



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Facteurs influençant la stratégie thérapeutique du diabète de type 2,
étude qualitative auprès de 10 médecins généralistes**

Présentée et soutenue publiquement le 10 Juillet 2014 à 14h
au Pôle Formation
Par Maxime Loos

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Glantenet Raymond

Assesseurs :

Madame le Professeur Libbrecht-Vambergue Anne
Monsieur le Professeur Lerouge Patrick
Monsieur le Docteur Cunin Michel

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Cunin Michel

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

IDPP4	Inhibiteur de la Dipeptidyl-peptidase 4
GLP1	Glucagon like peptide 1
GIP	Gastric inhibitor peptide
AMM	Autorisation de mise sur le marché
DNID	Diabète non insulino-dépendant
HAS	Haute autorité de santé
RHD	Règles hygiéno-diététiques
ADO	Antidiabétiques oraux
FMC	Formation médicale continue

Table des matières

RÉSUMÉ.....	1
INTRODUCTION.....	3
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	8
..I Type d'étude.....	8
.. II Recrutement des médecins.....	8
..III Guide d'entretien.....	8
..IV Réalisation des entretiens.....	9
..V Analyse des données.....	9
RÉSULTATS.....	11
..I Caractéristiques des médecins interrogés.....	11
..II Analyse Thématique.....	11
.A Stratégie thérapeutique du diabète de type 2 et place des inhibiteurs de la DPP4.....	12
.1 Règles hygiéno-diététiques.....	12
.2 Traitement de première ligne / mono-thérapie.....	12
.3 Traitement de seconde ligne / bithérapie.....	13
.4 Traitement de troisième ligne.....	13
.5 Traitement de quatrième ligne.....	13
.6 Recours aux diabétologues.....	14
.7 Place des inhibiteurs de la DPP4.....	15
.B Facteurs influençant la décision thérapeutique.....	16
.1 Facteurs en rapport avec le patient.....	16
.2 Facteurs en rapport avec les molécules.....	16
.3 Facteurs en rapport avec le médecin.....	18
.4 Facteurs en rapport avec le contexte actuel.....	21
DISCUSSION.....	23
..I Discussion de la méthode de recherche.....	23
.A Choix d'une étude qualitative.....	23
.B Choix de l'entretien semi dirigé.....	24
.C Limites de l'étude.....	24
.1 Recrutement.....	24
.2 Recueil des données.....	25
..II Discussion des résultats.....	25
.A Choix des thèmes regroupant les facteurs.....	25
.B Principaux résultats.....	27

.1 Stratégie thérapeutique.....	27
.2 Facteurs décisionnels.....	27
CONCLUSION.....	31
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	33
ANNEXES.....	37
Annexe 1 : Caractéristiques des médecins interrogés.....	37
Annexe 2 : Stratégie globale des médecins interrogés.....	37
Annexe 3 : Guide d'entretien.....	38
Annexe 4 : Verbatims.....	38

RÉSUMÉ

L'éventail d'antidiabétiques oraux s'est récemment enrichi d'une nouvelle classe : les IDPP4. Ils connaissent un franc succès depuis leur mise sur le marché en 2006. Cependant, les dernières recommandations de la HAS (2013) les relèguent en seconde intention pour la bithérapie avec la metformine, après les sulfamides hypoglycémifiants.

Cette étude qualitative a été réalisée par l'analyse thématique de 10 entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes. Elle cherchait à mettre en évidence les différents facteurs poussant les médecins à préférer les IDPP4 aux sulfamides.

En plus de critères quantitatifs facilement identifiables, l'approche qualitative a permis de découvrir d'autres facteurs plus subjectifs. Les médecins mettaient en balance les avantages et inconvénients de chaque classe (efficacité sur l'HbA1c, effet sur le poids, coût, effets secondaires). Leur critère principal semblait être l'observance, nettement améliorée par les associations fixes IDPP4/metformine. D'autres facteurs venaient influencer la prise en compte des premiers. Il s'agit des rapports qu'entretenait chaque médecin avec les différents acteurs de santé publique, que sont l'industrie pharmaceutique et les autorités sanitaires. Ces rapports sont eux mêmes influencés par le statut du médecin, son âge, ses sources d'information et par les récents retraits de molécules et autres scandales médiatiques survenus dans le domaine du diabète. Deux profils de médecins ont émergé : les premiers, souvent les plus jeunes, semblaient être réfractaires aux laboratoires, ils

rejetaient les nouvelles molécules et préféraient suivre la HAS, tandis que d'autres plus âgés recevaient l'information des différents acteurs avec moins d'*a priori* et voulaient se forger leur propre opinion. Ils décidaient souvent de ne pas suivre ces recommandations estimant qu'une meilleure observance primait sur le coût du traitement.

Les recommandations relèguent ces molécules en seconde intention principalement pour leur coût et le manque de recul sur leur sécurité. Depuis leur parution, certaines suspicions d'effets secondaires ont été en partie levées par de nouveaux essais cliniques. La recherche dans le domaine du diabète s'est considérablement accélérée, de nouvelles pistes sont à l'étude et l'éventail thérapeutique risque de s'élargir dans un futur proche. Les recommandations ainsi que l'opinion des médecins devront donc s'inscrire dans une constante évolution.

INTRODUCTION

Le diabète de type II concernait 4% de la population française en 2009 avec 2,7 millions de cas. La prévalence a augmenté en moyenne de 6% par an entre 2000 et 2009 et l'incidence atteignait 289 nouveaux cas pour 100 000 habitants en 2006. Il est probable que ces taux continuent de croître en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'obésité, facteur de risque majeur. La mortalité restait élevée, avec un taux brut de 29.5/1000 habitants en 2009, soit plus de 30 000 décès par an imputable au diabète (1) (2). Ces chiffres témoignent de l'importance de la prise en charge de cette maladie tant préventive que curative. Les médecins généralistes en sont les principaux acteurs. Elle requiert des compétences médicales et relationnelles, afin d'assurer un bon suivi des malades et d'adapter la stratégie thérapeutique à chaque cas.

L'éventail des antidiabétiques oraux est large, il se compose de quatre classes :

- la metformine agit sur l'insulinorésistance et diminue la production hépatique de glucose.
- les sulfamides hypoglycémiantes stimulent la libération d'insuline par les cellules β du pancréas. Ces deux premières classes sont les plus prescrites en France.
- le répaglinide, autre insulinosécréteur d'action plus rapide que les sulfamides, est utilisé pour réduire les hyperglycémies post-prandiales notamment chez l'insuffisant rénal.

- l'acarbose, inhibiteur de l'alpha glucosidase, réduit également les hyperglycémies post prandiales en ralentissant l'absorption digestive des polysaccharides (3).

En 2006, les incrétinomimétiques sont venus enrichir cet éventail. Ils comprennent deux nouvelles classes utilisant l'effet incrétine par des mécanismes différents. Ce sont les inhibiteurs de la dipeptidyl-peptidase 4 (IDPP4) et les analogues du glucagon like peptide 1 (GLP1).

Les analogues du GLP1 sont au nombre de trois : l'exenatide (Byeta®), liraglutide (Victoza®) et le lyxisénatide (Lyxumia®). Ils s'administrent en 1 ou 2 injections sous cutanées par jour.

Trois IDPP4, ont obtenu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) : la sitagliptine (Januvia® Xelevia®), la saxagliptine (Onglyza®) et la vildagliptine (Galvus®). Ils sont administrés per os une ou deux fois par jour. Contrairement aux premiers, ils n'agissent pas sur la vidange gastrique et la sensation de satiété, ceci explique en partie leur moindre efficacité mais également leur meilleure tolérance (30% de nausées-vomissements pour les analogues du GLP1) (4) (5).

Ces nouvelles options paraissaient prometteuses, mais elles sont arrivées dans un contexte compliqué. Jusque dans les années 2000, le traitement oral du diabète non insulino-dépendant (DNID) ne reposait que sur la metformine et les sulfamides. Tout s'est accéléré au cours des 15 dernières années. Reprenons brièvement cet historique.

L'arrivée du répaglinide (Novonorm®) en 1999 puis de l'acarbose (Glucor®) en 2004, n'avait pas réellement modifié les pratiques puisqu'ils étaient peu utilisés.

Sont apparues ensuite deux glitazones : rosiglitazone (Avandia®) et pioglitazone (Actos®). Elles ont connu un succès certain mais bref puisque retirées du marché en 2010 et 2011, suite à plusieurs études ayant montré des effets secondaires cardiovasculaires ou un sur-risque de cancer de vessie (6) (7).

En 2006, les recommandations de l'HAS intégrèrent ces avancées : metformine ou insulinosécreteur (sulfamide ou glinide) en première intention puis bithérapie associant la metformine à une des autres classes (8).

Le premier analogue du GLP1, l'exenatide, a obtenu l'AMM en 2006. Les premiers IDPP4, la sitagliptine et la vildagliptine ont suivi en 2007, la saxagliptine en 2009. L'agence a actualisé en 2008 ses recommandations pour inclure les incrétines. Elles étaient indiquées en association à la metformine si elle était insuffisante compte tenu des objectifs cibles d'HbA1c (9). Plusieurs événements sont venus modifier le contexte en 2011. Les recommandations de 2006 et leurs mises à jours ont été abrogées conformément à une décision du conseil d'état pour conflits d'intérêts. Les glitazones ont été retirées du marché quelques mois plus tard. Ceci est venu entacher la crédibilité de l'HAS déjà mise à mal par ce qu'on appelle aujourd'hui le scandale du médiateur (10).

Enfin, il est important de rappeler les résultats assez surprenants de grandes études ayant marqué le traitement du diabète dans la dernière décennie.

Elles étaient bâties sur le même principe, un bras où les patients étaient traités de manière conventionnelle et un bras où le traitement était intensif. Les taux de complications micro et macrovasculaires du DNID dans chaque groupe étaient comparés. Ces études retrouvaient au mieux une diminution significative du risque de complication microvasculaire (UKPDS (11), ADVANCE (12)) ou, pas de différence

significative entre les deux groupes (VADT(13)) ou encore, une surmortalité dans le groupe ayant reçu le traitement intensif (ACCORD (14)). La diminution significative du risque de complication macrovasculaire ou de mortalité globale n'a été atteinte que dans la seconde partie de l'étude UKPDS allongeant le suivi de 10 à 17 ans et dans laquelle les deux groupes recevaient le même traitement dit conventionnel (15). Ceci a introduit la notion de « mémoire glycémique » avec une diminution de la mortalité émergente au fil du temps. Des méta-analyses de ces études sont venues confirmer ceci et cela insistait donc sur l'importance de dépister et traiter le plus tôt possible l'hyperglycémie (16).

Ces différentes études, et les évolutions des AMM et recommandations vues précédemment, auraient pu soulever plusieurs interrogations dans l'esprit des médecins.

Il est communément admis que la metformine doit être le traitement de choix en monothérapie (17) (3), mais cela devient plus complexe lorsque arrive la nécessité d'ajouter un second médicament. Les prescriptions d'IDPP4 ont augmenté ces dernières années, passant d'environ 300 000 en 2008 à plus de 6,2 millions de boîtes prescrites en 2012. Les prescriptions de sulfamides ont diminué de 15% passant de 11,2 à 9,5 millions de boîtes (18) (3). Cette nouvelle classe connaît donc un véritable engouement, et entre dans la stratégie thérapeutique de nombreux médecins.

Cependant, les recommandations de l'HAS de Mars 2013 les relèguent en seconde intention (après les sulfamides) (19). Plusieurs études ont montré les difficultés du suivi des recommandations concernant cette maladie, révélant notamment des réticences au passage aux traitements injectables. L'arsenal thérapeutique des praticiens se compose donc principalement d'antidiabétiques

oraux (20). Les critères influençant leur stratégie de prescription orale ont été peu étudiés en France. Les études disponibles se concentraient sur les critères d'intensification thérapeutique. De plus, une question se pose désormais : vont ils accorder leur confiance aux dernières recommandations et modifier leurs pratiques ?

L'objectif de cette étude était d'explorer les facteurs influençant les médecins à prescrire des IDPP4 en association à la metformine, et l'influence des récentes données sur leurs habitudes de prescription.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

..I Type d'étude.

Il s'agit d'une étude qualitative et descriptive, réalisée par entretiens semi dirigés.

..II Recrutement des médecins.

Le but n'étant pas de recruter un échantillon statistiquement significatif, mais de représenter un maximum de pratiques et d'idées différentes, le recrutement à été réalisé selon un échantillonnage raisonné à variation maximale. Les praticiens ont été caractérisés par le sexe, l'âge, le lieu (urbain, rural ou rurbain) et le type d'exercice (remplaçant, installé, cabinet de groupe) . Ils ont ensuite été choisi parmi les médecins rencontrés pendant les études et remplacements de l'auteur. Les critères d'inclusion étaient d'être médecins généraliste, d'avoir une activité minimale, d'exercer en ville. Les médecins hospitaliers, exerçant d'autres spécialités, ou retraités étaient exclus.

..III Guide d'entretien.

Le guide d'entretien à été élaboré par un groupe de trois doctorants en médecine générale lors d'une journée de formation à l'étude qualitative dans la Faculté de Médecine de Lille. Il a ensuite été validé par le directeur de thèse, puis testé lors d'un entretien fictif avec un autre étudiant en médecine générale effectuant

des remplacements. Il ne comportait pas de questions pré-écrites mais une liste de sujets à aborder regroupés en 3 thèmes principaux :

- les recommandations sur le diabète de type 2 et leur contexte,
- les patients diabétiques,
- la stratégie thérapeutique des médecins, leurs sources d'informations et les critères influençant leur décisions.

Ce guide permettait de veiller à ce que toutes les questions soient soulevées au fur et à mesure de la discussion.

..IV Réalisation des entretiens.

Les médecins ont d'abord été contactés par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous, en leur indiquant succinctement le sujet de l'étude et le déroulement des interviews. Ces principes étaient rappelés au début de chaque séance ainsi que le respect de l'anonymat. L'entretien débutait après avoir recueilli oralement leur consentement. Les interviews ont été réalisés pour la plupart au cabinet des médecins et étaient sauvegardés à l'aide d'un enregistreur numérique. A la suite de chaque entretien, les enregistrements étaient intégralement retranscrits sous forme de verbatims au « mot à mot », puis numérotés dans leur ordre de création pour conserver l'anonymat. Le nombre d'entretiens nécessaires a été déterminé par la saturation des données, c'est à dire lorsque les derniers entretiens n'apportaient plus de nouvelles données exploitables.

..V Analyse des données.

L'analyse des verbatims obtenus a débuté après chaque entretien. Chaque phrase ou partie porteuse de sens a été codée à l'aide du QSR NVIVO 10. Le

codage ouvert de chaque verbatim a été réalisé par deux chercheurs de manière indépendante pour assurer une triangulation des données. Un codage axial puis sélectif a permis d'obtenir une analyse thématique de ce recueil de données.

RÉSULTATS

..I Caractéristiques des médecins interrogés.

Le corpus étudié comprenait 10 médecins généralistes de région parisienne, cinq femmes et cinq hommes, d'une moyenne d'âge de 51 ans. Ils étaient répartis en quatre groupes d'âges : 3 d'entre eux avaient entre 30 et 40 ans, 2 entre 40 et 50 ans, 2 entre 50 et 60 ans et 3 médecins avaient plus de 60 ans.

Deux praticiens avaient le statut de remplaçant, les huit autres étant installés, six en groupe et deux seuls. La moitié des médecins interrogés exerçaient en milieu urbain, trois en milieu rurbain et deux en milieu rural. Deux médecins étaient en secteur 2 et huit en secteur 1.

Les 10 entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des médecins. Les durées d'enregistrement variaient entre 22 et 63 minutes, pour une moyenne de 35 minutes et une durée totale de 5h53.

..II Analyse Thématique

Les résultats pouvaient se diviser en deux grandes parties. La première décrit la stratégie thérapeutique des médecins dans son ensemble et la place qu'ils accordaient aux IDPP4. La seconde s'intéresse particulièrement à leur choix concernant le traitement de seconde ligne ou bithérapie, et aux facteurs influençant ces décisions.

.A Stratégie thérapeutique du diabète de type 2 et place des inhibiteurs de la DPP4

.1 Règles hygiéno-diététiques.

Les médecins interrogés s'accordaient pour dire qu'elles sont primordiales, et rappelaient leur importance à plusieurs reprises lors des entretiens. Trois médecins les ont placées en première ligne du traitement. Certains y associaient directement l'équilibre du DNID, mais ils reconnaissaient pour la plupart des difficultés d'observance. Celle ci serait influencée par l'âge et le milieu socioculturel des patients : « *chez les jeunes c'est un peu difficile* » (M4), « *beaucoup d'agriculteurs qui t'expliquent tous que le fromage et le pinard y a rien de mieux* » (M2). Les médecins évoquaient le désintérêt de leur malades pour leur régime et une préférence pour les médicaments. Ils rappellent donc constamment ces règles, mais certains reconnaissaient qu'ils ne peuvent pas s'assurer de leur suivi : « *on ne peut pas vivre avec eux* » (M10).

.2 Traitement de première ligne / mono-thérapie.

La majorité des médecins évoquaient directement la metformine. Certains d'entre eux nuançaient leur discours pour inclure les règles hygiéno-diététiques (RHD) comme un préambule au traitement médicamenteux : « *après la gym bien sûr* » (M10). Le choix de la metformine en monothérapie était difficilement expliqué : « *ça a toujours été comme ça* » (M8). Certains définissaient des facteurs plus objectifs comme les recommandations ou la perte de poids. Les problèmes d'intolérance digestive étaient décrits comme fréquents mais bénins. Les solutions apportées étaient une augmentation progressive des doses, ou très rarement un changement de molécule (IDPP4, sulfamide ou sel de metformine).

.3 Traitement de seconde ligne / bithérapie.

Les habitudes des médecins interrogés se résumait à un choix entre sulfamides et IDPP4. Quatre déclaraient avoir adopté les IDPP4 , cinq prescrivaient surtout des sulfamides et un disait prescrire les deux classes sans préférence. Ces choix ont été étudiés en seconde partie.

.4 Traitement de troisième ligne.

Les pratiques étaient ici variées : trithérapie d'antidiabétiques oraux (ADO) ou passage à l'injectable. Les trithérapies dépendaient d'abord de leurs choix précédents : « *j'associe ce que je n'ai pas associé en bithérapie* » (M4). L'autre choix évoqué par trois médecins était le répaglinide. Les trithérapies ne faisaient pas l'unanimité, deux médecins préféraient passer directement à l'insulinothérapie dont un par refus des IDPP4 (M1). Certains agissaient en fonction de l'HbA1C et passaient à l'insuline si elle était éloignée de la cible. D'autres passaient par la trithérapie pour gagner du temps et préparer le passage « *il y a toute une démarche à faire, et leur faire accepter, ça nous prend souvent 6 mois* » (M7).

.5 Traitement de quatrième ligne.

Les praticiens passaient tous à l'insuline à ce stade. Un seul (M3) disait avoir réaliser un passage à un analogue du GLP1, sur les conseils d'un visiteur médical. L'opinion commune sur cette classe était négative à cause de sa mauvaise tolérance digestive, de son prix et surtout de son mode d'administration. Ils la comparaient à l'insuline et ne lui trouvaient que peu d'intérêt : « *pourquoi prescrire des piqûres quand on a l'insuline* » (M4) . Un des médecins pensait qu'ils étaient

réservés aux spécialistes : « *les diabétologues se réservent vraiment cette stratégie* » (M5).

Le passage à l'insuline divisait les médecins interrogés. Une moitié disait le faire seule et l'autre le laissait au spécialiste. On observe une influence de l'âge puisque les cinq médecins qui déclaraient adresser les patients étaient les cinq plus jeunes. Les raisons évoquées étaient un manque de pratique et de maîtrise de ce traitement. Deux médecins plus âgés expliquaient qu'ils avaient commencé après avoir assisté à plusieurs formations.

Les médecins commentaient le problème de l'acceptation du patient et se heurtaient à sa mauvaise image dans la population générale : « *ils ont encore l'image de la grand mère qui se piquait avec l'insuline, et qu'on amputait* » (M7). Certains avaient donc tendance à évoquer l'insuline très tôt voire d'emblée « *pour que l'idée fasse son chemin* » (M6).

.6 Recours aux diabétologues.

Les médecins les plus jeunes adressaient leurs patients à l'endocrinologue pour le passage à l'insuline. L'un d'eux, M10, estimait que la prise en charge globale revenait au diabétologue. M2 évoquait des difficultés pour savoir quand le faire et essayait d'adresser le plus tard possible par appréhension des éventuelles critiques sur sa prise en charge. Quatre médecins des autres tranches d'âge disaient ne jamais y avoir recours, pour diverses raisons : délais de rendez vous, problèmes pour revoir les patients ou parce qu'ils ne l'estimaient pas nécessaire : « *ça t'apporte pas grand-chose, le diabéto, tu es capable de prescrire le bilan* » (M6). Parmi eux, certains expliquaient quand même y avoir recours pour ajuster les schémas d'insuline. Mais la raison la plus fréquemment évoquée était l'observance. Ils adressaient pour avoir plus d'influence sur le patient : « *sur les mauvais élèves car je*

dois être un peu trop gentille» (M7). Enfin, trois médecins expliquaient préférer les hospitalisations de jour ou de semaine pour avoir l'avis spécialisé, l'éducation et le bilan dans le même temps. Les praticiens déclaraient tous suivre les directives du spécialiste quelle que soit leur opinion.

.7 Place des inhibiteurs de la DPP4.

Trois médecins déclaraient s'en servir en monothérapie en cas d'intolérance à la metformine. Quatre des médecins expliquaient qu'ils étaient devenus leur traitement de première intention pour la bithérapie avec la metformine : *« je monte la metformine à deux par exemple, et quand je suis à deux, je passe à l'association »* (M3). Un seul médecin n'exprimait aucune préférence et essayait de choisir en fonction du patient : *« 25-30 ans, je pense que je passerai quand même aux nouvelles molécules (...) 50 ans, je pense que je resterai quand même aux sulfamides »* (M4). Les cinq autres expliquaient qu'ils préféraient associer un sulfamide. Parmi ces derniers, quatre prescrivaient les IDPP4 lors du passage à la trithérapie. Un seul des médecins, M1, décrivait donc ne jamais en instaurer mais il les renouvelait. Le choix était fait au moment du passage à la bithérapie, se résumant à prescrire un IDPP4 ou un sulfamide. La classe restante était ajoutée en trithérapie dans la plupart des cas.

Les stratégies thérapeutiques globales de chaque médecin ont été reprises en annexe 2.

.B Facteurs influençant la décision thérapeutique.

.1 Facteurs en rapport avec le patient.

Les praticiens étaient d'abord influencés par l'âge du patient pour différentes raisons. Certains médecins préféraient les IDDP4 chez les patients âgés à cause des hypoglycémies sous sulfamides. Un médecin évoquait aussi cette crainte pour des patients plus jeunes : « *chez les actifs qui montent sur les toits* » (M3). D'autres, au contraire, estimaient les sulfamides plus adaptés aux patients âgés puisque « *quand le sujet est jeune, dans quinze vingt ans, il risque d'avoir un pancréas complètement épuisé* » (M4).

Le second facteur intervenant était le poids du malade. Plusieurs médecins déclaraient préférer les IDDP4 puisque les sulfamides pouvaient faire prendre du poids aux patients.

Le critère suivant était l'observance du traitement, qui apparaissait comme le problème principal : « *le diabétique, de base, c'est un mauvais élève, c'est quelqu'un qui va essayer d'oublier, va prendre autre chose* » (M7). La balance penchait ici en faveur des IDPP4. Ils estimaient la simplicité du traitement primordiale : « *je suis à peu près sûre que sur 2 médicaments, ils vont en oublier un* » (M7). Les prescripteurs d'IDPP4 s'accordaient pour dire que l'association fixe permettait d'améliorer l'observance et c'était la raison principale de leur choix pour plusieurs d'entre eux.

.2 Facteurs en rapport avec les molécules.

Ces facteurs sont liés aux précédents. L'existence de l'association fixe metformine/IDPP4 serait pour ses défenseurs un grand avantage pour améliorer l'observance des malades, mais aussi pour leur confort, puisqu'elle diminuait de facto

le nombre de comprimés. Certains avouaient qu'elle était aussi confortable pour le prescripteur : *« ce n'est pas se voiler la face hein, facile à prescrire aussi, quand on ajoute quelque chose, mais qui ne lui fera pas prendre un médicament en plus, c'est ... enfin c'est vrai que c'est facile »* (M9). Un des médecins expliquait aussi que l'ajout de sulfamides est plus contraignant pour les deux protagonistes : *« on devait déjà expliquer le nouveau médicament, les horaires de prise et tout, les hypo, en plus ça faisait une consultation trop longue. Et pour le patient ça faisait beaucoup d'infos d'un seul coup et on peut être sûr qu'il avait pas tout compris, et donc ça diminue l'observance »* (M7). Trois autres précisaient que la simplicité de prescription était également importante pour eux. Ils considéraient qu'étant déjà surchargés, ils ne pouvaient allonger ou compliquer la consultation en gardant la même rémunération *« C'est simple ça va être Metformine Januvia. Après si il faut que je me creuse la tête pour ...surtout une consultation à 23 € avec plein de monde »* (M4). Deux autres médecins choisissant les sulfamides appréciaient leur administration en une fois le matin.

Plusieurs médecins ont également montré un intérêt pour le mécanisme d'action des IDDP4. L'un d'entre eux exprimait surtout son désaccord avec celui des sulfamides : *« l'insuline est un anabolisant. Donc si on prend du poids, on va vers l'insulinorésistance. Donc les sulfamides ne sont pas une classe logique, ils poussent le pancréas à sécréter de l'insuline. Hors, on est sur un pancréas qui est déjà fragilisé, qui produit moins bien de l'insuline. Donc on force la mécanique. Et donc on risque d'aller plus vite à l'épuisement »* (M9).

Cependant, l'efficacité des sulfamides séduisait plusieurs médecins alors que celle des IDPP4 en décevait certains.

En matière de tolérance et effets secondaires, les avis divergeaient. Plusieurs problèmes de tolérance digestive ont été rapportés avec les IDPP4 et certains

médecins refusaient de les prescrire à cause d'effets secondaires cités dans la littérature : *« j'ai lu quelques articles dans le quotidien où ils montraient qu'il y a eu des effets secondaires qui étaient un peu embêtants sur le foie je crois »* (M5). D'autres accordaient plus d'importance aux hypoglycémies et rapportaient des problèmes d'allergie aux sulfamides comme le Bactrim® contre indiquant les sulfamides hypoglycémisants.

Le coût du traitement était un avantage important des sulfamides. Deux médecins préférant les IDPP4 n'en connaissaient pas le prix. D'autres estimaient que l'augmentation du coût était compensée par une meilleure observance et donc moins de complications : *« s'ils sont mieux pris, à terme on fait quand même des économies, ça permet de garder les gens beaucoup plus longtemps sans insuline, c'est mieux au final ça fait des économies car y a le lecteur, les aiguilles, l'infirmière, etc »* (M7).

Un praticien disait ne pas prendre en compte le coût, estimant que ce n'était pas son rôle : *« ce n'est pas possible pour les médecins de faire rentrer ce critère-là en plus de leurs prescriptions, gagner un centime par-ci par-là, non. Il y en a d'autres qui devront le faire »* (M10).

.3 Facteurs en rapport avec le médecin.

Le statut du médecin influait sur ses décisions. Un médecin remplaçant, M1, indiquait qu'il ne modifiait pas le traitement des patients à cause de ce statut. Un autre disait que son âge et son manque d'expérience était un frein pour prescrire les IDPP4 *« parce que je suis jeune médecin ça me fait un peu peur et du coup, j'ai tendance pour l'instant à rester sur des choses très acquises »* (M2). Selon M5, les plus jeunes suivaient plus soigneusement les recommandations : *« ça va influencer*

les jeunes médecins parce qu'ils leur faut une base mais après on se fait une opinion soi même ». Certains médecins exprimaient se fier en premier lieu à leur expérience personnelle pour décider de leur stratégie, d'autres indiquaient prescrire préférentiellement des sulfamides, simplement par habitude, et plusieurs disaient ne pas vouloir instaurer d'IDPP4 car ils ne les maîtrisaient pas.

De plus, les raisonnements médicaux dépendaient de l'information thérapeutique reçue par chaque médecin. Cela comprenait d'abord les recommandations de bonnes pratiques HAS sur le diabète parues début 2013. La moitié des médecins interrogés n'en avaient pas eu connaissance, ils en ont été informés durant leur entretien. Les avis concernant ces directives divergeaient. La plupart des médecins les accueillait de façon positive puis décidaient de les appliquer ou non. Plusieurs médecins prescrivaient des sulfamides en seconde ligne pour les suivre. Ils leur faisaient confiance et reconnaissent leur qualité scientifique : *« je me dis que je n'ai peut-être pas toutes les données pour choisir moi-même »* (M5).

Les praticiens décidant de ne pas les suivre évoquaient d'abord un trop grand écart avec la pratique réelle : *« on dirait que l'HAS travaille in vitro et pas in vivo »* (M5), *« elles sont faites comme si les gens prenaient leur médicaments, ils oublient que si l'observance est mauvaise ça fait rien baisser du tout »* (M7). Ensuite, tous pensaient que les IDPP4 étaient relégués en seconde intention dans les recommandations principalement à cause de leur coût élevé. Ils critiquaient la part trop importante accordée à l'aspect financier par l'HAS, et plusieurs jugeaient ce critère insuffisant pour une telle décision.

L'information thérapeutique provenait de différentes sources. La première, citée par la majorité des médecins, était les laboratoires pharmaceutiques par le biais

de visiteurs médicaux ou de réunions. Les interviewés citaient également la presse médicale, les soirées de formation médicale continue (FMC) ou internet.

Le type de source semblait jouer un rôle crucial sur leurs décisions. Ainsi, certains se méfiaient de l'information reçue directement des laboratoires : « *par la visite médicale, je ne me laisse pas ha non non non, c'est sûr que non, j'attends d'avoir eu les infos dans des congrès ou sur des forums* » (M4). Ils estimaient que les études présentées étaient biaisées, puisque financées par les laboratoires en question.

D'autres médecins accueillait plus volontiers l'information des laboratoires mais tentaient de garder un sens critique : « *Je suis pas d'accord, je pense que les laboratoires font de la recherche et ils sont les seuls (...) au médecin qui est intelligent et qui a fait des études et qui voit l'intérêt de son patient de faire la part du commerce et de l'apport scientifique. Je suis pas contre les commerçants, il faut faire la part des choses* » (M6).

Le contenu de la présentation par les visiteurs pouvait également jouer un rôle. Deux médecins déploraient que le discours sur la physiologie et le mécanisme d'action étaient bâclés. Un autre expliquait au contraire qu'il a été convaincu parce que cette partie lui avait été bien présentée.

Certains préféraient d'autres sources, comme internet ou la presse médicale. Tous les médecins de l'échantillon disaient recevoir la presse gratuite (*le Quotidien*, *le Généraliste*, *Panorama*, *Egora*). Sept médecins étaient abonnés à des revues, la première citée étant *Prescrire*. Cette revue influençait fortement deux d'entre eux : « *je vais toujours me fier à Prescrire, je sais que eux, c'est indépendant des labos* » (M1). Ils ne prescrivaient donc pas ou peu d'IDPP4 puisqu'ils n'étaient pas validés par cette revue. Mais les autres abonnés étaient moins enclins suivre ces recommandations qui sont trop souvent négatives : « *heu je les lis pas (rire) (...)je pense que je vais*

peut-être me désabonner de Prescrire, c'est peut-être pas une bonne idée mais parce qu'ils me fatiguent, ils sont tellement contre tout » (M2).

Le dernier facteur intrinsèque au médecin était son rapport à la nouveauté. Le fait que les IDPP4 soient récents était un critère de non prescription pour plusieurs d'entre eux. Certains simplement par peur de la nouveauté ou manque de recul « *ils sont récents donc on ne sait pas les effets à long terme de ces médicaments là, soyons prudents, moi ça sera metformine. C'est dans les vieux pots qu'on fait les meilleures soupes » (M10).* Cette méfiance était également due aux récents retraits de molécules dont nous parlerons ensuite. Certains, au contraire, avaient un attrait pour cette classe, du fait de sa nouveauté.

.4 Facteurs en rapport avec le contexte actuel.

Tout d'abord, les médecins évoquaient une influence de la sécurité sociale sur leur pratique par le biais de la rémunération sur objectif de santé publique, mais surtout par les visites des délégués de l'assurance maladie : « *je me suis intéressé au diabète et quand la sécu vient me voir, j'adhère à leur truc. Je trouve ça pas mal que la sécu vienne nous voir » (M3).*

Le contexte du diabète était marqué par plusieurs événements survenus ces dernières années. Les médecins de l'échantillon ont cités l'affaire Mediator®, les retraits du marché de plusieurs molécules comme les glitazones, et les soupçons de conflit d'intérêt au sein des autorités de santé. Ceci influençait plusieurs des facteurs vus précédemment et in fine leurs choix thérapeutiques. Le suivi des recommandation HAS était directement lié à la confiance que les praticiens lui accordaient. Plusieurs médecins ne la remettaient pas en question mais d'autres doutaient, et certains exprimaient une réelle perte de confiance depuis la découverte de conflits d'intérêt : « *Les gens ont caché ça et même l'Autorité de Santé, ben ça*

fait peur (...) oui clairement, depuis l'affaire du Médiateur® (...) les labos ont vraiment un pouvoir, même sur l'Autorité de Santé » (M1). Ils pensaient que ces pratiques existaient toujours et incluait cette donnée dans leur réflexion : « maintenant on sait que les études et les reco sont plus ou moins influencées par les labo donc on fait attention » (M7).

La méfiance envers la nouveauté était directement influencée par les récents retraits de médicaments. Certains ne voulaient pas prendre une habitude de prescription non pérenne : « si elle sort du circuit dans cinq ans j'aurais l'air de quoi » (M4).

D'autres, enfin, craignaient d'exposer leurs malades à de graves effets secondaires : « Avandamet® et compagnie. Alors quand deux ans plus tard, on était des assassins, des empoisonneurs, je me suis dit : bon ben écoutez, soyons prudents » (M10).

DISCUSSION

Cette étude a permis de mettre en évidence différents facteurs poussant certains médecins à prescrire préférentiellement des IDPP4 en association à la metformine, ils leur trouvaient plusieurs avantages en comparaison aux sulfamides hypoglycémisants. Les dernières recommandations de l'HAS semblaient avoir peu d'influence sur les décisions de ces médecins. L'analyse de leurs opinions a permis d'explicitier de nouveaux facteurs expliquant le manque de suivi de ces dernières. Cela dépendait directement des rapports qu'ils entretenaient avec les différents acteurs de santé publiques que sont l'industrie pharmaceutique et les autorités sanitaires.

..I Discussion de la méthode de recherche.

.A Choix d'une étude qualitative.

La recherche qualitative a pour but de mettre en évidence, d'analyser et d'explicitier des phénomènes sociaux visibles ou cachés (21). Elle diffère de l'approche quantitative sur plusieurs points, mais lui est complémentaire. Selon Stevenson, lors d'enquêtes sur les habitudes de prescriptions, quand le quantitatif permet de savoir ce qui est prescrit, le qualitatif permet de comprendre pourquoi (22). Ce type d'étude étant moins répandu, aucune étude qualitative sur les choix de prescription d'ADO en France n'a été retrouvée. Il paraissait donc naturel de s'orienter vers ce type de recherche.

.B Choix de l'entretien semi dirigé.

D'après N. Britten, sociologue médical, « les entretiens semi dirigés sont menés sur la base d'une structure souple constituée de questions larges et ouvertes qui délimitent la zone à étudier, et à partir de laquelle l'interviewer ou l'interviewé peuvent diverger afin de poursuivre une idée plus en détail » (23). Ce type d'entretien permet une assez grande liberté d'expression de l'interviewé, ce qui justifiait son choix pour cette étude. En effet, une étude par questionnaire aurait probablement permis de lister les critères influençant la décision des médecins face au choix d'une molécule plutôt qu'une autre, mais une étude qualitative par entretiens a permis d'entrevoir la complexité de leurs décisions et de découvrir pourquoi ces médecins choisissaient de prendre en compte certains de ces critères plutôt que d'autres.

.C Limites de l'étude.

.1 Recrutement.

Les médecins ont été recrutés parmi les connaissances de l'auteur, l'échantillon bien que raisonné était donc également opportuniste. C'est une des faiblesses de notre étude puisque les rapports interviewer/interviewés ont pu influencer le déroulement des entretiens. Cependant, ces mêmes rapports ont grandement réduit les refus de participation. Ainsi, les médecins recrutés n'étaient pas particulièrement intéressés par le sujet, ce qui contribuait à une plus grande diversité dans la population étudiée. L'échantillon était composé de dix médecins généralistes, l'inclusion s'étant arrêtée une fois la saturation des données atteinte. Ce petit nombre ne permet pas d'extrapoler nos résultats à l'ensemble des médecins, mais notre but était encore une fois de recueillir un maximum d'opinions différentes, et non pas d'être statistiquement significatif.

.2 Recueil des données.

Les entretiens se sont déroulés aux cabinets respectifs de chaque médecin. Certains biais étaient prévisibles. Les entretiens ont souffert d'interruptions (patients, téléphones), d'un manque de temps, ou d'une pression de la salle d'attente pouvant pousser les médecins à faire des réponses concises, ou même écourter l'entrevue.

L'enregistrement audio permettait de ne perdre aucune donnée verbale, mais il ne peut rendre compte des attitudes et du langage corporel.

La méthode de recueil par entretien semi dirigés inclut des biais d'investigation. Réaliser ce type d'entretien requiert une véritable formation, et la manière dont le guide d'entretien était abordé a influencé le discours des participants. Les interviews étaient donc imparfaites.

Les verbatims obtenus n'étaient pas vérifiables, ce qui représente un biais de déclaration. Le fait que l'interviewer et l'interviewé exerçaient la même profession peut accentuer ce biais. Tout médecin peut chercher à paraître performant devant ses confrères et déclarer plus ce qu'il pense devoir faire que ce qu'il fait en réalité.

Analyse des données.

Cette étude comporte un biais d'interprétation. Ceci est inhérent à la recherche qualitative. Ce biais a été limité par la triangulation du codage ouvert des données lors des premières étapes de l'analyse thématique.

..II Discussion des résultats.

.A Choix des thèmes regroupant les facteurs.

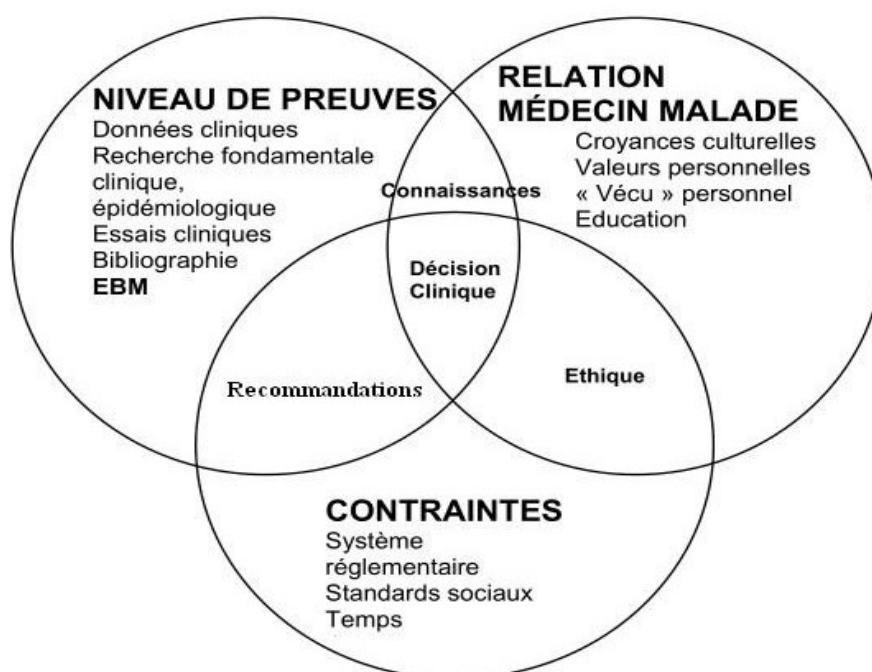
La décision médicale est complexe et influencée par un grand nombre de facteurs. Lors de l'analyse thématique, des groupes de facteurs ont émergé. Certains facteurs pouvaient appartenir indifféremment à l'une ou l'autre de ces catégories. Quelques choix ont donc été arbitraires. Les facteurs ont été regroupés

en quatre thèmes : en rapport avec le patient, en rapport avec la molécule choisie, en rapport avec le médecin, en rapport avec le contexte actuel.

Ces thèmes concordent avec le concept d'Evidence Based Medicine par lequel tout médecin se doit d'intégrer à sa pratique clinique des preuves scientifiques en plus de son ressenti et expérience personnelle et ainsi d'adapter ses décisions aux caractéristiques et volontés de chacun de ses patients.

De plus, selon Chabot, la décision médicale repose sur un trépied résumé ici :

figure 1 : la décision médicale (24)



La relation médecin malade en tant que telle a été peu développée par les médecins généralistes interrogés, ils ont par contre insisté sur l'importance de leur éducation pour améliorer l'observance des patients. Les autres catégories de facteurs se retrouvaient dans les résultats même si les thèmes principaux les regroupant étaient différents.

.B Principaux résultats.

Plusieurs études utilisant d'autres méthodes avaient permis de lister les critères de choix des médecins orientant vers les IDPP4 ou les sulfamides. Elles reprenaient surtout les facteurs « quantifiables », en rapport avec le patient et en rapport avec la molécule dans cette étude (poids, coût, hypoglycémies, observance).

.1 Stratégie thérapeutique.

