auront peut être ! Je pense que tout doit se faire un peu en amont. [...] Mais tout ça, ça se prépare, ça s'anticipe. »

M17 : « Souvent quand je découvre un diabète, surtout si c'est un patient assez jeune, je lui explique qu'à priori, un jour ou l'autre, dans les 30 ans qui viennent, il faudra peut-être qu'il soit sous insuline quand même. Car apparemment l'évolution, c'est toujours à peu près ça. Donc ça j'essaie de lui dire [P: De le préparer] On va d'abord faire un traitement par règles hygiéno-diététiques et si ce n'est pas suffisant, on va mettre des médicaments, après si ce n'est pas suffisant il faudra passer à l'insuline. J'essaie de les préparer d'emblée ou dans les mois au début. »

3.5.2 Préparation progressive et répétée du patient

Afin de préparer au mieux le patient à l'insuline, 7 des MG rapportaient procéder de manière progressive et répétée.

Certains attendaient d'avoir des taux d'HbA1c non satisfaisants, et d'autres préféraient débiter les explications bien avant le déséquilibre glycémique.

Durant cette préparation, un des MG (**M7**) essayait de « *casser les idées reçues* » des patients, et un autre (**M16**) essayait d'exposer les avantages de l'insulinothérapie.

M6 : « *On procède par plusieurs étapes : on annonce au patient que si les choses continuent à évoluer comme elles évoluent, il ira vers l'insuline, de façon à ce qu'il s'y prépare psychologiquement.* »

M7 : « *Et puis de toute façon, on anticipe comme ils font les diabétologues. Ils en parlent avant de l'insuline. Si on n'en parle pas avant, c'est forcément mal digéré, et on essaie de casser un peu les idées.* »

M11 : « *Alors en général, je les prépare en leur disant « Voilà les chiffres ne sont pas bons, méfiez-vous, on va peut-être devoir passer à de l'insuline. ». Et après il y a un moment, je leur dis « Voilà, je vais vous adresser au diabétologue ».* »

M14 : « *[P: Et donc ça comment vous procédez en général, vous les préparez un certain temps avant?] Oui effectivement, quand on voit que ça se dégrade progressivement et qu'on va être obligé d'envisager un traitement par insuline. Donc en général on essaie de les préparer tout doucement et on voit si c'est quelque chose qui est acceptable pour eux.* »

M15 : « *La persuasion. C'est sûr que l'entretien et les explications que l'on donne à N+1 reprises au patient finissent par avoir raison.* »

M16 : « *Ce qu'il faut, c'est ne pas leur dire du jour au lendemain « Bon allez, là je vous mets sous insuline parce que ça ne va plus ». D'emblée, on leur dit que forcément un jour, il y aura très souvent besoin de passer à l'insuline parce que le pancréas marche de moins en moins. [...] Si on a des résultats qui ne sont pas très bons, là on leur explique qu'ils auront un peu moins de comprimés et qu'ils seront mieux et plus en forme quand même. Il ne faut pas avoir peur. Alors après, est ce que c'est le médecin qui a peur ou autre ? Après, si on anticipe, si on en parle avec les gens... »*

M17 : « *Je préparais quand même mes patients, je ne faisais pas ça dès la première hémoglobine glyquée à 8 ou 8.5%.* »

3.5.3 Rassurer le patient

2 des MG (**M7/M14**) rapportaient les craintes évoquées par les patients concernant la contrainte générée par un traitement insulinaire, et la prise de poids. Là encore, il leur paraissait nécessaire d'anticiper, de prévenir les patients en leur délivrant des explications adaptées.

3.5.3.1 Peur de la contrainte

M14 : « *Il y a des patients qui ont peur aussi car ils trouvent ça très contraignant alors c'est vrai qu'il faut savoir aussi prendre le temps, expliquer.* »

3.5.3.2 Peur de la prise de poids

M7 : « *[P: Oui mais on sait que les gens ont du mal à raisonner, à dire « Ah oui, finalement quand on regarde il y a 20 ans, j'avais un poids qui était encore plus élevé. »] Bien sûr, mais il faut travailler là-dessus. Et je trouve que ça aussi, d'anticiper avant, de prévenir, c'est de toute façon toujours mieux. C'est mieux que l'inertie.* »

3.5.3.3 Déculpabiliser le patient

Il était parfois nécessaire pour un MG (**M16**) de déculpabiliser le patient par rapport à sa maladie et à la nécessité de débiter une insulinothérapie.

M16 : « *Et voilà, ce n'est pas parce qu'ils n'ont pas bien fait, qu'ils n'ont pas de chance. Presque tout diabétique non insulino-dépendant devient un jour insulino-requérant. C'est l'évolution normale de la maladie.* »

3.5.3.4 Modification de perception de la maladie / symbole de gravité

Un MG (**M12**) relatait que, pour certains patients, entendre parler de l'insuline signifiait que leur maladie s'aggravait et ils refusaient de l'accepter. Pour pallier à cela, il expliquait l'intérêt du suivi biologique par le dosage régulier de l'HbA1c, qui apparaissait comme une preuve jugée plutôt objective à apporter au patient.

M12 : « *Disons que l'insuline, ça a toujours l'image de « ma maladie s'aggrave », donc il y a toujours le refus de l'aggravation de la maladie mais on a quand même des chiffres pour leur montrer. Donc c'est quand même relativement objectif avec un suivi biologique maintenant, surtout avec l'HbA1c qui n'existait pas il y a 25 ou 30 ans quand j'ai débuté. C'est beaucoup plus facile avec ça.* »

3.5.4 Stratégie en pratique

3.5.4.1 Dédramatisation grâce aux explications et aux démonstrations techniques

Afin d'améliorer l'adhésion du patient au traitement insulinique, un MG (**M10**) délivrait des explications visant à dédramatiser la situation, et pour cela, il s'appuyait sur du matériel thérapeutique dont il faisait la démonstration.

M10 : « *[P : Alors vous leur donnez quoi déjà comme explications ?] Qu'il ne faut pas s'affoler, c'est surtout des informations de dédramatisation, en leur disant que le principal problème, c'est de se piquer au doigt, ce n'est pas la piqûre d'insuline, que c'est facile à faire. Je leur montre, j'ai toujours des stylos.* »

3.5.4.2 Place de l'ASG en amont

L'éducation à l'ASG pouvait avoir une place bien définie dans la préparation du patient à l'insulinothérapie. Elle pouvait d'ailleurs être considérée comme une étape intermédiaire à l'insulinothérapie en étant initiée avant le déséquilibre.

3.5.4.2.1 Pas de préparation en amont

Toutefois, un des MG (**M13**) admettait ne pas préparer ses patients à l'ASG avant d'instaurer une insulinothérapie. Cela pouvait même être considéré comme sans intérêt chez un patient non insulinotraité bien équilibré. (**M12**)

M12 : « *Moi j'utilise peu les lecteurs de glycémie chez les gens qui n'ont pas d'insuline, enfin j'utilise quand même dans certains cas. Mais c'est peut-être un tort, parce que du coup faut que je leur apprenne ça en même temps, c'est un peu plus complexe. Je n'utilise pas trop quand ils sont biens, sous ADO, avec une HbA1c stable. Je ne vois pas trop l'intérêt. »*

M13 : « *[P: Est-ce que tu leurs prescrites des lecteurs, tu vérifies tout ça? [...]] Si tu sais que le patient va être mis sous insuline et qu'il a un profil qui répond à faire son injection tout seul, est-ce que tu fais tout ça avant?] Avant, peut-être pas. Comme ça, je pense que non. Mais par contre, je surveillerai comment ça se passe après. »*

3.5.4.2.2 Initiation à l'ASG dès le début du déséquilibre

Initier le patient à l'ASG dès le début du déséquilibre glycémique permettait de juger de l'impact des explications répétées des MHD, et donc de vérifier si l'objectif thérapeutique fixé initialement était atteint.

M14 : « *La surveillance glycémique, elle a pu être instaurée avant quand même, quand le diabète est déséquilibré pour voir après les objectifs. [P: Donc ça c'est intéressant, la surveillance glycémique, vous la mettez quand même avant d'instaurer l'insuline?] Oui. Quand effectivement on se rend compte qu'on a du mal à arriver à l'objectif. Qu'on essaie de donner des règles hygiéno-diététiques et qu'on se rend compte qu'on n'y arrive pas. »*

3.5.4.2.3 Étape intermédiaire avant l'insuline

Face à une ETP jugée complexe et chronophage, familiariser le patient à l'ASG pouvait être une étape intermédiaire avant l'insuline. Cela permettait ainsi de fractionner l'ETP et donc de ne pas délivrer trop d'informations au patient lors de l'instauration de l'insulinothérapie.

M12 : « *Maintenant je pourrais peut-être l'utiliser comme une étape avant l'insuline. En en parlant, c'est vrai que ça pourrait... [...] Et puis c'est un petit passage, un cran au-dessus de la maladie. [...] C'est vrai que j'ai tendance à faire tout en même temps, c'est peut être beaucoup de choses d'un coup. Je pourrais très bien quand je vois que ça dérape. »*

3.5.4.3 Sulfamide comme palier pour débiter la préparation

L'ajout d'un sulfamide ou l'atteinte de sa posologie maximale pouvait être le moment opportun pour commencer à préparer le patient à l'insulinothérapie.

M10 : « Dès qu'on commence les sulfamides, je commence à parler d'insuline en mettant vraiment les choses en place, en leur expliquant vraiment techniquement comment ça va se passer. Quand ils sont à la dose max de sulfamide. En général, il y a 1 an entre les 2. Dès qu'on arrive à dose max des gliptines, je leur explique qu'on va mettre un sulfamide, mais que c'est quelque chose de vraiment transitoire. »

3.6 MG - Leviers pour l'insuline

3.6.1 Suivi des recommandations

3.6.1.1 Recommandations récentes et claires

Un des MG (**M9**) jugeait les dernières recommandations de 2013 de la HAS suffisamment claires pour prescrire de l'insuline sans aucune difficulté.

M9 : « Après, au niveau freins sur la prescription d'insuline, je ne peux parler qu'en mon nom, je n'ai pas l'impression d'avoir de freins particuliers, il y a des recommandations, qui existent notamment au niveau de la HAS, il y en a qui datent de 2013 qui sont quand même assez claires là-dessus. »

3.6.1.2 Connaissance des objectifs cibles et des indications

Pour 2 des MG interrogés (**M9/M14**), la connaissance des indications de l'insuline ainsi que les objectifs thérapeutiques cibles de leurs patients, en tenant compte des comorbidités, des contre-indications ou des effets secondaires des ADO, etc., évitait les barrières de prescription d'une insulinothérapie basale.

M9 : « On a des objectifs cibles d'HbA1c en fonction des populations, de comorbidités cardiovasculaires, les femmes enceintes, les personnes qui sont vraiment âgées, l'évolution de la maladie, l'âge par rapport au début de la maladie, qui jouent là-dessus. Enfin moi je me réfère là-dessus, enfin moi je n'ai pas l'impression d'être particulièrement bloqué, moi en tant que professionnel, sur l'introduction. »

M14 : « Bon après, il y a le problème de l'insuffisance rénale aussi. On est amené souvent à modifier nos traitements, et ça c'est vrai que c'est peut être un autre débat aussi. [...] Mais c'est vrai que oui la Metformine, notamment on est embêté avec l'insuffisance rénale, on a tendance à mettre plus facilement de l'insuline. Et c'est vrai qu'il y a le problème de tolérance avec les sulfamides. Le problème des hypoglycémies, avec le Diamicon qui serait un peu moins présent. Mais oui ça peut être aussi ça, des choses qui nous incitent à mettre une insuline alors qu'on ne l'aurait pas forcément mise au départ. »

3.6.2 Formation du MG

3.6.2.1 Formation récente et correcte / aide de la FMC

Pour l'un des MG (**M9**), sa formation initiale était suffisamment récente pour lui permettre de n'avoir aucun blocage à prescrire de l'insuline.

M9 : « Après je pense que c'est de mon côté. Comme je me suis présenté au départ, je pense que ma formation initiale n'est pas si ancienne que ça donc j'estime que j'ai encore l'esprit frais là-dessus. Je ne me sens pas bloqué, en difficulté, je n'ai pas de craintes là-dessus. »

Ce même MG jugeait d'ailleurs que les outils de FMC actuels libéraient les MG de toutes barrières de prescription. Mais il estimait que le recours au spécialiste était toujours possible en cas de difficulté.

M9 : « Après au niveau professionnel, on a quand même beaucoup d'outils de formation, il y a la formation médicale continue. C'est des traitements qui existent quand même depuis longtemps. Après je pense aussi quand on est en difficulté, il y a toujours des endocrinologues qu'on peut solliciter pour introduire une insulinothérapie si on ne s'en sent pas. Mais pour moi, le système est fait d'une manière qu'on ne devrait pas avoir de freins à l'introduction de ce médicament. On a des outils de FMC, et partant de là, moi c'est un traitement que je ressens comme un autre. De mon point de vue, je suis à l'aise avec ça. »

3.6.2.2 Intérêt pour une discipline qui a beaucoup progressé

L'intérêt pour le domaine de la diabétologie pouvait inciter le MG à se former, et donc faciliter l'instauration d'une insulinothérapie basale.

M12 : « Moi, c'est quelque chose qui m'intéresse vraiment le diabète. Bon on n'est pas tous pareils. Il y a ce côté-là qui m'intéresse qui fait que je le fais. Je n'ai pas l'impression d'avoir trop de freins. [...] Je me forme dans ce domaine-là parce que ça m'intéresse. Je ne me forme pas par obligation. [...] Je trouve que c'est quelque chose qui a changé vraiment le traitement du diabète. »

3.6.3 Facilité d'adaptation du MG à la prise en charge

3.6.3.1 Simplicité du traitement par insuline basale

La simplicité du traitement par un analogue lent de l'insuline était soulignée par 2 MG (**M5/M12**). L'un d'eux (**M12**) considérait d'ailleurs qu'en 25 ans, les thérapeutiques disponibles pour le diabète étaient devenues nettement plus variées. Et l'apparition de la Lantus, avait justement permis de simplifier la prise en charge thérapeutique du diabétique de type 2.

M5 : « Mais dès qu'il y a une insulinothérapie à mettre en place, c'est plus difficile, à part une insulinothérapie bedtime, des Lantus,... Le soir, ça c'est plus facile, car on ne prend pas beaucoup de risques. »

M12 : « La prise en charge du diabète en 25 ans, elle a énormément changé. À mes débuts, je trouvais cette pathologie pas très sympa parce qu'en tant que généraliste, on n'avait pas beaucoup de choix : on avait les ADO, la Metformine, et même là-dedans on n'avait pas beaucoup d'ADO différents, donc pas très pratique. Et heureusement, avec l'avènement de la Lantus, l'insulinothérapie est devenue quelque chose d'abordable pour le médecin généraliste. »

3.6.4 Expérience professionnelle du MG

L'expérience professionnelle était reconnue comme un levier pour instaurer une insulinothérapie basale.

3.6.4.1 Expérience initiale

Un des MG (**M2**) rapportait son expérience professionnelle initiale dans un service, où il avait pu pratiquer de la diabétologie.

M2 : « *Donc oui j'ai eu une expérience en diabéto lors de ce remplacement hospitalier ce qui fait que oui, je pense, j'instaure relativement facilement de l'insuline basale.* »

3.6.4.2 Expérience régulière

Un autre MG (**M9**) évoquait son expérience professionnelle actuelle, étant confronté régulièrement à des diabètes déséquilibrés chez des personnes âgées en EHPAD.

M9 : « *En sachant que moi j'interviens beaucoup en maison de retraite auprès de personnes âgées donc beaucoup de personnes qui sont diabétiques donc je suis confronté tous les jours à des situations de patients qui ont des hémoglobines glyquées qui sont hautes quand je les prends en charge.* »

3.6.5 Profil du patient

3.6.5.1 Patient jeune

Le critère de l'âge était pris en compte par un des MG interrogés (**M8**), qui admettait ne pas hésiter à instaurer une insulinothérapie en cas de déséquilibre glycémique chez un patient jeune traité par ADO.

M8 : « *Donc c'est là aussi qu'il ne faut pas hésiter quand on est face à un patient jeune, quand on n'est plus dans les clous avec les ADO, à passer sous insuline pour éviter les complications.* »

3.6.5.2 Niveau de compréhension

Parfois, pour le MG, le faible niveau de compréhension pouvait être considéré comme un levier pour instaurer une insulinothérapie.

Un MG (**M11**) exprimait qu'il avait en effet plus de facilités en mettant en place une infirmière chez ce type de patient. En opposition à un patient dont le niveau de compréhension plus élevé lui aurait permis de s'opposer plus facilement à l'insuline.

M10 : « *C'est pour ça que je disais tout à l'heure: finalement quand le patient comprend peut-être moins, c'est peut-être plus simple de le lancer sur le chemin de l'insuline que quelqu'un qui comprend tout bien et qui va vous dire « Oui mais moi non, je ne veux pas. » [...] Voilà, des fois, on se sert un peu, je ne dirais pas du manque de compréhension, enfin si peut-être un peu du manque de compréhension pour « Allez! On va le faire, on va le mettre ! Les infirmières sont là, sont derrière, donc on peut gérer! ».* »

3.7 Patients - Leviers pour l'insuline

3.7.1 Importance de l'ETP

3.7.1.1 Meilleure prise de conscience de la maladie

Un des MG (**M12**) faisait le constat chez ses patients d'une amélioration de la prise de conscience de la maladie diabétique. Il ne lui semblait plus nécessaire d'évoquer de graves complications pour que le patient adhère à la prise en charge.

M12 : « *Non sinon dans ce domaine-là j'essaie de me battre. Mais quand même, les gens ont de plus en plus conscience de ce qu'est un diabète et de ses complications. Ils le savent, on n'est pas obligé de parler d'amputation. Mais je crois quand même que c'est rentré dans les mœurs.* »

3.7.1.2 Impact de l'ETP par l'IDE ASALEE

Un autre des MG (**M5**) constatait que la proportion de patients opposés à l'insulinothérapie, en raison de son caractère injectable, diminuait grâce au développement de l'ETP par l'IDE ASALEE.

M5 : « *[P: [...] il y a d'autres choses qui leur font peur aux patients?] Le côté injectable, le côté piqûre. Après maintenant, cette proportion-là diminue. Il y a un vrai travail de notre part, de l'infirmière ASALEE qui prend en charge les gens en surpoids essentiellement diabétiques.* »

3.7.2 Impact sur la relation avec le MG

Un MG (**M12**) prenait l'exemple d'un patient qui refusait obstinément l'hospitalisation pour instaurer une insulinothérapie, pour lequel il avait été forcé de le menacer de rompre la prise en charge afin de le raisonner.

M12 : « *J'ai dit « Écoutez, si c'est comme ça, je ne peux plus vous soigner ». Il a fini par céder.* »

3.7.3 Environnement médiatique

D'après un des MG (**M5**), la médiatisation actuelle de la maladie diabétique pouvait faciliter l'instauration de l'insulinothérapie.

M5 : « *[P: Et donc là il n'y a aucun problème quand vous l'instaurerez ?] Non. Mais il y a aussi le côté médiatisation du diabète. En ce moment on en parle beaucoup quand même.*

3.7.4 Acceptation après essai

2 des MG (**M6/M14**) rapportaient l'acceptation des patients après avoir fait l'expérience de l'insulinothérapie et s'être rendu compte des bénéfices apportés.

M6 : « À contrario, je disais que les gens, une fois qu'ils ont commencé, ils sont pour la plupart tellement contents du résultat sur leurs glycémies, parce que c'est vrai que ça fonctionne bien, qu'ils adhèrent assez bien. Une fois qu'ils ont commencé, enfin pour ma part, ils ont accepté de continuer. Autant j'avais des très récalcitrants à commencer, autant j'ai quasiment personne, une fois commencée, qui m'a dit « De toute façon, j'arrête ! ».

M14 : « Mais après finalement, ils s'y habituent, une fois cette étape-là passée, je pense qu'ils s'habituent assez facilement, en tout cas sur un schéma à une injection par jour. »

3.8 MG - Freins à l'insulinothérapie

3.8.1 Aucun frein

À la question « Du côté du médecin, avez-vous des barrières à instaurer une insulinothérapie basale ? », un seul des MG interrogés (**M16**) répondait « Aucune ! ».

3.8.2 Blocage psychologique du MG

En revanche, 2 MG (**M3/M11**) décrivaient une sorte de frein psychologique à la prescription de l'insuline en ambulatoire. Ils préféraient confier le patient au spécialiste ou à l'hôpital. Il leur était difficile d'expliquer précisément le mécanisme de ce frein.

L'un (**M11**) mettait en avant le manque d'expérience ou de formation, le manque d'habitude. Ces notions sont développées dans le chapitre suivant.

L'autre (**M3**) admettait le caractère parfaitement irrationnel de ce blocage psychologique, alors qu'il ne le ressentait pas pour d'autres traitements injectables tels que certains antibiotiques ou anticoagulants.

M11 : « Je pense que moi mon frein, il est plus psychologique à se lancer dans l'insuline et à la prescrire. [...] Mais je pense que le besoin que ce soit le médecin hospitalier qui le prescrive n'est peut-être pas forcément nécessaire en soi. [...] Mais je trouve que je ne me sens pas assez formée, assez informée pour me jeter dedans comme ça. C'est pour ça que je dis, j'aime bien avoir l'avis du diabétologue qui redonne un peu la conduite à tenir, et après on suit en fonction. »

M3 : « Et bien je ne sais pas. C'est difficile de dire ça. Car il n'y a pas beaucoup de domaines où je n'ose pas faire. Parce que vous me dites du Lovenox... [P: Oui, ou de la Rocéphine] Oui, ou n'importe quoi. [...] C'est vrai qu'il n'y a pas beaucoup de domaines où ça me bloque même si c'est des médicaments qui viennent de sortir, je n'hésite pas. Donc voilà, ce n'est pas rationnel du tout. Mais est-ce que les médecins sont obligatoirement rationnels dans leurs jugements ? [...] Mais c'est vrai que ce n'est pas du domaine du rationnel dans ce que je vous dis là, je n'ai pas d'arguments bien pointus à vous donner. »

3.8.3 Défaut d'expérience ou expérience négative du MG

3.8.3.1 Expérience insuffisante

Parfois le blocage psychologique évoqué plus haut, était lié à une expérience insuffisante : les occasions de débiter une insulinothérapie étaient trop rares pour que cela devienne de la routine.

M12 : « *Oui, je crois que c'est le point principal qui fait qu'on ne le fait pas assez. [P: Parce que vous n'avez pas assez de patients.] Voilà, et c'est quelque chose qui est trop rare et qu'on préfère le laisser au spécialiste. J'essaie d'imaginer. [...] C'est peut-être parce qu'on en n'a pas assez aussi. Quand on instaure un traitement une fois dans l'année, on ne sait plus comment il faut faire, on en a oublié la moitié.* »

2 MG (**M11/M13**) estimaient ne pas avoir suffisamment d'expérience qu'ils reliaient à leur récente installation en médecine générale.

M11 : « *Comme tu dois t'en douter, l'instauration d'une insuline basale, ce n'est pas quelque chose que je fais très souvent à mon niveau.* »

M13 : « *Donc tu vois, comme je suis un peu jeune dans le métier... [...] Mais c'est vrai que là je n'ai pas énormément de patient sous insuline.* »

Face à ce manque d'expérience, un MG convenait que la mise en pratique hebdomadaire améliorerait les choses.

M3 : « *Je pense qu'on peut le faire facilement, mais faudrait le faire un peu régulièrement. Si on le faisait toutes les semaines...* »

3.8.3.2 Expérience négative

Un MG (**M5**) racontait avoir été traumatisé pendant ses stages hospitaliers par la survenue d'hypoglycémies sévères après mise à l'insuline. Cela générerait chez lui une certaine réticence à sa prescription.

M5 : « *Ça faisait peur l'insuline. [P: Déjà vous quand vous étiez interne?] Mais bien sûr! Moi j'ai travaillé beaucoup de nuit en maison de retraite et on avait beaucoup d'accidents hypoglycémiques sur des doses qui n'étaient pas adaptées. Donc on avait des doses qui étaient prévues avec des dextros qui n'étaient pas toujours fiables, des gens qui ne mangeaient pas forcément avant leur insuline. Donc on a eu tellement d'accidents que moi ça m'a rendu très prudent.* »

3.8.4 Formation trop ancienne ou insuffisante du MG

3 des MG interrogés (**M4/M5/M11**) évoquaient leur manque de formation, initiale ou autre, sur la mise en place d'une insulinothérapie.

L'un d'entre eux (**M4**) exprimait son manque de maîtrise, accentué par la difficulté de savoir quel type d'insuline il fallait instaurer. Pour lui, du fait de sa formation antérieure, qui s'était surtout développée dans le domaine de la médecine d'urgence, il se retrouvait en

difficultés lors de l'instauration d'une insulinothérapie basale, alors qu'il admettait se sentir beaucoup plus à l'aise face à des situations d'urgence.

M4 : « *Parce que tout simplement, j'ai toujours peur de me ramasser, de savoir si je mets une lente, si je mets une semi rapide, je ne suis pas sûr. C'est quelque chose que je ne maîtrise pas forcément très bien. [...] Moi je ne sais gérer que l'urgence sur le diabète.* »

M5 : « *J'en fais très peu, parce que je pense que ça vient de la formation et de la prudence qu'on avait quand on a abordé les diabètes en tant qu'étudiant, en tant qu'interne.* »

M11 : « *Parce que c'est vrai que moi en pratique, je n'ai pas fait de formation diabéto, même au cours de mon internat, je ne suis pas allée en service de diabéto. Et du coup je ne me sens pas forcément capable d'éduquer un patient, ne serait-ce que lui montrer comment se servir du stylo, comment se servir de l'appareil à dextro. Voilà je me sens personnellement avec un manque de formation à ce niveau-là.* »

Un autre MG (**M3**) considérait que sa formation était trop ancienne.

M3 : « *Je pense que c'est quand même un petit peu un défaut de formation car en 30 ans de temps, ça a beaucoup changé. Quand j'ai fait mes études, le diabète ce n'était pas clair, pas facile à gérer.* »

3.8.4.1 Méconnaissance des recommandations ou des indications

2 autres MG (**M3/M11**) convenaient du fait qu'ils n'étaient pas suffisamment à jour sur les recommandations, notamment les indications de l'insulinothérapie basale. Pourtant, l'un d'entre eux (**M3**) admettait que la mise en œuvre semblait assez simple. L'autre MG (**M11**) avouait se sentir assez désemparé au moment de l'instauration, avec le besoin de recourir à des fiches de conduite à tenir.

M3 : « *Et puis je sais quand même que ce n'est pas difficile de passer à de la Lantus mais plutôt savoir à quel moment le faire.* »

M11 : « *Parce que c'est vrai que du coup quand tu instaures, tu ressors tes fiches, tu commences par combien ?* »

3.8.5 Croyances du MG

3.8.5.1 Prise en charge chronophage ou contraignante

3.8.5.1.1 Caractère chronophage de l'ETP

La mise à l'insuline par le MG était considérée comme un acte particulièrement chronophage. Cela concernait surtout l'aspect éducatif pour lequel ils estimaient ne pas avoir suffisamment de temps disponible.

M7 : « *Je dirais que je dois prévoir du temps parce que toujours avec ce risque d'hypoglycémie et de réévaluation du traitement, des ADO à côté, baisser le Diamicon, il faut les éduquer.* »

3.8.5.1.2 Contraintes du suivi sous insuline

2 MG (**M12/M17**) soulignaient également le caractère contraignant du suivi du patient sous insuline. Cette situation était considérée comme plus difficile à gérer que le diabète sous ADO. D'ailleurs l'un d'entre eux (**M12**) considérait que cette complexité n'était qu'apparente et que finalement, au sein du corps médical dans son ensemble, il y avait cette idée reçue selon laquelle il était trop difficile de gérer l'insuline en ambulatoire.

M17 : « Il y a peut-être aussi un frein du médecin. On se dit que ça va être plus compliqué à gérer. C'est possible aussi. »

M12 : « Je crois qu'il y a encore trop de médecins à mon avis, qui ne sont pas, enfin comment dire, qui ne se lancent pas assez là-dedans parce qu'ils ont peut-être l'impression que c'est compliqué. Parce que quand on y réfléchit, qu'on s'y met un peu, ça paraît complexe, mais c'est assez simple d'usage. »

3.8.6 Environnement et profil du patient peu favorables ou complexes

Des MG revenaient sur l'existence de freins à la mise à l'insuline, liés aux caractéristiques du patient lui-même. Cela pouvait concerner des patients peu observants, porteurs de troubles cognitifs, peu capables d'intégrer les explications, ou porteurs de syndrome dépressif, isolés ou encore d'autres qui refusaient catégoriquement.

3.8.6.1 Niveau de compréhension ou isolement

Un MG (**M13**) considérait même que certaines situations d'isolement représentaient presque une contre-indication à la mise à l'insuline.

M13 : « Alors oui j'en tiendrais compte si j'étais confrontée à ça, quelqu'un qui est tout seul et qui n'est pas capable de bien comprendre. Je pense que oui j'hésiterais à le mettre sous insuline. »

Un autre (**M11**) estimait que sa crainte était en lien avec le fait que, d'après lui, le patient ne serait pas capable de gérer son traitement.

M11 : « J'ai un peu peur qu'il ne sache pas faire le truc, le dextro, le machin, à quelle heure, adapter ses doses. »

3.8.6.2 Niveau socioculturel

Un autre (**M12**) estimait qu'un faible niveau socioculturel pouvait être un de ses freins à l'instauration de l'insulinothérapie basale

M12 : « C'est un monsieur qui a un niveau d'instruction relativement bas. Ça c'est quand même un frein parfois. »

3.8.6.3 Personnes âgées / risque hypoglycémique et isolement

2 MG (**M7/M12**) relevaient le problème de l'âge. L'un (**M7**) mettait en avant le risque hypoglycémique, particulièrement à craindre chez le sujet âgé, notamment la nuit. Et ce risque était encore majoré chez le sujet isolé.

M7 : « Et vraiment par rapport à l'hypoglycémie, je sais que c'est très important chez la personne âgée, et le risque nocturne est très difficilement évaluable en soins primaires. Il y a rarement quelqu'un, soit c'est une personne isolée, elle n'a personne qui pourra surveiller la nuit pour voir comment ça se passe. »

L'un d'entre eux (**M12**) estimait qu'il valait mieux débiter l'insuline à l'hôpital dans ces situations d'âge avancé et d'isolement.

M12 : « L'âge du patient quand même, car quand ils sont très âgés c'est quand même plus compliqué d'instaurer une insulinothérapie sans passer par l'hôpital. Donc là, j'utilise préférentiellement l'hospitalisation. »

3.8.6.4 Refus catégorique du patient

Enfin, un MG (**M14**) rapportait la situation du patient qui refusait l'insuline, même après avis spécialisé. Et bien sûr il respectait son choix.