Lors du passage à la bithérapie, cinq médecins indiquaient préférer un IDPP4. Parmi les cinq autres, quatre les plaçaient en trithérapie. Plusieurs études françaises retrouvaient des taux bien supérieurs, allant jusqu'à 87% d'IDPP4 pour l'étude ENVISAGE (25) réalisée en 2012. Les études précédentes retrouvaient des taux moindres : 79 % pour l'étude HYPOCRAS (26) réalisée entre 2009 et 2011 et enfin 69% pour l'enquête ESCALADE (27). Cette diminution pourrait s'expliquer par l'influence des recommandations HAS parues après les études citées. En effet, un médecin expliquait choisir les sulfamides principalement parce qu'ils étaient recommandés en bithérapie. En revanche d'autres avaient décidé de ne pas les suivre car ils les trouvaient trop éloignées de la pratique réelle.

.2 Facteurs décisionnels.

L'atout principal des IDPP4 résidait dans leur association fixe avec la metformine dont découlent plusieurs avantages (simplicité, observance, efficacité). Les différents critères de choix entre IDPP4 ou sulfamides évoqués étaient comparables à ceux de la littérature. L'enquête ENVISAGE qui étudiait les critères d'intensification thérapeutique retrouvait comme motif principal une « *recherche d'efficacité* », et en faveur des IDPP4 « *éviter les hypoglycémies* » et « *minimiser la prise de poids* ». L'efficacité a été citée mais était peu mise en avant dans notre

étude. Les hypoglycémies et le poids étaient les critères de choix principaux de M4 l'orientant vers les IDPP4.

L'enquête ESCALADE (2009), étudiait de manière quantitative les facteurs influençant le passage à la bithérapie et le choix du second ADO. Elle incluait 412 généralistes. Plusieurs facteurs concordent avec nos résultats. En faveur des IDPP4, elle retrouvait l'obésité abdominale, l'information transmise lors des FMC, congrès, visites médicales et presse. Le facteur principal retrouvé était la nouveauté de cette classe. Ici, ce facteur est au contraire un inconvénient des IDPP4, et apparaît même comme le facteur déterminant de M2. Ceci peut s'expliquer par le retrait de nouvelles molécules survenu après la parution de l'enquête ESCALADE.

L'étude HYPOCRAS portait sur des patients âgés et incluait 663 médecins. Elle trouvait en faveur des sulfamides : l'expérience personnelle de chaque médecin, le recul d'utilisation et le coût. Ces facteurs ont été cités par l'échantillon de médecins mais ne paraissaient pas rentrer dans leurs critères décisifs. En faveur des IDPP4, les médecins de l'étude HYPOCRAS citaient d'abord « *se rapprocher de l'objectif d'HbA1c* », en seconde position « *la facilité de prescription* », puis le « *poids* » et les « *hypoglycémies* ». Une fois encore, l'efficacité semblait être un avantage considérable des IDPP4. Ici, M5 était le seul à avoir insisté sur ce point. Ceci peut être lié à la subjectivité des entretiens semi dirigés puisque l'interviewer n'étant pas convaincu de leur supériorité aux sulfamides dans ce domaine, ce thème n'était que peu abordé.

Une étude américaine publiée en 2007, avant les AMM d'IDPP4, différenciait les facteurs quantitatifs des facteurs qualitatifs (28). Ce qui correspondrait à nos facteurs en rapport avec le patient et les molécules d'un côté, et les facteurs en rapport avec le médecin et le contexte de l'autre. Cette étude montrait que les facteurs qualitatifs (*évaluation globale de la santé, observance et motivation des*

malades) étaient plus importants pour les médecins interrogés que les facteurs quantitatifs (*âge, poids, HbA1c*). Le respect des recommandations ne faisait pas partie des facteurs les plus importants. Cette étude, bien qu'antérieure, se rapproche de la nôtre avec des résultats similaires.

Notre étude concorde donc avec les résultats de différentes enquêtes quantitatives. Elle permet, grâce à son approche qualitative, de les compléter en étudiant la partie plus subjective des décisions thérapeutiques de chaque médecin. Cette méthode a permis d'ajouter un second degré d'analyse de la décision thérapeutique.

En plus de ces critères de choix facilement identifiables, l'expérience personnelle de chaque médecin et leurs rapports aux différentes instances influent sur leur prise en compte ou non de chacun de ces critères. En effet, on observait une dualité entre industrie pharmaceutique et HAS dans l'esprit des médecins. Leur âge semblait jouer un rôle dans ces rapports. Ainsi, deux profils de médecins ont émergé. Les médecins les plus jeunes apparaissaient comme plus méfiants envers les laboratoires, certains leurs exprimant même une réelle aversion. Ils rejetaient facilement ces nouvelles molécules qu'ils percevaient plutôt comme une menace pour leurs malades et semblaient se les représenter uniquement comme une recherche de profit de la part de l'industrie pharmaceutique. Ils cherchaient donc à suivre au plus près les recommandations des institutions de santé. Les médecins plus âgés semblaient avoir des avis moins tranchés, ils recueillaient les informations venant de l'HAS comme des laboratoires avec moins d'*a priori*, et voulaient se forger leur propre opinion. Ces rapports ont été eux mêmes influencés par différents événements. Les retraits de molécules ont conforté les premiers dans leur méfiance envers les laboratoires et la nouveauté tandis qu'ils semblaient conforter les second

dans l'idée du manque d'objectivité de l'HAS. Leur opinion sur l'affaire Mediator® était plus unanime, et ne semblait pas avoir de forte influence sur leur point de vue.

Ce grand nombre de facteurs différents insiste sur la complexité du raisonnement médical et des décisions qui en découlent. Ceci contraste avec la pratique courante puisque ce processus complexe est réalisé maintes et maintes fois par tous les médecins qui, la plupart du temps, n'en ont pas conscience.

CONCLUSION

La prise en charge du diabète de type 2 s'inscrit parfaitement dans les attributions de la médecine générale. Une stratégie thérapeutique efficace implique de connaître intimement les malades et c'est là une des forces des médecins généralistes. L'étude qualitative de ces stratégies thérapeutiques et des décisions qui les composent a permis d'en entrevoir la complexité.

Ce travail avait pour objectif de comprendre la préférence de nombreux médecins à prescrire des IDPP4 au lieu des sulfamides hypoglycémiant, en association à la metformine. En plus des critères objectifs attendus principalement liés à l'existence d'association fixe, l'apport de ce travail réside essentiellement dans la mise en évidence de facteurs non quantifiables comme la manière dont ils ont découvert ces molécules ou leur rapport aux institutions de santé dont dépend le suivi ou non des recommandations. Ces médecins sont conscients de ne pas les suivre et traduisent une certaine méfiance envers les autorités de santé qui semble directement liée aux récents retraits de molécules et autres scandales médiatiques survenus dans le domaine du diabète.

La recommandation de la HAS relègue en seconde intention ces molécules principalement pour leur coût et le manque de recul sur leur sécurité. Depuis leur parution, certaines suspicions d'effets secondaires ont été en partie levées par de nouveaux essais cliniques. De plus, la recherche dans le domaine du diabète s'est considérablement accélérée, de nouvelles pistes et molécules sont à l'étude et l'éventail thérapeutique disponible risque de s'élargir dans un futur proche. Les

recommandations ainsi que l'opinion des médecins devront donc s'inscrire dans une constante évolution.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Fagot-Campagna A, Romon I, Fosse S, Roudier C. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France. Synthèse épidémiologique Institut de veille sanitaire (INVS)
2. Ricci P, Blotière P-O, Weill A, Simon D, Tuppin P, Ricordeau P, et al. Diabète traité: quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France. *Bull Epidemiol Hebd.* 2010;42(43):425–31.
3. HAS. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2, Argumentaire. 2013 Jan;
4. Unger J. Incretins: clinical perspectives, relevance, and applications for the primary care physician in the treatment of patients with type 2 diabetes mellitus. *Mayo Clin Proc.* 2010 Dec;85(12 Suppl):S38–49.
5. Halimi S. Prise en charge du diabète de type 2 : anciens ou nouveaux médicaments, comment choisir ? *La Presse Médicale.*
6. Neumann A, Weill A, Ricordeau P, Fagot JP, Alla F, Allemand H. Pioglitazone and risk of bladder cancer among diabetic patients in France: a population-based cohort study. *Diabetologia.* 2012 Jul;55(7):1953–62.
7. Loke YK, Kwok CS, Singh S. Comparative cardiovascular effects of thiazolidinediones: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ.* 2011;342:d1309.
8. Type 2 diabetes treatment: French recommendations for good practice AFSSAPS - HAS.2006. *Diabetes Metab.* 2006 Dec;32(6):643–8.
9. HAS. Place de la sitagliptine. 2008.
10. FORMINDEP NP. Des données avariées à retirer sans délai - Formindep. 2012.
11. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *Lancet.* 1998 Sep 12;352(9131):837–53.
12. ADVANCE Collaborative Group, Patel A, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, Billot L, et al. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2008 Jun 12;358(24):2560–72.
13. Skyler JS, Bergenstal R, Bonow RO, Buse J, Deedwania P, Gale EAM, et al. Intensive Glycemic Control and the Prevention of Cardiovascular Events: Implications of the ACCORD, ADVANCE, and VA Diabetes Trials A position statement of the American Diabetes Association and a scientific statement of the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. *Dia Care.* 2009 Jan 1;32(1):187–92.

14. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group, Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Goff DC Jr, Bigger JT, et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008 Jun 12;358(24):2545–59.
15. 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*. 2008 Oct 9;359(15):1577–89.
16. Verges B. SE, Diabétologie et Maladies Métaboliques, CHU, DIJON. Stratégies de contrôle glycémique dans le diabète de type 2 : données de la littérature. *réalités cardiologiques*. 2012 Jan;
17. Bennett WL, Maruthur NM, Singh S, Segal JB, Wilson LM, Chatterjee R, et al. Comparative Effectiveness and Safety of Medications for Type 2 Diabetes: An Update Including New Drugs and 2-Drug Combinations. *Ann Intern Med*. 2011 May 3;154(9):602–13.
18. CNAMTS. MEDICAM 2008-2012 médicaments remboursés par le régime général [Internet]. 2013 mai. Available from: ameli.fr
19. HAS. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. 2013 Jan.
20. Krempf M, Hochberg G, Eschwège E, Danchin N, Gri gnon C, Bekka S. Diabète de type 2 et stratégies thérapeutiques : quelles pratiques aujourd'hui en France ? Résultats de l'enquête EVOLUTIV. *Médecine des Maladies Métaboliques* ; 7(1):58–78.
21. Hygin K. Contribution à la recherche qualitative. Université de Franche-Comté. 2008 février.
22. Stevenson FA, Britten N, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Qualitative methods and prescribing research. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2000;25(5):317–24.
23. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. *BMJ [Internet]*. 1995 Jul 22 ;311(6999):251–3.
24. Chabot JM. Décision Médicale : des théories pour des pratiques. *La revue du praticien*. 1997;(47).
25. Halimi S, Quéré S, Dejager S. P1118 Intensification thérapeutique après la metformine chez les diabétiques type 2 en France : chez quels patients, quels éléments de choix, importance de l'âge des patients ? Étude ENVISAGE. *Diabetes & Metabolism*;39, Supplement 1:A59.
26. Penfornis A, Bourdelle-Marchasson I, Quéré S, Dejager S. P90 Critères de choix d'une bithérapie dans une population diabétique âgée traitée par metformine : étude HYPOCRAS, données d'inclusion. *Diabetes & Metabolism [Internet]*. 2012 Mar ;38, Supplement 2:A53.
27. Penfornis A, Baleyrier A, Clavel T. P303 - Facteurs déterminant l'instauration d'une bithérapie et le choix du second antidiabétique (AD) chez des patients diabétiques de type 2 (DT2) insuffisamment contrôlés par les mesures hygiéno-diététiques (MHD) et la monothérapie. Enquête ESCALADE en conditions pragmatiques en France métropolitaine. *Diabetes & Metabolism [Internet]*. 2011 Mar ; 37(1, Supplement 1):A105.

28. Grant RW, Wexler DJ, Watson AJ, Lester WT, Cagliero E, Campbell EG, et al. How Doctors Choose Medications to Treat Type 2 Diabetes A national survey of specialists and academic generalists. *Dia Care* [Internet]. 2007 Jun 1;30(6):1448–53.

ANNEXES

Annexe 1 : Caractéristiques des médecins interrogés

médecins	Groupe d'âge	Sexe	Type d'exercice	Lieu d'exercice	Secteur
M1	30 - 40	femme	remplaçant	urbain	1
M2	30 - 40	femme	remplaçant	rural	1
M3	50 - 60	homme	groupe	rural	1
M4	50 - 60	femme	groupe	urbain	1
M5	40 - 50	femme	seul	urbain	1
M6	60 - 70	homme	seul	urbain	1
M7	40 - 50	femme	groupe	urbain	1
M8	60 - 70	homme	groupe	urbain	1
M9	60 - 70	homme	groupe	urbain	2
M10	30 - 40	homme	groupe	urbain	2

Annexe 2 : Stratégie globale des médecins interrogés

médecins	Groupe d'âge	Monothérapie (1° /2° intention)	Bithérapie (1° /2° intention)	Trithérapie (1°/2° intention)
M1	30 - 40	metformine/sulfamide	sulfamide	
M2	30 - 40	metformine	sulfamide	IDPP4
M3	50 - 60	metformine/IDPP4	IDPP4	sulfamide
M4	50 - 60	metformine	IDPP4/sulfamide	IDPP4/sulfamide
M5	40 - 50	metformine	sulfamide	IDPP4
M6	60 - 70	metformine/IDPP4	IDPP4	sulfamide/répaglinide
M7	40 - 50	metformine/IDPP4	IDPP4	sulfamide
M8	60 - 70	metformine	sulfamide	IDPP4
M9	60 - 70	metformine	IDPP4	sulfamide/répaglinide
M10	30 - 40	metformine/sulfamide	sulfamide	IDPP4

Annexe 3 : Guide d'entretien

1 recommandations :

connaissance, avis

confiance, remise en question, contradictoires ?

application, faisabilité ?

modification des pratiques ?

2 patients :

observance

problèmes rencontrés ?

RHD ?

3 stratégie thérapeutique et critères de choix :

1ere intention : Metformine ?

Sulfamides

IDPP4

choix par rapport aux patients (âge, effets secondaires, hypoglycémie, poids...)

facilités de prescriptions ?

Coût ?

information : FMC, presse, laboratoires...

recours aux diabétologues (facile, avis suivi, avis des patients...)

Annexe 4 : Verbatims

Entretien 1 :

ML : Bonjour, mon étude porte sur le suivi du diabète de type 2 en médecine générale. Tu suis des patients diabétiques de type 2 assez régulièrement ?

M1 : Oui j'en vois pas mal dans les patientelles des gens que je remplace.

ML : Assez régulièrement. Tu as plusieurs remplacements

M1 : Oui je remplace ici et à Saint Michel sur Orge

ML : Comment ça se passe avec tes diabétiques de type 2

M1 : Alors c'est essentiellement du renouvellement de traitement, j'essaye un peu de tenir à jour le suivi du diabète. Donc déjà je fais l'examen de base, tension, auscultation cardio pulmonaire, heu non plutôt cardiaque, je fais pas trop le pulmonaire, cardiaque, je regarde les pieds systématiquement. C'est ce que je fais systématiquement. Après en fonction de ce que le médecin a déjà fait, s'il l'a adressé, par exemple, chez le cardiologue récemment, je ne vais pas vérifier les pouls. D'ailleurs en règle générale je fais jamais les pouls, je l'adresse chez le cardio pour qu'il ait en même temps le bilan cardiaque, ECG, etc. Et puis s'il a pas eu de mono filament dans le courant de l'année, je le fais. Et puis la pesée bien sûr. Ça fait partie des trucs systématiques. Donc ce qui est systématique : tension, auscultation cardiaque, poids, pieds, inspection des pieds.

ML : D'accord. Au niveau de la bio ?

M1 : Alors au niveau de la bio, HB1C tous les trois mois. Eventuellement, si vraiment je vois que le patient il a 6% vraiment au-dessous de 7% depuis plusieurs années, plusieurs mois, j'espace, je fais tous les six mois. Sinon le bilan bio annuel : Créat, cholestérol

ML : Pourquoi tu espaces ?

M1 : Parce que j'estime que ça fait X temps qu'il est bien équilibré, c'est pas important de

ML : Parce que ça fait beaucoup 4 par an ?

M1 : Oui ça fait tous les trois mois, c'est quand même assez fréquent. Je le vois, je demande quand même à ce qu'il revienne dans trois mois. Je lui prescris son traitement pour trois mois mais la bio je l'espace. Ça reste quand même une piqûre, c'est jamais très agréable, et depuis un an il est très bien équilibré, on peut sauter au moins une fois de temps en temps, sa prise de sang. C'est clair que ça n'a plus un rapport avec les reco mais moi je fais ça comme ça. Heu après prise de sang annuelle : créat, micro albuminurie des 24 heures, cholestérol et après s'il a ou pas un traitement anti hyper tenseur, Natremie

ML : Tu me parlais des recommandations Est-ce que tu as lu les dernières ?

M1 : Du diabète HAS ?

ML : OUI

M1 : Non je suis restée sur celle de 2005 je crois,

ML : Oui, 2006

M1 : J'ai pas encore lu, j'étais pas au courant qu'il y avait des nouvelles recos

ML : Elles sont sorties depuis février,

M1 : Ah ben non tu vois j'étais pas au courant

ML : Elles sont un peu controversées

M1 : Ah bon c'est pour ça. En fait moi je lis surtout « Prescrire ». Depuis un an maintenant je me base que sur « Prescrire » parce que finalement l'histoire du Médiateur, ça m'a vachement influencée. Je me suis rendue compte de choses dont j'étais pas au courant. Des conflits d'intérêts entre les hautes autorités de santé et les labos

ML : Parce que Prescrire en avait parlé avant ?

M1 : Oui, je savais que « Prescrire » était pas d'accord pour le Médiateur, qu'il ne fallait pas le prescrire. Et ça je ne le faisais pas hein, le Médiateur, j'avais jamais prescrit. Mais j'étais pas fan de cette revue. Je lisais beaucoup les reco de l'HAS et je me fiais beaucoup aux reco de l'HAS. Et puis il y a eu l'affaire Médiateur, qui a montré que l'HAS, non pas l'HAS, l'AFSAPS était un peu entre guillemets enfin il y a eu un peu des conflits d'intérêts. Ce qui m'a mis le doute et je me suis dit ben non dans ces cas-là je vais tout me fier sur « Prescrire », je sais que eux, c'est indépendant des labos. Ils se basent vraiment sur des évidence based medicine et que sur ça. Donc je lis que leurs reco à eux, je lis que les reco de « Prescrire » concernant le diabète.

ML : Donc tu as moins confiance en les reco de HAS depuis le Médiateur

M1 : Oui clairement, depuis l'affaire du Médiateur, ça m'a heu (rire)

ML : Ah Bon ?!

M1 : Parce que c'est quand même explosif cette histoire, on est d'accord, c'est heu ..(rire) ; Les gens ont caché ça et même l'autorité de Santé, ben ça fait peur. Les labos ont vraiment un pouvoir, même sur l'Autorité de Santé qui est censé être indépendante, la plus indépendante des autorités de santé

ML : Oui ça fait réfléchir et ça fait un peu peur.

M1 : C'est vrai. Tout à fait oui. Du coup comme tu m'as dit ça, je vais quand même regarder les reco de l'HAS. J'en lis quand même quelques-unes, pour voir, comparer ce qu'ils disent.

ML : Comme presse, tu lis « Prescrire » est ce que tu lis autre chose ?

M1 : Je lis des articles que je trouve sur Internet, sur le site de Cismef de temps en temps, juste pour me remettre au point plus sur la sémiologie les cours de base. J'essaie de trouver des sites heu par exemple l'université de Rennes, je trouve qu'ils ont l'air sérieux, quelle autre fac, la fac de Jussieu, ils font des bons cours, tu vois des choses comme ça. Qu'est-ce que je lis le plus. Bon je lis quand même les reco de la HAS sauf que là j'avais zappé celle du diabète.

ML : Et tu trouves qu'en règle générale, elles sont faciles à suivre ? Elles sont bien adaptées aux gens ?

M1 : Je trouve que les reco Heu, elles sont pas faciles à suivre. En règle générale, même pour prescrire, c'est pareil en règle générale, tu trouves toujours des cas délicats. Tu es là ben oui ils disent de faire ça mais moi personnellement j'aurais... j'ai du mal à l'appliquer quoi. Dans la pratique, on sent bien que c'est de la théorie tout ça. Les recommandations, en général, sont plutôt basées sur la théorie, et souvent, pas souvent, pardon, de temps en temps tu te retrouves quand même en situation où tu ne peux pas les appliquer quoi. C'est normal, les recommandations, ça se base sur ce qui est général. Donc en général tu arrives à les appliquer, mais il y a des fois des cas où ...

ML : Par rapport au malade ? Ou par rapport à toi ? Parce que ça te plaît pas ou..

M1 : Ha non non par rapport au malade, le patient il a absolument pas envie de prendre de traitement tu vois, ou des choses comme ça. Enfin je ne saurais pas te citer d'exemple précis ; mais ...

ML : Tes patients diabétiques de type 2 qu'est-ce que tu en penses en règle générale de ces malades-là. Ils sont faciles, compliqués ?

M1 : C'est très variable. Il y a des gens qui sont très compliqués dans le traitement et qui ne posent pas de problème. Il y en a d'autres ... Mais je dirais que la majorité, ça va ils suivent leur traitement. Si je devais dire, en général ils sont plutôt compliants au traitement,

ML : Plutôt observant donc. Est-ce que tu leur parles, tu leur rappelles à chaque fois les RH, les recommandations ?

M1 : Uniquement si heu, les règles hygiéno-diététiques, uniquement s'ils sont en déséquilibre. Sinon j'estime qu'ils sont bien et s'ils sont bien c'est qu'ils suivent. (rire) normalement.

ML : Tes problèmes rencontrés avec ces patients là

M1 : Ce qui peut être difficile c'est les consults spécialistes. Ça, ils ne sont pas très assidus. Le traitement, y a pas de problème mais ça. « Ah ben vous n'avez toujours pas vu votre ophtalmo ? Pourtant je vous ai fait une lettre, ah bon ben je vous ressorts la lettre, vous l'aviez perdue, d'accord, (rire)

ML : Donc là on parle de l'ophtalmo, le cardio à peu près pareil ?

M1 : Oui cardio pareil, il y en a pour qui il faut vraiment batailler pour qu'ils y aillent. Heu finalement ils ont tellement, j'ai l'impression que déjà nous ils nous voient beaucoup, et donc ça leur paraît déjà beaucoup et ils vont pas s'amuser à aller voir des spécialistes, pas de gaieté de cœur quoi ! (rire)

ML : Et justement les diabéto, tu t'en sers ?

M1 : Alors là oui. Je les adresse chez le diabéto quand les patients sont sous bi-thérapie et que vraiment j'obtiens rien d'eux que RHD nié rien, ils suivent rien, le traitement à dose maximale ne fait rien. Alors c'est l'insulinothérapie pour moi et je ne maîtrise pas l'insulinothérapie

ML : Tu demandes aux diabéto de passer sous insuline,

M1 : Oui,

ML : D'accord, c'est facile d'avoir un diabéto, ça te prends 6 mois, c'est

M1 : Ha non non non, les délais c'est plutôt trois mois, mais ça reste raisonnable, ils sont ... quand je les vois déséquilibrés, ils sont déséquilibrés sur plusieurs mois donc on peut dire que c'est pas urgentissime du coup (rire)

ML : D'accord. Tu suis en général ce que dit le diabéto ?

M1 : Oui oui oui je suis. Même des fois quand je suis pas d'accord, ils ont décidé de le mettre sous quadrithérapie ou n^{ème} thérapie alors que moi je voulais que ce soit de l'insuline, ben tant pis on fait comme il a fait parce que si c'est pour chambouler à chaque fois le traitement, c'est pas la peine quoi. Et puis au pire si ça fait pas effet, il va passer de lui-même à l'insuline. Si ça fait effet on reste là-dessus.

ML : Qu'est ce que tu penses de l'inertie ? La tendance qu'ont les médecins à ne pas changer tout de suite le traitement, à dire on refait une hémoglobine glyquée, on ...

M1 : Ah oui je vois ce que tu veux dire, heu oui ça peut m'arriver à moi aussi mais je dirais que c'est plus influencé par le patient. Si le patient est pas trop pour. On peut dire on peut surveiller, vous ferez plus attention... Mais généralement pour le diabète ; parce que pour d'autres pathologies je pourrais patienter plus longtemps, je patiente pas plus de trois mois. Si au bout de trois mois il a pas respecté le contrat, je lui repropose. Après si il ne veut pas, je peux pas le forcer c'est sûr. Mais je lui propose de changer.

ML : Est-ce que tu penses que tu as moins tendance à modifier parce que tu es la remplaçante ou pas ?

M1 : Si bien sûr. Si par exemple, le médecin vient de le mettre sous un nouveau traitement antidiabétique, heu gliptine là ou je ne sais pas comment ça s'appelle, qui sont pas du tout validés, hein d'après les recommandations de Prescrire, Heu et que je vois que c'est ça qu'a le patient. Je ne vais pas m'amuser à changer alors que le confrère l'a mis sous ce traitement-là. Si ça

avait été par contre un patient à moi, je l'aurais mis plutôt sous biguanide, ou un sulfamide

ML : C'est quoi ta stratégie ?

M1 : En première intention généralement je mets sous Biguanide, heu et puis si ça marche pas, à ce moment-là je change pour un sulfamide et si ça marche toujours pas je fais une bithérapie

ML : Tu changes d'abord ?

M1 : Oui je change d'abord oui.

ML : C'est-à-dire tu arrêtes la metformine et tu mets un

M1 : Oui tout à fait oui

ML : Et après si

M1 : Ça c'est récent que je fais ça. Avant j'avais tendance à faire une bithérapie alors je change et je mets sous

ML : Bithérapie, metformine/sulfamide ?

M1 : Voilà, dans un premier Biguanide, si échec je change pour sulfamide et si échec de nouveau je change pour les deux. Et à chaque fois bien sûr j'en remets une couche sur la règle hygiéno diététiques parce que c'est important quand même.

ML : Et donc après si tout ça marche pas ?

M1 : Et si la bithérapie ne marche pas, l'insuline. je ne fais pas du tout le, je je je, je n'utilise pas du tout le les, voilà, les IPIDPP4 je ne sais plus comment ça s'appelle

ML : C'est ça les gliptines,

M1 : Et les autres, non les Gliptines je crois que c'est tout ce qui est Avandia et tout ça

ML : Non les Gliptines c'est un inhibiteur de la DPP4

M1 : C'est ça

ML : Et tu as aussi l'autre en piqure, les analogues du GLP1

M1 : Alors moi je te parle de de, y en a encore une quatrième classe qui était là avant les IDPP4

ML : C'est actos

M1 : Non pas actos

ML : Les glihazones et ça ça a été annulé à cause d'insuffisance cardiaque.

M1 : Ah oui oui ça doit être ça alors. Ça doit être un problème de heu non ça c'est les gliptines justement et l'autre ça doit être les incrétones ou je sais pas quoi

ML : Incréatine ça veut dire gliptine, (donc gliptine ça veut dire IDPP4), plus analogue de GLP1

M1 : Ah d'accord parce que moi j'avais, dans ma tête c'était d'abord les biguanides tout ça. Après il y a eu les gliptines qui sont sorties. Style Compétac et compagnie en nom commercial, Sytagliptine ou un truc comme ça, et ensuite est sorti un nouvel heu style Januvia et compagnie

ML : C'est de la Gliptine aussi.

M1 : C'est aussi de la Gliptine mais un peu différente d'accord.

ML : Il y a plusieurs molécules après qui sont sorties mais tout ça c'est de la Gliptine.

M1 : Moi j'utilise pas les deux dernières heu, parce que d'après les reco de Prescrire heu elles sont pas, elles montrent pas de baisse de mortalité chez le diabétique

ML : D'accord Prescrire dit ça, ok. Et pas d'effets secondaires ?

M1 : En plus elles ont des effets secondaires parfois cardiaques pour les Gliptines,

ML : Et tu n'as pas de souci avec les effets secondaires des autres, biguanide,

M1 : Si le biguanide, de la diarrhée, bon heu, c'est rare quand même que les gens arrêtent pour ça. Souvent ça se résout au bout de quelques semaines de traitement. Non par contre pour les sulfamides j'ai jamais eu de problème d'hypoglycémie répétitive comme ça, ça se passe plutôt bien.

ML : Donc jamais rien ne t'a fait arrêter les sulfamides ou chercher autre chose. Tu n'as pas eu de problèmes comme ça ?

M1 : Non

ML : Est-ce que tu fais des FMC ?

M1 : Non par contre je fais de la, comment ça s'appelle, APP ? Un truc de... qui est validé par le développement professionnel continu. Je me suis inscrite à Prescrire, ils font une espèce de formation continue. Je fais pas de FMC par rapport au fait que certaines FMC sont financées par les labos et aussi pour un question de temps, il faut se libérer généralement le vendredi samedi et moi ce sont les jours où je remplace. Déjà j'ai plusieurs remplacements, il faut que je puisse être là. Il y a des fois où je remplace dans un site du coup je suis pas de l'autre côté, Ça va multiplier les absences donc l'autre, la formation continue de Prescrire c'est par correspondance, par internet donc c'est plus pratique.

ML : A part par Prescrire, par quoi tu as entendu parler des Gliptines ?

M1 : Je réfléchis.... Comment j'ai connu les Gliptines ?

ML : Oui

M1 : C'est un labo qui est venu en fait. Moi je reçois pas les labos mais tu as toujours un qui vient « ah ben c'était juste pour vous donner » A c'est nouveau ? Bon alors dites-moi.

ML : Et ça, ça ne t'a pas convaincu.

M1 : Ah non ça ne m'a pas convaincu, j'ai cherché à avoir une information indépendante et j'ai jamais initié de traitement comme ça.

ML : Par contre, est ce que tu les renouvelles ces traitements ?

M1 : Oui par contre je les renouvelle, toujours parce que je suis remplaçante et que j'estime que je ne peux pas chambouler le traitement. Je pense que ça sera mal vu par la personne que je remplace. Quand j'aurai mon propre cabinet, bien sûr que là je ne me gênerai pas pour arrêter les Gliptines même si c'est un spécialiste qui l'a prescrit et mettre ce en quoi je crois.

ML : Est-ce que tu penses que les médecins modifient vraiment leurs pratiques une fois qu'ils ont lu les nouvelles recommandations ?

M1 : Moi ça m'influence, bon y a des choses que je vais pas suivre, je vais rester sur ce que je faisais avant. Mais il y a beaucoup que je vais suivre parce que j'estime que je n'ai pas la science infuse et qu'il faut écouter les données scientifiques. C'est important, sinon on fait n'importe quoi et puis c'est ça qui va faire que la médecine générale va devenir quelque chose de qualité, après mon sentiment sur les autres, les gens que je remplace ?

ML : Oui

M1 : Il y en a deux qui sont très au fait des nouveaux traitements et des nouvelles recommandations, et j'ai l'impression qui évoluent. Et même une qui est près de la retraite qui est au fait de tout ça et une qui est de mon âge qui suit bien. Par contre j'en ai un autre qui lui reste sur son expérience.

ML : Oui il a pas tendance à suivre les recos. Est-ce que tu fais attention aux coûts quand tu prescrites ?

M1 : Oui ça influence. Par exemple les traitements que je prescrites, j'ai vérifié tous les prix des différentes molécules. Quand il n'y a pas une molécule qui marchent plus que l'autres, j'ai vérifié sur le Vidal et j'ai prescrit ce qui est le moins cher. Par exemple entre le Bostrix tetra et le Repevax, ce qui est moins cher c'est le Repevax donc je prescrites le Repevax ou par exemple ZimaD et Uvedose je mets ZimaD parce qu'il n'y a pas de générique. Sinon je prescrites le générique

ML : As-tu d'autres choses à me dire sur le diabète de type 2 ?

M1 : Je trouve que c'est une pathologie très intéressante à suivre en ville. C'est une pathologie intéressante parce que c'est pluridisciplinaire, tu as des contacts avec le spé.

Entretien 2 :

ML : Tu es une femme tu as 30 ans. Donc on va parler du diabète de type 2. Je voudrais d'abord savoir si tu as lu les dernières recommandations ?

M2 : Oui

ML : Comment en as-tu entendu parler ?

M2 : Par un ami qui s'intéresse beaucoup à la question

ML : D'accord. Tu sais quand elles sont parues ?

M2 : Début 2013

ML : Oui. Donc maintenant tu les connais, qu'est-ce que tu en penses ?

M2 : Alors qu'est-ce que j'en pense, j'en pense qu'elles m'arrangent parce que j'avais peur de toutes façons avant de prescrire des inhibiteurs de la DPP4. Parce que je ne savais pas très bien dans quelles indications il fallait les mettre, et parce que les patients que j'ai connu qui étaient sous Januvia pour le coup, ils ne le toléraient pas si bien que ça. En termes de tolérance heu, je me souviens que j'avais un patient qui vomissait,

ML : Donc sur ces recommandations, tu serais plutôt favorable.

M2 : Je serais plutôt favorable, tout à fait. Et puis c'est toujours pareil les nouveaux médicaments, on supprime le Myolastan le Pradaxa, donc ça ne m'étonne pas tellement qu'on revienne sur des bases anciennes

ML : Sur des vieux médicaments, parce que tu penses que c'est un peu la ...

M2 : Je n'avais aucun instinct, enfin je ne me disais pas que ça n'allait pas marcher, mais bon c'est toujours pareil, quand il y a un nouveau médicament qui sort, tout le monde ne prescrit plus que ça, on en balance énormément et après on revient. Donc moi, peut-être parce que je suis jeune médecin ça me fait un peu peur et du coup, j'ai tendance pour l'instant à rester sur des choses très acquises et non pas à faire la, enfin je ne me sens pas la liberté d'aller prescrire tous ces médicaments. Par exemple je n'ai jamais mis un patient sous Pradaxa, ça me fait peur, je laisse ça aux spécialistes.

ML : En règle générale, les recommandations, qu'est-ce que tu en penses ?

M2 : En général ? Les recommandations d'HAS ? Ben heu, j'essaie de les lire déjà, heu Et d'une façon générale je m'y

tiens. Je les applique quoi. Si si je les applique. Si je suis dans un cabinet de groupe où en plus le médecin avec qui je travaille est extrêmement biblio etc et du coup, voilà. A chaque fois qu'on se pose une question, on va regarder notamment sur les sites de l'HAS. C'est une vraie base de travail.

ML : Donc tu ne les remets pas en question, en règle générale tu essaies de les appliquer.

M2 : Pour l'instant je n'ai jamais eu à les remettre en question, je me suis jamais dit en lisant quelque chose, c'est n'importe quoi, il ne faut pas que je fasse ça. Non. Pour l'instant je ne les ai pas remises en question, je les applique.

ML : C'est facile de les appliquer ?

M2 : ça dépend pour quoi, pas toujours. Notamment dans le suivi des patients diabétiques, on sait qu'il faut leur faire des électro, des tests mono filament, des choses comme ça, et c'est toujours un peu difficile dans des consultations de médecine générale qui durent un quart d'heure, d'avoir le temps de les faire. Je trouve que c'est pas facile à appliquer, après on essaye de s'astreindre à le faire. Mais il m'est arrivé de ne pas avoir le temps de renouveler des traitements sans faire bien heu

ML : Comment ça se passe avec tes patients diabétiques en consultation en général ?

M2 : En général, nous on enfin moi, je vais dire moi-même si je fais la même chose que l'autre praticien avec qui je travaille, je leur fais une HbA1c trimestrielle donc du coup les consultations commencent comme ça, ils m'amènent leur HbA1c. On fait un peu le point en fonction de l'HbA1c, s'il y a eu des excès alimentaires ou pas. Je travaille dans le cabinet il y a aussi une diététicienne qui n'est pas remboursé par la sécu mais à qui j'adresse la plupart de mes diabétiques pour qu'elle puisse essayer de les recadrer parce que bon je ne sais pas si ils sont tous pareils, mais j'ai beaucoup de diabétiques qui ne sont pas très équilibrés. Est-ce que c'est une question de milieu social. Moi je travaille dans un milieu vraiment ouvrier et avec aussi beaucoup d'agriculteurs, Longjumeau, il y a beaucoup d'agriculteurs, et je dois dire quand même que ils t'expliquent tous que le fromage et le pinard c'est quand même, y a rien de mieux bon. Donc du coup on fait un peu le point sur la diététique et après, normalement j'ai le temps, je les examine, je leur fait un électro, un test mono filament et en terme de stratégie thérapeutique, selon l'HbA1c, on revoit. Moi j'ai eu à augmenter la Metformine un coup et ça m'est arrivé d'ajouter un sulfamide. J'ai jamais prescrit d'inhibiteur de la DPP4.

ML : En règle générale tes patients sont observant ? Ou tu as du mal avec ça.

M2 : Ils sont observants sur leur traitement oui, et j'en ai eu une, je m'en souviens très bien, qui ne supportait pas la Metformine ni le glucophage, et même si on lui donnait un truc non générique, ça n'allait pas, elle avait tout le temps la diarrhée etc . Elle, elle était extrêmement inobservante. C'est-à-dire qu'en fait elle aurait du prendre 850 deux ou trois fois par jour la Metformine elle en prenait une fois 500 le midi et c'est tout. Donc elle j'ai fini par l'adresser à un diabétologue, plutôt pour avoir un deuxième avis... Pas tellement un deuxième avis parce que je savais qu'il fallait qu'elle prenne un Metformine mais plutôt pour qu'elle voit quelqu'un qui aurait plus d'appui pour qu'elle prenne son traitement et il a pas fait tellement mieux en fait puisqu'elle avait besoin que de Metformine en fait. Elle, elle était vraiment très inobservante. Les autres sur le plan du traitement oui, je les trouve observants. Maintenant je trouve qu'ils ont un peu tendance à faire des excès diététiques en pensant qu'on peut augmenter leur traitement anti diabétique et pas tellement à chercher à faire un régime pour manger moins de médicaments. C'est plutôt des patients qui veulent bien manger des médicaments tant qu'ils peuvent continuer à bouffer

ML : Le traitement c'est une béquille

M2 : Oui c'est ça

ML : D'accord. Donc tes principaux problèmes sont... ;

M2 : Mes principaux problèmes, dans le traitement tu veux dire ? Ou d'une façon générale avec les diabétiques.

ML : D'une façon générale

M2 : les principaux problèmes c'est que les consultations demandent beaucoup, beaucoup de choses à faire et que j'ai pas toujours le temps. C'est une question de temps. Le fait que moi je me sens pas très à l'aise avec le diabète de façon générale, c'est-à-dire que notamment avec les derniers médicaments, les inhibiteurs de la DPP4 je n'ai jamais su comment les introduire ni quand les introduire. J'ai jamais fait de mise à l'insuline non plus. Quand ça a été le cas je les ai adressés au diabétologue. Sur le plan thérapeutique, moi je me sens un peu limitée. C'est-à-dire je me sens à l'aise dans l'augmentation de la Metformine et dans l'introduction des sulfamides ça, ça me va. Mais après au-delà de ça, heu voilà. Après les autres difficultés, c'est de faire comprendre au patient quand même que le diabète c'est une vraie maladie grave et chronique et pour beaucoup j'ai l'impression que ça se limite à un chiffre l'HbA1c. Et que s'ils ont un objectif par exemple à faire 7% et qu'ils ont 7.3% ils vont dire « vous voyez c'est pas mal docteur » ils ne comprennent pas qu'il y a une vraie implication sur leur santé derrière.

ML : Peux-tu me résumer ta stratégie au niveau des médicaments.

M2 : Alors ma stratégie au niveau des médicaments, si c'est une initiation bon ben je commence par la Metformine. A faible dose, généralement 500 fois deux, 500 fois trois. Que j'augmente jusqu'à la dose max d'1 g fois 3 et après si jamais il est toujours au-dessus des valeurs recommandées enfin des HbA1c, j'ajoute un sulfamide. Pour l'instant j'ai jamais fait plus que ça.

ML : Tu as des problèmes avec ces médicaments-là ? Les deux

M2 : La Metformine, des problèmes de tolérance, vraiment et les sulfamides évidemment il y a l'action d'hypoglycémie mais quand je l'introduis, j'explique au patient les risques d'hypoglycémie, ça m'est arrivé deux fois d'en introduire, c'est pas non plus exceptionnel mais heu j'ai expliqué les risques d'hypoglycémie et il n'y a pas eu de souci. C'était des gens bien portant qui avaient moins de risque de faire des hypo quoi, je sais pas, enfin ils mangeaient beaucoup quoi, et je n'ai pas eu de souci.

ML : D'accord. Donc là tu suis les anciennes recommandations

M2 : Oui je suis mais ce qui était aussi les anciennes recommandations. Enfin d'avant avant voilà, je suis ça.

ML : Alors pourquoi tu as cette stratégie-là ?

M2 : Parce que c'est la stratégie recommandée, parce que c'est celle avec laquelle je me sens le plus à l'aise, parce que c'est des vieux médicaments que je sais manier, en fait que je sais comment augmenter comment arrêter etc voilà

ML : Qu'est-ce que tu penses des inhibiteurs de la DPP4

M2 : Ce que je pense, c'est large comme question. Heu sur le fondement ils avaient l'air d'avoir un bon fonctionnement. Enfin l'idée de base, la molécule semblait intéressante. Après je crois me souvenir avoir eu des patients sous Januvia qui ne le supportaient pas très bien mais je peux peut-être rêver mais je ne crois pas. Je crois vraiment que j'ai eu un patient qui vomissait sous Januvia. Voilà et après heu. Moi je ne les aurais jamais mis de mon propre chef en bi thérapie avec la Metformine éventuellement je les aurais mis en deuxième enfin ce que j'ai vu faire en tous cas, et ce que du coup j'aurais pu reproduire si les recommandations n'étaient pas intervenu pour arrêter enfin voilà. Enfin remarque c'est ce qu'ils disent, je les aurais mis en tri thérapie en troisième intention. Du coup peut-être plutôt (sauf maintenant qu'il y a les nouvelles recommandations) peut-être maintenant je les aurais mis en troisième intention avant le Glucor.

ML : Tu préférerais

M2 : J'aurais testé. Alors maintenant ils disent qu'on revient plutôt à d'abord Glucor et si ça ne marche pas l'inhibiteur de DPP4. En tri thérapie, et je pense que je les aurais testé en troisième médicament.

ML : Donc tu disais parce que c'est un peu nouveau, tu n'as pas l'habitude,

M2 : J'ai pas l'habitude, je ne sais pas les manier, je ne connais pas les doses, après tout ça ça s'apprend, ça se lit et j'ai pas fait de heu, aussi tout bêtement j'ai pas eu de formation sur la question. Peut-être qu'il suffit de lire, mais je n'ai jamais assisté à une formation sur la question. Souvent quand il y a un nouveau médicament, c'est pas mal d'avoir une formation. Par exemple pour le Pradaxa, j'avais une FMC dessus en janvier la société de cardio ils en avaient parlé et ça m'avait un peu éclairci les idées sur le pour le contre etc après je l'avais pas prescrit. Mais là j'ai jamais assisté à une FMC sur les inhibiteurs de la DPP4. Je pense que ça m'éclairerait les idées aussi.

ML : Comment tu as connu ? Comment tu as su que ça existait.

M2 : Ah ben comment j'ai su que ça existait. Déjà j'ai une collègue au cabinet qui fait le DU de nutrition et qui du coup s'y connaît bien en endoc et parce que j'ai eu bien deux visiteurs médicaux. Une pour le Januvia et une pour l'autre là, Xélévia je crois qu'il s'appelle, en tous cas celle du Januvia je l'ai vu au moins deux fois. Après, c'était avant que je m'arrête et peut-être que si j'avais travaillé ces derniers mois, j'en aurais prescrit finalement.

ML : Au cours de ces deux visites, ça ne t'a pas convaincu.

M2 : Si je dirais que ça a pu me convaincre mais après ça a été aussi une question de circonstance qui a fait que heu. Oui mais en fait heu...c'est une question de maturité médical. Je pense que même si ça me convainc, tant qu'il n'y a pas quelqu'un qui l'a fait avant moi, je vais avoir du mal à me lancer. C'est lié à ma jeune pratique pour le coup. Mais je crois que je préférerais que la primo prescription d'un nouveau médicament sur le marché soit faite par quelqu'un d'autre qui se sente plus à l'aise. Même si sur la théorie, je trouve ça intéressant, c'est des molécules qui ont l'air, enfin il n'y a pas de raison mais effectivement, je ne me lancerais pas quoi.

ML : Tu me parlais des diabétologues. Tu y as recours assez facilement ?

M2 : j'y ai recours pas si facilement que ça parce que les diabétiques que j'ai vu sont des vieux diabétiques qui sont pas si mal équilibrés. J'y ai eu recours une fois pour une mise à l'insuline enfin deux fois. Une fois à Paris en remplacement et une fois à Lonjumeau pour des mises à l'insuline. Après le spécialiste auquel j'ai vraiment recours pour les diabétiques c'est l'ophtalmo pour un fond d'œil par an et le cardio parce qu'on recommande une visite chez le cardio par an.

ML : C'est facile selon toi de s'adresser à un diabète ?

M2 : Non c'est pas facile parce que justement déjà les rendez-vous sont souvent très très éloignés parce que pour l'instant en tous cas moi je n'ai pas un correspondant. Il y a un hôpital général là où je travaille mais ils sont complètement débordés et les deux diabétologues qui y travaillent, je crois en plus qu'elles sont pas très sympa, bref, voilà. C'est pas si facile et surtout pour de vrai je ne sais pas très bien. Je me dis peut-être que moi je pourrais faire plus avant de les adresser. Par exemple la mise à l'insuline, je pourrais tout à fait le faire. C'est dans mes cordes mais voilà. Je me dis que si ça se trouve le diabétologue va me dire, « ça vous auriez pu le faire » C'est pas facile parce que je ne connais pas la limite du moment où il faut les adresser parce que je n'ai pas de correspondant et parce que les délais de rendez-vous sont extrêmement longs.

ML : Si tu adresses à un diabétologue qui change ton traitement,

M2 : j'applique ce qu'a dit le diabétologue

ML : même si tu n'es pas d'accord ?

M2 : J'ai jamais eu le cas de ne pas être d'accord mais je pense que j'applique parce que je me dis que justement il doit être au fait des dernières choses à faire en diabétologie. Non non j'applique.

ML : Et les malades ?

M2 : Est-ce qu'ils appliquent ? Ben celui qui est sous insuline oui, de toute façon il a pas le choix.. Je dirais oui.

ML : Ils suivent en général.

M2 : Oui

ML : Ils veulent bien aller voir les spécialistes

M2 : Le diabète ça n'a pas été si souvent que ça et en général ils y sont allés. Le cardio souvent je fais la lettre et six mois plus tard elle est toujours dans leur sac. Je dois dire quand même que c'est pas si évident surtout chez les diabétiques pas si vieux que ça, une soixantaine d'années, qui sentent venir le test d'effort, qui se disent qu'ils ne vont pas avoir le temps. Eux je dois quand même bien leur mettre la pression. Les ophtalmos j'ai moins de mal. Les gens vont assez facilement chez l'ophtalmo. Comme si c'était une visite plus facile. Le cardiologue, j'ai un peu plus de mal à les envoyer chez le cardiologue.

ML : Pourquoi à ton avis ?

M2 : Je pense que les investigations chez le cardiologue sont plus lourdes.

ML : ça fait peur ?

M2 : Oui il y a plus de risques, ils ont bien compris quand même que, parce que en plus moi je leur fait un peu peur, je leur dis faut aller chez le cardio, faut faire les doppler etc . Il faut qu'il fasse peut-être en fonction l'ECG un test d'effort. Il y a des risques d'infarctus du myocarde. Alors je pense peut-être que les gens ça leur fait beaucoup plus peur alors que l'histoire du fond de l'œil ça ne leur fait pas peur. Ils sont très peu à imaginer qu'ils peuvent devenir aveugles avec une rétinopathie diabétique et ils se disent toujours il y a un peu de laser un peu de machin, c'est toujours plus facile à gérer qu'un infarctus.

ML : Tes cibles d'hémoglobine glyquée ?

M2 : Moi c'était 7%, Je faisais 7%

ML : 7 pour tout le monde ?

M2 : 7 pour tout le monde sauf effectivement pour les sujets très âgés. Je tolèrais vraiment un 8 ? 7 chez les gens normaux entre guillemets, ça veut rien dire, chez la population générale et 8 chez les gens vraiment âgés. Chez les très vieux diabétiques de plus de 80 ans.

ML : La surveillance ?

M2 : d'hémoglobine glyquée, tous les trois mois. Je la prescris après chaque consult et je mets les médicaments pour trois mois donc du coup ça m'arrange. Je la fais vraiment tous les trois mois.

ML : Alors je voudrais juste revenir un petit peu sur tes critères de choix par rapport aux médicaments. Donc la Metformine tu m'as dit que c'était plus parce que tu n'avais pas l'habitude des autres médicaments et en gros c'est ce que tu as appris.

M2 : Oui c'est ce que j'ai appris en théorie. Après la Metformine c'est aussi parce que c'est le médicament de première intention. C'est le médicament qui est indiqué en première intention. J'irais vers la Metformine pas que parce que je suis plus à l'aise mais parce que c'est ce qu'il faut faire.

ML : Et en deuxième intention ?

M2 : En deuxième intention, plutôt les sulfamides parce que pour le coup c'était avant ce qui était recommandé pour le coup avant que les IDPP4 existent, c'était ce qui était recommandé et pour le coup c'est ce que j'ai appris pendant mes études à l'époque où les IDPP4 n'existaient pas. Parce que c'est ce que j'ai vu prescrire le plus pendant mon internat etc et parce que c'est des médicaments pour le coup que je sais manier, aussi. Alors ça rentre plus en ligne de compte que la Metformine on sait la manier, c'est pas très difficile mais on sait que c'est vraiment ce qui est indiqué en première intention. Après là quand le Januvia est sorti enfin quand les IDPP4 sont sortis, je me suis pas dit je vais les prescrire à la place des sulfamides en deuxième intention parce que je me suis dit, ils sont nouveaux, je ne sais pas bien les utiliser, j'ai pas du tout été formée sur la question. Je ne sais pas dans quelle mesure ils sont supérieurs aux sulfamides en deuxième intention, donc je me suis arrêtée là et j'ai continué les sulfamides et après j'ai vu des patients mis sous Januvia par d'autres médecins, par le diabétologue etc et vraiment là tous ceux que j'ai vu, c'était dans le cadre d'une trithérapie. J'ai dû en voir un ou deux qui étaient sous Janumet seul, Januvia/Metformine seul, prescrit par un autre médecin. Traitement à ce moment-là que j'ai reconduit sans mettre en doute le fait que ça pouvait fonctionner ou pas et sans me dire ha ben tiens comme par hasard l'hémoglobine glyquée est reparti, enfin voilà effectivement ça avait l'air de marcher donc ...Est-ce que ça marchait mieux que les sulfamides, je n'en n'étais pas sûr donc du coup je continuais avec les sulfamides.

ML : Est-ce que le coût des médicaments rentre dans tes choix ?

M2 : ça rentre dans mes choix. Je sais que la Metformine est très peu cher, les sulfamides je ne crois pas que ce soit très cher, les inhibiteurs de DPP4, je crois que c'est cher. Effectivement ça rentre aussi. On a quand même tous en tête en ce moment le trou de la sécurité sociale et le porte-monnaie de nos patients. Oui tout à fait Ça peut tout à fait rentrer en ligne de compte.

ML : Au niveau des effets secondaires ?

M2 : Moi la Metformine tout le monde sait que ça donne la diarrhée, les sulfamides ça donne des hypos le Januvia en dehors de ce patient qui vomissait je n'ai pas la notion d'effets secondaires

ML : D'accord donc toi dans ta pratique, tu n'as pas eu de problèmes ? Tu n'as pas entendu parler d'autres choses qui t'auraient refroidie ? C'est pas ça ?

M2 : Non

ML : Tu m'as dit que tu en as entendu parler par les labos. As-tu d'autres sources d'information ?

M2 : Est-ce qu'on en entend parler dans les médias ? C'est pas sûr, je dirais que non. Non c'est le bouche à oreille médical, les conversations avec les collègues. C'est une bonne question ça. Comment est-ce qu'on apprend qu'un médicament apparaît. Le Pradaxa, je ne sais pas comment c'est arrivé. Je pense pour le coup que quand c'est sorti on était encore interne à l'hôpital et je pense que c'est des labos à l'hôpital à la base.

ML : Tu fais des FMC tu m'as dit

M2 : J'en ai fait oui quelques-unes.

ML : Tu es abonné à la presse médicale ?

M2 : Oui je suis abonné à prescrire.

ML : Et tu n'as pas notion dans prescrire ? ça ne te dit rien

M2 : Heu je les lis pas (rire) mais je suis sûre qu'ils en ont parlé.

ML : Par exemple Prescrire était contre quand c'est sorti .

M2 : D'accord comme par hasard. Moi pour tout dire, je pense que je vais peut-être me désabonner de Prescrire, c'est peut-être pas une bonne idée mais parce qu'ils me fatiguent, ils sont tellement contre tout. Peut-être que je l'ai lu et que je ne m'en

souviens pas.

ML : En l'occurrence les recommandations et Prescrire ont le même avis. S'ils n'avaient pas le même avis ?

M2 : Je suivrais les recommandations plus que la presse

ML : Tu ferais plus confiance aux recommandations ?

M2 : Oui, je ferais plus confiance aux recommandations peut-être à tort parce qu'en l'occurrence ils ont plutôt des points positifs mais je ferais plus confiance aux recommandations.

ML : Pourquoi ?

M2 : Parce que c'est des collègues médicaux derrière. Il y a quand même des collègues professoraux qui se penchent la question. Prescrire finalement je ne sais pas tellement qui il y a derrière. Il y a des médecins forcément mais qui s'octroient quand même heu enfin ils font sûrement des enquêtes, des études ils doivent faire pas mal de biblio aussi mais ils débinent tout ce qui, non seulement tout ce qui sort mais aussi tout ce qui existe déjà. Donc il y a aussi un moment, après peut-être qu'il va falloir qu'on en vienne à ça, mais on se demande ce qu'on va pouvoir prescrire si on nous sucre tout. En tous cas je fais plus confiance aux recommandations. J'ai l'impression que ce sont plus des gens expérimentés et plus savants derrière.

ML : Tu penses que ça se passe comment les recommandations, que c'est fait comment ?

M2 : Ha ! Bon ben dans ma tête c'est des collègues de médecins, de professeurs. Enfin des collègues, des réunions, qui se penchent sur les questions particulières et se basent probablement sur une littérature internationale aussi, sur ce qui se fait chez les anglo-saxons et sur la base d'études françaises qui doivent. Enfin à chaque fois qu'on met en place un nouveau médicament, il y a des études qui sont faites en parallèle pour voir leur tolérance leur efficacité etc et qui à la base de ça se réunissent pour émettre justement ces recommandations. J'imagine une réunion.

ML : Donc ça t'inspire plus confiance

M2 : ça m'inspire plus confiance que Prescrire dans la mesure où c'est une presse. Même si c'est des médecins, pour moi c'est des journalistes et du coup ils vont se faire une opinion seuls. Et finalement les articles sont signés d'une personne ou d'une autre et du coup chacun va se pencher sur une question et ça sera moins collégial comme avis.

ML : Ils ne sont pas forcément objectifs, c'est ça que tu veux dire ?

M2 : Ben en fait si. Je pense qu'ils sont objectifs mais moi ils me renvoient une image qui est trop négative. Enfin pour moi c'est ce journal là mais ils me renvoient une image tellement négative que je n'ai plus envie de les croire tellement selon eux tout est noir. Mais après c'est possible qu'ils aient toujours raison dans la mesure où... Si en fait je pense qu'ils ne sont pas très objectifs parce qu'ils sont un peu trop anti labo. Tout le temps, tout le temps, tout le temps et que du coup ils vont à l'encontre de tout ce que proposent les nouveaux labos. Ils ont un côté très gaucho, contre les petits labos. Par exemple, j'ai lu certains quotidiens des médecins qui ne donnent pas cette impression. Qui donnent une impression plus ouverte d'esprit en fait.

ML : Et est-ce que tu ne penses pas que justement il y a l'influence des labo, à droite à gauche. Peut-être justement pas dans Prescrire, mais l'influence des labos en général.

M2 : Pour moi il n'y a pas l'influence des labos dans les recommandations de l'HAS. Si c'est le cas, je trouve ça dommage. Après dans ma tête il n'y en a pas. Pour moi une étude qui est payée par un labo n'a pas de valeur dans la mesure où l'étude est financée par le labo qui fournit le médicament versus placebo donc ça c'est pas possible. Donc pour moi il n'y a pas l'influence des labos dans les recommandations, peut-être que je me trompe. Mais pour moi il n'y en a pas. Chez Prescrire justement, ils ne sont pas du tout sponsorisés par des labos et c'est pour ça qu'ils se permettent avec raison peut-être de débiter absolument tout

ML : Par rapport au inhibiteurs de la DPP4 quand tu en as renouvelé à ton avis pourquoi ils ont été prescrits ?

M2 : Ils ont été prescrits parce qu'ils venaient de sortir et que les médecins les testaient. Des médecins plus téméraires que moi et qui se disaient on va voir ce que ça donne.

ML : C'étaient des généralistes ? C'étaient pas forcément des diabéto ?

M2 : Dans ma tête c'étaient des diabéto.

ML : Qui ont tendance à essayer

M2 : Qui ont tendance à essayer ce qui vient de sortir oui.

ML : La confiance que tu accordes aux recommandations n'a-t-elle pas été un peu ébranlée par les récents scandales ?

M2 : C'est difficile de répondre. A la fois oui, à la fois ... je dirais que pour l'instant je suis encore le cul entre deux chaises. C'est-à-dire qu'à la fois oui effectivement ils se sont plantés sur des médicaments sur ces trucs-là alors que justement il y avait des outsiders ou des journaux qui disaient attention, attention mais il y a un guide aussi qui est sorti l'année dernière qui s'appelle le guide des cents médicaments à ne pas prescrire ...le guide des 4000 médicaments inutiles et dangereux voilà

ML : Tu l'as acheté ?

M2 : Oui je l'ai acheté parce que justement je me suis dit que « au service des malades et des praticiens », mais je n'ai pas le courage de le lire tu vois. Parce que je trouve ça terrible en fait l'idée qu'il y a 4000 médicaments qu'on prescrit, qui ne servent à rien ou qui heu voilà En plus c'est complètement flippant. Ils te disent combien ça fait dépenser à la sécurité sociale tous ces médicaments. Pour l'instant je dirais que je n'ai pas eu le courage de m'atteler à tout ça. Mais bon c'est possible qu'effectivement la vérité soit plutôt...c'est possible mais je le sens pas. Il faudrait qu'il y ait encore un tiers qui heu, un tiers plus collégiale justement qui tranche entre l'avis de deux médecins isolés qui décide de débiter 4000 médicaments, de Prescrire et de ces journalistes qui décident de machin et de l'HAS qui par contre continue à émettre des recommandations que moi j'ai envie de suivre. Peut-être qu'il faudrait un collègue d'experts extérieur, qui tranche entre les recommandations d'HAS et heu enfin voilà. Par exemple avec eux il ne faut plus prescrire de statine, faut plus prescrire d'antibiotique alors les inhibiteurs de DPP4 j'en parle même pas, le Médiator pfff, ya les rétinoïdes qui donne des leucémies, voilà.

ML : Maintenant qu'on a parlé de ces recommandations, est ce que tu penses que ça va modifier tes pratiques ?

M2 : Ben les choses sont plus claires dans ma tête, déjà, en terme de stratégie thérapeutique, je pense que.... Mais en fait il y a un truc dont on a pas parlé c'est pourquoi ils en sont revenus

ML : Aux sulfamides

M2 : Oui pourquoi est-ce qu'en fait ils ont dit les inhibiteurs de DPP4 on va pas les

ML : En fait les dernières recommandations étaient vieilles, elles dataient de 2006. Et c'était les sulfamides aussi. Après elles sont sorties, ils devaient les modifier mais il y a eu l'affaire du Mediator.

M2 : D'accord donc ils n'ont jamais émis de recommandation qui disait où placer les inhibiteurs de DPP4 ?

ML : Non

M2 : c'est juste les labos qui ont dit vous pouvez utiliser en bithérapie à la place des sulfamides. D'accord, l'étape qui me manquait. J'avais pas le souvenir d'une recommandation qui disait qu'il fallait mettre des inhibiteurs de DPP4.

ML : Après forcément les labos ont beaucoup communiqué là-dessus et les gens les ont prescrits

M2 : D'accord et bien écoute qu'est-ce que j'en pense ? Je pense qu'elles sont claires, je pense que les stratégies thérapeutiques sont claires et que du coup elles vont modifier ma pratique dans les sens où maintenant que l'HAS a émis un avis néanmoins favorable aux inhibiteurs de DPP4 en trithérapie, je pense que je pourrais alternativement avec le Glucor peut-être même préférentiellement au Glucor, les tester en troisième intention.

ML : D'accord

M2 : Maintenant que j'ai un appui d'une haute autorité de santé.

ML : ça te rassure

M2 : C'est ça

ML : As-tu autre chose à dire sur la prise en charge du diabète en général ?

M2 : Comme ça non

ML : C'est parfait.

Entretien 3

ML : Est-ce que vous pouvez me dire comment ça se passe avec vos diabétiques de type 2

M3: la consultation du diabétique de type 2 ? Alors moi je vais te dire, ça se passe bien parce qu'il y a une assez bonne observance, je suis très disponible et ils viennent me revoir assez souvent.

ML : Une consultation typique ?

M3 : ça dépend si c'est un renouvellement, une mise en route ou ci et ça. Disons que je fais les examens complémentaires, je fais l'interrogatoire, je leur prends la tension, je lance le traitement quand j'ai deux glycémies au-dessus de 1.26.

ML : D'accord, quand c'est une découverte de diabète ?

M3 : Ah c'est une découverte de diabète oui parce que c'est vague...

ML : Bon alors disons que c'est une consultation d'un patient diabétique que vous suivez. Comment se passe votre consultation ?

M3: Je demande comment il va, s'il fait des malaises ou pas, s'il prend bien son traitement. Après je vérifie si on est dans les clous pour les HbA1c et voilà comment ça se passe. Donc je lui prends la tension et s'il va bien, il va bien. Ça peut aller très vite une consultation.

ML : Au niveau de l'examen, de la tension ?

M3 : Au niveau de l'examen, c'est la tension, le cœur, les pouls périphérique mais ça c'est chez les vieux diabétiques. Moi j'ai beaucoup de jeunes. Donc je ne fais pas grand-chose en fait. Je lui demande surtout s'il a mal quelque part, interrogatoire pour moi

ML : Ok. Vos cibles d'HbA1c ?

M3 : Alors ça dépend jeune ou vieux. C'est 6.5 chez les jeunes, donc entre 6.5 et 7, donc je me bats pour atteindre en dessous de 7 en fait donc 6.5. Et chez la personne très âgée, pour moi c'est 8 mais c'est au-dessus de 80 ans. Je préfère les voir en hyperglycémie qu'en hypoglycémie.

ML : Des problèmes particuliers rencontrés avec vos malades ?

M3 : Les problèmes particuliers et bien c'est le nombre d'hyperglycémies, heu non, d'HbA1c qu'il faut faire dans l'année. Sinon il n'y a pas de problème, ils prennent leur traitement, je suis joignable donc quand ça coïncide ils me rappellent.

ML : Ils rechignent un petit peu à aller faire leur prise de sang ?

M3 : C'est pas ça c'est que effectivement quand ils sont équilibrés à 6.5, leur faire faire quatre prises de sang dans l'année ou

trois, c'est beaucoup. C'est vrai. Alors ils me demandent...Moi je donne des traitements tous les six mois, mais non ils veulent tous les trois mois maintenant à la Sécu. Donc ça coûte cher, pour un renouvellement d'ordonnance. Pour un mec qui a un HbA1c à 6.5, moi j'aurais tendance à le voir deux fois par an.

ML : D'accord

M3 : Voilà. Je leur demande leur poids. La variation du poids. Pour moi c'est très important. S'ils perdent beaucoup de poids, pas beaucoup de poids. C'est les malaises et la perte de poids ou la prise de poids.

ML : D'accord. Donc vous avez tendance, de vous-même, à plutôt espacer les HbA1c quand elles sont bonnes.

M3 : Oui, deux par ans moi ça suffit. Mais bon je suis hors des clous.

ML : Donc les patients sont d'accord avec ça, au contraire.

M3 : Ben oui, au contraire ils sont d'accord avec ça.

ML : Est-ce que vous avez connaissance des nouvelles recommandations HAS sur la prise en charge du diabète de type 2 ?

M3 : Alors non puisque je viens d'apprendre qu'il faut donner des sulfamides. Alors que j'en donne pas beaucoup. Et j'ai connaissance de la recommandation d'être en dessous de 7

ML : Justement on va parler un petit peu de ces recommandations. Qu'est-ce que vous en pensez ?

M3 : Moi je trouve ça très très bien. Je trouve ça bien. Il faut qu'ils soient en dessous de 7 par tous les moyens et avant les médicaments, il y a l'hygiène de vie et ça si tu veux, je les fais maigrir, je les mets aux activités. Tu sais je suis assez dur. Je les fais arrêter de fumer, je les fais maigrir et je les mets aux activités physiques et je contrôle les activités physiques. Je leur demande le nombre d'heures, la marche à pied, la piscine, je suis chiant avec eux. Mais je parle beaucoup et ils adhèrent vachement à ça. Plus tu t'intéresses à eux mine de rien c'est bon. Si tu parles pas, tu dis bon ça va je vous renouvelle votre traitement, ça c'est pas bon. Donc je parle pas mal avec eux. J'ai une clientèle qui est assez sympa.

ML : Donc vous êtes d'accord avec les objectifs cibles qu'ils recommandent.

M3 : Je suis d'accord avec les objectifs cibles

ML : Ensuite, ils parlent de la prise en charge des hyper glycémies du diabétique de type 2

M3 : Alors médicament effectivement. Alors moi deux hyperglycémie à 1.26 de suite. Là je commence les règles hygiéno-diététiques. Je leur donne une chance en fait. D'accord ? Donc j'ai un objectif de perte de poids. Moi je ne fais que la perte de poids dans un premier temps. Je refais la prise de sang avec deux trois kilos en moins et je vois s'ils descendent ou pas. S'ils descendent, je leur dis qu'ils sont pré-diabétiques et qu'ils peuvent gérer leur diabète avec la perte de poids. Après j'associe la perte de poids à une activité physique en leur disant que c'est plus facile de perdre du poids, on peut manger un peu plus. Je ne suis pas anti sucre, je suis anti graisse.

ML : Donc on a dit qu'ils recommandent en première intention la Metformine

M3 : Toujours

ML : nous sommes d'accord

M3 : Nous sommes d'accord

ML : En deuxième intention, lorsqu'il faut ajouter un deuxième ADO, ils recommandent de mettre un sulfamide.

M3 : Alors moi le sulfamide, j'avais la notion qu'il y avait des hypoglycémies et donc je le donnais plutôt chez les maigres plutôt que chez les gros. Voilà la notion que j'avais pour les sulfamides.

ML : ok

M3 : Après chez les actifs qui montent sur les toits, je ne donnais pas beaucoup de sulfamide. Et c'est vrai qu'avec la DPP4, j'associe la metformine très rapidement, parce que ça ne fait pas grossir, soit disant, voilà. Donc je donne l'association et je rajoute une metformine à midi. Parce que l'association c'est...

ML : Vous commencez par l'association ?

M3 : non je commence par la Metformine toute seule. Après je fais association Metformine Alors je monte la Metformine, je la monte à deux par exemple, et quand je suis à deux, je passe à l'association. Comme ça je me garde une Metformine pour le midi. C'est peut-être con mais... Tu me diras ? Quand tu feras ta thèse.

ML : Oui d'accord. Qu'est-ce que vous pensez de l'inertie thérapeutique. Le fait que (il y a pas mal de thèses qui ont été faites là-dessus) les médecins ont tendance à toujours repousser la modification du traitement.

M3 : Non, je propose très vite, parce que je leur dit, le diabète il faut vraiment être tout en bas tout en bas pour pas que ça évolue. Donc les médicaments, je leur dit vous inquiétez pas. Non non je

ML : Vous n'avez pas tendance à refaire une prise de sang pour dire, bon on ne change pas tout de suite, on va voir

M3 : Ah si si! Après si tu veux moi je monte quand l'HbA1c n'est pas bonne, donc je fais mes HbA1c et quand je vois que ça se stabilise je change pas. Ah ben non !

ML : D'accord mais dès qu'elle est pas bonne ?

M3 : Dès qu'elle est pas bonne, s'ils ont exagéré, s'ils ont pris trois kilos, je leur fais reperdre, tu vois, je repars aux règles hygiéno-diététiques, je refais une HbA1c , alors là c'est 3- 4 mois après, faut pas être pressé dans le diabète, surtout si ils peuvent descendre. Voilà je fais comme ça. Et puis après quand je vois que c'est pas possible, là je grimpe, voilà.

ML : Au niveau des spécialistes comment ça se passe ?

M3 : Alors moi j'envoie chez le cardiologue direct et après quand je m'en sors pas, hôpital de jour.

ML : Pour le diabète

M3 : Pour le diabète. Mais je ne travaille pas avec des diabète en fait

ML : C'est-à-dire quand « vous ne vous en sortez pas » ?

M3 : Quand je m'en sors pas, quand je vois que c'est une personne plutôt âgée ? poly heu enfin qui est cardiaque, diabétique et qui a des poly pathologies je me dis là, quand il y a beaucoup de médicaments. Je me dis là on va faire une hospitalisation de jour, comme ça on va voir un petit peu où est ce qu'on en est. Je travaille beaucoup avec des spécialistes. Déjà ils ont vu leur cardiologue. Tout diabétique voit le cardiologue, examen normal, je suis content. Après tous ceux que je n'arrive pas très bien à équilibrer, tous ceux qui ont des facteurs de risque, je les envoie à l'hôpital de jour. Déjà pour l'éducation, ceux que je n'arrive pas à faire maigrir. Ceux qui ne prennent pas bien leur traitement, ceux qui picolent. J'en ai pas beaucoup mais ceux qui picolent, je leur dis, voilà je fais un global. Parce que là, ils voient une diététicienne, ils voient le cardiologue, ils voient tout ça. Donc

ML : Et vos malades qu'est-ce qu'ils en pensent, c'est dur pour eux d'aller voir le

M3 : non non, quand le médecin est persuasif et quand tu leur dis avec le sourire, ils y vont direct.

ML : Ils ne traînent pas les pieds pour aller voir le cardio ?

M3 : Je leur dis, moi à votre place, je le ferais. Donc « ah bon, je vais le faire »

ML : D'accord

M3 : et puis je suis assez persuasif donc heu... Ils m'écoutent bien. Bon tu vois peut-être des âneries de ma part mais bon vous êtes là pour les corriger.

ML : On va revenir un peu à votre stratégie. Donc on a dit première intention, bien sur les règles hygiéno-diététiques.

M3 : Déjà je les fais maigrir et je les mets aux activités que je contrôle. Metformine 1, après je fais 2, et après je passe à la Janumet ou l'autre là, Januvia ou Velmetia. J'ai des moyens mnémotechniques pour m'en souvenir, velmetia c'est pour m'en souvenir.

ML : Vous ajoutez ça, d'accord, donc vous

M3 : Je continue, je fais mes hémoglobines glyquée. Je vois que ça n'arrive pas à baisser, que je ne suis pas dans les bons clous et bien je rajoute une Metformine à midi. Et c'est après que je suis dans la panade, c'est après ce stade là que je fais hôpital de jour. Quasi pour tout le monde. C'est à dire qu'il y en a qu'un seul que j'ai mis sous la piqûre, le xé quelque chose, comment ça s'appelle, le tu sais c'est pas la DPP4 c'est celle d'avant

ML : les analogues

M3 : oui les analogues de GLP1. Il y en a un que j'ai mis la dessus, ça se passe bien. Je fais ses hémoglobines glyquées. Après je n'instaure pas l'insuline, je ne sais pas faire. Je pourrais le faire mais j'ai pas envie.

ML : Et c'est à ce moment-là que vous avez l'habitude d'envoyer à l'hôpital de jour

M3 : Oui quand il y a l'association plus une Metformine en plus, et que ça va pas, là j'envoie en hôpital de jour. Parce que c'est facile chez nous l'hôpital de jour. T'as Bligny, Créteil, Longjumeau on est encerclé.

ML : Vous avez des rendez-vous pas trop éloignés ?

M3 : Non ça va vachement vite, en dix jours tu as un rendez-vous. Pour ça c'est bien. A la campagne je pense que c'est plus difficile.

ML : Ok

M3 : Mais je mets pas de sulfamide, dans mon truc j'ai pas de sulfamide

ML : Pourquoi ?

M3 : Pourquoi ? Parce que j'ai pas l'habitude et je pense que ... après c'est l'escalade thérapeutique. Ça fait sulfamide, Metformine, DPP4, ça fait beaucoup. Donc j'aime bien avoir un avis hospitalier global.

ML : A ce moment-là.

M3 : A ce moment-là. Je fais pas ma course tout seul. Je fais ma course tout seul que pour le cardiologue. Quand il me dit que tout va bien, c'est bon.

ML : Depuis quand avez-vous cette stratégie là ?

M3 : Depuis que le DPP4 sont arrivées. J'ai jamais aimé les sulfamides. Les sulfamides moi ça me branche pas. Je sais pas pourquoi hein

ML : D'accord, A cause des hypoglycémies ?

M3 : Oui à cause de la littérature, des hypoglycémies et ci et ça. Par contre avant j'en donnais quand il n'y avait pas les DPP4, quand il y avait une intolérance quand ils supportaient pas la Metformine. Faut bien trouver quelque chose

ML : A la place

M3 : On donnait autre chose. On donnait tout ce qui a été supprimé là. Mais bon là ça nous a bien aidé. Mais bon ça a été supprimé donc heu..

ML : Les Glitazones

M3 : Les glitazones et tous ces trucs-là. C'est passionnant le diabète hein !?

ML : Des problèmes avec les inhibiteurs, la DPP4 ?

M3 : Non. Franchement j'ai pas de problème. J'ai jamais changé d'un inhibiteur pour un autre. J'ai jamais changé comme on fait pour les Triptans. On essaye de changer. Ça marche bien.

ML : Vous êtes content.

M3 : Oui attends tu regardes les HbA1c sont pas trop élevées hein. Tiens prends tous mes diabétiques. Tu peux aller là mais on peut pas écrire dedans. Tiens tu vois il est au Novomix. C'est pas moi qui lui ai donné ça. Parce qu'elle au départ, elle avait un truc qui était bizarre. Elle avait du Ozidia. Ça c'est un, qu'est-ce que c'est ? C'est quoi l'Ozidia ? Ozidia 10 et 5. C'est pas un sulfamide ? Je sais pas, elle avait un truc bizarre et c'est pas moi qui l'ai mis Ozidia. Tu vois. Et je crois qu'elle l'avait depuis longtemps Ozidia. Regarde tu fais ça, là tu t'en vas, là tu vas là, Enlève enlève tape Ozidia top top top C'est quoi ce truc ? Je me trompe peut-être. Tiens ! Alors ! Fais ta thèse et tu repasseras dans mon cabinet. Je ne savais même pas ce que c'était !

ML : sulfamides c'est pour ça

M3 : ah oui c'est pour ça. Alors tu vois c'est bien fait. Alors quand je pers la tête tu vois alors je fais "équivalence" et hop

ML : ah je m'en sers pas de ça !

M3 : Un truc qu'il faut que tu aies c'est Univadis tu t'en sers de ça ?

ML : Non

M3 : Bon alors regarde, il faut que tu ailles, parce que je peux plus avoir de Vidal. Alors tu as là et là il y a Vidal base de données. Et elle est fantastique. Donc là tu vois, là je suis Rougée Philippe, donc c'est moi. Tu fais continuer, tu te mets en bas et là tu mets " tous les médicaments"

ML : Ah oui

M3 : Je pense que l'Ozidia il est pas supprimé. Vas-y. Tape Ozidia, voilà regarde là tu as Ozidia, composition, tu as tout et après tu peux même chercher, regarde, allergologie, antiinflammatoire, c'est pratique. Je travaille avec ça plutôt que d'aller chercher... Parce que j'ai Perrine, mon interne, elle cherche toujours dans son téléphone là. Attends là je vais virer ça. Des fois pour sortir c'est chiant, il faut le faire 3 fois. Voilà

ML : Bon

M3 : Alors t'as vu Univadis là c'est pas mal, comme ça mes patient ils râlent jamais quand je cherche des médicaments, ils ne râlent jamais.

ML : Donc les IDPP4, vous n'avez pas de problèmes particuliers

M3 : non parce que je sais, j'ai pas vérifié, que ça fait pas grossir paraît-il et qu'il n'y a pas beaucoup d'hypoglycémie. Les notions que j'ai c'est ça. C'est pour ça que c'est des médicaments qui me plaisent bien. Le coût ? Je ne m'y suis pas encore intéressé.

ML : En général vous y faites attention à ça, au coût

M3 : Non

ML : Pas plus ?

M3 : Non mais par contre quand la sécu vient me voir qui me dit que je prescris trop de Crestor, j'ai tout bazardé au Tahor.

ML : Est-ce que justement le fait qu'il y ait du Janumet, enfin les associations fixes, ça vous a influencé aussi parce que c'est facile à prescrire Est-ce-que ça aussi fait que vous prescriviez les IDPP4 ?

M3 : Heu ben non parce qu'en fait comme je les donne en seconde intention

ML : Il y a déjà la Metformine

M3 : Je crois que j'ai quelques cas où j'ai mis un DPP4 en deuxième intention quand il supportait pas la Metformine. Mais je crois pas, je crois que je suis passé à un sulfamide là. Mais dans ma tête, je vois pas de bêtise à mettre un IDPP4 en première intention quand ils ne supporte pas les voilà

ML : Quand ils supportent pas, c'est par rapport à quoi ?

M3 : Diarrhée

ML : Quand un diabétologue change votre traitement ? Vous le suivez ?

M3 : Je le suis direct, tout le temps. Et après quand ça va pas je lui renvoie.

ML : Vous respectez ce qu'il dit même si c'est pas vos habitudes

M3 : Même si c'est pas mes habitudes. Je respecte.

ML : Les malades ?

M3 : Ben si si je m'en sers. Avant de leur dit si ça va pas, je leur renvoie avant de dire c'est un con. Je leur renvoie avant de dire, il se débrouille

ML : Et vos malades ?

M3 : Ils suivent, au contraire plus on s'occupe d'eux mieux c'est.

ML : Comment vous avez découvert les IDPP4 ?

M3 : Laboratoires

ML : Les visiteurs

M3 : Les visiteurs médicaux, parce que nous on les recevait très très bien. Donc les visiteurs médicaux. Après je me suis intéressé au diabète et quand la sécu vient me voir. J'adhère à leur truc. Je trouve ça pas mal que la sécu vienne nous voir.

ML : Au départ vous avez découvert les IDPP4 comme ça.

M3 : A peu près je pense aussi que c'est dans la littérature. Parce qu'on lit tellement de journaux. C'est littérature et labo

ML : Vous êtes abonné à des revues.

M3 : Zéro on la reçoit direct

ML : C'est quoi ?

M3 : Ben c'était Impact Médecine. Mais on en reçoit plus maintenant. C'était Impact le quotidien, le concours médical. Je regardais là dedans

ML : Pas le FMC

M3 : Ha si alors les FMC je les faisais aussi mais dès qu'il y avait un diabétologue. Charpentier. FMC j'y allais direct mais ça c'est les laboratoires

ML : Et vous avez été formé au IDPP4 ? Vous vous en souvenez au départ ?

M3 : Oui mais attend c'est toujours plombé hein

ML : il y a toujours un labo derrière

M3 : Bien sur

ML : Avez-vous connaissance que ces dernières années, il y a eu des grosses grosses études sur le diabète ?

M3 : Non j'ai pas le temps. Moi je fais confiance à la verbalisation du diabétologue, un peu à la verbalisation du labo, c'est tout.

ML : Maintenant qu'on a parlé un peu de ces recommandations, qu'est-ce que vous en pensez ?

M3 : Je vais les suivre. Moi je suis pour. Ça me perturbe pas. S'ils me dise qu'on met de la Metformine et des sulfamides et que ça se passe bien. Je vais le faire, si c'est les recommandations, je vais le faire. Si ça se passe pas bien, je reviendrai à mon ancien truc.

ML : Vous allez voir ça, essayer

M3 : Je changerais pas mes anciens qui vont bien mais je pourrais le faire avec mes nouveaux. Mais on est des cons nous les médecins. Je vais en faire un, en faire deux et puis après.

ML : Donc vous accordez du crédit à l'HAS ?

M3 : Non j'accorde aucun crédit. C'est leur travail. Ils ont fait ci et ça, je vais voir. Je fais confiance aux instances. Je critique d'ambly moi. Par contre, je ne comprends pas pourquoi il n'y a pas de Metformine, sulfamide associés.

ML : Si si

M3 : Non dans les médicaments Comme Janumet. Je suis étonné. Ça va venir je crois.

ML : Donc en règle générale vous avez tendance à faire confiance à l'HAS

M3 : Oui oui oui moi je fais confiance, je suis pas un critique. Moi je suis un yesman

ML : Même en ce qui concerne le diabète ?

M3 : Ben oui mais il y a eu l'affaire là, le... Ben de toute façon je l'avais jamais donné.

ML : C'était encore une autre classe le Médiator

M3 : Je l'ai jamais donné. Si une fois, c'était une femme qui avait voulu me voir, elle était stressée. Elle avait voulu une ordonnance. C'était un médecin qui lui donnait et il était pas là. Je lui ai redonné. Mais c'était avant, bien avant. Et elle était revenue me voir. Mais je l'ai rassurée il n'y avait rien. Mais sinon je ne l'ai jamais jamais donné. Là-dessus je suis bien tombé; Par contre celui d'avant, je ne sais plus comment il s'appelle, je l'avais donné pour maigrir, mais je n'ai jamais eu de problème.

ML : Donc maintenant vous faite quand même confiance à l'HAS, vous allez essayer ce qu'ils disent

M3 : Voilà, je vais essayer ce qu'ils disent. Après il va falloir que je me fasse un protocole à moi, pour m'en souvenir. Le problème c'est la souvenance. On passe de l'entorse de cheville à ci et ça, on voit beaucoup de monde pour la médecine générale, c'est assez dur quand même. Et puis on oublie, on perd un peu la tête et tout ça. Donc je vais me prendre un sulfamide et je me ferai celui-là. Avec le Diamicon c'est un bordel. Parce qu'avec le Diamicon 60, 30. Même la Metformine 1000, 500, c'est quoi ce bordel, j'ai jamais compris. Pourquoi ils ont sorti un 850 si c'est 500 ou si c'est 1000 ? C'est du délire. Ça c'est les laboratoires, ça me prend la tête. Donc là je prendrai le Diamicon. Du Diamicon 30 et c'est ça. Faut donner celui-là maintenant. Voilà, je vais faire ça. Après pour les écarts à l'objectif

ML : C'est ce que vous m'avez dit. Il y en a qui recommande pour les cibles d'HbA1c c'est ça,

M3 : Après je ferai Metformine. Je ferai comment ? Je ferais 2 Metformine. Parce que c'est ça. Jusqu'où on va avec la Metformine ? Parce qu'ils disaient 4 à un moment. On peut aller jusqu'à 4 quand on regarde la Metformine. Personne le fait parce qu'on nous dit de changer bien avant. On s'arrête à trois. Donc je ferais ça et puis voilà.