M14 : « Après s'il y a une indication à mettre une insulinothérapie, et même éventuellement si ça a été confirmé par un spécialiste et que le patient refuse, de toute façon on respecte son choix, et on essaie de le traiter au mieux avec les autres traitements et les règles hygiéno-diététiques. Je pense qu'on n'a pas trop le choix. »

3.8.7 Risques et conséquences de l'insulinothérapie

3.8.7.1 Risques

3.8.7.1.1 Danger si mauvaise observance de l'insuline

3 MG (**M7/M14/M15**) estimaient que le traitement insulinique comportait des risques s'il était mal utilisé. En particulier le risque hypoglycémique qui, selon eux, s'élevait dès que le traitement n'était pas géré convenablement. Cela concernait le respect des horaires, la régularité du mode de vie et de l'alimentation, la qualité de l'auto surveillance, la régularité dans les injections et la bonne titration de l'insuline.

M14 : « Le fait de peut-être d'avoir des troubles cognitifs ou des troubles de l'humeur qui peuvent faire que le traitement est difficile à prendre, ou qu'il n'y ait pas une bonne observance en tout cas. Qu'il y ait des doutes sur l'observance du traitement. [P: Et ces choses-là, ce sera difficile pour vous de mettre en place une insuline?] Oui parce qu'on ne sait pas s'ils vont la prendre correctement. Après si ce n'est pas bien pris non plus, c'est dangereux, ça peut être un frein. »

M15 : « Quel est le frein ? Pour le médecin il n'y en a pas beaucoup si ce n'est parfois un doute sur l'observance du malade qui nous fait craindre éventuellement des risques d'hypo et un petit peu de pagaille en ce qui concerne les dosages et l'utilisation de l'insuline. C'est à peu près la seule chose car je pense que nous sommes tous convaincus de l'efficacité de ce produit quand il est bien dosé et bien utilisé. [P : Pourquoi dites-vous « quand il est bien utilisé » ?] Quand l'indication est bien posée et quand il est bien utilisé par le patient en lui-même, c'est-à-dire qu'il respecte bien les prescriptions, les dosages, les horaires. Il y a encore certains patients qui se piquent un jour, le lendemain ils oublient. »

Et l'un d'entre eux (**M7**) estimait que dans des situations à risque, l'intervention de l'IDE à domicile ne réglait pas tous les problèmes, car le risque hypoglycémique n'était pas systématiquement évalué.

M7 : « Mais déjà si ça tombe un weekend, si le matin je n'ai pas de relais par une infirmière libérale. Souvent on sait comment elles fonctionnent, elles ont à peine un quart d'heure, elles n'ont pas forcément évalué non plus les risques d'hypoglycémie nocturne, notamment je dirais. C'est plutôt mes craintes. »

3.8.7.2 Conséquences

3.8.7.2.1 Prise de poids liée à l'insuline

2 MG (**M2/M7**) insistaient par ailleurs sur les prises de poids sous insuline, qui pouvaient être un réel frein à la prescription. Cette prise de poids était considérée comme inévitable et inéluctable.

M2 : « Et puis bon, ils ont des croyances: ça fait grossir. Après c'est un peu vrai. »

M7 : « Après en tant que professionnel, on ne peut pas oublier aussi que ça fait prendre du poids. Il faut aussi leur faire avaler cette pilule là, ce n'est pas toujours évident, et il faut aussi les prévenir avant. »

3.8.8 Impact de la relation médecin - patient

D'après un des MG (**M2**), l'observance du patient s'avérait être meilleure selon la relation établie entre le MG et son patient, sans développer plus son point de vue.

3.8.9 Impact de l'environnement pluriprofessionnel

Le même MG (**M2**) considérait également que les meilleurs résultats étaient obtenus lorsqu'on travaillait avec une IDE que l'on connaissait bien. Mais ce point est développé plus bas.

M2 : « Les freins: L'observance des patients, la qualité de rapport qu'on peut avoir avec eux, les infirmières. »

3.9 MG - Représentation personnelle de l'instauration de l'insuline

3.9.1 Représentation du MG

3.9.1.1 Vécu du MG par rapport à l'instauration de l'insuline

2 MG (**M9/M16**) considéraient la mise en place d'une insulinothérapie basale comme un acte banal de leur activité. L'un (**M9**) exprimait ne ressentir aucune crainte lors de la prescription. L'autre (**M16**) revendiquait le fait que cette pratique relevait de la médecine générale et considérait même que, contrairement aux recommandations de la HAS, la mise en place d'un traitement insulinaire en multi-injections était également du ressort du MG, surtout chez le sujet âgé.

M9 : « Je ne ressens pas du tout de difficultés à introduire une insuline, c'est-à-dire que je n'ai pas la main qui tremble sur le clavier en me disant « Ouhlala, attention, grand moment solennel, je vais introduire une insuline ! ». »

M16 : « C'est pareil, les gens qui ne sont pas bien avec une Lantus, passer à 2 Novomix 30. Si on lit que dans les livres, un médecin généraliste doit s'arrêter à une injection de lente et qu'après il faut forcément l'avis du diabétologue... Un papi de 85 ans qui ne sort pas beaucoup de chez lui, qu'on va basculer en 2 Novomix 30 avec une infirmière à domicile, c'est quand même pas trop compliqué, et ça évite quand même des ennuis de polythérapie. »

3.9.1.2 Fatalité de l'insuline / ultime recours

2 MG (**M4/M6**) mettaient en avant leur propre conception de l'insulinothérapie dans le diabète de type 2. Pour eux, le stade de l'insulinorequérance était la conséquence directe d'une prise en charge inadéquate dans les décennies précédentes, et dont le patient était parfois responsable. L'insuline était également ressentie par le MG comme « un ultime recours », de surcroît irréversible. D'une certaine façon l'insulinothérapie pouvait être utilisée comme une menace vis-à-vis du patient.

M4 : « Parce que pour eux, l'insuline c'est déjà une étape très avancée du diabète alors que je passe mon temps à leur faire comprendre que simplement s'ils géraient leur diabète d'une façon convenable, il n'y aurait pas d'insuline au bout. Mais à partir du moment où je leur explique, j'essaie de leur expliquer tout ça, l'histoire du pancréas, son utilité, c'est-à-dire de le fatiguer sur des années, à un moment donné, ça devient ce qu'on appelle des insulinonécessitants. Vous n'avez pas le choix. Parce que ce n'est plus un problème de « Est-ce que je peux revenir en arrière ? » « Vous avez flingué votre pancréas donc on n'a plus le choix ! ». Et là je leur tiens même le discours « Et on ne fera pas machine arrière, ne vous attendez pas à ce qu'on arrête l'insuline ! ». »

M6 : « C'est forcément une menace, dans la mesure où je dirais que c'est quand même le stade ultime du traitement du diabète. C'est un peu vrai quand même, on sait qu'une fois qu'on a commencé l'insulinothérapie, on ne fait plus marche arrière. Les gens le savent aussi. [...] C'est quand même notre dernier recours. Et puis je pense aussi que c'est important que les gens comprennent que derrière, si le diabète n'est pas équilibré, on n'a plus d'outils pour lutter. Donc oui, ça peut ressembler à une menace. Enfin je dirais c'est plus une alerte maximale pour dire « On va être obligé d'y passer. ». »

3.9.1.3 Représentation propre du MG sur les retombées de sa prise en charge

5 des MG (**M6/M10/M12/M14/M17**) mettaient l'accent sur les inconvénients de l'insuline en mettant en avant l'impact négatif de ce traitement sur la qualité de vie.

3.9.1.3.1 Projection du MG à la place du patient

Pour bien évaluer cet impact, en particulier cibler les contraintes, certains d'entre eux (**M6/M12/M14/M17**) expliquaient qu'ils avaient tendance à se projeter inconsciemment à la place de leurs patients. Sous cet angle, ils estimaient qu'à titre personnel, ils auraient préféré prendre des comprimés plutôt que de l'insuline, mettant en

avant les contraintes horaires, le désagrément de la piqûre, la nécessité d'une autosurveillance glycémique intensifiée, etc.

M6 : « Il faut reconnaître que c'est un traitement plus lourd l'insulinothérapie, avec la contrainte de l'horaire, le côté désagréable de la piqûre, la glycémie capillaire à chaque fois. C'est quand même plus lourd et plus contraignant, faut bien reconnaître, il se faut se mettre à la place des gens aussi. »

M12 : « Donc là on leur explique qu'après on va leur apprendre petit à petit. Mais c'est vrai que ce n'est quand même pas aussi simple que de prendre des comprimés. »

M14 : « Non, c'est vrai qu'on le fait parce qu'on pense qu'il faut le faire. Mais c'est vrai que ce n'est pas un traitement qui est aussi facile à instaurer qu'un traitement par la bouche. »

M17 : « Et pour certains, le fait de se piquer tout simplement, c'est moins agréable, c'est moins embêtant de prendre un comprimé, enfin ça semble moins embêtant. Ça je parle peut-être de mon ressenti à moi. [...] [P: Donc ça vient plus des patients, dans ce cas, c'est plus les patients qui essaient de...] Qui essaient de gagner du temps? Peut-être moi aussi inconsciemment. Parce que peut-être que je me projette à leur place, et que je me dis que si j'étais diabétique, je préférerais avoir des comprimés que de l'insuline. J'ai toujours cette chose-là inconsciente quand vous traitez quelqu'un. On ne devrait pas. Mais je pense qu'inconsciemment on se met toujours à la place du patient. »

3.9.1.3.2 Contraintes liées au passage de l'IDE

Certaines contraintes étaient, d'après un MG (**M10**), liées au passage quotidien de l'IDE. Le MG pouvait alors présenter au patient l'intervention de cette dernière comme une solution temporaire dans l'attente d'une autonomisation.

M10 : « Je leur dis « Écoutez, vous allez faire déjà 3 mois avec l'infirmière, et vous verrez bien que l'infirmière, c'est bien compliqué, qu'il faut l'attendre, que vous serez très dépendants, et l'infirmière vous expliquera comment il faut faire. ». »

3.9.1.3.3 Crainte de mauvais résultats

Enfin, une autre crainte rapportée par un MG (**M11**) était de voir son patient perdu dans son traitement, que son diabète reste déséquilibré et qu'il finisse par ne plus y adhérer du tout.

M11 : « C'est qu'il soit perdu au début, déséquilibré, et qu'il n'adhère pas au traitement. C'est plus ça. »

3.9.2 Impact des collaborateurs spécialistes

3.9.2.1 Représentation du MG

L'avis du diabétologue était évoqué par 4 MG (**M2/M3/M15/M17**) qui expliquaient beaucoup compter sur lui pour appuyer leur décision. Ils avaient l'impression que l'avis de ce dernier avait « plus de poids » que le leur, et pouvait même « valoir bien mieux ».

L'un d'entre eux (**M17**) percevait cela comme un soutien.

Un autre (**M2**) expliquait ses barrières à l'instauration d'une insulinothérapie par la réticence des patients et il estimait « *ne pas avoir la force des hospitaliers pour leur faire peur* ».

Cependant, ils s'accordaient tous à dire que cela facilitait l'acceptation du traitement insulinique par le patient.

M2 : « *Parce que les gens sont réticents et qu'on n'a pas la force des hospitaliers pour leur faire peur forcément.* »

M3 : « *Mais de toute façon, il est clair qu'un avis de spécialiste vaut bien mieux, même si c'est exactement la même chose, car ils ont beaucoup plus de poids.* »

M15 : « *Et disons que le spécialiste a toujours plus de poids que le généraliste dans ce domaine-là.* »

M17 : « *Il y a peut-être une chose qui est plus facile aussi. Si je pense que pour le patient c'est mieux de démarrer une insulinothérapie, que le patient est réticent, j'aurai plus vite l'avis d'un diabétologue qui va je pense... [P: Appuyer?] Voilà, aller dans mon sens. À la base, c'est ça.* »

3.9.2.2 Représentation du patient d'après le MG

3 MG (**M2/M3/M15**) exprimaient leur ressenti vis-à-vis de l'impact du spécialiste sur les patients.

Cette consultation spécialisée était qualifiée d'« *arme absolue* » par l'un d'entre eux (**M15**). Elle donnait du poids à la décision du MG car le spécialiste bénéficiait d'une aura particulière qui parfois irritait un peu certains MG.

Par exemple, un des MG (**M3**) était un peu choqué de l'impact sur leurs patients de médecins hospitaliers parfois très jeunes. Alors qu'en réalité, le spécialiste ne faisait que répéter ce que le MG avait dit. Et les propos du spécialiste pouvaient également être mal compris par le patient qui finalement revenait solliciter l'avis de son MG.

Un autre (**M2**) s'étonnait que le carnet de surveillance glycémique fût systématiquement présenté au spécialiste, et plus rarement au MG.

M2 : « *Mais on se rend compte que c'est difficile d'avoir accès à leur carnet de diabétologie. Autant quand ils vont voir le diabétologue, ça leur paraît bien de prendre leur carnet. Autant quand ils viennent nous voir nous, ils nous regardent un peu avec des gros yeux quand on leur demande.* »

M3 : « *C'est pareil, c'est une peur qui n'est pas du tout rationnelle non plus. Car ils sont chez le spécialiste, ils sont là comme ça, et si le spécialiste leur dit plein de choses dans n'importe quelle matière. Et ils reviennent après : « Qu'est-ce qu'il a voulu dire? Qu'est-ce qu'il m'a dit, je n'ai pas compris. » - « Ah oui, et vous ne lui avez pas posé la question à lui ? Parce que là j'ai du mal à être dans sa tête. » Bon je vois bien, je fais un peu l'âne! Mais les gens, c'est le grand docteur à l'hôpital. Même si c'est des jeunes, même si c'est des tout jeunes, même les internes passent pour des grands internes, et moi ça me choque un peu, mais c'est pas grave, c'est normal.* »

M15 : « Et puis nous avons l'arme absolue qui est de l'envoyer chez le diabétologue qui va se faire un plaisir de répéter la même chose. « Alors si vous m'envoyez là, c'est que c'est grave ? » - « Non, il va vous expliquer et vous comprendrez mieux. » »

3.10 Patients - Freins à l'insulinothérapie

3.10.1 Croyances et représentations des patients

De très nombreux médecins pensaient que leurs patients avaient peur de l'insuline, que ce traitement était douloureux, et que cela signifiait que leur maladie s'aggravait. Ils développaient ces raisons générant l'opposition de leurs patients à une insulinothérapie basale.

3.10.1.1 Sentiment de peur

Certains MG (**M4/M9/M12**) pensaient que leurs patients ressentaient tout à la fois une peur irrationnelle et une peur de la douleur des injections.

Un MG (**M4**) estimait qu'une grosse majorité de ses patients refusait l'insuline du simple fait qu'ils avaient peur et que cela avait « mauvaise presse ».

M4 : « 80% des patients ne veulent rien en entendre parler. « Ah non, moi je ne veux pas d'insuline ! » [P : Et pourquoi ?] Parce qu'ils ont peur, que ça a une mauvaise presse. »

M9 : « Et après, je pense qu'au cabinet, la difficulté elle va être plus, moi je ne la perçois pas comme une difficulté, mais des appréhensions de la part des patients qui eux entendent le mot insuline qui leur fait tout de suite peur. »

M12 : « Sinon les barrages au niveau des patients? La douleur, ça m'est déjà arrivé d'entendre ça, mais ce n'est pas fréquent. On leur explique quand même que... Surtout quand on n'en fait qu'une. Après quand on passe à une insuline en 3 fois, ce n'est pas la même chose. Mais la basale c'est quand même... »

3.10.1.2 Évolution de la maladie

Plusieurs MG exprimaient l'idée que les réticences du patient vis-à-vis de l'insuline étaient liées à une évolution, voire une aggravation de la maladie. Il y avait la maladie bénigne qu'on soignait avec des comprimés, qui devenait la maladie grave qu'on soignait avec des piqûres.

3.10.1.2.1 Symbole de gravité

M1 : « Il y a aussi le fait que le passage sous insuline, ça signe la gravité de la maladie. Pour eux, ça devient plus grave. »

M2 : « Parce que ça ne leur fait pas plaisir de passer sous Insuline. [P: Et comment vous ressentez ça?] Pour eux, c'est synonyme d'un passage dans une phase plus grave de leur maladie diabétique. »

M8 : « Du côté des patients, il y a des freins. Dès qu'on commence à parler d'insuline, c'est que l'heure du diabète devient grave. »

M9 : « Et après quand on leur dit insuline, c'est déjà une injection, c'est aussi une symbolique avec la piqûre, etc., ce n'est plus un petit comprimé qu'on prend « Allez hop, un petit verre d'eau, je prends mon traitement, on n'en parle plus ! ». Il y a tout de suite un aspect un peu plus grave qui apparaît aux gens quand on leur parle d'injection. [...] Donc là les gens ont une espèce de prise de conscience que leur maladie d'un coup est grave, alors qu'avant c'était des comprimés et qu'ils étaient aussi diabétiques et que dans le fond, ça ne change pas forcément. »

M11 : « Je pense que pour eux c'est surtout le fait qu'on a franchi une étape dans la maladie, et ils ont plus peur. [...] Enfin j'ai l'impression, voilà on a franchi une étape, la maladie évolue. Parce que sinon, le diabète ça ne fait pas mal, ils font une prise de sang tous les 3 mois. Là ils passent à une étape au-dessus parce qu'ils y pensent vraiment matin, midi et soir. »

M12 : « Disons que l'insuline, ça a toujours l'image de « ma maladie s'aggrave » donc il y a toujours le refus de l'aggravation de la maladie mais on a quand même des chiffres pour leur montrer. »

M15 : « De la part du malade c'est une autre histoire parce que ça reste toujours chez le diabétique « je passe à l'insuline donc c'est grave ». [P : Et qu'est-ce que les patients expriment ? Pourquoi c'est la gravité ?] Parce qu'à partir du moment où on est obligés de passer à la piqûre et de passer à l'insuline, c'est un mot que les gens connaissent bien l'insuline, c'est que vraiment c'est quelque chose d'important, c'est grave. »

3.10.1.2 Représentation de l'insuline comme ultime traitement

Dans le même registre, un de ces MG (M9) signalait que ses patients redoutaient l'insuline car ils le vivaient comme « la dernière solution » qui existait pour les traiter, que le MG sortait « l'artillerie lourde » car il n'y avait plus d'autre solution thérapeutique.

M9 : « Ça paraît vraiment comme la dernière ligne, c'est vraiment « Alors là, on fait l'insuline, c'est la dernière solution qui existe. ». On sort l'artillerie lourde parce que là on est au bout du chemin donc il ne nous reste plus que ça. »

3.10.1.3 Sentiment d'échec

Un seul MG (**M16**) semblait considérer que les patients ressentait la mise à l'insuline comme une punition ou un sentiment d'échec.

M16 : « Alors des fois, ils peuvent prendre ça un peu comme une punition, comme un échec, de dire « Ah pourtant je fais des efforts, je fais ci, je fais ça, et puis finalement j'ai des piqûres. » [...] Mais ça on l'entend partout. Ils ont l'impression que c'est quelque chose qui est raté. »

3.10.2 Impact de l'entourage sur la perception de l'insuline par le patient

4 MG (**M2/M5/M7/M9**) expliquaient que leurs patients associaient la mise en route de l'insuline avec la gravité de la maladie, du fait même de l'expérience de leur entourage : leurs proches, traités par insuline, étaient généralement porteurs de diabète multicompliqués. Certains patients allaient même jusqu'à associer la mise à l'insuline au décès de leurs proches.

Un de ces MG (**M5**) considérait que certains patients refusaient l'insuline du fait même de la mauvaise réputation de ce traitement auprès de leur entourage, et préféraient tolérer un taux d'HbA1c plus élevé.

M2 : « Ils ont vu leur père ou leur grand-père le faire et ils n'aiment pas ça. C'est un peu les mettre face à leur maladie. Autant quand on prend un médicament... »

M7 : « [P: Mais donc c'est quoi justement les fausses idées?] Que c'est forcément lié à une amputation, forcément lié à des complications vasculaires. Puisque comme tu disais bien, elle est souvent initiée très tard, donc quand elle est initiée, souvent eux dans leur entourage, les gens qui sont sous insuline, c'est souvent des diabètes compliqués. Et ça, ils pourraient en citer souvent plusieurs exemples familiaux de personnes pour qui l'insuline rappelle ces diabétiques multicompliqués. »

M5 : « Moi j'ai encore des patients récalcitrants à l'insuline, qui préfèrent avoir une hémoglobine glyquée à 9,8 plutôt que d'avoir de l'insuline, parce que le quand dira-t-on. Mais voilà c'est ancré dans les mentalités d'ici. »

M9 : « Moi j'ai encore eu cette semaine une dame qui m'a dit « Pour moi, l'insuline c'est la mort ». [...] Bon après, il y a toute une histoire familiale, sa maman qui était également diabétique insulino-dépendante. Et pour elle, elle a dit qu'à la fin c'était justement ça : « C'est l'insuline qui a tué ma mère ». »

3.10.3 Prise en charge jugée trop complexe

3.10.3.1 Refus d'implication du patient

Un MG (**M2**) évoquait la représentation que pouvaient avoir certains patients des contraintes liées à l'insuline, en particulier de devoir être plus actifs, de par l'intensification de l'ASG.

M2 : « Ça leur demande une surveillance plus importante, d'être plus participatif. D'ailleurs il y en a qui restent dépendants de leur infirmière depuis qu'ils sont sous insuline. »

3.10.3.2 Sentiment d'incapacité à gérer et peur des conséquences

4 MG (**M8/M9/M10/M15**) exprimaient l'idée de l'insuline redoutée par des patients car ils ne se sentaient pas capables de gérer leur traitement.

M8 : « Et il y a une image pour eux qui n'est pas bonne. « Je ne vais pas y arriver, je vais faire des hypo, j'ai mon copain qui n'est pas bien depuis, il a pris du poids. » »

M10 : « [P: Donc ils vous expriment quoi comme craintes ?] « Je ne veux pas m'en occuper ! » Mais par peur, trop peur de faire une bêtise. « L'insuline, c'est trop compliqué, ce n'est pas pour moi. » »

M15 : « « Je ne veux pas de piqûre ». [P: Et pourquoi ?] On a de tout : « Ça fait mal, je ne saurai pas me les faire, c'est trop contraignant ». À peu près les 3 choses principales que l'on entend dans ces moments-là. »

La crainte de mal faire semblait, pour un de ces MG (**M9**), toucher également les modalités de remise en question des doses : les patients redoutaient les conséquences d'erreurs de gestion d'un traitement qu'ils considéraient comme dangereux et complexe.

M9 : « L'introduction d'insuline chez un diabétique de type 2, les gens, il y a tout de suite un veto de se dire « Je vais vous apprendre vous-même à faire vos injections ». Parce que c'est une piqûre, « Oui, mais je ne sais pas comment il faut faire, je ne vais pas bien faire, je ne vais pas réussir à doser, à bien lire le nombre d'unités qu'il faut, j'ai peur de me tromper, etc. » »

Par ailleurs, l'opposition des patients à l'insulinothérapie était parfois exprimée dès l'annonce diagnostique de la maladie diabétique.

M8 : « Et même quand on leur annonce le diabète : « Surtout, jamais d'insuline ! ». C'est déjà leurs premiers mots : « Surtout, je ne veux pas me faire piquer, docteur ! ». »

3.10.3 Contraintes de l'hospitalisation

2 MG (**M3/M12**) rapportaient que certains patients refusaient le principe d'une hospitalisation. Parfois, ils auraient été prêts à accepter l'insuline, mais pour des raisons professionnelles, ils refusaient son instauration. Parfois aussi, cela pouvait être en lien avec une histoire personnelle difficile, que l'hôpital pouvait leur remémorer.

M3 : « Je lui ai fait d'emblée une hémoglobine glyquée, même si ce n'est pas le diagnostic, et il était à 12. [...] Et pas question d'hospitalisation, son métier ne lui permettait pas, un agriculteur. On s'est débrouillé. »

M12 : « Par contre lui, il est très angoissé, il a une épouse qui a fait 2 cancers, il a été beaucoup à l'hôpital, il est très craintif, dès que je lui ai parlé d'injection, il ne voulait même pas en entendre parler. [...] Et puis il a fini par céder quand je lui ai proposé une hospitalisation de 3 jours, mais il ne voulait pas l'insuline. [...] [P: et lui, son principal problème par rapport à l'insuline, c'était la prise de poids?] Non, je ne pense pas. C'était un argument, mais surtout l'hôpital, l'hospitalisation. »

3.10.4 Impact du traitement sur la vie quotidienne

Un autre point relevé par de nombreux MG était l'impact du traitement insulinique sur la vie quotidienne de leurs patients, particulièrement les contraintes.

2 MG (**M1/M12**) évoquaient la contrainte de « la piqûre » qui pouvait empêcher de sortir, à moins de se munir d'une sacoche contenant le matériel d'injection, avec les contraintes que cela puisse impliquer.

M12 : « Je ne l'ai pas mis en avant mais oui les weekend, les vacances, c'est des choses dont certains patients parlent. [...] « Comment je vais faire là, je sors ce soir. [...] Il ne faut pas que j'oublie ». Si, ça, l'observance précise, bien sûr ça revient. C'est pour ça qu'on a vraiment intérêt à ce qu'ils finissent par les faire eux-mêmes. »

3.10.4.1 Contraintes de l'ASG

Pour un MG (**M8**), les contraintes rapportées par ses patients concernaient surtout l'intensification de l'autosurveillance, souvent préconisée à l'hôpital lors de la mise à l'insuline.

M8 : « Parfois ils disent « j'ai mal aux doigts ». Bon des fois, ils en font de trop aussi. S'ils sont allés dans le service de diabéto en formation, on leur a dit de faire clac, clac, clac, et donc ils sont en train de se piquer tout le temps. Donc je pense qu'il y a trop de rigueur d'un côté dans le service de diabéto et pas assez de rigueur du côté de l'ambulatoire. Il faut trouver le juste milieu. »

3.10.4.2 Impact de l'insulinothérapie sur l'autonomie et l'alimentation

3.10.4.2.1 Perte d'autonomie

Tout ce qui précède était résumé par 2 MG (**M1/M16**). L'un (**M1**) interprétait cela comme le sentiment de « ne pas être libre », et l'autre (**M16**) comme « la peur de perdre une autonomie ».

M1 : « Le passage de l'infirmière ou des automesures à faire, enfin, ça complique la vie quand même. Le manque d'autonomie. Le fait de se dire « Je ne vais pas pouvoir sortir comme je veux ». [...] Le principal, c'est la contrainte de se dire « Je ne vais pas pouvoir sortir, je ne vais pas être libre. ». »

M16 : « Et puis c'est un peu peut-être la peur de perdre une autonomie. »

D'autres réticences semblaient liées aux contraintes de l'intervention quotidienne de l'IDE. Elles étaient soulignées par 2 MG (**M1/M13**).

M1 : « On a peur des contraintes que ça entraîne. Souvent du passage de l'infirmière, ils n'ont pas envie d'être coincés chez eux à attendre le passage de l'infirmière. »

M13 : « Il y en a beaucoup qui sont réfractaires au passage de l'infirmière, à toutes les contraintes que ça sous-entend. »

3.10.4.2.2 Alimentation cadrée

Enfin 2 MG (**M1/M13**) rapportaient la crainte de leurs patients de devoir être plus vigilants sur le plan de la diététique dès lors qu'ils étaient sous insuline.

M1 : « Peut-être l'idée qu'ils vont avoir plus marquée de « Je ne vais pas pouvoir manger comme je veux », alors que bon dans un sens, ça ne devrait pas changer. »

M13 : « De devoir manger à chaque repas, faire 3 repas par jour, comme ça c'est compliqué. »

3.10.5 Risques et effets secondaires

3.10.5.1 Caractère injectable

4 MG (**M1/M5/M6/M10**) évoquaient le caractère injectable dans les craintes des patients. Parfois, il arrivait même que certains patients s'inquiétaient de savoir si leur peau allait pouvoir supporter l'injection.

M1 : « *Les patients, c'est la contrainte. Je pense qu'il y a le fait que ce soit la piqûre.* »

M5 : « *[P: Il y a d'autres choses qui leur font peur aux patients?] Le côté injectable, le côté piqûre.* »

M6 : « *Après il y a de multiples raisons : « Est-ce que je vais supporter ? Est-ce que ma peau va supporter ? » Etc. Mais ça, c'est plutôt rare.* »

M10 : « *Après il ya des gens qui font des fixettes sur les piqûres et chez qui de toute façon ça ne passera pas, et ce sera avec une infirmière.* »

3.10.5.2 Risque de prise de poids

3 autres MG (**M2/M6/M12**) pensaient qu'une des craintes des patients était liée à la prise de poids induite par l'insuline. L'un d'eux (**M6**) avançait l'idée que les hommes avaient peur de la piqûre quotidienne alors que les femmes avaient peur de grossir.

En plus d'être une croyance des patients, cette prise de poids secondaire à l'insuline s'avérait être, pour un de ces MG (**M2**), un réel effet secondaire.

M2 : « *Et puis bon, ils ont des croyances: ça fait grossir. Après c'est un peu vrai.* »

M6 : « *À la 1^{ère} annonce, on a quasi 100% de refus. [P : Pourquoi ?] Parce que les hommes ont peur de la piqûre tous les jours et les femmes ont peur de grossir.* »

M12 : « *[P: Alors lui il refusait pourquoi?] Il refusait en bloc déjà. Je lui posais des questions sur le pourquoi. Alors évidemment quand même l'argument de la prise de poids.* »

3.11 Motifs d'inertie thérapeutique

3.11.1 Inertie thérapeutique due aux MG

3.11.1.1 Complexité de la prise en charge globale

Parfois, l'inertie n'était pas directement liée au MG qui prenait en charge le patient, mais plutôt au MG qui l'avait précédé. Un des MG (**M7**) prenait le cas de figure où, en tant que jeune installé, il était amené à reprendre des dossiers de nouveaux patients pour lesquels il aurait aimé faire des modifications thérapeutiques.

M7 : « [P: Et tu as eu des cas d'inertie ?] J'avoue que je récupère des dossiers où j'ai envie de faire comme on dit dans les livres, mais on ne peut pas assommer le patient déjà de tout. Car il faut reprendre le bilan des complications déjà, l'envoyer voir certains spécialistes qu'il n'a pas vu depuis longtemps, c'est déjà assez compliqué. [P: Mais ça, en fait c'est de l'inertie par rapport à leur ancien médecin.] Peut être avant, ça dépend, je ne peux pas critiquer tous mes confrères, mais voilà déjà, refaire tout ce point-là, remettre le diabète au premier plan alors que parfois ça ne l'est pas, c'est déjà du travail donc il faut y aller progressivement. »

3.11.1.1 Mauvaise observance des MHD

Parmi les difficultés, une autre était rapportée par 2 MG (**M6/M10**), qui était d'obtenir le suivi d'une bonne hygiène alimentaire. L'un d'entre eux (**M6**) décrivait, pour certains patients, des habitudes alimentaires difficiles à modifier. Il expliquait qu'il gardait l'espoir que ces patients « finissent par accepter un régime alimentaire qui corresponde à leur maladie ». Cela leur permettait donc de différer l'insulinothérapie.