ML : Pourquoi à votre avis ils relèguent les IDPP4 plus tard ?

M3 : Je pense que c'est peut-être une histoire de coût. Dans ma tête, j'ai même pas vérifié mais c'est peut-être une histoire de coût.

ML : C'est très cher oui. Est-ce que vous avez une notion d'effets secondaires, avez-vous entendu parler d'effets secondaires avec les IDPP4

M3 : Non aucune. Je ne sais même pas s'il y en a eu. Aucune notion d'effets secondaires.

ML : Quand vous avez instauré un analogue du GLP1 qui était Byetta je crois ?

M3 : Non l'autre. Ah si c'est peut-être Byetta. En fait je l'ai fait avec le labo. Au labo je lui ai dit. Là tu vois son HbA1c, il veut pas passer à l'insuline, son HbA1c on n'arrive pas à le faire partir donc qu'est-ce que tu en penses. Elle m'a dit oui faut supprimer ci ci et ça et mettre Byetta. Et là il va bientôt passer à l'insuline.

ML : Il n'y a pas eu de problème ?

M3 : Regarde Dussouchaux...Voilà donc il a quoi lui ? Galvus, ah VictozaIl a Stagid aussi, et il a Amarel

ML : Oui il a plein de choses

M3 : Oui c'est un bordel

M3 : Tu peux voir tout là. En allant là tu peux voir consultations endocrino-diabète. Actuellement sous Victoza il est correct, il est passé à 7. Je maintiens le traitement. Alors voilà, ça c'est un bon cas. Alors lui quand je lui ai trouvé son diabète. Il a failli me quitter. Il a des problèmes de prostate. Il dit je n'arrête pas de pisser. Je dis ben oui votre prostate elle est grosse, il va falloir qu'on fasse quelque chose. Je lui dis vous buvez ? Il dit oui je bois beaucoup, je pisse beaucoup. Je lui dis c'est parce que vous buvez beaucoup que vous pissez beaucoup. Donc je fais une glycémie, découverte de diabète. Il m'en a pas voulu mais il était à deux doigts. Parce que je lui ai pas parlé de diabète. Il me dit je suis diabétique, c'est quoi ce bordel. Tu vois lui c'est intéressant. Lui je l'ai envoyé faire faire ça, ça c'est tout ce que je lui ai demandé. Endocrino-diabète. Lui il avait une albuminurie à 260 je l'ai envoyé voir le néphrologue en disant tata tata Donc lui il est sous victoza. C'est le seul qui est sous victoza.

ML : Et il n'y a pas eu de souci ?

M3 : Non il n'a pas eu de souci, sinon j'essaierai peut-être ça, mais c'est des dires d'un laboratoire. J'espère qu'ils ne disent pas de conneries. Tu vois je suis pas un critiqueur. Je le ferai peut-être et si ça va pas j'arrête.

ML : Donc ces recommandations vous les trouvez faisables.

M3 : Oui

ML : Elles vont être faciles à appliquer à vos malades ?

M3 : Oui

ML : Pourquoi pensez-vous que pour l'instant elles sont mal appliquées.

M3 : Pourquoi, parce que c'est difficile de changer les habitudes des médecins. Quand on est fatigué. C'est simple ça va être Metformine Januvia. Après il faut que je me creuse la tête pour ...Surtout une consultation à 23 € avec plein de monde. Si jamais on nous dit une consultation à ... mais tu vois là ... Mais on gagne bien notre vie quand même.

ML : Par contre vous pensez que vous allez modifier votre pratique maintenant que vous les connaissez.

M3 : Oui

ML : Quelque chose à me dire de particulier sur le traitement du diabète.

M3 : Ben moi j'ai une clientèle particulière. A 70 ans ils vendent leur pavillon et ils se cassent. C'est pour ça sous insuline je n'en ai que deux !

ML : Vous avez plutôt des jeunes diabétiques.

M3 : Voilà mais je suis pour les règles hygiéno-diététiques. Pour moi c'est activité, perte de poids. Et quand le médecin y croit, ça marche !

Entretien 4

ML : Je voudrais que vous me parliez du diabète en général

M4 : Type 2 ?

ML : Oui Type 2

ML : Comment se passent vos consultations avec vos diabétiques

M4 : quand j'ai fait le diagnostic du diabète quand j'ai fait la glycémie supérieure à 1.26. Le dosage.

ML : Oui

M4 : D'accord. Quand je le vois la première fois. Il a été prévenu normalement qu'il serait traité spécifiquement parce que c'est quand même pas un diagnostic fait de façon heu enfin c'est quelque chose qui traîne depuis quelques années souvent. Donc là je lui annonce qu'il va avoir un traitement à vie qui sera une monothérapie, éventuellement il y aura une certaine progression

dans le traitement avec probablement une prescription plus ou moins à court terme ou à long terme d'insuline. D'emblée je leur explique tout ce qui va se passer. Je leur dis qu'à partir du moment où ils sont diabétiques, ils vont être plus à risque de faire des problèmes infectieux. Donc les pieds à surveiller, les bobos à traiter etc qu'on va être beaucoup plus sévère sur leur chiffre tensionnel sur leur chiffre de cholestérol. Que d'un médicament ils risquent de se retrouver à plusieurs médicaments assez rapidement pour faire en sorte qu'ils voient leurs petits-enfants grandir.

ML : Comment ça se passe pour un vieux diabétique par exemple, que vous suivez depuis longtemps, qu'est-ce que vous faites dans ses consultations ?

M4 : Un vieux diabétique qui est déjà traité ?

ML : Oui

M4 : Depuis des années ?

ML : Oui

M4 : Sur quel plan ?

ML : Comment se passe la consultation ?

M4 : du renouvellement alors ?

ML : Oui

M4 : Ah ben heu, il se déshabille, je le pèse, ensuite il s'installe, je vérifie la tension, j'écoute le cœur, j'écoute les poumons. Une fois de temps en temps, dans l'année je vais écouter ses carotides, ses pouls périphérique, je regarde bien sur les pieds logiquement à chaque consultation. Les espaces interdigitaux, les plantes voir s'il y a des bobos. Au moment de la consultation je l'ai pesé je regarde ses dernières analyses, je regarde quand est ce qu'il a eu le fond de l'œil parce que ça en général j'oublie, donc le fond d'œil, le bilan cardio d'une manière générale et ensuite je passe à la prescription.

ML : Quand vous parlez des analyse, c'est quoi ?

M4 : L'hémoglobine glyquée trois à quatre fois par an. Tous les trimestres en moyenne. Une fois par an tout ce qui est cholestérol, hémoglobine glyquée, de temps en temps une glycémie à jeun pour voir un petit peu aussi comment est la glycémie à jeun puisqu'on sait que l'hémoglobine glyquée reflète plutôt des glycémies post prandiale, la fonction rénale, le bilan hépatique s'il est sous statine. L'examen des urines avec l'ECBU. La micro-albuminurie heu maintenant c'est plus la micro albuminurie sur 24 heures mais on fait plutôt le dosage donc le calcul de A/C l'albuminurie sur l'échantillon. Voilà, qu'est-ce que j'ai oublié d'autre.... Cholestérol, créat, iono,

ML : Le rythme de l'hémoglobine glyquée ?

M4 : Par trimestre en moyenne trois à quatre dans l'année quand ils sont vraiment bien équilibrés. Qu'ils tournent autour de 6, 6.5 voire 7 si c'est un patient de 80 ans, je ne vais pas lui faire 4 fois par an, je vais lui faire 3 fois par an.

ML : Vos cibles d'hémoglobine glyquée ?

M4 : Alors moi j'essaye de me rapprocher plutôt et surtout si c'est un sujet jeune, plutôt vers 6, en dessous de 6.5. Maintenant si c'est quelqu'un de 70-75 ans je serais peut-être plutôt aux alentours de 7. Mais c'est vrai que en dessous de 7 c'est mieux vers 6 c'est bien.

ML : Donc vous avez tendance à espacer un peu les hémoglobines glyquée, pourquoi ? Parce que les malades râlent ? Parce que ...

M4 : Non non c'est pas ça. Alors bon c'est qu'il y a des patients qui ont du mal à faire leurs examens. Tu peux leur prescrire régulièrement, tu leur sors, tu leur demandes tout ça. Il y en a qui arrivent à n'en faire qu'une par an. Maintenant pourquoi. D'abord parce que je vais être amenée à le faire trois quatre fois si je me rend compte que le diabète a tendance un petit peu à évoluer. Et trois fois pas plus si je vois que dans l'année ou les 18 derniers mois, l'hémoglobine glyquée s'est stabilisée. Et puis il y a une dernière chose quand même qu'il faut que je dise. C'est qu'on a la pression de la sécu qui veut qu'on en fasse trois à quatre par an. Alors moi quand mes diabétiques se portaient très bien. Qu'ils étaient très bien équilibrés qu'ils étaient très coopérant, qu'ils faisaient du sport et bien j'en faisais que deux. Et maintenant et bien j'en fais trois quatre si c'est nécessaire parce que la sécu me tape sur les doigts si j'en ai pas fait trois ou quatre.

ML : Ok alors je voudrais qu'on parle des recommandations qui sont sorties en janvier 2013. Vous les connaissez ? Vous les avez lues ?

M4 : Oui alors je les ai parcouru très rapidement parce que toujours en gardant la Metformine en première intention. Si elle est bien supportée pas de contre-indication face à la fonction rénale etc en deuxième intention logiquement on devrait recourir aux sulfamides.

ML : Selon les recommandations ?

M4 : C'est ce que disent les dernières reco, tout à fait. Heu , voilà. Alors ça peut être bien, ça peut ne pas être bien. C'est vrai que les sulfamides il y a quand même des risques d'hypoglycémie, donc on fera... ça dépend des sulfamides hein moi avec le Diamicon j'ai pas trop de problème, avec l'Amarel c'est une catastrophe. Donc j'utilise pas trop l'Amarel. Mais c'est vrai que les sulfamides ont une action quand même rapide sur la glycémie. Si la glycémie est assez élevée, ça va être très rapide. Elle va très vite baisser par rapport à la Metformine. Donc ça a pu m'arriver d'associer les deux dès le départ. Bon maintenant heu les

risques d'hypo sont un petit peu plus fort. Pourquoi pas les sulfamides, pourquoi pas ces nouvelles molécules qui sont sorties et pour lesquelles il y a moins d'hypoglycémie, il y a peut-être un gain un peu plus intense sur l'hémoglobine glyquée, il y a un petit peu moins de prise de poids en fonction des molécules. Bon ceci dit se pose la question des nouvelles molécules heu chères heu si c'est pour sortir du marché cinq ans après... On a été échaudé avec les Glitazones, on a été échaudé avec d'autres molécules dans d'autres pathologies et la question se pose de savoir si on a intérêt à d'emblée prescrire une molécule nouvelle ou de rester sur les anciennes.

ML : Parce qu'il y a une certaine méfiance sur les nouvelles molécules ?

M4 : C'est pas tellement de la méfiance, c'est que moi personnellement heu j'ai été échaudée plusieurs fois avec les nouvelles molécules qui sortent et qui font au bout de trois quatre ans des dégâts et qu'on est obligé de ressortir du circuit heu voilà quoi. Moi personnellement j'ai eu des patients. J'ai eu des patients qui sous Glitazones ont fait les fameuses fractures du métatarse etc et voilà. Maintenant en tant que médecin dès qu'une nouvelle molécule sort, je vais être peut-être plus, oui méfiante, je ne sais pas, en me disant bon ben si elle sort du circuit dans cinq ans j'aurais l'air de quoi. Bon maintenant quand les nouvelles recommandations sont sorties bon ben ya beaucoup de mauvaises langues ou de bonnes langues qui ont dit que c'était peut-être aussi dû au coût, puisque que les sulfamides c'est quand même pas cher alors que ces nouvelles molécules qui sortent sont quand même beaucoup plus chères.

ML : Donc vous pensez que c'est pour ça que

M4 : Je me pose encore la question. Mais ceci dit on a quand même sacrement du recul avec les sulfamides

ML : Donc vous auriez quand même tendance à les suivre ces recommandations ?

M4 : oui oui je pense que j'aurais tendance à y revenir

ML : Vous accordez votre confiance à l'HAS

M4 : oui enfin j'espère que ce n'est pas une histoire de gros sous encore une fois.

ML : Parce que vous pensez que c'est pas forcément objectif quand il y a des histoire de gros sous ?

M4 : Ha ben c'est sûr que pas objectif du tout quand c'est une histoire de gros sous. Maintenant j'espère que les membres qui constituent l'HAS ne sont pas aussi des propriétaires de ou des actionnaires de boîtes, de grosses boîtes pharmaceutiques hein.

ML : Vous pensez que ça existe ?

M4 : Ha oui. Ha ben attends, le dernier ça a été... Ils ont parlé à la télévision du traitement, d'un traitement médical, je ne sais plus lequel, ce sont les dermatos qui sont montés au créneau y avait une maladie qu'on traitait avec une molécule dont on se servait d'ailleurs en chimiothérapie et qui valait trente fois plus je crois alors qu'il y avait une molécule assez ancienne qui valait peanuts et qui était tout autant efficace. Sauf que c'était un laboratoire français je crois qui détenait les parts de marché

ML : Vous pensez qu'il peut y avoir des conflits d'intérêt au sein d'HAS, donc par rapport à leurs recommandations ?

M4 : Moi j'ai mon expérience, j'ai quand même mon expérience. Donc le diabète je pense que je le maîtrise assez. C'est vrai que si un jour j'ai envie d'essayer les nouvelles molécules, les DPP4 ou les autres chez un sujet jeune qui aura eu de la Metformine ou qui ne pourra plus supporter la Metformine, je le ferai malgré tout, je le ferai malgré tout. Mais je suis attentive aux nouvelles recommandations en me disant que les sulfamides ça fait trente, quarante, cinquante ans qu'elles ont fait leurs preuves qu'on arrive à bien les maîtriser et que pourquoi pas ?

ML : Pourquoi ces recommandations sont-elles peu appliquées ?

M4 : Les sulfamides en deuxième intention ?

ML : Oui

M4 : Parce que je pense que, c'est vrai que les sulfamides a priori on dit qu'il y a un phénomène d'épuisement du pancréas au bout d'un certain nombre d'années, qu'il n'y aurait pas avec les nouvelles molécules. Puisqu'il semblerait, alors effectivement par le mode d'action les nouvelles molécules n'ont pas de mécanisme au niveau du, n'obligent pas le pancréas à travailler de façon anormale. Donc il semblerait qu'il y ait pas épuisement. A partir de là c'est sûr que quand le sujet est jeune que dans dix quinze vingt ans il risque d'avoir un pancréas complètement épuisé, pourquoi pas lui donner cette chance de le conserver. C'est clair

ML : A l'heure actuelle votre stratégie ?

M4 : A l'heure actuelle moi ma stratégie

ML : Votre première intention

M4 : Première intention Metformine, si c'est bien supporté que le diabète n'est pas bien équilibré, assez rapidement on va passer en bithérapie

ML : Le Metformine en première intention parce que c'est une recommandation ?

M4 : ah ben oui la Metformine c'est quand même un médicament qui est bien supporté à part la diarrhée

ML : vous avez beaucoup des problèmes de tolérance avec la Metformine ?

M4 : J'en ai deux trois mais non honnêtement non. Ensuite en deuxième intention, si c'est un sujet vraiment jeune, 25-30 ans, je pense que je passerai quand même aux nouvelles molécules. Si c'est un sujet un petit peu plus âgé, 50 ans, je pense que je resterai quand même aux sulfamides.

ML : Donc première intention, Metformine seul, si ça ne suffit pas vous ajoutez, sur un sujet jeune, plutôt une nouvelle molécule ?

M4 : Voilà en espérant qu'elle ne disparaisse pas au bout de cinq six ans et le sujet un peu plus vieux et bien j'essaierais un sulfamide.

ML : Alors pourquoi en fonction de l'âge vous n'aurez pas la même stratégie?

M4 : Tout simplement à cause de l'espérance de vie. Un individu qui a 50 ans c'est vrai que l'épuisement du pancréas on sait de toutes les façons ils finiront par l'insuline. Alors qu'un sujet jeune on va peut-être essayer de lui donner un peu plus de chance. Par ce que c'est vrai que l'insuline à 30 ou 40 ans c'est quand même plus contraignant.

ML : En troisième intention ?

M4 : Alors là je fais l'inverse. C'est-à-dire que le sujet qui a Metformine plus les nouvelles molécules, j'associe le sulfamide. Sauf s'il a vraiment une hémoglobine qui traîne depuis un an à 8 8.5 et qu'il a du mal, j'en ai un ou deux comme ça, ils ont du mal à prendre leurs médicaments parce que à midi c'est difficile, ils ont des vies qui etc à ce moment-là ça fait un an que je les tance pour passer aux insulines, à ce moment-là je passe aux trithérapies enfin je passe directement à l'insuline après la bithérapie. Si ce sont des sujets avec une hémoglobine à peu près correcte enfin qui nécessite malgré tout une trithérapie et bien j'associe ce que je n'ai pas associé en bithérapie.

ML : Donc vous prescrivez des IDPP4. Des soucis avec ? Comment ça se passe ? Qu'est ce que vous en pensez de ces médicaments ?

M4 : Ben non j'ai pas de souci. Non d'autant plus qu'ils sont en association avec la Metformine, c'est quand même confortable pour le patient de prendre deux comprimés au lieu de plusieurs quoi.

ML : Donc vous êtes globalement satisfaite de ces nouvelles molécules ?

M4 : Oui

ML : Pour l'instant pas de problème de tolérance ?

M4 : Non

ML : Est-ce qu'elles ont marché au niveau hémoglobine glyquée ?

M4 : Oui dans la grande majorité des cas elles fonctionnent quand même. J'ai quand même un ou deux patients qui sont réfractaires mais tu surveilles la fonction rénale à cause de la Metformine, tu surveilles le bilan hépatique et puis voilà

ML : A part le problème d'épuisement du pancréas dont on a parlé, est ce qu'il y a d'autres critères qui vous influencent à prescrire plutôt l'un ou plutôt l'autre ?

M4 : Alors, les sulfamides ce sont les hypo. Moi j'en ai pas tant que ça d'hypo particulièrement avec le Diamicon qui est quand même une molécule pour moi qui est bien supportée. J'ai vraiment peu d'hypoglycémie. L'Amarel pour moi ça a été une catastrophe. J'en ai quand même beaucoup avec des dosages très très faibles. Donc l'Amarel je l'utilise très peu, je peux être amenée à faire des renouvellements d'ordonnance quand le patient a eu cette prescription par le diabéto et qu'il le supporte bien mais je ne prescris pas d'Amarel. Par contre le Diamicon oui. On dit que ça donne plus d'hypo que le reste. C'est vrai que moi j'ai pas tellement d'hypo a priori. Mais j'utilise le Diamicon

ML : On parlait de l'insuline. Vous le faites seule ? Vous envoyez chez le diabéto ?

M4 : Non je maîtrise bien l'insuline. Non non non Le Levemir, le Lantus Alors oui je maîtrise Lantus et Levemir les insulines basales. C'est vrai que tout ce qui est Humalog etc les Actrapid et autres heu si j'ai besoin d'introduire ça, je laisse ça au diabéto mais j'introduis moi-même Lantus ou Levemir. je maîtrise. Lantus et Levemir.

ML : Donc le schéma de base ou basal bolus, vous le maîtrisez, vous le faites toute seule.

M4 : Oui

ML : Quand vous trouvez que ça ne marche plus avec ce schéma-là, c'est à ce moment-là que vous envoyez au diabéto .

M4 : Oui.

ML : Donc finalement c'est plutôt rare, l'adressage au diabéto ?

M4 : Oui c'est rare.

ML : Pourquoi ?

M4 : Parce qu'ils ont du mal à renvoyer les patients. Particulièrement une ou deux qui étaient dans la région. Il y en a une qui

est partie. Mais au départ quand, il y a 30 ans, 28ans quand je me suis installée, c'est vrai que l'insuline c'était quand même très, on se méfiait. Je ne maîtrisais pas trop et en plus Levemir n'existait pas à cette époque. Et donc j'adressais et en fait je ne revoyais jamais les patients pour ça. Donc quand j'ai su maîtriser, j'ai suivi des formations etc, je me suis dit allez hop. Alors maintenant, ça m'arrive, ça peut m'arriver de les envoyer une fois par an chez anciennement Charpentier par ce que je crois qu'il n'est plus à Corbeille au service de diabéto . Parce que là il y avait un excellent service de diabéto, pour faire le bilan mais sinon je les fais en ville.

ML : Vous avez recours à d'autres spécialistes ?

M4 : Cardio une fois dans l'année, le fond d'œil une fois dans l'année et puis de temps en temps des soins de pédicurie quand même surtout chez des personnes d'un certain âge qui ont moins de souplesse et qui n'arrivent plus à se couper les ongles. Donc là oui je préfère.

ML : Qu'est-ce que vous pensez de l'inertie thérapeutique qu'ont certains médecins devant une mauvaise hémoglobine glyquée, repousser, en refaire une dans trois mois ?

M4 : ça sert à rien. Ça sert à rien de toutes façons maintenant il y a des protocoles comme dans l'hypertension. Pour le diabète on fait des hémoglobines glyquée tous les trois mois si les objectifs ne sont pas atteints, il faut renforcer le traitement, c'est clair.

ML : donc vous vous basez vraiment sur ça pour changer le traitement,

M4 : Je me base sur les résultats que j'obtiens au niveau de l'hémoglobine glyquée. Après j'en parle un peu au patient. C'est vrai que si le patient est difficile, qu'il a du mal à faire son régime etc enfin son régime, son hygiène de vie avec une activité sportive, malgré tout il va falloir quand même renforcer le traitement pour l'aider lui aussi. Parce que s'il ne peut pas faire autrement, il faut essayer d'agir avec des médicaments.

ML : Est-ce que vos habitudes de prescription ont évolué depuis la sortie des IDPP4, il y a cinq ou six ans quand même. Avant ça vous faisiez quoi ? C'était que sulfamide ou ...

M4 : Non c'est sûr qu'avant ça c'était Metformine, sulfamide alors il y avait l'Acarbose que j'utilisais à cette époque, que je n'utilise plus du tout maintenant et après c'était l'insuline mais là je passais la main. Parce que je ne sais pas de quand date le Lantus mais on devait à une période de transition ou le Lantus n'était peut-être pas sorti et qu'il fallait effectivement toutes les insulines. Quand les DPP4 sont sorties, bon c'est sûr que c'est tentant d'essayer une nouvelle molécule surtout qu'à cette époque quand elles sont sorties, les Glitazones existaient encore je crois. Ça fait combien, 3, 4 ans qu'elles ont été supprimées les Glitazones

ML : 2010 et 11

M4 : oui c'est ça

ML : ça a commencé en 2006 et 7 les IDPP4

M4 : oui ça commence d'abord par l'Avandamet et l'Avandia et puis après comment ça s'appelle la Pioglitazone, je crois que c'est la Pioglitazone qui a survécu trois ans après l'Avandia

ML : un an

M4 : un an ? ça a été très vite

ML : Avandia en 2010 et Actos en 2011.

M4 : Oui parce que c'était Avandia qui a eu des fractures de méta etc qui a eu des problèmes d'insuffisance cardiaque et Actos disait que avec lui ça n'arrivait pas.

ML : ça a survécu un an de plus oui.

M4 : Donc là en fait c'est vrai que au départ je me suis lancée j'ai essayé les DPP4. Après l'histoire des Glitazone sont toutes sorties complètement... C'est vrai qu'après on se posait des questions. On se disait est ce qu'on va continuer à utiliser les nouvelles molécules quoi. Ceux qui étaient déjà sous prescription, je continuais, les nouveaux heu je réfléchissais.

ML : Depuis l'arrivée des recommandations il y a un an, est ce que vous avez changé vos

M4 : Oui sûrement un petit peu oui. Quand j'hésite je vais peut-être mettre plus sous sulfamide, c'est ce que je disais tout à l'heure, si c'est un individu qui a cinquante ans à ce moment-là je le mettrais peut-être plus facilement sous sulfamide en choisissant le Diamicon plutôt qu'un DPP4

ML : Est-ce que le coût rentre dans vos critères de choix ?

M4 : Sûrement quelque part

ML : On a vu que les sulfamides sont beaucoup moins chères

M4 : oui beaucoup moins chères donc voilà

ML : Pour les IDPP4 est ce que vous trouvez que c'est facile à prescrire

M4 : Ha oui. Oui si on suit les recommandations et les bilans à faire oui.

- ML : Vous en avez entendu parlé comment au départ ? vous vous souvenez
- M4 : Les DPP4 ? Heu la visite médicale
- ML : Les visiteurs ?
- M4 : Oui je pense et puis après tu peux lire des articles soit sur Internet soit dans les revues heu Le Généraliste ou des trucs comme ça mais peut-être plus par la visite médicale parce qu'on les voit plus souvent.
- ML : Et ça vous avez tendance...
- M4 : Alors quand c'est présenté par la visite médicale, je ne me laisse pas ha non non non, c'est sûr que non, j'attends d'avoir eu les info dans des congrès ou sur des forums des trucs comme ça. Mais je ne me précipite pas parce que le visiteur me l'a présenté non. ça c'est clair.
- ML : Vous faites des FMC ?
- M4 : Oui
- ML : En ligne ? Sur place ?
- M4 : Alors j'en ai fait en ligne mais j'avoue que je préfère les faire sur place le jeudi vendredi ou le vendredi samedi.
- ML : Vous en avez eu ?
- M4 : Oui oui. J'avoue que j'étais impressionnée. C'était il y a deux ans. Donc c'est récent. J'étais impressionnée de voir le nombre de confrères, dans ces cas-là on est une cinquantaine à peu près, de voir le nombre de confrères qui ne connaissaient pas les nouvelles molécules. Le Januvia etc le Velmetia
- ML : qui prescrivent toujours Metformine Sulfamide
- M4 : sûrement et qui venaient à ce genre de FMC pour essayer de connaître j'en sais rien et j'étais stupéfaite.
- ML : et c'est à partir de cette FMC que vous avez commencé à les prescrire, que vous avez essayé.
- M4 : Ha non non non ! J'avais déjà essayé, en général je vais dans des FMC pour me former mais aussi pour me conforter dans l'idée que ce que je fais est bien ou doit être amélioré. Mais en général je l'ai déjà un peu maîtrisé.
- ML : Vous en l'aviez lu dans la presse. Vous aviez eu les visiteurs et la presse
- M4 : Les visiteurs mais après j'attends de lire des articles dans la presse.
- ML : Vous êtes abonnée à des revues ?
- M4 : Non
- ML : Quelles sont vos sources d'information ?
- M4 : Sur Internet on a Practice.Com, Univadis, donc là on reçoit tous les matins dans la boîte aux lettres. Tous les matins il y a des journalistes médicaux
- ML : Donc ça vous faites confiance ?
- M4 : Oui je pense qu'il y a un faisceau d'arguments je pense qu'ils sont plus libre de leur parole et ils disent ce qu'ils connaissent et qu'ils n'ont pas conflits d'intérêt. Je pense.
- ML : Plus sur les sites comme ça que les visiteurs ?
- M4 : Oui oui sûrement
- ML : Par rapport aux reco vous auriez tendance à suivre plutôt des sites comme ça en espérant qu'ils sont indépendants ou plutôt les recommandations de l'HAS où là on disait qu'il y a peut-être des conflits d'intérêts
- M4 : Peut-être lors de formation comme ça sur Internet, avec des journalistes qui interviewent des médecins
- ML : Parce que sur ce sujet-là, certains font des reco qui orientent plutôt sur les IDPP4 alors que les recommandations d'HAS qui tombent disent qu'il faut passer aux sulfamides.
- M4 : De toutes les façons c'est sûr que l'HAS bon ils vont vous dire les sulfamides ça fait 50 ans qu'on les prescrit, on a suffisamment de recul ça coûte pas très cher c'est bien maîtrisé. Les DPP4 ça ne fait que quelques années on n'a pas assez de recul, quelque part ils ont raison. Mais il y a peut-être effectivement une histoire de, bon c'est vrai que souvent les sulfamides valent moins cher. Donc si j'ai l'occasion de et puis je pense qu'on entend ce qu'on a envie d'entendre aussi. Si ce qu'on prescrit on nous dit que c'est bien, on continuera. C'est clair.
- ML : Vous me disiez que ça vous pose problème les molécules qui ont été retirées du marché,

M4 : Alors peut-être freiner un petit peu la prescription des nouvelles . Bon je te dis sauf si c'est un jeune patient, on en a de plus en plus , qui ont 25 30 ans même petits tout petits mais ceux-là c'est différent, et bien là je vais leur en faire profiter parce que même si je me dis qu'avec la chance que j'ai ça disparaîtra dans deux ou trois ans.

ML : Est-ce que les problèmes de la dernière décennie ont changé votre regard sur les institutions de santé ?

M4 : Sur les institutions, peut-être. Disons que je me pose des questions auxquelles je n'ai pas de réponse. Quand on voit tout ce qui sort, on est obligé de se poser des questions. Si tu veux faire de la médecine correcte, tu es obligé de te poser des questions. Malgré tout tu n'as pas les réponses.

ML : Mais ça ne vous a pas complètement dégoûtée de l'HAS ?

M4 : Non non je ne pense pas non.

ML : Passons aux effets secondaires, la Metformine ?

M4 : La Metformine c'est la Diarrhée. J'ai eu deux ou trois patients chez qui j'ai vraiment été obligé de changer parce que là vraiment ils ne pouvaient pas supporter en essayant la Metformine, en essayant le Stigid qui est un autre sel de Metformine, là d'accord. Après la tolérance c'est la fonction rénale, il faut quand même faire attention. Chez les sujets jeunes tu as quand même peu de chances d'avoir une créat ou une DFG basse voilà. Sinon j'ai eu de très mauvaises expériences avec l'Amarel qui est un sulfamide. Ma première prescription à 1 mg le type ne décollait pas, hypo sur hypo et c'est vrai que l'Amarel le peu de patients qui en prennent, j'ai beaucoup de mal à l'augmenter. Après avec l'Avandia j'ai eu ces fameuses fractures. Qu'est-ce qu'il y a d'autre. heu. La prise de poids ah ! Alors il y en a qui vont te dire que quand tu fais ton diabète tu pisses du sucre donc obligatoirement tu perds des calories, dès que tu stabilises le diabète, il perd plus de sucre donc il perd plus de calories donc il va avoir tendance à les garder. Alors maintenant avec certaines DPP4, il semblerait qu'il y en aurait une qui serait un petit moins, qui te ferait perdre 1, 2, 3 kilos moi ça j'avoue que je l'ai pas spécialement remarqué. Stabilisation du poids, c'est possible, prise de poids oui, on le voit surtout progressivement mais alors qu'on vienne me dire qu'on perd 3 kg avec une DPP4, non honnêtement j'ai jamais vu

ML : Quels sont les problèmes que vous rencontrez par rapport à vos malades ?

M4 : c'est l'activité sportive et l'hygiène alimentaire. Chez les jeunes un peu c'est difficile. Faut reconnaître que c'est contraignant. Chez les retraités, les 50 60 ans, ils sont plus près de la sortie donc ils sont plus vigilants, ils écoutent un peu plus mais malgré tout c'est ça.

ML : L'observance ?

M4 : Alors l'observance c'est essentiellement la prise du midi chez les gens qui travaillent. C'est pour ça que je leur pose la question de savoir s'ils vont pouvoir prendre 500 trois fois ou s'ils préfèrent faire 850 deux fois. Ça c'est sûr que c'est la prise du midi. Sinon en règle générale c'est bien pris. Et l'intérêt du Diamicon c'est qu'on prend toute la dose le matin.

ML : Est-ce que vous avez notion, par exemple ces dix dernières années il y a eu de grosses études sur le diabète. Vous lisez les gros essais ou les choses comme ça dans la presse ?

M4 : Non je lis la synthèse. Mais non voilà. Alors quoi te dire ? il semblerait, a priori, quand on fait le diagnostic de diabète on sait que ça fait déjà un dizaine d'années que la micro angiopathie a commencé à s'installer. Il y a une autre étude qui est sortie prouvant que lorsqu'un parent est diabétique et encore plus les deux parents diabétiques, les enfants donc avaient beaucoup plus de risque de faire un diabète et dans ces cas-là, s'il pratiquait une activité sportive d'endurance régulière dès leur plus jeune âge entre guillemet, en maintenant ça tout au long de leur vie si possible, ils avaient une chance de voir reculer l'âge d'apparition de leur diabète. Après quand j'ai commencé mais études la glycémie était à 1.40 après il y a quinze ans on l'a mis à 1.26 et on parle depuis quelques années de la mettre bientôt à 1.10. Tout ça à cause des lésions micro angiopathique je pense. Ensuite des études qui ont été faites pour prouver que l'association d'une statine et de l'aspirine chez des diabétiques bien portant entre guillemets pouvait diminuer leur risque cardio vasculaire, heu oui diminuer les risques d'accident cardio vasculaire donc a priori ce serait pas mal de mettre tous les diabétiques sous statine et sous aspirine à dose nourrisson. Que te dire d'autre heu que j'ai vu quand même le médecin de la sécurité sociale il y a une dizaine de jours, à propos de nos petits camemberts et puis de nos courbes, quand elle m'a dit qu'il fallait que j'augmente mon pourcentage de patients mis sous aspirine. J'ai dit que oui bien sûr j'allais faire un effort mais que les patients jeunes qui se retrouvent comme ça avec pas mal de comprimés, c'est peut-être un peu difficile. Elle m'a dit que, ça fait dix ans, elle était généraliste, ça fait dix ans que je suis médecin de la sécurité sociale, avant on faisait des 100% pour des complications diabétiques. On voyait très peu de complication. Et là en 3 ans de temps, alors je ne sais plus, en trois ans de temps ça avait pris 30% de complications micro vasculaires.

ML : les complications micro vasculaire, augmentent ?

M4 : oui donc c'est pour ça qu'elle m'a mis la pression pour que je les mette sous Kardegic.

ML : Elle ne vous a pas parlé des DPP4 et des sulfamides ?

M4 : Si mais elle m'a dit que j'étais un bon élève et qu'elle n'allait pas insister sur ça. Elle m'a parlé des nouvelles reco mais on ne s'est pas attardées.

ML : Est-ce que vous pensez que vous, on en a parlé, mais que vos collègues vont modifier leurs pratiques grâce ou à cause des recommandations ?

M4 : C'est difficile à dire. Parmi les collègues j'en ai qui sont très réfractaire à toutes ces instances administratives et autres et qui eux veulent pas déroger sous prétexte qu'on leur a dit ça et donc qui vont continuer dans leur voie. Il y en a d'autres qui sont un peu comme moi, un peu plus souples donc là je ne sais pas trop.

ML : ça dépend des personnalités

M4 : oui du caractère, de la personnalité de chacun. Mais quand même comme je te l'ai dit j'étais très impressionnée, il y a deux ans, alors que les nouvelles molécules la les DPP4 étaient sorties depuis au moins deux trois ans ça fait quoi cinq ans qu'elles sont sorties, six ans ?

ML : oui 6, 7

M4 : oui bon alors c'était peut-être il y a trois ans, c'était quand même très récent. J'étais stupéfaite de voir des collègues sur les cinquante, je ne dirais pas les 2/3 mais beaucoup ne connaissaient pas Velmetia Januvia etc J'étais stupéfaite.

ML : Pourtant les prescriptions d'IDPP4 augmentent.

M4 : c'est-à-dire que si effectivement ces DDP4 sont sorties allez on va dire il y a 6 ans. Peut-être que les premières années les collègues vont doucement pour voir un petit peu ce qui se passe et puis après hop quand ils ont l'aval qu'ils voient que dans les congrès on en parle, ben c'est sûr qu'après on s'y met tous. Après un an il faut voir ce que ça donne

ML : Est-ce que seriez influencée aussi , vous envoyez peu chez le diabète, mais est-ce que ça peut être ça aussi. Quand le patient revient de chez le diabète avec un DPP4

M4 : J'ai quand même l'impression qu'il y a pas mal de collègues, je le vois dans les réunions, il y a pas mal de collègues qui maîtrisent pas tant que ça le diabète.

ML : surtout pour le pour le passage à l'insuline,

M4 : Ha non non non, ça moi le Lantus, j'ai mon protocole et puis avant de passer, ça fait souvent un an que j'ai préparé mon patient en lui disant que le diabète c'est une maladie évolutive, vous y arriverez à plus ou moins court terme, je les ai déjà prévenus dès le départ de toutes les façons, donc ils savent qu'à un moment donné on va y arriver. Alors je fais intervenir une infirmière quand je sens qu'ils sont un peu réfractaires, je fais intervenir une infirmière les quinze premiers jours. Je les revoie au bout de 15 jours, je leur demande comment ça va et puis finalement ça c'est bien passé.

ML : et les GLP1 vous les prescrivez

M4 : Non non parce que ma question c'est pourquoi prescrire des piqûres quand on a l'insuline. Je l'ai dit au labo, je pense que je ne m'y mettrai pas parce que quitte à passer à une piqûre, autant passer à l'insuline d'emblée puisque je la maîtrise et puis Byetta bonjour. J'ai eu deux personnes qui l'ont eu Byetta, ça a été des vomissements, ils ont été malades comme des chiens. Donc celui-là heu et puis l'autre Victoza, je pense que je m'y mettrai pas

ML : Vous préférez passer directement à l'insuline.

M4 : ben oui.

ML : Et vous n'avez pas de notion d'effets secondaires des IDPP4, de ce que vous avez lu dans la presse etc

M4 : non

ML : Très bien je pense que nous avons terminé, merci beaucoup.

Entretien 5

ML : J'aimerais qu'on parle du diabète. Si vous pouvez m'expliquer un petit peu comment ça se passe avec vos diabétiques en général.

M5 : Question large. Donc le diabétique qui a déjà un traitement ?

ML : Oui par exemple

M5 : Donc renouvellement d'une ordonnance : je reçois le patient, je lui demande s'il y a eu des événements qui sont survenus entre les deux consultations. En général je fais des ordonnances de trois mois. Parce que j'estime que ... En plus je suis dans un quartier pluriculturel, donc il faut que j'arrive à bien contrôler le diabète. En fait je m'organise pour faire une consultation tous les trois mois et je leur demande à chaque fois de ramener une hémoglobine glyquée. Parce qu'en fait, j'arrive comme ça, je re-prescrit à chaque fois, à la précédente consultation une hémoglobine glyquée et les autres examens tous les six mois, le bilan lipidique et la créat pour certains tous les 3 mois s'ils ont une insuffisance donc rénale modérée ou sévère. Ça me permet lors de la consultation de reparler de ce qui s'est passé au niveau de leur vie familiale, s'ils ont eu une baisse d'activité, s'ils ont arrêté le travail. Pourquoi l'hémoglobine glyquée a augmenté. Bon en période de fêtes on sait très bien qu'elle va augmenter mais bon bref et ça me permet de reparler du régime alimentaire de ce qu'ils peuvent manger et de ne pas les cloisonner en pensant que bon ils me ramènent l'hémoglobine glyquée et qu'ils vont avoir une bonne note ou une mauvaise note. On parle un peu de la vie et des événements intercurrents. Déjà comme ça je commence. Si l'hémoglobine glyquée est très mauvaise ou qu'ils ne m'ont pas amené l'hémoglobine glyquée à l'examen. Je ne redonne le traitement à ce moment-là que pour un mois. Parce que si le diabète est complètement déséquilibré, et parfois ils n'amènent pas leur carnet de suivi des glycémies

capillaires du matin donc je leur redemande de refaire leur glycémie capillaire le matin à jeun bien sérieusement et le soir avant le repas à jeun et de me remonter le carnet dans le mois.

ML : Chez les diabétiques de type 2, vous leur demandez de faire des glycémies capillaires ?

M5 : Oui. Chez ceux qui ont un traitement du diabète 2 avec plusieurs thérapeutiques ils sont susceptibles de se déséquilibrer et de devenir insulino-dépendant et de changer le traitement pour une insuline lente. Eux ils ont le carnet avec glycémie capillaire. Pour les autres qui sont très bien équilibrés etc et qui ont une seule thérapeutique comme Metformine et qui ont depuis des années 6% d'hémoglobine glyquée, ils ne sont pas assujettis à la glycémie capillaire. Et pour tous ceux que je vois et que l'hémoglobine commence à augmenter et que je suis déjà à trois médicaments alors eux ils sont l'appareil et les glycémies et je leur donne le carnet. J'ai des carnets que je donne.

ML : Est-ce que vous connaissez les nouvelles recommandations de l'HAS sur le diabète de début 2013 ? Est-ce que vous en avez eu connaissance ?

M5 : Oui j'ai dû en avoir connaissance. Je pense c'est l'hémoglobine glyquée tous les trois mois, le bilan ophtalmo, alors maintenant je pense qu'ils sont revenus sur le bilan ophtalmo tous les ans mais moi je continue à le demander tous les ans parce que finalement avec le retard des consultations en ophtalmo, finalement on l'a tous les 18 mois donc je suis dans un quartier où ils ne peuvent pas payer des honoraires 2, donc ils vont souvent à l'hôpital pour faire le bilan ophtalmo donc finalement ça revient à 18 mois. Je fais tous les 3 ans les troncs supra aortique et le doppler et je fais un bilan un examen cardiaque, enfin l'électro cardiogramme et pour certain l'échographie et l'épreuve l'effort. Enfin je leur demande de voir le cardiologue une fois par an. Je regarde les facteurs de risque, tabac et alcool, voilà

ML : Sur le traitement, les nouvelles recommandations de traitement, de médicaments ?