M6 : « Là où on retarde, c'est là où on soupçonne le plus un comportement alimentaire qui n'est pas raisonnable car on se dit quand même qu'à un moment donné, on essaye de faire en sorte pour que les gens finissent par accepter un régime alimentaire qui corresponde à leur maladie. Il y a des gens, il leur faut beaucoup plus de temps pour qu'ils changent leurs habitudes. [...] Je ne traîne que chez les gens chez qui on espère gagner quelques années parce qu'on sait qu'ils ont vraiment un comportement délétère pour leur maladie. »

M10 : « [P: Et est-ce que vous avez des cas d'inertie thérapeutique ?] Oui, surtout quand on voit qu'il n'y a pas de bon suivi d'hygiène alimentaire. »

3.11.1.1.2 Inertie liée à un profil et un environnement peu favorables du patient

Niveau social et cognitif

Le niveau social du patient, son mode de vie, pouvait être une barrière à la mise en place d'une insulinothérapie, de même que les troubles cognitifs.

M8 : « Exemple : mon interne me dit : « M. untel a fait une hémoglobine glyquée, elle est à 9,7 mais c'est quelqu'un du voyage ». Bon, je lui dis : « La dernière fois, il était à 10.6, donc elle s'est améliorée, on a du mal à l'adhésion... ». Donc est-ce que lui je vais le mettre sous insuline ? Parce que lui, il n'est pas prêt à se piquer, etc., psychologiquement et des RHD. [P : Donc ça aussi au niveau social, ça peut être des causes d'inertie ?] Oui. »

M14 : « [P: Et est-ce qu'il y a des situations où vous avez l'impression d'être un petit peu dans l'inertie thérapeutique?] Oui quand il y a des patients qui sont très opposants au traitement ou qu'ils sont vraiment isolés et qu'il n'y a rien autour, mais dans ce cas-là on essaie de mettre un cadre autour, on essaie de comprendre effectivement pourquoi il y a des freins importants. Justement s'il a des problèmes de troubles cognitifs. »

Le niveau intellectuel du patient, en tout cas son niveau de compréhension, pouvait également être considéré par le MG comme un motif d'inertie thérapeutique.

M11 : « Et peut être aussi l'inertie avec le niveau de compréhension, le niveau intellectuel du patient. Parce que peut-être que des fois on se dit : « Bon ben de toute façon, ils ne comprennent pas trop, allez, je me laisse encore 3 mois », et on arrive un peu à dériver. »

Patients âgés et isolés

Parfois, le MG pouvait se satisfaire de résultats glycémiques « un peu moins exigeants » chez des patients âgés et polyopathologiques, de surcroît isolés.

M2 : « Mais après ce n'est pas toujours des jeunes de 30 ans, c'est quand même plus souvent des gens polyopathologiques. [P: Oui et du fait qu'ici on soit isolé] Voilà, et pour lesquels on peut se satisfaire de chiffres un petit peu moins, comment dire, exigeants. »

Patients jeunes et actifs

Un MG (**M11**) exprimait clairement se trouver dans une situation d'inertie thérapeutique pour les patients jeunes, en particuliers actifs. Il expliquait ne pas souhaiter leur imposer une insulinothérapie avec les contraintes de l'autosurveillance glycémique.

M11 : « Le patient qui est jeune, je trouve qu'on a tendance un peu à trainer à lui mettre de l'insuline. [...] Il a du diabète, on voit que les bio elles ne bougent pas, il est au traitement max, mais en même temps il est actif. [...] Bon, il n'a pas une hémoglobine glyquée de dingue, mais il doit être peut-être à 8-9%, mais ce n'est quand même pas terrible. Et en même temps, je me dis : « Ce mec-là, il est jeune, je le vois vraiment 4 fois dans l'année juste pour ça, alors je me dis aller lui faire faire des dextros, des trucs, des machins ». C'est vrai que je retarde un peu le truc. Ça c'est un facteur d'inertie pour moi, l'âge du patient. »

3.11.1.1.3 Prise en charge personnalisée du patient

Un MG (**M1**) exprimait la nécessité, dans certaines situations, de revoir les objectifs glycémiques, afin de ne pas exposer le patient à des risques, comme des hypoglycémies ou des risques liés à des traitements qui auraient été plus dangereux.

M1 : « Et puis après, c'est aussi revoir éventuellement l'objectif glycémique, c'est-à-dire être beaucoup plus laxiste, ce qui peut être une solution. [P: Comment ça?] D'accepter d'avoir un taux d'hémoglobine glyquée plutôt haut. [...] De le laisser pour ne pas l'exposer forcément à des risques d'hypoglycémies qui me paraîtraient plus nocives. Ou ne pas exposer à des médicaments qui me paraîtraient plus dangereux. Après, c'est savoir renoncer à un équilibre trop strict. »

Parfois il s'avérait que l'équilibre du diabète ne fût pas la priorité du MG en fonction du contexte pathologique du patient.

M14 : « Alors bon, un patient qui est en fin de vie, c'est sûr qu'on ne va peut-être pas trop s'occuper de l'équilibre parfait du diabète. Donc là, c'est vrai qu'on a parfois d'autres priorités. Ou des patients sous corticoïdes... »

3.11.1.2 Inconvénients du suivi régulier

La prise en charge en soins primaires semblait permettre un suivi régulier du patient diabétique, mais cela pouvait présenter des inconvénients, en particulier dans la réactivité du MG face aux résultats qui se dégradent progressivement.

M17 : « Si, de l'inertie, on attend toujours un peu, vous voyez le patient tous les 3 mois, vous faites un dosage tous les 3 mois, ça monte. « Faudrait refaire un peu plus... Je ne sais pas ce que vous mangez, faudrait arrêter... Marcher un peu plus. » Et puis on se donne 3 mois. »

3.11.2 Inertie thérapeutique due aux patients

3.11.2.1 Inertie liée à l'activité professionnelle du patient

L'activité professionnelle exercée par le patient pouvait être la cause d'une inertie, comme par exemple des patients conducteurs de poids lourds ou conducteurs de bus, ou encore des patients avec des postes à risque, notamment en usine.

M8 : « Il y a des freins aussi, bon maintenant ça n'existe plus, mais j'ai connu des professionnels, des routiers, qui ont eu des conséquences de diabète néfastes. On interdisait l'insuline pour les routiers, bon c'est revenu. J'en ai 2, ça a fait des neuropathies diabétiques du feu de dieu. [...] C'était des cas d'inertie thérapeutique, mais ça n'était pas voulu. Le problème, c'est qu'on leur mettait de l'insuline et on savait que... Dans les années 2000, ils étaient sans emploi, même si les gens qui étaient sous insuline et qui conduisaient leur voiture avaient autant de risque d'hypo, etc. Je pense qu'il y avait autant de risque de malaise, d'ischémie, de faire un infarctus au volant. Donc on va avoir des freins par rapport aux professions, ceux qui sont sur des postes à risque. S'ils sont en usine, ils se disent « Le médecin du travail va-t-il me laisser sur ce poste-là ? ». Donc je pense qu'il faut aussi une collaboration avec le médecin du travail. »

M11 : « J'ai par exemple un patient comme ça obèse, hypertendu, tout ce qu'on veut. Diabétique sous ADO depuis des années. [...] Clairement il nécessite de l'insuline depuis au moins 5 ans. Il est chauffeur de bus et il m'assure qu'il va perdre son travail s'il passe sous insuline. Donc je me suis battue, j'ai écrit au médecin du travail, je lui ai prescrit 2 fois la cure diététique [...] Je sais bien qu'au fond, ça ne sert à rien parce que son diabète est arrivé au max de... [...] J'avais déjà prescrit une hospit en diabète, il n'y est pas allé. Enfin j'ai déjà fait plein de trucs pour lui et je suis dans l'impasse thérapeutique, parce que je me dis: soit je lui fais perdre son boulot, soit j'attends qu'il se décompose et il va avoir aussi toutes les complications du diabète. »

3.11.2.2 Inertie liée à l'environnement médiatique du patient

Il était rapporté que les médias pouvaient avoir un impact très important sur les patients dans l'acceptation du traitement insulinique.

M15 : « [P : Et vous avez des situations où vous avez un retard, mais vous en avez conscience, des situations d'inertie thérapeutique ?] Difficile à dire. C'est des gens qui ont un très fort caractère et qui décident que jamais ils ne se feront de piqûre car il n'y en a pas besoin. Parce qu'ils ont vu le gourou au fin fond des Vosges qui leur a dit que ce n'était pas comme ça que ça se soignait. Et puis qu'il y a [...] qui est passé à la télé pour dire « Faut pas faire d'insuline, c'est trop dangereux ! ». Faut pas oublier que ce qu'on dit à TF1 c'est vrai ! Mais ce que raconte le médecin, ce n'est sûrement pas vrai ! »

3.11.2.3 Inertie liée à la mauvaise adhésion du patient aux soins

Un des MG (**M11**) décrivait ses situations d'inertie thérapeutique liée à l'observance et la volonté du patient.

M11 : « Mais enfin le patient tout ce que je fais pour lui, il n'y donne pas suite. Au bout d'un moment je ne peux pas aller habiter chez lui. Donc voilà peut-être début juillet, il est hospitalisé, et mon but c'est clairement qu'il sorte de là sous insuline. Il m'a déjà dit « Il me faut une chambre seule, je vous préviens, si je n'ai pas une chambre seule, je pars ! » [...] Enfin donc voilà, les freins, c'est aussi l'observance et la bonne volonté du patient. »

3.11.2.4 Inertie liée au respect du refus du patient

3 MG (**M13/M14/M17**) exprimaient que parfois, face au refus du patient, ils n'avaient pas d'autre choix que de respecter sa décision. Ces 3 MG s'accordaient sur le fait que ce n'était pas vraiment de l'inertie, mais l'un d'entre eux (**M13**) convenait à dire que ses patients accepteraient peut-être l'insuline s'il insistait un peu plus.

M13 : « Il y a un monsieur, je pense que ça fait déjà un moment qu'on devrait y venir mais je pense que pour l'instant, on n'y arrive pas parce qu'il ne veut pas. Parce qu'il le dit à chaque fois, quand de temps en temps j'en parle, que je lui dis que ça ne va pas, et qu'il faudrait passer à l'insuline. [P: Donc ça ce n'est pas vraiment de l'inertie finalement, parce que toi tu as envie de faire quelque chose.] Ah oui ça je pense que ce n'est pas de l'inertie. Après, peut être que parfois je tiens trop compte du non des gens, et qu'ils seraient plus aptes à changer d'avis si... »

M14 : « L'inertie, si on a déjà épuisé toutes les ressources y compris en ayant demandé l'avis d'un confrère et puis que vraiment le patient ne veut pas. »

M17 : « Mais je crois qu'il faut respecter, il faut informer les patients, les informer de façon bien équitable, qu'ils aient bien compris, et après c'est eux qui décident. »

L'un d'eux (**M14**) relatait que ce n'était pas la majorité des cas. Et il nuancait ses propos en précisant qu'il fallait de toute façon insister régulièrement et toujours répéter les explications des MHD.

M14 : « S'il y a un traitement et que le patient est opposé au traitement, on n'a rien d'autre à faire que de revenir entre guillemets à la charge pour lui demander s'il n'a pas changé d'avis. Voilà, et insister toujours sur les règles hygiéno-diététiques aussi [...] mais je ne pense pas que ce soit la majorité des cas. »

3.12 Organisation des soins

3.12.1 Environnement professionnel ou pluriprofessionnel du MG

3.12.1.1 Milieu rural

3.12.1.1.1 Avantages

Meilleure collaboration avec les IDE libérales

Un avantage souligné par 2 MG (**M16/M17**) était la proximité avec les IDE libérales, permettant des échanges plus faciles, et donc une meilleure collaboration.

M16 : « Et disons qu'on a la proximité des infirmières donc elles nous disent s'il y a un souci, ça se gère assez facilement. Après aussi en milieu rural, c'est quand même notre réseau formel ou informel, et on va échanger assez facilement. On sait avec qui on bosse. C'est plus dur en ville quand les gens ne connaissent pas les intervenants. »

M17 : « Oui dans le village où on était, il y avait 2 infirmières, on n'était pas dans le même truc, mais on se voyait tous les jours, donc s'il y avait un souci. Ce qui est bien pratique en campagne, par rapport aux infirmières de ville. Elles me disaient si ça se passait mal. »

Autonomie professionnelle

Un autre MG (**M1**) développait les aspects de sa prise en charge en milieu rural : une patientèle variée, peu de spécialistes, mais des moyens de prise en charge permettant d'avoir une certaine « *autonomie de prescription* » et une « *activité plus intéressante* ».

M1 : « Donc il y a une clientèle assez variée, on fait quand même beaucoup de choses dans la prise en charge du diabétique. Étant à la campagne, on a quand même pas mal d'autonomie de prescription. On ne va pas forcément référer tout de suite à des spécialistes. Les électrocardiogrammes, je les fais régulièrement. »

Concernant le peu de recours au spécialiste, il évoquait la notion de l'offre et la demande.

M1 : « J'aurais des demandes plus dans d'autres domaines que dans la diabétologie. Après, je ne sais pas pourquoi, peut-être parce qu'on n'a pas de diabétologue vraiment à proximité. Peut-être qu'ils n'ont pas ces habitudes ancrées. [...] Moi je pense que c'est plus une question d'habitude et d'offre de soins. Si tu as l'offre, tu es demandeur. [...] Ce qui rend aussi l'activité plus intéressante pour moi! »

3.12.1.1.2 Inconvénients

À l'inverse, 4 autres MG (**M1/M2/M5/M17**) faisaient état des inconvénients de la pratique de la médecine générale en milieu rural, pour ce qui concernait le domaine de la diabétologie.

Isolement

Les délais de consultations avec le spécialiste, et l'isolement géographique, rendaient le recours à ce dernier difficile, particulièrement pour des personnes âgées.

M2 : « Là-bas où j'étais, c'était des personnes âgées, c'était à 15km du truc, il fallait prendre la voiture. Le rendez-vous c'était 4 mois à l'avance. »

M5 : « Parce que les gens ne peuvent pas aller voir, surtout quand ils ont un certain âge à domicile, aller voir un diabétologue en consultation. Même si les diabètes, maintenant, sont pris en charge à 100%. Ils ne le souhaitent pas, alors surtout pour une glycémie un peu haute. »

Peu de recours aux spécialistes

2 autres (**M1/M17**) ajoutaient l'insuffisance démographique des diabétologues aux inconvénients.

M1 : « [P : Est-ce que cela arrive que ce soit le diabétologue libéral qui instaure?] Diabétologue libéral? Non, parce que de toute façon on n'en a pas à proximité. Après ça va être plutôt hospitalier, et dans la réalité, on n'a pas de vrai diabétologue. »

M17 : « Ceci dit dans le coin où j'étais on était quand même assez limité. Il y a eu une période où il n'y avait qu'une seule diabétologue [...], les délais de rendez-vous n'étaient pas faciles. »

Peu de projet d'autonomisation

Un autre MG (**M1**) avait le sentiment que le critère d'instauration d'une IDE, lors de l'instauration d'une insulinothérapie, dépendait peut-être de la population. Les personnes vivant dans des milieux plus favorisés que ceux en zone rurale allaient peut-être être autonomisés plus facilement.

M1 : « Pour eux je pense qu'au départ, c'est l'infirmière. Après ça dépend peut-être des populations. Il y a peut-être d'autres populations dans des milieux plus favorisés. Moins vivre ça comme une contrainte et penser qu'ils vont s'adapter plus facilement, je ne sais pas. Mais ici c'est quand même souvent vécu comme ça. Après c'est mon sentiment, ce n'est pas forcément la vérité. »

Savoir s'adapter aux inconvénients

Pour conclure, un des MG (**M2**) avait conscience qu'il exerçait en pleine campagne, mais il parvenait à s'adapter à ses conditions de travail et à s'organiser pour en être satisfait.

M2 : « [P: Vous êtes à l'aise pour mettre en place l'insulinothérapie, il n'y pas de souci, c'est plus l'environnement qui vous freine en fait?] Oui, c'est bien pour ça que je me suis mise dans une situation où je ne suis pas perdue au milieu de ma campagne toute seule. Enfin je suis au milieu de la campagne, mais j'essaie de me mettre des conditions autour de moi qui me satisfont. »

3.12.1.2 Milieu urbain

3.12.1.2.1 Avantages

Délais et situation géographique pour avoir recours aux spécialistes

À l'inverse, réaliser le suivi de patients diabétiques en médecine générale « urbaine » permettait divers avantages qui étaient cités par un MG (**M17**): la possibilité de contact avec de nombreux diabétologues libéraux, ou ceux en structure hospitalière, ainsi que les réseaux ; des délais rapides de consultation.

M17 : « Et puis honnêtement ici, c'est quand même plus facile d'avoir accès à un spécialiste si jamais je décide de mettre sous insuline. [...] Par rapport aux diabétologues. Vous avez un service de diabétologie ici, vous avez une maison du diabète, plein de diabétologues en ville. Vous avez un rendez-vous dans les 15 jours si vous voulez. [...] Donc c'est quand même beaucoup plus facile, vous faites 2km, vous avez du monde. »

3.12.2 Relations MG – diabétologues et structures spécialisées

La collaboration avec les spécialistes, en particulier hospitaliers, par le biais de consultations, d'HDJ et d'hospitalisations conventionnelles, était abordée par de nombreux MG.

3.12.2.1 Coordination des soins par le MG / communication des données biologiques

D'abord, le rôle pivot du MG était rappelé dans la coordination des soins avec le spécialiste, notamment en communiquant les résultats biologiques du patient.

M12 : « Ça c'est pareil, mon logiciel, je clique sur un truc, et je tourne l'ordinateur, et voilà, le patient voit l'hémoglobine glyquée. [P: Sa tendance?] Et ça vous montrez et c'est parlant. D'ailleurs je l'ai imprimé pour l'hôpital, pour le patient que je voulais hospitaliser, pour que le médecin hospitalier comprenne. Je pense que le diabète est une pathologie typique du rôle pivot du généraliste et de la bonne coordination qu'il faut avoir avec les spécialistes. »

3.12.2.2 Avantages

Les points positifs étaient multiples. L'HDJ était citée plusieurs fois pour son efficacité vis-à-vis de la réalisation rapide d'un bilan complet.

2 MG (**M5/M6**) jugeaient utile la pratique du « bilan annuel » lors de cette HDJ. Cela permettait en particulier de mettre en contact le patient avec différents spécialistes (cardiologue, ophtalmologue, angiologue, néphrologue), souvent peu accessibles en zone rurale.

La pratique de l'ETP était également reconnue à l'hôpital. Un praticien (**M10**) signalait l'intérêt pour ses patients d'une admission en centre de cure, essentiellement pour accéder à une ETP diététique de qualité.

2 autres MG (**M4/M6**) expliquaient qu'ils hospitalisaient sans hésiter les diabétiques lors du diagnostic et systématiquement en cas de déséquilibre important. L'un d'eux (**M4**) appréciait la prise en charge du spécialiste dans des délais raisonnables.

3.12.2.2.1 Possibilité de consultation rapide

M4 : « *Donc c'est pour ça que j'appelle le spécialiste et souvent on a des réponses rapides : « Bon ben écoute, je la vois la semaine prochaine ».* »

3.12.2.2.2 Avis du spécialiste

M4 : « *Généralement quand on rencontre un diabétique, on demande une hémoglobine glyquée pour savoir à peu près où on se trouve par rapport à son état. Si elle est supérieure à 8.5-9%, directement chez le diabéto, moi je ne le gère même pas. Je veux rapidement qu'il me démarre tout le bilan des complications, même le traitement.* »

M6 : « *Moi je travaille beaucoup avec les diabéto hospitaliers et on n'a jamais de retour en disant « Il aurait peut-être fallu attendre ou faire avant ». Mais je pense que nous en médecine générale, c'est certainement nous qui avons la main.* »

3.12.2.2.3 Bilan des complications en HDJ

M5 : « *Mais j'essaie qu'il voit le diabéto 1 à 2 fois par an, une fois qu'ils les ont sous la main, on en profite pour faire en hospitalisation de jour, voir le cardiologue, l'ophtalmologue, ce qui n'est pas toujours facile par ici.* »

M6 : « *Ce qui est pratique dans le système hospitalier, c'est l'organisation en HDJ où on leur fait tout le bilan : néphrologique, ophtalmologique, etc.* »

3.12.2.2.4 ETP

M10 : « *[P : Alors vous envoyez un peu en suivi diététique ?] Alors des fois à Scy Chazelles en cure. C'est plus sur la diététique, c'est plus là le problème.* »

3.12.2.3 Inconvénients

Cette collaboration avec l'hôpital avait aussi ses aspects négatifs : les délais de consultations trop longs et les reconvoqueries systématiques des patients diabétiques, souvent après avoir été hospitalisés, jugées non nécessaires de par la redondance de suivi qu'elles engendraient.

3.12.2.3.1 Délais de consultation trop longs

M10 : « *Les délais hospitaliers, les délais de consultation, c'est toujours un problème. [P : Bon après vous me disiez que vous arrivez toujours bien à communiquer] Oui, enfin en général c'est toujours assez compliqué d'appeler mais bon on y arrive. Mais quand on a des délais à 6 mois.* »

3.12.2.3.2 Redondance de suivi liée à des reconvoctions systématiques

M1 : « Je suis toujours surpris par la prise en charge des diabétiques qui sont souvent relativement captés par l'hôpital alors que leur état de santé ne paraît pas le justifier. Ce n'est pas des choses compliquées. Mais en fait, ils sont hospitalisés une fois et puis ils sont reconvoqués tout le temps en consultation à l'hôpital. [...] Alors c'est des gens qui sont multisuivis: ils sont suivi par leur médecin, alors qu'ils ne posaient pas de problème, ils sont pris en charge par l'hôpital qui les reconvoque régulièrement. »

3.12.3 Relations MG – réseaux

Ce point concernait les relations des MG avec les maisons du diabète et l'association ADOR. Il était abordé par 3 MG (**M2/M14/M17**) avec des avis différents.

3.12.3.1 Maison du diabète

3.12.3.1.1 Relais du MG

La maison du diabète pouvait permettre le relais du MG, notamment pour l'ETP diététique.

M14 : « Il y a la maison du diabète, qui peut être bien. Mais moi je ne l'utilise pas trop parce que je travaille beaucoup avec l'hôpital mais c'est vrai que ça peut être un appui qui peut être intéressant. Ça peut être intéressant pour avoir un support en plus de l'infirmière ou pour cibler plus les règles hygiéno-diététiques. »

3.12.3.1.2 Impact sur le patient

Un des MG (**M17**) exprimait le retour plutôt mitigé des patients car certains vivaient les ateliers diététiques comme une redite.

Un autre MG (**M2**) évoquait l'association ADOR qui, d'après lui, proposait un programme trop compliqué, avec un risque de non adhésion des patients. Il préférait travailler l'ETP au sein de sa maison de santé avec l'IDE ASALEE.

M17 : « Alors, il y a plein de patients qui y vont. Il y en a d'autres, ils y vont 2 fois : « Parce qu'ils me racontent toujours la même chose, je sais ce qu'il faut manger ». »

M2 : « Non et puis ADOR, c'est compliqué pour nous car il ne vont pas y aller tous les 4 jours, donc on préfère développer sur place des choses qui marchent plutôt bien plutôt que de les faire rentrer dans un truc plus compliqué, plus complet sûrement, mais auquel ils n'adhéreront pas. »

3.12.4 Continuité de la prise en charge avec les autres intervenants

3.12.4.1 La diététicienne

4 MG (**M1/M2/M12/M14**) abordaient la question des relations avec les diététiciennes libérales.

3.12.4.1.1 Manque d'intérêt du MG pour la diététique

L'un d'eux (**M12**) avait recours à une diététicienne en raison d'un manque d'intérêt personnel pour la diététique.

M12 : « Je ne suis pas très branché diététique. Donc il m'arrive d'envoyer un diabétique chez la diététicienne juste pour la partie diététique. Ça c'est vrai que je le fais aussi parfois car ça ne me passionne pas beaucoup ».

3.12.4.1.2 Problème du non remboursement de la diététicienne

Ils n'adressaient que ponctuellement, voire jamais (**M1**), du fait du non remboursement de l'acte diététique.

M1 : « Je reprends assez souvent les conseils diététiques, mais je n'adresse pas spécialement à une diététicienne. Après il y a le problème du remboursement aussi. Quoique ça ne gêne pas toujours les gens. »

M2 : « Et puis le problème avec les diététiciennes surtout. Ce n'est pas remboursé. On en a une qui voulait venir mais c'est compliqué, c'est une concurrence qui n'est pas très loyale. »

M14 : « [P: Pas de diététicienne?] Si, mais c'est peut être un petit peu plus compliqué comme ce n'est pas remboursé, ça peut être un frein. »

Pour pallier à cela, un de ces MG (**M14**) adressait plutôt ses patients à des professionnels médicaux.

M14 : « Moi ce qui me gêne beaucoup, c'est le respect des règles hygiéno-diététiques, et ça j'avoue des fois que c'est difficile, on a l'impression qu'on n'arrive pas à faire en sorte que le patient respecte. Du coup, nous on essaye de travailler peut-être avec des médecins nutritionnistes ou des endocrinologues ou des diabétologues. »

3.12.4.2 Le pharmacien

3.12.4.2.1 Rôle de gestion du matériel et du traitement

Le pharmacien d'officine était cité par un seul MG (**M8**) en tant que partenaire de la prise en charge. Il intervenait dans l'éducation du patient sur l'aspect matériel et technique de l'insulinothérapie et de l'autosurveillance, mais également dans la gestion des stocks de matériel.

M8 : « Les pharmaciens aussi, car ils ont un rôle surtout de suivre, d'avoir des conseils sur l'utilisation de leur matériel, comment faire un dextro, voir que le matériel soit bien aux normes, réviser régulièrement et éviter les gaspillages des produits, disons de tous les consommables. Nous sur le pôle de santé, on a mis une ordonnance annuelle pour le matériel, et le pharmacien doit gérer les stocks avec le patient pour éviter le gaspillage. »

3.12.4.3 Impact de la Sécurité sociale

3.12.4.3.1 Redondance du service Sophia

Ce service, dédié à l'accompagnement des malades chroniques par l'Assurance Maladie pour l'asthme et le diabète, était cité par 2 MG (**M1/M15**) pour rendre compte de son inutilité, engendrant des dépenses injustifiées, du fait de la redondance de la prise en charge des patients diabétiques.

M1 : « Alors c'est des gens qui sont multisuivis: ils sont suivis par leur médecin, alors qu'ils ne posaient pas de problème, ils sont pris en charge par l'hôpital qui les reconvoque régulièrement. Ils sont mis dans des réseaux et après on a encore la sécurité sociale qui en rajoute une couche avec... [P: Avec Sophia?] Oui voilà avec Sophia. Donc c'est des gens qui sont pris 4 fois en charge. Je ne sais pas, il y a un plaisir à s'occuper particulièrement des diabétiques. [...] Moi je trouve ça malheureux parce que c'est gâché des moyens au détriment peut-être d'autres prises en charge. »

M15 : « On a ce foutu schéma de la sécurité sociale qui, on va être honnête, ne sert pas à grand-chose, qui coûte très cher. On répète au téléphone la même chose que ce qu'on a dit 10 fois au malade. »

3.12.4.3.2 Impact de la ROSP

La ROSP, proposée par l'Assurance Maladie, était évoquée par 2 MG (**M5/M12**).

Inciter les MG à assurer un suivi

Le premier (**M5**) semblait vivre assez mal les contrôles multiples de la CPAM, mais son avis restait partagé. Il expliquait que les pénalités encourues par le MG pour ne pas avoir adressé ses patients diabétiques à des spécialistes, pouvait malgré tout avoir un impact positif sur sa prise en charge.

M5 : « Et comme on est aussi surveillé par la caisse avec les conventions qu'on a signé avec elle, on se doit d'avoir des résultats avec des hémoglobines glyquées qui baissent. Des surveillances d'hémoglobines glyquées, des comptes-rendus de cardiologues et d'ophtalmologues. Au bout d'un an, la sécu nous dit « Voilà vous n'avez pas montré de compte-rendu d'ophtalmo chez votre patient, vous avez 3 points de pénalité », ça marche comme ça. On a des contrôles réguliers, on est payé, on a des primes de bonne pratique médicale mais on a aussi des points de pénalité quand on ne respecte pas tout à fait ça. Donc obligatoirement, quelque part, le fait de balancer chez le spécialiste de temps en temps, on sait qu'ils auront vu au moins une fois un ophtalmologue et un cardiologue. Donc c'est discutable. »

Moyen d'auto-évaluation de la prise en charge du MG

À l'inverse, le 2^e (**M12**) indiquait qu'il s'agissait d'un bon moyen pour auto-évaluer la qualité de sa prise en charge.

M12 : « J'ai l'impression d'avoir plutôt des bons résultats, avec les ROSP. [...] [P: On ne peut pas tricher!] Non moi, je ne vois pas l'intérêt de tricher, je m'en fous pas mal de la prime. Ce n'est pas ça que je veux dire, mais au moins je sais comment je suis. »

3.13 Instauration de l'insuline – accompagnement du patient

3.13.1 Rôle du MG

3.13.1.1 Pallier au manque de connaissances des patients et discuter des fausses croyances

En rejoignant le thème développé plus haut sur l'importance de la préparation du patient en amont de l'insulinothérapie, 3 MG (**M7/M9/M12**) faisaient état du manque de connaissances ou des fausses croyances des patients sur l'insuline. Ils évoquaient le rôle du MG de rassurer le patient en répondant à ses questionnements, ou en corrigeant ses « fausses idées », pour éviter qu'il ne soit perdu.

M7 : « Donc il y a beaucoup de fausses idées, ou justement d'explications en amont, que c'est pour éviter ça qu'on démarre l'insuline. »

3.13.1.1.1 Sentiment d'aggravation de la maladie

M9 : « Je pense qu'il y a une appréhension et une méconnaissance, c'est normal, on est là pour ça, pour expliquer, rassurer les gens, qu'ils comprennent quel est l'intérêt d'introduire ce traitement. [...] Il y a tout de suite un aspect un peu plus grave qui apparaît aux gens quand on leur parle d'injection donc après je pense que c'est notre rôle d'expliquer pourquoi on est arrivé à ça, et de préparer. Il y a une éducation thérapeutique qui est indispensable. C'est sûr que si on est sur un coin de table, « Madame, votre hémoglobine glyquée ça ne va pas, allez hop, un petit coup d'insuline! On fait comme ça, telle dose, vous m'appellez après, au revoir ! » Les gens sont perdus, ils ne comprennent pas. »

3.13.1.1.2 Peur de prendre du poids

M12 : « Et là je me suis souvenu de la remarque du Dr L. l'autre jour et je lui ai ressorti: « C'est parce que votre diabète ne va pas bien, d'ailleurs vous voyez bien que vous grossissez déjà! » [P: Oui, si on reprend votre poids il y a 20 ans] »

3.13.1.2 Accompagnement adapté et personnalisé du patient

Un MG (**M5**) faisait état de la nécessité d'un accompagnement adapté et personnalisé du patient lors de l'instauration de l'insulinothérapie basale, en donnant des conseils d'alimentation ou d'adaptation thérapeutique en cas d'activité physique.

M5 : « [P: Et il y a des situations où c'est difficile pour vous d'instaurer une insuline basale parce qu'il va vous dire « Moi j'ai mon activité physique, j'ai le bois, ou j'ai mon activité professionnelle.» ?] C'est plus difficile, oui. Bon maintenant je leur donne aussi des conseils d'adaptation de l'alimentation. Je ne mets jamais une insuline sur un coup de tête en disant « Oh! Allez l'hémoglobine est trop haute! ». Non, je travaille ça avec les patients comme je travaille les ADO en fonction de leur activité bien sûr. J'ai plein de jeunes sous insuline qui font du sport, ils s'adaptent. »

3.13.2 Stratégie en pratique

3.13.2.1 Décisions des modalités de traitement

Pour 2 des MG interrogés (**M1/M13**), concernant les modalités d'instauration de l'insulinothérapie, la décision incombait au MG lui-même.

M13 : « *Le patient, ce n'est jamais lui qui décide. [P: Non mais de qui va faire l'injection?] Ah oui. »*

M1 : « *En général c'est moi qui vais la prescrire de toute façon, donc je vais forcément décider. [...] À partir du moment où ils n'ont aucune expérience, forcément ça va être une infirmière qui va passer. »*

3.13.2.2 Critères d'instauration possible de l'insuline en libéral

2 MG (**M12/M14**) faisaient part des critères de faisabilité à instaurer une insulinothérapie basale en soins primaires. Parmi leurs critères, ils s'accordaient à dire en premier lieu que cela dépendait du patient, notamment de sa fiabilité, c'est-à-dire sa capacité à gérer son traitement.

En revanche, la sévérité du déséquilibre du diabète ou le type d'insulinothérapie à instaurer pouvaient modifier les modalités de prise en charge.

M12 : « *Après est-ce que je le fais moi-même, par le biais d'une hospitalisation ou par le biais d'une consultation? C'est très variable en fonction des patients. »*

M14 : « *Après si je pense qu'il est entre guillemets fiable, qu'il sera en mesure de faire le traitement de façon correcte sans trop de difficultés, et sans risque surtout pour sa santé, à ce moment-là, je pense qu'on pourra le faire plus volontiers nous-mêmes. [...] En revanche, instaurer nous une insulinothérapie en tant que médecin généraliste, si c'est faisable en libéral, on le fait. Si ça paraît compliqué, en général, voilà. Tout dépend du type d'insulinothérapie et tout dépend si le diabète est très déséquilibré ou pas, et vers quel type d'insulinothérapie on va s'orienter. »*

3.13.2.3 ETP au cabinet du MG

Lors de l'instauration d'une insulinothérapie basale en soins primaires, les MG pouvaient avoir des stratégies thérapeutiques différentes, particulièrement pour l'ETP.

3.13.2.3.1 Mise en place d'une consultation longue

M12 : « *Ça m'arrive de le faire moi-même. C'est que malgré tout, c'est une consultation qui prend du temps. Souvent quand j'en arrive là, je programme un rendez-vous d'une demi-heure car on ne peut pas faire ça en 10 minutes. »*

3.13.2.3.2 Savoir différer l'ETP à l'annonce de l'insuline

Un MG (**M11**) préférait différer l'ETP lors de l'annonce de l'insuline, notamment tout l'aspect technique, car il pensait que ce n'était pas le moment le plus adapté.

M11 : « Je ne leur montre pas, je leur explique simplement que là, ça va être de l'insuline. C'est vrai que je ne rentre pas du tout dans les détails de l'autosurveillance glycémique, de l'adaptation des doses. Aussi parce que je trouve qu'expliquer quelque chose comme ça, à qui tu viens d'annoncer qu'il va avoir de l'insuline, je pense que déjà... [P : Il est fermé.] Il est déjà fermé. Et puis expliquer quelque chose sans avoir les outils directement, je trouve que c'est peut-être moins parlant. »

Un autre MG (**M9**) programmait justement une consultation rapprochée de l'annonce de l'insuline pour répondre aux éventuelles questions.

M9 : « Et d'ailleurs, il y a des gens qui n'ont pas de problème non plus, et d'autres qui sont réticents et on se revoit dans 15 jours pour dire « Si vous avez des questions à poser, qu'on fasse le point là-dessus ». »

3.13.2.3.3 ETP progressive par consultations répétées

Instauration en 4 consultations

M10 : « La mise en place d'une insulinothérapie se fait en 4 consultations : 1^{ère} consultation : on dédramatise. 2^e consultation : la surveillance glycémique. Ils font assez facilement des cycles glycémiques que je leur demande au début. Ils ont un tout nouvel appareil, mais après ils déchantent vite. 3^e consultation : l'insuline en elle-même. 4^e consultation : on met en place. »

ETP plus fractionnée trimestrielle

M1 : « C'est-à-dire qu'on ne peut arriver à leur faire comprendre tout d'une fois. Donc on dit un petit quelque chose, et le coup d'après on dit autre chose. Après comme je les vois de façon trimestrielle, ça fait qu'on peut avancer très lentement quand même. »

3.13.2.3.4 Utilisation de supports adaptés

Un MG (**M12**) confiait l'intérêt des supports d'éducation thérapeutique délivrés par les laboratoires.

M12 : « Moi j'utilise les éléments que le laboratoire nous donne, ce sont des supports importants, je pense qu'il faut quand même qu'il y ait une trace écrite. »

3.13.3 Rôle du spécialiste ou des structures spécialisées

3.13.3.1 Indication posée ou initiation par le spécialiste

L'instauration de l'insulinothérapie basale pouvait passer systématiquement par le recours au diabétologue, pour diverses raisons.

3.13.3.1.1 Habitude professionnelle

M5 : « J'ai l'habitude de travailler avec les diabétologues [...] [P: Donc de manière générale, pour instaurer une insuline, c'est plutôt avec eux?] ? Oui je préfère. »

3.13.3.1.2 Réflexion plus fine du spécialiste

M4 : « *Donc à partir du moment où vraiment ils se dérèglent : consultation diabéto. Car quand on reprend en retour les courriers des spécialistes, on se rend bien compte que la subtilité est beaucoup plus fine que de se dire « Tiens, la glycémie du matin est à 2, on va mettre une Lantus le soir » [...] c'est quand même une spécialité, ils ne sont pas là pour rien. Donc quelque part, moi je botte en touche. »*

3.13.3.1.3 Soutien médical

L'un d'entre eux (**M11**) expliquait que cela permettait d'avoir un « *soutien médical* » avec le spécialiste qui allait vérifier l'indication de l'insulinothérapie et proposer le schéma thérapeutique le plus adapté.

M11 : « *En pratique, si je dois débiter l'insuline, je pense qu'en premier lieu je l'adresserai plutôt au diabéto. Et après me calquer sur l'avis du diabétologue ou le suivi du diabétologue, parce que c'est vrai que ça fait un peu soutien médical. De se dire que c'est le diabétologue... [P: Il y a eu 2 avis.] Il a évalué que c'était effectivement bien nécessaire, il propose tel schéma. »*

3.13.3.1.4 Relais du MG

M3 : « *Alors je ne l'instaure pas, je suis mes patients jusqu'à ce qu'ils soient avec une hémoglobine qui ne me convient pas, mais je ne pense pas attendre 9% et après je passe le relais et il voit voir le diabétologue, ou il va voir le diabétologue avant. [...] Donc lui il voit gentiment que ça monte ou ça tient le coup. Et s'il voit que ça monte, il dit : « Dans quelques mois on va voir si on ne peut pas mettre une Lantus ou quelque chose du genre. ».* »

3.13.3.1.5 Délégation de la prise en charge

M13 : « *Il y a beaucoup de gens qui sont déjà suivis par un diabétologue et du coup moi je n'instaure rien, je le laisse gérer. »*

3.13.3.2 Inclure le spécialiste dans le suivi, établir un premier contact

Pour un autre MG (**M7**), l'instauration d'une insulinothérapie demeure une étape particulière, au moment de laquelle il lui paraissait important d'adresser au spécialiste, ne serait-ce que pour établir un premier contact.

M7 : « *Mais j'aime bien ce relais avec le spécialiste, à ce moment-là, l'insulinothérapie. Je trouve que c'est bien à un moment une fois de voir un spécialiste qui le connaisse et à qui je peux me référer plus tard si on est encore obligé d'évoluer dans le schéma insulinique. »*

3.13.3.3 Rôle dans l'ETP / Délégation de la prise en charge

Au moment de l'instauration de l'insuline, un MG (**M11**) admettait avoir facilement recours à l'hôpital pour déléguer l'ETP car il estimait que ce n'était pas de son ressort.

M11 : « Et nous en médecine générale, c'est compliqué de faire ça, enfin en tout cas ici, c'est compliqué de faire ça. C'est peut-être aussi pour ça qu'on a la facilité, que j'ai la facilité d'adresser à l'hôpital, en me disant voilà le patient, il pourra... [...] J'avoue que je n'aurai pas spécialement envie d'expliquer à un patient comment surveiller sa glycémie, son insuline, son truc... Parce que j'ai l'impression que ce n'est pas de mon ressort. »

3.13.3.4 Recours au spécialiste selon l'âge du patient ou le contexte

3.13.3.4.1 Selon l'âge du patient

Les patients considérés comme « jeunes » étaient plus facilement adressés au spécialiste, en tout cas, pour 2 des MG interrogés (**M2/M17**).

M2 : « Maintenant si je le fais par moi-même et que je l'envoie, c'est que je considère que pour des jeunes, pour des gens chez qui ça doit être plus fin, je préfère les envoyer chez le diabétologue car j'estime que c'est plus leur boulot que le mien. Ça leur permet de rentrer dans des groupes plus poussés qu'ici. »

M17 : « Maintenant, quand j'hésitais, on sait qu'il fallait passer à une insulinothérapie, vu l'âge, je me posais la question, est-ce qu'on lui met juste une basale ou est-ce qu'on fait des bolus en plus ? Là, je l'adressais au diabétologue. [...] Une personne jeune, honnêtement, enfin jeune, une espérance de vie assez longue, je ne suis pas sûr que je l'aurais fait tout seul. Je pense que je l'aurais fait avec l'aide d'un diabétologue. »

3.13.3.4.2 Selon le contexte

Existence de complications

D'après un MG (**M10**), le recours au spécialiste pouvait également avoir lieu en cas de survenue de complications de la maladie diabétique.

M10 : « En général sur une complication, je demande une consultation avec Dr D. et il met sous insuline tout de suite, enfin ça dépend des délais. »

Situation complexe

D'après un autre MG (**M14**), la complexité de la situation pouvait aussi être un motif de recours au spécialiste.

M14 : « Si ça me paraît complexe, je préfère adresser à mes confrères. »

3.13.3.5 Hospitalisation selon différents critères

Outre le recours au spécialiste, les MG avaient parfois besoin d'une hospitalisation pour initier l'insulinothérapie.

3.13.3.5.1 Hospitalisation selon le profil du patient

2 MG (**M7/M12**) évoquaient le profil du patient comme critère de recours à une hospitalisation, en particuliers les patients âgés.

L'un d'eux (**M12**) faisait également part d'un autre critère : le niveau social ou le niveau d'instruction. Il expliquait que l'hospitalisation paraissait plus simple car la prise en charge en libéral était trop chronophage avec ce type de patients.

M7 : « J'ai toujours sollicité l'avis d'un diabétologue à l'hôpital, surtout pour une personne âgée ou une personne pour qui j'avais besoin d'éducation thérapeutique à domicile, pour que vraiment le B-A-BA soit acquis à l'hôpital, pour qu'après en ville j'ai moins de complications pour revenir sur l'éducation à la maison. »

M12 : « L'âge du patient quand même, car quand ils sont très âgés c'est quand même plus compliqué d'instaurer une insulinothérapie sans passer par l'hôpital. Donc là, j'utilise préférentiellement l'hospitalisation. [...] Je parlais aussi du niveau social ou du niveau d'instruction car parfois ça complique les choses pour expliquer un traitement de ce type-là. Et donc l'hospitalisation est plus simple. Bon sinon c'est vrai que ça prend du temps. C'est vrai que c'est une barrière mais il faut se donner le temps. »

3.13.3.5.2 Hospitalisation selon le contexte

Différentes situations pouvaient justifier également d'une hospitalisation : l'existence de complications ou le caractère complexe de la situation, ou encore la sévérité du déséquilibre du diabète.

Existence de complications

Un MG (**M12**) précisait ne pas avoir toujours recours à l'hospitalisation selon le type ou plutôt le stade des complications.

M12 : « Oui, alors c'est vrai qu'à partir du moment où il y a des complications, ça passe plus souvent par l'hospitalisation. [...] Ça va dépendre si c'est des complications cardiaques ou neurologiques importantes, une neuropathie de grade 3 je dirais, des choses comme ça. Bon là souvent on passe par le biais d'une hospitalisation. »

Situation complexe

Des situations jugées trop difficiles ou trop risquées pour être gérées en libéral pouvaient nécessiter une hospitalisation pour un meilleur encadrement.

M14 : « Après si on a vraiment des difficultés en libéral à mettre une insulinothérapie... Enfin moi je sais que je vais avoir tendance à faire appel à mes confrères qui vont peut-être pouvoir faire de façon un petit peu plus encadrée, donc en hospitalier éventuellement, quand à mon sens ça nécessite une insulinothérapie mais que c'est impossible ou très difficile ou très risqué de le faire en libéral. »

Diabète très déséquilibré

Face à un diabète avec un déséquilibre sévère, justifiant d'une insulinothérapie en urgence, ce même MG (**M14**) faisait appel au médecin spécialiste hospitalier d'astreinte pour l'aider à prendre en charge le patient.

M14 : « *Après si c'est vraiment très déséquilibré et que ça nécessite d'être fait en urgence, en général on essaie de voir avec le médecin d'astreinte pour faire une hospitalisation de jour rapide.* »

3.13.4 Place et rôles de l'IDE libérale

De nombreux MG évoquaient le rôle prépondérant de l'IDE libérale dans l'instauration d'une insulinothérapie basale, puisque 13 des MG interrogés développaient ce point.

3.13.4.1 Critères d'instauration d'une IDE libérale par le MG

Un MG (**M12**) précisait ses critères de recours à une IDE à domicile : l'âge et le niveau d'instruction du patient.

3.13.4.1.1 Recours à l'IDE quasiment en systématique

Ce recours à l'IDE, au moment de l'instauration de l'insuline, était quasiment systématique, sur une durée en général d'un mois. Pour réaliser les injections ou pour accompagner le patient dans son nouveau traitement, en particulier l'éducation à la technique d'injection et à l'ASG. Cela permettait aussi de mettre en place une meilleure surveillance du diabète avec des glycémies pré- et postprandiales durant une semaine, dans le but d'optimiser le traitement au début.

M2 : « *Donc du moins pendant 1 mois l'IDE passe, j'essaie de leur faire apprendre les gestes. J'essaie d'avoir une semaine entière avec des pré- et des post prandiales et on voit comment ça se passe.* »

M14 : « *Oui, moi je fais toujours avec une infirmière, ne serait-ce que pour qu'elle lui fasse les injections au début, la surveillance. [...] Du coup au moins, au minimum 1 mois, et parfois peut-être plus. Après si le patient est prêt à faire les injections lui-même, mais bon oui, en général...* »

Parfois, outre l'âge et le niveau d'instruction du patient, un défaut d'observance médicamenteuse pouvait conduire à instaurer une IDE à domicile pour réaliser les injections.

M13 : « *Le patient qui est revenu sous insuline de chez le diabétologue, il avait une infirmière, mais clairement il n'était pas capable de se piquer tout seul, c'est lui qui ne prenait pas ses médicaments le weekend. Il fait n'importe quoi. Clairement, lui, il l'a toujours, ça doit faire 6 mois qu'il est sous insuline, il a toujours son infirmière qui vient faire son injection.* »

3.13.4.2 Rôle de collaboration / communication de l'IDE avec le MG

Un autre rôle de l'IDE était sa collaboration avec le MG dans la prise en charge du patient diabétique insulinotraité, et cela passait par une communication adaptée.

3.13.4.2.1 Le MG : référent pour l'IDE

M7 : « Ah oui, moi un patient diabétique, j'ai le nom de l'infirmière dans le dossier et je l'appelle. Moi j'en ai quand même beaucoup qui étaient contentes que je les appelle car ça faisait des années qu'elles ne savaient plus quoi faire pour adapter les choses. [...] Parce que d'elles-mêmes, c'est compliqué d'appeler directement le médecin. Ça se fait facilement pour demander une ordonnance ou tout ça... [P : Mais dire « Je ne comprends pas »] Dire « Je n'arrive pas à faire les doses. Ce patient là... » Ce n'est pas facile j'ai l'impression. »

3.13.4.2.2 Travail d'équipe entre MG et IDE

M9 : « Ce qui est important quand on introduit l'insuline, dans l'immense majorité des cas, l'infirmière intervient. [...] Je pense qu'après il y a aussi des discussions entre le médecin et l'infirmière. C'est un travail d'équipe. Moi je ne me sens pas isolé dans la prise en charge de l'insuline chez les personnes diabétiques. On a les infirmières qui passent des coups de fil. Si les dextros ne sont pas bons, soit il y en a qui prennent des initiatives par elles-mêmes d'adapter les doses d'insuline après en avoir discuté, soit elles passent systématiquement un coup de fil. »

3.13.4.2.3 Importance d'avoir une IDE de qualité

M11 : « Et puis il faut aussi savoir que derrière, il faut avoir une infirmière de qualité, avec qui tu peux communiquer et éventuellement elle t'appelle. »

3.13.4.2.4 Inscription de protocoles dans le carnet

M1 : « Je peux mettre des consignes en fait en déterminant un peu mes objectifs. [...] Je mets souvent des consignes sur le carnet. »

M17 : « Elles me disaient si ça se passait mal. [P: Donc elles suivaient assez facilement ce que vous prescriviez?] Oui et bon elles étaient franches aussi. Je ne fais pas des protocoles vraiment écrits très... »

3.13.4.2.5 Intérêt de la démarche de soins infirmiers

M7 : « Alors maintenant avec les démarches de soins infirmiers, il y en a quand même plusieurs qui ont coté ça comme démarche de soins. [P : Ah les nouvelles feuilles de soins infirmiers ?] Et elles sont obligées de mettre ce qu'elles font au domicile du patient, si elles ont suivi leur risque d'hypo, si elles savent où ils en sont au niveau des pieds, et c'est coté. Et toutes les semaines elles refont le point. Donc je pense que c'est aussi un bon repère pour le médecin car c'est elles qui les suivent au quotidien donc elles ont besoin de savoir qu'elles ont des références, c'est le plus important. »

3.13.4.3 Rôle d'éducation

3.13.4.3.1 Explication de l'ASG

En ce qui concernait l'intérêt de l'ASG, un MG (**M7**) relevait l'importance de l'ETP réalisée par l'IDE libérale. D'après lui, le passage sous insuline induisait un réel changement des habitudes du patient, en tout cas, au niveau de la surveillance glycémique, qui, parfois,

pouvait être totalement inexistante jusque-là. Cela permettait donc une meilleure adhésion du patient à son traitement.

M7 : « *Et la nécessité aussi de contrôles au bout du doigt parce qu'on sait très bien que les dextros, il y en a beaucoup qui n'en faisaient pas tant que ça sous ADO, donc c'est aussi un passage, un changement d'habitudes. Donc ça je pense que ça se prépare, ça s'éduque, pour comprendre l'intérêt. S'ils ne comprennent pas l'intérêt, on ne peut pas leur demander de se piquer 6 fois le bout du doigt, si personne n'adapte derrière, c'est logique. Personne n'accepterait ça.* »

3.13.4.3.2 IDE : relais du MG dans l'éducation

Ce point était surtout développé par un MG (**M11**).

Tout d'abord, il observait que « *la capacité du patient à savoir se gérer, à savoir adapter ses doses, à comprendre* » pouvait être à double tranchant. En effet, en cas de difficultés, notamment en cas de barrière linguistique, cela s'avérait, dans un sens, être pour lui « *un point négatif* » puisque ce type de patient allait forcément nécessiter une IDE à domicile. Et à l'inverse, cela pouvait constituer « *un point positif* » pour ce MG puisqu'il consacrerait moins de temps à l'ETP et délèguerait à l'IDE.

M11 : « *Et puis effectivement, la capacité du patient à savoir se gérer, à savoir adapter ses doses, comprendre. Alors ça, je dirais, c'est un point positif et un point négatif. Le patient qui va bien comprendre son insuline, qui va savoir se gérer, on se dit : « Cool, on n'aura pas de problème avec lui ». Et en même temps, le patient qui ne comprendra pas forcément, ou qui a une barrière linguistique, à la limite on se cache un peu derrière l'infirmière en disant « Allez hop, on va lui mettre ça, l'infirmière va gérer. ». C'est plutôt quelque chose où on va moins réfléchir, on aura moins de travail d'éducation thérapeutique. Enfin là, je suis surtout dans le cadre de la barrière linguistique, le patient qui va avoir du mal à comprendre l'équilibre du diabète, les règles hygiéno-diététiques.* »

Il ajoutait que l'aspect plus technique de l'ETP, concernant l'injection d'insuline à proprement parler et l'ASG, n'était « *pas de son ressort* » mais plutôt de celui de l'IDE. Il préférait favoriser une ETP quotidienne par le biais de cette dernière, plutôt que de risquer « *d'apporter trop d'informations* » en une fois à son patient.

M11 : « *Après sur le côté pratique, surveillance et tout ça, j'estime, j'ai peut-être tort, que c'est plus du rôle de l'infirmière. Parce que si je m'imagine le patient en consultation, je vais lui montrer comment on fait la surveillance glycémique, donc glycémie capillaire, quelle dose, voilà, vous augmentez de tant. J'ai un peu peur de lui apporter trop d'informations, alors que je me dis finalement, au quotidien, si c'est fait un peu tous les jours avec l'infirmière, c'est peut-être mieux.* »

ETP chronophage pour le MG

2 MG (**M1/M14**) soulignaient le caractère chronophage de l'ETP au moment de l'instauration de l'insulinothérapie, d'où la nécessité de l'IDE pour prendre le relais.

L'un d'eux (**M1**) expliquait que la démonstration de l'injection d'insuline et de l'ASG n'était matériellement pas faisable en termes de temps, lors d'une consultation standard de

médecine générale qui pouvait déjà varier entre 20 minutes et 1 heure pour un patient diabétique.

M1 : « Je pense que de toute manière on n'aurait pas le temps. Franchement, montrer le matériel, comment on fait l'injection. Non, je ne me verrais pas faire ça. Je pense que matériellement ce n'est pas possible. [...] Je veux dire une consultation de diabétique c'est long. En moyenne, c'est une demi-heure, en règle générale, à peu près. Donc après ça peut varier de 20 minutes à 1h, c'est vraiment variable. Mais je ne pourrais pas m'engager dans la démonstration des utilisations. Donc après là, je vais plutôt m'appuyer sur l'infirmière. »

M14 : « On explique un petit peu, mais c'est vrai que c'est quand même très très long, il faut reconnaître. Alors oui, on prend quand même le temps d'expliquer, car si on veut que ça marche, il faut quand même prendre le temps d'expliquer un peu. Mais c'est vrai qu'après en pratique, on s'appuie beaucoup sur les infirmières. »

3.13.4.4 Rôle d'autonomisation

3 MG (**M1/M12/M16**) abordaient un autre rôle de l'IDE libérale qui était l'autonomisation du patient. Deux d'entre eux (**M1/M16**) précisait que c'était réalisable selon le niveau cognitif et de compréhension de ce dernier. En revanche, chez des patients âgés, en particulier présentant des troubles cognitifs, visuels ou autres, l'IDE gérait en permanence le traitement.

M1 : « Elles vont maîtriser la technique. Elles vont pouvoir expliquer aux gens comment s'injecter. Donc après on arrive assez facilement, pour les gens qui sont normalement cortiqués, à une autonomie qui se fait. »

M12 : « Il y a des gens, on sent que ça ne va pas trop bien se passer. Surtout si on veut qu'ils fassent eux-mêmes, qu'ils gèrent leurs doses. Bon ça, ça se peut faire en plusieurs temps avec l'aide d'une infirmière. »

M16 : « Alors après le but de l'infirmière, c'est quand les gens sont suffisamment autonomes et cortiqués et qu'ils peuvent se gérer, elles les éduquent puis ils se font leur injection. Et après surtout les personnes âgées, si elles ont des problèmes cognitifs, visuels ou autres, l'infirmière gère le truc en continue. »

L'autonomie n'est pas un objectif prioritaire

Cependant, l'un de ces 3 MG (**M1**) expliquait que, même si certains patients exprimaient les contraintes du passage de l'IDE, l'autonomie n'apparaissait pas forcément comme une priorité.

M1 : « [P: Parce que tu dis les contraintes: attendre le passage de l'infirmière. Mais ça c'est pour un certain nombre de patients.] Oui pour un certain nombre de patients. [...] Je pense qu'ils ne se projettent pas tout de suite sur l'autonomie. »

3.13.4.5 Rôle de soutien / sécurité

3.13.4.5.1 Soutien / sécurité pour le patient

2 MG (**M9/M15**) soulignaient le caractère rassurant de l'IDE libérale pour le patient au moment de l'initiation d'une insulinothérapie basale, et ce malgré les contraintes que son passage impliquait. Elle permettait de corriger immédiatement les éventuelles erreurs du patient.

M9 : « [P : Et ça ne les bloque pas de se dire que l'infirmière va passer tous les jours ?] Entre les 2. Quand on discute, souvent je leur dis : « Oui mais vous savez l'infirmière, elle ne va pas venir pile tous les jours à 8h05 avant le petit déjeuner, avant que vous alliez faire vos courses ! » - « Non, je préfère qu'il y ait quelqu'un qui vienne pour contrôler mes dextros, me surveiller, être rassuré. » Ne pas être livrés à eux-mêmes. »

M15 : « [P : « Je ne saurai pas me les faire » : comment vous procédez quand ils vous répondent ça ?] Alors déjà, on leur explique comment ça marche, ensuite on leur dit « Pas de panique! On va débiter, c'est l'infirmière qui viendra vous faire le dextro et l'injection. On va faire ça pendant 1 mois, 2 mois, 3 mois, ça dépend de la personne et de ses capacités. Et puis au fur et à mesure, vous allez apprendre, elle va vous remonter. Et vous le ferez avec elle à côté, comme ça, s'il y a une erreur, elle vous corrigera tout de suite. »

Préférence pour une IDE en permanence

Certains patients diabétiques insulino-traités préféraient garder définitivement une IDE, malgré l'explication des contraintes par le MG, et parfois même jusqu'à lui laisser l'entière gestion du traitement.

M12 : « Ils ont même parfois des craintes, même chez les gens entre guillemets instruits, il y en a qui sont craintifs, qui préfèrent que ce soit pris en charge complètement par une infirmière et par le médecin. Donc dans ce cas-là, je laisse tout le temps l'infirmière gérer ça. [...] Parfois ça va vite bien, et parfois ils finiront toujours pas garder l'infirmière, parce qu'ils ne se sentent pas capables au bout du compte. [...] Après il m'ait arrivé d'avoir des gens, je pensais qu'ils voudraient le faire eux-mêmes. Je leur dis que c'est quand même plus simple quand vous partez, les vacances, etc., le weekend quand vous bougez, c'est beaucoup plus facile. Mais il y a des gens qui préfèrent que ce soit fait systématiquement par une infirmière. »

3.13.4.5.2 Soutien / sécurité pour le MG

Relais du MG

3 MG (**M7/M9/M13**) s'accordaient à nouveau sur le « caractère rassurant » de l'IDE qui constituait un réel soutien dans leur prise en charge. Cela permettait d'avoir un relais du MG, notamment lors des week-end et jours fériés. Il y avait aussi le cas du relais en EHPAD pour la gestion du traitement insulinique des personnes très âgées.

M1 : « Je pense oui, je pense que c'est quand même un grand frein pour cette initiation à domicile surtout qu'on pense souvent à 8-10 unités de Lantus, on ne risque pas grand-chose sur quelqu'un qui a 3g en permanence. Mais déjà si ça tombe un weekend, si le matin je n'ai pas de relais par une infirmière libérale, souvent on sait comment elles fonctionnent, elles ont à peine un quart d'heure. »

M9 : « On a beau dire, c'est sûr qu'en tant que médecin en cabinet, on est disponible. Je réponds aux questions au téléphone, etc., mais on n'est pas là tous les jours, les jours fériés, ni les dimanches. Et donc il y a l'aspect rassurant là-dessus. »

M13 : « Et puis sinon, je crois que j'ai des personnes très âgées qui ont une dose d'insuline basale mais qui sont en maison de retraite, et c'est l'infirmière qui gère, je n'ai pas grand-chose à faire. »

3.13.4.6 Inconvénients de l'IDE

3.13.4.6.1 Compétences variables de l'IDE

Un seul MG (**M12**) abordait réellement les compétences variables de l'IDE libérale, d'où la nécessité, d'après lui, « de bien choisir l'infirmière », lorsque le patient ne réaliserait pas ses injections d'insuline.

M12 : « Après il faut aussi bien choisir l'infirmière. Il y en a qui gèrent cela très bien et il y en a qui sont complètement à la rue, qui vous appellent toutes les 10 min, car elles ne sont pas dans le coup. [...] Je me suis déjà pris la tête avec les infirmières, qui changeaient la dose au mauvais moment : par exemple, elle voyait une glycémie du matin trop élevée, elles faisaient des trucs un peu dingues, un peu aberrants. »

3.13.4.6.2 Pas de suivi des consignes du MG / problème de communication

3 autres MG (**M1/M7/M10**) évoquaient le problème de communication avec les IDE libérales, et parfois même le non-respect des consignes qu'ils leurs indiquaient.

M1 : « Alors après, je mets souvent des consignes sur le carnet [...] mais je pense que ce n'est pas souvent suivi. »

M7 : « En ville, elles ne le disent pas, elles viennent, elles partent, elles ne notent même pas sur le carnet leurs difficultés. »

M10 : « [P : Et pourquoi ? Vous arrivez à discuter avec elles ou pas du tout ?] Non. [P : Parce que même si vous mettez un mini protocole dans le carnet ?] Ce n'est pas suivi. Enfin ça dépend, il y en a qui sont investies. Allez 70% des infirmières ne modulent pas. Alors le problème c'est qu'on voit les gens tous les 3 mois. »

3.13.4.6.3 Risque de « désinvestissement » du patient

Le risque de désinvestissement du patient était abordé par un MG (**M1**) qui constatait que certains patients préféraient rester avec une IDE en permanence car ils y trouvaient un certain confort en lui laissant la gestion totale du traitement.