M5 : Donc heu les nouvelles recommandations..... pour moi c'est toujours la Metformine en première Ah oui ! si si, c'était Metformine en première intention si le patient est pas donc heu insuffisant rénal sévère et insuffisant hépatique et pas d'insuffisance respiratoire et on rajoute donc le Glimépiride enfin les Sulfamides hypoglycémiant en deuxième et après donc ce sont les inhibiteurs là. J'ai pas parlé dans les recommandations le bilan lipidique avec le LDL inférieur à 1g

ML : Oui. Effectivement, dans ces recommandations on parle de Metformine en première intention et ensuite d'ajouter le sulfamide mais pas un inhibiteur de la DPP4

M5 : Non, c'est ce que j'ai dit, ça n'arrive qu'en troisième position

ML : Voilà donc je voulais savoir ce que vous pensez de ça. Votre avis général sur ces recommandations

M5 : Je trouve que pour pas mal de patients ça marche à condition qu'il y ait quand même un effort dans l'alimentation. Il faut quand même que le régime soit présent. C'est pas obligé parce moi je le vois avec mes patients ils mangent des choses variées culturellement puisque je suis dans un quartier avec des cultures différentes et mais je leur explique la façon dont ils doivent manger en particulier le repas du soir qui doit être quand même plus allégé que le repas du midi. Malheureusement dans notre société c'est vrai qu'on est jamais ensemble à table le midi et que c'est vrai que le repas du soir est un repas familial et plus conséquent. Et donc j'insiste plus particulièrement sur l'effort physique. Je leur demande pas d'aller s'inscrire dans les salles de gym. Mais je leur explique comment ils peuvent augmenter leur activité physique. C'est-à-dire pour ceux qui prennent le métro en période d'été prendre, descendre deux stations plus loin. Monter les marches de leur escalier chez eux etc. Comment ils peuvent augmenter leur, et j'en ai même qui ont pris le VELIB pour aller travailler. Et ça effectivement l'effort physique fait bien baisser la glycémie.

ML : Est-ce que vous vous souvenez quand vous avez pris connaissance de ces recommandations. Comment ? Par Internet, des collègues

M5 : On a des soirées avec des diabétologues

ML : C'était probablement une FMC, ce sont vos sources d'informations principales ?

M5 : Non, les journaux

ML : Oui, la presse, vous êtes abonnée ?

M5 : Oui, le Quotidien, le Généraliste. Après les congrès et puis après mon DPC, les DPC que je fais... C'est les formations. On a des journées mais je les fais pas effectivement par Internet mes DPC

ML : Est-ce que vous vous souvenez si ces recommandations ont eu une influence sur votre pratique ? Qu'est-ce que vous en avez pensé à ce moment-là ?

M5 : C'est ce que je faisais déjà. Mais ça rappelle bien comment bien se concentrer, il ne faut pas se précipiter sur deux thérapeutiques, voilà, commencer à

ML : Bien hiérarchiser ?

M5 : Oui bien hiérarchiser, je trouve que c'est bien qu'elles existent.

ML : Vous êtes d'accord avec elles. En règle générale vous les remettez en question ou pas ? Vous avez tendance à les suivre ?

M5 : Oui je trouve que c'est sensé

ML : Comment vous représentez vous les institutions de santé ? Vous pensez que c'est qui l'HAS ?

M5 : C'est vrai que je me la représente mal. Pourquoi parce qu'on a un délégué de la sécurité sociale qui vient chaque mois et qui nous présente des diagrammes avec nos performances et effectivement, on a l'impression que l'HAS est liée au conseiller, au médecin, enfin même pas un médecin donc au conseiller de la sécu. Mais en fait je trouve que c'est un groupe de médecins qui heu alors pour le diabète, c'est un groupe de médecins je pense, représentés pour le diabète par des cardiologues, diabétologues, qui travaillent et qui s'appuient sur des études.

ML : Alors justement les études. Est-ce que vous avez souvenir, est ce que vous lisez les études qui paraissent dans la presse ?

M5 : Oui on les lit parce qu'il y a eu la polémique sur les statines, donc on les lit pour heu... Oui on est quand même heu, pour les insulines lentes on a quand même pas mal d'études mais elles font partie des articles en fait

ML : Oui, est ce que vous avez souvenir qu'au début des années 2000, il y a eu plusieurs gros essais cliniques sur le diabète qui ont remis en cause le fait de traiter d'une manière intensive ou pas ? Ça vous dit quelque chose ?

M5 : non, en 2000 ?

ML : Un peu plus, 2007, des études anglaises notamment, ils faisaient un bras traitement intensif, un bras traitement normal, et finalement le bras en traitement intensif n'avait pas de baisse des complications macrovasculaires du diabète voire dans certaines une surmortalité. Donc ça a ouvert des questions. Ça a ouvert plusieurs pistes là-dessus

M5 : Mais je pense que c'est comme pour le cancer maintenant on a différentes thérapies géniques ciblées. On a peut-être pas encore ciblé les gens qui allaient faire des complications graves du diabète et probablement dans les années futures peut-être qu'il y aura des tests pour cibler plus particulièrement ces gens-là qui feront des complications graves de rétinopathie parce qu'il y a quand même encore des gens qui perdent la vue; des complications coronariennes artérielles des membres inférieurs etc. donc parce qu'effectivement il y a des gens qui n'ont pas vraiment, qui ne se sont pas rajouté des facteurs de risque comme le tabac et l'alcool et qui malgré tout on voit qu'ils s'aggravent au niveau de la fonction rénale alors qu'ils ont une hypertension bien traitée, qu'ils ont un cholestérol bas et que leurs glycémies sont bonnes dont effectivement il reste encore plein d'inconnus

ML : Quand vous avez lu ces recommandations l'année dernière, elles vous ont parues bonnes.

M5 : Oui

ML : C'était déjà ce que vous faisiez.

M5 : Oui

ML : Elles sont faciles à appliquer en pratique ?

M5 : Oui il faut s'entourer d'explications

ML : C'est à dire

M5 : C'est-à-dire, je pense qu'on ne peut pas se permettre de donner un traitement comme ça avec une ordonnance, prenez ça et ça. Déjà j'explique bien, à la fin du repas, le Metformine je l'introduis souvent sur une semaine. Il n'y a pas de précipitation. Il faut qu'il soit bien toléré. C'est vrai qu'une intolérance digestive, s'il y a des diarrhées etc les gens sont réfractaires et je le comprends très bien donc je ne veux absolument pas qu'il y ait des effets secondaires. Qui dit effets secondaires dit non compliance à un traitement. C'est pour ça que je suis très attentive et je leur dis toujours de m'appeler s'il y a un souci avec le traitement. J'explique pourquoi j'introduis un premier médicament. Si je suis obligée d'introduire un deuxième médicament je leur dis pourquoi. Je veux atteindre des objectifs et dans ces cas-là les gens acceptent le traitement. Ils savent maintenant l'implication du diabète. En fait quelle que soit la culture, il y a des gens qui sont particulièrement, des gens qui viennent d'un pays maghrébin ou d'Afrique du Nord, ils savent que pour le diabète ils sont dans une zone à risques et ils ont tout à fait conscience de ça. Je dirais que les moins conscients c'est le bon français, bon mangeur, bon vivant. j'ai l'impression qu'il a moins conscience que ça peut lui arriver.

ML : Ils ont moins peur

M5 : Oui

ML : Vous me parlez de la presse. Si par exemple l'HAS recommande tel traitement mais que les articles ou FMC recommandent autre chose vous auriez tendance à suivre qui ? C'est un peu au cas par cas, ça dépend de chaque traitement. Mais si vous devez avoir une préférence ?

M5 : Les FMC sont toujours, se calquent toujours, nous rappellent toujours les recommandations HAS et ne sont jamais en désaccord avec elles. Ça je crois qu'il y a un consensus là-dessus. Je sais même pas si elles auraient le droit d'émettre un avis heu, je sais pas parce que les FMC, elles sont supervisées, c'est pas n'importe quoi. Donc je ne pense pas qu'on ait le droit d'émettre un avis heu. Peut-être de nuancer.

ML : Vous pensez qu'elles sont supervisées par les institutions?

M5 : Peut-être pas supervisées mais une formation continue doit quand même remplir des objectifs

ML : D'accord mais tout en restant indépendantes quand même

M5 : oui, elles doivent rester indépendantes

ML : Pouvez-vous m'expliquer un peu plus en détail votre stratégie thérapeutique. Donc vous commencez par rappeler les règles hygiéno-diététiques ensuite ? Sur une découverte de diabète.

M5 : Sur une découverte de diabète. Après je demande les antécédents familiaux, je demande si par exemple si le père, si c'est un homme, si le père est décédé, s'il est décédé d'un infarctus. Pour bien mesurer les facteurs de Risques. J'essaie de voir aussi les autres facteurs de risque qui sont particulièrement délétères pour le diabète, en particulier l'alcool et le tabac. Après je parle du régime et je leur dis qu'il faut qu'ils se traitent. La question en général c'est : " Est ce à vie docteur ?" En général, il est rare que ça ne soit pas à vie.

ML : C'est parfois difficile à encaisser pour le malade

M5 : Oui mais je leur explique à ce moment-là que quand ils étaient jeunes ils se faisaient vacciner pour pas être malade et que prendre des médicaments c'est à la fois se traiter mais c'est aussi prévenir certaines complications et que dans ces cas là il faut le prendre comme un outil pour ne pas se retrouver dans une situation délicate. Je leur décris pas un tableau de noirceur. Il ne faut pas que la médecine fasse peur surtout pas si je veux qu'ils reviennent me voir. Si je fais peur à la première consultation ils vont m'échapper, enfin ils vont échapper à la médecine. A moi c'est pas grave, mais ils vont échapper à la médecine si on leur fait peur. Mais je leur dis que quand même le traitement c'est un traitement préventif des complications et je leur explique que le diabète peut entraîner des problèmes, aux yeux aux reins et que ce sont des organes vitaux dont on a besoin et qu'il faut garder le plus longtemps possible intacts.

ML : Quels sont les principaux problèmes rencontrés avec vos malades ?

M5 : Les principaux problèmes rencontrés je pense que c'est le diabétique très gourmand.

ML : les écarts de régimes

M5 : Oui, le sucre, les fêtes, l'alcool, le diabétique et l'alcool en plus ça lui donne un surpoids, ça aggrave. ça peut entraîner des problèmes cardiaques, ça augmente son sucre donc eux sont vraiment... quand la personne est assez concentrée sur son corps, et sur son physique etc c'est vrai qu'elle a moins de mal à faire son régime mais la personne qui pour laquelle donc être gros n'est pas en soi un problème est moins enclins à faire un régime. Il l'aurait fait avant d'ailleurs.

ML : Donc quand les règles hygiéno-diététiques ne suffisent pas, vous commencez par la Metformine,

M5 : Oui

ML : A deux grammes directement, moins que ça ?

M5 : Tout dépend de la découverte de la glycémie. Si c'est une glycémie à 1.30 ,1.40 à jeun avec 6.6 ou 7 d'hémoglobine glyquée, là je peux commencer à du 500, et voir déjà ce que ça donne au bout de deux mois de traitement plus le régime. Si je vois que c'est quelqu'un qui a fait quand même de gros écarts de régime c'est-à-dire que s'il y a des choses qu'il peut vraiment supprimer sans se priver, parce qu'il y a des gens qui boivent 1 litre de Coca Cola par jour, donc là parfois c'est très facile de supprimer, de leur dire comment remplacer, qu'ils aient pas ce sentiment de frustration. Parce qu'il ne faut pas frustrer un malade. Enfin un malade potentiel, parce que là il n'est pas encore malade.

ML : d'accord

M5 : Et après si je vois que l'hémoglobine glyquée n'est pas revenue à des taux satisfaisants, je passe à 850 voire 1g deux fois par Jour.

ML : Est-ce que vous avez des problèmes avec la Metformine

M5 : Non mais je pense que de plus en plus le prescrire de façon progressive c'est mieux. Pour la personne qui est tout le temps constipée. Pas de problème, à la limite il va être content parce qu'il va trouver que son transit va être régularisé mais pour la personne qui a un intestin irritable, alors là je fais très attention parce que je dis de prendre bien en fin de repas, de commencer par un comprimé. Si au bout de cinq jours, ça va bien qu'il n'a pas de problèmes intestinaux, je le préviens quand même qu'il peut avoir un peu de diarrhée, qu'il faut pas qu'il s'en inquiète parce qu'il faut que le corps s'habitue mais qu'il faut y aller progressivement. Donc on attend quand même le sixième jour pour introduire le deuxième médicament.

ML : Donc pas trop de problème en faisant comme ça, progressivement

M5 : Progressivement. Parfois quand c'est un peu difficile, je rajoute du Smecta s'il a l'habitude de prendre du Smecta ou des gélules de Tiorfan. Si c'est vraiment pas possible, bon voilà.

ML : Quand vous en êtes là. Donc vous refaite une hémoglobine glyquée quelques mois plus tard

M5 : Oui, trois mois

ML : Si elle est toujours pas bonne ?

M5 : Si elle est toujours pas bonne donc soit j'ai pas donné la bonne dose de Metformine et on peut en rajouter un troisième.

ML : Pour aller à 3g. Vous ajoutez celui du midi

M5 : Oui, mais je fais toujours attention si la personne peut le prendre. Parce que la compliance à midi, c'est toujours très compliqué. On mange dehors, ou on mange pas, donc ça c'est, ça peut poser problème, le troisième comprimé. Et en plus dans le psychisme, la prise du midi, c'est toujours un peu embêtant. Quand la personne est à la maison, elle s'en moque. Mais si c'est une personne active, elle n'aime pas avoir ses boîtes sur elle. Donc parfois on est obligé d'aller vers le Sulfamide Hypoglycémiant, un comprimé le matin.

ML : Donc quand vous arrivez à la bithérapie, vous mettez un sulfamide systématiquement ? C'est votre plan ?

M5 : oui

ML : Est-ce que vous avez des problèmes avec les sulfamides

M5 : Non. Je fais attention. Effectivement à la personne âgée. Je n'aime pas les Sulfamides hypoglycémiant à partir d'un certain age, parce qu'elles sont seules à la maison et puis qu'elles peuvent vite faire une hypoglycémie parce que parfois elles s'arrêtent de manger et on n'est pas là derrière. Et ça, ça peut être dangereux. La personne âgée c'est heu. Mais autrement non je trouve que ça va.

ML : ça vous satisfait. Vous trouvez que c'est un bon médicament.

M5 : Oui je suis assez fidèle au glimépiride, Amarel.

ML : Pas de problème particulier avec ?

M5 : Non je trouve que ça se donne en un comprimé. C'est assez simple. Il le prend avec son Metformine du matin et que dans le diabète l'essentiel comme c'est un traitement constant, il faut que ça soit très simple. Une prise le matin, une prise le soir et que on commence pas à embêter les gens avec un médicament trop compliqué.

ML : C'est pour ça que vous préférez, enfin que vous mettez des sulfamides en seconde intention.

M5 : Oui

ML : Cette stratégie-là, elle a évolué ? Avant, je sais pas, il y a dix ans est ce que vous aviez une autre stratégie ?

M5 : Avant on utilisait plus le Glibenclamid, Dahonil donc ça nous obligeait à avoir plusieurs prises. Matin midi et soir. Effectivement celui-ci a simplifié quand même les choses

ML : Vous n'avez pas recours à d'autres classes d'antidiabétiques ?

M5 : Si, quand il m'amène son carnet de diabète, de surveillance du diabète et que je vois que les glycémies sont très élevées après les repas et que le Glimépiride n'entraîne pas heu alors je change pour le Novonorm. Si la glycémie post prandiale très élevée.

ML : D'accord si vous voyez ça sur son carnet vous vous arrêtez le sulfamide et vous mettez du Novonorm ? C'est ça ?

M5 : Oui, je peux arriver. Ou alors parfois je suis obligée de le rajouter

ML : En fonction de quoi ?

M5 : En fonction toujours de cette hémoglobine Glyquée

ML : Donc là on arriverait à trois médicaments

M5 : Donc là il faut vraiment que. Mais enfin, je suis généraliste et ça fait 20 ans que je suis là, 23 ans, vraiment vieille hein. Et donc je connais bien mes patients et je sais très bien ceux qui peuvent accepter et le prendre et ceux qui ne pourront pas ils ne seront pas compliants. On ne peut pas rendre quelqu'un compliant s'il n'a pas envie de prendre ses comprimés. Donc pour les gens qui sont très déséquilibrés en hémoglobine glyquée, qui ont un diabète qui se déséquilibre, bon après on peut rajouter un Analogues que je donne avec l'association Metformine en un seul comprimé. C'est le Velmetia

ML : Donc ça vous les donnez à quel moment ?

M5 : Quand je vois que l'hémoglobine glyquée continue à augmenter malgré le Metformine plus Amarel ou Metformine et Novonorm quand je vois

ML : Donc en troisième lieu, à ce moment-là vous ajouter les inhibiteurs de DPP4

M5 : Oui si le patient n'est pas insuffisant rénal

ML : Est-ce que vous avez eu des problèmes avec ce médicament-là. Qu'est-ce que vous en pensez ?

M5 : Alors je ne les utilise pas en injection. Parce que j'ai pas vraiment l'habitude on nous a pas vraiment appris. Les diabétologues se réservent vraiment cette stratégie là et dans les formations continues, elle n'arrive pas aux généralistes. Je les connais mais j'ai l'impression que les diabétologues se le réservent. Bon pourquoi pas. Alors je trouve que chez certains ça peut aggraver les problèmes digestifs

ML : Les IDPP4 ?

M5 : Oui. Ça peut aggraver. Alors ils le décrivent sous forme de flatulence de maux de ventre, d'intestin un peu irritable, de diarrhée. Pour certain et bien écoutez finalement l'hémoglobine glyquée redevient stable et s'améliore et c'est mieux. Mais on est obligé souvent de garder le sulfamide.

ML : Oui vous l'ajoutez. Ce n'est pas à la place du Sulfamide. S'il y a une vraie intolérance à la Metformine ? Donc on revient à la première ligne du coup. Qu'est-ce que vous faite dans ces cas là

M5 : Si le patient est suffisamment jeune il peut bénéficier d'un traitement par sulfamide hypoglycémiant et on peut le voir simplement et on voit ce que ça donne avec l'hémoglobine glyquée. S'il est âgé, la seule solution c'est les insulines lentes.

ML : Donc vous passez directement à l'insuline chez les gens âgés.

M5 : A ce moment-là je mets en place une infirmière qui vient, soit il arrivera tout seul à le faire son injection, mais en général ils ont une infirmière pendant un mois, avec la glycémie capillaire et pour doser, pour ajuster la Lantus ou le Levémir. Alors généralement ils l'ont le matin parce que les infirmières ne se déplacent plus bien sûr.

ML : Pourquoi vous passer directement à l'insuline dans ces cas-là.

M5 : Parce que quel est l'autre choix ? Ah si j'essaie parfois on a, à la place du Metformine, le Stagid. Oui j'ai oublié celui-ci. Qui est parfois mieux toléré donc je refais un essai s'il y a vraiment une intolérance au Metformine, avec le Stagid et parfois ça marche

ML : Vous n'aimez pas donner des Sulfamides seuls aux gens âgés. Et pour ce qui est des autres classes ?

M5 : Les Analogues ?

ML : Oui par exemple.

M5 : Les Analogues. Uniquement un Analogue. Je le fais pas

ML : Une raison particulière ?

M5 : Dans ma tête ça va pas marcher. J'ai peut-être tort. J'ai jamais essayé. Et il faut qu'il ait quand même une fonction rénale bonne et les personnes âgées c'est médiocre. Pas toujours mais enfin si elles sont hypertendues ou autre

ML : Pourquoi vous ne voulez pas donner des Sulfamides seuls aux gens âgés ?

M5 : Parce que avec le gliclazide qui était le Diamicon mais lui il a une demie vie très longue. J'ai quand même eu des hypoglycémie et des chutes et ça, ça m'a vraiment inquiétée et même avec l'Amarel et le Glimépiride, j'ai déjà eu des crises d'hypoglycémie sévères hein ! Avec besoin d'être hospitalisé.

ML : Et vous n'avez pas eu de cas comme ça avec les associations Metformine Sulfamide ? C'est dans la bithérapie ?

M5 : Si, aussi mais là quand on donne qu'un sulfamide hypoglycémiant on est obligé d'avoir des doses d'Amarel plus élevées qu'avec l'association.

ML : Est-ce que vous avez une notion dans des études notamment, des effets secondaires des inhibiteurs de la DPP4 ?

M5 : Donc, nocives pour le rein, je crois qu

e ça peut entraîner les hépatites. C'est principalement des hépatites.

ML : il y a eu des cas de pancréatites

M5 : ah oui, des pancréatites, il faut contament réviser.

ML : Avec l'apparition des IDPP4 qui sont rentrés, dans certains cas, dans votre stratégie thérapeutique. Ça a fait évoluer votre stratégie thérapeutique. A ce moment-là, qu'est-ce qui vous fait préférer, quand arrive la nécessité de la bithérapie, les sulfamides aux inhibiteurs de DPP4 ?

M5 : Heu la possibilité de donner une association dans la même molécule. Je trouve que c'est intéressant.

ML : OUI pour les IDPP4

M5 : Oui, ça remet toujours la simplicité du traitement

ML : C'est facile à prendre

M5 : Et peut-être sur le long terme. Une hémoglobine glyquée qui devient plus stable qu'avec simplement Metformine et Sulfamide Hypoglycémiant. Je trouve que l'hémoglobine glyquée reste plus stable. Parce que je trouve qu'à un moment avec le Sulfamide et le Metformine, j'ai l'impression qu'il y a un effet d'échappement. Au bout d'un an on va revenir de nouveau avec des glycémies qui remontent. Alors qu'avec les Analogues j'ai l'impression qu'on maintient plus longtemps des équilibres glycémiques.

ML : Pourquoi, vous me disiez que vous préféreriez donner en deuxième ligne un sulfamide ?

M5 : Parce que c'était les recommandations de l'HAS

ML : D'accord, pour suivre les recommandations.

M5 : C'est vrai qu'on nous dit de faire ainsi. Donc après heu je me dis que je n'ai peut-être pas toutes les données heu pour choisir moi-même. Puisque ce sont des recommandations. C'est vrai que je ne suis pas médecin chercheur.

ML : Vous leur faites confiance parce qu'ils ont plus de données

M5 : Oui

ML : Même si vous pensez que les inhibiteurs de DPP4 sont plus simples.

M5 : Ils sont plus simples.

ML : Pour suivre les recommandations vous avez tendance à mettre le Sulfamide quand il faut une bithérapie. Alors encore une fois est ce que ça, ça a évolué. Donc Metformine, Sulfamide, IDPP4 est ce que ça a évolué depuis. Vous m'avez dit que vous intégrez les IDPP4 en troisième ligne depuis qu'ils sont sortis donc 2006 ou 7 est ce que là depuis les recommandations de 2013. Est-ce que vous avez modifié votre stratégie ou finalement pas tant que ça ?

M5 : Ben au départ je les connaissais pas bien. Donc effectivement on ne prescrit pas. On a du mal à prescrire quand on connaît pas. Il nous faut quand même pas mal de formations d'explications. Parce qu'au départ c'était quand même un tout nouveau médicament et quels sont nos moyens d'information ? Les laboratoires quand ils viennent c'est médiocre. Donc il faut quand même avoir plusieurs formations. Moi, quand une molécule sort, je mets au moins un an avant de réagir, avant de la prescrire et de me dire que je peux la maîtriser.

ML : Pourquoi, Vous attendez d'en avoir entendu parler par les confrères ?

M5 : Oui, de voir les articles

ML : Donc c'est pour ça que vous avez peut-être attendu un petit peu avant de prescrire ça.

M5 : Oui je pense.

ML : Comment vous les avez découverts c'est fameux inhibiteurs de DPP4 ?

M5 : Les différents labos organisent des soirées où ils les présentent, les formations continues et les journaux.

ML : Notamment les soirées des labos, Qu'est-ce que vous en pensez quand on vous présente des nouveaux médicaments dans ces soirées là ?

M5 : Je trouve que c'est aussi le vœu des médecins que je rencontre, qui n'est pas forcément le mien. J'aimais bien savoir, la physiologie comment ça marche etc et je trouve que ce chapitre là ils ne le font pas mais c'est vrai que la plupart des médecins ne veulent pas en entendre parler aussi. Mais moi je le regrette. Je trouve que c'est très important de savoir le mode d'action etc et cette partie-là est toujours bâclée, mal faite, on a l'impression d'être des gens qui n'ont jamais été des scientifiques et ça, ça m'agace un peu. Après on a toujours un cadeau, avec un lecteur de glycémie

ML : Et pour les visiteurs médicaux. Ils sont plus convaincants ?

M5 : Non moi je les reçois parce qu'il faut pas être désagréable et puis il faut toujours quand même être au courant. C'est une information finalement rapide. En cinq dix minutes qui peut me remettre des choses rapidement. Parce qu'on a toujours besoin d'avoir des petits rappels.

ML : Vous me disiez que vous instaurez l'insuline lente toute seule, dans quel cas vous envoyez au diabète ?

M5 : Dans quel cas j'envoie au diabète,

ML : Si vous envoyez

M5 : Finalement, dans quel cas j'envoie au diabète. Très rarement, j'ai eu affaire. J'ai eu plus affaire au diabétologue pour changer les insulines pour les gens de type 1 et pour ceux de diabète de type 2 j'envoie rarement parce que finalement quand je vois qu'il y a vraiment un véritable déséquilibre. Je prends rendez-vous en hôpital de jour à Saint Antoine ou à Saint Louis et je leur demande ce qu'ils en pensent. S'il faut pas le passer à l'insuline lente et donc ils passent comme ça en hôpital de semaine et j'en profite pour leur faire faire le bilan complet. Dès que je sens vraiment un gros déséquilibre dans le diabète et qu'il peut y avoir un risque cardiovasculaire majeur ou chez une personne âgée chez qui le rein commence, la fonction rénale s'aggrave et qu'elle est poly médicamenteuse pour autre chose, donc là j'hésite pas à faire l'hôpital de semaine.

ML : Est-ce que le coût des traitements rentre dans vos critères de choix ? Quand vous faites vos ordonnances ?

M5 : Alors j'avoue que je prescris les génériques hein.

ML : Surtout, toujours sur le même choix, les Sulfamides ou DPP4 ?

M5 : Oui, alors je sais qu'effectivement les DPP4 sont bien plus chers mais non. J'estime que le confort du patient est bien plus, il viendra moins consulter, il sera plus compliant et l'un dans l'autre il n'aura pas trop de complications s'il prend bien son traitement et l'un dans l'autre la sécurité sociale doit s'y retrouver.

ML : ça veut dire que vous pensez par exemple qu'il vaudrait mieux donner des IDPP4 même s'ils sont plus cher ?

M5 : Oui, parce que s'ils sont mieux pris, à terme on fait quand même des économies. Il vaut mieux penser à la sécurité sociale, en terme de coût d'une ordonnance mais en terme de prévention et c'est effectivement là où on est pas du tout en accord avec les gens qui viennent nous présenter nos diagrammes. C'est que nous en tant que généraliste normalement on doit avoir, notre objectif c'est de prévenir, c'est pas de traiter, c'est de prévenir enfin dans ces maladies chroniques. Si on n'a pas ça en tête, voilà

ML : Est-ce que vous pensez que c'est à cause de ça que l'HAS relègue les IDPP4 en seconde intention pour la bithérapie.

M5 : Oui je pense que c'est quand même un objectif financier.

ML : Oui vous pensez que c'est à cause de ça que les sulfamides sont préconisés en seconde ligne ?

M5 : Je pense, non ?

ML : Probablement en partie, dans le texte long, ils l'écrivent noir sur blanc, et on a pas assez de recul sur les inhibiteurs de la DPP4, ils un peu sont trop récents.

M5 : Ils sont récents donc on ne sait pas les effets à long terme de ces médicaments là

ML : Et chers donc dans le doute on préconise de prescrire plutôt des sulfamides.

M5 : C'est comme les antihypertenseurs, au départ les gens étaient sous diurétiques et maintenant ils ont des IEC ou les sartans.

ML : Donc là finalement on revient aux vieux médicaments entre guillemets sur les dernières recommandations. Est-ce que vous vous serviez des Glitazones, Actos et Avandia ?

M5 : Non, J'ai toujours eu très peur de ces médicaments.

ML : Pourquoi ?

M5 : Parce que les effets cardiovasculaires étaient vraiment bien notés donc rien que ça. Et je pense qu'il y a plein de choses qui peuvent nous échapper chez un patient. Avec un patient voilà il peut avoir envie de voyager enfin je sais pas, y a plein de choses qui nous échappent chez un patient. Il est pas tout le temps avec nous. Un patient présentant un essoufflement une douleur dans la poitrine pour certains ils attendent et se disent que ça va passer. On a quand même plein d'inconnus. Ces inconnus-là moi j'ai peur de faire prendre un risque à des patients. Mais je comprends qu'ils ne viennent pas me voir toutes les cinq minutes.

ML : Finalement le temps vous a donné raison vu qu'ensuite il a été retiré du marché.

M5 : Voilà, et puis il faisait prendre beaucoup de poids. J'en avais eu un ou deux et ils avaient pris 5 kg très très rapidement. Après il y avait aussi le glucor que je n'ai jamais utilisé, trop de problème de tolérance digestive.

ML : Est-ce que c'est ce genre de problème qu'il y a eu par le passé, qui fait que maintenant vous êtes plus réticente au départ à prescrire de nouvelles molécules ?

M5 : Non j'ai toujours été réticente, au départ. Comme je ne connais pas, je ne vais pas me lancer dans quelque chose que je ne connais pas. J'attends que les confrères écrivent leurs expériences qu'on ait un petit peu de voilà pour voir

ML : Un peu plus de recul.

M5 : Oui

ML : Qu'est-ce que vous pensez de l'inertie thérapeutique qui a été pas mal étudié dans le diabète le fait que les médecins, certains médecins aient tendance à repousser, faire encore une hémoglobine glyquée, on revoit dans un mois avant d'augmenter le traitement

M5 : Je pense que c'est un peu une ancienne génération de médecins quand on disait aussi qu'un tension à 15/9 ou 16/10 on disait aussi ho ben voilà ça va baisser et avec le diabète je pense que c'est le même processus qu'avec l'hypertension. On ne se rend pas compte des effets délétères de cette maladie. Avec mes patients je leur dis bien que s'il y a un médicament à ne pas arrêter c'est bien le médicament de l'hypertension mais pour l'hypertension, je leur explique l'effet nocif de l'hypertension et pour le diabète je leur dis également que ça va avec l'hypertension. Tout médicament doit être une prévention. Mais je pense que les gens de l'ancienne génération. Enfin ma génération pourtant moi j'ai pas été tellement formée à ça. Peut-être que c'est aussi une forme de structure de se dire oui c'est pas grave. J'ose pas dire qu'ils ne sont pas responsables de leurs patients ça serait vraiment terrible de dire ça. Moi je trouve que quand ils viennent consulter c'est déjà bien et qu'il faut qu'on leur donne à eux les moyens de se soigner le mieux possible et leur donner la notion que la santé c'est pas le médecin mais c'est eux dans leur suivi dans ce qu'ils veulent. Peut-être qu'en laissant trainer on donne pas assez au patient le choix de bien prendre en charge sa santé. J'aime pas laisser trainer.

ML : Vous avez tendance à mettre les sulfamides pour suivre les recommandations. Est que ce dont on va parler maintenant le fait qu'il y ait eu plusieurs retour en arrière de la part de l'HAS avec le Glitazone et les autres problèmes, est ce que ça, ça n'a pas réduit la confiance que vous accordez à l'HAS

M5 : C'est vrai que maintenant que j'ai vu des gens sortir de l'hôpital de semaine enfin quand ils vont dans ces services de diabétologie. C'est vrai que souvent finalement, les DPP4, on leur donne d'emblée sans passer par les sulfamides

ML : Les diabéto ont tendance à faire ça

M5 : Oui les diabéto ont plus tendance à faire ça que le généraliste. Je trouve qu'il y a une différence entre nous et les diabéto. Alors voilà c'est vrai. Mais c'est dommage qu'ils ne fassent pas en sorte de revenir sur cette attitude-là, à revenir sur cette stratégie. Parce que si on perd du temps à prescrire des médicaments pour rien

ML : Pourquoi à votre avis il y a ce décalage entre les généralistes et les diabéto ?

M5 : Peut-être parce que la molécule en elle-même les a tout de suite séduits et qu'ils ont quand même plus d'information au niveau des études

ML : Oui on peut imaginer qu'ils lisent plus les études sur le diabète que les généralistes

M5 : Oui ils ont des études plus performantes que celles qui nous arrivent à nous dans nos journaux. Ils ont peut-être moins peur des médicaments nouveaux qu'un généraliste en ville. Parce qu'il y a plus de diabéto qui sont à l'hôpital et donc un hospitalier a quand même moins peur de médicament qu'un généraliste qui exerce en ville donc ça, ça peut y faire. Après ils ne voient pas toujours les mêmes patients que nous. Puisque je vous dis que nous les personnes âgées, on les voit et que ces molécules-là ne peuvent pas être prescrites en cas d'insuffisance rénale donc

ML : Oui il y a forcément un biais de recrutement de la patientèle

M5 : Oui sûrement aussi plus de jeunes entre 50 et 70 ans. Moins poly médicamenteux

ML : Avez-vous autre chose à me dire sur le diabète ?

M5 : Ne pas donner au patient l'idée qu'il a une maladie incurable terrible, le mettre plutôt dans une stratégie de prévention et je trouve que ma foi si on a un diabétique bien suivi on a moins de chance de faire des accidents cardiovasculaires ou autres parce que finalement on a un doppler des troncs supra aortique, on a un doppler des aortes abdominales, assez régulièrement on va voir l'ophtalmo etc donc c'est tout ça que je leur dis pour les reconforter. Ils sont bien mieux suivis que la plupart d'autres patients qui s'ignorent. Donc il faut prendre tout ça en considération. Je les mets plutôt dans une note positive. Surtout pas de terreur en médecine.

Entretien 6

ML : Mon étude porte sur le diabète de type 2, sa prise en charge en médecine générale. Donc j'aimerais que vous m'expliquiez comment ça se passe chez vous.

M6 : C'est souvent fortuit, la découverte fortuite et après je fais le bilan. Le bilan biologique. Je leur demande pendant une semaine de manger normalement et de noter tout ce qu'ils mangent et tout ce qu'ils font comme activité physique. Et après on discute avec les résultats de la prise de sang.

ML : C'est pour une découverte. Ensuite votre diagnostic vous le faites sur quoi.

M6 : Je le fais sur la glycémie. En fait la clinique en fait c'est très rare, c'est assez batard on peut éventuellement soupçonner si tu veux sur la biologie

ML : Une fois que vous avez vos deux glycémies, vous démarrez un traitement?

M6 : Oui je fais aussi une HbA1C.

ML : Comment ça se passe une consultation de début de diabète.

M6 : Ben "vous avez du diabète mon cher" donc il y a une hygiène de vie qui est importante. Il faut expliquer évidemment que la glycémie ça s'équilibre avec ce qu'on mange ce qu'on dépense et notamment le pancréas qui intervient pour réguler tout ça et que le médecin vient après en quatrième position pour les bonnes pratiques hygiéniques et pour le traitement.

ML : Donc vous expliquez tout ça à la première consultation

M6 : A la première consultation du coup on parle du diabète; je dédramatise et en même temps je touche un mot de l'insuline. Pour dire qu'on en est pas là mais il y a parfois des gens qui prennent cinq six comprimés pour le diabète et que à partir du moment où ils prennent de l'insuline, puisque maintenant il y a des insulines qui ont une activité très longue. 24 heures voire plus. Le problème de l'insuline est chiant bien sûr mais peut-être moins chiant que prendre cinq six comprimés

ML : Donc vous commencez à en parler tout de suite.

M6 : j'en parle mais d'une manière, à titre d'information

ML : Et une consultation avec un ancien diabétique, un renouvellement comme ça se passe ?

M6 : On les voit tous les trois mois donc on part sur les nouveaux chiffres, sur la nouvelle biologie et après on discute. Vous êtes devant le juge et expliquez, défendez-vous. Non ce que j'essaye de faire le plus c'est dédramatiser le diabète et on y arrive. Je pense qu'il faut expliquer aux gens qu'une glycémie à 2g c'est pas grave. Il faut pas que ça dure longtemps. Et à partir du moment où c'est 2g et qu'on sait pourquoi, c'est déjà bien puisqu'on va pouvoir corriger les choses. Il faut surtout dédramatiser les choses. Je m'occupe pas trop des urines, Je leur dis toujours que ce qui est important c'est ce qui rentre c'est pas ce qui sort.

ML : Donc vous me disiez l'hémoglobine glyquée c'est tous les trois mois ?

M6 : tous les trois mois, et à partir de là quand on a les résultats on en discute un petit peu, pourquoi ça a augmenté, pourquoi ça n'a pas augmenté, et de là on fait varier les traitements en fait.

ML : vous n'espacez jamais les hémoglobines glyquées ?

M6 : Avant j'espais parce que je faisais beaucoup confiance aux gens en fait mais maintenant ça nous est imposé par la sécu et finalement c'est pas plus mal, ce qui nous permet d'avoir un vue d'ensemble quand même.

ML : Est-ce que vous avez eu connaissance des nouvelles recommandations sur la prise en charge du diabète de janvier 2013 ?

M6 : Oui certainement on a dû m'en parler. Tu sais je suis un vieux de la vieille alors

M6 : Sur les traitements ? Oui alors je suis pas tout à fait d'accord parce que on met les sulfamides avant les anti incrétones, en fait je pense que c'est beaucoup mieux toléré, c'est au moins aussi efficace d'après mon expérience et beaucoup mieux toléré

ML : A quel niveau ?

M6 : Au niveau du foie, au niveau des hypoglycémies et parfois on a quand même des allergies aux sulfamides

ML : Donc dans votre stratégie thérapeutique ?

M6 : c'est le Metformine en premier puis c'est l'association

ML : En première intention c'est systématique

M6 : voilà

ML : Il y a une raison particulière à ça ?

M6 : Non moi au départ quand j'étais bien plus jeune, on avait le choix entre le sulfamide et la Metformine. Aujourd'hui c'est la Metformine qui tient la route. Malgré ces petits effets secondaires sur le digestif. Mais d'une manière générale, ça permet de tester le diabète, c'est pas mal. Et après je commence en monothérapie toujours et après sulfamides ou les incrétones

ML : Sur quel critère vous vous basez pour choisir l'un ou l'autre ?

M6 : systématiquement alors moi je préfère l'efficacité et tolérance des incrétones maintenant ça coute plus cher que les sulfamides et les recommandations sont pas toujours uniquement efficacité de traitement c'est aussi le rapport efficacité prix

ML : Donc là c'est plutôt les inhibiteurs de DPP4 en bithérapie

M6 : Oui en association avec le Metformine ou quand la metformine n'est pas bien tolérée

ML : A ce moment-là vous le mettez seul ?

M6 : Oui je crois qu'il y a, c'est le Januvia je crois qui a l'AMM en cas d'intolérance de la Metformine. C'est le premier sorti des inhibiteurs de DPP4

ML : Donc les recommandations vous les suivez que partiellement

M6 : oui, parce que je pense qu'il y a un avantage économique à filer des sulfamides mais y a pas forcément d'intérêt médical.

ML : En règle générale, vous faites plutôt confiance aux recommandations de l'HAS ?

M6 : Oui dans l'ensemble, oui moi je suis un ancien médecin libre. On faisait ce qu'on voulait à partir du moment où on en est capable. Maintenant on est quand même un peu, quand on vient de recevoir un truc, un numéro de téléphone pour savoir quel antibiotique on doit donner et dans quel cas. On a l'impression qu'il y a un répondeur à Marrakech qui va nous dire bon faut faire ça, ça et ça. C'est un peu désagréable.

ML : Dans le diabète, est ce qu'avant vous aviez tendance à bien suivre les recommandations de l'HAS ? Est-ce que vous évoluez en fonction ?

M6 : Oui en fait les recommandations de l'HAS c'est un peu ce que je faisais avant c'est-à-dire j'attaquais à la Metformine, bon il y avait les biguanides éventuellement, mais j'attaquais à la Metformine et après j'ajustais en fonction des résultats de ma glycémie et puis aussi de l'attitude du patient vis-à-vis de l'hygiène de vie parce que tu peux toujours dire aux gens faites de l'activité physique, faites attention à ce que vous mangez, si il ne joue pas le jeu, il faut quand même le traiter

ML : Sur quoi vous vous basez pour ajouter une ligne de traitement ?

M6 : Toujours sur le chiffre de l'hémoglobine glyquée. Soit malgré le traitement ça augmente ou soit ça se stabilise mais ça reste trop élevé. Heu malgré que le patient ait fait son traitement ou son hygiène de vie ou même s'il dit ben non l'hygiène de vie c'est pas pour moi donc il faut quand même répondre avec des médicaments.

ML : Est-ce que le fait que justement il y a des associations avec la Metformine ou les IDPP4, ça joue dans votre choix

M6 : Oui bien sûr pour le côté pratique. A partir du moment où tu commences à filer trois Metformine et tu rajoutes des inhibiteurs des DPP4 tu peux effectivement faire une association. Souvent ce sont des gens en plus qui mangent ou mangent pas le midi ou en tous cas travaillent. Ils n'ont pas envie de montrer qu'ils se tapent un comprimé le midi. Pour eux matin et soir c'est plus pratique quand même.

ML : C'est plus pratique pour le malade

- M6 : Oui
ML : et pour le médecin
- M6 : Ho le médecin il s'en fout le médecin
- ML : ça, ça rentre pas dans vos critères de choix
- M6 : Non c'est plus, je crois que le diabète, il faut permettre aux gens d'être le plus confortable possible dans la vie donc si il préfère deux prises de médicament plutôt que trois, je signe
- ML : Imaginons qu'on en est à la bithérapie donc Metformine et inhibiteur de DPP4, quand il faut augmenter encore le traitement, qu'est-ce que vous faite ?
- M6 : on rajoute éventuellement un troisième
- ML : Oui lequel ?
- M6 : Soit Amarel soit Novonorm en fait et là je commence à dire "et si on passait à l'insuline"
- ML : qu'est-ce qui vous oriente plus sur l'Amarel ou plus sur le Novonorm ou plus sur l'insuline ?
- M6 : ça dépend. Alors ça dépend l'Amarel, on a des dosages, on fait des associations jusqu'à six. Le Novonorm il y a deux dosages je crois, oui y a deux dosages L'avantage de enfin l'Amarel on peut le donner qu'une seul fois je crois, le Novonorm il faut l'équilibrer dans la journée. Mais là je commence quand même à parler d'insuline. Mon arrière-pensée ce sont plus les compripés, je commence à parer de l'insuline.
- ML : vous ajoutez donc un sulfamide
- M6 : Oui l'Amarel s'en est un. Le c'est vrai que je suis pas trop sulfamide parce que j'ai vu des allergies aux sulfamides, J'ai vu des trucs avec le Bactrim j'ai vu des trucs avec certains sulfamides qu'on avait à l'époque et puis bon y compris avec les sulfamides hypoglycémiant quand on a deux trois problèmes comme ça, après on hésite un petit peu. Et puis bon je trouve qu'avec les DPP4, ce qui était extra c'est très efficace, c'est bien toléré, ça agit quand on en a besoin donc c'est intéressant
- ML : Comment est-ce que vous l'avez connu ?
- M6 : J'ai, c'était une petite visiteuse, Januvia je crois que c'est MSD je sais plus. C'était une nénéte, une pharmacienne qui a dû bosser sur le produit mais elle le présentait avec un tel enthousiasme et tout, elle me dit je suis sur le terrain pendant six mois et après je passe au siège du laboratoire. Mais elle présentait vraiment le, avec beaucoup d'enthousiasme mais bien aussi hein on avait l'impression que c'était une présentation scientifique. Et passionnée plutôt que...; et c'est comme ça que j'ai connu et puis après y a eu les autres qui sont arrivées derrière.
- ML : D'accord donc surtout par les visiteurs
- M6 : Par la visiteuse qui n'était pas forcément jolie d'ailleurs mais on sentait qu'elle avait bossé sur la molécule, et son enthousiasme, on avait l'impression qu'elle présentait son enfant
- ML : Donc le fait qu'il a été bien présenté a joué.
- M6 : Oui c'est important
- ML : Vous en avez entendu parler ailleurs ? La presse, les confrères ?
- M6 : Oui les formations, la presse etc mais vraiment le premier contact c'était la petite nénéte.
- ML : Vous êtes abonné ?
- M6 : Je suis abonné à Univadis et je crois que c'est eux qui le font heu j'écoute les visiteurs, j'ai des bonnes relations avec les visiteurs, ils ne me prennent pas pour une bille.
- ML : Vous recevez aussi de la presse ?
- M6 : Je reçois de la presse, je reçois le Quotidien, le Généraliste, depuis hier je m'interroge depuis que j'ai entendu le professeur Even est ce que vraiment Prescrire est la bible que tout médecin devrait connaître par cœur ?
- ML : Ah Prescrire
- M6 : T'as pas entendu Even hier ? Complètement malade. Ben tu sais qu'il est interdit d'exercer pendant un an, par le conseil de l'ordre, puisqu'il avait traité les allergologues de charlatans. Donc hier, interrogé, il dit bon j'ai peut-être été excessif, j'aurais pas dû dire charlatans, j'aurais dû dire qu'ils se comportaient comme des charlatans. Et après il site des noms, des professeurs machin truc en cardiologie qui ont dit c'est complètement idiot de balancer les statines à la poubelle puisque ça sert beaucoup. Donc il les a traités de vendus à la pharmacie, aux laboratoires, qu'ils touchaient énormément de ronds des laboratoires, que tout le monde était acheté par les laboratoires, que ce soit le gouvernement, les commissions etc à ces yeux il y a juste l'HAS qui est bonne et la revue Prescrire
- ML : Votre avis la dessus ?
- M6 : Je suis pas d'accord, je pense que les laboratoires font de la recherche et ils sont les seuls. Après ce sont des commerçants. Au médecin qui est intelligent et qui a fait des études et qui voit l'intérêt de son patient de faire la part du

commerce et de l'apport scientifique. Je suis pas contre les commerçants, il faut faire la part des choses.

ML : Et les revues comme Prescrire qui se veulent indépendantes des laboratoires, vous avez plus tendance à suivre celles-là

M6 : Non parce que ça me fait chier

ML : Pourquoi ?

M6 : parce que je lis la presse médicale, mais je lis les à côté aussi. J'aime bien voir les petites annonces, j'aime bien voir les annonces professionnelles etc

ML : Quand il faut faire un choix par exemple. Si vous avez le choix. Si Prescrire ou d'autres revues donnent une stratégie thérapeutique par exemple pour le diabète et que l'HAS en donne une autre, vous avez plus tendance à suivre qui ? A qui vous accordez votre confiance ?

M6 : Prescrire. J'ai oublié de citer la revue du Praticien qui était avant la bible du jeune médecin quand il traite un sujet, tu as tout ce qu'il te faut.

ML : Vous suivriez plus Prescrire ?

M6 : Que l'HAS ? Oui

ML : Pourquoi

M6 : Je pense que l'HAS est intéressant mais je pense que ces recommandations, t'as toujours l'impression que, c'est jamais concluant. C'est en faveur de, il vaut mieux que, c'est inutile de etc mais quand tu es face que problème, qu'est-ce que tu fais. Ben ils sont comme tout le monde, ils s'interrogent et ils cherchent la meilleure solution

ML : Vous croyez qu'ils ne sont pas assez pratiques

M6 : Oui je pense, un peu trop théoriques

ML : Par contre est ce que vous pensez qu'ils sont indépendants comme Prescrire

M6 : Sur le plan financier, oui je suppose. Sur le plan économie, je ne suis pas sûr. Mais bon je comprends. La sécu a ses limites, effectivement à choisir la molécule aussi efficace et moins cher. Et justement entre le Sulfamides et les inhibiteurs je suis pas d'accord, je pense que les inhibiteurs sont plus efficaces et qu'il faudrait les mettre en deuxième intention plutôt que les sulfamides

ML : Pas de conflits d'intérêt avec les labos selon vous ?

M6 : Non Tu retires la part de qu'en dira-t-on de la presse et puis tu fais la part des choses. Regarde ce qui s'est passé avec le Médiateur, quand tu regardes, le Pr machin truc il s'est complètement dégonflé, il y a eu un certain nombre de corrélations mais pas aussi important que la presse l'a annoncé.

ML : Le problème avec les glitazones, vous vous serviez des Glitazones

M6 : Alors moi j'ai pas trop suivi. Je me souviens d'un visiteur, qui me les présentait et quand les inhibiteurs sont sortis, je lui disais ben vous avez du souci à vous faire quand même parce que c'est très efficace, c'est mieux toléré etc mais j'en ai pratiquement pas prescrit

ML : Du coup votre stratégie thérapeutique a changé quand les inhibiteurs sont arrivés ? Donc en deuxième intention avant les inhibiteurs ?

M6 : Les sulfamides

ML : Les sulfamides et vous avez changé quand ils sont arrivés. Est-ce que vous avez encore changé depuis les recommandations ?

M6 : Non parce que je trouve que c'est bon comme ça, non je pense que je l'ai suivi correctement sauf que j'ai tendance à prescrire les inhibiteurs plutôt que les sulfamides en deuxième intention.

ML : Est-ce que le coût ? Est-ce que ça vous inquiète le coût des médicaments que vous prescrivez ?

M6 : Alors ça m'inquiète mais à efficacité égale, je choisis le moins cher, mais là je vais prendre la sécurité de l'emploi, la tolérance et tout des DPP4 c'est quand même un outil qui est un peu plus intéressant que les sulfamides.

ML : Est-ce que vous avez une notion des quelques grands essais cliniques qui ont eu lieu dans les années 2000 dans le traitement du diabète ?

M6 : Les études comparées des syndromes et qu'on me donnait un nom propre j'avais la tête qui se fermait et donc quand on me parle des études heu non

ML : Vous avez une notion d'effets secondaires avec les IDPP4 ?

M6 : Non

ML : Pour le passage à l'insuline, vous le faites tout seul, vous adressez à

M6 : Je le fais tout seul

ML : Est-ce que vous avez recours au diabéto

M6 : Très rarement. En général non ou alors en deuxième intention quand je suis passé à l'insuline et que il y a quelque chose qui va pas en fait, éventuellement en rajouter un petit peu, une rapide etc, je passe mais c'est plus par rapport heu pour ajouter l'insuline avec une deuxième insuline

ML : Il y a d'autres spécialistes ?

M6 : Les cardio, dès que tu as mal à un doigt tu téléphone au cardio et quand tu raccroches tu as déjà cinq comprimés déjà ! Tu as déjà 5 comprimés à te taper. Donc ça c'est les cardio bon. L'ophtalmo évident et puis les néphro. En fait. Honnêtement j'ai pas eu tellement recours. Je fais ma popote moi-même Et c'est vrai que quand il y a des complications, évidemment insuffisance rénale ou des trucs comme ça, je demande avis au néphro au cardio mais le cardio t'apporte pas grand-chose, le diabète non plus, tu es capable de prescrire le bilan.

ML : l'examen clinique systématique quand vous voyez un diabétique

M6 : C'est cardio. J'essaye, j'essaye de regarder ses pieds, j'ai un filament d'ailleurs, j'ai un filament. Bon je l'interroge sur les douleurs un petit peu

ML : Au niveau du malade est ce que dans toute votre prise en charge il y a des points qui sont difficiles avec vos malades ?

M6 : J'ai une approche qui fait que le rapport avec le malade est jamais difficile en fait. T'es là avec le patient pour l'aider donc s'il a pas compris, je considère souvent que c'est un peu de ma faute et qu'il faut que je recommence. Et ça c'est une approche que j'ai depuis tout le temps. Juste un mot quand même pour les histoires sofia . Il vaut mieux mettre l'argent ailleurs que dans ces conneries là

ML : Pourquoi ? Qu'est-ce que vous en pensez ?

M6 : Sofia, donc les gens en te demandant si tu as fait ton boulot, ont toute l'information. Si jamais ils ont un bon contact avec toi, ils t'appellent quand il y a un problème, c'est ce qui se passe ici en fait. Et puis bon te faire supplanter dans l'approche d'un diabète ou l'explication d'un diabète par un répondeur ou par une infirmière, j'ai rien contre les infirmières, mais chacun à sa place. Et je pense que si on soigne pas par téléphone on soigne en voyant les gens, en expliquant aux gens mais pas par téléphone avec un numéro vert ou que sais-je. Et je crois que je suis pas le seul

ML : Est-ce que vous avez passé des malades aux analogues du GLP1 ?

M6 : Non mais ça c'est intéressant parce que le premier visiteur qui m'a présenté ça, je lui ai dit pourquoi pas l'insuline ? donc sa réponse ça a été, c'est pour permettre de préparer les gens à l'idée qu'un jour ils seront à l'insuline. Si c'est tout ça, ça m'intéresse pas trop. J'ai vraiment chinté dans son raisonnement

ML : Donc là on arrive à la trithérapie. Donc Metformine, IDPP4, Sulfamides

M6 : Non je passe aux insulines

ML : Est-ce que vous avez des critères en fonction des malades, on parlait tout à l'heure soit Sulfamide soit Novonorm

M6 : Alors le premier critère c'est en l'acceptation du patient. C'est vrai que généralement ils acceptent et ça simplifie les choses. Bon il faut qu'il soit cortiqué. Bon comment ça se passe ? Tu leur expliques. Je prends Lantus Hein. Je leur explique que je commence à dix unités même si ça monte un peu et on monte ou on descend de 2 ou 4 unités on risque jamais rien quand on descend simplement on se rapproche de l'équilibre recherché. Donc on peut varier, il ne faut pas vous angoisser si vous mettez plus 2 unités, on se rapproche de l'équilibre. Donc tout le temps c'est au-dessus d'1.40 g vous rajoutez deux unités quand c'est au-dessous de 0.90 g vous retirez 2 unités. Et vous ne risquez strictement rien. Comment on fait ? Comment on fait, tu demandes pendant une dizaine de jours à l'infirmier de faire un contrôle de la glycémie et de venir piquer les gens en leur montrant comment on pique. Et au bout de 10 jours ils savent le faire.

ML : Et donc avec vos malades généralement ça c'est bien passé. Ils n'ont jamais eu besoin, jamais entamé de traitement avec les analogues

M6 : Jamais tu vois comme quoi le visiteur était intéressant la petite qui était passionnée m'a fait accrocher et l'autre qui me dit c'est pour habituer les gens à l'idée qu'un jour ils auront de l'insuline, c'était pas le bon truc

ML : Donc finalement quand un visiteur est bon vous pouvez le suivre si son exposé vous paraît pas assez heu

M6 : Moi je suis pour la visite médicale. D'abord quand tu as une grosse consultation, te poser un peu et c'est plutôt elle qui parle ou quelqu'un t'explique quelque chose, à condition qu'il te fasse pas du rentre dedans économique. Ils sont commerçants j'accepte de vanter mais je ne suis pas obligé de recevoir le message du commerçant.

ML : Est-ce que le fait que les inhibiteurs DPP4 soient des nouvelles molécules pose problème ou au contraire vous avez un certain attrait pour les nouvelles molécules

M6 : Non moi j'ai l'avantage de l'expérimenter. Tout de suite ça m'a plu pour la tolérance et l'efficacité donc j'ai un attrait pour les nouvelles ? Beaucoup moins parce que je trouve qu'il y a de moins en moins des nouvelles molécules. Je trouve que j'ai un arsenal thérapeutique qui est pas trop mal et vraiment pour m'intéresser à des nouvelles molécules, il faut vraiment que ça apporte beaucoup au niveau de l'efficacité tout en respectant la tolérance. Par exemple je suis pas passé aux nouveaux anticoagulants d'une part parce que il y a eu cette histoire qu'il n'y avait pas d'antidote et comme je manie bien enfin j'espère

bien manier le Previscan je vois pas pourquoi je prendrais des risques supplémentaires. Alors je pense qu'il y a toujours un attrait pour la nouveauté de la part des médecins, mais bon moi c'est surtout parce qu'on me la bien présenté j'ai essayé et ça m'a plut.

ML : Est ce qu'au contraire les problèmes récents de retrait du marché ont pu vous rendre plus méfiant envers les nouvelles molécules comme les anticoagulants ?

M6 : Oui bien sur, il y à un peu de ça, les glitazones, y a eu aussi le tetrazepam, le Voltarene, on peut se dire que ça change souvent donc vaut mieux y aller doucement sur les trucs qui sortent, mais je pense que pour moi ça dépend beaucoup de la manière dont il m'a été présenté.

Entretien 7

ML : Mon étude porte sur le diabète de type 2 en médecine de ville. C'est une étude qualitative qui se passe par entretien semi dirigé. J'aimerais que vous m'expliquiez comment ça se passe avec vos diabétiques en règle générale. Une question très large pour commencer

M7 : Donc qu'est ce que je fais ? Je les détecte déjà c'est pas mal. On part de là ? De la détection ?

ML : Oui

M7 : On leur fait deux glycémies comme demande l'HAS. A la deuxième en général, je demande, même s'ils ne veulent pas, une hémoglobine glyquée pour savoir où je me situe, et puis du coup je commence avec le Glucophage. Mon but étant d'arriver à une hémoglobine glyquée à 7.

ML : Pourquoi par le Glucophage ?

M7 : Parce que c'est celui qu'on m'a appris à l'école. Donc je commence par le Glucophage. Au bout d'un trimestre, je les revois avec leur hémoglobine glyquée. Soit tout va bien et je les laisse comme ça. Soit ça ne va pas, l'hémoglobine glyquée continue de monter gentiment. A ce moment-là je leur mets, moi j'aime bien les IDPP4. J'ai une tendance à leur mettre Juvamet. Pourquoi, parce qu'il y a la Metformine. Et qu'est-ce que j'ai dit, n'importe quoi ! du Janumet. Il est temps que je remette du sucre dans mon sang. Et souvent on a de super bons résultats

ML : Donc vous mettez l'association ?

M7 : Tout de suite, oui, janumet. Je passe rarement par Januvia.

ML : D'accord.

M7 : Pourquoi pas en 1^{ère} intention ? parce que souvent, c'est non suffisant.

ML : Pas tout seul, janumet. De toutes façons, vous commencez toujours par la metformine, seule. D'accord. En cas d'intolérance à la metformine ?

M7 : C'est le seul cas où je commence par januvia. Ou sinon je mets, j'essaie quand même, chez certains, l'amarel, mais j'ai pas de très bons retours. Entre le januvia et le janumet, je m'en sors très bien.

ML : C'est à dire les mauvais retours avec l'amarel ?

M7 : Bah on monte beaucoup très vite et on arrive franchement à 4 très très vite pour avoir un bon suivi, avec quelques hypos. Le seul problème du glucophage, c'est les diarrhées.

ML : Vous en avez beaucoup des problèmes comme ça ?

M7 : Euh non, c'est ce qu'on lit dans les livres mais moi j'en ai pas.

ML : vous l'introduisez progressivement ou d'emblée à... ?

M7 : oui, je mets d'abord ½ ½ pendant une semaine et après je passe à 1 1, et parfois je monte à 3.

ML : et en général en faisant ça il n'y a pas ... ?

M7 : non, pas de soucis. Et puis du coup c'est facile avec le janumet derrière, on a les même poso, clack

ML : donc du coup c'est facile pour le médecin ?

M7 : pour le médecin oui ça va vite et pour le patient aussi. Parce que du coup il change rien, comme d'habitude, c'est toujours 1 le matin 1 le soir

ML : c'est important la simplicité du traitement pour le patient ?

M7 : pour les diabétiques, oui

ML : pourquoi ?

M7 : parce que le diabétique, de base, c'est un mauvais élève, c'est qqn qui va essayer d'oublier, va prendre autre chose, va manger plus de sucres, et pas écouter tout ce qu'on va lui dire. C'est souvent quelqu'un de très bon vivant et donc tout ce qu'on va lui raconter, il ne le fait pas toujours, c'est pas très bien suivi. Tout comme on leur dit de venir nous voir tous les 3 mois, ils ne reviennent pas souvent donc ils n'ont plus leur médicament...

ML : D'accord donc il y a quelques problèmes d'observance

M7 : il y a beaucoup de problèmes d'observance, le diabétique c'est un très mauvais élève de base

ML : donc le profil de votre diabétique c'est plutôt, donc vous m'avez dit, pas très observant, en surpoids, âgé ...

M7 : Bon vivant, et moi j'ai pas d'âge

ML : vous avez peu de patients âgés ?

M7 : non, entre 50 – 60 ans, bon vivant, qui n'a pas compris que c'était une maladie qui pouvait devenir méchante, donc on a beau leur répéter, typiquement, j'en ai un qui est même pas diabétique de type 2 mais de type 1, tous les internes le connaissent parce que c'est une catastrophe, qui a quand même un diabétique depuis l'âge de 5 ans, et qui est toujours avec une Hb1Ac à 9.5

ML : et ça baisse pas ?

M7 : si, ça baisse à 7 et puis ça remonte, une fois dans l'année il nous fait 7 et puis après hop c'est fini

ML : D'accord. euh... sur quoi vous vous basez pour modifier le traitement, quand vous m'avez dit que vous passiez de metformine à janumet ?

M7 : sur l'hb1ac et sur le fait que c'est super bien supporté

ML : vous n'avez pas de problème de tolérance avec les iddp4 ?

M7 : non

ML : qu'est ce que vous en pensez de ces médicaments, en général, les iddp4?

M7 : bah moi ils m'ont simplifié la vie, parce que sinon les gens se retrouvaient avec 4 ou 6 médicaments, le glucophage, plus l'amarel ..., donc 1 fois sur 2 comme c'est un très bon observant, comme je vous le disais, il en prenait un et puis il oubliait l'autre, voilà donc on savait jamais, on avait des hb1ac qui faisaient un peu tout et n'importe quoi. Donc du coup, le fait qu'on reste toujours sur les mêmes dosages, et 2 médicaments en un, ça nous permet de bien les suivre. Je m'aperçois que les gens sont beaucoup plus à l'aise quand ils ont toujours la même poso. Pareil, on a eu la même chose avec l'asthme, ils oubliaient une fois sur 2 les médicaments, maintenant qu'on a des bithérapies, ça marche beaucoup mieux. Et on arrive un peu mieux à avoir des chiffres en dessous de 8. En plus ya pas besoin d'expliquer les hypo, ça faisait ça en plus dans la même consultation.

ML : Qui devenait trop longue ?

M7 : bah oui, on devait déjà expliquer le nouveau médicament, les horaires de prise et tout, les hypo en plus ça faisait une consultation trop longue, surtout à 23 euros, mais surtout pour le patient ça faisait beaucoup d'infos d'un seul coup et on peut être sûr qu'il avait pas tout compris et donc ça diminue l'observance.

ML : vos objectifs d'hb1ac ?

M7 : moi c'est 7. Remarque, chez les patients très âgés, j'en ai qu'une, j'admet jusqu'à 8-8.5. Mais sur les jeunes, non. Parce qu'à 50 ans, ils sont jeunes, et c'est une maladie chronique donc on sait qu'il va falloir qu'on aille un peu plus loin, donc si on est pas sévère dès le départ, qu'on admet 9 ou 8, c'est mort, quand ils auront 60 ans, ils seront à 10. Vous leur lâchez ça, ils vous prennent ça.

ML : pour les RHD ?

M7 : alors ça, on prend du temps parce que je leur explique que le diabétique est celui qui peut manger le mieux, à condition de faire un peu attention. La belle assiette, c'est la belle assiette avec un peu de tout, il faut éviter juste les graisses, trop de gras, trop machin. Alors les diabétiques vous disent, « du coup j'arrête ». Non c'est pas j'arrête, c'est je diminue et je fais attention. J'ai le droit de manger un gâteau mais en échange, je vais donner autre chose. Si je mange mon gâteau dans la journée, je vais faire un peu plus attention le soir, et je vais pas faire un gâteau le midi, un gâteau le soir, parce qu'il en restait. On leur apprend un peu à gérer, et parfois je me fais aider des diététiciennes, je leur apprend à lire les étiquettes aussi. C'est une consultation longue. Et puis vous leur laissez un petit peu et du coup ils vont vous dire, ok alors je peux manger de ça... un peu plus de charcuterie ? Non

ML : et pour l'activité physique ?

M7 : le truc qui revient le plus, c'est je n'ai pas le temps. Donc, pareil, vous leur dites vous descendez une station de métro avant. Ah bah non je suis fatigué. Alors du coup on est toujours dans le même système, on va leur conseiller des choses mais après on est pas derrière eux. Vous avez beau leur dire que plus ils vont marcher, mieux ça va être pour eux, et moins ils seront fatigués, plus eux ils se sentent fatigués et donc ils le font pas. Donc faut leur rappeler, tous les 3 mois, alors qu'est ce que j'ai fait comme marche aujourd'hui ? je crois qu'il faut y aller, j'ai un prof qui avait dit ça et j'avais trouvé ça super bien, c'est un truc par un truc, essayer de mettre l'Hb1Ac le plus bas possible, le trimestre d'après c'est est ce que vous avez fait du sport ? Après c'est... voilà c'est une chose par une chose pour pouvoir avoir un petit truc pas trop mal. Sinon on leur met tout sur le tapis, on a rien.

ML : on les perd ?

M7 : oui, c'est perdu, c'est des très mauvais élèves.

ML : est ce que vous avez connaissance des nouvelles recommandations sur le traitement du diabète de début 2013 ?

M7 : euh... non je ne les ai pas lu. Je crois que c'est glucophage et après, non c'est pas ça ?

ML : oui oui, c'est glucophage en premier. Si ça suffit pas on arrive aux sulfamides,

M7 : oui, mais moi j'aime pas trop les sulfamides

ML : pourquoi ?

M7 : parce que justement j'ai plein d'effets secondaires avec, c'est pour ça que je suis passé directement à Janumet

ML : d'accord. Vous avez sauté une étape. Et quels effets secondaires ?

M7 : c'est assez mal supporté. L'Amarel, j'ai eu des problèmes avec, ils ont fait des hypos, je passe assez vite sur celui là. Au départ je mettais Amarel, j'associais les deux, avec la metformine, et j'ai arrêté.

ML : quand les iddp4 sont arrivés

M7 : oui j'ai arrêté quand les iddp4 sont arrivés. C'est vrai que ça a été, bah le fait de pas avoir 25000 médicaments. Moi c'est ça qui m'intéresse beaucoup, c'est que moins il y a des médicaments et mieux c'est. C'est la chose la plus importante pour moi ; et alors ils nous mettent l'insuline tout de suite après ?

ML : oui en fait là on est à sulfamide + iddp4 et après insuline, donc la trithérapie puis insuline.

M7 : alors ils ont toujours pas mis les autres et c'est très bien, parce que je vois pas l'intérêt. Les Victoza et tout ça

ML : ça vous n'en prescrivez pas ?

M7 : non non, j'ai pas encore compris l'intérêt.

ML : pourquoi ? par rapport à l'insuline ?

M7 : oui, si on doit passer à l'injectable pas d'intérêt de retarder l'insuline

ML : donc vous avez aucun patient sous analogue du GLP1

M7 : non, alors la seule chose qu'ils annoncent eux, c'est la perte de poids, ils jouent la dessus.

ML : et avec les iddp4 ?

M7 : y a pas de perte de poids, y a pas de prise de poids non plus

ML : et avec les sulfamides, qu'est ce que vous en pensez ?

M7 : y a une prise de poids

ML : ça aussi ça rentre dans vos critères de choix ?

M7 : bah si on leur dit de perdre du poids, de descendre l'imc et que en même temps, on les augmente avec les sulfamides c'est un peu embêtant. On les affame, parce que souvent c'est comme ça que ça se passe, ils se sentent affamés, et si ils grossissent en plus... alors c'est un peu le problème qu'on a avec l'insuline par contre, c'est qu'ils grossissent un peu. Mais du coup on est un plus tolérant avec eux. Ils arrivent mieux à gérer, moi je trouve ça plus facile à gérer avec de l'insuline qu'avec le Victoza moi j'ai toujours pas compris, j'ai été à 2 formations, et j'ai pas compris.

ML : c'est à des formations que vous avez découvert les iddp4 au tout départ ?

M7 : oui à des FMC

ML : il n'y avait pas eu de visiteur ?

M7 : non, parce que j'ai pas beaucoup de patient de plus de 50 ans donc j'ai pas beaucoup de diabétiques. Je crois que je tourne à peine à 20. Donc du coup je ne les intéresse pas et les visiteurs ne viennent pas donc du coup je continue avec ce qui me convient à moi. Et ça ça me convient bien.

ML : alors ces formations, ça fait parti de vos fmc ?

M7 : oui, fmc. Il y a une fois où j'y suis allé, on m'avait dit que c'était une fmc et c'était typiquement un truc pour Victoza et c'était novordisk ou un truc comme ça, le labo. Donc ça c'était un peu...bon... et ils avaient surtout insisté, non pas sur les meilleures glycémies, mais sur le fait qu'ils perdaient du poids. Donc ça me gênait un peu.

ML : tandis que vos fmc elles sont ?

M7 : non elles sont neutres normalement les FMC

ML : indépendant des labos. Est ce que vous pensez que c'est aussi indépendant des institutions ? l'has ?

M7 : on essaie, mais je pense que l'has est derrière nous tout le temps.

ML : vous pensez qu'elle contrôle quand même les fmc ? contrôle c'est peut être un grand mot...

M7 : je pense que les diabétologues font comme ils veulent, ils nous expliquent ce qu'ils veulent pendant les fmc. Maintenant je pense que nous on est tous... on fait tous un petit peu attention à ce qu'il ne faut pas faire, après chacun vit sa vie. Après si on peut expliquer pourquoi on fait ça, et pourquoi on le fait pas, tu vois moi je suis pas dans ce qu'ils demandent, mais je me suis aperçu que les patients étaient beaucoup mieux dès qu'on mettait qu'un seul médicament, que ce soit pour la tension, pour l'asthme... plutôt que d'en avoir 50

ML : donc ces recommandations, vous ne les suivez pas, mais vous pensez qu'elles sont ... ?

M7 : elles sont intéressantes, souvent elles sont intéressantes. Moi, j'ai pas cet objectif là. Parce que je suis à peu près sûre que sur 2 médicaments, ils vous en oublient un.

ML : donc difficile à appliquer, ce serait surtout ça ?

M7 : voilà. C'est bien pour le patient très très obéissant, ce qui est pas la cas dans la pratique, elles sont un peu éloignées de la réalité.

ML : vous en aviez entendu parler comment à l'époque des recos, vous vous souvenez ?

M7 : celles de cette année, j'en ai pas entendu parler.

ML : et ce que en règle générale, vous... ?

M7 : en règle générale, on reçoit des fiches has régulièrement, mais je sais pas l'année dernière j'étais un peu occupée, grosse fête à préparer. Donc à part la vaccination qui est bien passée, tout le reste est un peu passé à l'as !

ML : est ce que d'habitude c'est une référence pour vous les recommandations de l'has ?

M7 : souvent, je me dis oui. Et après, je m'adapte aussi. Si je vois que ça devient trop difficile pour le patient, je lève le pied.

ML : qu'est ce qui prime pour vous ? ce que vous voyez dans la presse, les recos ou votre expérience ?

M7 : quand tout est discordant, c'est mon patient. Je pense que le plus important, c'est le patient. Après on peut toujours expliquer, mais si je suis pas d'accord je vais pas prescrire tel médicament juste pour suivre les reco et être félicitée par les visiteurs de la sécu

ML : ça a une influence les visites de la sécu justement ? Quand ils viennent montrer vos statistiques ?

M7 : non c'est plus mes indicateurs qui m'embêtent, quand je m'aperçois que mon pourcentage de patients, alors c'est sûr que les pourcentages sont biaisés sur 20, quand je vois que j'ai trop de patients qui sont au dessus de 7.5 ça m'ennuie un peu, plus que ce que va me dire la sécu. C'est sur l'Hb1Ac je pense qu'il faut qu'on fasse vraiment attention pour pouvoir les tenir le plus longtemps possible. Ces indicateurs là moi je les ai pas dans mon ordi, donc c'est vrai que j'aimerais bien les 90%, ce qui à mon avis est un miracle, mais déjà être au dessus de 70% ce serait pas mal. Je pense que l'Hb1Ac est vraiment une chose importante. Quand la sécu vient vous dire vous avez tant au dessus des objectifs, c'est sûr qu'avec 20 patients, il suffit qu'il y en est 2 qui les fasse pas correctement, et on l'a dans le baba. Moi je monte et je descends très vite. Mais je pense que c'est un bon signe, oui.

ML : donc là on a vu qu'en pratique elles vous allaient pas très bien, mais sinon vous faites confiance à l'has en général?

M7 : oui

ML : vous n'êtes pas contre ?

M7 : non je suis pas contre les recommandations je pense que c'est bien d'avoir aussi des idées un peu claires, ils nous font des petits dépliant qui sont pas mal et c'est vrai que ça nous aide bien à suivre. Après à nous de nous adapter ou pas nous adapter

ML : donc vous me disiez qu'avant l'apparition des iddp4 vous vous serviez des sulfamides, les autres classes vous ne vous en êtes jamais servi ?

M7 : non

ML : donc la disparition du marché des glitazones, ça ne vous a pas gêné ?

M7 : non non (rire) les études qui sortaient n'étaient pas fabuleuses dessus, ça nous apportait pas grand chose, donc du coup quand on lisait un petit peu, on disait quel est l'intérêt ? d'ailleurs j'ai une de mes amies qui a un gros potentiel diabétique, puisqu'elle a racheté une clientèle, elle disait oh là là ils sont tous entrain de gonfler, quand ils ont pas des douleurs, machin... voilà. Sur mes petits 20, et encore j'en avais pas autant à l'époque, est ce que ça valait le coup de bouger ? du coup j'ai pas bouger et j'ai quasiment pas prescrit de glitazones.

ML : donc vos pratiques ont vraiment changé avec l'apparition des iddp4 ?

M7 : oui oui. C'est pas trop les iddp4, c'est le fait qu'il y ait 1 seul médicament, c'est surtout ça. Si on était obligé de les associer 1 + 1, j suis pas sûre que j'aurai changé.

ML : vous allez jusqu'à combien de metformine ?

M7 : 3 gr. Je rajoute celui du midi, et si vraiment on y arrive pas, on redescend à 2 et on rajoute le Januvia avec le Janumet.
ML : quand vous y arrivez pas ?

M7 : si j'arrive pas aux objectifs. Quand je suis à 3, et encore quand y a pas trop d'effets secondaires, parce que souvent il y a les effets secondaires qui apparaissent, à ce moment là je passe directement au Janumet et je redescend d'un, j'enlève celui du midi.

ML : pourquoi vous laissez pas celui du midi à ce moment là ?

M7 : parce que ils oublient, on s'aperçoit qu'ils l'oublient, la prise du midi, ils la prennent pas. Ils l'oubliens régulièrement. Surtout quand ils sont actifs au travail ils la prennent pas donc j'essaie de monter à 3 mais le plus souvent à 2, j'arrête.

ML : et sur l'hb1ac, vous avez de bons résultats quand vous ajoutez le Januvia?

M7 : oui, je perds un point.

ML : et quand ça ne suffit plus ? quand on est déjà à Janumet et que l'Hb1Ac a toujours pas atteint sa cible, qu'est ce que vous faites?

M7 : alors normalement, ils disent qu'il faut ajouter encore un, oui donc on rajoute le sulfamide. Mais souvent je les préviens qu'on va arriver à ça, à l'insuline.

ML : d'accord, mais vous ajoutez quand même le sulfamide ?

M7 : oui, c'est pour les laisser réfléchir.

ML : pour pas aller trop vite sur l'insuline ?

M7 : oui, pour qu'ils acceptent l'idée de se faire piquer. Alors, pourquoi ? c'est qu'on est encore dans l'idée que, je pense que ça partira dans la génération qui va venir avec vous, mais eux ils ont encore l'image de la grand mère qui se piquait avec l'insuline, et qu'on amputait, ou... et pour leur dire que c'est plus une fin de vie sur l'insuline et qu'on peut aller très loin. Donc là il y a toute une démarche à faire, et leur faire accepter, ça ça nous prend souvent 6 mois. Et puis quand tu passes à l'insuline, ils disent ah mais pourquoi je l'ai pas fait avant ! (rire) ça fait 6 mois que je vous le dit ! (rire)

ML : vous envoyez chez le diabéto après le passage à l'insuline ?

M7 : je passe moi, et j'envoie chez le diabéto après.

ML : pour avoir son avis ?

M7 : pour être sûre que j'ai pas fait de bêtise.

ML : comme ça avec le carnet, vous l'envoyez une fois qu'il a le carnet ?

M7 : oui comme ça il est suivi par deux médecins

ML : est ce que y a d'autres cas de figures où vous demandez l'avis du diabéto ?

M7 : oui, quand ça ne veut pas descendre, quoi qu'il arrive ça ne descend pas, sur les mauvais élèves car je dois être un peu trop gentille.

ML : Plus pour avoir plus du poids ?

M7 : Oui pas forcément pour changer le traitement mais plus pour insister sur l'importance du traitement et leur faire comprendre que leur problèmes comme une fracture qui prend 6 mois à consolider ou une petite plaie qui veut pas guérir, que ça ses passerait mieux si ils avaient 7 d'HbA1C, parce qu'ils ne se sentent pas malades pour eux ce n'est qu'un chiffre. Donc il m'aide à rappeler l'importance du traitement.

ML : Y compris pour les RHD ?

M7 : Oui surtout pour les RHD, car quand ils viennent avec de mauvais chiffres ils ont toujours de bonnes excuses, l'anniversaire du petit fils, les fêtes en fin d'années...donc il faut toujours les rappeler.

ML : Avez vous eu ou entendu parler d'effets secondaires des IDPP4 ?

M7 : J'en ai pas eu et non je ne vois pas, moi tant que j'ai pas un patient qui l'a fait je retiens pas. Mais j'ai que 5 ou 6 patients qui en ont mais ils vont très bien et ont de bons chiffres.

ML : Quels sont vos sources d'informations la dessus?

M7 : On est abonnés à Prescrire et le concours médical, Prescrire disait comme d'habitude ils sont jamais contents, que c'était pas bien, que ça n'apportait rien et que c'était cher

ML : Est ce que vous faites attention au coût des médicaments ?

M7 : Parfois, par exemple j'ai pas prescrit de Victoza même si ça fait perdre du poids, mais dans le diabète ce qui est vraiment important c'est l'observance pour pouvoir atteindre 7 et donc je pense que ces médicaments l'améliore.

ML : Pourquoi pensez vous que l'HAS les recommande en seconde intention ?

M7 : Ah bah c'est le prix, c'est clair que c'est beaucoup plus cher mais si ça permet de garder les gens beaucoup plus longtemps sans insuline c'est mieux au final ça fait des économies car ya le lecteur les aiguilles l'infirmière etc on dirait que l'HAS travaille in vitro et pas in vivo, in vitro je pense que les sulfamides et les idpp4 donnent les mêmes résultats mais en face de nous on a des gens qui préfèrent toujours prendre moins de cachets, ils ont pas les mêmes motivations que la sécurité sociale et le problème c'est toujours l'observance.

ML : Comment vous vous représentez l'HAS ?

M7 : Ce sont des gens qui travaillent hors terrains, donc ils peuvent pas pondre des reco adaptées à la vie de tous les jours, ils disent ça ça va faire baisser l'hémoglobine glyquée donc on va pas mettre un produit plus cher, elles sont faites comme si les gens prenaient leur médocs, d'accord mais ils oublient que si l'observance est mauvaise ça fait rien baisser du tout, c'est comme pour l'asthme au début pour le Sérétide ils disaient c'est pas bon ça coûte cher mais maintenant ils sont très bien équilibrés avec ça

ML : Avez vous connaissance de grands essais cliniques sur le traitement intensif ou non diabète ?

M7 : Non ça me dit rien...

ML : Pour le suivi spécialisé comment faites vous ?

M7 : Ils voient le cardio une fois par an, l'ophtalmo une fois par an, le diabète rarement et parfois la diététicienne.

ML : Que pensez vous de l'information délivrée par les visiteurs médicaux ?

M7 : C'est toujours un peu biaisé, c'est normal ils veulent vendre leur truc mais c'est pas mal ça nous met les nouveaux produits en main, ça prend pas longtemps, comme ça on sait ce qui est sorti on est pas obligé d'aller le prescrire tout de suite mais comme ça on peut aller voir un peu ce qui se passe donc c'est une démarche intellectuelle qui est pas mal et après on suit ou on suit pas.

ML : Quand ces nouvelles molécules sont sorties vous avez commencé à les prescrire tout de suite ?

M7 : J'ai essayé assez vite pour un patient qui plafonnait avec la metformine

ML : Vous n'êtes pas réticente à prescrire les nouvelles molécules ?

M7 : Non du tout, une fois que je me suis un peu renseigné après la visite du labo c'est bon, sauf si j'en vois pas l'intérêt comme le Victoza à part la perte de poids, et c'est beaucoup plus cher que l'insuline donc à part pour une jeune femme qui voudrait perdre du poids j'en vois pas l'intérêt. Et d'ailleurs je crois qu'ils communiquent beaucoup sur la perte de poids justement.

ML : Les récents retrait du marché de médicament vous ont influencé ?

M7 : Le médiateur ? Non je le prescrivais pas pour perdre du poids je reste dans les AMM, et les soucis qu'il y a eu c'est parce qu'il était prescrit hors catégorie

ML : Je pensais aussi aux glitazones, ça a changé votre regard sur les institutions ?

M7 : Je ne leur fais pas confiance à 100%, je reste surtout centré sur le patient, il faut regarder ce qu'ils disent mais bon maintenant on sait que les études et les reco sont plus ou moins influencées par les labo donc on fait attention, donc c'est pour ça je pense que le plus important reste le patient et mon expérience avec eux.

ML : Est ce que ces recommandations vont influencer votre pratique ?

M7 : Non ça va influencer les jeunes médecins parce qu'ils leur faut une base mais après on se fait une opinion soi même je pense mais moi je suis bien comme ça mais j'aime bien leur truc, les petites fiches ou les arbres diagnostic même si le malade qu'on a ne rentre souvent pas dedans.

Entretien 8

ML : Docteur, mon étude porte sur le diabète de type 2 et sa prise en charge en médecine générale. On va commencer par voir ça largement. Donc expliquez moi, comment ça se passe avec vos diabétiques ?

M8 : Ecoute, les diabétiques... alors en général, quand ils viennent, c'est à-dire à partir du début quoi, au moment où on fait le diagnostic hein, en général, c'est un diagnostic sur la personne. Elle vient parce qu'elle me dit, la dernière que j'ai eue, on va prendre un exemple pratique hein. Donc, c'était début mars hein. Une personne qui était en surcharge, qui avait même de l'obésité et qui est donc venue, qui me disait qu'elle se levait beaucoup, qu'elle faisait beaucoup pipi la nuit, qu'elle aimerait avoir une analyse d'urine parce qu'elle pense qu'elle a une infection urinaire et qu'elle est obligée tout le temps de boire, elle avait des sensations de soif et tout. Résultat des courses, je lui ai fait faire un ECBU hein donc pour éliminer l'infection urinaire mais dès ce moment-là, j'ai pensé qu'il s'agissait plutôt d'un diabète de type 2 et donc je lui ai fait faire un bilan complet donc avec la glycémie, Hb glyquée. Et comme pff, elle s'était négligée, elle était secrétaire médicale dans un cabinet médical à Paris. Elle ne faisait pas les examens complémentaires. Et je lui ai trouvé donc ce... ce diabète type 2. Je crois que sa première glycémie était de 1,80 g et l'hémoglobine glyquée était à 8,2. Donc c'était juste avant que je parte au ski. Et donc comment j'ai fait après ?

ML : Oui.

M8 : Donc ben écoute, je l'ai mise tout de suite sous Glucophage. Je lui ai mis un régime donc un certain... je lui ai... je me suis arrangé avec elle pour qu'elle puisse un tout petit peu réduire ses apports.

ML : Oui.