M1 : « Après il y a des gens qui préfèrent rester avec l'infirmière, le confort de ne rien avoir à faire. Alors qu'ils pourraient certainement se débrouiller, mais ils préfèrent pouvoir s'appuyer sur l'infirmière. [...] Mais après je pense que les gens, une fois qu'ils sont rentrés dans un système, ils se laissent un peu porter. Ils n'ont pas forcément envie d'être acteurs. »

3.13.4.6.4 Absence d'ETP

Parfois, il arrivait que l'IDE à domicile ne soit pas très active dans l'ETP. Cet autre problème était soulevé par un MG (**M10**) qui évoquait peut-être la peur de celle-ci de perdre ses patients.

M10 : « C'est un peu compliqué, les infirmières ne sont pas très... Il y en a qui gardent les patients, qui ont trop peur d'expliquer et de les perdre. »

3.13.5 Rôle de l'IDE ASALEE

Les bénéfices apportés par l'IDE ASALEE, lors de l'instauration d'une insulinothérapie basale, n'étaient développés que par un seul MG (**M2**) : rendre les patients « plus ouverts, plus réceptifs » à l'insuline, pallier au manque de temps du MG concernant l'ETP, surveiller les patient, particulièrement en soulevant les risques d'hypoglycémies, la facilité de communication avec le MG au sein de la maison de santé. Ce MG concluait avoir « gagné en qualité » de prise en charge depuis son arrivée.

3.13.5.1 ETP et préparation du patient en amont de l'insulinothérapie

M2 : « [P: En tout cas depuis 2014, est-ce que vous avez l'impression qu'en termes d'instauration d'insuline basale, les gens sont plus ouverts? Est-ce qu'elle les prépare?] Moi j'en ai eu oui. Des gens qui étaient réticents et qui se rendent compte que non, on ne peut pas continuer comme ça. [...] Alors que là, on sent qu'elle arrive à..., elle est assez psychologue. Et on le sent, les gens sont plus ouverts, plus réceptifs. Mais clairement, on n'aurait pas le temps de le faire si elle n'était pas là. »

3.13.5.2 Surveillance du patient et facilité de communication avec le MG

M2 : « Qu'elle peut nous alpaguer dans le couloir si ça ne va pas, s'il faut changer quelque chose parce qu'il y a des hypoglycémies ou si elle voit que... [...] Donc honnêtement, je pense qu'on a au moins gagné en qualité depuis qu'elle est là. »

3.13.6 Rôle de l'entourage

Le rôle ou l'impact de l'entourage du patient, au moment d'initier une insulinothérapie basale, était soulevé par 5 des MG interrogés (**M1/M7/M10/M11/M12**).

3.13.6.1 Absence d'impact sur la stratégie thérapeutique du MG

L'un d'entre eux (**M1**) rapportait qu'il ne tenait pas compte de l'entourage du patient pour décider de l'instauration d'une insulinothérapie.

M1 : « Mais finalement je pense que ça n'intervient pas dans la décision, dans l'instauration, dans la gestion de l'insuline. »

3.13.6.2 Impact positif dans l'ETP

À l'inverse, 2 MG (**M7/10**) soulevaient les bénéfices apportés par l'entourage du patient : le gain de temps pour l'ETP, si justement il y avait participé lors d'une hospitalisation ; et en cas de barrière linguistique, où la famille pouvait être d'une grande aide.

M7 : « *Et puis l'entourage aussi, je trouve que s'il a participé à la courte hospitalisation, ils ont pu participer à l'éducation, et c'est quand même un gain de temps pour le généraliste d'avoir quelqu'un qui comprend.* »

M10 : « *Les injections au pire, l'infirmière qui vient, qui explique et met en place, ça, ça peut marcher pas trop mal. Parce que là, on voit les problèmes au jour le jour, de compréhension ; problème linguistique, il y aura la famille qui sera là.* »

2 autres MG (**M1/M12**) rapportaient également la place du conjoint dans l'accompagnement du patient lors de la mise sous insuline. Le premier (**M1**) expliquait le bénéfice apporté en termes d'adhésion au traitement, lorsque le conjoint était déjà diabétique, à fortiori déjà traité par insuline. Le deuxième (**M12**) prenait l'exemple du conjoint qui souhaitait participer à la prise en charge éducative.

M1 : « *Mais ça peut arriver qu'il y ait un conjoint qui soit déjà traité par exemple. Donc ça à ce moment-là, c'est vrai que ça peut avoir un impact favorable sur l'acceptation. Puisqu'ils vont dire : « De toute façon je vais demander à mon conjoint. ».* »

M12 : « *Après on a aussi le conjoint. [P: Qui est déjà diabétique ?] Oui ou qui se forme. On peut dire qu'il y a des couples qui préfèrent se prendre en charge à deux pour un seul diabétique.* »

3.13.6.3 Absence d'impact dans l'accompagnement du patient

2 MG (**M1/ M11**) estimaient qu'à l'inverse, l'entourage n'avait aucun impact dans l'accompagnement du patient.

M1 : « *Non, je n'ai jamais eu le sentiment d'avoir à compter sur l'entourage. Nan, je ne pense pas. [...] Je pense que de toute façon l'entourage, lui, n'est pas éduqué à l'insuline. [...] C'est le patient qu'on va essayer d'éduquer ou il va être pris en charge par l'infirmière, donc il n'aura pas à s'en préoccuper. [P: Et tu penses que ça n'intervient pas du tout ?] Non, je n'ai pas l'impression d'avoir eu des patients chez qui cela ait pu créer un frein ou un encouragement au traitement.* »

M11 : « *[P: Est-ce que tu essaies un peu de t'appuyer sur l'entourage? Est-ce que tu tiens compte de l'avis de l'entourage?] Dans la mise en place? [P: Oui] Non. Dans le sens... [P: Pas du tout? Si quelqu'un est seul ? Ou je ne sais pas, c'est peut-être plus facile quand quelqu'un a un conjoint qui veut l'aider à faire les injections ?] Non, enfin je ne pense pas, ça n'intervient pas dans la réflexion.* »

3.14 MG – Comparaison prise en charge en soins primaires versus milieu spécialisé

3.14.1 Prise en charge en soins primaires

3.14.1.1 Avantages

3.14.1.1.1 Évaluation de l'observance du patient

En soins primaires, le MG avait plusieurs façons de contrôler le patient.

À propos de l'observance médicamenteuse, comme cela a déjà été abordé précédemment (*cf. item « **Prise en charge globale complexe** »*), lors d'une consultation, un des MG (**M12**) demandait simplement à son patient de quels médicaments il avait besoin. Aussi, un des MG (**M17**) expliquait pouvoir estimer cette observance de lui-même, si le délai s'allongeait entre 2 renouvellements de traitement. Lors des visites à domicile, ces 2 MG contrôlaient également en faisant état du stock de médicaments restants dans les placards.

M12 : « *Moi je demande souvent aux chroniques de... Je travaille que sur rendez-vous aussi, donc là c'est un quart d'heure. Donc ils viennent souvent avec l'ordonnance. Je leur demande ce qui reste comme comprimés à côté sur la dernière ordonnance pour voir un peu les stocks. »*

M17 : « *L'observance, ça me semble tout relativement facile. Car on connaît le nombre de comprimés, de nos médicaments, on a sur l'ordinateur, ou en visite on peut voir dans les placards ; si le patient vient tous les 3 mois pile, ou s'il vient tous les 3 mois plus 15 jours à chaque fois. »*

3.14.1.1.2 Connaissance du patient dans sa globalité

L'un d'eux (**M17**) parlait également de l'avantage d'avoir exercé dans « une petite ville » pour savoir qui de ses patients pratiquaient une activité physique.

D'autre part, concernant le contrôle de l'équilibre glycémique via l'autosurveillance, l'autre MG (**M12**) avait l'impression de mieux connaître ses patients sur le plan global par rapport au spécialiste, en décelant chez eux des sortes de ruses dont il finissait par avoir l'habitude.

M12 : « *Et moi je leur demande, ou quand je vais chez eux je vois, ou quand ils viennent au cabinet, je leur demande de ramener leur carnet et je dirai même leur appareil, des vieux roublards qui trichent un peu. Avec la mémoire de l'appareil ils ne peuvent pas trop tricher. On en voit quand même. Je ne sais pas pourquoi ils trichent. Je leur dis « Je ne suis pas le gendarme, il faut que je sache ! » [P: Pour vous faire plaisir !] Oui ils ne veulent pas être en porte à faux, ils veulent faire plaisir à leur médecin. Bon après, on a vite compris comment ils sont. C'est l'intérêt du généraliste dans cette prise en charge par rapport à un spécialiste qui ne connaît pas le patient sur le plan global. »*

M17 : « C'était dans une petite ville donc on savait aussi les gens qui marchaient pas mal, qui avaient leur jardin. Ceux qui ne faisaient rien comme activité physique. Après l'alimentation, on en parlait. »

3.14.1.1.3 Possibilité de reconvoquer le patient

D'après un MG (**M12**), l'instauration d'une insulinothérapie basale n'était pas une situation d'urgence. C'est pourquoi, en soins primaires, il pouvait se permettre de la mettre en place progressivement en faisant d'abord l'annonce au patient du constat des mauvais résultats glycémiques, puis en le reconvoquant 15 jours plus tard pour débiter l'éducation thérapeutique.

Par ailleurs, un autre MG (**M7**) évoquait sa manière de fractionner le suivi chez des patients facilement mobilisables, en leur demandant de passer à son cabinet pour montrer leurs résultats glycémiques.

M7 : « Mais quelqu'un qui se déplace au cabinet, je le ferais facilement revenir pour réévaluer les choses, pour revoir son carnet. Je propose souvent ça à des patients même de dire "Vous pouvez passer juste me montrer votre carnet, j'en fais une photocopie, je vous rappelle le soir pour vous dire ce que j'en pense. » »

M12 : « On se fixe un rendez-vous, on va passer à l'insuline. Après avoir fait le constat d'un échec du traitement précédent. On n'est pas non plus face à une urgence. Donc je lui donne un rendez-vous dans les 15 jours pour lui expliquer tout ça, l'injection, éventuellement lui-même, voire sûrement la prise en charge de la dose. »

3.14.1.2 Inconvénients

3.14.1.2.1 Problème de la prise de décision lors du suivi régulier par rapport au suivi ponctuel

Parfois, la prise en charge en soins primaires, avec le suivi régulier qu'elle implique, pouvait aussi avoir ses inconvénients. Un MG (**M2**) exprimait ses difficultés à ne pas pouvoir prendre une décision aussi tranchée que le spécialiste, du fait d'une altération progressive des taux d'HbA1c, lui imposant donc d'attendre des chiffres d'HbA1c plus élevés.

M2 : « Et puis les choses sont tellement progressives qu'on a du mal à mettre après la progression des chiffres. Autant quand ils vont voir un spécialiste, ça tranche tout de suite. Autant nous on voit les chiffres augmenter petit à petit, et il n'y a pas de raison qu'entre 8,3 / 8,6 on ait une attitude différente pour eux. Et du coup il faut arriver dans des chiffres qui sont plus importants pour vraiment avoir les arguments pour leur faire peur on va dire. »

3.14.1.2.2 Manque de moyens

Un MG (**M7**) exprimait son manque de moyens en soins primaires et relatait l'importance de l'ETP réalisée en milieu spécialisé.

M7 : « J'aime bien l'idée qu'il ait été formé à la technique, à la piqûre. Parce qu'on sait que même ceux qui ont été formés, ça fait du bien d'être relancé après. Et tout ça moi, je ne me sens pas de le faire et je n'ai pas l'équipe autour. »

3.14.1.2.3 ETP fractionnée et lente

Un MG (**M1**) expliquait pourquoi l'ETP pouvait « *avancer très lentement* » en soins primaires du fait du suivi régulier mais espacé.

M1 : « *Après comme je les vois de façon trimestrielle, ça fait qu'on peut avancer très lentement quand même.* »

3.14.1.2.4 ETP chronophage

Pour un des MG interrogés (**M7**), la charge de travail, concernant l'ETP des patients diabétiques déjà suivis par un spécialiste, paraissait suffisamment conséquente, notamment pour reprendre l'éducation sur l'observance et le risque d'hypoglycémie. Il parlait également du caractère chronophage de la réévaluation du traitement.

Pour un autre MG (**M12**), l'ETP en soins primaires ne pouvait pas toujours être réalisée avec les 10 minutes dont disposait seulement parfois le MG.

M7 : « *Je trouve qu'il y a déjà assez de travail pour les diabétiques qui sont déjà suivis pour continuer l'observance, l'éducation au risque de l'hypoglycémie. [...] Donc après il faut réévaluer le traitement, mais ça prend du temps. [...] Ça c'est de l'éducation thérapeutique, ça ne s'invente pas, ça prend du temps.* »

M12 : « *Ça m'arrive de le faire moi-même. C'est que malgré tout, c'est une consultation qui prend du temps. Souvent quand j'en arrive là, je programme un rendez-vous d'une demi-heure car on ne peut pas faire ça en 10 minutes.* »

3.14.1.2.5 Recours difficile au spécialiste

D'après un MG (**M2**), adresser à un spécialiste des patients âgés à mobilité réduite semblait difficilement réalisable.

M2 : « *Pour les gens moins jeunes, et c'est plus souvent le cas, pas trop mobiles. C'est sûr que dans l'idéal on préfèrerait toujours les envoyer chez le diabéto. Mais si je le fais aussi, c'est sûr que c'est un argument de plus, c'est des gens qui ont des difficultés à se déplacer donc ça ne sert peut être à rien d'équilibrer ça de manière hyper fine.* »

3.14.2 Prise en charge en milieu spécialisé

3.14.2.1 Avantages

3.14.2.1.1 Disponibilité du personnel / meilleur encadrement pour l'ETP

Dans certains cas, l'instauration de l'insuline s'avérait nécessaire en milieu hospitalier. Cela pouvait se faire par le biais d'une hospitalisation programmée de 3 à 5 jours. C'est ce que relatait un des MG (**M7**) en exprimant un meilleur encadrement du fait d'une équipe plus disponible. Un autre MG (**M14**) prenait l'exemple de situations trop difficiles ou trop risquées à gérer en libéral, pour lesquelles l'hôpital permettait une meilleure surveillance.

M7 : « Ça s'est bien passé parce que c'est des hospitalisations programmées sur 3 à 5 jours, [...] on sait qu'il y a une équipe derrière, on sait que ça ne vient pas comme un cheveu sur la soupe en urgence. »

M14 : « Enfin moi je sais que je vais avoir tendance à faire appel à mes confrères qui vont peut-être pouvoir faire de façon un petit peu plus encadrée, donc en hospitalier éventuellement, quand à mon sens ça nécessite une insulinothérapie mais que c'est impossible ou très difficile ou très risqué de le faire en libéral. »

3.14.2.1.2 Meilleur suivi en hospitalier

D'autre part, le suivi de la maladie diabétique pouvait paraître « plus soutenu » en hospitalier, c'est pourquoi un des MG (**M14**) le privilégiait. Un autre MG (**M2**) avait déjà une expérience positive de l'IDE ASALEE et constatait que, malgré tout, il ne disposait pas de réseaux aussi complets que ceux hospitaliers.

M2 : « Bon ici, on a ASALEE qui prend en charge pas mal quand même ici, mais c'est vrai qu'on n'a pas des réseaux hyper complets comme on peut trouver dans les hôpitaux. »

M14 : « C'est vrai qu'en hospitalier on a un suivi qui est bien soutenu, donc c'est vrai que j'ai tendance à privilégier l'hospitalier. »

3.14.2.2 Inconvénients

3.14.2.2.1 Milieu hospitalier peu représentatif du milieu habituel

L'hôpital pouvait certes permettre un meilleur encadrement et parfois de meilleurs résultats, cependant, il ne reflétait pas la réalité quotidienne face à laquelle était confronté le patient, en particulier sur l'activité physique et l'alimentation.

M5 : « Et puis c'est des gens qui à domicile ont des activités. Bon ils ne disent pas qu'ils vont rentrer leur bois. S'ils ne mangent pas beaucoup, et qu'après l'insuline ils vont rentrer le bois, du coup ils se retrouvent avec des glycémies qui sont trop basses. [P: Ça ils évoquent les problèmes là avec vous?] Mais oui! « À l'hôpital tout va bien! Ils ne me donnent pas à bouffer, c'est dégueulasse, je ne mange pas, je reste dans mon lit. Donc c'est sûr que les glycémies c'est nickel! » Mais dès qu'ils rentrent chez eux ce n'est pas pareil, donc c'est discutable aussi. »

3.15 MG – Besoins

3.15.1 Pour certains, pas de réel besoin

2 MG (**M9/M16**) estimaient ne pas avoir de besoin particulier vis-à-vis de l'instauration de l'insuline. En fait, ils estimaient avoir à disposition tous les outils dont ils avaient besoin, y compris les besoins éducatifs. Mais l'un d'entre eux (**M1**) précisait qu'il fallait y « consacrer du temps ».

M9 : « [P : Oui, donc vous n'avez pas de difficultés ?] Les outils de formation, je pense qu'on les a à disposition. Après le tout, c'est d'y consacrer du temps. »

M16 : « [P : Pas de besoins particuliers ?] Non parce que c'est quelque chose qui ne m'a jamais posé trop de problèmes quand j'ai eu à le faire. »

Enfin un médecin (**M2**) expliquait que la mise en route de l'insuline basale n'était pas compliquée. Pour lui, le problème était surtout avec des schémas insuliniques plus sophistiqués pour lesquels il exprimait le besoin d'un avis spécialisé.

M2 : « Après ce dont j'aurais besoin, à la limite ce n'est pas tant l'instauration de l'insulinothérapie qui est compliquée. C'est reprendre des vieilles insulines, d'essayer de les transformer. »

3.15.2 Une meilleure formation des MG

6 des 17 MG (**M3/M6/M8/M11/M13/M14**) mettaient en avant un réel besoin de formation médicale qui leur permettrait de débiter une insulinothérapie, seul, dans de meilleures conditions. L'organisation de ces formations permanentes était souhaitée selon des modalités variables : soirées de FMC ou demi-journées s'intégrant dans le DPC.

3.15.2.1.1 Formation pratico-pratique sur la prescription ou sous forme de cas cliniques

M11 : « Peut-être participer à une formation mais vraiment pratico-pratique, c'est-à-dire tel cas, qu'est-ce que vous pouvez faire vous en tant que médecin généraliste. [...] Voilà, moi j'arrive, on me dit : « Voilà le patient il a ça, en pratique qu'est-ce que tu fais? Qu'est-ce que tu as le droit de prescrire? Tu mets telle dose, tu dis ça au patient. » Je dirais presque une recette! [...] Peut être au cours d'une demi-journée ou d'une soirée. [...] Peut-être plus les critères d'instauration, ce que tu mets, ce que tu commences. [...] peut-être faire quelque chose sous forme de cas cliniques. »

3.15.2.1.2 Formation avec des fiches pratiques

M11 : « [P: Et tu voudrais, je ne sais pas aussi des formats d'éducation pour les patients, des plaquettes informatives?] Alors peut-être pour moi aussi! [...] Je pense un peu aux fiches de la HAS, le tableau par exemple sur le surdosage en INR: INR de tant à tant, tac! Voilà, parce qu'après en pratique on sait que chaque patient est différent. »

3.15.2.1.3 Formation répétée pour lever le frein psychologique

M11 : « Mais maintenant, je me dis que c'est sûr qu'à force de participer à des formations ou de voir les diverses façons de faire, peut-être que j'aurai tendance à plus me lâcher par la suite. C'est-à-dire à le faire moi, et à assumer la responsabilité plutôt psychologique de prescrire cette insuline. »

3.15.2.1.4 Formation conjointe MG / IDE libérale / pharmacien

Un MG (**M8**) insistait sur l'intérêt d'une formation conjointe du MG avec l'IDE libérale et le pharmacien d'officine.

M8 : « Je pense qu'il y aurait besoin d'une formation sur comment utiliser l'insulinothérapie. [...] Sous forme de soirée, de DPC. Par exemple, relater la dernière fois qu'on a mis en place une insulinothérapie. Aller en formation et voir ce que l'on fait après. L'exemple de DPC qu'on fait aujourd'hui. Dans ces formations, faudra inclure les pharmaciens et les infirmières parce que quand on met une insulinothérapie, on est 3. »

3.15.2.1.5 Formation sur la réactualisation des recommandations

2 MG (**M3/M14**) insistaient sur leurs difficultés à s'approprier les recommandations et souhaitent des sessions d'EPU centrées précisément sur la réactualisation des recommandations.

M13 : « Après peut-être que j'aurais besoin d'une formation plus pratique sur l'instauration d'une insulinothérapie. Parce que j'adresse au diabétologue parce que je ne sais pas trop faire. Je ne sais pas trop quelle dose décider, je pense que j'aurais un peu peur. Donc c'est pour ça je pense que je ne le fais pas. Maintenant si j'avais une formation, un truc vraiment ciblé sur l'instauration du traitement en ville, peut-être que je le ferais plus facilement. [...] Je ne sais pas. Un truc oral, un séminaire. »

M14 : « C'est vrai que la prise en charge du diabète évolue. Il y a des recommandations qui changent donc moi je suis toujours partant pour être formé. [P: Et sous quelle forme alors?] Ça peut être sous forme présentielle, sous forme de documents écrits qui nous sont envoyés, peu importe. Je suis toujours preneur de l'évolution des connaissances et des recommandations des spécialistes. [...] Après c'est pareil par rapport à notre formation, si on a des conseils pour améliorer l'observance des patients, je suis toujours preneur aussi. »

3.15.3 Une meilleure formation des autres intervenants

3.15.3.1 Formation complémentaire des IDE

4 MG (**M1/M7/M8/M10**) estimaient qu'une meilleure formation des IDE libérales améliorerait leur pratique de l'insulinothérapie basale.

Le niveau de compétence et de formation était très variable d'un cabinet infirmier à un autre alors que le patient et sa famille gardaient le libre choix de l'IDE qui viendrait faire les injections. Ils mettaient en avant l'incapacité des IDE à adapter convenablement les doses d'insuline en fonction des glycémies. Ils déploraient les thérapeutiques « à dose fixe » souvent réalisées par les IDE, et parfois certaines insuffisances concernant la technique d'injection, ce qui pouvait aboutir au développement de lipodystrophies.

3.15.3.1.1 Importance de bien connaître les acteurs de terrain

M7 : « Le problème, c'est que comme c'est libéral, les gens choisissent les infirmiers qu'ils veulent. Et que ici sur la commune il y a plus de cabinets infirmiers différents donc je ne peux pas me rendre compte très bien de qui est très bien formé, qui est moins bien formé. [...] Mais c'est logique qu'une prise en charge uniquement ambulatoire se fasse bien si on connaît bien les acteurs sur le terrain.

3.15.3.1.2 Niveau de compétence variable des IDE

M8 : « Mais souvent avec des infirmières qui ont un niveau de connaissance et de pratique qui est différent les unes des autres. Donc je pense qu'il y a une remise à niveau aussi pour les infirmières sur l'insulinothérapie. »

3.15.3.1.3 Absence de modulation des doses d'insuline

M1 : « Oui souvent les doses, elles ne bougent pas. Et je pense que les infirmières, elles ne sont pas formées du tout. »

M10 : « Les infirmières très souvent ne touchent pas aux doses, elles font doses fixes. »

3.15.3.1.4 Problèmes de technique d'injection

M7 : « Ou les piqûres mal faites et qui font mal. [P : Oui si les infirmières ne réévaluent pas régulièrement les lipodystrophies.] »

3.15.3.2 Formation des pharmaciens

Les pharmaciens étaient cités à plusieurs reprises par un MG (**M8**) comme partenaire important dans la prise en charge, mais la question de leur formation spécifique au diabète ou à l'insulinothérapie n'était pas développée.

M8 : « Dans ces formations, il faudra inclure les pharmaciens et les infirmières parce que quand on met une insulinothérapie, on est 3. C'est le médecin, le pharmacien qui va réexpliquer au patient, surtout s'il est en autonomie ou s'il va se piquer lui-même après. »

3.15.3.3 Formation des pédicures podologues

La formation des pédicures podologues n'était abordée que par un seul MG (**M8**) qui mettait en avant l'importance d'un langage commun tenu par l'intégralité des acteurs de la prise en charge du diabétique.

M8 : « Formation des autres professionnels de santé : aussi des podologues. Il faut que tout le monde ait le même langage »

3.15.4 Une plus grande expérience professionnelle

Un MG (**M11**) faisait remarquer que dans un cabinet de Médecine Générale, la mise en place d'une insulinothérapie basale n'était pas un acte très fréquent. Ce manque d'expérience était perçu comme un frein. Mais cela a déjà été développé dans l'item « MG - Freins à l'insulinothérapie ».

M11 : « Et puis surtout il faudrait le faire plus souvent, car finalement ce qu'on maîtrise bien, c'est ce qu'on fait le plus souvent. Alors ça évidemment, les diabétiques à qui tu instaures de l'insuline, ce n'est pas tous les 4 matins. »

3.15.5 Une meilleure organisation des soins

3.15.5.1 Développer le lien avec le spécialiste

3.15.5.1.1 Télémédecine

Un MG (**M8**) mettait en avant l'intérêt potentiel d'une consultation spécialisée par télémédecine au cours de laquelle les décisions concernant le plan de soin étaient prises en commun. Il pourrait y retrouver également un intérêt de formation personnelle. De plus, cela pourrait renforcer la relation de confiance entre les 3 acteurs : le patient, le MG et le diabétologue.

M8 : « *Le médecin généraliste amènera tout le problème, tout l'environnement social du patient, ses fausses croyances qu'il a exprimé au médecin généraliste. [...] Et le diabéto va aider à se former, car quand il aura aidé pour un patient, le médecin généraliste se sentira plus fort, plus en confiance pour le patient suivant. Donc la télémédecine, c'est vraiment une consultation en tripartie avec le patient, le médecin généraliste et l'expert. Et à la fin, on a un plan de soins qui est acté par les 3. On sera côte à côte avec le patient et le spécialiste, et là il y aura une meilleure adhésion parce qu'on sera 3. Si le médecin généraliste dit « Je suis d'accord avec le diabéto », il y aura une relation de confiance qui sera encore plus renforcée. »*

3.15.5.1.2 Formation du MG par le spécialiste

Pour un MG (**M11**), il semblait important d'améliorer les relations avec le spécialiste dans un but de formation permanente.

M11 : « *Peut-être d'avoir un contact plus facile avec les diabéto. Quoiqu'on n'a pas de contact difficile. Peut-être participer à une formation mais vraiment pratique, c'est-à-dire tel cas, qu'est-ce que vous pouvez faire vous en tant que médecin généraliste. »*

3.15.5.1.3 Savoir percevoir ses limites professionnelles

Un autre MG (**M9**) précisait que chacun devait savoir connaître ses limites de compétences et à adresser au spécialiste en cas de difficultés.

M9 : « *On a des dialogues avec les endocrinologues quand on a des difficultés sur les traitements. Après je pense qu'il faut chacun percevoir ses limites. Un médecin qui n'est pas à l'aise envoie tout de suite chez l'endocrinologue qui démarre le traitement. »*

3.15.5.2 Améliorer le fonctionnement des consultations spécialisées

Un MG (**M17**) soulignait les insuffisances démographiques des endocrinologues et un autre regrettait (**M10**) les trop longs délais de consultation spécialisée.

3.15.5.2.1 Améliorer l'accessibilité du spécialiste

M7 : « *[P: en tout cas, à l'époque, vous auriez peut-être eu plus besoin d'avoir plus de diabétologues, un meilleur contact?] Oui, un maillage un peu plus important. »*

3.15.5.2 Raccourcir les délais de consultation avec le spécialiste

M10 : « [P: De quoi vous auriez besoin pour faciliter l'instauration d'une insulinothérapie basale ?] Les délais hospitaliers, les délais de consultation, c'est toujours un problème. »

3.15.5.3 Développer les consultations spécialisées avancées en MSP

3 MG (**M2/M7/M8**) évoquaient la possibilité de « faire venir l'hôpital à la ville ». Par exemple d'exporter les programmes éducatifs hospitaliers dans les maisons de santé, et donc de demander aux IDE hospitalières d'assurer des séances éducatives en présence des IDE libérales. Ou encore de demander aux diabétologues hospitaliers d'assurer des consultations en maison de santé, en particulier pour les patients qui ne peuvent se déplacer ou pour des dossiers particulièrement compliqués.

M2 : « [P: Du coup vous auriez besoin de quelque chose pour améliorer cette prise en charge?] Et bien, on va accueillir une diabéto [...] elle va faire les consultations donc ce sera pas mal en complément d'ASALEE. Refaire un peu le point sur des situations plus compliquées ou encore une fois, qui peinent à se déplacer, ou ils n'ont pas envie. Donc je crois que si on ne leur apporte pas ça ici, ils ne verront jamais de leur diabéto de leur vie. »

M7 : « Que l'hôpital vienne un peu à la ville, c'est-à-dire que les infirmières d'éducation thérapeutique et les programmes d'éducation thérapeutique qui sont faits dans l'hôpital puissent par exemple faire une consultation de temps en temps dans une maison de santé donc l'infirmier libéral et le malade viennent en même temps. »

M8 : « Un élément aussi : des consultations avancées de diabète au sein des maisons de santé qui pourraient être un soutien. »

3.15.5.4 Exploiter les réseaux de soins

2 MG (**M14/M17**) citaient la maison du diabète, et un seul, le service hospitalier à proximité pour souligner l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire et pluriprofessionnelle.

M14 : « Il y a la maison du diabète, qui peut être bien. Ça peut être intéressant pour avoir un support en plus de l'infirmière ou pour cibler plus les règles hygiéno-diététiques. »

M17 : « [P: Au niveau formation pour vous-même ou pour les infirmières, ou éducation des patients?] Oui, l'éducation thérapeutique, mais je trouve la maison du diabète c'est quand même pas mal parce qu'il y a un peu tout sur place. »

3.15.5.5 Développer le lien entre l'hôpital et les IDE libérales

Un MG (**M7**) insistait sur l'isolement relatif des IDE libérales et leurs difficultés à adapter les doses d'insuline notamment. Il préconisait la formalisation de liens (internet ou fax...) avec une IDE hospitalière référente.

M 7 : « Et avec tous les moyens de communication qui sont disponibles maintenant, de faxer la feuille de dextros comme ça se fait entre hôpitaux, entre services. C'est tellement simple donc elles peuvent le faxer au cabinet, elles savent que moi elles peuvent le faire, et je pense que ce serait bien qu'elles aient un référent à l'hôpital qui puisse les épauler. [...] Pour qu'aussi, les infirmiers libéraux qui se sentent souvent isolés de l'hôpital aient un référent infirmier à l'hôpital qui puisse les aider en cas de barrières, pas seulement le médecin. Parce qu'on sait très bien qu'il y a aussi des médecins qui ne sont pas à l'aise avec des adaptations d'insuline. »

3.15.5.6 Améliorer la collaboration avec les IDE

Pour 2 MG (**M7/M13**), ce point passait par une mise en commun des objectifs glycémiques entre le MG et l'IDE et par la rédaction de protocoles précis d'adaptation de doses par le MG.