M8 : Parce que le régime comme dans le temps : prendre X g de ceci, X machin de tel truc etc. et tout, très, trop difficile à suivre. Donc je lui ai demandé déjà d'essayer de maigrir un peu hein, en diminuant un petit peu les apports parce qu'il y avait beaucoup de grignotage, c'est-à-dire des petites collations entre les deux repas. Peut-être aussi favorisées par le fait qu'il y avait ce diabète et qu'elle avait un hyperinsulinisme ou je ne sais pas moi hein.

ML : D'accord.

M8 : Une découverte. Une personne, elle vient pour une infection, soi-disant une infection urinaire, des cystites quoi. Mais en fait, non, c'est une polyurie qui est en rapport avec l'osmolarité qui est augmentée par le sucre qui est présent dans les urines. Et alors, j'avais demandé le sucre dans les urines. Elle avait 2 g de sucre. Donc ça voulait dire que c'était déjà ... elle avait déjà pas mal de sucre. Elle ne l'a pas fait le même jour que la prise de sang. Elle a d'abord fait l'analyse d'urine et après deux trois jours après, elle a fait le bilan.

ML : Vous donnez toujours la Metformine en première intention ?

M8 : Oui, souvent.

ML : Pourquoi ? Il y a une raison particulière ou ... ?

M8 : Non, parce que c'était tout le temps comme ça avant euh... On commençait par Metformine, puis on rajoutait ensuite éventuellement du Diamicron ... voilà. Et puis, maintenant bon, il y a des nouveaux médicaments comme le Stagid, etc des inhibiteurs de la...

ML : DPP4.

M8 : DPP4. Et donc, voilà, en gros ça. Et ensuite bon, dans l'immense majorité des cas hein, donc on les prend en charge tout de suite hein. On les soigne et on ne les envoie pas voir l'endocrinologue ou euh... Puisque quand ils reviennent, c'est le même traitement et il n'a rien fait de particulier, si ce n'est demander un examen complémentaire sur. Voilà. Mais en même temps qu'on fait ça, on fait le bilan de la, comment dire, de l'atteinte diabétique. C'est-à-dire on essaie de voir un peu depuis combien de temps est-ce qu'il a son diabète ? une rétinopathie diabétique ? Est-ce qu'il y a des problèmes au niveau rénal, au niveau des yeux ? Euh. On les fait faire un électrocardiogramme. Et puis une fois euh, une fois qu'on a à peu près ces résultats, on lui demande, on lui remplit un dossier en ALD, c'est-à-dire demande de prise en charge à 100 %. Et on peut, si on veut hein, si on y croit, l'orienter vers le réseau euh ...

ML : Sofiane.

M8 : Sofiane oui mais moi j'en vois pas trop l'utilité.

ML : Pour un de vos vieux diabétiques, un renouvellement d'ordonnance, comment ça se passe ?

M8 : En général, si le diabète ... Tout dépend de l'hémoglobine glyquée. Si l'hémoglobine glyquée est bien équilibrée, on lui renouvelle le traitement. On s'aperçoit qu'il n'y a pas de carence particulière. On cherche à détecter s'il n'y a pas de carence particulière au niveau des bilans biologiques. Mais sinon, on le laisse avec le même traitement, surtout si c'est une personne âgée qui a déjà l'habitude avec ses médicaments, etc. Pas trop de perturbations. Et puis on tient compte de l'hémoglobine glyquée. Si par exemple la personne, bon, elle a tendance un petit peu à moins manger, à se dénourrir un petit peu, on lui ajuste le traitement hein.

ML : Oui.

M8 : Mais surtout je leur dis que s'ils ne mangent pas, ils ne prennent pas le traitement.

ML : À quel rythme vous les voyez ?

M8 : En général, une fois par mois.

ML : Tous les mois ?

M8 : Moi je ne leur donne pas de traitement pour euh... Je leur donne des traitements pour trois mois, plus long s'ils partent au bled, s'ils vont ailleurs. Mais en général, moi je pense que si c'est des gens qui sont, qui ont une certaine euh comment dire, un niveau de formation, on peut leur donner un traitement long c'est-à-dire trois à six mois. Même dans ce cas-là, je préfère qu'ils aillent voir un diabétologue qui va leur donner le traitement pour six mois et ils se débrouillent avec le traitement. Parce que après, s'il arrive quoi que ce soit, eh ben écoute tu as pris un traitement pour six mois, tu as fait une hypo, Écoute, c'est ... Voilà. Mais les gens qui n'ont pas ce niveau de culture de se dire : je vais me prendre en charge tout seul, etc. et tout, il vaut mieux qu'ils soient vus assez régulièrement pour éviter justement les complications du diabète.

ML : D'accord.

M8 : Tu comprends ? Il y a des gens qui ne parlent pas Français, qui ne comprennent pas ce que c'est que les cachets, qui sont confrontés aux génériques, hein ? Un coup, c'était le générique, c'est le générique A. Après, le coup d'après, c'est le générique B. Euh les boîtes, elles ne sont pas de la même couleur. Les cachets, pas de la même consistance, pas de la même couleur. Ce qui fait que tu as ta caisse incroyable d'hypoglycémie d'ailleurs que j'ai pu voir chez certaines personnes âgées hein, qui ont pris le cachet pour dormir à la place du cachet pour le diabète, qui se sont endormis, qui se sont cassés la figure chez eux, et puis qui se sont retrouvés à l'hosto quoi.

ML : Et les hémoglobines glyquées, vous en faites tous les combien ?

M8 : Moi je la fais régulièrement. Quand ils viennent, je leur demande d'abord leur petit carnet de suivi là. Et puis ensuite, je leur fais donc un bilan biologique à faire pour quand ils, quand je les reverrais. Tu vois ? Et puis en même temps, donc qui est inclus dedans : l'hémoglobine glyquée. Et je leur demande dans l'immense majorité des cas de contrôler s'ils ont un lecteur. C'est-à-dire qu'ils contrôlent un One Touch ou je ne sais pas quoi comme marque hein ? De contrôler leur appareil c'est-à-dire de faire leur glycémie à jeun le matin. Parce qu'il y a des appareils, à force de s'en servir, ils ne s'en servent pas bien. Ce qui fait que ils euh, l'appareil, il est un peu détraqué quoi.

ML : Est-ce que vous pouvez me détailler un peu votre stratégie thérapeutique ? Donc, vous m'avez dit que vous commencez par...

M8 : le Glucophage. Donc à petite dose au départ, et on augmente

ML : Ensuite ...

M8 : Et puis, si ce n'est pas mieux, ben je vais de rajouter le Diamicon. Et puis ensuite euh, je peux rajouter donc d'autres médicaments. Le Diamicon, je le rajoute.

ML : En se basant sur quoi vous ajoutez ou pas ?

M8 : Ah ben en fonction de l'hémoglobine glyquée qu'il m'aura ramené les différents mois, les différents trimestres si je lui fais faire tous les trimestres. Donc, je regarde si je vois que son diabète, son hémoglobine glyquée reste scotchée au-dessus de 8. Donc euh, même au-dessus de 7, hein ? Je lui donne en complément du Diamicon.

ML : D'accord. Donc ça, en deuxième ligne, vous mettez Diamicon, pourquoi le sulfamide plutôt qu'un autre ?

M8 : Ben parce que c'était tout le temps comme ça. Parce que moi j'ai l'impression que je peux mieux maîtriser et que comme si c'était plus efficace.

ML : Vous avez l'impression que c'est plus efficace que les autres ?

M8 : Oui, et puis mieux euh ... mieux toléré. Mieux toléré, moi je dirais ça parce que nous euh, pendant tout ... avant que tous ces nouveaux produits inhibiteurs là, ils sortent ... On a vécu ça hein. On a Glucophage et puis un Sulfamide et puis voilà... Il y en a qui ne supportent pas le euh, les sulfamides. Bon, on leur donne du Stagid, des ...

ML : Ils ne supportent pas à quel niveau ?

M8 : Bah euh, qu'ils font des réactions ou qu'ils disent je ne sais pas moi. Il y en a eu une, elle m'a dit : oui, quand je le prends, ça me donne des envies de faire pipi et tout. Bon ben j'ai dit : écoute, peut-être que ce n'est pas ça, mais ... Voilà. Bon je lui ai changé, je me suis dit ...

ML : Des réactions allergiques, vous voulez dire, vous en avez vu ?

M8 : Euh allergique, j'en ai vu une fois.

ML : D'accord.

M8 : Mais sinon, dans l'immense majorité des cas, c'est bien toléré hein.

ML : Au niveau des hypo, pas trop de problèmes ?

M8 : Non, finalement peu d'hypos, parce que comme on les rajuste, on ajuste vraiment, on fait du sur-mesure. Les hypo, il n'y a pas de raison de ... enfin, il ne faut pas arriver chez quelqu'un, une personne âgée qui ne mange pas et puis lui coller trois Glucophages et puis trois ... ou trois Diamicons 60, 30 ou ... Alors là, tu lui colles une hypo hein. Le matin, peut-être qu'elle déjeune un petit peu bien, le midi elle mange, le soir les personnes âgées ne mangent pas.

- ML : Avant d'arriver aux sulfamides, vous montez la Metformine à combien ?
- M8 : Ben 1000.
- ML : 1000, plusieurs fois par jour ?
- M8 : Ça peut être plusieurs fois par jour.
- ML : Donc jusqu'à ... jusqu'à où ?
- M8 : Par exemple, je lui donne 800. À partir de 800, 850 ... Hein, matin, midi et soir. Après, j'introduis le Diamicon, un Diamicon le matin, 60. Et puis on voit comment est sa glycémie. Et puis en fonction de ça, on peut composer, on peut augmenter plus le Glucophage. On peut moduler. C'est vraiment du truc sur mesure quoi.
- ML : D'accord. Donc les sulfamides vous conviennent ?
- M8 : Oui. Moi je pense que les autres là, c'est en complément hein.
- ML : C'est-à-dire ?
- M8 : Ben en complément, c'est-à-dire que quand ça ne marche pas, quand on n'y arrive pas. Mais quand ça ne marche pas, quand on n'y arrive pas, c'est qu'il y a aussi un problème dans le régime du patient hein. C'est que l'observance n'est pas euh ...
- ML : D'accord. Donc vous les prescrivez quand même ou pas du tout des inhibiteurs de la DPP-4 ?
- M8 : Ah oui, si j'en prescris.
- ML : Donc à quel niveau vous les prescrivez ?
- M8 : Eh ben en complément, une fois que bon j'ai utilisé le Glucophage, j'ai utilisé le Diamicon. Troisième intention, eh bien on donne un médicament comme ça pour essayer d'améliorer, de voir ce que ça va donner. Et après, quand c'est vraiment débordé et qu'on n'y arrive pas du tout, eh ben écoute, après c'est l'insuline quoi.
- ML : Et alors pourquoi en troisième attention, vous donnez l'inhibiteur de la DPP4 au lieu d'un autre ? Il reste les autres classes moins utilisées, mais ...
- M8 : Écoute, c'est ... je sais ... je ne peux pas dire vraiment pourquoi, mais c'est ça. Parce que quand on voit qu'il y a des diabètes qui sont difficilement, bon on essaie ça ...
- ML : Et qu'est-ce que vous en pensez, de ces inhibiteurs ? Il y a eu des soucis avec ? Vous trouvez que c'est efficace ?
- M8 : Moi je pense que, il y en avait un qui était bien, qui avait été supprimé d'ailleurs. Je ne me rappelle plus lequel c'était. C'était euh ... J'ai donné même à ma secrétaire ici. Donc elle était sous Glucophage, sous Diamicon, et elle prenait donc celui-là en plus. C'était ... ah je ne me rappelle plus. Ben on pourra retrouver, mais je ne m'en rappelle plus. Et euh ... Et je sais qu'à partir du moment où elle a interrompu ses médicaments ... Eh ben sa glycémie, elle est remontée et que ça a été très difficile de l'équilibrer.
- ML : Et pourquoi elle avait interrompu ?
- M8 : Non parce qu'il a été supprimé.
- ML : Ah d'accord !
- M8 : Il a été supprimé. Donc je donne aussi l'Onglyza quand même. Je ne m'en rappelle plus comment il s'appelle ce médicament.
- ML : Donc vous les ajoutez plutôt en troisième et pour l'instant, pas eu vraiment de problème avec.
- M8 : Non.
- ML : Tout ce qui est Janumet, Xelevia, Januvia, ...
- M8 : Oui, Januvia. Januvia, je le donne de temps en temps.
- ML : Oui. Dans des situations particulières en troisième toujours ?
- M8 : Oui, en troisième ligne toujours.
- ML : D'accord. Il n'y a pas de situation où vous préférez le mettre en deuxième, à la place du Diamicon ?
- M8 : Non.
- ML : D'accord.
- M8 : Écoute, franchement, j'ai pris ce ... C'était Actos.
- ML : c'est les glitazones qui ont été ...

M8 : Voilà. C'était les glitazones hein. Actos, ça, c'était supprimé ça.

ML : Ça a été, oui, supprimé en 2010.

M8 : 2010. Voilà puisqu'en 2009, il était encore prescrit hein.

ML : Qu'est-ce que vous en pensez des retraits ? Enfin, il y en a eu quelques uns en diabète au début des années 2000. Ça vous a perturbé dans votre façon de faire, des médicaments qui ont été retirés, non.

M8 : Pas terriblement. Mais j'ai vu quand même la différence vraiment ...

ML : Vous vous en serviez un peu des glitazones ?

M8 : Oui. Actos oui. Il a été supprimé certainement vers le mois de mai 2010 puisque je vois que début 2010, je le prescrivais encore au mois de mars.

ML : Et vous n'aviez pas eu de problème d'effets secondaires ?

M8 : Non.

ML : Donc vous avez été obligé de modifier votre stratégie après ce retrait ?

M8 : Ben oui. Donc toujours, parce qu'on est confronté, on est doublement confronté par le fait que les gens ne veulent pas l'insuline. Et puis d'un autre côté, il y a le diabète qui d'un seul coup est complètement dérégulé, il est au plafond. Alors le truc, c'est de se dire attend, comment on va faire pour ... Donc, se dire on va renforcer les mesures, régimes ou diététiques. On va augmenter Ben elle, je lui ai donné de l'Onglyza. Ben voilà, Onglyza, Amarel. Actuellement, elle est sous Onglyza et Amarel. Elle n'a même plus de Glucophage hein. Tu vois là, j'ai changé complètement.

ML : Oui.

M8 : Mais j'essaie d'éviter, puisqu'avec Amarel, ça donne souvent des hypoglycémies hein, et je lui ai donné de l'Onglyza.

ML : Plus que le Diamicon ?

M8 : Ah oui. Amarel, je me rappelle au début qu'il était sorti, donc que je le prescrivais. Oh là là les hypoglycémies ... Ah les gens, ils ne se sentaient pas bien hein.

ML : Est-ce que les inhibiteurs de DPP4 sont efficaces. Vous trouvez que ça a marché ?

M8 : Oui, je pense, c'est un bon complément oui.

ML : D'accord. Pas de problème de tolérance, d'allergie, vous avez eu des notions de ça, d'effets secondaires graves dans la presse ?

M8 : Ah ben oui. Si, j'ai vu ... Si, j'ai lu quelques articles dans le quotidien où ils montraient qu'il y a eu des effets secondaires qui étaient un peu embêtants sur le foie je crois.

ML : Est-ce que ça rentre aussi dans votre critère de choix ça ?

M8 : Absolument,

ML : D'accord.

M8 : D'ailleurs, je ne vois pas pourquoi j'irai exposer un de mes patients à un effet secondaire, si je peux faire autrement pour essayer de l'équilibrer, le convaincre de mieux suivre son régime ou de mieux prendre son traitement et puis de lui prescrire alors bien sûr pour les diabétiques, comme je fais de la médecine du sport hein. Je leur prescris toujours un petit peu d'exercice hein. Même pour les personnes âgées, ils peuvent alterner aquagym, des truc, tu vois. Et puis, en règle générale, c'est toujours bénéfique pour l'index glycémique de la personne de toute façon.

ML : Est-ce que vous avez noté un effet sur le poids, est-ce que c'est important pour vous le poids d'un diabétique ? Enfin est-ce que ça rentre dans vos critères pour choisir tel ou tel traitement ?

M8 : Ben oui, c'est important le poids.

ML : Avez vous lu les dernières recommandations sur le traitement du diabète de type 2 début 2013 ?

M8 : Diabète 2013, je crois avoir vu euh, je crois que c'était ce que je fais je crois

ML : C'est ça oui. Tout à fait.

M8 : commencer par Glucophage et puis Diamicon et puis ne pas sauter sur des médicaments soi-disant exceptionnels qui euh, qui coûtent chers d'abord. Et puis en plus de ça, l'efficacité. Non et vraiment quand on voit les gens le retour après, c'est eux-mêmes qui disent. Et puis tu vois les résultats, ben tu te dis attends, s'il y a un petit effet secondaire plus les résultats qui sont moyens qu'on prenne ou qu'on ne prenne pas. Donc, il vaut mieux faire le ménage dans les médicaments quoi.

ML : Donc vous n'avez pas été convaincu par ces médicaments-là. Comment vous les avez découverts ? Vous vous

souvenez ?

M8 : Je pense que vraiment la première fois, je crois que c'était une réunion qu'on avait eue avec un laboratoire sur les premiers médicaments qui étaient sortis euh...

Oui. Je pense que c'était là, et puis je m'étais dit : oui pourquoi pas. Bon ça inhibe quel truc donc voilà, c'est au niveau des cellules de l'intestin et que voilà. Donc quand on voit au point de vue physiologique, on se dit tiens c'est très intéressant, mais en fait en pratique ...

ML : D'accord. En pratique, vous avez essayé donc ...

M8 : Oui.

ML : Quand on vous a expliqué comment ça marche et vous avez essayé. Et en pratique, ça ne vous a pas convaincu ?

M8 : Non, ce n'était pas le truc ... Peut-être qu'on en attendait plus. Tu vois on s'est dit tiens, alors là, ça, ça va être peut-être bien. Ça permet de diminuer même le Diamicon, le Glucophage, si ça fonctionne pourquoi pas. Mais après avoir essayé je ne suis pas convaincu

ML : Est-ce que le coût rentre aussi dans vos critères de choix ?

M8 : C'est très cher, oui. Je ne sais pas combien ça coûte. Mais je sais que c'est cher.

ML : C'est cher oui.

M8 : et les sulfamides ça coûte rien du tout.

ML : OK. Donc finalement, votre stratégie n'a pas changé depuis l'apparition des inhibiteurs DPP-4.

M8 : Au début c'est pareil mais ils arrivent en complément, oui.

ML : D'accord.

M8 : En me disant tiens je vais essayer ça euh, son diabète il n'est pas équilibré, il court des risques qu'il ne s'en rende pas compte. Et puis je me dis : je vais lui rajouter ça en plus, c'est toujours en troisième ligne.

ML : Ils ne supplantent pas les sulfamides pour la deuxième ligne ?

M8 : Non. Ah ben en général, ben écoutez, on va encore essayer ça hein. Si ça ne marche pas, il faut qu'on passe à l'insuline. Alors là, les gens ... tu vois ?

ML : Oui. Pour le passage à l'insuline, vous envoyé chez le diabéto ou ?

M8 : Non je le fais seul, j'envoie rarement au diabéto c'est vraiment quand quelqu'un ne suis pas son traitement correctement, je lui fais une lettre disant : je vais t'envoyer voir un spécialiste. Donc il va aller le voir, il va lui en mettre une couche comme ce n'est pas possible. Il va le mettre direct à l'insuline. Il va revenir. Ah ben vous voyez hein.

ML : Donc c'est plus pour ça, pour un problème d'observance ?

M8 : Exactement. Pour en remettre une couche pour l'observance, mais pour le traitement il y a pas besoin.

ML : Vous n'avez pas besoin du diabéto pour ça. D'accord. Vous êtes abonné à de la presse médicale ?

M8 : Ben oui je reçois le Concours, Le Quotidien, Prescrire, je le lis.

ML : Qu'est-ce qu'il disait Prescrire sur les inhibiteurs de la DPP4 ?

M8 : Oh ça, ils n'étaient pas gentils avec hein. Ils n'étaient pas gentils du tout avec. Tu comprends ?

ML : Est-ce que ça, ça aussi vous avait influencé pour les prescrire ?

M8 : Mais tout ça, ça influe tout ça, ça influe hein. Donc c'est un tout. Tu sais que moi, à mon époque, quand moi j'ai fait mes études médicales, il y avait plein de spécialités qui n'existaient pas : gynéco médical, pédiatrie, diabéto. Je ne vois pas moi à quoi ça sert diabéto d'ailleurs, enfin écoute. Franchement, je ne vois pas hein. On faisait tout. On faisait tout à notre époque. Et bon, ce que je veux dire par là aussi, c'est que il faut quand même se mettre à jour hein. Parce que bon, je sais qu'il y a des confrères, alors là, ceux-là, il faudrait qu'ils repassent un examen. Parce qu'ils ne sont vraiment pas au point. Je leur parle un petit peu physiologie, je ne sais pas moi, sans même rentrer dans la phosphorylation oxydative, de ... tel ou tel truc ou de ... Ils ne comprennent rien du tout.

ML : Je voudrais qu'on revienne sur ces recommandations, donc vous êtes d'accord avec elle ?

M8 : Oui. C'est ce que je faisais avant.

ML : Vous avez tendance à faire confiance, en général, aux recommandations de l'HAS.

M8 : Oui, en général, je les suis, mais quand je regarde, je m'aperçois que c'est ce que je faisais

ML : Donc vous avez « confiance » en l'HAS ?

M8 : Écoute, moi, j'ai... quand j'ai lu une fiche de chez eux, je suis quand même critique sur un certain nombre donc de choses. Parce que je trouve qu'il faut recaser, c'est-à-dire les replacer dans le contexte du patient, tu sais très bien que si tu as ici un patient qui ne comprend pas un seul mot de Français ou qu'on a affaire à quelqu'un, même un jardinier qui ne comprend strictement rien, il ne comprendra rien par rapport à ce qu'on va lui expliquer donc, il faut ajuster par rapport à la population, et à la réalité sur le terrain. Elles en sont parfois peut être un peu éloignées.

ML : Est ce que les problèmes de retrait de médicaments, au niveau de l'HAS a influencé votre vision des institutions de santé ?

M8 : Non, ça a influencé parce que je trouve qu'on ne laisse pas un médicament courir pendant des années et des années et puis se dire ah ben tiens il est hyper dangereux, etc. et tout. On va l'enlever euh, alors que ça fait 25 ans, 30 ans depuis qu'il est là et alors on n'a pas tellement confiance parce qu'on se dit tiens, peut-être que derrière il y a des intérêts financiers, que peut-être que la CPAM, elle rembourse un peu trop ce médicament et qu'ils veulent le supprimer pour faire des économies. Il y a plein de médicaments qui ont été supprimés et qui rendaient service et qui ne coûtaient rien du tout. Donc d'un autre côté, je me dis : est-ce que finalement l'HAS, elle n'est pas main dans la main avec les laboratoires quoi ? Dis écoutes, tu m'interdis ce produit que je fabrique qui me rapporte 1,20€ hein. Tu me le fais supprimer comme ça moi j'en ai un autre que je vais sortir dans deux ans qui va coûter 20,4 €.

ML : Donc oui, c'est difficile de savoir si elle est vraiment indépendante ?.

M8 : Trop difficile. On sait pas si elle est indépendante, d'abord, ça a montré donc avec les scandales qu'il y a eu concernant donc les produits, les gens qui les recommandaient, ils avaient un intérêt puisqu'ils travaillaient pour le laboratoire. Enfin donc dans la rédaction de la fiche de reco, c'était biaisé quoi. Du coup maintenant on est plus critique quand lit leur truc.

ML : Vous pensez, vu que ces scandales ont éclaté au grand jour, que ça a fait un peu le ménage ou que ça existe toujours ?

M8 : Ça existe toujours, c'est sûr, on va dire oui, ben je n'ai aucun intérêt. Écoute d'accord, toi tu n'as pas d'intérêt, mais il y a peut-être quelqu'un aussi de ... C'est comme la fable du loup et du ... et de l'agneau, hein. Il est en train de boire là-haut. La rivière, elle coule vers le bas. Le loup, il est en bas, il boit l'eau. Ah non, c'est l'inverse. Je crois que c'est l'inverse hein. C'est le loup qui est en haut et puis l'agneau est en bas. Et puis il dit à l'agneau : écoute tu es en train de polluer la flotte que je bois là. Tu vois ?

ML : Et euh, d'accord. Mais ça n'a pas diminué la confiance que vous leur portez ?

M8 : Oui et non, on est quand même un peu plus méfiants mais moi je trouve que les trucs, c'est des fiches de bonnes pratiques. C'est des trucs tout à fait, bon qui sont pas mal rédigés, qui sont, bon pour certaines elles sont vraiment bien complètes. Mais que c'est des fiches très pratiques. C'est-à-dire que c'est une évidence. C'est un truc simple. Voilà comment il faut faire. Il ne faut pas faire des trucs trop compliqués, d'exams compliqués, etc. quand on peut faire très simple. Mais en plus, faire des trucs compliqués, résultat des courses, c'est pourquoi faire ?

ML : Est-ce que vous avez connu les grands essais cliniques sur le diabète dans ces 10 dernières années, qui ont pu remettre en question le fait qu'il fallait traiter de manière intensive le diabète ?

M8 : Non rien. Le dernier truc que j'ai su par rapport à la dernière réunion où j'y étais pour le diabète, c'était l'introduction de l'insuline donc avec une injection : mixer les médicaments avec une injection d'insuline.

ML : D'accord. Oui.

M8 : Donc là, j'ai un confrère qui est lui diabétique ici, là d'ailleurs on était à la formation ensemble. Puis moi, j'ai eu le gâteau au chocolat. Donc forcément, il se posait la question de savoir est-ce qu'il fallait qu'il passe à l'insuline. Bon là ... J'ai dit écoute il fallait le faire. Donc il a passé à l'insuline et comme ça, ça a permis de mieux équilibrer son diabète avec une seule injection le matin d'insuline. Voilà. Et puis, il complète ensuite avec des comprimés pour mieux équilibrer son traitement quoi, sa glycémie.

ML : Merci.

Entretien 9

ML : Alors, Docteur, mon étude porte sur le diabète de type 2 et sa prise en charge en médecine de ville. Donc pour commencer, j'aimerais que vous m'expliquiez comment ça se passe chez vous avec une consultation typique d'un diabétique.

M9 : Et bah c'est une ... par définition, c'est une consultation type de médecine générale, déjà, alors en règle générale, moi, faisant mes renouvellements à trois mois, alors j'ai les hémoglobines glyquées qui sont à 3 ou 6 mois. Quand on a un diabète très bien équilibré, je les fais souvent à six mois je dois dire.

ML : Est-ce que vous trouvez que 4 par an, c'est beaucoup ?

M9 : C'est vrai. Alors, j'allais dire, on nous pousse à la consommation, moi je trouve qu'un diabète qui est bien équilibré, qui a depuis 5 ans, on va dire, une hémoglobine glyquée à 7, 7,1, 7,2, et qui est très bien dont on sait qu'il est très méthodique dans son suivi, etc. je ne vois pas l'intérêt de le faire 4 fois par an. C'est vrai. Alors les résultats le, je ne sais plus comment ça s'appelle là, les ... la carotte aux résultats, ben amène à dire ben, il faut faire ça tous les 3 mois. C'est con. Voilà. Donc voilà. Alors, les résultats de l'hémoglobine glyquée, bon ben avec les petits compléments. Bon, en général il y a la créat. Bien

souvent, c'est des gens qui prennent de la Metformine enfin un certain nombre. Quand c'est des diabétiques à l'insuline, bien sûr c'est un petit survol des carnets de diabète. Et puis bon, on va dire que oui, comme pour un certain nombre, comme pour les hypertendus, ben de s'assurer de voir où on en est du bilan cardio, du bilan ophtalmo, etc. Donc, je ne le fais pas moi ici, hein, bien sûr mais qu'on programme. Et puis avec l'attention particulière au pied bien entendu. Voilà.

ML : D'accord.

M9 : Et puis, alors ça, c'est une vue idyllique d'un diabétique qui va bien.

ML : Oui. Comment ?

M9 : Euh, hier ou avant-hier, je ne sais plus à qui j'en avais parlé, un diabétique qui euh, qui ne veut pas comprendre, ne veut pas admettre que ça passe, le diabète. Moi, je leur dis toujours le diabète, c'est deux choses. C'est le régime diabétique qui est le régime que tout le monde devrait suivre, et pas un régime qui n'est pas si extraordinaire que ça. Et ce n'est pas un régime d'exclusion du tout hein, en dehors du sucre rapide et de la réduction d'alcool. Donc le régime diabétique, premier élément. Deuxième élément, l'activité sportive, physique et en troisième, dernier recours, les médicaments.

ML : Donc le principal pour vous, ce sont les règles hygiéno-diététiques.

M9 : Ah oui. Largement.

ML : Donc ça, vous y revenez un petit peu à chaque consultation ?

M9 : Alors, là dans ce, cet exemple de patient idéal pas à chaque fois parce qu'on sait qu'ils sont bien, bien entendu que ça n'est pas le cas général, malgré ma grande prétention dans ce domaine, donc oui bien sûr qu'on y revient à la charge parce que même si, et je suis finalement, même si je fais mine d'être accablé de dire : ben je suis désolé je me répète. Mais je suis content de voir qu'ils me disent : oui, vous me l'avez dit, et je le sais. Donc ça me fait plaisir de voir que ça, petit à petit, ça s'enregistre. Donc règle hygiéno-diététique à 300 % hein, bien sûr.

ML : D'accord donc ensuite, quand ça ne suffit plus.

M9 : Alors quand ça ne suffit plus, alors bon évidemment donc troisième recours : l'activité physique. Les règles hygiéno-diététiques, on arrive à peu près euh dans la consultation à savoir ce qu'ils font. À peu près, hein. Voilà. On sait un petit peu sur quoi jouer, insister, etc. l'activité sportive, ça malheureusement on n'y peut pas grand-chose. Voilà. Il y a ceux pour lesquels on est bien content. On fait le certificat pour la salle de sport, on fait le certificat pour tel sport en particulier, etc. Donc ça, bon formidable, ça n'est pas la totalité des diabétiques, loin de là, très très loin de là. Donc ça, cette activité-là malheureusement, je ne me sens peu d'impact dessus, que j'en parle, que j'incite, que, etc. bon, mais ça s'arrête là. Et que bien souvent, bon on répète quand même que oui, comme de la même façon qu'on leur dit ben il faut faire votre gymnastique pour votre dos tous les matins, que je fais des prescriptions en mettant apprentissage d'exercice à répéter tous les matins à domicile et à vie. Ce qui me vaut la réflexion, d'entendre le kiné dire : il est dur votre généraliste. Mais non, il n'est pas dur, tu n'as rien compris à ton métier, merde, donc voilà, je ne sais si je vous l'avais raconté, le patient qui demande au kiné de faire, de lui apprendre l'exercice de gym, le kiné lui dit : ce n'est pas la peine, vous ne les ferez pas. Donc là, je lui dis changez immédiatement de kiné. N'allez plus voir ce connard. C'est vraiment le dernier des cons. Enfin ... Donc l'activité physique, c'est très difficile pour nous, d'apprécier ce qui est fait et pas fait. Mais au-delà de la salle de sport, il y a toute l'activité qu'on peut faire hein, les kilomètres à pied, etc. donc voilà. Et puis ben dernier recours, bien entendu, les médicaments. Donc avec les associations, les changements de dose, y compris le passage à l'insuline bien entendu.

ML : Alors, est-ce que vous pouvez me détailler l'escalade thérapeutique que vous avez l'habitude de faire ?

M9 : Alors, l'escalade thérapeutique, c'est, sauf les quand même très rares cas de contre-indication à la Metformine parce que, bien sûr, on les connaît tous, mais il n'y en a quand même pas beaucoup, pas tant que ça. Donc c'est la Metformine en premier lieu largement avec ben les ... on va dire qu'est-ce qu'il y a ? Il y a cinq échelons à peu près de dosage entre les différentes... différents modes de prise et quantités et médicaments. Et puis après, alors j'ai un peu pris l'habitude de l'association avec les ... alors, je ne sais plus si ça fait partie des gliptines, le Velmetia, Januvia. Donc je trouve que c'est une bonne association. Je l'utilise beaucoup en deuxième, oui deuxième, troisième, cinquième recours après la Metformine seule hein. Je m'efforce de limiter au maximum les sulfamides. Je n'utilise quasiment plus les sulfamides et je ne me souviens plus du nom de la famille, mais du Glucor et apparentés. Au début, je m'en servais, bon ... Et puis, je pense qu'il vaut mieux être plus percutant sur les changements d'habitude que d'utiliser ça.

ML : D'accord. Des problèmes de tolérance avec ça peut-être ?

M9 : Pas trop, il y en a : les ballonnements, etc., mais bien sûr. Mais bon, ce n'est pas tellement le problème. C'est que tout ça apporte beaucoup aux problèmes de glycémie.

ML : D'accord. OK. Pour modifier les doses de médicaments, vous vous basez sur quoi ?

M9 : Alors, bon alors évidemment toujours en arrière-plan les problèmes de tolérance.

ML : Oui.

M9 : J'ai certaines personnes, ben on ne dépassera pas, je ne sais pas 1000 mg de Metformine, par exemple, avec des problèmes digestifs. Donc ça, et euh... Mais que sinon, ben bien sûr c'est l'hémoglobine glyquée qui est le juge de paix, et qui est le point central.

ML : Oui. D'accord.

M9 : Avec bon, les fantaisies de la glycémie à jeun. Moi, dans un certain nombre de cas, alors ça vaut évidemment des minutes et des minutes d'explication. Mais je ne fais plus de glycémie à jeun. Quand on fait des hémoglobines glyquées, bon je leur dis : non c'est ça, la glycémie des 3 mois, il n'y a que là qui nous intéresse. Et les gens, bon, la génération des gens qui ont un lecteur de glycémie, on va dire dans les années 2000, bon, l'autre jour, ce type qui ne voulait rien comprendre, il a un lecteur de glycémie, il se fait ses glycémies qui ne servent à rien, qui ne lui font pas changer ses habitudes. Il constate qu'il a trop bouffé. Il constate qu'il a pris 2 desserts et qu'il y a un retentissement. Mais il s'en fout, il recommence. Donc c'est complètement taré. Donc là maintenant, je ne prescris plus jamais de glycémie de toute façon, on a réduit le nombre de bandelettes. Et puis, il y a des gens qui ont toujours une glycémie à jeun qui sera un peu élevée parce qu'en fait, finalement, on ne se rend pas compte qu'il dîne tard que etc. Et puis, ils ont un rythme glycémique propre qui fait que le matin, ils ont un résidu.

ML : Vous allez jusqu'à quelle dose de Metformine, avant de passer à la bithérapie ?

M9 : Alors, ça dépend parce que dans un certain nombre de cas, je vais donner, par exemple, 2 Velmetia et un Metformine 500 ou 850 à midi. C'est vrai qu'avec le Velmetia, c'est un peu plus bas. Avant, c'était automatiquement jusqu'à 3 000. Quand on le tolérait. Mais voilà, on dit que souvent, avec les deux Velmetia et un Metformine moins fort à midi, on a un taux en équilibre.

ML : D'accord. Pas de problème avec le comprimé du midi justement ? Pas de problème d'observance ? On ne sait pas.

M9 : Ces réponses-là, on les a une fois tous les 3 ans parce que le patient lâche qu'il a 5 boîtes d'avance et que ce n'est pas la peine de le mettre sur l'ordonnance. Mais sinon, évidemment qu'ils ne s'en vantent pas. De temps en temps, il y a des gens très corrects qui disent : je ne le prends pas parce que je ne suis pas chez moi, parce que ci parce que ça. Euh, en général, le comprimé du midi, j'essaie, pour les traitements, de faire quand même un petit peu des regroupements de médicaments pour qu'ils n'aient pas un de ceci à midi, un de cela le matin, un de cela le soir. Bon, si on peut mettre 2 le matin et puis un le soir, ou bien tout le matin, pour leur simplifier la vie et surtout leur éviter le repas de midi parce que ils ne sont pas chez eux.

ML : Les raisons qui vous poussent à prescrire euh ces médicaments. Donc la Metformine euh, pourquoi celui-là plutôt qu'un autre en première intention ?

M9 : Ben parce que c'est le ... c'est reconnu comme la logique, et qu'on va aider éventuellement à perdre du poids, que par conséquent c'est évidemment un bon médicament que ... Et que on a eu une chance de limiter la résistance à l'insuline, donc il faut en profiter, hein.

ML : Oui.

M9 : Et que donc je bannis au maximum les sulfamides puisque on est ... enfin, je trouve que ce sont des médicaments qui sont illogiques.

ML : Pourquoi ?

M9 : Ben parce que ce sont des médicaments qui poussent le pancréas à sécréter de l'insuline. Hors, on est sur un pancréas qui est déjà fragilisé, qui produit moins bien de l'insuline. Donc on force la mécanique. Et donc on risque d'aller plus vite à l'épuisement. Bon. Et l'élément numéro 1 pour moi, c'est que l'insuline est anabolisant. Donc si on prend du poids, on va vers l'insulinorésistance. Donc les sulfamides ne sont pas une classe logique. Alors, on est content de s'appuyer dessus, en seconde main, bien entendu, d'avoir un complément. Mais c'est pour ça que ce n'est sûrement pas le point de départ comme on l'aurait fait pendant des années hein, ceci dit.

ML : D'accord. Donc en seconde intention, vous ajoutez un inhibiteur de la DPP4, donc les gliptines dont on parlait. Qu'est-ce que vous pensez de ces médicaments ?

M9 : Je les utilise donc j'en pense du bien, je pense qu'ils sont le complément très logique de la Metformine. Qu'eux non plus ne surchargent pas le pancréas. Et que par conséquent, c'est des bons médicaments.

ML : D'accord.

M9 : Maintenant, en plus de la physiologie, par convenance.

ML : Est-ce que vous avez des problèmes avec, de tolérance, d'effets secondaires ?

M9 : Il y a des problèmes de tolérance, digestive notamment, hein. Ah oui, c'est vrai. Euh, bon, je ne dirais pas plus qu'avec d'autres, beaucoup moins qu'avec la Metformine.

ML : Oui. Est-ce que le fait qu'il y ait des associations vous influence ? Le fait que ce soit pratique ?

M9 : Bien sûr.

ML : Oui. Dans le sens facile à prescrire ou facile à prendre ?

M9 : Surtout facile à prendre et je pense ... bon alors, ce n'est pas se voiler la face hein, facile à prescrire aussi. Euh bon, quand on explique au patient que sa Metformine, par exemple, devient insuffisante et qu'on ajoute quelque chose, mais qui ne lui fera pas prendre un médicament, un comprimé en plus, c'est ... enfin c'est facile. Oui, c'est vrai. C'est vrai que c'est facile. C'est clair à expliquer. Et comme à mon sens, l'efficacité est là, il n'y a pas de raison.

ML : Vous avez de bons résultats ?

M9 : Oui. Enfin, c'est la même chose dans les associations d'antihypertenseur par exemple.

ML : Oui.

M9 : Oui. Bon, c'est tellement euh ... C'est vrai que c'est une bonne euh... enfin c'est pratique. Et je pense évidemment pratique pour le patient.

ML : Du coup, on espère une amélioration de l'observance grâce à ça ?

M9 : Ah ben oui. Cette simplicité permet d'espérer une meilleure observance oui. Non, mais c'est la prétention du vieux praticien qui dit : non, mais de toute façon, ils suivent hein. Non, ce n'est pas vrai, ils ne suivent pas tous. Mais c'est vrai que si on considère par exemple qu'ils prennent bien leurs 2 Metformines 1 000, tous les jours, ils vont prendre bien leurs 2 Velmetia tous les jours. C'est clair. Et comme ils n'ont pas le choix de se dire : ah ben tiens, je vais prendre celui qui a le complément, je vais prendre la Metformine seule, je vais, etc. Du coup, ils n'ont... ils ne peuvent pas bidouiller. Donc, je pense que c'est une aide pour eux à suivre de façon plus rigoureuse, oui, aussi.

ML : Et puis, c'est simple.

M9 : Et c'est simple.

ML : Est-ce que vous avez constaté des variations du poids grâce à ce médicament ? Aux autres d'ailleurs.

M9 : Euh ... Alors est-ce que c'est grâce aux médicaments ? Est-ce que c'est grâce aux changements d'habitudes ? Est-ce que c'est grâce aux changements d'activités ? Euh, franchement non, je ne peux pas affirmer qu'il y en ait un qui ... à mon avis, il y en a un qui prime, c'est les habitudes alimentaires, et l'activité physique.

ML : Oui. Donc, ça ne fait pas partie des critères qui vous influencent à prescrire les inhibiteurs DPP-4 ?

M9 : Pour les médicaments, non.

ML : Est-ce que le coût rentre dans votre réflexion ?

M9 : Alors, il serait bien de dire oui mais non, je suis incapable de dire combien ça coûte.

ML : D'accord. Est-ce que vous pensez que c'est plus ou moins cher que les sulfamides ?

M9 : Je ... Sûrement plus. Sûrement plus, c'est récent. Euh, c'est des classes nouvelles donc autant que je sache, ils ont, comment dire, taux d'apport médical, je ne me souviens plus ...

ML : De service médical rendu.

M9 : ... de service médical rendu euh... assez intéressant. Donc oui, c'est plus cher forcément.

ML : Est-ce que vous vous souvenez comment vous les avez découverts ? Donc il y a 7-8 ans maintenant ?

M9 : Grâce aux derniers réseaux de visite médicale que je vois.

ML : Donc, ils vous ont été présentés par les visiteurs médicaux.

M9 : Par les visiteurs médicaux. Je les avais vus dans ... j'ai vu dans la presse, des annonces presses. Et je me souviens que j'avais regardé Xelevia, j'avais vu qu'il avait quelques papiers dans la presse. Et puis bon là-dessus, j'ai vu les délégués un peu plus tard. Voilà, donc également dans la presse.