M13 : « [P : Et est-ce que tu trouves aussi que peut-être les infirmières aussi ? Par exemple les infirmières, tu trouves que quand tu regardes les carnets, globalement ça va au niveau de la titration des doses, tu trouves qu'elles respectent ce que tu mets en consigne dans les carnets ?] Oui, en général. Après peut-être que je ne mets pas des consignes super précises mais je trouve qu'elles ne gèrent pas trop mal. [P : Nan mais je veux dire elles font de l'adaptation de doses ?] Non. »

M7 : « [P: Oui et à l'inverse des fois elles font doses fixes alors qu'on voit bien ...] Qu'il y avait quelque chose à faire. [...] Surtout chez des personnes pour qui les objectifs ne sont plus les mêmes. »

3.15.5.7 Développer l'ETP avec les IDE ASALEE

Un MG (**M8**) rappelait le statut et le rôle des IDE ASALEE. Travaillant au sein des pôles de santé, elles avaient avant tout un rôle éducatif, mais pouvaient aussi alléger le travail du MG en prenant à leur compte un certain nombre de tâches qui leur étaient déléguées.

M8 : « [P : Ce n'est pas vous qui la faites au cabinet ?] Non, le médecin n'a pas le temps, on est tout seul. Sauf si j'avais une infirmière type ASALEE. [...] On a un programme au niveau de la MSP, il ya 2 types : l'éducation individuelle donc par les inf. ASALEE dédiées à l'éducation, qui travaillent au sein des pôles de santé, ou auprès de médecins généralistes isolés, et donc elles ont des rôles multiples : de vérifier dans le dossier du médecin si l'hémoglobine glyquée est faite, s'il est allé chez l'ophtalmo, chez le cardio, que les dépistages de troubles de la mémoire sont faits, des ECG, des automesures sous couvert du médecin. Rôle d'éducation, elle pourra reprendre avec le médecin si on met sous insuline, elle va lui expliquer comment on fait une injection, un dextro, va vérifier, va reprendre les RHD avec lui. Donc ça c'est en train de se développer et ça va être une lutte contre l'inertie thérapeutique. Cette inf. qui accompagne en proximité, qui fait le relais avec les inf. Ça peut être une inf. libérale mais il y a une formation dans le protocole ASALEE. »

3.15.6 Une meilleure prise en charge

3.15.6.1 Développer l'activité physique

3 MG (**M1/M2/M17**) insistent sur leurs besoins spécifiques en matière de prescription de l'activité physique. Ils demandaient que la pratique sportive soit prescrite au même titre que les médicaments, organisée par un éducateur sportif, et qu'elle soit remboursée, ou en tout cas moins onéreuse. Ils évoquaient un certain nombre d'expériences intéressantes, telle la création d'un groupe de marche ou d'un groupe de natation autour d'un maître-nageur bénévole. Ils rappelaient enfin l'importance d'une évaluation de l'activité et l'un d'entre eux (**M1**) précisait l'intérêt de l'usage d'un podomètre.

3.15.6.1.1 Prescrire et rembourser l'activité physique

M2 : « Elle est en train de mettre un groupe de marche en place. On est en train de se renseigner car à côté de ça, il y a un maître-nageur qui est assez motivé donc on est en train de se renseigner sur la prescription du sport. Donc voilà, pas mal de projets. Et je pense que ce n'est que comme ça que les gens prendront conscience qu'il y a autre chose à faire que de manger devant sa télé. »

M17 : « Que l'activité physique soit sur prescription, qu'elle soit remboursée et que les pouvoirs publics mènent un peu plus ça, et que tout l'argent qu'on met dans les laboratoires dans la vente et la promotion de produit, soit faite dans la promotion de l'activité physique et de l'alimentation, qui sont quand même 2 choses... [P: Qui sont les premiers traitements.] Des gains en morbidité en mortalité, nettement supérieurs à tout ce qu'on peut faire au niveau médicamenteux. »

3.15.6.1.2 Podomètre pour évaluer

M1 : «Après, sur l'activité physique, j'en parle régulièrement. J'avais même envie d'essayer de la mesurer parce que j'avais vu dans un livre de diabétologie-nutrition, qu'il y avait une mesure réalisée avec un podomètre. Donc en fonction du nombre de pas qu'ils faisaient, ils étaient classés dans leur activité. J'ai acheté un podomètre, j'ai essayé sur 2 personnes mais pour l'instant, c'est pas très concluant. [...] Alors il y a des montres qui sont assez sophistiquées, mais finalement, je me demande s'il ne vaudrait pas mieux un bracelet-montre parce qu'au moins il tient bien au poignet. [...] Mais pour l'instant c'est quelque chose que je mettrais bien en place, mais je n'ai pas encore trouvé la solution pour mesurer. »

3.15.6.2 De nouvelles perspectives thérapeutiques

L'insulinothérapie à réaliser de manière hebdomadaire, ou encore par voie orale ou nasale, était considérée par 2 MG (**M8/M17**) comme une perspective d'avenir de nature à simplifier la pratique.

M8 : « Bon, il y en a aussi qui parle de l'injection d'insuline 1x/semaine. Il y a tout l'effet médiatique. »

M17 : « [P: [...] Est-ce que vous auriez besoin de certains moyens, certains outils?] Une insuline orale. Vous n'avez pas ça? On avait sorti une insuline nasale, je pense qu'elle a été retirée, ça ne donnait pas des bonnes données. »

3.15.6.3 Développer l'ETP

3.15.6.3.1 Réunion entre patients

4 MG (**M6/M8/M12/M15**) insistent sur le rôle déterminant de l'éducation de groupe pour lever les barrières et faciliter l'acceptation de l'insuline par les patients.

M6 : « [P : Alors peut-être organiser des réunions de patients entre eux ?] Complètement. Moi je pense que c'est l'outil, soit la vidéo, mais encore plus la réunion, ça c'est parfait avec des témoignages de gens qui ont vécu la même situation. Moi dans la salle d'attente, souvent je leur dis : « Vous devriez discuter avec monsieur untel ». Je demande aux gens si ça ne leur dérange pas de dire qu'ils ont de l'insuline et puis je leur dis « Bah écoutez, ça tombe bien, j'ai quelqu'un qui va y passer ». Et puis voilà, ils en parlent, et ça, ça m'aide énormément. »

M8 : « Il y a 2 choses : d'apprendre en réunion de groupe : ce qu'est mon diabète, comment on le traite, comment j'en prends soin, quels examens je vais faire. Et quand il passe sous insuline, il peut avoir une séance en plus où il va apprendre à faire des dextros, à se piquer, à gérer l'hypo car ce sera quand même plus fréquent, à bien augmenter mes doses dans certains cas ou les diminuer si je vais faire du sport, savoir gérer leur vie quotidienne. »

Stages éducatifs

L'organisation de véritables stages éducatifs était évoquée par 2 de ces MG (**M12/M15**) mais ses modalités pratiques n'étaient pas précisées.

M12 : « Moi je trouve que les prises en charge hospitalières globales, c'est vachement bien fait. Je n'ai jamais des retours négatifs. J'ai plutôt des gens qui sortent en étant très satisfaits, en ayant l'impression d'avoir appris plein de choses. Et eux, ils vont utiliser ça tous les jours, je trouve que c'est bien. Après quand je le fais moi-même, avec un patient chez qui j'ai l'impression que ça va marcher, ça se passe en général bien. Parfois il m'arrive « Bon vous n'avez pas tout compris, on ne fait pas machine arrière, mais on va rajouter un stage d'éducation thérapeutique ». C'est un mot à la mode. »

M15 : « Sous quelle forme ça pourrait se faire pour que ce soit plus efficace ? Je ne sais pas trop. Peut-être avec des stages pour apprendre aux gens comment se surveiller correctement et comment se piquer correctement. [...] Pas en hospitalisation, mais simplement pour leur montrer, leur expliquer avec quelques schémas et autres « Qu'est-ce que le diabète, et comment on fait, et à quoi ça sert de faire son injection, etc. ». Et leur apprendre, comme on apprend aux jeunes à se piquer, qu'ils n'aient plus peur. Pour démystifier en quelque sorte l'injection d'insuline. »

3.15.6.3.2 Rôle du patient expert

Une des modalités de cette stratégie était l'intervention du patient expert, évoquée par 2 MG (**M6/M8**) et expérimentée dans d'autres pathologies chroniques.

M6 : « *Un diabétique qui va passer sous insuline, vous lui présentez un diabétique qui est déjà sous insuline et qui va commencer par lui dire que c'est rien, que ça va bien, c'est facile, qu'on s'y fait vite, etc. Ils ont beaucoup plus tendance à croire et à se résigner quand c'est un autre malade qui le dit, plutôt que quand c'est un professionnel.* »

M8 : « *C'est ça peut-être qui est à développer : c'est les patients experts, des patients qui sont sous insuline. Moi je le fais avec le SAOS, dès que j'ai un patient qui va être équipé, je le fais rencontrer le patient expert. S'il est d'accord, je lui donne son numéro et ils se mettent en relation. Et c'est pratiquement du 100% d'adhésion au traitement. [...] Donc des patients experts, je pense qu'on peut en former et avoir des références sur le territoire, au sein de chaque maison ou de pôle de santé, 1 ou 2 patients experts qui permettront de lutter contre l'inertie de l'insuline.* »

3.15.6.3.3 Outils vidéo

Un MG (**M6**) évoquait l'intérêt potentiel de vidéos explicatives contenant des témoignages à destination des patients.

M6 : « *Au jour d'aujourd'hui, il y a un seul outil qui je pense serait bien, qui permettrait de tout faire. C'est une petite vidéo explicative avec des témoignages. [P : À destination des patients ?] Oui, pour montrer aux patients et en parler avec eux. Parce que je vois qu'il n'y a rien de tel que le compagnonnage pour ça.* »

3.16 Patients – Besoins

Les 2 MG (**M2/M8**) qui abordaient ce thème développaient exclusivement les besoins éducatifs : « *de l'éducation thérapeutique, il n'y a rien d'autre* ». Ils abordaient la question des objectifs éducatifs et citaient : la prise de conscience de la gravité de la maladie sans dramatiser, la nécessité pour eux de se prendre en mains, et les modalités de l'insulinothérapie, compatibles avec une vie normale.

Ils ne développaient pas leur conception des moyens éducatifs. Ils évoquaient, sans préciser, l'intérêt des « séances éducatives » et soulignaient le caractère chronophage de l'ETP.

3.16.1 ETP

M2 : « *De l'éducation thérapeutique, il n'y a rien d'autre. Leur faire prendre conscience des complications sans forcément leur faire peur, mais qu'ils reprennent leur maladie en mains. [...] Sous séances d'éducation, de temps passé à leur expliquer les tenants et aboutissants de leur maladie. Parce que c'est encore une maladie qui est considérée comme « pas grave » mais disons, on sait qu'on a une évolution qui est très longue, donc il peut y avoir des écarts tout au long de cette évolution, ça ne leur paraît pas très grave.* »

3.16.2 Redéfinir l'image de l'insuline

M8 : « *L'image de l'insuline au niveau de la population est à travailler. Bon, par méconnaissance. Comment travailler l'éducation thérapeutique du patient à un moment qu'il est sous ADO et qu'il va passer sous insuline, et que ce n'est pas dramatique. Et après quand il passe sous insuline, refaire l'éducation pour bien lui dire qu'il peut continuer une vie normale avec l'insuline. »*

4 DISCUSSION

4.1 Commentaires sur la méthode

Tout d'abord, un des biais de cette étude est le manque d'expérience de l'enquêtrice.

Ensuite, sur 18 MG sollicités pour répondre à l'étude, un seul a refusé d'y participer. Cependant, l'ensemble des entretiens nous a permis d'obtenir une saturation des données.

La parité n'a malheureusement pas pu être respectée. Sur 17 MG interrogés, il y avait 5 femmes et 12 hommes.

En revanche, il y avait quasiment autant de MG exerçant en milieu rural ou semi-rural, que de MG exerçant en milieu urbain (respectivement : 8 MG dont 1 en milieu rural et 7 en semi rural, contre 9 en milieu urbain).

Nous rappelons qu'une formation en diabétologie n'était ni un critère d'inclusion, ni un critère d'exclusion. Cependant, ceci peut constituer un biais de sélection puisque les MG ayant bénéficié d'une telle formation pouvaient avoir moins de freins à l'instauration d'une insulinothérapie basale.

Concernant le type de méthode, une des limites de la réalisation d'entretiens semi-dirigés était la difficulté à cibler les idées, sans trop orienter les MG. Et comme ces entretiens étaient réalisés, pour 16 d'entre eux, durant leur temps de travail, ils étaient régulièrement dérangés.

À propos de la représentation des thèmes ou des idées, nous n'avons pas utilisé de logiciel permettant de la quantifier. Nous avons simplement essayé d'indiquer le nombre de MG qui avaient exprimé ces idées. Nous savions que cela était peu utilisé dans les études qualitatives, mais cela a permis d'avoir une représentation de l'occurrence des idées.

4.2 Discussion des résultats

Nous avons discuté les différents items dans l'ordre où ils ont été présentés dans les résultats.

4.2.1 MG - Formation / expérience dans le DT2 – Connaissance de la mise en place de l'insulinothérapie basale

4.2.1.1 Formation insuffisante du MG

4.2.1.1.1 Difficultés à envisager la FMC dans tous les domaines

Des MG exprimaient le sentiment de ne pas avoir bénéficié d'une formation suffisante dans le DT2. Une solution simple pour pallier à cette barrière serait de développer la FMC. En reconnaissant les limites : tous les MG ne peuvent pas être pointus dans tous les domaines. N'assisteront aux FMC que les MG intéressés.

4.2.1.2 Connaissance de la mise en œuvre

4.2.1.2.1 Intérêt de la FMC sur internet

Pour pallier à ce manque de formation, il était évoqué l'intérêt de la FMC sur internet. De multiples questions toutefois à ce propos : les formations internet en diabétologie sont-elles largement diffusées ? Leur contenu exact a-t-il été validé ? Une formation en ligne peut-elle réellement remplacer une formation en face à face avec un expert ? Pour répondre à cette dernière question, il semblerait que oui (14).

4.2.1.2.2 Critères d'instauration

L'HbA1c apparaît comme le critère principal d'instauration d'une insulinothérapie basale.

Difficultés pour définir un seuil d'HbA1c

Une des difficultés semble être la définition d'un seuil d'HbA1c à partir duquel il est nécessaire d'instaurer une insulinothérapie basale. La réflexion des MG était la suivante : faut-il dépasser le seuil ou faut-il anticiper ?

Pourtant, le retard d'initiation de l'insulinothérapie basale a déjà été démontré : elle est instaurée au moment où l'HbA1c est en moyenne à 9% (15). Il semble nécessaire de ne pas attendre un déséquilibre franc, et de l'instaurer dès lors que le traitement non insulinique n'est plus efficace. Cela permet de retarder la survenue des complications.

L'expression utilisée par un MG de « se hâter d'équilibrer au mieux devant l'évolution vers des complications » est tout à fait adaptée. Cela rejoint les notions de charge glycémique, c'est-à-dire la quantification des années d'hyperglycémie prenant en compte la durée et la sévérité du diabète ; et la notion de mémoire ou d'héritage glycémique. Ces 2 phénomènes ont déjà été rapportés plusieurs fois (16,17), notamment dans le suivi à 10 ans de l'étude UKPDS (18), et montrent le réel impact d'un contrôle glycémique optimal sur la prévention des complications.

Des objectifs personnalisés

Beaucoup de MG s'accordaient sur l'intérêt d'une prise en charge centrée sur le patient par le biais d'objectifs personnalisés. Ils catégorisaient leurs patients en fonction de l'âge, mais pas seulement. Ils tenaient compte des comorbidités associées et cela rappelle les récents rapports de l'étude GERODIAB. (19,20)

Cependant, de nombreux MG suivaient les recommandations de la HAS qui, sur certains points, s'opposent à la prise de position commune de l'ADA et de l'EASD, qui prône une prise en charge individualisée. (21,22)

En octobre 2017, la SFD a justement publié sa nouvelle prise de position sur la prise en charge du diabète de type 2. Ce sont des avis d'experts qui n'ont pas de valeur de recommandations au sens officiel du terme. Cependant, il faut espérer que la HAS en tiendra compte pour ses prochaines recommandations. (5)

Par ailleurs, des MG avaient tendance à instaurer une insulinothérapie car ils ne parvenaient pas à obtenir de leurs patients une bonne observance des MHD. Il s'agit d'une attitude que nous pouvons discuter : certains MG et diabétologues pourraient considérer qu'au contraire, l'inobservance diététique doit faire récuser l'insulinothérapie, ne serait-ce qu'en raison du risque de prise de poids.

4.2.2 MG – Profil et stratégie thérapeutique

4.2.2.1 Impact de la littérature

Nous avons pu observer que la lecture de certaines revues semblait avoir un réel impact sur la prise en charge du patient diabétique par le MG. Les glitazones étaient citées en exemple pour avoir fait l'objet d'alerte d'une revue, du fait en partie, d'un lien avec le cancer de vessie. À ceci près que la pioglitazone est toujours autorisée dans de très nombreux pays, y compris les USA et qu'aucun travail épidémiologique ou clinique n'a pu jusqu'ici démontrer l'impact des glitazones sur le cancer de vessie. Cela nous rappelle donc l'importance de rester critique sur le niveau de preuve de la littérature.

4.2.2.2 Impact des nouvelles thérapeutiques

Certains MG avouaient déjà ne pas respecter les recommandations actuelles sur le choix de la bithérapie. Là encore, nous pouvons espérer que les prochaines recommandations officielles tiendront compte des avis d'experts et placeront les inhibiteurs de la DPP4 en premier choix de bithérapie.

4.2.2.3 Refus de l'utilisation des nouvelles thérapeutiques

4.2.2.3.1 Rapport bénéfice/risque insuffisant

Parmi les raisons du refus de prescription des nouveaux antidiabétiques était cité un rapport bénéfice/risque insuffisant. Or, les études (SAVOR-TIMI 53 pour la saxagliptine (23), et TECOS pour la sitagliptine (24)) ont démontré la neutralité cardiovasculaire des inhibiteurs de la DPP4. Il n'y a que la saxagliptine qui a montré un surrisque d'insuffisance cardiaque. De même, pour un des aGLP1, le liraglutide, l'étude LEADER a permis de démontrer sa supériorité en termes de prévention secondaire de la morbidité cardiovasculaire (25).

4.2.2.3.2 Manque de recul

Une autre cause de refus était le manque de recul par rapport à ces nouvelles molécules. Or, si nous raisonnions toujours comme cela, nous ne pourrions-nous empêcher de penser que nous en serions toujours au stade de prescription limitée aux premiers ADO.

4.2.3 MG – Prise en charge globale complexe de la maladie

4.2.3.1 Observance des MHD et du traitement

Nous avons constaté que dans une discussion concernant les difficultés de la mise en route d'une insulinothérapie, les MG développaient longuement les aspects relatifs à l'observance thérapeutique. L'observance médicamenteuse était plus ou moins facile à évaluer, et jugée variable selon les patients.

Toujours est-il que l'évaluation de l'observance demeure indispensable dans la maladie chronique. Le MG doit régulièrement s'intéresser à la bonne observance de son patient, et lui en démontrer l'intérêt (9).

Néanmoins, la question centrale n'était pas abordée : en quoi l'observance des traitements non insuliniques impacte-t-elle la mise à l'insuline ? Les patients qui prennent mal leurs ADO doivent-ils être insulinés plus tôt pour améliorer l'observance, ou plus tard car ils ne gèreront pas correctement leur traitement insulinique ? Même constat pour l'observance des MHD : faut-il insuliner plus tôt, ou au contraire retarder la mise à l'insuline chez les patients qui n'arrivent pas à modifier leur mode de vie ? En fait, il semblerait que l'observance de l'insuline soit meilleure que celle des ADO seuls, chez les patients dont le diabète est mal équilibré (26).

4.2.3.2 Risques de présenter l'insuline comme une menace

Nous pouvons évidemment critiquer cette attitude qui présentait l'insuline comme une menace ou une punition. Si le patient s'approprie cette conception, il pourra difficilement adhérer à l'insuline lorsqu'elle sera nécessaire. De plus, cela ne fera qu'accroître le sentiment d'échec personnel du patient dans son auto-gestion de la maladie, ce qui renforcera ses croyances négatives sur l'insuline (27,28).

De plus, faire croire à un patient qu'il est plus facile de suivre « un régime » que de s'injecter chaque soir quelques unités d'insuline ne risque-t-il pas de renforcer les craintes du patient ? A-t-on évalué le risque pour certains patients d'adopter un comportement alimentaire avec une restriction excessive, dans le seul but d'éviter un traitement insulinique présenté comme la solution ultime ?

4.2.3.3 Impact variable de la connaissance des complications diabétiques

Les patients réagissent différemment devant l'évocation des complications du diabète. Probablement parce qu'ils ne sont pas tous au même stade de l'acceptation de la maladie chronique. La question difficile est donc de savoir quel est le moment le plus opportun pour aborder ce point avec eux.

Il faudrait envisager de développer l'ETP sur les complications sans vouloir forcément faire peur au patient, en tout cas sans le menacer. La pratique de l'ETP a démontré que les changements de comportements ne sont induits que par 2 mécanismes : le jeu des croyances et des représentations, et les émotions. Nul doute que la peur des complications

soit un levier majeur pour faire accepter aux diabétiques une contrainte supplémentaire. Toute la difficulté est d'utiliser ce levier sans générer d'anxiété excessive.

4.2.3.4 Difficultés de mise en place de l'ETP

Dans ce chapitre sont soulignés les caractères complexe et chronophage de l'ETP, les difficultés de l'ETP diététique, en particulier chez certaines populations d'origine étrangère.

Mais l'ETP est une discipline en soi qui, selon la HAS, nécessite une formation spécifique. Ainsi, les médecins hospitaliers ne peuvent pratiquer l'ETP sans avoir bénéficié d'une formation dite de niveau 1, qui nécessite tout de même 40h de formation et la rédaction d'un mémoire.

Cette formation n'est évoquée par aucun des MG. Or les MG, de par leur rôle pivot, devraient pouvoir être au cœur de l'ETP. Comment pouvons-nous faciliter leur participation à la formation d'une discipline déjà jugée chronophage?

4.2.3.5 Difficultés à cibler les objectifs thérapeutiques

Il est assez surprenant de constater qu'un MG puisse s'interroger sur l'objectif glycémique et sur le niveau d'HbA1c justifiant d'une intensification thérapeutique : ce point est abordé très clairement dans toutes les recommandations, y compris les plus anciennes, celles de la HAS en 2013 (4).

4.2.3.5.1 Des recommandations actuelles trop compliquées

Mais justement, ces recommandations actuelles de la HAS sont jugées parfois trop compliquées. Cependant, un point était soulevé par un des MG : la simplification à l'extrême de telles recommandations pour une pathologie complexe comme le diabète pourrait être une source d'erreurs. Et cela soulève une autre question : la personnalisation de la prise en charge, actuellement considérée comme la meilleure stratégie pour le patient, rendra-t-elle la démarche du MG plus complexe encore ?

4.2.3.6 Favoriser une décision médicale partagée

Les notions abordées dans les chapitres « Retentissement sur la relation MG – patient » et « S'adapter aux choix du patient » illustrent les notions de base de la prise en charge éducative. Avant d'exprimer ses objectifs propres, le soignant doit d'abord se renseigner sur les objectifs du patient, puis s'assurer de la bonne compréhension de celui-ci sur la situation. Enfin, il doit savoir respecter ses choix. Discuter n'est pas convaincre. Convaincre n'est pas imposer. Imposer un traitement n'est pas un acte de soins.

L'attitude du MG qui consistait à menacer le patient de rompre la prise en charge pour lui faire accepter la stratégie thérapeutique est donc critiquable. Comment obtenir une bonne adhésion du patient à son traitement s'il y est contraint ? Les nouvelles « recommandations » de la SFD prônent plutôt une décision médicale partagée, c'est-à-dire une prise de décision acceptée mutuellement par le patient et le soignant (5).

4.2.4 Patients – Vision et vécu de la maladie

4.2.4.1 Point de vue personnel du patient

4.2.4.1.1 Impact de la terminologie médicale

L'idée d'un MG était intéressante: « revoir l'approche sociétale » entre professionnels de santé pour n'utiliser qu'une seule terminologie devant les patients : « le diabète ». Toutefois, la nouvelle terminologie du diabète sucré fait désormais intervenir les notions de DT1 et de DT2 sans justement faire référence au traitement utilisé.

4.2.4.1.2 Améliorer l'image de la maladie

Les patients diabétiques ont parfois une image assez négative de leur maladie. Toute la difficulté de l'ETP est d'essayer de faire accepter au patient sa maladie. Cela passe par retravailler l'image du diabète, sa représentation.

Mais cela rejoint les idées citées plus haut concernant la difficulté de l'ETP, notamment lorsque l'on aborde le risque des complications. Et c'est ici que pourrait intervenir le patient expert (29,30).

4.2.4.2 Impact de l'entourage

L'impact positif que peut avoir l'entourage d'un patient soulève la question des modalités de son intégration lors de la pratique de l'ETP (31). Et comment respecter l'environnement du patient, sans trop vouloir s'appuyer sur cet entourage ? Cela pourrait conduire, à l'inverse, à un impact négatif sur la vie du patient.

4.2.5 MG – Préparation du patient en amont

4.2.5.1 Savoir anticiper la préparation à l'insuline dès la découverte du diabète / savoir préparer le patient de manière progressive et répétée

Nous ne pouvons qu'être d'accord avec ces notions. Il a déjà été proposé d'aborder l'insulinothérapie avec le patient au moment de la découverte de la maladie diabétique (26).

Cependant, toute la difficulté, lors de la découverte d'un diabète, est d'expliquer au patient ce qui lui arrive sans le noyer d'informations. L'annonce diagnostique d'une maladie chronique demeure une situation très complexe, pour le médecin, comme pour le patient. Elle concerne en effet 2 personnes : *« celle qui l'accomplit et celle qui l'entend, l'une s'y est préparée, voire a été formée pour cette éventualité, et l'autre, profane, le patient, n'a pu l'anticiper. Et c'est ce déséquilibre qui fait toute la difficulté de cet entretien, l'angoisse du patient, maximale à ce moment précis, demandera de la part du soignant de la force et de l'humanité pour étayer, soutenir et accompagner. »* (32).

Toujours est-il que les diverses stratégies imaginées par les MG, pour faire accepter l'insuline, témoignent d'une réelle compréhension de l'état d'esprit du patient, et reflètent une grande empathie. De plus, l'intérêt d'une vraie consultation d'annonce, dont le véritable enjeu est l'établissement d'une relation de confiance, a déjà été soulevé. Cette recherche permanente d'une réelle alliance thérapeutique est un facteur majeur de l'observance. (33)

4.2.5.2 Stratégie en pratique

4.2.5.2.1 L'utilité de l'ASG en amont de l'insuline

L'utilisation précoce de l'ASG est une pratique recommandée par la HAS de façon explicite (4) : « *l'insulinothérapie doit être accompagnée et idéalement précédée d'une ASG* ». En effet, il est précisé qu'elle « *peut être utile pour les patients avec une HbA1c supérieure à 8% dans le cadre d'un ajustement thérapeutique, dont le passage à l'insuline.* ». Le matériel d'ASG est remboursé sur la base de 200 bandelettes par an pour les patients sous sulfamides ou lorsque l'on envisage une insulinothérapie à court ou moyen terme.

Cependant, bien qu'elle apparaisse comme essentielle, l'ASG précoce ne peut être utile que si elle est bien conduite et si le patient a reçu toutes les explications nécessaires pour en comprendre l'utilité (34,35).

4.2.6 MG - Leviers pour l'insuline

4.2.6.1 Formation du MG

Les propos des MG qui pratiquaient eux-mêmes la mise en route de l'insuline contrastaient avec ceux des MG plus réticents. Cela vient une nouvelle fois confirmer le caractère hétérogène de notre population interrogée. Laquelle était probablement un bon reflet de la population médicale dans son ensemble.

En d'autres termes, une personne diabétique sera prise en charge selon des modalités très différentes d'un MG à l'autre. Il serait évidemment très intéressant d'étudier les facteurs de cette hétérogénéité, de dresser le profil des MG les plus « interventionnistes » vis-à-vis de l'insuline. Notre population médicale de 17 MG seulement ne nous permet pas de répondre à ces questions, et c'est une des limites de notre travail.

4.2.6.2 Expérience professionnelle du MG

L'expérience ne semble pas être corrélée à l'âge du MG mais plutôt au profil de sa patientèle. On pouvait observer un MG jeune, d'installation récente, mais ne ressentant aucun frein à l'instauration d'une insulinothérapie basale, de par son exposition fréquente à des diabètes déséquilibrés, notamment chez les personnes âgées en EPHAD. À l'inverse, ce même profil de MG pouvait exprimer des difficultés, justement par manque d'expérience, du fait du peu de patients diabétiques dans leur patientèle.

L'acte d'instaurer une insulinothérapie basale peut être considéré comme peu fréquent. D'un autre côté, si certains MG ont recours quasi systématiquement au diabétologue pour initier l'insuline, ils pourront difficilement acquérir l'expérience suffisante.

4.2.7 Patients - Leviers pour l'insuline

4.2.7.1 Importance de l'ETP

Nous pouvons nous réjouir de la diffusion progressive du programme ASALEE. Les infirmières impliquées sont présentes jusqu'ici en Meuse et dans les Vosges, et le programme serait sur le point de s'étendre en Meurthe et Moselle et en Moselle.

4.2.7.2 Environnement du patient

Un MG faisait le constat d'une meilleure acceptation de l'insulinothérapie grâce à la médiatisation du diabète.

En effet, le DT2 fait régulièrement la une des journaux. Une meilleure information des patients passe aussi par ce biais. Et des patients mieux informés accepteront certainement mieux de se soigner, y compris par l'insuline. Il est vrai que cette dernière décennie a été marquée par de multiples opérations de médiatisation du diabète. Certaines sont orchestrées par les pouvoirs publics qui ont pris conscience de l'impact économique du DT2. D'autres sont initiées par les patients eux-mêmes, regroupés en association et fédération. Nous pouvons toutefois souligner ici qu'aucun MG ne citait l'aide qu'auraient pu lui apporter les associations de diabétiques, pourtant parfois actives sur le plan de l'information du grand public. L'Association Française des Diabétiques, joue-t-elle pleinement son rôle ?

4.2.8 MG – Freins à l'insulinothérapie

4.2.8.1 Aucun frein pour certains

Nous pouvons nous étonner de l'absence totale de barrière à l'instauration de l'insuline pour un des MG.

4.2.8.2 Insulinorésistance psychologique

Sans pouvoir en définir clairement les raisons, des MG rapportaient un frein psychologique à la prescription d'une insulinothérapie. Ils admettaient que cela pouvait relever de l'irrationnel, tout en précisant que le MG ne pouvait être toujours rationnel.

Tout comme le patient, le MG peut lui aussi faire preuve « d'insulinorésistance psychologique ». En effet, lorsqu'il imagine la réaction immédiate de son patient face à l'annonce de l'insuline, ou qu'il pense au risque imminent de prise de poids ou d'hypoglycémie, il semble oublier ce que lui disent les recommandations, reposant elles aussi essentiellement sur le désir d'éviter les complications lointaines du diabète.

Par ailleurs, les émotions, en réponse à des événements, font partie des réactions psychologiques qui peuvent intervenir dans le choix de nos actions. Cependant, elles peuvent aussi être sources de biais cognitif, nous incitant à prendre une décision qui n'est pas forcément adaptée. (36)

4.2.8.3 Défaut de formation du MG

En revanche, la plupart des réponses des MG interrogés semblait indiquer qu'ils n'étaient pas suffisamment formés pour initier une insulinothérapie basale. Cette carence touchait les médecins les plus âgés dont la formation initiale était ancienne, ainsi que des médecins plus jeunes qui pouvaient avoir d'autres centres d'intérêt que le diabète. Les méconnaissances touchaient à la fois les indications de l'insulinothérapie, le choix de l'insuline, et les modalités pratiques d'instauration.

Cela devrait nous inciter à développer les actions de FMC. Un des intérêts de cette FMC serait de « démystifier » le caractère complexe de l'instauration de l'insulinothérapie basale en ambulatoire.

4.2.8.4 Environnement et profil du patient peu favorables ou complexes

4.2.8.4.1 Favoriser la personnalisation de la prise en charge

Concernant le risque hypoglycémique chez la personne âgée, notre étude a permis d'objectiver une bonne prise de conscience des MG.

4.2.8.4.2 Favoriser une décision médicale partagée

Le refus catégorique du patient était évoqué parmi les freins. Mais face à la survenue du déséquilibre d'un diabète régulièrement suivi, il n'y a jamais d'urgence à instaurer une insulinothérapie basale. Le suivi régulier en soins primaires permet de se laisser un temps défini, convenu par le MG et le patient, pour réévaluer la situation. Là encore, il ne faut pas oublier qu'une décision médicale partagée est la clé de l'adhésion du patient à son traitement. (5)

4.2.8.4.3 Risques et conséquences de l'insulinothérapie

Parmi les barrières qui étaient décrites par les MG, la prise de poids secondaire à l'insuline s'avérait être un phénomène inéluctable, en tout cas pour un des MG. Pourtant, cette prise de poids pourrait être limitée grâce à des indications bien posées et à une prise en charge adaptée. Et il est important de réfléchir à l'évolution du poids dans la vie du patient. Certains patients qui se plaignent de prendre du poids sous insuline, ne font en fait que reconstituer un surpoids préalable.

4.2.9 MG - Représentation personnelle de l'instauration de l'insuline

4.2.9.1 Représentation du MG

Concernant le vécu du MG par rapport à l'instauration d'une insulinothérapie basale, il faut là encore souligner à ce stade l'hétérogénéité de notre panel de MG. Certains avaient plus d'expérience que d'autres. Certains s'intéressaient plus au diabète que d'autres. Certains avaient une patientèle diabétique plus importante que d'autres. Si bien que la mise à l'insuline était un acte banal pour certains, complexe pour d'autres, voire réservé au spécialiste.

4.2.9.1.1 Empathie ou identification émotionnelle ?

Par ailleurs, plusieurs MG se projetaient, consciemment ou non, à la place de leurs patients diabétiques pour imaginer leurs freins à l'insulinothérapie. C'est un comportement qui peut témoigner d'une réelle empathie de leur part à l'égard de ces derniers.

Cependant, cette attitude a déjà été discutée comme faisant partie des facteurs expliquant l'insulinorésistance psychologique du MG. Il pourrait s'agir d'une identification émotionnelle conduisant à un mésusage de l'empathie (36).

« Car l'empathie n'est pas l'identification qui consiste à comprendre le point de vue de l'autre (c'est l'empathie cognitive), et ce qu'il ressent (c'est l'empathie émotionnelle). « S'identifier » ne signifie pas que l'on se mette totalement à la place de l'autre, mais qu'une résonance s'établit entre ce que l'autre éprouve et pense, et ce que l'on éprouve et pense soi-même. » (37)

4.2.9.1.2 Culpabilisation des patients devant la prise de conscience de leur propre échec ?

En revanche, nous étions surpris par la façon dont certains médecins culpabilisaient leurs patients qui échappaient aux ADO. Cette méthode est contre-productive, tant vis-à-vis de l'acceptation du traitement que de son observance ultérieure. La question est de savoir ce qui motivait les MG dans une telle attitude. Probablement considéraient-ils l'échec des ADO comme un échec de leur propre traitement et souhaitaient-ils se décharger de cet échec sur le patient (38) ? Ou bien étaient-ils en colère contre le patient qui, responsable ou non, les conduisait vers une situation inconfortable, l'instauration d'une insulinothérapie qu'ils auraient préféré éviter, car plus complexe et plus chronophage que le renouvellement des ADO ?

4.2.9.2 Impact des collaborateurs spécialistes

L'apport du spécialiste en diabétologie était intéressant à évaluer. Il était rarement présenté comme un expert dans sa discipline dont on demande l'avis ou le conseil. Il était plus prosaïquement considéré comme le partenaire qui ferait preuve d'autorité pour faire accepter la solution thérapeutique décidée en fait par le MG. En effet, ce dernier semblait parfois manquer de persuasion pour faire accepter cette solution. De plus, d'une façon assez ambiguë, le milieu spécialisé hospitalier était considéré comme utile, parfois « *pour faire peur* » au patient.

Il était également intéressant de percevoir la représentation du diabétologue par les patients, à travers le regard de leurs MG. Il en ressortait une image très particulière, que nous pourrions reformuler « l'aura du spécialiste ». Cependant, les propos des MG illustraient le fait qu'il existait encore un fossé entre les médecins de diverses disciplines et nous rappelait qu'une réelle collaboration entre tous ces acteurs médicaux, en théorie complémentaires, restait indispensable et devait être améliorée.

4.2.10 Patients - Freins à l'insulinothérapie

4.2.10.1 Croyances et représentations des patients

Parmi les croyances et représentations des patients concernant l'insuline, il semblait finalement difficile de distinguer celles du MG de celles du patient, du fait de la projection inconsciente du MG à la place de son patient.

En effet, l'éducation thérapeutique « *ne peut consister en une seule transmission de connaissances du médecin au patient. Le soignant transmet également ses préférences, croyances et intuitions.* » C'est pourquoi il faudrait adopter une attitude pratique qui reposerait tout à la fois sur les connaissances, les recommandations, mais aussi les préférences et croyances du patient et du médecin. (39)

Heureusement, le sentiment de punition ou d'échec n'apparaissait pas de façon prédominante.

4.2.10.2 Impact du diabète dans l'entourage du patient sur sa propre perception de l'insuline

Une prise en charge éducative personnalisée semble nécessaire pour que le vécu du patient de sa propre maladie, ne soit pas impacté par un éventuel diabète chez ses proches. Cependant, la part de l'émotionnel et de l'irrationnel demeure tout de même difficilement

contrôlable. Ainsi, nous comprenons qu'un patient puisse faire l'amalgame entre la mise à l'insuline et la survenue de complications aiguës (28).

4.2.10.3 Prise en charge jugée trop complexe

D'une part, il apparaît nécessaire de mieux expliquer au patient que l'insulinothérapie n'est pas si complexe que cela, et ne nécessite pas forcément une hospitalisation. D'autre part, il faudrait développer la mise en place de l'insuline en ambulatoire.

4.2.10.4 Impact du traitement sur la vie quotidienne

Cette notion a déjà été évaluée par l'Observatoire « L & Vous » du DT2 insulinotraité (40,41).

Toutefois, le message éducatif délivré au patient en sortie d'hospitalisation pour l'instauration d'une insulinothérapie basale devrait être mieux précisé en ce qui concerne les modalités de l'ASG, en particulier la fréquence des mesures.

La perte d'autonomie liée au passage quotidien de l'IDE devrait être pondérée par la possibilité d'une certaine flexibilité horaire concernant l'injection d'un analogue lent, surtout avec les nouvelles présentations insuliniques.

4.2.10.5 Risque hypoglycémique non évoqué

Nous sommes étonnés que les patients n'évoquent pas le risque hypoglycémique, du moins aux dires de leurs MG, pourtant si souvent rapporté (28,40).

4.2.11 Motifs d'inertie thérapeutique

4.2.11.1 Inertie due aux MG

4.2.11.1.1 Inertie due au MG prédécesseur

Un MG rapportait que son inertie thérapeutique était plutôt liée à celle de son prédécesseur. Puisqu'il venait récemment de s'installer, il avait d'abord à mettre à jour le bilan de complications, avant de réévaluer les traitements.

Nous pouvons ici élargir la notion d'inertie. Ce MG n'évoquait pas « l'inertie thérapeutique » mais plutôt « l'inertie de la prise en charge ». Il reprochait à demi-mot à son prédécesseur d'avoir négligé la surveillance de ses patients. Cela illustre très simplement les difficultés de la prise en charge des maladies chroniques, en particulier pour certains MG en fin de carrière, un peu installés « dans une routine » de plusieurs décennies. C'est parfois ce que rapportent maladroitement et injustement les patients en déclarant que leur nouveau MG est plus consciencieux.

4.2.11.1.2 Inertie liée à une mauvaise observance des MHD

L'attitude tout à fait respectable de ce MG, qui retardait l'insulinothérapie chez des patients ne respectant pas bien les MHD, n'est toutefois pas sous-tendue par des notions scientifiques claires : là encore, nul n'a démontré qu'il valait mieux insuliner un patient inobservant plutôt que d'entrer en conflit avec lui sur le plan de l'observance diététique.

Peut-être qu'en termes de qualité de vie notamment, il vaudrait mieux l'insuliner plus tôt et respecter ses habitudes alimentaires.

4.2.11.1.3 Environnement et profil du patient peu favorables

Niveau social et cognitif

Le niveau social et cognitif ne devrait pas retarder l'instauration d'une insulinothérapie basale. Face à ces conditions difficiles liées au profil du patient, le MG va faire son maximum pour essayer de s'adapter.

Inaction appropriée chez des patients âgés et isolés

L'inertie thérapeutique chez des patients âgés et isolés est plutôt considérée comme une « inaction appropriée ». Il s'agit là encore de l'individualisation des soins (13).

Patients jeunes et actifs

En revanche, l'inertie thérapeutique chez les patients jeunes et actifs est une attitude plus discutable, puisque le bénéfice d'un meilleur contrôle du diabète est certainement beaucoup plus important chez un sujet jeune avec une longue espérance de vie.

4.2.11.1.4 Prise en charge personnalisée du patient

Vouloir éviter les hypoglycémies chez un patient pour lequel elles apparaîtraient plus nocives, reste en accord avec les recommandations actuelles de prise en charge personnalisée du patient (4,5,20). On parle en fait d'approche centrée sur le patient, et non plus d'approche centrée sur la maladie (12).

À ceci près que, lorsque ce même MG parlait de « *savoir renoncer à un équilibre trop strict pour ne pas exposer le patient à des médicaments qui auraient été plus dangereux* », il faisait référence aux gliptines dont il jugeait le rapport bénéfice/risque insuffisant en termes de morbidité. Dans cette situation, il pouvait s'agir d'inertie thérapeutique, puisque, bien qu'il agissait avec sa conscience professionnelle et ses croyances, fondées ou non, il n'instaurait pas forcément une insulinothérapie basale chez des patients qu'il considérait sous thérapie orale maximale.

4.2.11.2 Inertie due aux patients

4.2.11.2.1 Inertie liée à l'activité professionnelle du patient

Ces situations particulièrement douloureuses sont souvent en lien avec l'intransigeance du médecin du travail, avec lequel il faudrait améliorer la collaboration. Rappelons ici que la conduite automobile est autorisée aux patients insulinotraités. Et que le permis poids lourd est généralement maintenu chez les conducteurs traités par une seule injection quotidienne, ce qui est le cas de l'insulinothérapie basale (42).

4.2.11.2.2 Inertie liée à une mauvaise adhésion du patient aux soins

Nous ne sommes évidemment pas dans le cadre de l'inertie thérapeutique, puisqu'il s'agit du refus du patient à se soigner. La question qui se pose dans ces situations fréquentes est de savoir dans quelle mesure le MG se cache derrière le prétendu refus du patient pour justifier sa propre inertie.

4.2.11.2.3 Inertie liée au respect du refus du patient

Là encore, il ne s'agit pas d'une situation d'inertie thérapeutique. Le refus du patient de l'insuline est à prendre en compte mais surtout à réévaluer régulièrement. Il faut savoir comprendre son patient, l'origine de son refus, et l'accepter, tout en trouvant un compromis pour le prendre en charge au mieux. Le but étant d'aboutir, comme déjà cité plus haut, à une prise de décision acceptée mutuellement par le patient et le soignant : c'est la décision médicale partagée (5).

4.2.12 Organisation des soins

4.2.12.1 Relations MG – diabétologues et structures spécialisées

4.2.12.1.1 Inconvénients

Difficultés de recours au diabétologue libéral

L'apport du spécialiste libéral lors de la mise en place de l'insulinothérapie était finalement assez peu abordé par les MG interrogés. Peut-être du fait que les diabétologues libéraux, trop peu nombreux et peu accessibles en région rurale, soient peu sollicités.

Ceci était peut-être dû à un biais de sélection des MG. Pourtant, comme cela est précisé au début de la discussion dans « Commentaires sur la méthode », la proportion de MG exerçant en milieu rural ou semi-rural était tout aussi importante, si ce n'était moins, que la proportion de MG exerçant en milieu urbain. Un autre biais de sélection pourrait être le lieu d'exercice des MG, c'est-à-dire la proximité des spécialistes hospitaliers pour certains MG. En effet, le fait d'exercer en milieu urbain ne signifie pas forcément avoir recours à des diabétologues libéraux. Il peut s'agir également d'une question d'habitude ou de facilité de contact.

Toujours est-il que le rôle du diabétologue libéral dans l'ETP a déjà été souligné, et cela passerait par des consultations avancées en MSP, qui seront développées plus loin (43).

Risque de désinvestissement du MG

Certains MG déléguaient la prise en charge au diabétologue, notamment lors de l'instauration de l'insulinothérapie, avec l'éducation thérapeutique qui en découlait, et la stratégie qui concernait le choix des ADO à maintenir en association. Le risque est d'aboutir à une forme de désinvestissement de la part du MG.

Hospitalocentrisme

Parmi les inconvénients de la prise en charge hospitalière apparaît la notion d'hospitalocentrisme sous forme de reconvoctions systématiques, voire abusives, du patient. Cela peut également aboutir à un risque de désinvestissement du MG. Ce dernier doit, à l'évidence, rester le référent dans la coordination des soins de son patient. Mais, comment trouver le bon équilibre entre le suivi spécialisé et le suivi en soins primaires par le MG ?

4.2.12.1.2 Avantages

Recours à l'ETP hospitalière

À l'inverse, l'analyse des verbatim nous indiquait une nette préférence pour l'envoi en structure hospitalière. Si l'on en croit les 17 MG du panel, l'hôpital reste l'endroit de choix pour réaliser l'ETP qui encadre la mise sous insuline basale. Nous regrettons que les modalités de cette collaboration ne soient que peu ou pas précisées (HDJ, hospitalisations conventionnelles, consultations médicales, consultation diététiques ou IDE, ateliers éducatifs). On retrouve aussi les griefs classiques à l'encontre de l'hôpital : les délais et les reconvoctions... Les modalités d'une collaboration idéale ville-hôpital sont encore à inventer!

4.2.12.2 Relations MG – réseaux

L'utilisation des réseaux n'est que très peu évoquée par les MG et leurs propos ne reflètent guère d'enthousiasme quant à leur efficacité. Est-ce la conséquence d'un biais de recrutement géographique de nos 17 MG ?

4.2.12.3 Continuité de la prise en charge avec les autres intervenants

4.2.12.3.1 Revaloriser le rôle du pharmacien

N'y a-t-il pas nécessité de revaloriser le rôle du pharmacien d'officine dans le suivi des maladies chroniques ? Il était question à un moment de la mise en place d'une « consultation officinale annuelle » rémunérée . Où en sommes-nous de ce point de vue ? De récentes données ont montré l'intérêt du pharmacien dans la prise en charge du DT2 : les « entretiens pharmaceutiques diabète » amélioreraient de manière significative l'équilibre du DT2 (44).

4.2.12.3.2 Impact discutable de la sécurité sociale

Finalement, le service Sophia n'était développé que de manière plutôt péjorative en raison de sa redondance de prise en charge. Mais cela ne reste que le point de vue de certains MG, et non pas de leurs patients (46).

Il a été suggéré de confier ce service à des prestataires privés, sur le modèle du fonctionnement des prestataires participant à la mise en place du traitement par pompe à insuline (45).

4.2.13 Instauration de l'insuline – accompagnement du patient

4.2.13.1 Stratégie en pratique

Nous constatons ici qu'un certain nombre de MG utilisaient une stratégie bien rodée à l'instauration de l'insuline basale : mise en place d'une consultation longue, ou d'une ETP fractionnée en plusieurs consultations, etc. Cela démontrait sa faisabilité en soins primaires. D'ailleurs, il a été observé dans 2 études (ADHOC et LIGHT), que l'instauration d'une insulinothérapie par un MG avait quasiment autant de succès que lorsqu'elle était réalisée par le spécialiste (15,47).

En revanche, rares étaient les MG qui utilisaient des outils pédagogiques ou des aides pour soutenir leur ETP.

Toutefois, plutôt que de développer la consultation longue, la tendance actuelle serait de privilégier l'expertise du diabétologue en coopération avec les pôles ou maisons de santé, notamment par l'intermédiaire de la télémédecine (48).

4.2.13.2 Rôle du spécialiste ou des structures spécialisées

4.2.13.2.1 Indication posée ou initiation par le spécialiste

D'autres MG estimaient au contraire qu'il était plus simple de travailler en collaboration avec le diabétologue ou l'hôpital. Nouvelle illustration du caractère hétérogène de notre population médicale.

Délégation de la prise en charge

Un praticien expliquait sa délégation de prise en charge au spécialiste de par son expérience débutante en tant que MG. Mais cela pourrait aboutir à un risque de désinvestissement du MG.

Inconvénient des délais de consultation

Les longs délais de consultation proposés aux patients par les spécialistes pourraient engendrer des retards de prise en charge.

4.2.13.2.2 Inclure le spécialiste dans le suivi, établir un premier contact

Un MG rapportait l'importance d'établir un contact avec le spécialiste au moment du passage à l'insulinothérapie.

Bien que soit admis le rôle essentiel du MG dans la prise en charge du DT2, certains spécialistes déplorent de n'être pas suffisamment impliqués dans la prise en charge du malade à ce stade. Ils estiment qu'ils sont les mieux placés pour gérer cette étape de l'insuline qui est « *l'occasion de remettre toute la stratégie thérapeutique à plat* » (49). Cependant, cela n'irait-il pas à l'encontre de toutes les démarches qui incitent le MG à instaurer cette insulinothérapie de lui-même?

Par ailleurs, l'insulinothérapie basale était appréhendée comme un stade ultime de la prise en charge en soins primaires. Dans la mesure où la maladie reste évolutive, même sous insuline, il est probable que ce traitement deviendra lui-même insuffisant avec le temps. Aucun MG n'envisageait cette situation d'échec de l'insuline basale, stade qui rendrait l'intervention du diabétologue pratiquement incontournable.

4.2.13.2.3 Hospitalisation réservée à des cas complexes

Il ressortait de ces différents verbatim, que l'hospitalisation était souvent réservée aux cas les plus difficiles, et malheureusement souvent différée jusqu'au stade de complications sévères. L'explication en est probablement que cette hospitalisation est le plus souvent refusée par le malade tant qu'il n'en voit pas la nécessité absolue. Il ne l'accepte qu'en cas de complications avérées. Cela rejoint ce que nous avons abordé sur la prise de conscience du patient de ses complications.

4.2.13.3 Place et rôles de l'IDE libérale

Sans surprise, l'IDE est le partenaire privilégié du MG lors de l'initiation du traitement insulinique. Il s'agit bien des IDE libérales.

4.2.13.3.1 Collaboration / communication de l'IDE avec le MG

Pour ce qui concerne le rôle même de l'IDE libérale, nous comprenions d'un verbatim à l'autre qu'elle était moins souvent sollicitée pour autonomiser le patient que pour le prendre en charge au long cours. Les IDE de ville se sont-elles bien approprié cette fonction éducative ? Elles sont par ailleurs extrêmement critiquées par certains MG quant à leurs capacités à adapter les doses d'insuline avec le temps. Pourtant, lorsqu'on pose la question aux IDE, elles reprochent parfois aux MG de rarement faire figurer sur le carnet des consignes précises, autrement dit un protocole d'adaptation de doses. Sur ces deux plans, l'adaptation des doses et l'autonomisation des patients, il est clair que les IDE libérales ont vraiment besoin de formations complémentaires et continues, car leur formation initiale reste insuffisante. Il faudrait obtenir des organismes de formation, des séances de perfectionnement regroupant MG et IDE autour de ce thème : « débuter une insulinothérapie basale en ambulatoire »

4.2.13.3.2 Rôle d'autonomisation

Le problème de l'autonomisation est un point crucial. Nous avons vu plus haut que les médecins et les patients avaient conscience du caractère contraignant du passage quotidien de l'IDE. Nous avons considéré que c'était un frein important à la mise en place du traitement. Pourtant, plusieurs MG ne semblaient pas situer l'autonomisation dans leurs priorités, et ne pas réellement reconnaître à l'IDE libérale, la compétence éducative qui permettrait à un patient de se prendre en charge lui-même.

4.2.13.4 Rôle de l'IDE ASALEE

Comme nous l'avons signalé plus haut, la présence d'une IDE ASALEE est encore assez peu répandue dans les maisons de santé, mais devrait progressivement se généraliser. Et peut-être qu'en lui déléguant la prise en charge du pied diabétique, incluant examen et prévention, comme cela est déjà parfois fait, considérée aussi comme chronophage par le MG, nous parviendrons à mieux prévenir les plaies diabétiques ?

4.2.14 MG – Comparaison de la prise en charge en soins primaires versus milieu spécialisé

Cette comparaison entre les deux types de prises en charge, en soins primaires par le MG lui-même et l'IDE, et par les structures spécialisées, semblait un peu artificielle. Probablement les choix des 17 MG différaient-ils selon les patients eux-mêmes, les habitudes des MG, le mode d'exercice rural ou urbain, et certainement beaucoup d'autres facteurs.

Il était souligné la richesse et la diversité de l'offre de soin dans notre système de santé, ce qui permettait finalement d'offrir à chaque patient dans une situation donnée la solution qui lui était la mieux adaptée.

De plus, il faut souligner, là encore, le rôle primordial du MG dans la maladie chronique, qui est le mieux placé pour connaître le patient dans sa globalité, et qui pourra ainsi adapter au mieux la prise en charge, parfois initiée ou seulement conseillée par le spécialiste.

4.2.15 MG – Besoins

4.2.15.1 Une meilleure formation des MG

Des MG exprimaient leurs difficultés à s'approprier les recommandations qui, d'après eux, changeaient souvent. Pourtant, les dernières recommandations HAS datent de 2013. Il s'agit plutôt de difficultés liées à l'arrivée des nouvelles thérapeutiques, difficultés majorées encore par le fait que les recommandations, largement obsolètes, ne sont pas toujours suivies par les spécialistes.

4.2.15.2 Une meilleure formation des autres intervenants

De par son caractère pluriprofessionnel, la prise en charge du patient diabétique pourrait passer par une meilleure coordination des soins. Cela impliquerait peut-être d'améliorer la formation des autres intervenants qui demeurent indispensables à la continuité des soins. Cela permettrait une délégation des tâches qui semblerait être la clé pour justement optimiser cette coordination des soins (50).

Comme déjà précisé plus haut, le regard de certains MG, sur le travail des IDE à domicile, pouvait sembler particulièrement sévère. Et cela pourrait être amélioré par le développement de la formation continue des IDE.

4.2.15.3 Une meilleure organisation des soins

4.2.15.3.1 Développer le lien avec le spécialiste et améliorer le fonctionnement des consultations spécialisées par la télémédecine

Le développement du lien avec le spécialiste pourrait s'envisager par l'intermédiaire de la télémédecine. Bien qu'envisagée depuis déjà plusieurs années, de par les bénéfices apportés (51), elle ne s'est actuellement pas encore suffisamment développée, en tout cas dans le domaine de la diabétologie. Pourtant, le diabète pourrait être un très bon candidat puisque de nombreux patients diabétiques utilisent déjà au quotidien des outils technologiques tels que les lecteurs de glycémie. Il s'agirait d'une solution particulièrement adaptée à un certain nombre de difficultés. En effet, parmi les différentes causes d'échec de prise en charge de la maladie diabétique figurent l'inégalité d'accès aux soins et les délais de prise en charge par un spécialiste. Elle pourrait donc améliorer la qualité et l'efficacité des soins : en améliorant l'accès aux soins, en favorisant l'accompagnement personnalisé et la continuité du suivi, ainsi que la coordination du parcours de soins. (51)

4.2.15.3.2 Comment organiser des consultations spécialisées avancées en MSP ?

Le projet de consultations spécialisées avancées en MSP ou de séances éducatives par du personnel hospitalier mériterait certainement d'être développé. Cette proposition de faire collaborer la ville et l'hôpital est une idée ancienne et souvent à la base du fonctionnement des « réseaux ville hôpital ». Cependant elle n'est pas sans poser de multiples problèmes administratifs et pratiques : quelle disponibilité pour les hospitaliers déjà surbookés ? Quelles modalités de rémunération ?... Le diabétologue libéral pourrait-il être le collaborateur privilégié du MG en ville (43) ?

4.2.15.3.3 Les réseaux de soins : multidisciplinarité et pluriprofessionnalité

Un seul MG citait la maison du diabète et le service spécialisé à proximité pour souligner l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire et pluriprofessionnelle.

4.2.15.4 Une meilleure prise en charge

4.2.15.4.1 Développer l'activité physique

Une méta-analyse publiée par Thomas *et al.* a démontré les effets bénéfiques de l'activité physique régulière sur l'équilibre glycémique des patients DT2 (52).

L'activité physique doit être débutée progressivement et de façon personnalisée. La prescription d'activité physique devrait se faire en respectant un certain nombre de règles concernant le type d'activité, l'intensité, la durée de l'exercice, la fréquence minimale recommandée. Les recommandations de Santé Publique fixent les objectifs suivants chez les patients DT2 : des exercices d'endurance au moins 3 jours/semaine avec pas plus de 2 jours consécutifs sans activité physique, d'intensité au moins modérée, et d'une durée au minimum de 150 min/semaine d'activité d'intensité modérée, pratiquée par sessions d'au moins 10 minutes, et réparties dans la semaine (53).

Dans notre étude, il était rapporté la nécessité d'avoir recours à la prescription de cette activité physique. De fait, plusieurs municipalités ont déjà intégré cette idée de permettre la gratuité de certaines activités sportives, dès lors qu'elles sont prescrites par un médecin. À notre connaissance, il s'agit d'expériences ponctuelles et en cours d'évaluation.

De plus, évaluer l'activité physique du patient par l'intermédiaire de l'utilisation d'un podomètre, comme le souhaitait un des MG, permettrait de stimuler le patient à pratiquer cette activité physique (54).

4.2.15.4.2 Développer l'ETP

Améliorer la prise en charge diététique

Il était étonnant de remarquer que les MG ne mettaient pas en avant l'éducation diététique de leurs patients comme un de leurs besoins de base. Pourtant, ils pointaient la diététique comme une de leurs principales difficultés dans la prise en charge du DT2. Le non remboursement de la consultation diététique en libéral était souvent considéré comme un frein à la prise en charge diététique.

La dynamique des réunions de groupe

En Lorraine comme ailleurs, c'est dans le cadre des réseaux de soins qu'est exploitée la dynamique de groupe. Nul doute que l'intégration à un groupe de patients facilite l'acceptation de l'insulinothérapie et sa mise en place en pratique.

L'impact du patient expert

Quant aux patients experts, ils sont en cours de formation actuellement au sein des associations de patients. En effet, depuis 2005, la FFD essaye de développer un programme de formation de patients bénévoles souhaitant accompagner leurs pairs. Les rôles respectifs du patient expert et du MG sont complémentaires et ont pour but commun l'autonomie du patient ainsi que l'amélioration de sa qualité de vie. Celle-ci sera meilleure si le patient parvient à modifier sa représentation de la maladie (29,30). Malheureusement, ces diverses expériences semblent encore trop « hospitalo-centrées » et leur développement en médecine libérale peut se heurter à une insuffisance de coordination.

Développer l'ETP avec l'IDE ASALEE

L'expérience des IDE ASALEE mériterait d'être développée puisque les quelques MG qui les citaient en étaient très satisfaits. Il apparaît que beaucoup de MG préfèrent confier l'ETP à une infirmière, comme le montre justement le succès de ce protocole ASALEE (55).

4.2.15.4.3 Développer les innovations thérapeutiques

Dans cette étude, l'insulinothérapie orale ou nasale, ainsi que l'insuline hebdomadaire étaient citées comme des exemples de perspectives thérapeutiques. Toutefois, les récentes études sur l'insuline par voie pulmonaire ont été arrêtées, notamment en raison d'hypoglycémies nocturnes. Concernant l'insuline orale, les résultats des études restent décevants. C'est pourquoi, en attendant ces innovations thérapeutiques, il faut savoir se contenter des insulines actuelles qui ont bénéficié de réels progrès, particulièrement avec le développement d'aiguilles mieux adaptées (56).

4.2.16 Patients - Besoins

Ce chapitre se révèle très peu développé. Finalement, à la question : « quels sont les besoins de vos patients face à la mise en place d'une insulinothérapie basale ? », leur principale réponse était : « *des besoins éducatifs* ». Nous pouvions nous attendre à l'énoncé de toute une liste d'outils éducatifs, type fiche pratique, carnets de surveillance, lecteurs de glycémies dotés d'un calculateur de doses, vidéos pédagogiques. Cette absence de besoins était peut-être le reflet d'un manque d'expérience des MG dans la pratique même de l'ETP. Elle demeure toujours difficile à mettre en place, et actuellement, il est relevé une certaine « *marginalité de l'ETP au sein-même de la discipline fondatrice que fût la diabétologie* ». Il a été constaté que ceux qui discutaient de l'ETP semblaient bien différents de ceux qui la prodiguaient (57).

Une des limites de l'étude était de ne pas avoir recueilli le point de vue des patients sur leurs réticences à instaurer une insulinothérapie basale. Il aurait été intéressant d'interroger un panel de patients de chaque MG interrogé, et de comparer leurs propos à ceux de leurs MG.