ML : Vous êtes abonné ?

M9 : je suis abonné à Prescrire. Sinon on reçoit le Quotidien , on reçoit le Généraliste, après le Panorama, tous les prospects.

ML : D'accord. Quel était l'avis de Prescrire sur ces médicaments ?

M9 : C'est mitigé comme souvent ?

ML : D'accord. Mais ça ne vous a pas convaincu qu'il ne fallait pas les prescrire ?

M9 : Non. Je ne les ai pas suivis.

ML : Est-ce qu'on vous en a parlé lors de FMC ?

M9 : Euh pas, non, on n'a pas eu de ... on n'a pas fait de réunion diabète depuis très longtemps.

ML : D'accord. En règle générale, votre source d'information principale ?

M9 : Alors ben les visiteurs, je vous dis, euh j'ai deux réseaux euh que je continue à avoir par bon « Pierre Fabre », par sympathie, il y avait une déléguée que j'ai toujours connue. 30 ans de visite médicale dans le quartier. 30 ans, donc c'était devenu, bon, des vieilles copines quoi. Et donc ça, et quand j'ai dit j'arrête de recevoir la visite, euh il y avait trois ou quatre personnes comme ça avec qui j'avais des liens un peu amicaux que j'ai continués à voir. Et c'est l'occasion de faire une petite pause attractive, distrayante, de connaître les nouveautés rapidement donc pourquoi pas.

ML : D'accord. Avez-vous eu connaissance des dernières recommandations sur le diabète de début 2013 ?

M9 : Je, alors j'ai vu passer, alors début 2013, euh... je ne me souviens plus de ces ... bon c'était toujours Metformine en tête, en première intention. Et puis ben, les inhibiteurs en second si je me souviens bien, Donc voilà, mais en fait je n'ai pas, je ne les ai pas gardés par vers moi, oui, ils ont fait des petits arbres comme ça. Si ça ne suffit pas, il faut ajouter euh, et qu'il y a une contre-indication en sulfamide. Là, on a le choix entre les autres classes Voilà, mais ce qu'il recommande donc en stratégie simple quand tout va bien, ce serait Metformine, sulfamide, et ensuite euh en troisième intention, c'est là qu'interviennent les inhibiteurs de la DPP-4.

ML : Donc finalement, ces fameux inhibiteurs ont été un peu relayés en troisième intention. donc, vous ne suivez pas ces recommandations-là, pas vraiment.

M9 : Non, parce que enfin pour moi, le côté anabolisant de l'insuline est primordial. Et ça, quand on dit ça, on explique aux gens que quand ils font baisser leur taux de sucre, ce n'est pas pour le faire partir dans les urines ou dans les selles, c'est pour le fixer dans l'organisme. C'est pour aller dans le foie, dans le muscle, etc. Et que par ... Eh ben ça, ça fixe les esprits. Et quand on dit les athlètes d'Europe de l'Est, ils étaient autrefois shootés à l'insuline pour les sports où on avait besoin de poids, ça fait écarquiller les yeux. Donc, et là, ça choque à mon avis dans le bon sens.

ML : D'accord. Donc vous ne seriez pas complètement d'accord avec ces recommandations ?

M9 : Non, je ne suis pas complètement d'accord. Bien sûr que si on veut l'objectif d'hémoglobine glyquée, on dit : eh ben voilà, on veut tant. À la limite, coûte que coûte.

ML : D'accord.

M9 : Bon, alors c'est vrai qu'il y a l'histoire du coût là-dedans, et que évidemment, qu'un générique de Diamicron ou d'Amarel euh, évidemment sera sûrement beaucoup moins cher. Ça, c'est clair.

ML : Vous pensez que c'est pour ça qu'on relaie les inhibiteurs DPP-4 en deuxième intention ?

M9 : Ah, ça rentre dans ... sous toute réserve, vu mon peu de connaissance quand même du reste de la physiologie, évidemment, le coût entre en ligne de comptes.

ML : Est-ce que, en règle générale, vous faites confiance, vous avez tendance à suivre les recommandations de l'HAS ? Ça fait partie de vos ressources ?

M9 : On a intérêt. Donc, je les regarde enfin, je prétends tenir en partie compte. Donc, mais enfin à mon sens, trop souvent, trop restrictif, trop resserré, pas assez... Euh, la médecine générale, c'est quand même euh... c'est de la réponse au coup par coup dans un éventail de situations, c'est d'une telle envergure que ... on se met difficilement, mais bon, on nous fait rentrer dans ces cadres, et vous allez travailler comme ça. C'est clair. Vous les jeunes.

ML : Est-ce que le fait que ces molécules soient nouvelles vous a un petit peu gêné au départ ou au contraire, vous avez un certain attrait pour les nouvelles molécules ?

M9 : Je n'ai pas de réticence. Dire que je me jette sur la nouveauté, pas vraiment. Mais bon quelques fois. Quelques fois oui parce qu'on a une nouvelle classe, parce qu'on a, dire tiens bon. Alors avec toute la fragilité de la définition des nouvelles classes bon, et de l'intérêt mirobolant, 30 ans après, on fait le point des nouveautés et de tous les trucs dans lesquels on a plongé en considérant qu'on avait enfin un médicament formidable, bon. Hein. Dans notre génération, on nous a toutes nos

études, c'était les inhibiteurs de l'enzyme de conversion. Quand on aura ça, on n'aura... il n'y aura plus d'hypertension, parce que là, on maîtrise le cœur du mécanisme. Donc, ça va être formidable. Et puis le prix, il est sorti, un grand renfort de coût. On a plongé comme des malades, et le prix, ce n'est pas la révolution. Et depuis, ça n'a pas arrêté. Et on plonge toujours.

ML : Oui. Notamment dans le diabète.

M9 : Et dans le diabète aussi, hein.

ML : Il y a eu quelques ... Qu'est-ce que vous en pensez d'ailleurs des retraits, des quelques événements qu'il y a eu ces dernières décennies dans le diabète ?

M9 : Le problème, voilà ... On a le système du principe de précaution qui s'intensifie. Donc, plus on va, plus on va avoir des retraits alors, il y a d'une part le principe de précaution qui est appliqué avec une frilosité quelques fois dramatique. Et puis, on a le fait que les médicaments ont quasiment tous maintenant une diffusion mondiale. Et que donc les nombres sont extrêmement importants et qu'on a les retours, on a les accidents graves euh beaucoup plus vite. Et donc c'est normal malheureusement qu'on ait des retraits parce qu'effectivement des accidents hein sur, je ne sais pas combien, 100 000, et ben, en quelques petites années, on va les avoir. On va les avoir en nombre qui vont faire qu'on va devoir arrêter.

ML : Donc, les problèmes qu'il y a de l'HAS ces dernières années ne vous ont pas, ça n'a pas ébranlé la confiance que vous lui portez.

M9 : Il faut quand même qu'il y ait ce type d'autorité de référence. Et bon, bien entendu que ça a ébranlé les choses. Mais en même temps, on sait aussi qu'il y a du bon travail qui est fait. Donc voilà, il faut peser un petit peu les choses, pas jeter en bloc non.

ML : Est-ce que vous envoyez souvent au diabétologue ?

M9 : Alors, je n'envoie ... je n'envoie, alors en consultation, je crois pouvoir à peu près affirmer que je n'ai quasiment jamais envoyé au diabétologue de ma propre initiative. Que le patient qui a l'habitude, qui a un carnet d'adresses grand comme ça avec son rhumato, son son truc, son hypertensiologue, son euh hein, il veut un diabéto bien sûr, aller voir un tel. Mais moi, je n'estime pas nécessaire de voir un diabéto pour ça, enfin pour un diabète. Par contre bien entendu, je travaille avec l'hôpital pour des hospitalisations. Voilà.

ML : De jour par exemple ou de semaine ?

M9 : De jour, de semaine, de bon pour les bilans mais en consultation diabéto, de ville ou d'hôpital, en consultation, je n'en vois pas l'intérêt.

ML : Y compris pour l'insuline.

M9 : Y compris pour l'insuline. J'ai une vieille réflexion dans la tête d'un patron de médecine et l'interne faisait sa visite et puis ben voilà Monsieur machin qui est entré, etc. son diabète, il était mal équilibré, bon. Et donc on a demandé, les diabéto vont passer. Et le patron qui était un peu coléreux, si en médecine, on ne sait pas équilibrer un diabète on fait un autre métier. Bon, là-dessus bon après, je suis passé en diabéto, donc je prétends avoir un tout petit fond de connaissance. Et que ben voilà, je n'estime pas nécessaire d'adresser au diabéto d'autant qu'en diabéto euh, on n'a pas de gestes techniques.

ML : Dernière question. Est-ce que vos habitudes de prescription ont évolué euh donc d'abord pas forcément depuis l'arrivée des IDPP4. Avant, vous mettiez des sulfamides à la place ? En bithérapie ?

M9 : Entre autres, oui bien sûr. Avant c'était Metformine et sulfamide, puis metformine et gliptines

ML : Et depuis l'arrivée de ces recommandations donc qui sont arrivées après les inhibiteurs DPP4, là par contre, ça n'a pas influencé la pratique ?

M9 : Là, ça n'a pas changé, non.

ML : D'accord. Pourquoi ?

M9 : Oh ben, enfin ça n'a pas changé, j'allais dire, c'est vrai. Mais je le faisais avant hein de toute façon, de mettre quand je ne dis pas de sulfamide, ce n'est pas zéro.

ML : Oui.

M9 : Bien entendu hein, mais c'est vrai que je suis réticent. Donc c'est vrai que ça n'a pas fondamentalement changé non.

ML : Merci beaucoup.

Entretien 10

ML : Alors, Docteur, mon étude porte sur le diabète de type 2 et sa prise en charge en médecine générale. Donc, j'aimerais pour commencer que vous décriviez comment ça se passe avec vos diabétiques de type 2 ?

M10 : Quand c'est des renouvellements, c'est assez simple. Il faut souvent à réinsister auprès des patients sur l'éducation et je trouve que cette éducation thérapeutique se fait mal en ville puisque euh... précipitée en fin de consultation, par toujours par fainéantise du praticien, mais que les patients aiment bien consulter pour un réel motif, voire plus. Et que du coup, la prévention se fait en bousculade sur une fin d'entretien, voilà.

ML : OK. Une découverte de diabète par exemple, ça se passe comment ? Le diagnostic ?

M10 : Ça se passe quand c'est un petit diabète qu'on a vu venir chez quelqu'un d'obèse assez simplement. Mais j'ai une acidocétose, par exemple, il y a un an et demi. Euh... très étonné, c'est une histoire que je n'ai pas encore euh fini de pousser les tenants et aboutissants. C'est-à-dire une jeune femme essoufflée, qui, pour moi, ne sautait pas aux yeux qu'elle était diabétique. La biologie révélant une glycémie à 2,5 grammes. Je m'entretiens avec l'endocrinologue qui me dit de la recevoir trois jours plus tard. Donc pour elle, cette jeune femme qui attendait son rendez-vous d'endocrino trois jours plus tard, euh sur les conseils de sa famille, heureusement appelait le SAMU le soir même, elle était en acidocétose et elle risquait d'y passer. Donc je m'étais dit, j'ai même poussé à deux trois reprises les biologistes en disant, mais comment vous avez pu me dire qu'une glycémie à 2,5 grammes était bénigne. Pourquoi est-ce que cette acidocétose visiblement, cela cachait quelque chose. Elle était pour moi plutôt à vue de nez à 4-5 et j'aimerais bien d'avoir la confirmation des endocrino-diabéto. Je n'ai toujours pas eu de retour et je crois, même pas le compte-rendu d'hospitalisation de cette jeune femme mise sous insuline. Donc voilà. C'est peut-être un exemple tiré par les cheveux, mais il se trouve que c'est ma dernière révélation de diabète. Depuis je le crains fort et j'y penserais peut-être un peu plus qu'avant à ces diabètes de type 1 sur un sujet jeune.

ML : D'accord. Au niveau du suivi biologique ?

M10 : Voilà, j'essaie d'en faire trois par an puisque maintenant, comme les autres critères. C'est vrai que finalement, c'est la carotte, je trouve à encourager les médecins. Avant ça, c'est vrai que très honnêtement, deux par an me convenait pour me rendre compte que le patient était dans les clous. S'il était hors des clous, je lui tapais gentiment sur les doigts et il me semblait que ça suffisait. Mais c'est vrai que ces patients, avec une vérification deux fois par an, un petit coup de règle sur les doigts n'aboutissait l'année suivante qu'à plus qu'un ou deux contrôles et je vois bien qu'on était en train de gentiment négliger les choses. Puisque je ne sais pas moi, dans mon recul-là de jeune médecin de 36 ans, si vous êtes installé depuis cinq ans, c'est quand même qu'on ne peut pas contraindre les gens quand c'est un style de vie. C'est vrai que le régime n'est pas toujours passé devant. Assez vite, alors soit il refuse tous les traitements ou à l'inverse, d'autres patients vont vous réclamer assez vite des antidiabétiques oraux pour ne pas suivre le régime. Et ça bon, on est complaisant avec ça parce qu'on ne peut pas. On ne peut pas vivre avec eux.

ML : D'accord. Vous insistez sur le régime ?

M10 : Oui, alors j'ai une petite plaquette que m'a délivrée, pour le coup, c'est l'organisme, et je fais la photocopie couleur parfois devant certains patients à l'observance semblant moyenne, pour leur montrer que je me donne du mal pour eux et que je veux bien qu'ils fassent de même. Je leur dis : placardez ces conseils d'aliments à fort index glycémique élevé sur votre frigo. Comme ça, vous ressortez de ma consultation avec les idées claires j'espère bannir les sodas, bannir les choses les plus sucrées. Mais qu'en leur faisant mettre au frigo, ça fait quand même un rappel quotidien, et voilà. Donc, la question était j'insiste sur le régime. En fait, peut-être que la remise de ce document est une manœuvre pour moi de euh... je suis conscient de vous dire au début d'entretien du côté bousculade des fins de consultation. Du coup, remettre ce document, c'est un peu comme remettre une ordonnance, on sait que ça satisfait les gens et que ça clos un peu le débat, mais bon ... Peut-être en effet, il faudrait s'astreindre à chaque consultation dire : ah alors, le coca-cola euh, pas que du light, vérifiez euh... je ne sais pas la nouvelle stevia, est-ce que ce n'est pas mieux supporté . C'est vrai qu'il faudrait être peut-être plus assidu dans les conseils.

ML : D'accord. Alors ensuite, quand tu arrives la nécessité d'ajouter... enfin de passer aux médicaments, quel est votre stratégie ?

M10 : Je vois que déjà l'éloignement de la faculté, bah m'a fait euh perdre tous les bons schémas. En pratique, j'utilise les biguanides pour les personnes en surpoids. Les sulfamides hypoglycémiques chez d'autres personnes du coup n'étant peut-être pas dans ce surpoids et étant capable de comprendre les contre-indications, les risques d'hypoglycémie. Sinon voilà, ça se résume souvent à une prescription de Metformine ou euh ...

ML : En première intention ?

M10 : Voilà.

ML : Donc vous ... parfois Metformine, parfois Suflamide ?

M10 : Oui. Je crois bien que c'est souvent Metformine en première intention. Lequel malgré les contre-indications plus

étendues, plus risquées. Je crois que ... ça va, comme ma préférence, je crois que j'ai plus peur des hypoglycémies que des contre-indications du biguanide.

ML : D'accord. Donc plutôt Metformine en première intention ?

M10 : Hum hum. Après la gym bien sûr, oui.

ML : Oui. Ensuite ?

M10 : Et en gros, c'est vrai que je délègue cette initiation de traitement souvent aux spécialistes. Par chance, j'ai une endocrino sur l'Avenue des Gobelins, qui absorbe mes patients. Alors, comme je vous le disais un peu plus tôt pour en cas de révélation malheureusement assez tôt se résume souvent à trois-quatre jours en ville. Ce qui fait que là, on peut avoir un sérieux pépin vital. Mais je trouve que le système roule puisque les patients ressortent avec des idées claires de l'endocrino alors que du généraliste, je trouve qu'on ne fait pas les choses parfaitement, ou alors dans la panique bien sûr, bon la Metformine matin et soir pour trois par jour, un contrôle. Mais il faut assez vite qu'ils aient eu, qu'ils aient eu une formalité de rendez-vous chez le cardiologue, chez l'ophtalmo, chez le podologue, enfin je euh ... voilà je ne me vois pas gérer le diabète seul.

ML : D'accord. Donc si vous l'avez la nécessité d'ajouter, enfin de passer à une bithérapie ...

M10 : Je crois bien que je prescris oui des biguanides et des sulfamides euh ...

ML : Vous ajoutez de sulfamides ?

M10 : Voilà. Un sulfamide en deuxième

ML : Pourquoi le sulfamide plutôt qu'un autre ?

M10 : Parce que c'est celui qui me vient à l'esprit, c'est ce que j'ai appris je crois, Amarel on en prend trois . C'est vrai qu'on ne peut pas se tourner vers le Vidal et les protocoles, les recommandations à longueur de consult. Donc, j'essaie d'être univoque et assez monosynaptique dans la pratique. Diabète égal antidiabétique. Après, il faut voir l'équilibre, il faut que chaque patient, je pense, ait un spécialiste. Je crois que c'est ...

ML : D'accord.

M10 : Je suis assez étonné que dans la santé publique, on n'entende pas ce discours, qu'on dise : ah oui, si ! La barque du généraliste peut s'alourdir. C'est faire la prévention, les traitements et tout le reste. Non, nous on est à un carrefour. Et assez vite, quand la maladie est identifiée, il faut la pousser aux spécialistes. Ils sont là pour ça. Ils ont des délais monstrueusement longs. Mais ce n'est pas à nous d'absorber le tiers payant. Et comme ça, là, je sais que je m'éloigne du débat ...

ML : Non, allez y.

M10 : Donc, voilà, quitte à être complètement fliqué par nos instances supérieures autant que les gens ont un regard sur les filières et impose, oui peut-être, un jour au patient : là, visite chez le spécialiste une fois par an. Moi, je trouve ça absurde que mes patients diabétiques me disent : ah oui, ça fait cinq ans que je vous connais docteur. Mais non, je n'ai toujours pas vu le diabéto. Alors, mais sur quel ton, il va falloir que je le dise ? Je ne sais pas. En gros, moi ça me ... ça m'amène à un, comment on peut dire, mise devant le fait d'accompli assez désagréable, mais je n'ai pas trouvé de solution pour ça.

ML : D'accord. Est-ce que vous avez déjà dû passer à une trithérapie ?

M10 : Je ne crois pas parce que mon installation elle coïncidait avec le début des critiques des médicaments qui se terminaient par azide, cazide, les euh, je ne sais pas ... Avandamet, Januvia, ça a été très critiqué. Pourtant, si tu avais une formation ... Moi, avant de m'installer, où les diabétologues c'était euh, je ne balance personne, mais je crois que c'était à Vincennes, il ne faut pas que les médecins généralistes aient peur de prescrire ces Janumet...

ML : Les inhibiteurs.

M10 : Xelevia, Avandamet et compagnie. Alors quand deux ans plus tard, j'avais vu qu'on était des assassins, des empoisonneurs de prescription médicaments oraux, je me suis dit : bon ben écoutez, soyons prudents, moi ça sera Metformine. C'est dans les vieux pots qu'on fait les meilleures soupes, et voilà ? Je reste avec vieux médicaments éprouvés et donc trithérapie je ne me risquerais pas.

ML : D'accord. Donc le choix, donc on repasse à la bithérapie du coup. Donc le choix entre le sulfamide et inhibiteur de la DPP-4, c'est ...

M10 : ah oui, je connaissais pas le terme « inhibiteurs la DPP-4 » oui.

ML : Par méfiance envers la nouveauté ?

M10 : Oui, ben oui. Le nom de marque, c'est ?

ML : Ben, Januvia, Xelevia, Onglyza

M10 : Oui, ben ça oui. Méfiance oui, mais que je continue à étudier dans mon coin finalement, puisque je vois les spécialistes prescrire à leurs patients ces médicaments. Donc, voilà, je tolère si vous voulez quand le patient diabétique bien équilibré a ces traitements là, je le renouvelle. Mais je me sens un peu dans la peau du Médiator à l'époque. Médiator, ça me rassure que ça soit anonyme puisque c'est vrai que je me rappelle d'une dame obèse, suppliant le Médiator, disant il n'y a que ça qui marche et malheureusement, j'ai dû, oui, concourir à cet empoisonnement collectif quoi. C'est triste oui. Donc, voilà, on est les... on peut dire les idiots utiles de la santé en France.

ML : Quel est votre ressenti justement sur l'affaire Médiator ?

M10 : Médiator, c'est à mon avis que le premier d'une longue série, puisque finalement si tout maintenant doit être surveillé de manière plus rigoureuse, je pense que le livre de Even est pour l'instant plutôt dans le creux de la vague, 700 médicaments dangereux. Je pense que si, on va, on dirait qu'il y en avait beaucoup des dangereux. Il y a un statu quo là pour l'emploi en France, pour l'économie en général de continuer à rembourser le coût de médicaments. C'est vrai que pour nous, les médecins généralistes, c'est une facilité d'écourter la consultation avec ce stylo lourd qui est remis comme, bon on appelle ça le papier, le traitement miracle au patient qui évite un long discours. Mais, c'est sûr qu'il va falloir revenir de ça hein. Je suis sidéré que de mes consultations, sur 20 patients par jour, je crois qu'il n'y aura qu'un qui ressort avec une bonne poignée de main sans ordonnance. Et pourtant, ce n'est pas faute de dire : écouter, on va peut-être essayer cette fois de se contenter du régime, de se contenter du conseil, de se contenter de la prévention. C'est peut-être nous les fautifs, mais je crois que les patients sont en appétence hein de drogue, également.

ML : D'accord. Comment vous avez découvert ces fameux inhibiteurs de DPP-4 ? Est-ce que vous vous souvenez un peu au départ ?

M10 : Houlà. À la fin de mes études, oui, je suis, je ne sais pas, internat 2001, on est en 2014. C'est rentré dans mes cours. Donc c'est ça, il y avait Avandamet, je crois, à l'époque où ... ça combinait deux médicaments, je crois d'ailleurs non ?

ML : Alors oui, le ... l'Avandamet c'était, enfin c'était l'Avandia, c'était euh.

M10 : Avandia oui.

ML : Ce n'est pas un inhibiteur de la DPP-4, c'était une glitazone.

M10 : Voilà.

ML : Donc c'est une glitazone, qui ont été retirés du marché

M10 : Il ne reste plus aucune Glitazone sur le marché ?

ML : Non, c'était l'Actos, Avandia

M10 : Euh Januvia est un DPP-4 hein, c'est ça ?

ML : Oui, la classe suivante.

M10 : Comment je les ai connus ? Je crois que c'est des patients qui m'en ont informé, un médicaments dont j'avais peut-être entendu parler par une fiche, la presse, que sais-je. Ah les visiteurs, j'arrêtais de les recevoir en 2010 quoi, au bout d'un an et demi de pratique ...

ML : OK.

M10 : Ça faisait mal au crâne.

ML : D'accord. Donc ce serait par voix de fiche ou la presse ? Vous êtes abonné à de la presse ?

M10 : Non, je vois passer « le quotidien du médecin » comme beaucoup de généralistes, beaucoup d'hebdomadaires aussi généraliste grand public, comme le « Généraliste », comme « Panorama », comme « Égora », je le feuillète en me disant : tiens, c'est une source comme une autre. Surtout qu'internet finalement, elle n'amène pas un regard quand même très large puisqu'on est souvent abonné aux mêmes lettres euh, spam et euh dans Twitter, on suit une communauté de je ne sais pas 10-20 médecins pour ma part, qui parle souvent des mêmes choses. Tiens là par exemple, j'ai entendu parler. Olmésartan, on s'éloigne du travail actuel, mais Olmésartan par Twitter, j'entends il ne faut plus prescrire, il aurait des complications graves sur le cœur. Voilà. C'est une information que j'ai eue par le net. D'ailleurs, anonyme, c'est Twitter. Mais n'empêche que je n'ai pas eu le temps de faire une recherche. Peut-être que je vais en entendre parler, que le message Olmésartan est un poison encore toléré, mais voilà donc ça, c'est un peu hors sujet la ...

ML : Non.

M10 : Januvia, non je ne sais plus, enfin, j'ai l'impression que c'est un médicament un peu satellitaire pour moi qui est loin, qui ...

ML : Et quand vous disiez tout à l'heure, depuis un an ou deux, ça me fait « peur » par ce que j'ai entendu parler de beaucoup d'effets secondaires.

M10 : Ben oui, je ne pourrais pas dire sur quel organe ciblent les effets secondaires. Mais étant donné que c'est un médicament récent et qu'il n'y a pas un engouement, un consensus de la profession, voilà, je n'ai pas pu sauté à pieds joints dedans. C'est clair que moi je risquerais, enfin je l'ai peut-être fait. Mais si je suis en situation de voir un diabétique mal équilibré, je vais surtout lui dire : c'est, la rigueur de son régime, la rigueur et l'assiduité à ses consultations spécialisées qui arriveront à équilibrer. Ce n'est pas moi sur la messagerie qui va dire : écoutez, j'ai la solution, Januvia va vous transformer les choses. Apparemment, il est prescrit en effet en bi ou en trithérapie là, chez certains, mais ce n'est pas les personnes les plus observants ce sont des gens en indécision avec leurs spécialistes donc je, bon, j'attends de voir hein.

ML : Oui. Est-ce que vous pensez que cette certaine méfiance envers les nouveautés, c'est dû en partie aux Médiateurs, aux retraits des glitazones, aux quelques scandales. C'est peut-être un grand mot, mais ...

M10 : Oui, ben donc ça émaille annuellement à notre pratique. Là, récemment les gens s'énervent sur le vaccin contre le papillomavirus HPV. Et encore l'année dernière, j'étais beaucoup saturé de prospectus de la HAS, dans les formations arriver à nous balancer l'info qu'il fallait vacciner, vacciner à tour de bras, et serait incriminé à ne pas le faire. Et là maintenant, j'ai l'impression qu'il y a un petit revirement. Finalement, il y a des effets secondaires. Alors, je crois, le cancer est accentué chez cette population vaccinée, alors je ne sais pas si c'est en Amérique du Nord ou ailleurs, et où ... que peut-être par biais euh ... entraînant une moindre vigilance sur la prévention du cancer du col, ça serait peut-être néfaste au vaccin. Voilà, je me dis qu'il faut garder une relative méfiance sur les campagnes de promotion des médicaments en général.

ML : D'accord. Est-ce que le coût du traitement rentre dans vos critères de choix ?

M10 : Jamais, honnêtement, mais je réponds à ça parce que c'est off. Je crois qu'à n'importe quel autre, j'ai dû essayer bien sûr, mais jamais. Pourquoi ? Parce qu'on n'a pas le temps. Et enfin, ce n'est pas mon métier. Bon mon métier, c'est voir le malade, comprendre ce qu'il a, essayer d'influencer positivement sur sa santé. Du coup, j'ai rendez-vous tous les trois mois avec quelqu'un qui m'assaille avec la sécurité sociale, une déléguée d'assurance maladie. Eh bien là, il se met à votre place et elle martèle, elle martèle un peu comme le fait les visiteurs médicaux, donc on est mieux que le voisin, peu importe un quart d'heure avant, un quart d'heure après, c'était moi là qui me disais la même chose dans l'autre sens. Mais la sécu est en effet obsédée par ça. Elle me remet des superbes plaquettes couleur qui seraient intéressantes que je produise et croyez-moi sur parole, le papier glacé épais, résistant, sur le coût des différents génériques. Je m'en contrebranle, désolé par la vulgarité, mais ce n'est pas possible pour les médecins de faire rentrer ce critère-là en plus de leurs prescriptions, gagner un centime par-ci par-là, non. Il y en a d'autres qui devront le faire.

ML : D'accord. Donc finalement, ces fameuses visites de la sécu ont peu d'influence sur votre pratique ?

M10 : Eh ben oui, j'ai beau être va-t'en guerre, je crois que malheureusement ou heureusement, si, elle a un intérêt. L'autre fois, ils m'ont permis de me procurer un appareil à tension pour vous dire, et en face de moi elle me disait quoi, vous l'avez depuis deux semaines et vous ne l'avez pas encore prêté à vos patients hypertendus ? Bon j'étais un peu sidéré qu'elle me fasse de l'ingérence à ce point, qu'en même temps, elle me dicte ma conduite. Mais, finalement une fois, qu'elle a tourné les talons, je me suis dit : pourquoi pas, c'est vrai, je pourrais le prêter cet appareil. Mes patients hypertendus seraient peut-être mieux équilibrés. Oui, il est là en effet, sur le placard ... Donc si, ça a forcément une influence. Et le coût des médicaments, j'y suis sensible qu'on entend parler du coût pour la sécu, mais bon. Heureusement, nous ne sommes que des petites gouttelettes dans cet océan hein.

ML : Est-ce que vous avez entendu parler des recommandations de l'HAS donc sur le diabète qui date de début 2013 ?

M10 : HAS sur le diabète ?

ML : Oui.

M10 : Oui, alors peut-être de loin. Je les collectionne. C'est 2013, je crois en avoir vu passer un, mais peut-être qu'il était... je ne sais pas moi, non. J'exagère, je pense que je dois regarder, mais voilà. Mais enfin, c'est illisible franchement. Qu'est-ce qu'on peut faire avec ça ? Ben ce n'est pas un format qui se place, ben voilà.

ML : Est-ce qu'en règle générale, c'est important pour vous les recommandations de l'HAS ? Vous essayez de les suivre ?

M10 : Non je suis désolé, je m'en contrefiche. Mais ce n'est pas possible ... Mais je fais de la formation médicale continue. Je vais me désinscrire aussi. On s'est fait banané les médecins libéraux avec l'histoire du DPC. L'année dernière, je vais à trois-quatre formations, on m'a dit vous avez passé le quota, après on ne m'a pas validé une. C'est devenu une usine à gaz monstrueuse alors qu'il y a trois ans, ça marchait encore bien. On se formait. J'aurais été ravi d'aller à une formation sur le diabète. J'y allais d'ailleurs parce que c'est un des grands piliers de notre pratique l'hypertension et le diabète. Alors, on a bien

compris que pour la sécu aussi, c'était important puisqu'il nous saoule avec ça. Leurs critères ne tournent qu'autour de ça, le ROSP, la rémunération sur les objectifs sur lesquels maintenant ils veulent vous salarier. Il y a, comment, les contrôles, quand la dame de la sécu, D.A.M, se met en face de moi et elle me sort souvent diabète, hypertension, elle a compris que c'est le fer de lance. Donc oui, j'aurais été ravi de recevoir des protocoles clairs, mais je reçois des trucs écrits petit comme pléiade. Ben, je n'en veux pas. Je n'en veux pas, faites-moi un beau, je ne sais pas, une page internet avec un arbre décisionnel, je ne sais pas. Mais il y en a, ils n'ont pas pris le virage du 21^{ème} siècle hein.

ML : OK. Donc c'est plus parce qu'elles ne sont pas pratiques ?

M10 : Voilà. HAS, ce n'est pas bon.

ML : D'accord. On revient un petit peu aux différents scandales qu'il y a eus. Est-ce que ça aussi a ébranlé votre confiance en l'HAS ?

M10 : Ah euh oui. Alors, quoi de mémoire, c'était quoi, c'était ou non, ça c'est plutôt la NSM hein je crois. La HAS, de mes confrères, j'entends plutôt du bien. Il y avait un de mes professeurs à la faculté qui était chez eux. Il leur semblait sérieux. Il semblait avoir un peu quitté la pratique clinique pour, justement, être plutôt... je suis désolé du terme, gratte-papier dans les bureaux et euh ... Et de tous les confrères, c'est vrai que c'est plutôt pris comme une référence sérieuse. Si vous voulez, ils posent leurs, comment vous dire, impression de terrain, ils posent leur label sur... je crois, les appareils à tension. Les patients sont encouragés à se procurer l'appareil à tension chez le pharmacien. On leur dit : en effet, de demander qu'il y ait le label HAS. Si vous voulez, ce brouhaha est quand même sérieux. Mais leur plaquette, insuffisance cardiaque, ça me passionne. Je vais bientôt avoir des patients qui vont vieillir. Je ne crois pas que ça sera ce document-là qui m'aidera à y voir plus clair. Ou alors, j'aimerais que ça soit mes proches, confrères qui me disent : houlà, celui de mars 2007 était très bien fait et remet bien les idées. Ils ne font pas. Je pense qu'internet quand même est mieux aujourd'hui que ... enfin ces marques-pages, me saoule.

ML : Vos problèmes avec les patients diabétiques. Quel profil du diabétique typique ?

M10 : Alors certains fatalismes. Voilà, où en effet, ça tourne beaucoup autour de la fatalité, l'hérédité, ses parents ayant été diabétiques. On sent qu'il y a ce frein dû aux patients à qui j'annonce moi qui ... j'accompagne ce diabète. Mais non, rassurez-vous. Ce n'est pas parce que votre père était aveugle à la fin de sa vie amputée que ça vous arrivera. Je sens qu'il y a quand même ce poids de la maladie euh ancestrale, enfin un peu reine, comme on peut dire, répandue de fléaux. Je crois qu'ils sont... ils le prennent un peu comme le sida si vous voulez. Ce diagnostic, est un peu dur à transmettre. Euh et rappelez-moi la question, on tourne autour de quoi ?

ML : Le problème rencontré.

M10 : Problème rencontré, voilà, c'est une espèce de fatalisme. Certaines longueurs qu'on pourrait dire lymphatisme si les personnes se gavent, en surpoids, un peu sédentaires... je n'ai pas à faire le délit de faciès. Mais quand on voit ces gens un peu je-m'en-foutiste, c'est vrai que voilà, je ... Ce n'est pas que je pars perdant, mais je sens qu'on va avoir moins d'observance qu'avec d'autres qui, en fin de traitement, vont le faire, en gros, il faut tourner la page. Une tuberculose, c'est vrai que presque plus facile à soigner parce que c'est six mois, on s'y attèle. Le diabète, on est parti pour le long terme euh. Voilà, il faut changer les individus, et ça voilà, je n'y crois plus trop hein je ... Peut-être que la force de l'administration y arrivera par un grand Big Brother de leur santé, mais d'humain à humain, ça ne passe pas très bien. Ah oui, c'est peut-être parce que je suis déprimé en ce moment. Voilà.

ML : Donc des problèmes d'observance ?

M10 : Oui, c'est clair oui, il y a ça. Mais l'HbA1c aide pour ça. Si vous voulez, le patient mal-observant avant, on était naïf avec lui. Maintenant qu'on se retrouve avec une HbA1c à 8,5-9 %, quatre fois par an et quand il me dit : je me traite, je ne prends plus de sucre. Non, ça nous donne un peu de force de l'interrogatoire. Écoutez, votre thé avec deux ou trois sucres, vous continuez ? Bien sûr, et je me rince les dents au coca. Là, si vous voulez, c'est bon. On est des pistes maintenant.

ML : Oui.

M10 : Si, ça va quand même vers le mieux, mais bon, il faut voir ... Il faut voir les champs de population, peut-être le champ d'exercices. Je trouve qu'en ville, les gens sont vite éparpillés voilà. Je n'ai pas trouvé d'autres termes, une grosse zone urbaine qui dit, qui rend euh... peu fidèle aux soignants, ou part à l'urgence si vous voulez leur maladie, ce n'est pas grave. On leur dit que le diabète le rendra aveugle ou impuissant dans un 20 ans, ils ont d'autres chats à fouetter d'ici là et voilà donc euh...

ML : Je reviens un petit peu sur les médicaments. Pas trop de problèmes avec les sulfamides ?

M10 : Si, ben ça me fait peur hein. Je ne sais pas si cette peur traîne des études, on va dire, les cobayes hypoglycémiques... Du coup, ben non, après dans la pratique, par contre, plus de problème. C'est vrai que globalement, ça se passe bien. Je n'ai pas eu d'effets secondaires graves.

ML : D'accord. Est-ce que vous avez notion de quelques grands essais cliniques dans le diabète, début 2000 ?

M10 : Très franchement aucun.

ML : Oui, est-ce que vous faites des passages à l'insuline ?

M10 : Ah. Oui, j'aimerais. J'aimerais euh ... je vous le dis : je le ferais peut-être un jour, mais non. Non, je ne l'ai pas fait. C'est sympa qu'on m'aide, qu'on me euh ... Donc, il y a un diabétologue au téléphone qui dit : oui, tu peux prescrire ça, 10 unités le matin, je ne sais pas 6 le soir euh, surveillez bien euh, bien de manière rapprochée et je n'aurais peut-être pas le cran de le faire seul.

ML : Donc oui, concrètement vous envoyez au diabétologue ...

M10 : Ah oui pour faire le passage.

ML : Par contre, vous m'avez dit, vous renouvelez ces fameux inhibiteurs de DPP-4 sur l'ordonnance donc probablement introduite par le diabétologue ?

M10 : Oui je les renouvelle, je ne recharge pas, surtout pas s'il a ... un taux équilibré.

ML : D'accord. Pas de souci particulier avec, pour ceux qui en ont ?

M10 : Alors, ceux qui en ont, ben non, voilà. Ça se passe très bien.

ML : Est-ce que vous avez trouvé ça efficace ce que vous avez vu une diminution de l'HbA1c après l'introduction ?

M10 : Allez, si on doit se mouiller oui je dirais mais je crois qu'il faudrait du recul de 10-20 ans pour répondre à cette question.

ML : Bon ben, c'est tout. Autre chose à me dire de particulier sur le diabète de type 2 ?

M10 : C'est intéressant mais compliqué à gérer, l'interrogatoire est long, ya beaucoup de choses . Quand vous leur dites : est-ce que vous étiez allé voir un ophtalmo voir un fond d'œil et vous disent oui facilement. Et vous savez ce que c'est l'ophtalmo, je ne sais pas, il vous répondrait : enfin, je pense c'est un plombier. Si vous voulez, il y a quand même des fois, une vraie barrière de la langue euh ... et voilà. La consultation en médecine générale, elle dure un quart d'heure aujourd'hui. Ce n'est pas possible de faire un dossier constant là.

ML : OK.

M10 : Donc, c'est ça le vrai problème en fait. Ce n'est pas le diabète et les patients diabétiques. Moi, je trouve que c'est l'exercice de la médecine générale aujourd'hui qui vous oblige à bâcler. Et là, on est à la veille de scandale hein. Moi, si on m'autorisait comme mon confrère à prendre un secteur 2 aujourd'hui, faire de la bonne médecine, je crois qu'à dix ans de la faculté, je ne pourrais pas, pour la bonne raison que j'ai consciencieusement oublié comment on faisait, merci la sécu, de me faire quotter des tas de conneries, l'ECG. C'est quoi, c'est DEMG0016, ah non, c'est 0017. Sinon que ça clique, la feuille vous revient. Et c'est à ça que sont occupés les libéraux aujourd'hui. Est-ce que c'est normal ? Non et surtout pour une consult de 23 euros on peut pas nous demander de gérer tout ça et en même temps faire de la bonne médecine.

ML : Je vous remercie Docteur

AUTEUR : Nom : LOOS

Prénom : Maxime

Date de Soutenance : 10/07/2014

Titre de la Thèse : Facteurs influençant la stratégie thérapeutique du diabète de type 2, étude qualitative auprès de 10 médecins généralistes

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES médecine générale

Mots-clés : diabète type 2, IDPP4, critère de choix, qualitatif

Résumé :

Contexte : L'éventail d'antidiabétiques oraux s'est récemment enrichi d'une nouvelle classe : les IDPP4. Ils connaissent un franc succès depuis leur mise sur le marché en 2006. Cependant, les dernières recommandations de la HAS (2013) les relèguent en seconde intention pour la bithérapie avec la metformine, après les sulfamides hypoglycémiants.

Méthode : Cette étude qualitative a été réalisée par l'analyse thématique de 10 entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes. Elle cherchait à mettre en évidence les différents facteurs poussant les médecins à préférer les IDPP4 aux sulfamides.

Résultats : En plus de critères quantitatifs facilement identifiables, l'approche qualitative a permis de découvrir d'autres facteurs plus subjectifs. Les médecins mettaient en balance les avantages et inconvénients de chaque classe (efficacité sur l'HbA1c, effet sur le poids, coût, effets secondaires). Leur critère principal semblait être l'observance, nettement améliorée par les associations fixes IDPP4/metformine. D'autres facteurs venaient influencer la prise en compte des premiers. Il s'agit des rapports qu'entretenait chaque médecin avec les différents acteurs de santé publique, que sont l'industrie pharmaceutique et les autorités sanitaires. Ces rapports sont eux mêmes influencés par le statut du médecin, son âge, ses sources d'information et par les récents retraits de molécules et autres scandales médiatiques survenus dans le domaine du diabète. Deux profils de médecins ont émergé : les premiers, souvent les plus jeunes, semblaient être réfractaires aux laboratoires, ils rejetaient les nouvelles molécules et préféraient suivre la HAS, tandis que d'autres plus âgés recevaient l'information des différents acteurs avec moins d'*a priori* et voulaient se forger leur propre opinion. Ils décidaient souvent de ne pas suivre ces recommandations estimant qu'une meilleure observance primait sur le coût du traitement.

Conclusion : Les recommandations relèguent ces molécules en seconde intention principalement pour leur coût et le manque de recul sur leur sécurité. Depuis leur parution, certaines suspicions d'effets secondaires ont été en partie levées par de nouveaux essais cliniques. La recherche dans le domaine du diabète s'est considérablement accélérée, de nouvelles pistes sont à l'étude et l'éventail thérapeutique risque de s'élargir dans un futur proche. Les recommandations ainsi que l'opinion des médecins devront donc s'inscrire dans une constante évolution.

Composition du Jury :

Président : Professeur Glantenet Raymond

Asseseurs : Professeur Libbrecht-Vambergue Anne

Professeur Lerouge Patrick

Docteur Cunin Michel (DT)