5 CONCLUSION

Finalement les freins des MG pour instaurer une insulinothérapie basale étaient beaucoup plus complexes qu'il n'y paraissait. Les MG étaient confrontés d'une part à leurs propres barrières ou craintes, d'autre part à ce qu'ils estimaient être les craintes de leurs patients. En se projetant à la place du patient, ils avaient tendance à interpréter leurs ressentis. Enfin, ils étaient également confrontés aux barrières ou craintes réellement exprimées par les patients. Le MG n'est pas le seul acteur de la prise en charge, il y a aussi le patient.

Certains freins étaient très clairement définis par le MG et d'autres étaient identifiés à travers l'expression d'une prise en charge globale complexe, le vécu du patient de sa maladie, et la représentation personnelle du MG à l'instauration d'une insulinothérapie.

Les « freins propres aux MG » étaient multiples et concernaient : le manque d'expérience ou de formation des MG et des différents intervenants, l'impact d'expériences négatives, leurs croyances sur le caractère chronophage de l'ETP et la complexité du suivi sous insuline, l'environnement et le profil du patient peu favorables ou complexes, les risques et les conséquences de l'insuline, l'impact de l'environnement professionnel à travers la qualité de relation avec les IDE, et parfois même un frein psychologique inexplicable qui était défini comme irrationnel.

Le refus catégorique du patient était également évoqué parmi ces freins. Mais il ne faut pas oublier qu'une décision médicale partagée est la clé de l'adhésion du patient à son traitement.

Le « caractère complexe de la prise en charge globale » reflétait les freins suivants : les difficultés rencontrées pour d'abord évaluer l'observance médicamenteuse et des MHD, puis pour obtenir des patients qu'ils suivent rigoureusement la prescription.

Les MG ont également identifiés des freins liés à une certaine perception de l'insulinothérapie par plusieurs patients traumatisés par l'expérience de l'insuline dans leur entourage. Ceux-ci avaient tendance à établir un lien direct entre la mise à l'insuline et la survenue de complication ou d'un décès.

Parmi les freins identifiés à travers la *représentation personnelle du MG de l'instauration d'une insulinothérapie*, nous retrouvions d'une part, la propre projection des MG, consciente ou non, à la place de leurs patients, et d'autre part, leur impression de manquer de persuasion à leur égard. C'était d'ailleurs un domaine où ils soulignaient l'impact de leurs correspondants spécialistes.

Apparemment, le fait d'exercer en milieu rural n'était pas toujours un frein à instaurer une insulinothérapie car ce type d'exercice pouvait procurer au contraire une certaine autonomie professionnelle du MG.

Concernant « les freins des patients », les MG rapportaient : les croyances et les représentations de l'insuline incluant le symbole de gravité et d'ultime traitement, ainsi que des sentiments de peur et d'échec ; l'impact de l'entourage sur la perception de l'insuline par le patient.

Leurs craintes reposaient également sur : l'apparente complexité de la prise en charge exprimée par un refus d'implication ou un sentiment d'incapacité à gérer, ou encore les contraintes d'une hospitalisation ; l'impact du traitement sur la vie quotidienne incluant les contraintes de l'ASG, d'une alimentation cadrée et un sentiment de perte d'autonomie ; enfin, le caractère injectable et ses risques, ainsi que la crainte de la prise de poids.

Face à l'ensemble de ces freins, les MG avaient déjà adopté des stratégies de prise en charge, toutefois, ils exprimaient les besoins suivants : une meilleure formation pour eux-mêmes et pour les autres intervenants ; une meilleure organisation des soins en développant le lien avec le spécialiste par l'intermédiaire de la télémédecine, en améliorant le fonctionnement des consultations spécialisées, et en cela même, en développant des consultations avancées en maisons de santé. Cela signifiait également exploiter les différents réseaux, développer le lien entre l'hôpital et les IDE libérales, améliorer la collaboration avec les IDE et enfin développer l'ETP avec les IDE ASALEE. De plus, ils exprimaient le souhait d'une meilleure prise en charge pour leurs patients grâce à de nouvelles perspectives thérapeutiques, à la diffusion de l'activité physique et à l'amélioration de la prise en charge diététique. Et enfin ils souhaitaient développer l'ETP par l'intermédiaire notamment de réunions de patients, d'outils vidéo et de patients experts.

Face à un manque de formation, notamment initiale, les MG étaient à la recherche d'une meilleure efficacité dans ce domaine. Ils ne peuvent évidemment pas se former dans les mêmes proportions dans toutes les disciplines. Une meilleure approche des principales maladies chroniques dans le cursus des jeunes médecins généralistes pourrait peut-être faciliter leur pratique sur le terrain. Les récentes modifications de maquette de stages des internes en MG semblent s'orienter dans ce sens, en développant les stages auprès des praticiens généralistes, qui ont précisément une importance primordiale dans l'apprentissage des jeunes médecins de l'abord des maladies chroniques complexes.

En ce qui concerne les besoins exprimés par les MG et par les patients, à travers les MG, ils ciblaient principalement l'ETP. Finalement, cela semble logique puisque les leviers des patients pour l'insulinothérapie reposaient essentiellement sur l'ETP : en éduquant le patient en amont pour qu'il prenne conscience de sa maladie et de la nécessité, à un moment donné, d'une insulinothérapie. Et justement, les IDE ASALEE, ainsi que les patients experts, semblent faire partie de l'avenir de l'ETP en ambulatoire.

De plus, le développement de la télémédecine pourrait améliorer l'organisation des soins, tant dans la relation avec le spécialiste que dans la relation avec les autres intervenants. Ainsi, cela permettrait d'améliorer l'égalité d'accès aux soins.

Enfin, « les motifs d'inertie thérapeutique », rapportés par les MG, pouvaient être dus aux MG eux-mêmes, mais aussi aux patients.


Concernant les MG, ils avaient tendance à retarder l'insuline en raison de la complexité de la prise en charge globale et de l'inconvénient du suivi régulier, qui pouvait engendrer un défaut de réactivité de face à une altération progressive des résultats. À travers la prise en charge globale complexe, nous retrouvons les motifs suivants : une inertie de prise en charge en fait due au MG prédécesseur, une mauvaise observance des MHD, un profil et un environnement du patient peu favorables, et des situations nécessitant une réévaluation des objectifs glycémiques, qui parfois, relevaient finalement d'une inaction appropriée.

Mais, le patient pouvait avoir également sa part de responsabilité dans l'inertie thérapeutique : son contexte professionnel, qui pouvait lui faire refuser l'insuline par crainte d'un déclassement ; l'impact d'un environnement médiatique défavorable ; sa mauvaise adhésion, et son refus plus ou moins rationnel. Cependant, ces 2 derniers motifs n'étaient pas réellement des situations d'inertie thérapeutique, puisqu'il faut savoir avant tout comprendre son patient, lui communiquer des explications claires et adaptées afin d'obtenir une décision médicale partagée, et donc améliorer son adhésion à la prise en charge.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. DeFronzo RA. From the Triumvirate to the Ominous Octet: A New Paradigm for the Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes*. 1 avr 2009;58(4):773-95.
2. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HAW. 10-Year Follow-up of Intensive Glucose Control in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 9 oct 2008;359(15):1577-89.
3. Group UKPDS. U.K. Prospective Diabetes Study 16: Overview of 6 Years' Therapy of Type II Diabetes: A Progressive Disease. *Diabetes*. 1 nov 1995;44(11):1249-58.
4. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS). Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. [Internet]. 2013. Disponible sur: www.has-sante.fr
5. Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur la prise en charge médicamenteuse de l'hyperglycémie du patient diabétique de type 2 [Internet]. 2017. Disponible sur: www.sfdiabete.org
6. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2015: A Patient-Centered Approach: Update to a Position Statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 1 janv 2015;38(1):140-9.
7. Detournay B. Aspects épidémiologiques et économiques de l'insulinothérapie en France métropolitaine. *Médecine Mal Métaboliques*. déc 2008;2(Supplément 2):149-52.
8. Monnier L, Colette C. Échec des antidiabétiques oraux à doses maximales tolérées : Quels traitements injectables? *Médecine Mal Métaboliques*. 1 mars 2016;10(2):121-30.
9. Scheen A, Giet D. Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. *Rev Médicale Liège*. 2010;65(5-6).
10. Reach G. Clinical inertia, uncertainty and individualized guidelines. *Diabetes Metab*. 1 sept 2014;40(4):241-5.
11. Scheen A, Giet D. Inertie thérapeutique dans la pratique médicale: causes, conséquences, solutions. *Rev Médicale Liège*. 2010;65(5-6).
12. C. Attali, J. Le Breton, S. Bercier, S. Chartier, E. Ferrat. « Arrêtez de tirer sur le pianiste!" Le point de vue du médecin généraliste sur l'inertie thérapeutique. *Médecine Mal Métaboliques*. déc 2011;5(S2):S69-75.
13. Reach G, Pechtner V, Gentilella R, Corcos A, Ceriello A. Clinical inertia and its impact on treatment intensification in people with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Metab*. 1 déc 2017;43(6):501-11.
14. Fordis M, King JE, Ballantyne CM, Jones PH, Schneider KH, Spann SJ, et al. COMPARAISON DE L'EFFICACITE DE LA FORMATION DE LA FMC AVEC INTERNET ET DES ATELIERS DE FMC INTERACTIFS: UN ESSAI RANDOMISE ET COMPARATIF. *JAMA-Fr*. 10 janv 2005;294(3):a5.

15. A. Penforinis, F. San-Galli, L. Cimino, D. Huet. Current insulin therapy in patients with type 2 diabetes: Results of the ADHOC survey in France. *Diabetes Metab.* 2011;37(5):440-5.
16. Zoungas S, Arima H, Gerstein HC, Holman RR, Woodward M, Reaven P, et al. Effects of intensive glucose control on microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes: a meta-analysis of individual participant data from randomised controlled trials. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 1 juin 2017;5(6):431-7.
17. Turnbull FM, Abraira C, Anderson RJ, Byington RP, Chalmers JP, Duckworth WC, et al. Intensive glucose control and macrovascular outcomes in type 2 diabetes. *Diabetologia.* 1 nov 2009;52(11):2288-98.
18. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HAW. 10-Year Follow-up of Intensive Glucose Control in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 9 oct 2008;359(15):1577-89.
19. J.-P. Le Floch, J. Doucet, B. Bauduceau, C. Verny. Différences régionales chez les 987 diabétiques de type 2 de la cohorte française GÉRODIAB à l'inclusion. *Médecine Mal Métaboliques.* déc 2013;7(6):563-71.
20. Société Francophone du Diabète (SFD). Optimiser le suivi des personnes âgées diabétiques. [Internet]. 2016. Disponible sur: www.sfdiabete.org
21. G. Reach. Le concept de recommandations individualisées : révolution, ou retour aux sources ? *Médecine Mal Métaboliques.* juin 2013;7(3):277-81.
22. A. Grimaldi, S. Halimi. N'est-il pas temps d'actualiser les recommandations 2013 de la HAS pour le traitement du diabète de type 2 ? La Société francophone de diabétologie (SFD) devrait-elle se charger de cette actualisation ? Analyse de la campagne des visites confraternelles de l'Assurance Maladie. *Médecine Mal Métaboliques.* mai 2016;10(3):193-5.
23. Scirica BM, Bhatt DL, Braunwald E, Steg PG, Davidson J, Hirshberg B, et al. Saxagliptin and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *N Engl J Med.* 3 oct 2013;369(14):1317-26.
24. Green JB, Bethel MA, Armstrong PW, Buse JB, Engel SS, Garg J, et al. Effect of Sitagliptin on Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 16 juill 2015;373(3):232-42.
25. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, Kristensen P, Mann JFE, Nauck MA, et al. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 28 juill 2016;375(4):311-22.
26. Reach G. Insuline et vécu du patient : barrière ou levier ? *Médecine Mal Métaboliques.* 1 sept 2014;8(4):423-9.
27. Polonsky WH, Fisher L, Guzman S, Villa-Caballero L, Edelman SV. Psychological Insulin Resistance in Patients With Type 2 Diabetes: The scope of the problem. *Diabetes Care.* 1 oct 2005;28(10):2543-5.

28. Polonsky WH, Jackson RA. What's So Tough About Taking Insulin? Addressing the Problem of Psychological Insulin Resistance in Type 2 Diabetes. Clin Diabetes. 1 juill 2004;22(3):147-50.
29. P. Vexiau, G. Raymond. Les patients « experts » de l'Association française des diabétiques (AFD) : de quoi s'agit-il ? Médecine Mal Métaboliques. mai 2010;4(3):337.
30. C. Avril. Les patients experts : quelle réalité ? Quel rôle ? Médecine Mal Métaboliques. févr 2017;11(1):34-7.
31. F. Lapostolle , N. Hamdi, H. Luk Saona, S. Tepper, H. Akodad, F. Adnet. L'éducation thérapeutique du patient diabétique et de son entourage vue par l'urgentiste. Médecine Mal Métaboliques. sept 2017;11(5):448-53.
32. C. Colas. Les enjeux de l'annonce diagnostique en diabétologie. Médecine Mal Métaboliques. déc 2014;8(6):636-8.
33. G. Reach. Une consultation d'annonce dans le diabète de type 2 ? Médecine Mal Métaboliques. juin 2014;8(3):335-9.
34. A. Grimaldi E. L'autosurveillance glycémique au cours du diabète de type 2 : faut-il revoir les recommandations ? Médecine Mal Métaboliques. sept 2010;4(S1):S26-31.
35. S. Halimi. Diabète de type 2 : l'autosurveillance glycémique avant l'insuline est-elle utile ? Non, elle est essentielle ! Médecine Mal Métaboliques. sept 2017;11(5):389-90.
36. G. Reach. Une analyse nouvelle de l'insulinorésistance psychologique des patients et des médecins: à la recherche de mécanismes communs. Médecine Mal Métaboliques. 1 mai 2015;9(3, Supplement 1):3S18-3S24.
37. S. Tisseron. L'empathie dans la relation de soin, ressort ou écueil ? Médecine Mal Métaboliques. oct 2011;5(5):545-8.
38. Benroubi M. Fear, guilt feelings and misconceptions: Barriers to effective insulin treatment in type 2 diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 1 août 2011;93(Supplement 1):S97-9.
39. Birmelé B, Lemoine M. Éducation thérapeutique : transmission de connaissances ou de croyances ? Éthique Santé. 1 juin 2009;6(2):66-72.
40. S. Halimi, M. Marre, K. Djaballah, Z. Boultif, P. Monguillon, H. Mosnier-Pudar, A. Penfornis, L. Potier, E. Renard, R. Roussel, P. Serusclat, B. Charbonnel. Programme « L&Vous » : élaboration d'une charte de bonne utilisation de l'insuline basale chez le patient diabétique de type 2. Médecine Mal Métaboliques. sept 2014;8(4):408-14.
41. Mosnier-Pudar H. Observatoire « L&Vous » du diabète de type 2 insulinotraité: le patient. Médecine Mal Métaboliques. 1 mai 2015;9(3, Supplement 1):3S14-3S17.
42. L. Cimino, A. Deneufgermain, J.-D. Lalau. Permis de conduire et diabète sucré. Médecine Mal Métaboliques. déc 2015;9(8):776-81.

43. J. M'Bemba. Éducation thérapeutique en médecine libérale : exemple de la consultation de diabétologie. *Médecine Mal Métaboliques*. nov 2017;11(7):636-40.
44. Bouaziz J. Étude observationnelle pour évaluer l'impact des entretiens pharmaceutiques à l'officine sur la prise en charge des patients diabétiques de type 2 [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01505201/document>
45. A. Grimaldi E. Si l'histoire de l'éducation thérapeutique du patient m'était contée... *Médecine Mal Métaboliques*. mai 2017;11(3):307-18.
46. Sécurité sociale – l'Assurance maladie. SOPHIA, pour mieux vivre avec une maladie chronique. [Internet]. Disponible sur: www.ameli-sophia.fr/
47. A.-J. Scheen. Instauration d'une insulinothérapie chez le patient diabétique de type 2 en médecine générale : Comparaison de l'étude belge InsuStar avec quelques études françaises et internationales. *Médecine Mal Métaboliques*. juin 2016;10(4):334-40.
48. S. Halimi. Les consultations longues et complexes : en quoi le diabète est-il déjà concerné ? *Médecine Mal Métaboliques*. nov 2017;11(7):603-5.
49. Société Francophone du Diabète (SFD). Parcours de soin. Diabète: trop de malades n'ont pas encore accès au diabétologue. [Internet]. 2016. Disponible sur: www.sfdiabete.org
50. Société Francophone du Diabète (SFD). Traitement du diabète : La formation des paramédicaux, clé de la délégation des tâches médicales. [Internet]. 2016. Disponible sur: www.sfdiabete.org
51. S. Franc, D. Dardari, B. Boucherie, A. Daoudi,, G. Charpentier. La télémédecine appliquée au diabète : les résultats acquis et les perspectives à venir. *Médecine Mal Métaboliques*. mai 2010;4(3):274-86.
52. Thomas D, Elliott EJ, Naughton GA. Exercise for type 2 diabetes mellitus. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2006 [cité 27 nov 2017]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002968.pub2/abstract>
53. M. Duclos, J-M. Oppert, B. Vergès, V. Coliche, J-F. Gautier, C-Y. Guezennec, et al. Activité physique et diabète de type 2. *Médecine Mal Métaboliques*. févr 2012;6(1):80-96.
54. Bravata DM, Smith-Spangler C, Sundaram V, Gienger AL, Lin N, Lewis R, et al. Using Pedometers to Increase Physical Activity and Improve Health: A Systematic Review. *JAMA*. 21 nov 2007;298(19):2296-304.
55. A. Grimaldi E. Si l'histoire de l'éducation thérapeutique du patient m'était contée... *Médecine Mal Métaboliques*. mai 2017;11(3):307-18.
56. S. Halimi. Des innovations technologiques au service de l'injection d'insuline. *Médecine Mal Métaboliques*. sept 2017;11(5):416-24.
57. A. Grimaldi. Où va l'Éducation Thérapeutique du Patient ? *Médecine Mal Métaboliques*. nov 2017;11(7):606-7.

7 ANNEXE

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ÉTUDE							
LIEU D'EXERCICE	SEXE	AGE (années)	ANNEE DE THESE	ANNEE D'INSTALLATION	TYPE D'EXERCICE	MILIEU	FORMATION / EXPERIENCE EN DIABETOLOGIE
MEUSE (55)							
STENAY							
S1	M	/	/	1999	Seul	Rural	Non
MONTMEDY							
Mo1	F	/	1987	1988	MSP	Semi-rural	Non
Mo2	F	37	2007	2013	MSP	Semi-rural	Expérience dans un service pratiquant la diabétologie
Mo3	M	52	"il y a plus de 13 ans"	/	MSP	Semi-rural	Non
Mo4	M	/	1993	1998	MSO	Semi-rural	Non
VERDUN							
V1	M	50	1996	/	Seul	Urbain	Non
BELLEVILLE SUR MEUSE							
B1	F	/	2014	2016	MSP	Urbain	Formation initiale d'un semestre dans un service de diabétologie
REVIGNY SUR ORNAIN							
R1	M	55	1990	1991	MSP	Semi-rural	Non (sauf FMC)
MOSELLE (57)							
JOUY AUX ARCHES							
J1	M	31	2015	2016	Seul	Urbain	Non (sauf séminaires)
METZ							
Me1	M	58	/	1989	Seul	Urbain	Non (sauf EPU et week end de formation)
FAMECK							
F1	F	/	2012	2013	Groupe	Urbain	Non
LESSY							
Le1	M	54	/	1990	Seul	Semi-rural	Oui
MEURTHE ET MOSELLE (54)							
LAXOU							
La1	F	/	2009	2012	Groupe	Urbain	Non
VANDOEUVRE LES NANCY							
Va1	M	34	2014	2014	Groupe	Urbain	Non
HOUEMONT							
Ho1	M	/	1984	1985	Seul	Urbain	Non
HAROUÉ							
Ha1	M	/	1988	1990	MSP	Semi-rural	Non
NANCY							
N1	M	49	/	1996	Seul	Urbain	Non (sauf EPU)

Commentaire : certaines cases ne sont pas remplies par oubli de précision des MG lors des entretiens.

8 TABLE DES MATIÈRES DÉTAILLÉE

1	INTRODUCTION	16
2	MÉTHODES	21
3	RÉSULTATS	23
3.1	MG - Formation / expérience dans le DT2 – Connaissance de la mise en place de l’insulinothérapie basale	24
3.1.1	Formation professionnelle	24
3.1.2	Expérience professionnelle	24
3.1.3	Connaissance de la mise en œuvre	24
3.2	MG – Profil et stratégie thérapeutique	27
3.2.1	Stratégie thérapeutique	27
3.2.2	Impact des nouvelles thérapeutiques.....	27
3.2.3	Opposition à l’utilisation des nouvelles thérapeutiques	28
3.3	MG – Prise en charge globale complexe de la maladie	30
3.3.1	Observance des MHD et du traitement	30
3.3.2	Insuline : facteur de remotivation pour les MHD	33
3.3.3	Impact des complications du diabète	34
3.3.4	Mise en place de l’ETP.....	35
3.3.5	Difficultés à cibler les objectifs thérapeutiques.....	35
3.3.6	Retentissement sur la relation MG - patient	36
3.3.7	S’adapter aux choix du patient	36
3.4	Patients – Vision et vécu de la maladie	37
3.4.1	Point de vue personnel du patient.....	37
3.4.2	Impact du contexte social	38
3.4.3	Impact de l’entourage	38
3.5	MG – Préparation du patient en amont	39

3.5.1	Anticipation dès la découverte du diabète	39
3.5.2	Préparation progressive et répétée du patient	40
3.5.3	Rassurer le patient	40
3.5.4	Stratégie en pratique.....	41
3.6	MG - Leviers pour l'insuline	43
3.6.1	Suivi des recommandations	43
3.6.2	Formation du MG	43
3.6.3	Facilité d'adaptation du MG à la prise en charge	44
3.6.4	Expérience professionnelle du MG	45
3.6.5	Profil du patient.....	45
3.7	Patients - Leviers pour l'insuline	46
3.7.1	Importance de l'ETP	46
3.7.2	Impact sur la relation avec le MG	46
3.7.3	Environnement médiatique	46
3.7.4	Acceptation après essai.....	46
3.8	MG - Freins à l'insulinothérapie	47
3.8.1	Aucun frein	47
3.8.2	Blocage psychologique du MG	47
3.8.3	Défaut d'expérience ou expérience négative du MG	48
3.8.4	Formation trop ancienne ou insuffisante du MG	48
3.8.5	Croyances du MG	49
3.8.6	Environnement et profil du patient peu favorables ou complexes	50
3.8.7	Risques et conséquences de l'insulinothérapie	51
3.8.8	Impact de la relation médecin - patient.....	52
3.8.9	Impact de l'environnement pluriprofessionnel	52
3.9	MG - Représentation personnelle de l'instauration de l'insuline	52
3.9.1	Représentation du MG	52
3.9.2	Impact des collaborateurs spécialistes	54

3.10	Patients - Freins à l'insulinothérapie	56
3.10.1	Croyances et représentations des patients	56
3.10.2	Impact de l'entourage sur la perception de l'insuline par le patient	57
3.10.3	Prise en charge jugée trop complexe	58
3.10.4	Impact du traitement sur la vie quotidienne	59
3.10.5	Risques et effets secondaires.....	61
3.11	Motifs d'inertie thérapeutique.....	61
3.11.1	Inertie thérapeutique due aux MG	61
3.11.2	Inertie thérapeutique due aux patients	64
3.12	Organisation des soins	66
3.12.1	Environnement professionnel ou pluriprofessionnel du MG	66
3.12.2	Relations MG – diabétologues et structures spécialisées	68
3.12.3	Relations MG – réseaux.....	70
3.12.4	Continuité de la prise en charge avec les autres intervenants	70
3.13	Instauration de l'insuline – accompagnement du patient	73
3.13.1	Rôle du MG.....	73
3.13.2	Stratégie en pratique.....	74
3.13.3	Rôle du spécialiste ou des structures spécialisées.....	75
3.13.4	Place et rôles de l'IDE libérale	79
3.13.5	Rôle de l'IDE ASALEE	85
3.13.6	Rôle de l'entourage	85
3.14	MG – Comparaison prise en charge en soins primaires versus milieu spécialisé	87
3.14.1	Prise en charge en soins primaires.....	87
3.14.2	Prise en charge en milieu spécialisé.....	89
3.15	MG – Besoins.....	90
3.15.1	Pour certains, pas de réel besoin	90
3.15.2	Une meilleure formation des MG	91
3.15.3	Une meilleure formation des autres intervenants	92

3.15.4	Une plus grande expérience professionnelle.....	93
3.15.5	Une meilleure organisation des soins	94
3.15.6	Une meilleure prise en charge	97
3.16	Patients – Besoins.....	99
3.16.1	ETP.....	99
3.16.2	Redéfinir l’image de l’insuline	100
4	DISCUSSION	101
4.1	Commentaires sur la méthode.....	102
4.2	Discussion des résultats.....	103
4.2.1	MG - Formation / expérience dans le DT2 – Connaissance de la mise en place de l’insulinothérapie basale	103
4.2.1.1	Formation insuffisante du MG	103
4.2.1.2	Connaissance de la mise en œuvre.....	103
4.2.2	MG – Profil et stratégie thérapeutique.....	104
4.2.2.1	Impact de la littérature.....	104
4.2.2.2	Impact des nouvelles thérapeutiques.....	104
4.2.2.3	Refus de l’utilisation des nouvelles thérapeutiques	104
4.2.3	MG – Prise en charge globale complexe de la maladie	105
4.2.3.1	Observance des MHD et du traitement	105
4.2.3.2	Risques de présenter l’insuline comme une menace	105
4.2.3.3	Impact variable de la connaissance des complications diabétiques	105
4.2.3.4	Difficultés de mise en place de l’ETP.....	106
4.2.3.5	Difficultés à cibler les objectifs thérapeutiques.....	106
4.2.3.6	Favoriser une décision médicale partagée	106
4.2.4	Patients – Vision et vécu de la maladie.....	107
4.2.4.1	Point de vue personnel du patient.....	107
4.2.4.2	Impact de l’entourage	107
4.2.5	MG – Préparation du patient en amont.....	107

4.2.5.1	Savoir anticiper la préparation à l'insuline dès la découverte du diabète / savoir préparer le patient de manière progressive et répétée.....	107
4.2.5.2	Stratégie en pratique.....	108
4.2.6	MG - Leviers pour l'insuline.....	108
4.2.6.1	Formation du MG	108
4.2.6.2	Expérience professionnelle du MG	108
4.2.7	Patients - Leviers pour l'insuline	108
4.2.7.1	Importance de l'ETP	108
4.2.7.2	Environnement du patient	109
4.2.8	MG – Freins à l'insulinothérapie	109
4.2.8.1	Aucun frein pour certains.....	109
4.2.8.2	Insulinorésistance psychologique	109
4.2.8.3	Défaut de formation du MG.....	109
4.2.8.4	Environnement et profil du patient peu favorables ou complexes.....	110
4.2.9	MG - Représentation personnelle de l'instauration de l'insuline	110
4.2.9.1	Représentation du MG	110
4.2.9.2	Impact des collaborateurs spécialistes	111
4.2.10	Patients - Freins à l'insulinothérapie.....	111
4.2.10.1	Croyances et représentations des patients	111
4.2.10.2	Impact du diabète dans l'entourage du patient sur sa propre perception de l'insuline	111
4.2.10.3	Prise en charge jugée trop complexe.....	112
4.2.10.4	Impact du traitement sur la vie quotidienne	112
4.2.10.5	Risque hypoglycémique non évoqué	112
4.2.11	Motifs d'inertie thérapeutique	112
4.2.11.1	Inertie due aux MG.....	112
4.2.11.2	Inertie due aux patients	113
4.2.12	Organisation des soins	114

4.2.12.1	Relations MG – diabétologues et structures spécialisées	114
4.2.12.2	Relations MG – réseaux.....	115
4.2.12.3	Continuité de la prise en charge avec les autres intervenants	115
4.2.13	Instauration de l’insuline – accompagnement du patient.....	115
4.2.13.1	Stratégie en pratique.....	115
4.2.13.2	Rôle du spécialiste ou des structures spécialisées.....	116
4.2.13.3	Place et rôles de l’IDE libérale	116
4.2.13.4	Rôle de l’IDE ASALEE	117
4.2.14	MG – Comparaison de la prise en charge en soins primaires versus milieu spécialisé	117
4.2.15	MG – Besoins.....	118
4.2.15.1	Une meilleure formation des MG	118
4.2.15.2	Une meilleure formation des autres intervenants	118
4.2.15.3	Une meilleure organisation des soins	118
4.2.15.4	Une meilleure prise en charge	119
4.2.16	Patients - Besoins	120
5	CONCLUSION.....	121
6	BIBLIOGRAPHIE	124
7	ANNEXE	128

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Le diabète de type 2 est une maladie très fréquente dans les pays développés, et s'avère particulièrement grave du fait de la sévérité de ses complications. Son histoire naturelle fait intervenir une carence progressive de la sécrétion en insuline. Aussi, la plupart des patients auront besoin d'un traitement insulinique. Les recommandations actuelles proposent de débiter une insulinothérapie basale dès lors que les traitements non insuliniques n'ont plus l'efficacité suffisante. Débiter une insulinothérapie basale peut être considéré comme un acte relevant des soins primaires en médecine générale. Pourtant, diverses études ont mis en évidence le retard à l'instauration de ce type de traitement.

Ce travail effectué en médecine générale repose sur l'analyse triangulée d'entretiens semi-dirigés, réalisés chez 17 médecins généralistes choisis arbitrairement. L'objectif principal était de mettre en évidence les difficultés rencontrées en médecine générale pour débiter une insulinothérapie basale, c'est-à-dire les freins et les motifs d'inertie thérapeutique.

L'analyse fine des 17 entretiens a permis d'objectiver un certain nombre de freins et de leviers, qui concernent à la fois les médecins et les patients. Parmi les freins identifiés, on retient essentiellement: la formation insuffisante des médecins et des infirmières, l'environnement et le profil du patient complexes ou peu favorables, les représentations et fausses croyances communes. Elle a permis également de mieux préciser les notions d'inertie thérapeutique, et finalement d'identifier les besoins des médecins généralistes et des patients pour faciliter l'instauration d'une insulinothérapie basale. Parmi ces facteurs: le développement de l'éducation thérapeutique grâce aux infirmières ASALEE et aux patients experts, une meilleure organisation des soins incluant des consultations spécialisées avancées et la mise en place de la télémédecine. La personnalisation des soins et la décision médicale partagée demeurent des points clés de la stratégie thérapeutique du diabète de type 2.

TITRE EN ANGLAIS : THERAPEUTIC INERTIA AND BARRIERS TO THE INITIATION OF A BASAL INSULIN THERAPY IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 IN PRIMARY CARES

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2017

MOTS CLEFS : Diabète de type 2, insulinothérapie basale, soins primaires, inertie thérapeutique

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY Cedex
